

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



Estudio del acceso al Programa Presupuestal Articulado Nutricional de niñas y niños menores de 2 años de la localidad de Chiriaco, del distrito de Imaza, provincia de Bagua, departamento de Amazonas”

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL CON
MENCIÓN EN GERENCIA DEL DESARROLLO ECONÓMICO LOCAL**

AUTOR:

HUGO RAMÓN FUJISHIMA MARTELL

ASESOR

Mg. JAVIER ALEJANDRO PINEDA MEDINA

LIMA – PERÚ

2017

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio indaga acerca de los factores que influyen en la demanda de servicios y productos priorizados del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), provistos a través del Sector salud y financiado por Sistema Integral de Salud (SIS) para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI) y la anemia en niñas y niños menores de 2 años, atendidos, conjuntamente con sus madres, en el Establecimiento de Salud de la localidad awajún de Chiriaco, capital del distrito de Imaza, provincia de Bagua, en el departamento de Amazonas.

La desnutrición crónica infantil y la anemia son graves enfermedades deficitarias ocasionadas directa e indirectamente por factores sociales, de salubridad, económicos, educativos, culturales, nutricionales, que afectan a poblaciones excluidas y pobres como las comunidades rurales e indígenas de la Amazonía. Esta situación condena a estas poblaciones a vivir permanentemente en la pobreza y exclusión al limitarse las posibilidades y oportunidades gozar de una vida sana y larga, una buena educación y un empleo digno, constituyendo una falta, por parte del Estado y la Sociedad. Para enfrentar esta situación se ha creado el PAN como una estrategia del Estado que liderado por Salud integra a Educación, Vivienda, Agricultura, MEF, municipios, programas sociales, RENIEC y Sociedad Civil en la implementación de productos (agua, vacunas, servicios, capacitación, cocinas, suplementos, organización, identidad, etc.).

El sector Salud viene implementando un conjunto de productos del PAN que han sido priorizados (vacunas, atenciones, suplementos) para enfrentar las causas directas y que están contribuyendo a disminuir la DCI y la anemia. Para conocer sobre esta implementación hemos seleccionado por juicio y conveniencia una muestra de 20 niños y niñas menores de 2 años con el fin de conocer cómo se realiza la oferta y demanda del PAN. Este registro se realizó a través de entrevistas a las madres de los niños, agentes comunitarios, personal de salud, autoridades locales, y también mediante la observación del servicio brindado así como la revisión de la documentación que se genera en el establecimiento de salud.

Este análisis nos permiten afirmar que estos productos priorizados del PAN contribuyen en la prevención de la DCI en los menores de 2 años, pero no en la prevención de la anemia, confirmando los hallazgos de otras investigaciones respecto a que intervenciones como el PAN y programas sociales solo contribuyen en la disminución de la DCI los niños y niñas menores de 2 años, periodo en que su alimentación depende principalmente de la lactancia materna y tienen un monitoreo constante del personal de Salud pero luego, después de los dos años, la incidencia de DCI se incrementa cuando su desarrollo depende más de las deficientes dieta y economía familiar así como de las condiciones de vida y salubridad comunales de las familias y comunidades.

De acuerdo a nuestro análisis los servicios y productos priorizados del PAN pueden mejorar con una adecuación intercultural, la participación proactiva de las familias y la articulación de los actores locales clave (autoridades políticas y sectoriales, dirigentes sociales, población y personal de salud), pero no es suficiente y sus logros son insostenibles si es que no se implementan los otros productos del modelo del PAN: agua segura y sanidad, seguridad alimentaria, capacitación comunitaria y acceso a servicios básicos. La gerencia social contempla instrumentos y estrategias que permitan mejorar intervenciones costo efectivas como el PAN y por tanto es fundamental para la implementación de este tipo de programa que contribuyen al desarrollo humano y local.

ABSTRACT

The present study searches in the influential factors of the services and products public demand from the Nutritional Articulated Program (PAN), provided through the Integral Health System (SIS) for the prevention of the Chronic Child Malnutrition (DCI) and anemia in 2 years old or less children, with health care among their mothers in Public Health Dependences in the Awajún community of Chiriaco, main capital of Imaza, in the province of Bagua, in Amazonas department.

The Chronic Child Malnutrition and anemia are deficit diseases produced by direct and indirect social, healthiness, economics, educational, cultural, and nutritional factors that affect poor and excluded people like Amazonia's rural and Indian population. For this situation, this people forever live in poverty and social exclusion because they don't have opportunities and possibilities to have a long and health live, good education and decent work. This constitutes a failure, on the part of the State and the Society, to fulfill the human rights and citizens of these populations. In order to address this situation, the PAN has been created as a State strategy, which is led by Health integrating Education, Housing, Agriculture, MEF, municipalities, social programs, RENIEC and Civil Society in the implementation of products (water, vaccines, improved kitchens, supplements, organization, identity, etc.).

The Health sector has been implementing a set of PAN products that have been prioritized (vaccines, care, supplements) to address the direct causes and that are helping to reduce DCI and anemia. In order to know about this implementation we have selected for trial and convenience a sample of 20 children under 2 years of age in order to know how the supply and demand of the PAN is performed. This registry was done through interviews with mothers of children, community agents, health personnel, local authorities, and also through observation of the service provided as well as the review of the documentation generated in the health facility.

This analysis allows us to affirm that these prioritized products of the PAN contribute to the prevention of DCI in children under 2 years, but not in the prevention of anemia, confirming the findings of other investigations that interventions such as PAN and social programs

only contribute to the decline the DCI of children under 2 years of age. During this age their feeding depends mainly on breastfeeding and has a constant monitoring of Health personnel, but then, after two years, the incidence of DCI increases when their development depends more on the deficient diet and family economy as well as the communal life and health conditions of families and communities.

According to our analysis, PAN's prioritized services and products can be improved through intercultural adaptation, pro-active family involvement and articulation of key local actors (political and sectorial authorities, social leaders, population and health personnel), but is not enough and its achievements are unsustainable if other products of the PAN model are not implemented: safe water and sanitation, food security, community training and access to basic services. The social management contemplates instruments and strategies that allow to improve cost effective interventions like the PAN and therefore is fundamental for the implementation of this type of program that contribute to the human and local development.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	2
ÍNDICE	6
AGRADECIMIENTOS	9
DEDICATORIA.....	10
SIGLAS Y ABREVIATURAS	11
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1 Planteamiento del problema.....	17
1.2 Justificación del problema	24
1.3 Objetivos de la investigación	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	28
2.1 Enfoques de Desarrollo considerados para el análisis del Programa Articulado Nutricional .	28
2.1.1 Enfoque por resultados	28
2.1.2 Enfoque territorial	29
2.1.3 Enfoque de desarrollo de capacidades y capital social.....	30
2.1.4 Enfoque de equidad	31
2.1.5 Enfoque de equidad de género	32
2.1.6 Enfoque de derechos y ciudadanía.....	33
2.1.7 Enfoque de igualdad de oportunidades.....	34
2.1.8 Enfoque de interculturalidad.....	36
2.1.9 Enfoque de promoción de la salud.....	38
2.2 Diagnóstico situacional: características geográficas y socioeconómicas de la zona.....	40
2.2.1 Características geográficas	40
2.2.2 Características socioeconómicas.....	42
2.3 Aspectos legales o marco normativo del PAN	47
2.4 Proyecto o programa que se está analizando: Programa Presupuestal N° 001- Programa Articulado Nutricional (PAN).....	51

2.5 Investigaciones relacionadas	54
2.5.1 Políticas nutricionales en la región latinoamericana	54
2.5.2 Investigaciones nacionales	62
2.6 Conceptos claves	64
2.7 Variables e Indicadores	72
CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	75
3.1 Naturaleza de la investigación	75
3.2 Forma de investigación	75
3.3 Fuentes de información	75
3.4 Universo	76
3.5 Muestra	77
3.6 Instrumentos de recojo de información	87
CAPÍTULO IV	89
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	89
4.1 Contribución a la salud y desarrollo integral de los niños que se logra con el conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 2 años sobre los productos y servicios priorizados que reciben en el marco de la implementación del Programa Articulado Nutricional 90	
4.2 Adecuación intercultural de los servicios y productos del PAN a las características culturales y hábitos de la población destinados a prevenir la desnutrición crónica infantil	103
4.3 La participación de las madres en las actividades del Programa Articulado Nutricional para un mejor logro de resultados	111
4.4 Percepciones y expectativas suscitadas en las madres por los servicios y productos del PAN ofertados en el C.S. Chiriaco	120
4.5 Nivel de articulación y coordinación de instituciones públicas y sociedad civil en torno a estrategias, planes y acciones para fortalecer la implementación del Programa Articulado Nutricional, la disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia y mejorar el acceso al DNI.	128
4.6 Contribución del Programa Articulado Nutricional en la salud y desarrollo de los niños y niñas de la muestra	143
CAPÍTULO V	148
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	148

5.1 Conclusiones.....	148
5.2 Recomendaciones.....	155
CAPÍTULO VI.....	159
PROPUESTA DE MEJORA.....	159
BIBLIOGRAFÍA.....	164
ANEXOS.....	171



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las madres de la localidad de Chiriaco y a las autoridades municipales y locales, consultores, personal de salud y agentes comunitarios que accedieron amable y desinteresadamente a ser entrevistados para este estudio.

Agradecemos al personal del Establecimiento de Salud de Chiriaco por las facilidades para observar, visitar madres entrevistadas, consultar registros y revisar documentación brindadas al suscrito. Asimismo, al personal de la Dirección de Desarrollo Social del Municipio Distrital de Imaza por el apoyo logístico brindado durante el desarrollo de la investigación.

Agradecemos al equipo técnico de la Dirección General de Presupuesto Público del MEF que gestiona la Estrategia de Monitoreo Social que nos brindó la oportunidad y asesoró durante nuestro desempeño laboral en Bagua .

Agradecimientos personales a mi hija Paloma Fujishima Urteaga quien me apoyo enormemente en el procesamiento de las entrevistas y la organización de información y a mis amigos el Dr. Juan Quezada Escobedo quien revisó la tesis y brindó importantes aportes y Juan Carlos Mústiga quien revisó el abstract.

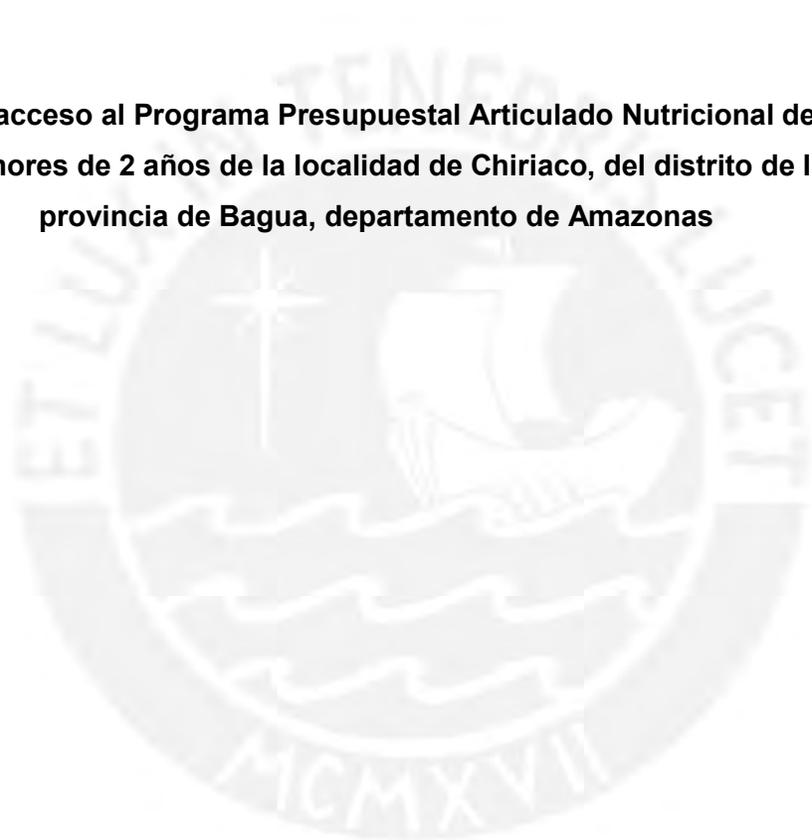
DEDICATORIA

Con especial cariño y aprecio a las personas que siempre confían y esperan lo mejor de uno como hijo, padre, pareja y profesional: Mis madres Laura y Bertha, mis hijos Paloma, Hugo Tsuneji, Begoña y Cristina y en especial a mi amada Nancy quien me acompañó durante toda la maestría y más

SIGLAS Y ABREVIATURAS

BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
CCMS:	Comité de Coordinación de Monitoreo Social
CNV:	Certificado de Nacido Vivo
CPVC:	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal de la madre y el niño
CRED:	Crecimiento y Desarrollo
CS:	Centro de Salud
DCI:	Desnutrición Crónica Infantil
DNI:	Documento Nacional de Identidad
HIS:	Sistema de Información en Salud – HIS en inglés Health Information System
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS:	Instituto Nacional de Salud
MCLCP:	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS:	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA:	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAN:	Programa Articulado Nutricional
PpR:	Presupuesto por Resultados
RENIEC:	Registro Nacional de Identidad y Estado Civil
SIS:	Sistema Integral de Salud
SIEN:	Sistema de Información del Estado Nutricional
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en Inglés United Nations Children's Fund

Estudio del acceso al Programa Presupuestal Articulado Nutricional de niñas y niños menores de 2 años de la localidad de Chiriaco, del distrito de Imaza, provincia de Bagua, departamento de Amazonas



INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica y la anemia infantil son un grave problema de salud pública causada por la pobreza y la exclusión social, por tanto su naturaleza es multidimensional y multifactorial y afecta a muchas niñas y niños de los lugares más pobres y excluidos del Perú amenazando seriamente sus posibilidades y oportunidades para desarrollar las potencialidades, capacidades y libertades que le permitirán gozar de una vida larga, saludable y digna. El Programa Articulado Nutricional (PAN) es un programa presupuestal multisectorial que tiene como objetivo central disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil y la anemia en niños menores de 5 años, priorizando y articulando un conjunto de intervenciones de carácter intersectorial e intergubernamental entre diferentes sectores como Salud, MEF, MIDIS, MIMDES, PCM y los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) para mejorar o erradicar las condiciones que ocasionan la prevalencia de estas enfermedades en la primera infancia, especialmente en las zonas rurales y comunidades indígenas amazónicas donde su presencia es endémica y mayoritaria.

Esta investigación se ocupa de la dimensión de salubridad del PAN, estudiando la demanda que las madres de los niños menores de 24 meses de la localidad de Chiriaco, Imaza, hacen de los servicios y productos que este programa les ofrece a través de las atenciones brindadas por el Centro de Salud de Chiriaco y financiadas por el Seguro Integral de Salud. Se pretende saber cómo están influenciando en la demanda de este producto social factores como el conocimiento y promoción del programa, la adecuación intercultural implementada, la participación y compromiso de los beneficiarios, las percepciones sobre el servicio de los usuarios, la articulación y apoyo de los actores sociales involucrados en la implementación del programa y los resultados logrados en una muestra de niños. Para ello se ha realizado un estudio de caso analizando entrevistas a las madres de los niños beneficiarios y a actores locales indagando por los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios respecto a estos servicios y productos específicos del PAN y las características y circunstancias en que se ofrecen. También se ha recurrido a la observación de las atenciones PAN brindadas por el personal de salud y el análisis de la documentación clínica de los beneficiarios para determinar la contribución que está

teniendo el programa sobre su salud nutricional. Esto ha permitido observar que estos servicios PAN están contribuyendo en la disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica pero tienen poca contribución en la disminución de la anemia infantil.

Estos hallazgos nos permitirán comprender mejor cuáles son las dificultades que encuentran las madres de familia de los menores de 24 meses para hacer una mejor y mayor demanda de los servicios y productos del PAN y, a partir de estos hallazgos, proponer algunas mejoras que podrían mejorar la oferta de los servicios e incrementar la demanda.

Metodológicamente esta tesis es un estudio cualitativo que a partir de una muestra del 20% de los 102 niños menores de 24 meses que residen en la localidad de Chiriaco y se atienden en el establecimiento de salud de esta localidad. El recojo de información se ha realizado de fuentes primarias como las entrevistas a las 20 madres de los beneficiarios y a los actores sociales y políticos locales involucrados en la implementación del PAN-Salud en Chiriaco: personal de salud, agentes comunitarios, funcionarios de salud y municipales y autoridades políticas; observaciones realizadas a las instalaciones y atenciones brindadas por el personal de salud a los beneficiarios; y el estudio de las historias clínicas, el Padrón Nominal de beneficiarios y el padrón de seguimiento y monitoreo de atenciones del Centro de Salud de Chiriaco y de la Dirección de Desarrollo Social del Municipio distrital de Imaza.

Las fuentes secundarias han sido los informes de la encuesta ENDES del INEI, la base de datos de los Cubos de Análisis del Ministerio de Economía y Finanzas y la bibliografía especializada hallada en la biblioteca de la PUCP y páginas web de diversas instituciones. El Plan de trabajo tuvo una duración de 10 meses aproximadamente.

Este análisis nos permitirá proponer un plan de optimización del servicio en el C.S. Chiriaco basado en una estrategia intercultural que incremente la demanda de las madres y optimice la oferta de los servicios y productos PAN brindados por el personal de salud.

En el capítulo I presentamos el planteamiento de problema de investigación detallando la pregunta general y las específicas que orientan el estudio; luego hacemos la justificación

que fundamente las razones para tomar el tema de la desnutrición infantil y un aspecto importante de una política pública destinada a su solución como tema de gerencia social; y finalizando el capítulo presentamos los objetivos general y específicos que persigue este estudio.

En el capítulo II se presentan los enfoques de desarrollo considerados pertinentes para el análisis del PAN; el diagnóstico situacional del problema describiendo las características geográficas, sociales, demográficas y económicas del distrito de Imaza; los documentos y aspectos legales y normativos que rigen al PAN; el programa objeto de estudio, el Programa Articulado Nutricional – PAN, reseñando su concepción, características, fundamentos, importancia y resultados obtenidos; las investigaciones relacionadas con el programa reseñando las experiencias exitosas de políticas nutricionales implementadas en Latinoamérica en las últimas décadas y las investigaciones nacionales sobre el PAN o relacionadas con la desnutrición crónica infantil; los conceptos claves que serán usados en la identificación, descripción, análisis e interpretación de los hallazgos; y las variables e indicadores que se han usado en la construcción de los instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo III se presenta el diseño de la investigación describiendo la naturaleza cualitativa de la investigación, la forma de estudio de caso aplicada en el estudio, las fuentes primarias y secundarias utilizadas, el universo que se ha tomado como ámbito del estudio, la muestra de informantes constituida por 20 madres de beneficiarios y 10 actores locales, los instrumentos para el recojo de información constituido por entrevistas semiestructuradas, ficha de observación y ficha de análisis de documentación, y el plan de trabajo de la investigación.

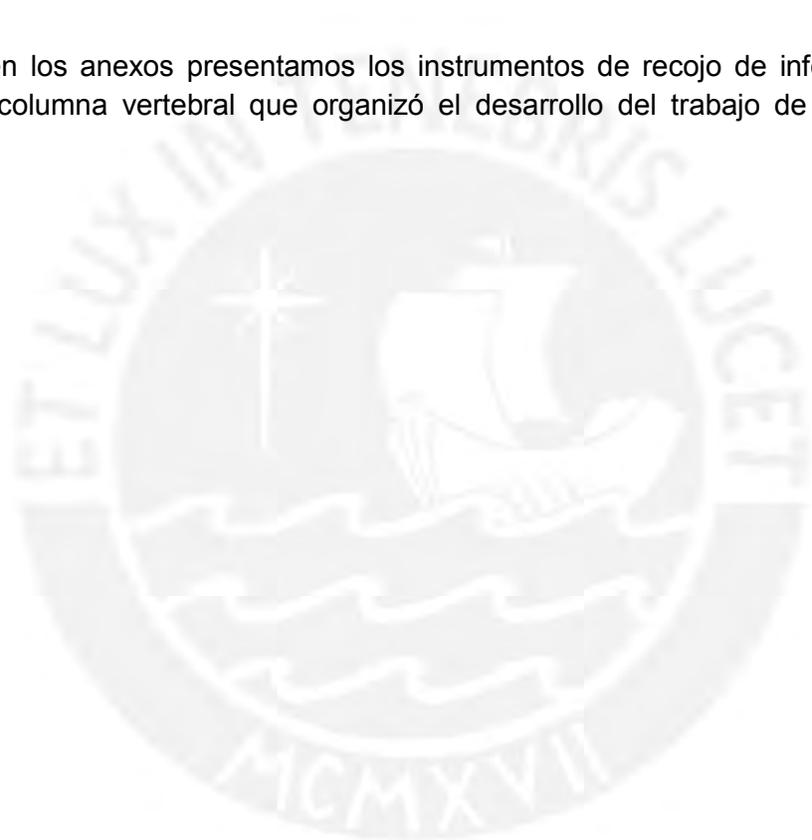
En el capítulo IV se realiza el análisis e interpretación de la información recogida con los instrumentos de investigación, organizados en líneas orientadoras y cuadros de procesamiento que permiten categorizar las respuestas y señalar las tendencias, preferencias, conocimientos, opiniones y percepciones que tienen los beneficiarios y los actores locales sobre el programa analizado y los resultados del PAN hallados en documentos locales.

En el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones organizadas en torno a las líneas orientadoras usadas en el análisis y descripción del capítulo IV.

En la propuesta de mejora se presenta el proyecto de optimización del servicio PAN en la Microred de Salud Chiriaco basado en una estrategia de adecuación intercultural que incremente la demanda y mejore la oferta del PAN a nivel local.

En la bibliografía se detallan los datos de todos los textos utilizados en la investigación.

Finalmente, en los anexos presentamos los instrumentos de recojo de información y la matriz de la columna vertebral que organizó el desarrollo del trabajo de campo de la investigación.



CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La desnutrición crónica infantil y la anemia infantil es un problema importante de salud pública cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital y tiene efectos negativos inmediatos como la mayor probabilidad de ocurrencia de enfermedades o muerte prematura en niños menores de cinco años. Su existencia tan extendida y persistente en nuestro país evidencia el incumplimiento de derechos fundamentales como los consagrados por la Convención sobre los Derechos del Niño que establece que los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño, lo que implica tener cubiertas las necesidades básicas para sobrevivir y crecer como se indica en la pirámide de la Teoría de la Motivación de Maslow, en la que, sobre la base de satisfacer las necesidades fisiológicas se inicia un continuum donde se van satisfaciendo las necesidades de seguridad, sociales, la estima hasta llegar a la autorrealización. (Wisbaum 2011)

Cada vez se tiene mayores evidencias de que, a largo plazo, la DCI y la anemia inhiben el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños afectando el desempeño escolar, la capacidad de trabajo y ocasionando costos y pérdidas económicas a la familia, la sociedad y el país. Un niño que sufre desnutrición crónica y anemia presenta una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y se afecte el desarrollo físico e intelectual del niño evidenciado en un retraso en su crecimiento que se mide comparando la talla y peso del niño con el estándar recomendado para su edad: la falta de altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que un bajo peso es un indicador de carencias agudas. La DCI y la anemia, al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuyen su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida, limitando la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. (Wisbaum 2011).

Las causas de la desnutrición son diversas y de muy diversa índole por lo que se ha suele decir que esta enfermedad está condicionada...

...por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas. (INS 2014: 11)

Además, la desnutrición actúa como un círculo vicioso pues las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones y, por tanto, la disminución de posibilidades para el desarrollo de las libertades y capacidades de los individuos, convirtiéndose en un problema serio para el desarrollo socioeconómico del país.

Ante la gravedad del problema de la desnutrición crónica infantil y la anemia en el país y los pocos logros que se obtenían con los programas sociales implementados para este fin, en el año 2007 el Ministerio de Economía y Finanzas “implementó el Presupuesto por Resultados en el campo de la nutrición infantil, destinando los recursos públicos en la proporción requerida a atacar las causas que producen la desnutrición infantil crónica. En otras palabras, el PpR cambia la estrategia para reducir la desnutrición infantil crónica, desplazando la importancia de los programas alimentarios por las intervenciones que explican la aparición de la desnutrición infantil crónica.” (INFOBAROMETRO 2012: 15)

Este programa presupuestal denominado Programa Articulado Nutricional (PAN), comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre los diferentes sectores y en los tres niveles de gobierno, orientado a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Está diseñado bajo un esquema de Modelo Lógico, es decir, estableciendo, en base a análisis y evidencias, las principales causas que tengan repercusión directa e indirecta en la prevalencia de la Desnutrición

Crónica Infantil en el país. De este modo, el Modelo Lógico explicará la relación entre los recursos asignados, las intervenciones públicas (el funcionamiento de los servicios públicos) y los resultados esperados en la mejora de las capacidades nutricionales de los niños menores de 5 años (MCLCP 2011: 4).

Las intervenciones del PAN se proponen bajo la rectoría del Sector Salud y consisten resumidamente en: i) la mejora de la capacidad operativa de Salud para atender las diarreas y enfermedades respiratorias de los niños, ii) el incremento de los subsidios del SIS a los niños no cubiertos, iii) incremento de los subsidios del programa JUNTOS para las familias no cubiertas, iv) la implementación de servicios educativos, informativos y de comunicación a familias, instituciones educativas, comunidades y municipios para mejora de prácticas saludables, v) capacitación de madres de familia en lactancia materna, alimentación y cuidados del niño a través de controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED), vi) la vigilancia y clorificación del agua de consumo y el manejo seguro de residuos sólidos y el desarrollo de sistemas de agua y saneamiento, vii) la promoción de cocinas mejoradas para reducir la contaminación intradomiciliaria y viii) la distribución de micronutrientes esenciales a madres gestantes y niños. (MEF 2009)

La implementación de estos servicios implica alcanzar resultados inmediatos e intermedios brindados por diferentes agentes estatales pero el Ministerio de Economía y Finanzas ha priorizado las causas directas y dirigió los esfuerzos presupuestales en la mejora de dos servicios básicos identificados con una directa incidencia en el logro de la reducción de la desnutrición crónica: vacunas a los menores de 3 años y seguimiento al crecimiento y desarrollo del niño (controles CRED), siendo los que presentan los mayores avances desde esa fecha y sobre los que se centra este estudio. (MCLCP 2011: 10).

Para fortalecer la implementación de los productos priorizados del PAN el Estado está implementa acciones complementarias como la inclusión en el Plan de Incentivos Municipales 2013-2015 (hoy llamado programa) de una meta para la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, concebida como una estrategia comunitaria donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños menores de 36 meses desde la gestación, a través de tres

principales actividades: a) Educación en prácticas saludables, b) Vigilancia Comunal y c) Toma de decisiones. Estas actividades están desarrolladas por los agentes comunitarios de salud con el respaldo de personal de salud y la inversión del gobierno local. Este incentivo generó el funcionamiento de muchos centros de promoción y vigilancia comunal (CPVC) financiados por los gobiernos locales. En el año 2016 esta actividad con los CPVC dejó de ser meta incentivada y algunos municipios locales mantienen la actividad pese a no haber incentivos presupuestales pero también otros dejaron de hacerlo y destinaron recursos a otros temas. El municipio distrital de Imaza ha sido uno de los que ha continuado con el CPVC pero con un presupuesto limitado.

Otra intervención destacada que promueve actividades del PAN en las zonas rurales es el programa social JUNTOS que efectúa mensualmente transferencias condicionadas que otorgan el equivalente a 100 soles mensuales a condición que las familias cumplan una serie de condicionalidades relacionadas a la asistencia a los establecimientos de salud para atención integral en salud y nutrición de niños menores de 5 años (PAN); la asistencia escolar de niños de 6 a 14 años; controles de salud para madres gestantes; asimismo, desde el 2009 se procura que todos los beneficiarios de Juntos estén afiliados al Seguro Integral de Salud.

En nuestro ámbito de estudio, el distrito de Imaza, tenemos que el 81% de la población es indígena (UNICEF 2012), y que el porcentaje de niños indígenas con DCI es de 54.3%. La implementación de las actividades priorizadas del PAN en este ámbito es muy complicada por razones culturales, geográficas, sociales, ideológicas, logísticas, educativas, entre otros, lo que se evidencia en los siguientes indicadores de su implementación: De los 967 niños menores de 1 año registrados en el Padrón Nominal del municipio de Imaza solo el 51% cuenta con DNI, existiendo 494 niños que no tienen documentación y por tanto están limitados en su acceso a servicios de salud, educación y programas sociales y solo el 37.74, es decir 365 niños menores de 1 año tienen afiliación permanente al SIS (MEF Cubo Padrón a julio 2016). Respecto a los servicios priorizados por el PAN se observa que solo el 59% de los niños menores de un año tiene sus controles CRED completos; que el 54% de los niños menores de 1 año tiene sus vacunas contra rotavirus y neumococos completas; y que solo el 10% de los niños menores de 1

año ha recibido los micronutrientes y hierro para prevenir la anemia. (MEF Cubo Infant a mayo 2016)

Estos datos nos muestran que estos productos priorizados del programa no están llegando a todos los niños a pesar de su universalidad y gratuidad y la hipótesis de que la desnutrición crónica en niños menores de dos años declinaría sustancialmente con estos productos no logra verificarse totalmente. Se requiere ampliar y profundizar su cobertura, implementarse a cabalidad, mejorar su atención y convertir los controles de niños y niñas en una oportunidad para exponer a madres o cuidadoras de niños menores de 36 meses a procesos de desarrollo de conocimientos y habilidades que promuevan la adopción de comportamientos complementarios saludables clave: lavado de manos con agua y jabón, lactancia materna exclusiva, adecuada alimentación complementaria, vacunación oportuna y suplementación con hierro y vitaminas, mejor calidad de agua y saneamiento.

Entre las dificultades, barreras o cuellos de botella detectadas en la oferta de los productos priorizados PAN se encuentra la no afiliación oportuna de niños y niñas al Seguro Integral de Salud (SIS), las dificultades de registro y tramitación adecuada y/u oportuna en municipalidades para la obtención del Acta de Nacimiento y en las oficinas de la RENIEC para la obtención del DNI. Así, un niño sin documentación queda excluido de una serie de prestaciones sociales a las que tiene derecho. (Reyes 2015). Otras barreras son la falta de insumos críticos (micronutrientes, vacunas, personal, equipos, especialistas, etc.), la baja calidad de atención del personal, el poco manejo y conocimiento de la lengua y cultura awajún y las costumbres indígenas de la mayoría del personal profesional no awajún, la poca proporción de personal profesional de origen awajún, la falta de protocolos y normas técnicas para la adecuación intercultural del servicio, entre otras.

Por el lado de la demanda del servicio también existen barreras para el acceso de los niños menores de 24 meses a los productos priorizados PAN como la lejanía de los puestos de salud a los hogares, la falta de recursos económicos y medios de comunicación para movilizarse hasta ellos, la poca información y compromiso de las madres con el cumplimiento del programa para sus niños, el poco apoyo de la comunidad

y las autoridades en la vigilancia nutricional, los prejuicios y la errada información sobre los efectos de las vacunas y micronutrientes en los niños, la manipulación de algunos líderes religiosos que fomentan ideas de fanatismo religioso para rechazar los servicios de salud, identidad y educación (“es la marca de la bestia”, “les están introduciendo el demonio”, etc.), entre otros.

Ante estas dificultades nos proponemos determinar cuáles son los principales factores por los que las madres de los niños menores de 24 meses hacen uso o no los servicios y productos priorizados del PAN brindados en los establecimientos de salud en la localidad de Chiriaco, capital del distrito Awajún de Imaza. Para ello se están planteando las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta general

¿Cuáles son los factores que están influyendo en la aceptación por parte de las madres de niños menores de 24 meses de los productos y servicios priorizados que el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) ofrece a través de los establecimientos de salud en la localidad de Chiriaco, distrito de Imaza, para la prevención de la desnutrición crónica infantil y la anemia?

Preguntas específicas

- ¿En qué medida el conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 24 meses sobre los productos y servicios priorizados que reciben en el marco de implementación del Programa Articulado Nutricional en el centro de salud de Chiriaco, Imaza contribuyen a la mejora de la salud de sus niños?
- ¿En qué medida el Programa Articulado Nutricional toma en cuenta las características culturales y hábitos de la población para ofrecer los servicios y productos priorizados destinados a prevenir la desnutrición crónica infantil?
- ¿Cómo es la participación de los actores involucrados en la implementación de los servicios y productos priorizados del Programa Articulado Nutricional en la comunidad para el logro de resultados en la salud de los niños menores de 24 meses?

- ¿Qué percepciones y opiniones tienen las madres de los niños menores de 24 meses acerca de los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco?
- ¿Qué mecanismos de articulación entre los diversos sectores y niveles del Estado se desarrollan durante la implementación del Programa Articulado Nutricional para facilitar su ejecución en la localidad de Chiriaco, distrito de Imaza?
- ¿Qué resultados han logrado los servicios y productos priorizados del PAN ofrecidos por el Centro de Salud de Chiriaco?



1.2 Justificación del problema

El estudio se propone determinar cuáles son los factores que más influyen en el acceso a los servicios y productos priorizados que ofrece el Programa Articulado Nutricional a los niños y niñas menores de 24 meses de la localidad de Chiriaco, capital del distrito awajún de Imaza . Este distrito tiene una población indígena calculada en 81% y presenta indicadores de desnutrición muy elevados, especialmente entre la población indígena. En la localidad de Chiriaco, según el reporte 2015 del SIEN DIRESA, de 9601 niños y niñas evaluados, 2654 de ellos, el 27.64%, atendidos por la Microred de Salud de Chiriaco presenta desnutrición crónica. En el caso de la anemia infantil, de 1683 niños y niñas evaluados, el 29.35% presenta anemia. Además estos datos nos muestran una deficiencia del servicio, constituida por la brecha existente entre los niños evaluados por DCI (2654) y los evaluados por anemia (1683), donde 921 niños y niñas, el 36.59%, no están recibiendo el examen de hemoglobina obligatorio y no se sabe si presentan anemia o no. (DISA Bagua 2015)

Desde la implementación del PAN en el año 2007 el avance en la disminución de la DCI y la anemia ha sido más significativo que antes de su vigencia. En el año 2000 el índice nacional de DCI en menores de 5 años fue de 25.4% y al año 2007 fue de 22.6% lográndose un decrecimiento de 2.8%; al año 2015 la DCI nacional es de 14.4%, lográndose entre el 2007 y el 2015 un decrecimiento de 8.2%, mostrando un importante avance desde la vigencia del PAN. Igualmente, en el caso de la anemia, en el año 2000 el índice de anemia en menores de 36 meses fue de 60.9% y al año 2007 fue de 56.8%, mostrando un avance de 4.1%, al año 2015 la anemia en menores de 36 meses está en 50.1%, lográndose entre el 2007 y el 2015 un decrecimiento de 6.7% desde la vigencia del PAN. Estas cifras muestran una mejora constante y más significativa en la disminución de la DCI y la anemia desde la vigencia del PAN que amerita hacer un estudio en detalle sobre su implementación lugares como en Imaza. (Infobarómetro 2012, ENDES INEI 2015).

Existen varias barreras que limitan el acceso de los niños y niñas menores de 24 meses a los productos del PAN como la enorme distancia de las comunidades a los EE.SS y el alto costo del traslado, la baja calidad de los servicios de salud, las limitadas capacidades

y niveles educativos de las madres, la falta de adecuación intercultural del servicio y de campañas de mercadeo social, la falta de documentación (DNI) de muchos niños menores de 1 año, entre otras que afectan a la demanda y la oferta del servicio. En nuestra investigación nos estamos ocupando de las barreras que están limitando la aceptación o demanda de las madres de familia por los servicios priorizados del PAN para sus niños menores de 24 meses que se ofrece en los establecimientos de salud.

Actualmente, intervenciones como la Estrategia de Monitoreo Social del MEF, convenios como el FED (Fondo de Estímulo al Desempeño) y programas sociales como JUNTOS y Cuna Más, tienen por objeto reforzar, promover y ampliar el acceso a los productos básicos del PAN para los niños de esta edad por ser la etapa de vida más importante y crucial del desarrollo cognitivo y físico motor del niño pero una de las limitantes que encuentran son las condiciones en que se ofertan y demandan de los servicios y productos priorizados del PAN.

Además, la implementación integral del PAN con sus componentes de seguridad alimentaria, provisión de agua segura y saneamiento, educación de la población, organización de la vigilancia comunitaria, y mejoramiento de servicios de los establecimientos de salud no se está produciendo plenamente y es un asunto de gerencia social que requiere de mayor desarrollo de mecanismos de articulación política y social, de metodologías y técnicas participativas y de un proceso de empoderamiento e institucionalización en los gobiernos locales. Existen problemas tanto en la demanda como en la oferta de los servicios que se ocupan de la nutrición y buen crecimiento del niño pero especialmente existen muchos problemas en el mejoramiento de las condiciones de vida y seguridad alimentaria de los niños, familias y comunidades de la Amazonía. Mejorarlas requiere del concurso de actores del Estado y Sociedad Civil y no solo del sector Salud y los municipios locales. Estos pueden liderar y articular pero no son suficientes.

Por el lado de la demanda, algunos sectores de la población rural e indígena no hacen uso intensivo y extensivo de los servicios de salud disponibles y para ello se debe difundir, fomentar, adecuar, apoyar y facilitar el uso de los servicios y productos con el

apoyo de la población organizada y los líderes sociales, el personal de salud y otros sectores del Estado y los gobiernos locales.

Los otros actores como Salud, sociedad civil y gobiernos locales deben procurar que la oferta de estos servicios y productos sea brindada en la cantidad y calidad apropiada, incrementando el valor público de estos bienes sociales. Se precisa de una buena gerencia social que desarrolle valor público generando estrategias organizativas y sociales adecuadas, espacios de participación, instrumentos de gestión, etc. donde la sociedad se reúna a analizar y solucionar este problema social. Moore propone que para generar valor público una institución debe articular tres dimensiones: la política debe generar un valor sustantivo que pueda ser apreciado por los gestores, funcionarios y beneficiarios involucrados; debe ser legítima y políticamente sostenible y aceptada, considerando a la autoridad local encarnada por los apus, líderes sociales o agentes comunitarios; y la estrategia debe ser operativa y administrativamente viable, que puedan ser desarrolladas por los municipios en alianza y cooperación con otras instituciones y organizaciones interactuantes. (Moore 1998).

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general de investigación:

- Conocer qué factores están influyendo en la demanda que las madres de los niños menores de 24 meses de la localidad de Chiriaco hacen de los servicios y productos priorizados del Programa Articulado Nutricional implementados en el Centro de Salud para prevenir la DCI y la anemia, analizando el conocimiento de la población acerca de los productos priorizados del PAN, la consideración de características culturales y hábitos de la población en su implementación, la participación de la población en el programa, las percepciones de las madres acerca del servicio, los mecanismos de articulación institucional de los actores involucrados en la implementación del programa y los resultados directos que se está logrando en los niños de la muestra.

Objetivos específicos

- Determinar si el conocimiento que tienen los padres de los niños menores de 24 meses sobre los productos y servicios que reciben en el marco de implementación del Programa Articulado Nutricional en el centro de salud de Chiriaco, Imaza contribuyen o no a la mejora de su salud.
- Conocer si el Programa Articulado Nutricional toma en cuenta las características culturales y hábitos de la población para diseñar e implementar sus servicios y productos priorizados para prevenir la desnutrición crónica infantil.
- Identificar el nivel de participación y compromiso de las madres en las actividades del Programa Articulado Nutricional.
- Conocer las percepciones y expectativas de las madres de menores de 24 meses acerca de los servicios y productos del PAN que ofrece el Centro de Salud de Chiriaco a sus niños.
- Identificar y describir los mecanismos de articulación institucional desarrollados localmente para promover la implementación y el logro de resultados del Programa Articulado Nutricional.
- Determinar los resultados que los servicios y productos del PAN ofrecidos por el Centro de Salud Chiriaco está logrando sobre la salud de los niños de la muestra.
- Formular algunas recomendaciones desde el paradigma de la gerencia social para que el Programa Articulado Nutricional logre mejores resultados en su propósito de disminuir la desnutrición crónica infantil en las comunidades Awajún del distrito de Imaza.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Enfoques de Desarrollo considerados para el análisis del Programa Articulado Nutricional

2.1.1 Enfoque por resultados

El Programa Articulado Nutricional es el primer programa presupuestal desarrollado por el Ministerio de Economía y Finanzas al implementar en el año 2007 el enfoque metodológico para programar recursos denominado Presupuesto por Resultados (PpR). Esta reforma presupuestal tiene la finalidad de asegurar que la población reciba los bienes y servicios del Estado con una mejor calidad, oportunidad, eficacia, eficiencia y equidad para que contribuyan a incrementar y mejorar sus condiciones de vida. Bajo esta metodología el proceso presupuestario es observado anualmente desde el “logro del resultado y uso eficaz y eficiente de los recursos del Estado, retroalimentando los procesos anuales de asignación de presupuesto público y mejorando los sistemas de gestión administrativa. Esta estrategia se implementa progresivamente a través de (i) los Programas Presupuestales, (ii) las acciones de seguimiento del desempeño sobre la base de indicadores, (iii) las evaluaciones y (iv) los incentivos a la gestión.” (MEF-DGPP 2013: 9)

El enfoque por resultados es una poderosa herramienta que está logrando reorientar el gasto público al logro de resultados al vincular la planificación con el presupuesto y la ejecución de las acciones, logrando así establecer estándares y metas para la asignación presupuestal. Se estima que la gestión por resultados ha contribuido a la reducción de la desnutrición crónica en el país al alinear la gestión presupuestal de los recursos públicos que se asignan, ejecutan y evalúan en función de resultados prioritarios que responde a un modelo lógico que empieza por identificarla la demanda y considera al ciudadano como cliente y sujeto de derechos. Para ello se debe monitorear el ciclo de gestión presupuestaria del PAN, monitoreando socialmente si los insumos críticos necesarios para que niños y niñas reciban un CRED completo de acuerdo a su edad han sido programados, presupuestados, comprados y distribuidos, y se encuentran disponibles en todos los establecimientos

de salud; y que haya planes de acción que incorporen la gestión e incidencia política para que cada EESS cuente con estos insumos críticos (balanza, tallímetro, micronutrientes, vacunas, personal, cadena de frío, etc.) El monitoreo social del ciclo presupuestal, al articular estándares, rendición de cuentas y calidad de servicios de salud, promueve el cambio de cultura organizacional del Estado. (Vattuone 2013: 5)

2.1.2 Enfoque territorial

De acuerdo con Vattuone, la gestión descentralizada del desarrollo integral requiere que los gobiernos locales conduzcan los procesos de desarrollo en su territorio a partir de nociones de co-responsabilidad, cooperación y participación. Esto implica, por un lado, liderar y monitorear la gestión pública local intersectorial y, por otro lado, articularse al espacio provincial, regional y nacional para movilizar voluntades y compromisos políticos, y garantizar que los servicios de salud como el PAN, y otros complementarios que atienden a la población de su distrito, cuenten con los recursos necesarios para brindar una atención oportuna y de calidad. Lamentablemente, es común que los gobiernos locales no se interesen o tengan capacidades limitadas para monitorear la salud de la población, la calidad de los servicios de salud y en general de todos los otros servicios del Estado; en este sentido, viven a espaldas tanto de los procesos presupuestarios y organizativos de los servicios como de los problemas de acceso que tiene su población para recibir una atención oportuna y mejorar sus condiciones de vida (Vattuone 2013: 6)

A pesar de las normativas que promueven una gestión descentralizada basada en la territorialización de los resultados, los gobiernos locales tienen dificultades para identificar y cumplir su rol en relación con el acceso y la calidad de la provisión de los servicios de salud de su población. Se necesita desarrollar o aplicar herramientas orientadoras de monitoreo social para promover que los gobiernos locales asuman su liderazgo asumiendo plenamente estas dos acciones: i) la programación de su presupuesto de acuerdo a productos y finalidades definidos en el PAN que contribuyen a reducir la desnutrición crónica y ii) el monitoreo de un modo efectivo y concertado de indicadores priorizados que generen planes de acción para promover que todos los niños y niñas menores de 12 meses del distrito

reciban un CRED completo para su edad, oportuno, de calidad y culturalmente pertinente. (Vattuone 2013: 6)

Esta territorialización de la gestión local necesita información veraz y oportuna reportada amigablemente y actualizada frecuentemente para que pueda evaluar si sus gestiones y acciones están logrando mejorar la cobertura y calidad de productos PAN a 'sus' niños y niñas. Este cambio en la cultura de gestión local se relaciona con una gestión presupuestaria por resultados y territorializada basada en evidencia, en el manejo de indicadores como intervenciones en sí mismas y como una tecnología para mejorar la gobernanza sin tomar por sentado que el indicador reportado se traducirá automáticamente en un plan de acción racional, coherente y efectivo. Para ello se necesita implementar un proceso de fortalecimiento de capacidades locales por el que los decisores públicos y la ciudadanía sepan 'leer' los indicadores (con reportes amigables) y desarrollen capacidades de análisis para identificar acciones locales prioritarias relevantes. (Vattuone 2013: 7).

2.1.3 Enfoque de desarrollo de capacidades y capital social

El Programa Articulado Nutricional es una evidencia del cambio de paradigma en la concepción de desarrollo ocurrida a mediados de los años 90, luego del fracaso regional que significó, en "la década perdida", la aplicación de políticas economicistas que centraban el desarrollo de un país en la generación de riqueza global a partir de los esfuerzos individuales dentro de la competencia generada por el mercado, sin prestar atención a la forma en que esta riqueza se distribuía y esperando que por "chorreo" esta fuera llegando desde las clases adineradas a las más pobres. Este nuevo enfoque de desarrollo surgido por la influencia de los problemas sociales persistentes, la crisis internacional y la filosofía política (Amartya Sen, Rawls y otros) incorporó el desarrollo de capacidades humanas y capital social como una dimensión clave que se debe lograr para que el desarrollo nacional influya en el bienestar de toda la población y los incluya activa y democráticamente en la gestión de su presente y futuro.

No obstante, el funcionamiento de una economía de mercado moderna requiere de mucho más que estrategias individualistas de inserción económica, las cuales, en un contexto de escasez de puestos de trabajo y deficiencias en los mercados laborales, devienen en mecanismos de sobrevivencia. En estas circunstancias, son muy limitadas las posibilidades individuales de ubicarse adecuadamente en la división social del trabajo, para de esta forma lograr acceso a una parte del producto social y al mismo tiempo afirmar la autoestima y las potencialidades creativas. El buen funcionamiento del mercado sólo es posible si se enmarca en un conjunto de relaciones sociales de mediano y largo plazo, que van más allá del egoísmo inmediatista orientado a obtener las mayores ventajas y beneficios posibles en el corto plazo, sin importar las consecuencias para los demás. La confianza, la cooperación, la solidaridad, el manejo adecuado y pacífico de conflictos, y el cumplimiento de promesas, entre otros aspectos de las relaciones sociales -a los que se refiere la noción de “capital social”-, son necesarios para el buen funcionamiento de una economía de mercado eficiente, capaz de acumular y sostenible. (Sagasti 1999: 33)

2.1.4 Enfoque de equidad

Desde la segunda mitad del siglo XX, con las reflexiones liberales de Rawls sobre la justicia como equidad en la que una sociedad justa debe tender a la igualdad en las libertades y la distribución de bienes primarios o elementales, con las ideas de Dworkin sobre una justicia distributiva —perfeccionando la teoría de Rawls— como igual distribución de los recursos —entendidos éstos de manera amplia y dando un mayor énfasis en la diversidad de los individuos y la responsabilidad individual a partir de las preferencias personales—, y con Amartya Sen que complementa estas ideas vinculando la igualdad con la libertad —entendiendo esta última como la capacidad de los individuos de conseguir aquellos funcionamientos o condiciones que le posibilitan tener la libertad de llevar la vida que consideran valiosa—, se generó un nuevo paradigma de filosofía política.

Este llevó a replantear los fines del desarrollo de la sociedad contemporánea en general, originando grandes lineamientos de políticas de desarrollo basados en la equidad y sustentados en grandes foros internacionales con los que la mayoría de los países en desarrollo de la región elaboran sus planes globales de desarrollo:

La equidad mejora mediante avances en al menos uno de los tres objetivos siguientes. El primero es minimizar la proporción de personas y hogares cuyas condiciones de vida se ubican por debajo de lo que la sociedad considera aceptable, tanto económica como social y políticamente. El segundo es promover el desarrollo de los talentos potenciales existentes en todos los grupos de la sociedad, eliminando progresivamente los privilegios y las discriminaciones jurídicamente establecidos, así como la desigualdad de oportunidades de cualquier tipo, incluyendo aquellas asociadas al origen social, étnico o geográfico, o bien al sexo. El tercero es buscar que ni el poder ni la riqueza, ni tampoco los frutos del progreso, se concentren de tal manera que se restrinja, para las generaciones futuras y presentes, su ámbito de libertad (CEPAL 1992: 15). (Citado por Sánchez 2012: 1)

El PAN se aplica en las zonas más pobres teniendo como finalidad disminuir la enorme brecha en nutrición, salud y oportunidades que existen entre las poblaciones rurales, indígenas y urbano marginales —pobres y excluidas de muchos beneficios, bienes y recursos— y las áreas urbanas privilegiadas donde la desnutrición y anemia no son mayoritarias ni constituyen una amenaza para el futuro generacional de la población infantil.

2.1.5 Enfoque de equidad de género

Algunos productos del Programa Articulado Nutricional hacen una importante revaloración del rol de la mujer como núcleo de la familia y responsable principal del cuidado, salud y desarrollo integral del niño. Esto es muy importante en un contexto como el mundo rural e indígena donde tradicionalmente la mujer ha estado apartada del poder y la participación activa en el desarrollo local. El PAN se apoya fuertemente en el liderazgo femenino en las comunidades como el ejercido por las madres líderes de los programas JUNTOS, Vaso de Leche, Qaly Warma. Comedores Populares o Cuna Más.

La igualdad de género se basa en el principio de que todas las personas, hombres y mujeres, tengan la posibilidad de desarrollar sus habilidades y libertad para tomar sus decisiones, y que se han tenido en cuenta sus condiciones específicas, que han sido valoradas y favorecidas de la misma manera. No se trata de que hombres y mujeres sean iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de haber nacido con un sexo u otro. Por otra parte, la equidad de género

tiene como meta el tratar de manera justa y equitativa a hombres y mujeres, según sus necesidades. Teniendo en cuenta este principio, se tomarán las medidas oportunas para que sus derechos, responsabilidades y oportunidades sean las mismas, aunque eso signifique que haya que favorecer a un grupo sobre otro. La equidad es el camino hacia la igualdad. Esto nos lleva inevitablemente al concepto de “brecha de género” que son las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y servicios, el ejercicio de derechos, la participación pública y la igualdad de oportunidades (ONUD 2012)

Los niños menores de 5 años, objeto del PAN, dependen totalmente de sus madres y las familias, especialmente en sus primeros 2 años en que su fuente principal de nutrición lo constituye la lactancia materna, recomendada precisamente hasta esa edad. Estudios desarrollados al analizar la influencia del nivel educativo de la madre encuentran que “igualmente amplia es la brecha cuando se considera el nivel de educación de la madre, ya que 58 de cada 100 niños con madres sin educación son desnutridos crónicos, mientras que esta proporción baja a 8 niños cuando la madre tiene educación superior.” (Beltrán 2009: 4).

También el estudio del impacto del programa JUNTOS señala que las madres con niveles más bajos de escolaridad o analfabetas son las que presentan más casos de desnutrición crónica infantil en su prole (GRADE 2013). El PAN se presenta como una buena oportunidad para promover la equidad de género entre las madres participantes a través de las acciones complementarias diversas que generan y que redundarán en el mejoramiento de la salud de sus hijos.

2.1.6 Enfoque de derechos y ciudadanía

Otro enfoque que enmarca políticas sociales como el PAN es el referido al cumplimiento de los derechos humanos y el desarrollo de ciudadanía consagrados internacionalmente por organismos como las Naciones Unidas a través de la formulación, implementación y evaluación de políticas en el campo del desarrollo.

La noción de ciudadanía, entendida como una igualdad básica asociada a la pertenencia de un sujeto a una comunidad o Estado nacional, ha sido uno de los principales ejes estructuradores en que se basan sus políticas sociales. Esta

aproximación parte de la base de que los individuos, en su calidad de ciudadanos, poseen la titularidad de ciertos derechos que el Estado estaría obligado a tutelar y garantizar. Esta vertiente apela a la igualdad de derechos, en tanto provee el marco normativo en el cual se busca garantizar ciertos umbrales de bienestar social para todos los ciudadanos. El derecho a este bienestar se sustentaría en los derechos políticos, civiles y sociales, particularmente en éstos últimos, que se reconocen como consustanciales al ejercicio democrático y a la ciudadanía efectiva. A partir de los instrumentos y normativas internacionales, los Estados asumen la obligación de proteger y promover la realización de tales derechos, los cuales tienen como característica el ser complementarios e indivisibles (Abramovich 2006). Es así como la titularidad de derechos se convierte en garantía y fundamento de la ciudadanía (CEPAL 2006). (Citado por Sánchez 2012: 9-10)

El Estado peruano está implementando el PAN a nivel nacional desde el año 2009, asignando como ente rector al MINSA pero articulando e integrando en la cadena de valor del PAN los servicios y productos que brindan otras instituciones del Estado como los gobiernos regionales y locales para que implementen condiciones de vida más favorables como agua segura y saneamiento básico; capaciten a la población y en especial a las madres de familia en el cuidado, nutrición y desarrollo de sus niños; o colaboren en las acciones de RENIEC para que todos los niños menores de 1 año cuenten con DNI, si es posible antes de los 30 días de nacido. También el Estado desarrolla acciones a través de programas sociales como JUNTOS y Cuna Más que promueven la responsabilidad y participación de las madres y familias en las actividades del PAN. Todas estas acciones del Estado peruano evidencian su preocupación por el cumplimiento de los derechos de estas poblaciones y el fortalecimiento de su ciudadanía.

2.1.7 Enfoque de igualdad de oportunidades

Otro enfoque que se puede observar en el diseño de este programa presupuestal es el de igualdad de oportunidades. Mediante este enfoque, la política social pretende brindar a las personas desfavorecidas aquellos bienes y servicios que las pondrán en mejores condiciones para enfrentar la vida a partir de las decisiones que pueden tomar las personas para dar más calidad a su vida.

Una de las aproximaciones que ha logrado un importante grado de legitimidad es la denominada “igualdad de oportunidades” (Roemer 1996, 1998), la cual ha sido instrumentada por el Banco Mundial. Esta noción se tiende a contrastar con la “igualdad de resultados” o igualdad de bienestar. Quienes postulan la igualdad de oportunidades sostienen que ésta, a diferencia de aquella, posibilitaría conciliar la igualdad con criterios de responsabilidad individual. La igualdad de oportunidades es una norma que se orienta a distinguir en los resultados de (des)igualdad aquello que sería atribuible a las circunstancias - entendidas como factores del entorno o atributos que están fuera del control de los individuos - de aquello que sería producto del mérito o las elecciones individuales. Los primeros elementos no serían de responsabilidad individual en la medida en que está más allá de los individuos el poder actuar sobre ellos, a diferencia de los segundos, respecto de lo cual no es esperable la intervención estatal. (Sánchez 2012: 8)

En este enfoque se hacen distinciones entre igualdad de oportunidades, condiciones y resultados en las políticas sociales pero que están muy interrelacionadas. Son distinciones que responden a cuestiones principalmente instrumentales pero que en síntesis responden a cuestiones éticas que pretenden la equidad en la sociedad.

Estos enfoques se integran en una intervención como la del PAN que pretende disminuir la DCI mejorando las capacidades de la población y sus gobernantes para que a su vez actúen sobre las condiciones de vida, salud y educación en la que vive

Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación. (Martínez 2006: 23)

Reiteramos la gravedad que tiene la DCI en las oportunidades y posibilidades de los niños y sus familias de salir del círculo de la pobreza y alcanzar el bienestar. Al limitar la capacidad de aprendizaje de los niños esa familia no podrá contar con miembros que puedan llegar a estudiar una carrera técnica o profesional y su desempeño laboral será limitado y muy dependiente, especialmente en esta era del conocimiento, por lo que es primordial que el Estado asegure a esos niños que desarrollen su capacidad cognitiva y salud integral en la época crucial y decisiva, los dos primeros años de vida.

2.1.8 Enfoque de interculturalidad

La condición intercultural de nuestro país se evidencia en todos sus aspectos y especialmente en los temas sociales como el de la desnutrición infantil. En la zona amazónica es un factor que añade complejidad al problema pero que no puede soslayarse sino que debe ser abordado integralmente desde el diseño de las políticas y con participación de la población para que la comunicación y el diálogo sean la base del intercambio de saberes y no la imposición de la cultura dominante como viene sucediendo.

La interculturalidad en un proceso de interrelación que parte de la reflexión del reconocimiento de la diversidad y del respeto a las diferencias. Son relaciones complejas, negociaciones e intercambios culturales que buscan desarrollar una interacción social equitativa entre personas, conocimientos y prácticas diferentes y, una interacción que reconoce y que parte de las desigualdades sociales, económicas, políticas y de poder.” (SERVINDI 2005: 28)

Según Etxeberria, la interculturalidad correctamente implementada en contextos pluriétnicos es la mejor expresión de la realización de los derechos culturales y se distingue del multiculturalismo y el mestizaje por basarse en el diálogo, la creatividad y la identidad colectiva, lo que presupone el respeto mutuo y la igualdad de circunstancias sociales entre los dialogantes. (Etxeberria 2001)

Basado en Paul Ricoeur, Etxeberria plantea que la interculturalidad debe analizarse en estos tres niveles: *instrumental* entendido como el conjunto de medios y

mediaciones para la producción de bienes que en la cultura occidental ha tenido un gran desarrollo que la han convertido en ideología como tecnociencia; *institucional* o formas sociales normativas ligadas a las dinámicas de poder y muy difícil de ser transferibles entre culturas; y, el nivel *ético-simbólico* que marca la sustancia de las culturas desde lo más superficial a lo más profundo: costumbres, tradición, referentes éticos, visión del mundo y religión, siendo el nivel más original y difícil de traducir de una cultura a otra y el que ofrece el sentido de la realidad y acción humana. A estos se debe añadir la *lengua* y la *historia* y todos ellos interactúan en dinámicas delicadas y de frágil equidad cuando las culturas entran en relación teniendo como objetivos interculturales la potenciación de las culturas reconocidas basadas en los derechos culturales y la solidaridad entre culturas. (Etxeberria 2001)

Kogan y Tubino, apoyados en Kymlicka, sostienen que la identidad personal tiene como una de sus bases fundamentales la cultura local, la cual brinda un sentido de pertenencia en la que no hay obligación de demostrar destrezas ni realizaciones personales y antecede a otros paradigmas culturales de identificación secundaria. Esta cultura local es la que ofrece al individuo durante la socialización primaria la lengua, la cultura de los padres, la internalización de la realidad, la construcción del yo y, finalmente, la adquisición del *otro generalizado* por el que el niño entiende que fuera de él existe una sociedad con la que se reconoce y que le impone normas de conducta. Este proceso es de una gran intensidad afectiva y le brinda al infante una certeza interna acerca de la verdad de sí mismo y de la realidad. Es decir, el yo se instaura a partir de una cultura. Esto ocurre con la población awajún, que antes de identificarse con la sociedad nacional peruana se identifica a través de su cultura indígena. Al formar parte de un grupo minoritario y no ser este valorado en la cultura societal, ello implica automáticamente un daño o menoscabo en la autoestima y por consiguiente, limitaciones para la acción social. (Kogan y Tubino 2001: 54)

La conceptualización moderna de la identidad la propone como “aquello de original que hace cada ser humano de sí mismo a partir de sus capacidades” y que está basada en la integración conceptual de la “identidad primaria –el potencial humano universal– y las identidades secundarias –etnicidad, genera, raza entre otras–” (Kogan y Tubino 2001: 58), de tal modo que son inseparables y que el respeto a la

identidad primaria, y por tanto a las semejanzas universales de la especie humana, involucra necesariamente el respeto a las diferencias culturales y de género (construidas culturalmente) de las identidades secundarias. (Kogan y Tubino 2001)

Aquí surge el concepto del reconocimiento que supone, superando el concepto de tolerancia que significa respeto por el otro, la comprensión del otro, colocarse en su lugar y ver el mundo desde su visión en un esfuerzo no solo cognitivo sino de empatía que implica aprecio por el otro. La identidad personal se moldea en base al reconocimiento que se recibe de los otros y en el caso de las personas indígenas su cultura originaria “es el ethos, el mundo vital pre reflexivo en el que se construye el primer vínculo de pertenencia en relación con el cual podemos configurar otros vínculos e ir así construyendo la identidad propia. De ahí la importancia del reconocimiento de las identidades culturales para la construcción de las identidades personales” (Kogan 2001:59).

El Programa Articulado Nutricional está diseñado como una política presupuestal nacional y multidisciplinaria que busca resultados principalmente en el cambio de comportamientos de la población haciendo mención a estrategias como la comunicación en salud, la educación comunitaria, la prevención y la promoción de la salud pero sin hacer mayores referencias a la situación de interculturalidad de las poblaciones rurales e indígenas, de la sierra y la selva, ámbitos donde se presentan la mayoría de los casos de DCI en el país. La investigación está mostrando que falta desarrollar el componente de interculturalidad en las estrategias de participación y mercadeo social de los productos y servicios del PAN a nivel regional y local en estas zonas.

2.1.9 Enfoque de promoción de la salud

En la década de 1990 se produjo una transformación en los enfoques de la salud pública al consolidarse el concepto de promoción de la salud, estrategia de política pública que engloba metodologías de diversas disciplinas con el propósito de mejorar la calidad de la vida y asegurar el desarrollo social sostenible, destacando que las enfermedades son consecuencias de la organización social y la estructura

económica y que la promoción de la salud se dirige a la modificación de comportamientos individuales y la transformación de ambientes físicos y sociales en saludables.

En la Carta de Ottawa de 1986 se estableció estas 5 estrategias fundamentales:

- Establecimiento de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad;
- habilitación de individuos, grupos y comunidades para permitir un mayor control sobre las condiciones de la salud y la calidad de la vida;
- desarrollo de habilidades y competencias, incluida la capacidad de acción y decisión de individuos y comunidades para mejorar la salud y la calidad de la vida, y el reforzamiento de las redes sociales y el capital humano y social;
- creación de espacios saludables; mejoramiento de los aspectos físicos y psicosociales de los lugares de estudio, trabajo y convivencia, y mayor protección de estos ambientes;
- reorientación con un criterio de equidad de los servicios de salud; refuerzo de las acciones preventivas y de promoción, y multiplicación de las acciones de colaboración entre los sectores interesados con el propósito de mejorar los factores sociales que determinan la salud. (Cerqueira y otros 2003: 37)

En el Perú los lineamientos de Política de Promoción de la Salud son: “1. Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud; 2. Mejorar las condiciones del medio ambiente; 3. Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía; 4. Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud; y 5. Reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.” (MINSa 2006: 21-22)

La promoción de la salud destaca la intervención sobre los determinantes de la salud, los que han sido categorizados del modo siguiente: 1) Ambiente socio económico (ingreso, empleo, posición social, redes, educación y condiciones de trabajo); 2) entorno físico (de los lugares de trabajo, vivienda, naturales y ambiente); 3) hábitos personales de salud (comportamientos saludables o de riesgo); 4) capacidad individual y aptitudes de adaptación (características psicológicas como la competencia personal, adaptación, control, y características genéticas y biológicas);

y 5) servicios de salud (servicios para promover, mantener y restablecer la salud). (MINSA 2006).

La promoción de la alimentación y nutrición saludable debe buscar que los individuos como miembros de una familia adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los componentes de la seguridad alimentaria, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos, a través de estrategias de abogacía y políticas públicas, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado; el establecimiento de alianzas estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria y la educación y comunicación para la salud. (MINSA 2006: 58)

Los espacios o escenarios de acción donde se desarrolla la promoción de la alimentación y nutrición saludable son las familias y viviendas saludables, las escuelas saludables y las comunidades y municipios saludables, los mismos escenarios de acción social que el PAN considera en su modelo lógico para que los actores articulen funciones y roles en favor de la buena nutrición y salud de los niños y niñas menores de 5 años, desarrollando acciones de promoción de la salud.

2.2 Diagnóstico situacional: características geográficas y socioeconómicas de la zona

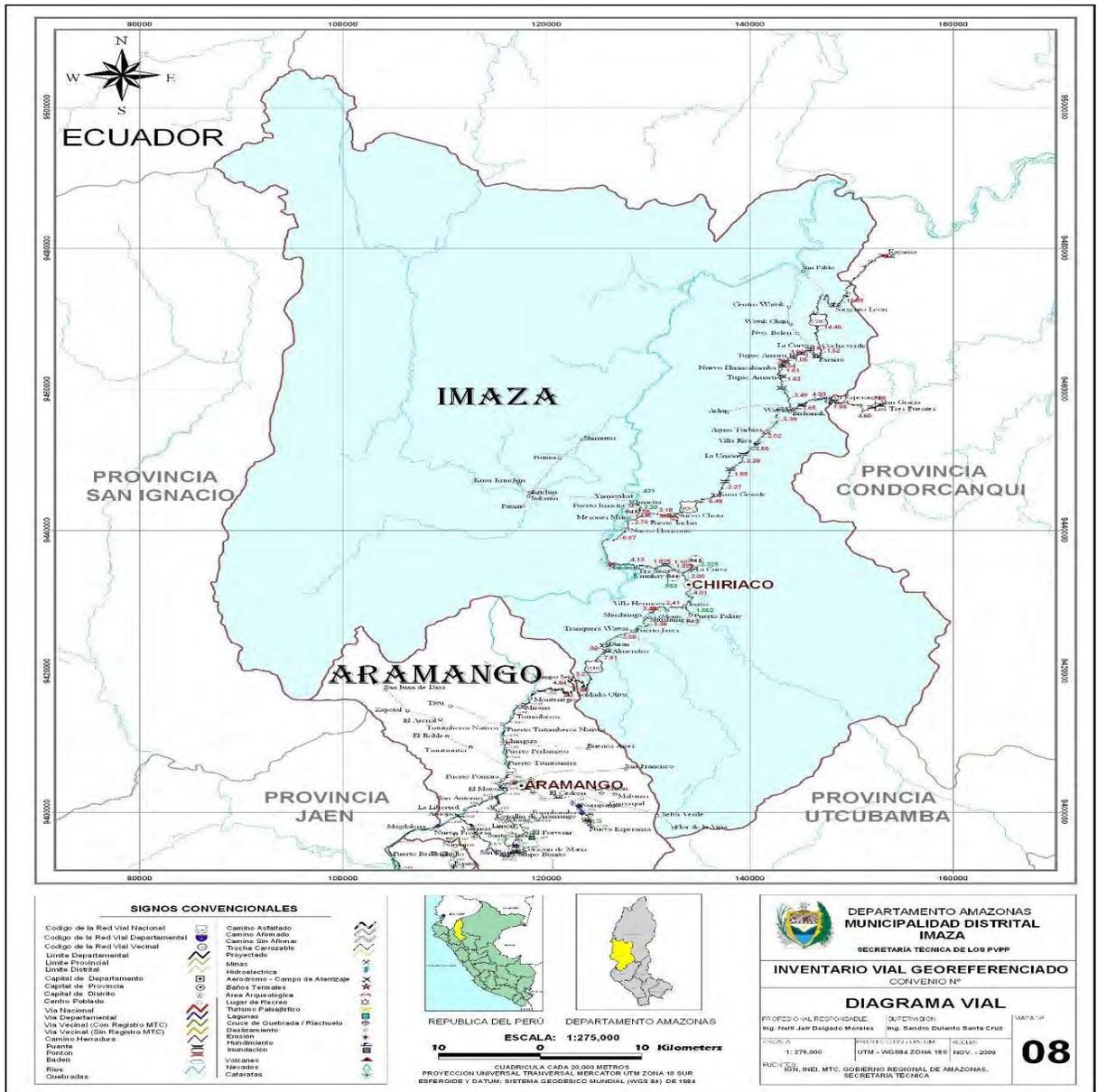
2.2.1 Características geográficas

La investigación se ha llevado a cabo en la localidad de Chiriaco, capital del distrito de Imaza, situado en la provincia de Bagua, en el departamento nororiental de Amazonas.

El distrito de Imaza tiene una extensión de 4 534,7 km² y sus límites geográficos son: por el norte y por el este con la provincia de Condorcanqui; por el sur con la provincia de Utcubamba y el distrito de Aramango y; por el oeste con el departamento de Cajamarca y con el Ecuador. El clima es cálido, de selva baja, muy húmedo, de naturaleza tropical y con fuertes precipitaciones, en especial en los meses de verano; la temperatura es elevada y puede registrarse hasta 35°C de promedio en el fondo del valle de los ríos Marañón y parte del Utcubamba y en el

curso de los ríos Nieva e Imaza-Chiriaco. El relieve se caracteriza por ser una zona de drenaje que es atravesada por la cordillera de Colán, cadena montañosa donde se desarrollan una vegetación frondosa y zonas de llanura con presencia de bosques, y algunos aguajales y pantanos.

Gráfico N°1: Mapa del distrito de Imaza



La población se asienta en torno a dos ejes de comunicación: uno fluvial formado por los ríos Marañón e Imaza-Chiriaco y sus afluentes y el otro eje constituido por la carretera Bagua – Sarameriza en su paso acompañando al oleoducto norperuano. Los datos demográficos siguientes han sido tomados del documento de trabajo del proyecto TAJIMAT (BID 2016: 21)

Cuadro 1: Datos demográficos de Imaza

Datos demográficos de distrito de Imaza	
Población	23,820
Hombres	51.00%
Mujeres	49.00%
Población Urbana	13.00%
Población Rural	87.00%
Población Indígena	66.00%
Población habla Español	21.00%
Población habla Awajun (lengua materna)	79.00%
Comunidades Nativas	52

Fuente: Línea de base de proyecto TAJIMAT

2.2.2 Características socioeconómicas

El distrito de Imaza es uno de los distritos con menor desarrollo humano y social a nivel nacional. La población que vive en situación de pobreza es de 53.9% y en situación de pobreza extrema llega al 36.1% siendo la pobreza total de 90%. El Índice de Desarrollo Humano (GINI) es de 0.2357 considerado muy bajo y como un distrito de quintil 1, con un ingreso per cápita de solo S/. 209 mensuales. El empleo es muy escaso tanto en las zonas urbanas como las rurales siendo la PEA urbana ocupada de 39% y la PEA rural ocupada de 36%.

En educación los indicadores también son muy bajos siendo el promedio de años de escolaridad de los mayores de 25 años de solo 5.7 años de estudio, la población con estudios secundarios completos solo llega al 15.98% y la tasa de analfabetismo de 17.3%. En salud tampoco hay buenos indicadores pues la tasa de mortalidad infantil es de 14.2%, la desnutrición crónica infantil alcanza al 59.1% de los niños

menores de 5 años, la esperanza de vida es de 77.4%, el porcentaje de sobrevivencia de los hijos es de 4% y la tasa de fecundidad es de 3. Tampoco cuentan con buen acceso a los servicios básicos pues el acceso a la red pública de agua solo llega al 17% de la población, el acceso a la red de energía eléctrica solo lo tiene el 13% de la población y el 99% carece de telefonía fija.

El distrito de Imaza, en la provincia de Bagua, y los distritos de El Cenepa, Nieva y Río Santiago, en la provincia de Condorcanqui, son los 4 distritos que concentran en Amazonas a la mayoría de los cerca de 60 mil pobladores Awajun existentes en la Amazonía peruana. Esta población presenta índices muy elevados de pobreza estimándose que el 99.4% es pobre mientras que en pobreza extrema está el 76.6% frente a un 75.3% de población no indígena considerado pobre y un 30.8% situado en pobreza extrema en estos distritos. La desnutrición crónica infantil afecta al 56.2% de los niños menores de 5 años indígenas frente al 21,9% que afecta a los niños no indígenas. En el caso de la anemia, los niños entre 6 y 59 meses indígenas la sufren en un 51.3% frente al 40.9% de niños no indígenas. (OPS 2012)

En el distrito de Imaza la actividad tradicionalmente desarrollada por la mayoritaria población Awajun fue la caza, la pesca y la recolección de productos vegetales que el bosque brindaba, por lo que no estaba desarrollada la agricultura. En el proceso de transculturización e integración al mercado iniciado hace unos 60 años con el desarrollo de las carreteras y el oleoducto norperuano se generó un cambio paulatino e irreversible que modificó la economía local situándolos desventajosamente ante el mercado nacional. Ante la falta de infraestructura para el desarrollo y las pocas capacidades técnicas para competir en los mercados regionales la economía se ha basado en la generación de productos para la subsistencia que crecen muy bien en la zona como el plátano, la yuca, la vituca, el aguaje, y frutales como los cítricos, la papaya, la piña, el cacao, no existiendo una agricultura dedicada al cultivo de verduras, legumbres ni menestras por lo que la población vive en una situación de inseguridad alimentaria. (BID 2016)

Cuadro N° 2: Indicadores sociales de Imaza

Indicadores sociales del distrito de Imaza	
PEA Urbana Ocupada	39.00%
PEA Rural Ocupada	36.00%
Ingreso Per Cápita	S/. 209.40
Pobreza Total	90.00%
Población en Pobreza ¹¹	53.90%
Población en Extrema Pobreza ¹²	36.1.7%
Índice de Pobreza	Quintil 1
IDH	0.2357 (Bajo)
Años de Educación (Pob. >25 años)	5.7
Tasa de Analfabetismo	17.30%
Población con Educación Secundaria	15.98%
Esperanza de Vida	77.44 años
Sobrevivencia Hijos	4%
Mortalidad Infantil	14.20%
Desnutrición Crónica (Menores de 5 años)	59.10%
Tasa Global de Fecundidad	3
Acceso a Red Pública de Agua	17%
Acceso a Red Eléctrica	13%
Hogares sin Telefonía fija ¹³	99%

Fuente: Línea de base de proyecto TAJIMAT - BID

La caza ya no constituye un fuente alimentaria y económica importante pues los animales de monte se ha extinguido o retirado a zonas muy inaccesibles por lo que ahora son muy pocas las personas que se dedican a esa actividad. La pesca natural también ha disminuido pero existen proyectos en ejecución que desarrollan piscigranjas para la crianza de tilapias, paiches, doncellas y zúngaros, entre otras especies pero aún no está muy desarrollada esta actividad.

La población económicamente activa que está ocupada en las zonas urbanas alcanza a un 39% mientras que en las zonas rurales la población ocupada es de 36%. Las capacidades productivas y técnicas son pocas y escasas y las empresas también son mínimas. La mayoría de los profesionales en ingeniería, producción, salud, y construcción provienen de otras regiones y permanecen solo por temporadas hasta que logran ubicarse en otras regiones donde los salarios son más elevados.

A nivel industrial no existen fábricas ni plantas de procesamiento que podrían agregar valor a productos como el plátano, yuca y el cacao pues la energía eléctrica solo está disponible en las zonas cercanas a la carretera Bagua Sarameriza y el flujo es bajo e intermitente, no siendo suficiente como para instalar equipos industriales. También existen plantas medicinales como la sangre de grado, el toé, la ayahuasca y el ajengibre que no son conocidos por todos, siendo la sangre de grado la que es comercializada en pequeña escala.

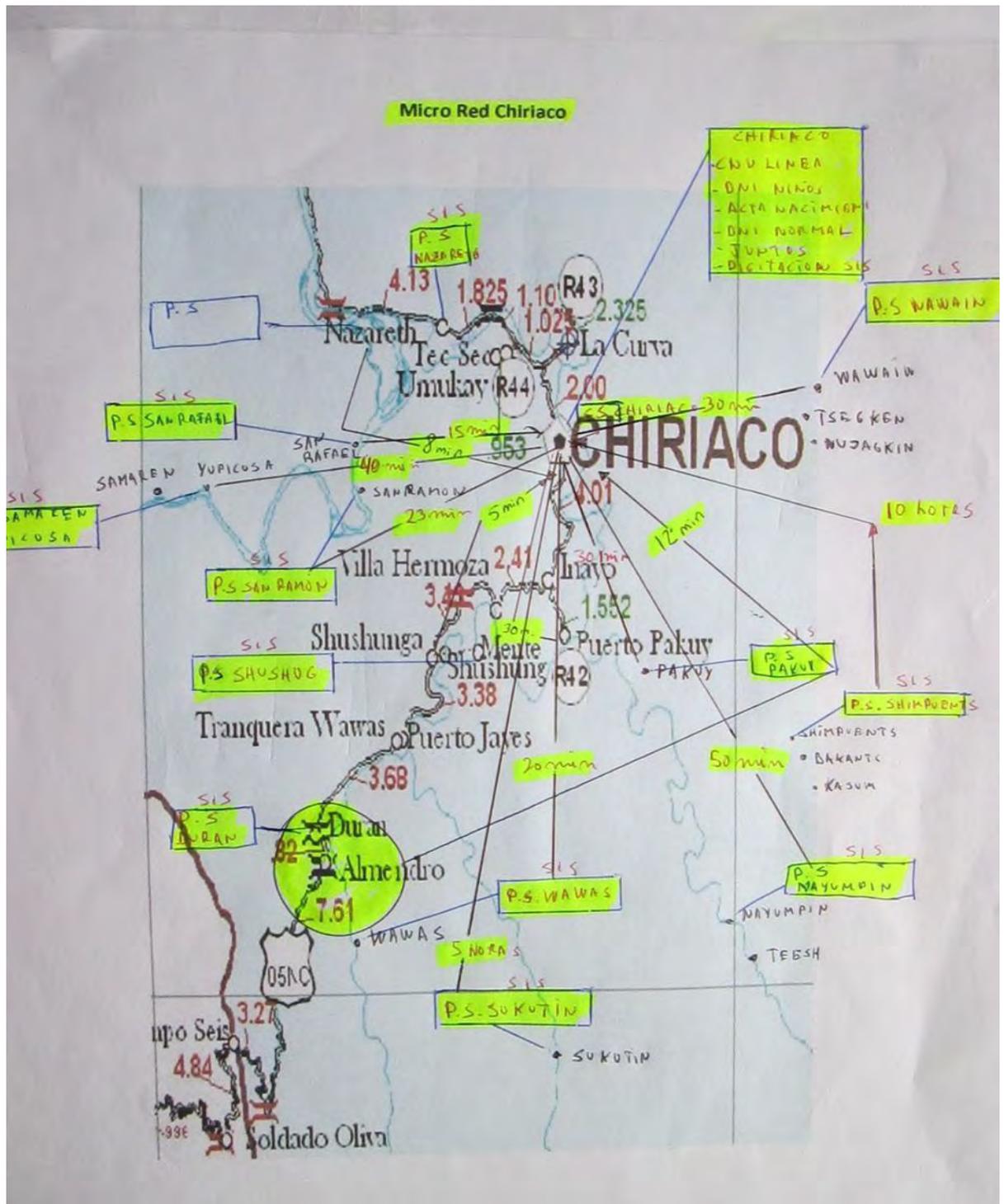
En Imaza existen 6 grandes sectores que son los que articulan internamente la dinámica distrital: Chiriaco (la capital), Puerto Imacita, Wayampiak, Chipe, Túpac y Nazareth. Por razones de viabilidad temporal y espacial hemos seleccionado la capital Chiriaco como ámbito de estudio. En Chiriaco está ubicado el Centro de Salud Chiriaco, cabecera de la Micro Red de Salud Chiriaco que organiza el trabajo de 12 puestos de salud y atiende a alrededor de 1300 niños menores de 5 años.

Fotografía N° 1: Centro de Salud de Chiriaco, distrito de Imaza



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Gráfico N° 2: Mapa del sector Chiriaco y tiempo de acceso a C.S. Chiriaco



Fuente: Elaboración propia con información de Red de Salud Bagua y microred Chiriaco

2.3 Aspectos legales o marco normativo del PAN

El Programa Articulado Nutricional ha sido formulado al amparo de los siguientes documentos legales y normativos.

Declaración del Milenio

Del 13 de setiembre de 2000 suscrita por 189 estados miembros de las Naciones Unidas, entre los que se encuentra el Perú, donde basada en principios como la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, y el respeto a la naturaleza y responsabilidad común pero diferenciada, se establece ocho “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, entre ellos (1) erradicar la pobreza extrema y el hambre; (3) promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer; (4) reducir la mortalidad infantil; y (5) mejorar la salud materna, objetivos a los que contribuye el PAN

Acuerdo Nacional

Firmado por el sistema político el 22 de julio de 2002, establece los principios que deberán respetar y guiar las políticas nacionales del país, entre los que destaca el Segundo Acuerdo: Equidad y Justicia Social y por el que se deben desarrollar acciones para la reducción de la pobreza; la promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación; el acceso universal a los servicios de salud y de seguridad social; la promoción de la seguridad alimentaria y nutrición; el fortalecimiento de la familia y promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud. Las acciones del PAN están orientadas al cumplimiento de medidas de este tipo en las zonas donde se aplica.

Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021

Aprobado por el Acuerdo Nacional tiene un eje “Derechos fundamentales y dignidad de las personas”, al Objetivo Nacional “Plena vigencia de los derechos humanos y de la dignidad de las personas” y a los lineamientos de política de “Promoción de la Equidad”: i) Propiciar la eliminación de la desigualdad extrema de ingresos y de la pobreza y pobreza extrema y ii) Establecer redes de protección para la población vulnerable.”(Web Juntos 2015)

Decreto Supremo 027-2007-PCM

En el año 2007 se fija mediante este decreto las políticas nacionales que deberán ejecutarse en todos los sectores del Estado, destacándose en Inclusión social:

6.1 Promover la inclusión económica, social, política y cultural, de los grupos sociales tradicionalmente excluidos y marginados de la sociedad por motivos económicos, raciales, culturales o de ubicación geográfica, principalmente ubicados en el ámbito rural y/u organizado en comunidades campesinas y nativas. Cada Ministerio e institución del Gobierno Nacional destinará obligatoriamente una parte de sus actividades y presupuesto para realizar obras y acciones a favor de los grupos sociales excluidos.

6.2 Desarrollar programas destinados a reducir la mortalidad infantil, prevenir las enfermedades crónicas y mejorar la nutrición de los menores de edad. (DS-027-2007-PCM: 2)

Directiva N°001-2015- EF/50.01 “Directiva para los programas presupuestales en el marco de programación y formulación del presupuesto del sector público para el año fiscal 2016”

El 22 de enero de 2015 se publica la directiva que actualiza los lineamientos para la identificación, diseño, formulación, evaluación y registro de los programas presupuestales y propone los nuevos temas sobre los que se elaboraran programa presupuestales. En ellos se mantienen los anteriores programas presupuestales entre ellos el Programa Articulado Nutricional. Se han actualizado las definiciones, conceptos y procesos a fin de hacer más eficaces los programas presupuestales y que su implementación se generalice en todos los niveles de gobierno y sectores. (MEF 2015)

Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS

El 25 de abril de 2013, mediante este D.S. se promulga la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” con la que el Estado asume una estrategia general y nacional que coloca como factor fundamental para el desarrollo del país la inclusión social de la población marginada y pobre institucionalizándola como política de Estado. Para ello establece que

La estrategia parte de un enfoque de *ciclo de vida*, en el cual se han priorizado cinco ejes estratégicos: Nutrición Infantil, Desarrollo Infantil Temprano, Desarrollo Integral de la Niñez, Inclusión Económica y Proyección del Adulto Mayor. La apuesta de la estrategia es orientar la articulación de la política de desarrollo e inclusión social en el marco de la gestión por resultados y las fases e instrumentos del ciclo de gestión –planificación y programación, ejecución, seguimiento y evaluación– sobre la base de las iniciativas que cada sector, gobierno regional y gobierno local se encuentra trabajando. (DS N° 008-2013-MIDIS: 7)

Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País. Periodo 2014 – 2016

Plan desarrollado por el Instituto Nacional de Salud para el trienio 2014-2016 en el que se pretende “promover el desarrollo infantil como una inversión pública en el capital humano del país para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social. Asimismo, busca orientar y fortalecer las acciones institucionales y la coordinación permanente con los distintos actores y gestores involucrados, a fin que permita alcanzar los objetivos planteados en el corto, mediano y largo plazo, así como el generar los mecanismos de seguimiento y evaluación de las actividades programadas (...) El documento “recoge aspectos positivos de experiencias que se han venido desarrollando a nivel nacional e internacional en materia de reducción de DCI y prevención de anemia en niños menores de 3 años, e incorpora elementos de la reforma del sector salud que se han oficializado” (INS 2014:12)

R. M. – N° 990 - 2010/MINSA. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de 5 años

Esta resolución del 20 de diciembre de 2010 aprueba las normas técnicas que la Dirección General de Salud de Personas ha establecido para contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 5 años mediante la implementación de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo y la detección de riesgos, alteraciones o trastornos para facilitar el acceso oportuno a intervenciones efectivas para su atención.

Resolución Directoral N° 010-2012-EF/63.01

Mediante esta RD se aprueban los “Lineamientos de inversión para reducir la desnutrición crónica infantil” donde se dan los criterios para plantear intervenciones contra la DCI de manera articulada, con un enfoque integral, territorial, multisectorial e intergubernamental. En su acápite 4.2 indica que “Esta estrategia contempla en el marco de la descentralización, fortalecer el vínculo entre la comunidad, Gobierno Local, Gobierno Regional y los programas sociales existentes, bajo el liderazgo del Gobierno Regional.”, y a continuación, en acápite 4.3, indica: “En el marco de lo indicado anteriormente, se espera que líderes comunales, juntas vecinales y organizaciones sociales, participen con el Gobierno Local, Gobierno Regional y los responsables de los servicios de salud, y saneamiento en la gestión, implementación y monitoreo de las intervenciones orientadas a reducir la desnutrición crónica infantil en su ámbito.” (MINSA: 2012. Anexo 1)

Resolución Ministerial 040-2011MINSA-DGPS

Esta R.M aprueba el Documento Técnico: Lineamientos de Política para la vigilancia ciudadana en salud donde se dan las pautas oficiales para orientar y fortalecer la vigilancia ciudadana en salud en el contexto del ejercicio de los derechos y responsabilidades, articulado en la mejora continua de los procesos y mecanismos de la atención integral de salud. (MINSA 2011)

Resolución Ministerial 049-2011MINSA-DGPS

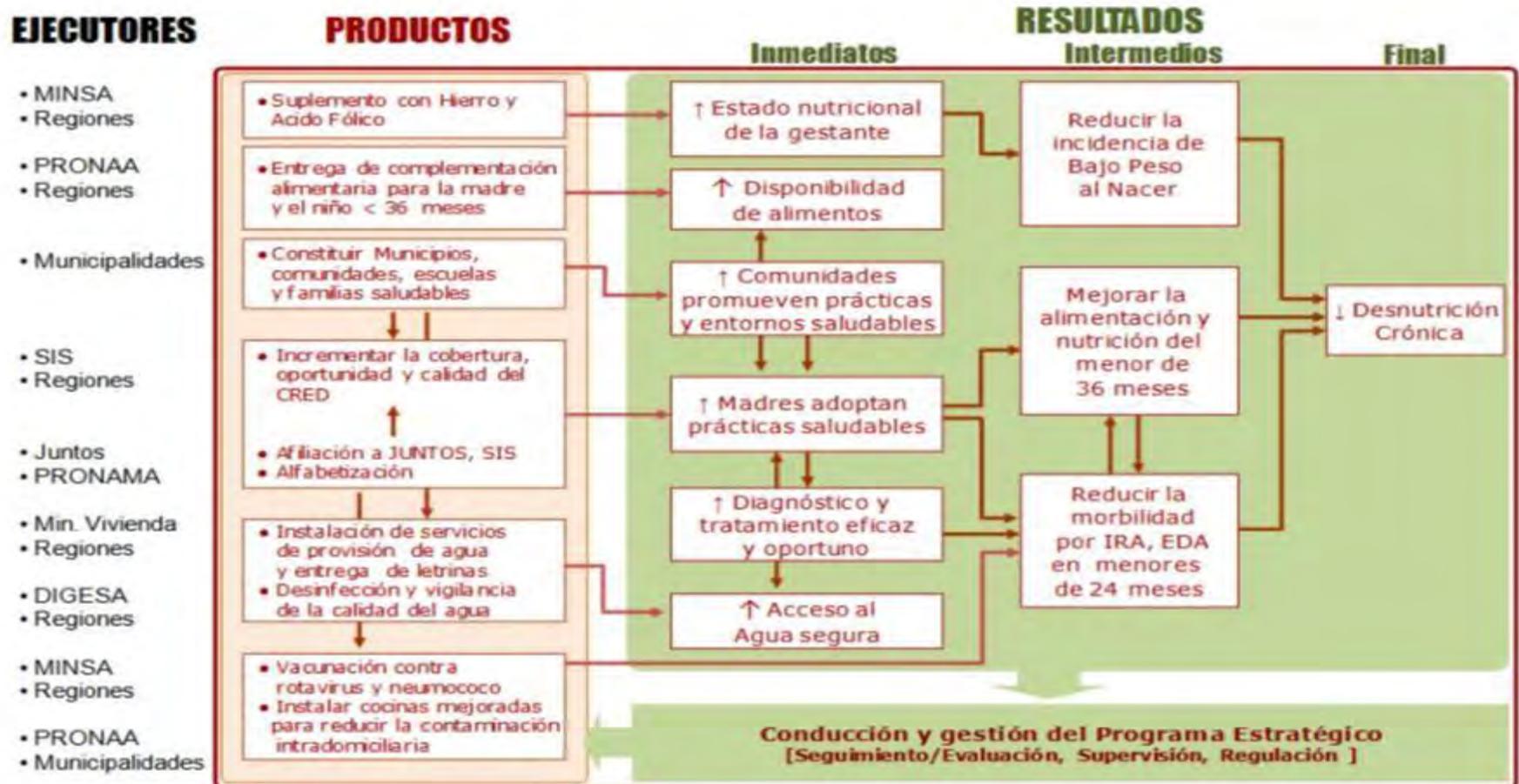
Esta R.M. aprobó el “Documento Técnico: Promoviendo el derecho a la identificación para el ejercicio del derecho a la salud, en el marco del Aseguramiento Universal”, cuyo fin es Objetivo General es “Establecer las pautas técnicas, para promover desde el sector salud el acceso a la identificación, según el marco del Aseguramiento Universal en Salud” y cuyos objetivos específicos son: “Sensibilizar al personal de salud en el derecho a la identificación, como un factor que influye en los determinantes sociales de la salud; promover el ejercicio del derecho a la identificación, con la entrega oportuna del certificado de nacido vivo y la sensibilización para la obtención del DNI, en el marco del aseguramiento universal.

2.4 Proyecto o programa que se está analizando: Programa Presupuestal N° 001- Programa Articulado Nutricional (PAN)

Estamos analizando el Programa Presupuestal N°001, Programa Estratégico Articulado Nutricional o PAN, que tiene como objetivo central disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, para lo cual prioriza y articula un conjunto de intervenciones de carácter intersectorial e intergubernamental entre los diferentes sectores (Salud, MEF, MIDIS, MIMDES, PCM) y en los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local), buscando generar sinergias entre ellas en función de este resultado común. El PAN es un programa presupuestario y, como tal, no ejecuta el gasto, sino que las unidades ejecutoras vinculadas con objetivos nutricionales se articulan en él para formular su presupuesto. Está diseñado bajo un esquema de Modelo Lógico, es decir, estableciendo, en base a análisis y evidencias, las principales causas que tengan repercusión directa e indirecta en la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en el país. El Modelo Lógico nos servirá para explicar la relación entre los recursos asignados, las intervenciones públicas (el funcionamiento de los servicios públicos) y los resultados esperados en la mejora de las capacidades nutricionales de los niños menores de 5 años. (Reyes 2015: p. 17)

En la siguiente página podemos apreciar el gráfico N° 3 que representa el modelo lógico causal que estructura el PAN. Según este modelo lógico, existen una serie de instancias sectoriales y gubernamentales o *ejecutores* del Estado como *MINSA, Regiones, PRONAA* (ahora Qaly Warma), *Municipalidades, SIS, Ministerio de Vivienda y DIGESA* que son los responsables de brindar, generar o gestionar diversos *productos* (*hierro, alimentación complementaria, municipios saludables, etc.*) destinados a la población que generan *resultados inmediatos, intermedios y finales* con los que se previene o disminuye la prevalencia de desnutrición crónica infantil.

Gráfico N° 3: Modelo lógico del PAN



Fuente: Dirección General del Presupuesto Público del MEF, 2007.

El programa se está implementando desde el año 2009 y está bajo la rectoría del Sector Salud. Las principales intervenciones de este programa son:

- Mejora de la capacidad operativa (recursos humanos, insumos, medicamentos y equipamiento) para atender las diarreas e infecciones respiratorias de los niños.
- Aumento en la asignación al SIS, para cubrir el subsidio para los niños no cubiertos.
- Aumento en la asignación a Juntos, para brindar incentivos a las familias no cubiertas.
- Implementación de servicios educativos, informativos y de comunicación (prevención y promoción) dirigidos a familias, colegios y comunidades, para mejorar las prácticas de higiene en la preparación de alimentos; a través de la constitución de municipios, comunidades, escuelas y familias saludables.
- Capacitación a madres de familia (consejería, sesiones demostrativas y sesiones educativas) sobre lactancia materna exclusiva, alimentación del niño y cuidados del niño enfermo, a través del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).
- Vigilancia y garantía (clorificación) de la calidad del agua de consumo, así como del manejo seguro de los residuos sólidos Desarrollo de proyectos de agua y saneamiento básico para las zonas rurales.
- Promoción de la construcción de cocinas mejoradas a través de programas educativos y la entrega de materiales, en la perspectiva de reducir la contaminación intradomiciliaria.
- Brindar complemento nutricional, en particular micronutrientes (principalmente, sulfato ferroso y vitamina A). (MEF 2009: 18)

En la implementación del PAN, el MEF ha priorizado la prevención de la DCI en los niños menores de 24 meses por ser esta la etapa crítica en que la DCI causa los daños más severos e irreversibles para el desarrollo infantil. Por ello se han priorizado algunas de estas intervenciones que tienen mayor incidencia en la prevención de la DCI en menores de 2 años y que son monitoreados por el MEF, habiéndose establecido como los principales indicadores para estas actividades del PAN los siguientes:

- Porcentaje de niños menores de un año que cuentan con DNI
- Porcentaje de niños menores de un año afiliados al SIS

- Porcentaje de niños menores de un año registrados en programa social JUNTOS.
- Porcentaje de niños menores de un año con controles CRED completos
- Porcentaje de niños menores de 6 meses con dosis completa de vacunas contra el neumococo y rotavirus.
- Porcentaje de niños menores de 14 meses suplementados con micronutrientes. (Reyes 2015)

2.5 Investigaciones relacionadas

2.5.1 Políticas nutricionales en la región latinoamericana

El problema de la desnutrición crónica infantil y la anemia afecta a toda la región latinoamericana lo que ha generado una serie de políticas, programas y proyectos con diversos grados de efectividad en la solución de este problema. Entre los países “con mayores prevalencias se encuentra Guatemala con casi el 50%; Honduras, Nicaragua, Haití, Ecuador, Bolivia y Perú con más del 20%; México con más del 15%; y Panamá y Colombia con más del 10% (1,2). En general estas altas prevalencias de desnutrición están asociadas a los niveles de pobreza, y por ende las capas sociales desprotegidas son las más afectadas” (Galván 2007: 316). Pero existen países que han llegado a una disminución importante de la desnutrición en algunos países y a su erradicación en otros, como es el caso de Cuba, Costa Rica y Chile.

Como indicamos anteriormente, el PAN es un programa presupuestal con enfoque de gestión por resultados que no ejecuta recursos sino que articula e integra sectores y niveles gubernamentales para enfrentar el carácter multidimensional que caracteriza a la DCI. En la región latinoamericana la mayoría de los países están implementando paulatinamente este enfoque presupuestal a partir del planteamiento de metas estratégicas de políticas públicas que para ser logradas con este enfoque asumen estos cuatro componentes:

En concreto, este modelo se articula sobre cuatro pilares: i) información sobre el desempeño, estructurada en la forma de sistemas de monitoreo y evaluación capaces de generar información relevante, confiable y oportuna para la toma de decisiones; ii) un uso activo de la información en la toma de decisiones

presupuestarias, para lo cual pueden adecuarse los procesos mismos de decisión y las clasificaciones y tabulaciones presupuestarias; iii) un sistema de incentivos, económicos y no económicos, que orienten la gestión de los organismos públicos hacia el logro de resultados, y iv) la generación de competencias, condiciones e instrumentos para una gestión orientada al logro de resultados en los organismos y servicios públicos, con el apoyo de procesos de planificación estratégica institucional. (Marcel 2014: 152)

Los países en Latinoamérica que más han avanzado en adoptar la gestión por resultados son Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México, países que cuentan con metodologías y recursos para monitorear y evaluar su gestión presupuestal en función de los resultados logrados y las han aplicado por lo menos al 20% del gasto del gobierno central.

De la revisión documental de políticas nutricionales en la región hemos hallado que el éxito en la erradicación de la desnutrición crónica infantil en la región latinoamericana radica en la implementación de políticas de Estado de largo plazo que combinan componentes centralizadores de tipo presupuestales que cumplen una función articuladora e integradora y políticas intersectoriales y por niveles de gobierno que focalizan las intervenciones en los grupos poblacionales de mayor riesgo: zonas rurales e indígenas, madres gestantes y lactantes, niños en primera infancia, entre otros. En Perú tenemos como políticas nutricionales focalizadas los programas sociales JUNTOS, Cuna Más, Vaso de Leche, Comedores Populares que se debieran articularse gracias al PAN con el sector Salud pero este proceso aún es bastante incipiente y defectuoso.

La FAO considera que en Latinoamérica son los países de Chile, Costa Rica y Cuba los que han logrado la mayor disminución o erradicación total de la desnutrición crónica infantil e importantes resultados en anemia infantil por lo que presentamos brevemente las políticas implementadas en dichos países.

Chile: Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Esta nación es líder regional en la lucha contra la desnutrición infantil habiendo logrado entre 1960 y el 2000 la casi erradicación total de la desnutrición, pasando de 37% de prevalencia a 2%. Desde 1960, el Servicio Nacional de Salud (SNS) amplió su cobertura de atención hasta llegar a todos los estratos de la sociedad, especialmente los grupos socio-económicos de menores ingresos. Se ofrecieron servicios gratuitos de medicina preventiva y de atención de salud, de control pre y post natal, atención del parto en maternidades, y de control de niño sano con cobertura de vacunaciones y entrega de alimentos, se distribuyó alimentos a la madre y el niño, aumentó los controles de salud de niños sanos y la atención médica de los niños, en especial de los lactantes menores de dos años, y se desarrollaron exitosos programas de recuperación de niños y niñas desnutridos (PNUD 201?)

También se implementó políticas nutricionales que incluyeron la entrega de alimentos a niños en salas cunas, jardines infantiles y escuelas públicas del país. Asimismo se elevó el nivel de alfabetización y educacional de las madres; se disminuyó el nivel de natalidad; se formó recursos humanos en el tema de la desnutrición; se desarrolló sistemas de vigilancia nutricional y la investigación y el conocimiento en el área nutricional; se fomentó la participación de la comunidad científica y de los profesionales de la salud en la toma de decisiones políticas; y la participación activa de la población en la demanda de servicios de salud y en los programas de alimentación complementaria. En saneamiento, se desarrolló políticas para ampliar la cobertura de agua potable y de alcantarillado de modo que en 1990 se alcanzó una cobertura de agua potable de 97,4 por ciento y de alcantarillado de 81,8 por ciento, en zonas urbanas. (PNUD 201?)

El factor central del éxito chileno se explica por la existencia y continuidad de una política de Estado de lucha contra la desnutrición infantil en Chile durante décadas, independientemente de los vaivenes políticos y económicos que sufrió el país, política basada en el consenso técnico logrado en el país respecto al tema de la desnutrición y sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentarlo.

Costa Rica: Política Nacional de Alimentación y Nutrición

En Costa Rica existe una instancia de alto nivel denominada Secretaría de la Política de Alimentación y Nutrición - SEPAN que elabora las políticas nacionales de alimentación y nutrición y que durante los últimos años formuló la Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2006-2010 de Costa Rica. En esta política se incorporan temas de seguridad alimentaria y nutricional como la lucha contra la desnutrición infantil, la deficiencia de micronutrientes, la malnutrición, la conformación de Consejos de Seguridad Alimentaria y Nutricional entre otros, que facilitaron la definición de planes y programas nacionales. Estas estrategias de seguridad alimentaria y nutricional también están incorporadas en los objetivos y estrategias del “Plan Nacional de Salud 2010-2021” y en la “Política de Estado para el Sector Agroalimentario y el Desarrollo Rural Costarricense 2010- 2021”. Asimismo, el gobierno vigente dio continuidad al Programa Nacional de Alimentos y Agricultura Familiar que contribuye al abastecimiento de alimentos sanos y nutritivos mediante el incremento de la productividad y competitividad agrícola y el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el comercio nacional e internacional (Costa Rica 2011)

En esta articulación con el Plan Nacional de Salud para Costa Rica 2010-2021, se establece en el objetivo específico 2.3 y 5.1: Promover la seguridad alimentaria y nutricional mediante sistemas de producción, comercialización y consumo de alimentos propiciadores de la salud, bajo criterios de inocuidad y sostenibilidad socio-ambiental; y en el objetivo específico 3.7, se indica: Mejorar el estado nutricional de la población en general, con énfasis en grupos en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión. Asimismo, en el objetivo 6.3 se señala: Promover una infraestructura física para la producción, conservación, distribución, preparación y consumo de alimentos con el fin de garantizar una seguridad alimentaria y nutricional como derecho de la población. (Costa Rica 2011)

Las encuestas nacionales de nutrición realizadas en Costa Rica indican que la desnutrición no es actualmente un problema de salud pública pero que hay riesgo.

La última Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) 2008-2009 en Costa Rica, muestra que la desnutrición en el grupo de niños(as) menores de 5 años representó un 1,1%

según el indicador Peso/ Edad y de un 5,6% según Talla/Edad. Si estos datos se comparan con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1996, se observa una disminución en la desnutrición en este grupo de edad pasando de 2,1% (1996) a 1,1% (2008-2009) según P/E y pasó de 7,3% a 5,6% según T/E en 1996 y 2008-2009 respectivamente. La ENN 2008-09 determinó que un 15,2% de esta población está en riesgo a desnutrición según P/E y tienen un 23,8% de riesgo a sufrir de desnutrición según T/E. Por lo tanto, no se puede “bajar la guardia” y es necesario ajustar las estrategias para mantener los logros y evitar que los niños y niñas en condición de riesgo avancen a una condición de desnutridos. (Costa Rica 2011: 25)

El éxito de la política de seguridad alimentaria y nutrición (SAN) se explica porque en su implementación se desarrollaron estos aspectos.

- La promoción de la articulación interinstitucional de los actores estratégicos para la implementación de la política de SAN mediante la coordinación de objetivos y acciones.
- La promoción de la atención de los grupos vulnerables y la alimentación como concreción de los valores de solidaridad y de derechos humanos.
- La protección y el establecimiento de condiciones para implementar el derecho humano a la alimentación a toda la población con especial atención a los grupos vulnerables.
- El establecimiento de regulaciones para garantizar la SAN y la aplicación de la normativa y la legislación para la seguridad de la alimentación.
- La universalización de los programas que contribuyen a la seguridad alimentaria de la población.
- La continuidad y promoción de la aplicación de los sistemas que controlan el estado nutricional de la población costarricense.
- El fortalecimiento de las capacidades institucionales, la tecnología y la gestión.
- La promoción de la participación de la ciudadanía en la definición y la implementación de la política de SAN. (Costa Rica 2011)

Cuba: Plan Nacional de Acción para la Nutrición (PNAN)

Desde 1994, como parte de las medidas tomadas para superar la grave crisis financiera sufrida por el fin de la guerra fría y la consecuente pérdida de importantes aliados internacionales y la agudización de los efectos del bloqueo económico norteamericano, Cuba reorientó sus políticas nutricionales con el apoyo de importantes agencias internacionales de desarrollo como UNICEF y la FAO y viene aplicando este plan, el cual se alinea con el Plan de Acción de la Cumbre Mundial de Alimentos (CMA). Esta política

...tiene al Ministerio de Economía y Planificación como su entidad evaluadora global, encargada de coordinar centralmente las acciones a ejecutar y el control del cumplimiento por los diferentes ministerios, organismos e instituciones que tienen a su cargo la aplicación del mismo, entre ellos principalmente los Ministerios de la Agricultura, de la Pesca, Industria Alimenticia, Salud Pública, Educación, el de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, al Ministerio del Comercio Interior como el organismo rector para la distribución de los alimentos, entre otros; los que establecen sus propios mecanismos de seguimiento independiente. De igual forma se mantienen y renuevan anualmente en el país decenas de programas nacionales dirigidos al mejoramiento de indicadores de salud, educación y nutrición entre otros, con el objetivo de lograr de forma progresiva la satisfacción de las necesidades de macro y micro nutrientes, el perfeccionamiento del sistema de vigilancia nutricional, el incremento de las producciones agropecuarias, donde además de mantenerse estos programas se perfecciona la organización de la base productiva y de distribución, el fomento y desarrollo de la agricultura comunitaria, urbana y familiar encaminado a lograr la autosuficiencia alimentaria. (Cuba 2008: 2)

Esta política articula sectores en torno a la seguridad alimentaria de la población y tiene especial énfasis en la infancia habiendo logrado la erradicación de la desnutrición (0%) como lo ha reconocido públicamente UNICEF en el año 2010. Además, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su informe anual 2007 sobre el Desarrollo Humano, clasificó a Cuba en el lugar 51 entre los países con Desarrollo Humano Alto, siendo el país que con menos ingresos per cápita alcanza esta calificación debido a los buenos indicadores de esperanza de vida al nacer y de educación. Asimismo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), identifica a Cuba como el país de la región que más

recursos destina de su Producto Interno Bruto (PBI) para los gastos sociales, triplicando, como promedio, lo que destinan los países de la región a estos sectores. (Cuba 2008)

Para conseguir estos buenos resultados se han implementado medidas como:

- La promoción permanente de hábitos de alimentación más sanos y la evaluación periódica de la situación nutricional de la población.
- El incremento de la producción de carne, leche, huevos, viandas y hortalizas, la agricultura urbana y el desarrollo de alimentos industriales con mayor contenido nutricional
- El despliegue de investigaciones para el mejoramiento de la alimentación mejorando paulatinamente la disponibilidad de alimentos nutritivos y energéticos.
- El crecimiento de la economía cubana alcanzó el 7.5%, por encima del 5.6% regional.
- La participación plena y equitativa de las mujeres y los hombres gracias a una educación al alcance de todos donde no existe analfabetismo y la educación primaria y secundaria son universales y gratuitas, destinándose el 11,4 % del PIB a la educación.
- El aseguramiento de la igualdad de oportunidades para toda la población dando menos preponderancia a los ingresos monetarios y las relaciones mercantiles para acceder al consumo, y mayor importancia a los bienes y servicios que se brindan a través de la política social gratuita o subsidiada.
- La implementación Plan Nacional para la Prevención y Control de la Anemia para enfrentar la deficiencia de hierro en la población cubana.
- La implementación de un Plan Multisectorial con diferentes sectores de la economía y en particular la industria alimentaria para la fortificación de alimentos y la industria farmacéutica para la suplementación de micronutrientes a la población.
- La implementación de medidas sociales para que la pobreza con su secuela de marginalidad y exclusión no se manifieste en el país de modo que una persona en riesgo puede no satisfacer todas sus necesidades con sus ingresos pero tiene garantizada la satisfacción de una parte dada de la

alimentación a precios subsidiados y un conjunto de programas sociales como parte de sus derechos ciudadanos.

- La atención a embarazadas de riesgo y problemas de nutrición, en su residencia por el médico de la familia o en instituciones como los Hogares Maternos y con dietas de alimentos de entregas obligatorias por el estado a precios subsidiados o gratuitos.
- La atención a menores desnutridos, delgados y obesos, con similares características que las embarazadas de riesgo.
- El mantenimiento de una distribución normada a través de la red de establecimientos del comercio minorista y por la vía del consumo social que se corresponden con precios subsidiados, bajos o incluso gratuitos, que permite al Estado garantizar hasta un 70 % o más como promedio de los macronutrientes a nivel del país y un 45 % o más de las recomendaciones nutricionales del país.
- La utilización de recursos naturales y reutilización de desechos que puedan constituir fuentes alternativas de materias primas para otras producciones, que repercutan positivamente en la producción de alimentos.
- Utilización de las inversiones en el sector agroindustrial como parte de la recuperación de la economía en: suplemento con Prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo; fortificación con hierro y ácido fólico de la harina de trigo; fortificación del puré de frutas con hierro y vitamina C; fortificación con hierro y zinc de la leche a los niños menores de 1 año de todo el país.
- La adquisición de experiencia y una alta eficiencia en el uso y aprovechamiento de los recursos técnicos y financieros proporcionados por las fuentes a que ha tenido acceso, como por ejemplo FAO, PMA, FIDA, PNUD, UNICEF, entre otros. (Cuba 2008)

2.5.2 Investigaciones nacionales

Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años

Estudio realizado por la Investigadora Viviana Cruzado de la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía en el año 2012 en la que se emplearon dos técnicas no experimentales para la evaluación: un primer enfoque empleó un pool de datos de niños explotando la gradualidad de la intervención a través de cohortes de nacimiento, con ello se encontró que el efecto cohorte, atribuido a la intervención, reduce la probabilidad de ser desnutrido y aumenta la probabilidad de tener sus controles de crecimiento y vacunas completas. Un segundo enfoque aplicó la técnica de los controles sintéticos a nivel de regiones con lo cual se calculó el efecto promedio del tratamiento para la prevalencia de la desnutrición en las regiones con mayor grado de intervención. Se encontró que el efecto del PAN en la reducción de la desnutrición fue de 3.5 puntos porcentuales en Apurímac y de 1.5 punto porcentual en Ayacucho. Bajo cualquiera de los dos métodos este estudio encuentra una relación negativa y significativa entre el Programa Articulado Nutricional y la desnutrición crónica. Los resultados de este estudio resultan útiles para la asignación presupuestaria orientada al logro de resultados. (Cruzado 2012)

“Análisis del éxito en la lucha contra la desnutrición en el Perú. Estudio de caso preparado para CARE”

Este estudio de caso preparado para CARE Perú por Andrés Mejía Acosta en el año 2011 es un informe que “documenta y sistematiza el éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición. En él se plantea que el éxito no se explica por la presencia de cambios socioeconómicos favorables en el país sino, en gran parte, por las adecuadas intervenciones del gobierno. Este informe busca explicaciones para el éxito en términos de economía política, que se centran en los esfuerzos del Estado para crear estructuras de coordinación nacional en los ministerios, focalizar el gasto público para promover mejoras en la nutrición y alinear las iniciativas de reducción de la pobreza con la estrategia nacional CRECER.” (MEJIA 2011: 9)

“Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la Política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el Periodo 2000–2012”

Esta tesis de maestría en Ciencias Políticas de la PUCP del MG. Carlos Arámbulo Quiroz aborda el análisis del Programa Articulado Nutricional como metodología de presupuestación por resultados y así dar a conocer la experiencia peruana sobre la desnutrición crónica infantil que ha denotado el interés de líderes sociales, autoridades políticas, decisores, organizaciones sociales, ONG, agencias de cooperación y el entramado de organizaciones públicas vinculadas al tema. Se estudia el relacionamiento entre el Estado y la Sociedad Civil a partir de la implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN), partiendo de un análisis de la formulación del programa revisando sus indicadores, el diseño del programa y el modelo causal. También se hace una exploración en torno a la asignación de recursos destinados al PAN y, sobre la base de estas dos referencias, se constata el carácter de la política pública como tal. Luego aborda una reflexión sobre el presupuesto por resultados en el Perú a propósito de la implementación del Programa Articulado Nutricional, ubicando el análisis desde los aspectos estructurales de la reforma y el manejo discrecional de recursos y toma de decisiones de algunas entidades del Estado. (ARÁMBULO 2013: p. 19)

Desnutrición Crónica Infantil en el Perú. Un problema persistente

Este estudio elaborado por Arlette Beltrán y Janice Seinfeld en el año 2009 hace un resumen de los resultados obtenidos sobre los determinantes de la desnutrición crónica infantil en el Perú de donde se desprende la importancia de atender el problema nutricional desde antes del nacimiento del niño, y la elevada posibilidad de perpetuación del problema, que se va reproduciendo en los niños más pequeños de cada familia, si es que este problema no es atacado tempranamente. Analizando el modelo para los hogares de los dos quintiles más pobres se derivan una serie de medidas de política destinadas a combatir la desnutrición: dotación de agua potable y desagüe, de cocinas mejoradas y de piso acabado, así como incremento de las raciones PIN, de puestos de salud en el distrito y del número de nutricionistas MINSA que trabajan en el distrito. Finalmente, concluyendo y a partir de las experiencias latinoamericanas revisadas en el documento, se derivan algunas

estrategias a considerar para reforzar la estrategia nutricional en el caso peruano: (i) La integralidad de las atenciones, (ii) La importancia del monitoreo y (iii) Ampliación de la cobertura de las iniciativas pero sobre la base de un sistema transparente y eficaz de focalización hacia la población carente. (Beltrán 2009)

“Modelo de intervención participativa para mejorar la nutrición infantil”

Desarrollado por la Fundación de Las Américas desde el año 2010 hasta el 2012 financiado por el Fondo Japonés de Desarrollo Social a través del Banco Mundial. El objetivo del Proyecto fue mejorar la nutrición y el nivel de desarrollo de niños y niñas menores de cinco años, a través de intervenciones participativas para aumentar la conciencia y mejorar las capacidades locales para la gestión, y promover cambios de actitud y comportamiento en actores locales de los veinte distritos más pobres de tres regiones del Perú: Cajamarca, Amazonas y Huánuco. Para ello se diseñó la denominada “Estrategia de monitoreo social para el seguimiento de indicadores clave de nutrición a nivel distrital” que se implementó como proyecto piloto en los distritos de Nieva (provincia de Condorcanqui, región Amazonas) y Chetilla (provincia y región Cajamarca) con esas 5 premisas: i) monitorear que niños y niñas tengan un control de crecimiento y desarrollo completo para su edad y trabajar para superar barreras de acceso y calidad que explican el desempeño de 12 indicadores clave; ii) monitoreo social del ciclo de gestión presupuestaria por resultados; iii) monitoreo social para una gestión descentralizada basada en la territorialización de los resultados; iv) priorización de acciones a partir del análisis de caminos causales relevantes localmente y v) monitoreo social concertado con transparencia y rendición de cuentas. (Vatuone 2013)

2.6 Conceptos claves

En el tema de la desnutrición crónica infantil y la anemia y las políticas para prevenirlo tenemos algunos conceptos claves necesarios para una mejor comprensión del tema que presentamos a continuación en orden alfabético

Adecuación intercultural

Seguimos al especialista Armando Medina Ibáñez en su trabajo sobre adecuación intercultural de la salud en Ecuador, quien la define y caracteriza del modo siguiente

... consiste en adaptar los procedimientos técnicos de la intervención en salud, a las concepciones, actitudes y prácticas de las comunidades culturalmente diversas, de modo que las atenciones brindadas sean más familiares a sus costumbres y tradiciones propias. También consiste en conjugar elementos culturales de los usuarios (población indígena, afroecuatoriana, u otra), con los distintos elementos físicos y arquitecturales presentes en los servicios. De esta manera, en el usuario se genera un clima de confianza al verse reflejado e identificado en los distintos procedimientos de las prestaciones y en los mismos servicios de salud a los cuales acude. (Medina 2006: 12)

La adecuación intercultural es importante porque permite promover los derechos ciudadanos y la revaloración de la diversidad cultural de las poblaciones indígenas de manera explícita en los diversos cuerpos jurídicos y normativos del país. Su ámbito no sólo es el de las reformas legales o normativas para la garantía de la participación ciudadana en torno a la promoción, prevención y rehabilitación de la salud “sino en el desarrollo de un modelo de atención integral, que fortalece la red de servicios, establece procesos de licenciamiento y acreditación de unidades operativas, adapta su infraestructura a los diferentes requerimientos de los usuarios diversos, profundiza las prestaciones interculturales, despliega el desarrollo del talento humano y, por sobre todo, mejora de forma sostenida y constante la calidad, humanización y equidad de las intervenciones, con el fin de disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud.” (Medina 2006: 13)

Anemia

La anemia tienen altos niveles de prevalencia entre la población infantil menor de 5 años constituyendo un problema de salud pública. En la zona de estudio la anemia infantil alcanza porcentajes del 50% debido al bajo consumo de alimentos ricos en hierro que presentan las familias según las encuestas ENDES de INEI. Al respecto en este documento se define la anemia

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según

edad, sexo y altura. La hemoglobina, un conglomerado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia. (INEI 2013: 300)

Y las graves consecuencias que en el desarrollo del niño, especialmente en su capacidad cognitiva y aprendizaje futuro.

...la anemia en esta etapa de la vida tiene consecuencias que perduran el resto de la vida del individuo. Estas consecuencias a largo plazo de la anemia tiene que ver principalmente con un desempeño cognitivo deficiente que se establece muy temprano en la vida y que por ello, repercutirá en la adquisición de las capacidades que todas las personas van aprendiendo y desarrollando desde sus primeros años. Así, la anemia en la infancia se ha visto asociada con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficientes, pero también con un aumento de la mortalidad y morbilidad debido a enfermedades infecciosas, e incluso pobres desenlaces en el embarazo en aquellas mujeres que de niñas padecieron de anemia (Sen & Kanani 2006; Nelson 1996; Stivelman 2000; Haas & Brownlie 2001). Debido a estas consecuencias a largo plazo, se explica el hallazgo de que la anemia en los niños pequeños tiene un enorme impacto económico, a través de un efecto negativo en el capital humano, lo que resulta en pérdidas de billones de dólares anualmente (Balarajan et al. 2011). (INS 2015: 7-8)

Ciudadanía y derechos

El concepto de ciudadanía es clave para la comprensión de la situación de exclusión social en las zonas rurales. Desde la formación histórica del Perú, la población rural no ha participado plenamente de la ciudadanía como igualdad de derechos y oportunidades sino que esta participación ha sido fruto de una lucha por derechos básicos como al idioma, educación, salud, identidad, voto, representación y condiciones básicas de vida.

La noción de ciudadanía, entendida como una igualdad básica asociada a la pertenencia de un sujeto a una comunidad o Estado nacional, ha sido uno de los principales ejes estructuradores en que se basan sus políticas sociales. Esta

aproximación parte de la base de que los individuos, en su calidad de ciudadanos, poseen la titularidad de ciertos derechos que el Estado estaría obligado a tutelar y garantizar. Esta vertiente apela a la igualdad de derechos, en tanto provee el marco normativo en el cual se busca garantizar ciertos umbrales de bienestar social para todos los ciudadanos. El derecho a este bienestar se sustentaría en los derechos políticos, civiles y sociales, particularmente en éstos últimos, que se reconocen como consustanciales al ejercicio democrático y a la ciudadanía efectiva. A partir de los instrumentos y normativas internacionales, los Estados asumen la obligación de proteger y promover la realización de tales derechos, los cuales tienen como característica el ser complementarios e indivisibles (Abramovich 2006). Es así como la titularidad de derechos se convierte en garantía y fundamento de la ciudadanía (CEPAL 2006). (Sánchez 2012: 9-10)

Control de Crecimiento y Desarrollo

El control del crecimiento y desarrollo del niño es un proceso fundamental en las políticas para la prevención de la DCI y constituye uno de los servicios priorizados por el PAN especialmente para los niños menores de 1 año. Se le conoce como control CRED y en él se ve el crecimiento o aumento de las dimensiones corporales y el desarrollo o evolución progresiva de las funciones cognitivas y psicomotoras del niño. La guía técnica MINSA lo describe así.

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional Enfermera (o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. (MINSA 2011: p. 17)

Derechos Humanos

Los derechos humanos son uno de los conceptos que han permitido los mayores avances a nivel global en el mejoramiento de las condiciones de vida de grandes sectores de la población a todo nivel: como país, etnias, sociedades, grupos sociales y comunidades. Su cumplimiento se ha vuelto un imperativo ético que trasciende el campo moral y legal que en los foros internacionales es tomado en cuenta para el reconocimiento de gobiernos nacionales, la asignación y préstamo de recursos financieros y la ayuda internacional. Pero el logro de estos derechos es

muy complejo y constituye un proceso de elaboración social y política que embarca a la sociedad en su conjunto.

La construcción de los derechos es por tanto un proceso dinámico, constituye un permanente proceso de transformación social a través de la historia. Cada bien o servicio que unos hombres logran es deseado por otros, por ser posible en ciertas condiciones. (El alfabetismo, la vivienda propia, el agua potable, la televisión o el teléfono celular). Igual sucede en servicios de salud (vacunas, acceso a especialista, acceso a tomógrafo o posibilidad de diálisis o trasplante). En este sentido la sociedad construye día a día nuevos valores normativos en el sentido de ideales a alcanzar en términos de calidad de vida o salud. La “normativa” de referencia puede identificarse como el mejor de los resultados observados, o el máximo biológico posible, contra los cuales se comparan el resto de los individuos, grupos o países. De esta forma la esperanza de vida superior o la mortalidad infantil inferior, alcanzada en unos países, se torna referencia normativa para los demás. La desigualdad en el acceso a bienes o servicios (u oportunidades) constituye desigualdad social. Tal desigualdad se mide ineludiblemente por la sociedad sobre una escala ética. Si la sensibilidad ética sobrepasa ciertos límites, se hace un llamado en términos de derechos, es decir se modifica el valor normativo por vía de una nueva norma legal y se erige un nuevo derecho. (Martínez 2006: 7)

Desnutrición crónica

Hemos asumido la definición de desnutrición presentada por INEI en la encuesta ENDES 2013

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física intelectual emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo⁹. La desnutrición crónica es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia, refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y, de la interacción entre ambas. (INEI 2013: 308)

Mercadeo social

La erradicación de la desnutrición crónica infantil exige de comportamientos adecuados, oportunos y permanentes de las familias respecto a la alimentación,

cuidado y crianza de los niños, lo que se consigue aplicando estrategias de mercadeo social en la población.

El mercadeo social se define como un proceso integral a través del cual se puede facilitar el cambio voluntario de las personas para contribuir al desarrollo de sus capacidades individuales y colectivas, adoptar decisiones y asumir nuevos comportamientos de manera voluntaria para mejorar su calidad de vida. Está orientado a lograr cambios de comportamiento, en un proceso de mediano y largo plazo, dado que están relacionados con valores, costumbres y creencias de las personas, cambios que muchas veces no son percibidos como positivos en el corto plazo ni con beneficios evidentes sino que representan una contribución a la sociedad o a terceras persona. Por ello el mercadeo social es un proceso con componentes ético y educativo que requiere una amplia participación de las comunidades para contribuir al desarrollo de sus capacidades individuales y colectivas, adoptando decisiones y asumiendo comportamientos de manera voluntaria para mejorar su calidad de vida. Se basa en un proceso educativo que facilita la toma de decisiones informada y voluntaria, tanto del público objetivo involucrado directamente en el proceso de cambio como de aquel que participará de manera indirecta o que influirá en el cambio de comportamiento. (PUCP 2016)

Monitoreo del crecimiento y desarrollo

El monitoreo del crecimiento y desarrollo tiene un conjunto de características entrelazadas que responden a las particularidades del proceso de desarrollo del niño y que deben ser respetadas para que el monitoreo sea efectivo y de calidad.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

- Es individual, porque cada niño es un ser, con características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno.
- Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo; es decir, la salud, el desarrollo psico afectivo y la nutrición del niño.
- Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad.
- Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño.

- Es secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos. (MINSa 2011: 19)

Estos controles CRED se realizan según el siguiente esquema

Cuadro N° 3: Periodicidad y oportunidad de controles CRED

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años		
Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de nacido
1 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses.
24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

Fuente: Reproducción de MINSa 2011:p. 20

Nutrición

La importancia del estado nutricional del niño en el desarrollo físico, cognitivo y afectivo ha ido cobrando cada vez mayor relevancia como indicador clave del desarrollo de los países y se ha convertido en uno de los principales objetivos de desarrollo. Las políticas de nutrición son un componente clave y prioritario de las políticas de desarrollo nacional y de los Objetivos del Milenio.

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras) y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez. Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil

forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico. En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición, específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial. (INEI 2014: 300)

Participación ciudadana

La participación ciudadana es un factor que desde los años 90 se considera esencial para el impacto y sostenibilidad de las políticas sociales. Sin el involucramiento activo y como ciudadanos de los beneficiarios las políticas caen en el clientelismo, asistencialismo y la corrupción.

Entendemos la participación como “un proceso voluntario asumido conscientemente por un grupo de individuos y que adquiere un desarrollo sistemático en el tiempo y en el espacio con el fin de alcanzar objetivos de interés colectivo y cuya estrategia debe tener como instrumento fundamental la organización” – que, además en procesos de formulación de proyectos de desarrollo y diseño de políticas, alude a “una forma de intervención social que permite a los individuos reconocerse como actores que, al compartir una situación determinada, tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y que están en capacidad de traducirlas en formas de actuación colectiva con cierta autonomía frente a actores sociales y políticos. (Maya 200?: 6-7)

Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo

El PAN tiene establecido entre sus actividades las consejerías individuales, charlas grupales, las sesiones demostrativas, las visitas domiciliarias y la asistencia a los espacios organizativos comunales,

Actividades grupales con padres y madres cuyos hijos tengan la misma edad, para acompañarlos en el proceso de crecimiento de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir en el futuro de la familia es a través de acciones de prevención que permitan mejorar las habilidades y el desarrollo de los más pequeños. Estas apuestan a fortalecer la comunicación, uniendo grupos etarios similares para mejorar la atención infantil en los establecimientos de salud a través de una actividad central y sub-actividades grupales, al igual que encuentros individuales. El modelo de gestión de control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, implementa una oferta individual y una colectiva, incluye al padre y se centra

en el desarrollo de habilidades de crianza, cuidado y protección de los niños y niñas.
(MINSA 2011: p.18)

2.7 Variables e Indicadores

La investigación tiene las siguientes variables que pasamos a explicitar

Cuadro N° 4: Preguntas específicas y variables

Preguntas específicas	Variables
¿En qué medida el conocimiento que tienen los padres de los niños menores de 24 meses sobre los productos y servicios que reciben en el marco de implementación del Programa Articulado Nutricional en el centro de salud de Chiriaco, Imaza contribuyen a la mejora de su salud?	1.1 Conocimiento de padres y madres sobre contenidos y mensajes nutricionales del PAN para niños menores de 1 año (EMS)
	1.2. Conocimiento de la madre/padre sobre los procesos y actividades de los controles CRED y actividades complementarias del PAN para niños menores de 1 año.
	1.3. Información ofrecida en el PAN a la madre/padre sobre los procesos para el acceso a identidad y afiliación SIS y Juntos para niños menores de 1 año.
¿En qué medida el Programa Articulado Nutricional toma en cuenta las características culturales y hábitos de la población para ofrecer los servicios y productos destinados a prevenir la desnutrición crónica infantil?	2.1. Adecuación intercultural de los mensajes y materiales usados por el PAN para transmitir información y fomentar la participación de las familias beneficiarias.
¿Cómo es la participación de las madres en la implementación del Programa Articulado Nutricional en la comunidad para el logro de resultados?	3.1. Participación de la madre en las actividades de controles CRED, consejería nutricional y cuidado de los niños.
¿Qué percepciones y expectativas tienen las madres de los niños menores de 24 meses acerca de los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco?	4.1 Percepción de la madre acerca de los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco.
¿Qué mecanismos de articulación entre los diversos sectores y niveles del Estado se desarrollan durante la implementación del Programa Articulado Nutricional o hacen facilitar su ejecución en la localidad de Chiriaco, distrito de Imaza?	5.1 Participación en reuniones de articulación programadas por la instancia de articulación local existentes, gobierno local y autoridades y organizaciones comunales.
¿Qué resultados han logrado los servicios y productos priorizados del PAN ofrecidos por el Centro de Salud de Chiriaco?	6.1 Resultados logrados en los niños de la muestra por los servicios y productos priorizados del PAN ofrecidos por el Centro de Salud de Chiriaco.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 5: Definición de variables

Variables	Definición
1.1 Conocimiento de madres sobre contenidos y mensajes nutricionales del PAN para niños menores de 1 año.	Las madres evidencian los conocimientos sobre los contenidos y mensajes del PAN recibidos por parte del personal de salud.
1.2. Conocimiento de la madre sobre los procesos y actividades de los controles CRED y actividades complementarias del PAN para niños menores de 1 año.	Las madres evidencian los conocimientos sobre los procesos y actividades del PAN realizados con el personal de salud.
1.3. Información ofrecida en el PAN a la madre/padre sobre los procesos para el acceso a identidad y afiliación SIS y Juntos para niños menores de 1 año.	Las madres evidencian el apoyo recibido para gestionar el acceso a identidad y afiliación SIS y Juntos para sus niños menores de 1 año por parte del personal de salud y RENIEC.
2.1. Adecuación intercultural de los mensajes y materiales usados por el PAN para transmitir información y fomentar la participación de las familias beneficiarias.	Las madres evidencian la adecuación intercultural de los mensajes, servicios y materiales del PAN recibidos del personal de salud u otros agentes de la comunidad.
3.1. Participación de la madre en las actividades de controles CRED, consejería nutricional y cuidado de los niños	Las madres evidencian su participación en las actividades del PAN y el apoyo recibido para hacerlo por parte del personal de salud u otros agentes de la comunidad.
4.1 Percepción de la madre acerca de los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco.	Las madres expresan sus percepciones y expectativas respecto a los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco.
5.1 Participación de actores en reuniones de articulación programadas por la instancia de articulación local existentes, gobierno local y autoridades y organizaciones comunales.	Los actores locales involucrados evidencian el apoyo que brindan a las madres para que puedan participar en las actividades del PAN.
6.1 Resultados logrados en los niños de la muestra por los servicios y productos priorizados del PAN ofrecidos por el Centro de Salud de Chiriaco.	Presentación del estado de salud de los niños de muestra respecto a la presencia de DCI y anemia.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 6: Variables e indicadores

Variables	Indicadores
1.1 Conocimiento de madres sobre contenidos y mensajes nutricionales del PAN para niños menores de 1 año.	Grado de conocimientos de la madre sobre los contenidos y mensajes clave sobre nutrición del niño menor de 1 año.
1.2. Conocimiento de la madre sobre los procesos y actividades de los controles CRED y actividades complementarias del PAN para niños menores de 1 año.	Grado de conocimiento de la madre sobre los controles CRED y actividades complementarias.
1.3. Información ofrecida en el PAN a la madre/padre sobre los procesos para el acceso a identidad y afiliación SIS y Juntos para niños menores de 1 año.	Grado de conocimiento de la madre sobre acceso a identidad y afiliación al SIS y JUNTOS.
2.1. Adecuación intercultural de los mensajes y materiales usados por el PAN para transmitir información y fomentar la participación de las familias beneficiarias.	Nivel de adecuación cultural de los servicios de Salud dirigidos a la mejorar la nutrición infantil.
	Uso de los medios de comunicación masivo para la transmisión de los mensajes PAN a la población.
	Uso de espacios y mecanismos de la organización y comunidad indígena para la aplicación del PAN.
3.1. Participación de la madre en las actividades de controles CRED, consejería nutricional y cuidado de los niños	Grado de participación en actividades del PAN.
	Tipo de participación en actividades del PAN.
4.1 Percepción de la madre acerca de los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco.	Tipo de percepciones y expectativas de las madres acerca del servicio y productos PAN.
5.1 Participación de actores en reuniones de articulación programadas por la instancia de articulación local existentes, gobierno local y autoridades u organizaciones comunales para apoyar implementación del PAN.	Grado de participación en reuniones de articulación programadas por la instancia de articulación local existentes, gobierno local y autoridades u organizaciones comunales para apoyar implementación del PAN.
6.1 Resultados logrados en los niños de la muestra por los servicios y productos priorizados del PAN ofrecidos por el Centro de Salud de Chiriaco.	Número de niños y niñas con desnutrición crónica infantil.
	Número de niños y niñas con anemia infantil.

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Naturaleza de la investigación

Esta investigación tendrá una naturaleza metodológica cualitativa pues se pretende averiguar las cualidades de los servicios y productos que está brindando el Programa Articulado Nutricional a los niños menores de 24 meses en una localidad de influencia awajún. El conocimiento que se tiene sobre la población awajún indica que sus particularidades sociales, étnicas y lingüísticas influyen considerablemente en el logro de resultados positivos en este objetivo. El PAN puede evolucionar mejorando su adaptación a estas condiciones y para determinar esto se debe usar una metodología cualitativa que observe, describa y explique los hechos del servicio y los insumos y recursos comunicativos usados en su implementación.

3.2 Forma de investigación

Esta investigación está planteada como un *estudio de caso*. Se ha considerado esta modalidad debido a que se recurrirá al análisis dialógico para profundizar en el estudio de la implementación de productos priorizados del PAN en la localidad de Chiriaco y comunidades awajún aledañas a ella en el distrito de Imaza. Se quiere recoger los detalles de los servicios y productos priorizados del PAN recibidos por las madres de niños menores de 24 meses para que estos mensajes sobre nutrición, cuidado y crianza de los niños y niñas menores puedan ser mejor comprendidos y aplicados por la población, las percepciones respecto a estos y los resultados de estos sobre los niños y niñas de la muestra. Se cree que el estudio de caso puede brindar la oportunidad para reconstruir los momentos de implementación del PAN y analizar cómo se están llevando a cabo.

3.3 Fuentes de información

Primarias

Se realizaron entrevistas a los siguientes grupos de actores involucrados en la implementación del PAN en el C.S. Chiriaco

- 20 madres de familia de niños menores de 24 meses que son atendidos por el PAN en el C.S. Chiriaco.
- 2 Promotores de salud o agentes comunitarios de salud elegidos por sus comunidades que apoyan el trabajo preventivo PAN que realiza el C.S. Chiriaco
- 2 licenciadas en enfermería que laboran en el C.S. Chiriaco ejecutando los servicios y productos del PAN en el C.S. Chiriaco.
- 5 Autoridades locales: El Alcalde distrital, el Jefe nombrado de la Micro Red de Salud Chiriaco, la Prefecta distrital de Imaza y la directora del Área de Desarrollo Social del Municipio distrital de Imaza y el Coordinador distrital de la MCLCP.
- 1 Experto en nutrición de una entidad cooperante internacional asignado a Imaza.
- Observación del control CRED e infraestructura del C.S. Chiriaco
- Revisión documental de las Historias Clínicas de las 20 madres y sus niños y el Padrón Nominal distrital de Imaza.

Fuentes secundarias

- Estadísticas del INEI: años 2014, 2105
- Estadísticas de la Red de Salud Bagua - SIEN
- Encuestas ENDE 2013-2015
- Bibliografía especializada hallada en internet y biblioteca de la PUCP

3.4 Universo

Por el carácter cualitativo de la investigación y la modalidad de estudio de caso adoptada el universo adoptado será la localidad de Chiriaco, capital del distrito de Imaza, atendida por el Centro de Salud Chiriaco, cabecera de la Microred de Salud de Chiriaco. Esta micro red está integrada por 11 establecimientos de salud de nivel I-1 y uno de nivel I-2.

3.5 Muestra

En el C.S. Chiriaco están registrados 102 niños y niñas menores de 2 años. Estos niños y niñas tienen diverso grado de monitoreo en los controles CRED como observaremos en el cuadro N° 7

Cuadro N° 7: Niños y niñas menores de 2 años en C.S. Chiriaco

PADRÓN NOMINAL DE NIÑOS/NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DE C.S. CHIRIACO (junio 2016)							
N°	LUGAR	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	DNI	F. NAC.	H.C.L.
1	AV. PRINCIPAL	ROJAS	DIAZ	MARICARMEN Y.	79262447	27/07/2015	1-53-5
2		PEÑA	CHINGUEL	RUTH	79173243	24/06/2015	1-62-7
3		INOÑAN	CALLE	ROSSALIA ALEXANDRA	79021310	18/03/2015	1-29-4
4		SANCHEZ	TUPIKA	DAVID ANDRES	79386505	21/10/2015	1-77-3
5	AGUAJALES	ICHIAS	SAMEKASH	LUIS VALENTINO	79276364	30/08/2015	2-94-3
6		DAVILA	NAVAL	THIAGO ALEXIS	792154324	24/07/2015	2-18-5
7		MENA	CASTAÑEDA	JHULIETH AGATA	79090955	03/05/2015	2-61-5
8		DAVILA	PENA	DAYRON ORLANDO	79013436	11/03/2015	2-56-5
9		CUMBIA	TIBIPA	LUZ IBETT	78945385	29/01/2015	2-28-8
10		UGKAJU	PIITUG	FRENCY	78637588	15/11/2013	2-25-8
11		RUIZ	MASHIGKASH	DONILA	79176835	26/06/2015	2-79-5
12		MAYAN	SALAZAR	SHEYLA	81332583	09/10/2015	2-109-3
13		ROCA	JINTASH	MAMLI	79388866	13/11/2015	2-97-6
14		PEREZ	BARBOZA	MITZI	79364773	02/11/2015	2-73-4
15		CARHUAJULCA	SAAVEDRA	VANIA	79356234	27/10/2015	2-15-4
16		DIAZ	WAJUSH	ANGIE YAMILA	79084238	28/04/2015	2-24-3
17		BLANCO	ATSAMPI	LIZ CHEILA	79413489	09/12/2015	2-52-7
18	DELICIAS	CALLE	JEMPEKIT	ZULLY	79370253	06/11/2015	3-106-5
19		NUNCANQUIT	DANDUCHO	YAYA ALONDRA	79341694	17/10/2015	3-39-8
20	BARRIO SUWIKAI	TAKI	SAKASH	HAVILA	E-26241060	17/07/2015	4-87-3
21		CARPIO	NAVAL	DEYSI TAMARA	79120874	24/05/2015	4-192-4
22		GUERRERO	KAYAP	SEGUNDO	79090720	03/05/2015	4-179-7
23		HUAMAN	TARRILLO	LOREN YULIET	78934969	22/01/2015	4-195-8
24		GUERREO	KAYAP	SEGUNDO ELMER	79090720	03/05/2015	4-179-7
25		SUWIKAI	WASUN	POLL ANDRES	79276558	06/09/2015	4-25-4
26		GIL	CABRERA	YUMI	79214654	16/07/2015	4.8.5
27		VASQUEZ	JEMPETS	JACK	79332317	12/10/2015	4.22.0
28		ARICA	CUNANCHI	JUNIOR	79437664	22/12/2015	4-232-5

29		ÑAÑEZ	SHIMPUKAT	JHACK JHACKSON	79476432	17/01/2016	4-108-8
30	SHUSHUNGA	BUSCAN	ALCANTARA	DANNY JOHEL	78912429	08/01/2015	05-11-5
31	VILLA HERMOSA	JIMENES	COLLANTES	LUZ MARISOL	79286874	12/09/2015	6.10.9
32	INAYO	SANCHEZ	DE LA CRUZ	SHARON	79064927	15/04/2015	
33	PUERTO PAKUY	GUEVARA	AGUILAR	JAMES SNAYDER	78972862	15/02/2015	8.3.4
34		LOPEZ	TINEO	LINCOLL JHOSEY	79125009	23/05/2015	8.11.5
35		PIWI	SHIMPUKAT	YASTIN	E27169432	23/05/2016	8-51-6
36		YAHUARA	PAREDES	ADAMS	79413591	05/12/2015	8-53-4
37		MIRES	PEREZ	XIOMARA BELEN	79465581	07/01/2016	8-18-5
38	PAKUN	WAMPAGKIT	TSAMAJAIN	YANELI	E27523321	03/07/2015	10-77-5
39		UGKUCH	TIWI	JOSSYCA MARLITH	79211546	22/07/2015	10-86-3
40		SIHUANTE	WACHAPEA	BONY CHARLY	79361861	22/10/2015	10-14-12
41	WACHAPEA	ANTUASH	WACHAPEA	BRIAN SANDRACK	26179516	26/11/2014	11-45-9
42		APIKAI	TAIJIN	JOSE MIGUEL	E26175312	16/11/2014	11-13-9
43		HUEPA	WACHAPEA	JHONY	79048068	07/04/2015	11-82-4
44		YAMPIK	SANCHEZ	ANAVED	78998156	02/03/2015	11-95-8
45		TUMUAH	KIUMPI	HAYLI	E26203466	12/06/2015	11-74-5
46		ETSEN	TUMUSH	MARIA	78837030	12/11/2014	
47		AMASIFUEN	JUAN	RYLIAN	81632285	10/02/2015	11-87-3
48		TIBIP	WAMPAGHT	BLADIMIR	79303491	19/09/2015	11-37-4
49		QUISPE	LLUMPI	MARY	79657859	02/04/2015	11-119-5
50		DANDUCHO	TAIJIN	JANDY J.	79433186	17/12/2015	11-33-8
51		PEREZ	JUAN	MELIZA YUMIS	79471701	13/01/2016	
52	TSAG E TSA	KJIK	MASHIAN	JHON ALVIS		07/10/2015	12-43-6
53		MASHIGKASH	PIJUS	RANCES	79126977	28/05/2015	12.2.8
54		JEMPEKIT	AGUILAR	TOY YACK	79025189	20/03/2015	12-45-4
55		MASHIAN	KJIK	VERONICA	78938443	20/01/2015	12-28-3
56		ENTAKEA	CHIJAP	MIMI CHINI	78889663	21/12/2014	12-34-9
57		SEJEKAM	KAYAP	ADILTOM	79330826	05/10/2015	12-37-8
58		MAGHIAN	KJIK	NACHO	79231561	15/07/2015	
59		NANAMTAI	TUPIMA	LIOMEM	79049313	08/04/2015	
60		FERNANDEZ	KE JEN	LUIS	79224374	24/07/2015	12-32-7
61		NANANTAI	TUPIKA	LIOMER	79049313	08/04/2015	12-12-8
62	TUNTUNGOS	SANCHEZ	YAMPIK	BLACK NEYMAR	78923268	15/01/2015	13-14-9
63		CASTILLO	SANCHEZ	MARIA ESTHER	81506633	03/09/2015	13-28-3
64		MORETO	CORDOVA	MERLI YAMILE	78820245	25/10/2014	13-35-4
65	NUMPARKET	GODOS	SUBIATE	ADRIANO	79154110	13/06/2015	14-70-3
66		BECERRA	KAÑAP	NICKY JHAN	81590231	02/06/2015	14.9.7
67		MASHIKASH	PUWACH	YONER GABRIEL	79100417	03/05/2015	14-57-5

68		FERNANDEZ	RAMIREZ	ANA ROSALI	79282581	09/09/2015	14-55-5	
69		CRUZADO	APATIU	YOSHIMAR YOTUN	79393221	20/11/2015	14--3--3	
70		MORETO	CORDOVA	MERLI YAMILE	78820245	25/10/2014	14-35-4	
71	LA CURVA	WACHAPEA	MASHIGKASH	FELIBERTO	79146740	07/06/2015	15-15-5	
72		YAGKIKAT	APATIU	CRISTIAN	79309643	20/09/2015	15-20-4	
73					81503253		15-35-4	
74		NAYASH	APATIU	GREYSI	74468336	06/01/2015	15-24-4	
75		PUJUPAT	MASHIGKASH	YEFERSON	79302812	14/09/2015	15-30-4	
76		PUJUPAT	MASHIGKASH	ERICK	79302743	14/09/2015		
77		CRUZADO	APATIU	YOSHIMAR YOTUN	79393221	20/11/2015	14--3--3	
78		NUEVO PROGRESO	CUÑACHI	TAIJIN	ALINA	79028872	24/03/2015	16-101-3
79			DAICHAP	DANDUCHO	ZEUDY J.	79105644	01/05/2015	16-37-4
80	DANDUCHO		JAUSITO	EMILY	78854033	25/11/2014	16-16-8	
81	TAIJIN		APATIU	BAIS HENDERSON	79025290	20/03/2015	16-13-4	
82	TAIJIN		ANTUSAI	CARLITO	81590198	17/03/2015	16-17-5	
83	WISUM		AGKUASH	MIGUEL ANGEL		01/06/2015	16-31-4	
84	YAMPIS		AKINTUI	SAFIRA	79004147	28/02/2015	16-36-10	
85	YAGKUAG		TAIJIN	MARIA LUIZA	79276915	06/09/2015	16.9.7	
86	YAMPIS		PUJUPAT	MELISA LOSA		11/07/2015	16.2.4	
87	CHUIN		DASUM	YODI JASMILA	79016581	01/03/2015	16-35-6	
88	NAJAMTAI		AYAMPYA	DAYR	7941943	28/11/2015	16-16-11	
89	BUSTAMANTE		TEETS	JOHAN	79224666	03/08/2015	16-73-4	
90	KUJI		TSUMU	JORDY	79364710	27/10/2015	16-50-10	
91	TSUMU		UWAK	NEYMAR	79413772	03/12/2015	16-83-8	
92	KININ		ANTUNSAI	BIANCA BRILLIT	78841348	16/11/2014	16-41-9	
93	SAAN		TEETS	JASMIN GISELA	79442395	22/12/2015	16-30-10	
94	TEETS		KAYAP	NEIDY	YALITZA	03/01/2016	16-30-11	
95	5 DE JUNIO	JEMPEKIT	DANDUCHO	YAYRITH	79397405	23/11/2015	23-16-4	
96	TRANSEUNTES	MAJUASH	HERRERA	KATERINE SADITH	78358426	07/02/2015	17-45-5	
97		SUKUT	YAGKUG	BABY NADINE	81480327	29/12/2014	17-556-3	
98		VASQUEZ	TARRILLO	JOHANS EMANUEL	79435262	20/12/2015	17-1394-3	
99		PUJUPAT	UGKUCH	JOE JOSEPH	80833143	06/07/2015	23.5.5	
100		MARUYARI	HUAMAN	ARELY	79433490	17/12/2015		
101		WISUM	ESAMAT	ESTEFANY	79421842	07/12/2015		
102		PEREZ	PENA	JOSUE AARON		07/11/2015	17-1397-3	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de C.S. Chiriaco, Imaza

En este cuadro podemos observar que de estos 102 niños, 40 menores (color verde) tienen sus controles completos o casi completos; 15 menores (color amarillo) ha cumplido con la mitad de sus controles y 47 menores ha abandonado o solo tiene 1 o 2 controles realizados. Esto nos muestra una preocupante situación pues solo el 40% tiene un control adecuado de su salud y nutrición y el 60% no está siendo atendido correctamente.

En el siguiente cuadro presentamos una muestra significativa de 20 niños y niñas y sus madres seleccionada por Juicio y Conveniencia, de acuerdo a su disponibilidad a ser entrevistadas en sus hogares.

Cuadro N° 8: Muestra de madres y niños observados

Muestra de las madres de familia entrevistadas y niños observados											
Código	Entrevistada	Edad	DNI madre	Grado Instrucción	Ocupación	Procedencia	N° hijos	Lengua materna	Niño/a	DNI niño/a	Fecha nacimiento
M 01	Emilia Tibipa Tentés	39	33598849	Primaria Incompleta	Ama de casa	Chiriaco	6	Awajún	Luz Ibett Cumbia Tibipa	78945385	29/01/2015
M 02	Anselma Chinguel Maldonado	33	44598220	Primaria completa	Ama de casa	Paraiso	4	Español	Ruth Lesly Peña Chinguel	79173243	24/06/2015
M 03	Elizabeth Díaz Córdova.	30	43537367	Primaria Incompleta	Negociante	Chiriaco	3	Español	Mari Carmen Rojas Díaz	79262447	27/07/2015
M 04	Julissa Lizet Castañeda Castañeda	33	41866910	Secundaria completa	Ama de casa	Chepén	3	Español	Jhulieth Ágata Mena Castañ	79090955	03/05/2015
M 05	Yolanda Tarrillo Aguilar	34	43628348	Secundaria incompleta	Ama de casa	Chiriaco	6	Español	Loren Yuliet Huamán Tarrillo.	78934969	22/01/2015
M 06	Armandina Jempekt Shakaime	24	48166670	Secundaria completa	Ama de casa	Kusui	3	Awajún	Zully Anghely Calle Jempekt.	06/11/2015	21/10/2016
M 07	Deysi Kelly Naval Fernández	31	43611040	Secundaria incompleta	Ama de casa	Tuntungos	2	Español	Deysi Tamara Carpio Naval	79120874	07/01/1900
M08	Julissa Indhira Naval Fernández	19	70547585	Secundaria incompleta	Ama de casa	Chiriaco	1	Español	Thiago Alexis Dávila Naval	79214324	24/07/2015
M 09	María Orfelinda Chumap Timias	35	40839288	Secundaria completa	Ama de casa /téc. enferm.	Wachapea	6	Awajún	Bikut Nantu Roca Chumap	79011770	11/03/2015
M 10	Loyda Barbosa Alaya	22	48314149	Secundaria completa	Ama de casa	Chiriaco	2	Español	Mitzi Zamira Brillith Pérez Ba	79364773	02/11/2015
M 11	Mery Jintash Tiwi	35	42226767	Primaria Incompleta	Ama de casa	Jayes	4	Awajún	Mahli Anabel Roca Jintash	79388866	13/11/2015
M 12	Charo Jempets Kayap	38	80469090	Ninguno	Ama de casa ycomerciante	San Rafael	6	Awajún	Jack Anderson Vásquez Jem	79332317	12/10/2015
M 13	Medaly Apikai Taijin	18	No tiene	Ninguno	Ama de casa	Wachapea	1	Awajún	José Miguel Apikai Taijin	E26175312	16/11/2014
M 14	Teofelina Atsampi Chamik	32	44578338	Secundaria 3er año	Ama de casa	Wawas	5	Awajún	Liz Cheila Blanco Atsampi	79413489	09/12/2015
M 15	Vanessa Tsamajain Uwak	18	74471918	Primaria Incompleta	Ama de casa	Wachapea	2	Awajún	Sulaida Ukuncham Tsamajain	79018670	03/07/2015
M 16	María Luisa Túpika Agkuash.	17	77463043	Primaria 5to grado	Ama de casa	Kunchin	1	Awajún	David Andrés Sánchez Tupika	79386505	21/10/2015
M 17	Alcira Wajush Kunchikui	16	76305621	Primaria Incompleta	Ama de casa	Cenepa	1	Awajún	Angie Yamila Díaz Wajush	79084238	28/04/2015
M 18	Clara Elícita Cabrera Torres	19	73130534	Secundaria completa	Estudiante	Chiriaco	1	Español	Yumi Selva Licet Gil Cabrera	79214654	16/07/2015
M 19	Eucebia Shimpukat Chumpi.	32	44599808	Primaria completa	Ama de casa	Wawico	6	Awajún	Jhack Jhackson Náñez Shimpukat	79476432	17/01/2016
M 20	Úrsula Elizabeth Saavedra Julián.	32	42297239	Superior	Docente/ama de casa	Bagua	2	Español	Vania Carhuajulca Saavedra	79356234	27/10/2015

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas, documentos de C.S. Chiriaco y Padrón Nominal del Municipio de Imaza

Consolidando la información tenemos un perfil de las madres entrevistadas en el que podemos destacar que el promedio de edad son los 27.8 años y el promedio de hijos es de 3. En educación vemos la mayoritaria presencia de madres con estudios de nivel primaria incompleta (30%) y si a estas les sumamos las madres sin ningún estudio (10%) y las que solo terminaron primaria (10%) tendríamos que el 50% de nuestras mamás tienen un bajo nivel educativo. Solo una de ellas alcanzó el nivel superior siendo una docente que se encuentra de licencia durante este año. El 80% de las madres manifestó que su ocupación principal es ser ama de casa y el 55% indico que su lengua materna es el Awajun

Cuadro N° 9: Perfil de madres

RESUMEN PERFIL DE MADRES ENTREVISTADAS		
Nivel educativo	Casos	%
Superior	1	5
Secundaria completa	5	25
Secundaria incompleta	4	20
Primaria completa	2	10
Primaria incompleta	6	30
Ninguno	2	10
total	20	100
Ocupación		
Ama de casa	16	80
Negociante	2	10
Docente	1	5
Estudiante	1	5
total	20	100
Lengua Materna		
Awajún	11	55
Español	9	45
Total	20	100
Cantidad de hijos		
6	5	25
5	1	5
4	2	10
3	4	20
2	4	20
1	5	25
Total	20	100
Promedio edad	27.8 años	
Promedio hijos x madre	3.25	

Fuente: Elaboración propia basada en entrevistas

Fotografía N° 2: Entrevistada M 05



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Fotografía N° 3: Entrevistada M 17



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Fotografía N° 4: Entrevistada M 19



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Fotografía N° 5: Entrevistada M 15



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Tomando los datos mayoritarios podemos presentar un perfil de la madre del estudio caracterizada por su bajo nivel educativo, ser de origen awajún, con un promedio de edad de 27 años y 3 hijos y dedicada exclusivamente a atender su hogar, constituyéndose en el principal soporte del crecimiento y desarrollo de sus hijos.

En el siguiente cuadro presentamos los datos de los actores sociales locales que fueron la fuente primaria complementaria utilizada para este estudio

Cuadro N° 10 Actores sociales locales entrevistados

Entrevistas a autoridades, personal de salud y agentes comunitarios				
Cod.	Nombre	Cargo	Institución	Fecha
A 01	Karla Chuna	Enfermera	Centro de Salud Chiriaco	20/08/2016
A 02	Lidia López Olivera	Prefecta	Prefectura distrital de Imaza	20/10/2016
A 03	Ana María Pedraza Guevara	Directora de Desarrollo Social	Municipalidad distrital de Imaza	20/08/2016
A 04	Santiago Taki Paz	Coordinador general	Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza	20/08/2016
A 05	Otoniel Danducho Akintui	Alcalde	Municipalidad distrital de Imaza	16/11/2016
A 06	Karin Mujica Zúñiga	Consultora nutricional Bagua	UNICEF	19/10/2016
A 07	Liliana Vásquez Guerrero	Enfermera	Centro de Salud Chiriaco	19/10/2016
A 08	García Tupika Chimpa	Agente comunitario de salud	Centro de Salud Chiriaco	19/10/2016
A 09	Gilberto Efus Pérez	Jefe	Centro de Salud Chiriaco-Proceres Alto	16/11/2016
A 10	Arturo Tibipa	Agente comunitario de salud	Centro de Salud Chiriaco-C.N. Wachapea	19/08/2016

Fuente: Elaboración propia basada en entrevistas

Fotografía N° 6: Entrevistado A 04



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Fotografía N° 7: Entrevistado A 05



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

3.6 Instrumentos de recojo de información

- **Entrevistas semiestructuradas:**
 - A madres: 20 entrevistas
 - A promotores de salud: 2 entrevistas
 - A personal de salud: 2 entrevistas
 - A autoridades locales y del sector salud: 6 entrevistas

- **Observaciones**
 - A los controles CRED.

- **Revisión documental**
 - De historias clínicas y padrones usados por el PAN en el C.S. Chiriaco.

3.7 Plan de trabajo y cronograma

En la página siguiente se presenta el cronograma del plan de trabajo desarrollado durante el proceso de elaboración de la investigación

Cuadro N° 11: Cronograma de trabajo

PLAN DE TRABAJO DE TESIS: ESTUDIO DE PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN CHIRIACO IMAZA										
Etapa	Tarea	1 mes	2 mes	3 mes	4 mes	5 mes	6 mes	7 mes	8 mes	9 m
Planificación	Planteamiento del problema	■								
	Investigación bibliográfica		■	■						
	Diseño metodológico			■	■					
Recolección información	Determinación de muestra			■						
	Elaboración de instrumentos			■	■					
	Prueba piloto				■					
	Aplicación de técnicas. Recojo información				■	■	■			
Procesamiento y análisis	Codificación y ordenamiento					■	■			
	Examen de consistencia de información						■			
	Procesamiento de información						■	■	■	
	Ordenamiento y cruces							■	■	
	Triangulación y análisis. Contrastación con hipótesis y preocupaciones iniciales							■	■	■
Redacción	Versión preliminar de propuesta de Gerencia Social								■	■
	Revisión y retroalimentación									■
	Versión final de informe									■

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta investigación queremos determinar cuáles son los factores que están influyendo en la demanda de los servicios y productos del PAN priorizados por el sector salud que hacen las madres de los niños menores de 2 años atendidos en el Centro de Salud de Chiriaco, Imaza. Las madres de estos niños y niñas juegan un rol fundamental y único en esta labor y por ello se han formulado 3 preguntas de investigación que buscan saber a través de su testimonio directo, y con apoyo de los testimonios de otros actores complementarios y la literatura especializada, cuales son los factores que más influyen en la demanda que hacen del servicio.

La primera pregunta si el conocimiento que reciben del PAN está sirviendo para una buena salud de los niños, la segunda pregunta indaga por las consideraciones interculturales que tienen los operadores del PAN para que la oferta sea aceptada por las madres, teniendo en cuenta que estamos en territorio étnico awajún; la tercera averigua como es la participación de las madres en las distintas actividades que implementa el PAN como los controles, las visitas domiciliarias, las charlas o las sesiones demostrativas; una cuarta pregunta indaga por las percepciones y opiniones de las madres respecto a los servicios y productos recibidos.

La quinta pregunta se enfoca en los mecanismos de articulación que los actores locales han construido para apoyar la implementación del PAN y se basa en los testimonios de los actores complementarios. El adecuado crecimiento y desarrollo de los niños desde su gestación y nacimiento no es una responsabilidad que solo debe quedar circunscrita a las madres y las familias del menor sino una responsabilidad compartida con otros agentes sociales como el sector salud y otros sectores vinculados al desarrollo y seguridad del niño, el gobierno local, la sociedad civil y la comunidad. Por ello es que en esta pregunta de investigación indagamos por la articulación e integración de los agentes locales (gobierno local, centro de salud, subprefectura, agente comunitario, mesa de concertación, cooperantes

externos) en torno al bienestar y al adecuado desarrollo integral de los niños y niñas y que se está logrando hasta el momento. La sexta pregunta indaga sobre los resultados obtenidos por la implementación de los servicios y productos del PAN en los menores de 24 meses de la muestra atendidos en el Centro de Salud de Chiriaco.

4.1 Contribución a la salud y desarrollo integral de los niños que se logra con el conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 2 años sobre los productos y servicios priorizados que reciben en el marco de la implementación del Programa Articulado Nutricional

Los niños menores de 5 años están protegidos obligatoriamente por el Estado a través del Sistema Integral de Salud (SIS) que financia los productos y servicios del PAN que provee el sector salud en todos sus establecimientos de salud. Para ello los niños solo deben tener su documento de identidad oportunamente (antes de los 30 días) para que el costo de sus atenciones sea programado presupuestal y operativamente con anticipación por el sistema de salud, e incluso hay disposiciones (RJ 126-2015-SIS) para que los niños tengan DNI gratuito. Los servicios y productos gratuitos del PAN para los niños menores de 2 años son: controles periódicos del crecimiento y desarrollo integral del niño (CRED); un programa de vacunación para la prevención de diversas enfermedades; suplementación mensual de micronutrientes esenciales y hierro desde los 4 meses; orientación a las familias sobre nutrición, cuidados y crianza de los niños; sesiones demostrativas sobre nutrición, cuidados y crianza de niños; material informativo y educativo; visitas domiciliarias; y análisis clínicos periódicos de hemoglobina para la detección de la anemia.

Entre los mensajes fuerza que se les da y reitera constantemente están: “dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses”, “dar alimentación complementaria a la lactancia desde los 6 meses hasta los dos años”, “lavarse las manos antes y después de cada atención”, “usar agua segura al preparar los alimento”, “acudir urgente al centro de salud ante señales de enfermedad del niño”, “dar los micronutrientes (chispitas) a los niños diariamente”, “alimentar al niño 5 veces al día”, “estimular a los niños jugando con ellos y hablándoles”, “llevar al niño a todos

sus controles en la fecha programada”, “cumplir con todas sus vacunas según su plan de atención”, etc. (MINSa 2011a)

Esta información de los servicios y productos del PAN es importante que las familias la conozcan al detalle para que sepan cómo es el Plan de Atención en Salud que recibirán sus hijos y programen la participación oportuna y permanente en todas las atenciones programadas para ellos. En zonas rurales e indígenas como Imaza, es bastante frecuente que las familias no cumplan con llevar a los niños a todas las atenciones programadas para ellos e incluso que rechacen o ignoren la atención del Estado para sus hijos por razones como: falta de dinero para el traslado, falta de información sobre el servicio, falta de documentos de identidad del niño y la madre, apego a tradiciones culturales, sectas religiosas que rechazan al Estado, poca responsabilidad familiar, etc. Estas situaciones hacen que los servicios y productos priorizados del PAN deban ser conocidos y difundidos para que la participación de las familias sea mayoritaria y voluntaria.

Un primer elemento a tomar en cuenta es la cantidad, calidad y oportunidad de la información del PAN que ofrecen el personal de salud y otros agentes de la comunidad a las madres. Esta información será la manera directa por la que se ofrece el servicio y el primer argumento para que las madres acepten el PAN.

El cuadro N° 12 presenta los resultados de la pregunta.

Cuadro 12: Recepción de información PAN brindada por personal de salud de C.S.

1. Recepción de servicio y productos PAN por parte de personal de salud	Casos	%	¿Dónde?	%	¿Cuándo?	%
SÍ	19	95				
NO	1	5				
NO SABE/NO OPINA	0	0				
Centro de salud Chiriaco			19	95		
Domicilio			1	5		
Control CRED					20	100
Total	20	100	20	100	22	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este cuadro N° 12 podemos observar que casi todas las madres han recibido información, habiendo un solo caso que niega haber sido informada al respecto. Casi todas menos una indica que lo recibió en el C.S. y todas coinciden en que fue durante el control CRED. El personal de salud indica que la información sobre el PAN se da inicialmente durante la etapa de gestación donde se controla el desarrollo del feto y la salud de la madre, tanto en el centro de salud como en las campañas extramurales que realizan constantemente entre las comunidades visitando a las madres y niños menores de 5 años. Como indica la enfermera Karla Chuna

“El personal de salud siempre se va al hogar, se le hace el seguimiento, ahí se va viendo la calidad, que tal le va, la conservación. Se puede observar cómo le estas preparando, como le estás haciendo. Si le das la orientación él te lo va a hacer, a ver si te lo dice en un plato en el ejemplo, todo, te dice si está consumiendo porque a veces tiene las cajas ahí amontonadas. O que alimentos lo pueden usar, todo eso se hace directamente.” (A 01)

La norma técnica del CRED señala al respecto:

El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades. (MINSa 2011: p. 20)

Podemos observar que esta información sobre el PAN es fundamental en el mercadeo del servicio para que las familias acepten el PAN y se comprometan a participar en él según el plan de atención del niño.

En el siguiente cuadro N° 13 indagamos si ha habido algún otro agente aparte del centro de salud y su personal que ha informado sobre el PAN a las madres y la población pues no es suficiente solo a información del sector para que el PAN sea conocido y tenga aceptación. La DCI es un problema social y por tanto en su afronte deben participar diversos agentes y en el caso de la difusión de los mecanismos existentes para enfrentarla es clave el aporte de los medios de comunicación pues

llega a las comunidades y las familias. Aunque es pertinente indicar que en esta zona la energía eléctrica es muy poca y precaria y el consumo de mensajes radiales no es mayoritario por lo que el medio más usado es el “boca a boca” en los puntos de reunión: asambleas, mercado, medios de transporte, instituciones educativas, eventos familiares y comunales, entre otros. El uso de internet es menor aún y solo entre la población joven de las zonas urbanas.

Cuadro N° 13 Recepción de información y mensajes PAN por medios

13. Recepción de información y mensajes para el cuidado de niños en medios de comunicación.	Casos	%	¿Dónde?	%	¿En qué idioma?	%
SÍ	8	40				
NO	10	50				
NO SABE/NO OPINA	2	10				
Radio local			0	0		
Radio regional/provincial			5	50		
TV nacional			3	30		
Otros			2	20		
Español					9	90
Awajun					1	10
Total	20	100	10	100	10	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este cuadro N° 13 vemos que la mitad de las madres indica no haber recibido información en los medios de comunicación y un 40% si ha escuchado al respecto a través de estos. Sobre cómo fue la recepción, en la radio local de Chiriaco (Radio Selva Mix) no han oído nada sino a través de la radio regional (Radio Marañón de Jaén, Cajamarca), y también en un programa médico de la TV nacional y 2 indican que se enteraron en los programas sociales a los que pertenecen. Sobre el idioma en que recibieron esta información, el 90% de las respuestas indica que fue solo en español mientras que una menciona también haber oído sobre el PAN en awajún. El técnico de salud Santiago Taki Paz nos corrobora la poca difusión en medios.

“No, no hay mensajes en radio ni a nivel de red, tampoco...Ni de la provincia. Muy poco llega a veces, escuchando radio Marañón. Bien bajito, dos o tres palabras: nutrición... a veces.” (A 04).

En las normas técnicas del CRED no se menciona sobre el uso de los medios de comunicación y otros agentes sociales en la implementación del PAN y tampoco se hace alusión a la implementación de campañas de mercadeo social del PAN

quedando toda la responsabilidad a la capacidad técnica y difusión del personal del establecimiento y al compromiso de los padres de familia. .

Asimismo, junto con los medios de comunicación también se podría contar con el apoyo de las diversas organizaciones de la comunidad local (sociales, productivas, religiosas, culturales, etc.) en la difusión o el apoyo en la participación de las madres en el PAN. En el cuadro N° 14 indagamos sobre si en las reuniones o asambleas de las organizaciones o comités en las que participan las madres se da información sobre el cuidado de los niños y las actividades del PAN.

Cuadro N° 14 Participación en organizaciones locales

16 Participación o pertenencia a alguna, asociación, institución u organización donde se informe o capacite sobre cuidado de los niños	Caso	%	¿Cuál?	%
SÍ	6	30		
NO	13	65		
NO SABE/NO OPINA	1	5		
Programa Juntos			2	33.33
Programa Vaso de Leche			3	50
Iglesia cristiana			1	16.6
Total	20	100	6	99.93

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este cuadro N° 14 podemos observar que solo 6 madres indican pertenecer a alguna institución u organización donde se ha recibido algún tipo de información sobre el cuidado y la alimentación del niño, 2 de ellas a Juntos (Nacional), 3 de ellas al Vaso de Leche (Municipal) y 1 a una iglesia cristiana (particular). Sobre ello el técnico de salud Santiago Taki Paz declara sobre la poca participación del personal de salud en estos espacios comunales

“A veces nos invitan porque muchas veces tratan sus asuntos de la comunidad, pero son internos, muy poco tocan aspectos de nutrición, alimentación, control gestante. Yo estoy insistiendo que nos consideren, aunque sea cinco o diez minutitos para poder hablar, extender nuestro mensaje. Eso estoy pidiendo yo a todos los apus de las comunidades, que nos puedan invitar.” (A 04)

Estos tres cuadros nos muestran que la única fuente accesible y segura de información para todas las madres sobre el PAN y los cuidados y alimentación del niño es el establecimiento de salud y su personal pues los medios de comunicación provinciales y regionales lo hacen muy esporádicamente y son escuchados por una minoría al igual que lo recibido en la TV de señal abierta y los medios locales no se ocupan de este tema. Espacios como las organizaciones o instituciones locales donde pueden recibir información o intercambiar experiencias, en este caso se mencionan a los programas sociales e iglesia cristiana, no son accesibles a la mayoría de las madres y no dan cabida a los mensajes del PAN.

Por otro lado, la información recibida por las madres se brinda mayormente en español, teniendo algunas madres awajun hablantes dificultades para la comprensión de los mensajes en español pues su nivel de manejo y su nivel educativo es bastante bajo, como se vio en perfil, Además, solo en una ocasión se ha escuchado que las madres mencionen el programa Nutriwawa por el cual el MINSA difunde información y mensaje sobre la nutrición del niño por lo que este programa no se está implementando o se hace muy limitadamente, siendo este programa de comunicación el que debiera encargarse de implementar estrategias de mercadeo social que informen y coloquen el producto social entre la población. Además, no se menciona a la radio local por lo que en general se observa que los agentes locales como medios u organizaciones no están participando en apoyar el PAN. También se le preguntó al alcalde distrital sobre el uso de medios para estos mensajes y nos confirmó que no se recurre a ellos para estos temas. (Entrevista A 05)

El acceso de los niños a documento de identidad

El contar con una identidad (nombre y apellidos) y un documento oficial del estado peruano que los reconozca es un derecho fundamental de todo niño peruano que en zonas rurales e indígenas como la estudiada no se cumple para todos. Ya se ha señalado que en Imaza existe casi un 50% de niños menores de un año que carecen de DNI, siendo este documento un requisito para ser considerado presupuestalmente y tener acceso a servicios y programas sociales del Estado y constituyendo una muestra importante de que estos niños son sujetos de derecho.

Además, existe una política del MINSA para que el personal de salud promueva el cumplimiento de este derecho por ser el inicio del proceso de aseguramiento universal.

Este es un segundo elemento a considerar sobre la información recibida por las madres y las familias para que sus niños tengan DNI al nacer y por tanto acceso a los servicios del PAN financiados por el SIS.

En el siguiente cuadro N° 15 se indagó por saber si fueron informados de ello.

Cuadro N° 15: Información recibida para tener DNI

2. Requisitos para recibir servicios PAN.	Presentar DNI	%	Tener SIS	%	Hacer pago monetario	%
SÍ	9	45	12	60	0	
NO	0		0		4	20
NO SABE/NO OPINA	11	55	8	40	16	80
Total	20	100	20	100	20	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este cuadro 15 vemos que la mayoría de las madres (60%) indica que se requiere estar asegurado al SIS para que el niño sea atendido y la mitad menciona la necesidad del DNI para tener acceso a ello no habiendo ninguna que mencione que se les ha cobrado por esto servicios. El jefe del C.S. ha indicado que la información sobre documentación y acceso a identidad ya forma parte del paquete informativo que se les brinda a todos los beneficiarios del PAN y que incluso en el C.S., por ser cabecera de una importante micro red de salud la RENIEC ha instalado una Oficina de Registro Auxiliar (ORA) dedicada a generar Acta de Nacimiento y DNI a menores de 16 años de forma totalmente gratuita.

Tenemos en el establecimiento una oficina de RENIEC. Cuando un niño nace inmediatamente es inscrito para su DNI en línea para que en un plazo de 20 días ya reciba su DNI y es totalmente gratuito. Es importante que tengan su identidad registrada y su inscripción en el SIS para que puedan atenderse. Cuando hace 4 años empezamos a trabajar la identidad encontramos que de 100 niños solo 20 o 30 tenían DNI ahora el 90% de los niños cuenta con su DNI y con eso ya tiene puede tener su SIS permanente. La información sobre documentación se les da a todas, es parte del servicio normal que se les da a todas las mamás. (Entrevista A 09)

El técnico de salud Santiago Taki Paz lo corrobora y menciona un interesante detalle sobre la actitud de las madres.

Si, cuando nace acá inmediatamente o cuando nace en la comunidad, que pasa, los trabajadores de salud tienen su jurisdicción, entonces de inmediato cuando nace, se van a recolectar sus datos, todo y nos informan acá para poder hacer trámites. Aun así, se nos escapan. Vienen acá a atenderse partos, también se realiza todo en un solo momento que nace sacamos Partida de nacimiento, DNI, su seguro, aun así, se escapa la gente.” (Entrevista A 04)

La reglamentación del aseguramiento universal del MINSA precisa que esta tarea es una obligación del personal de salud como paso previo para los derechos en salud.

El fin supremo de los derechos humanos es la persona, como también lo es el derecho a la salud, el cual se encuentra encaminado al logro de su bienestar en el sentido amplio del contexto. El rol institucional y profesional del personal de salud es facilitar a que las personas ejerzan su derecho a la salud y mejoren su calidad de vida; mediante el reconocimiento de los determinantes que influyen sobre la misma, y sobre todo propiciar que varones y mujeres gocen de buena salud a través de diferentes estrategias de promoción y prevención. (MINSA 2011b: 18)

Cuadro N° 16: Información sobre documentos de bebé

9. Información oportuna recibida en C.S. sobre como gestionar identidad y documentación del bebé	Casos	%
SÍ	11	55
NO	1	5
NO SABE/ NO OPINA	1	5
RECIBIO EL ESPOSO	6	30
RECIBIO DE OTROS	1	5
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este cuadro N°16 vemos que 17 de las madres, el 85%, indica haber recibido información o apoyo directa o indirectamente a través de los esposos para tramitar el DNI del niño en el C.S. Chiriaco de parte del personal o en otras dependencias del estado como RENIEC. Debemos indicar que en 3 casos nos indicaron haber realizado parto domiciliario. El C.S. Chiriaco proporciona los servicios de documentación como la enfermera Karla Chuna nos lo confirma

Niño que nace, niño que sale con su seguro del centro de salud. Se les orienta como aquí hay una oficina de la RENIEC, se les orienta, la obstetra le entrega su certificado de nacido vivo para que puedan gestionar de una vez su DNI. Y con el ticket del DNI pasan al segundo piso para que gestionen su seguro integral de salud y con eso puedan ser atendidos gratuitamente.” (Entrevista A 01)

En estos cuadros 15 y 16 podemos observar que existe un mayoritario conocimiento de la necesidad de contar con DNI y estar asegurado al SIS para tener acceso al servicio y que el personal de salud está informando oportunamente de ello a las madres pero que aún existe un importante grupo de madres que muestra poco conocimiento de ello o depende de otras personas para gestionar el acceso al SIS para su niño, como aquellas en las que el esposo lo hizo y ellas no opinaron al respecto. Hubo un caso en que la madre ni el niño tienen su DNI pese a que el acceso a RENIEC es relativamente sencillo, siendo un caso de madre adolescente cuyo niño presenta DCI.

Fotografía N° 8: ORA RENIEC en CS de Chiriaco



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Asimismo, no solo se trata de difundir los mensajes del PAN sino de comprobar si el circuito de comunicación está fluyendo y en la retroalimentación ir conociendo cuáles son los mensajes que más se recuerdan o son aplicados para hacer ajustes al respecto y mejorar las estrategias de comunicación. Por ello un tercer elemento a considerar para analizar la influencia del conocimiento sobre el PAN en la salud de

los niños es el grado o nivel de recordación de mensajes y servicios del PAN. En el siguiente cuadro N° 17 se procesa la pregunta por los mensajes del PAN recordados por las madres.

Cuadro N°17: Recordación de mensajes del PAN

3. Recordación de mensajes PAN	Casos	%	¿Cuál?	%
SÍ	19	95		
NO	1	5		
NO SABE/NO OPINA	0	0		
Comer 5 veces al día y con horario			4	10
Dar menestra, pescado, verdura, sangrecita, leche			8	20
Prepararles comida especial para ellos.			7	17.5
No gritarlos, hablarles bonito y suave			2	5
Estimularlos, jugar			3	7.5
Vacunarlos			1	2.5
Dar chispitas, vitaminas			4	10
Lavarle las manos, asearla			5	12.5
Lavarnos para atenderlos			3	7.5
Llevar al centro de salud			3	7.5
Total	20	100	40	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este cuadro 17 apreciamos que casi todas menos una madre recuerdan algún mensaje recibido en el PAN, siendo los mensajes más recordados los referidos a la alimentación y suplementación que llegan a ser más la mitad (57.5%) destacando el dar alimentos con proteína animal y hierro (20%) y prepararles comida especial a los niños (17.5%), dar de comer 5 veces al día (10%) y dar las chispitas (10%). En un segundo grupo de recordación, encontramos el aseo del niño (12.5 %) y lavarse para atenderlos (7.5%). La vacunación solo es recordada por una madre. En general, la cantidad de mensajes recordados es baja pues promediando los mensajes recordados hallamos una media de casi 2 mensajes concretos recordados por cada madre de los 10 mencionados. El testimonio de la enfermera corrobora

esta predominancia del aspecto alimenticio y señala cómo es que el personal de salud hace seguimiento a la recepción y recordación de los mensajes PAN.

“Sí los aceptan porque en cada control que ellos asisten se les pregunta cómo te fue, si, incluso se evidencia por el peso y talla, ahí nos damos cuenta. Incluso en el tamizaje de hemoglobina, si un niño estuvo con la hemoglobina baja, tuvo 10 - 10.5, se ve cuando tú les das las recomendaciones, se ve el cambio al poco tiempo o a los dos controles. Pero igual se va viendo el incremento tanto en peso y talla. Esos son los indicadores.” (Entrevista A01)

No solo se preguntó por los mensajes recordados sino también por los servicios y productos PAN recibidos durante el control CRED como vemos en cuadro 18.

Cuadro: 18: Recordación de servicios y productos recibidos en los controles CRED

8. Recordación de servicios y productos recibidos en los controles CRED	Casos	%	¿Cuáles?	%
SÍ	19	95.00		
NO	1	5		
Peso y talla			19	38
Medición cefálica			1	2
Vacunas			13	26
Entrega de micronutrientes			1	2
Observación de desarrollo psicomotor			6	12
Tamizaje de hemoglobina			4	8
Control de parásitos			2	4
Consejería			4	8
Total	20	100	50	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

Como observamos en el cuadro 18, solo una madre dice no recordar que hicieron durante el control CRED pero todo el resto sí menciona algún mensaje, siendo la medición del peso y la talla del niño la atención más recordada en un 38% seguida de la aplicación de las vacunas con un 26% % y con un 12% la observación del desarrollo psicomotor, destacando la poca recordación de la entrega de micronutrientes (2%). En general, la recordación es baja pues promediando las

atenciones recordadas hallamos una media de 2 y medio atenciones recordadas por cada madre de las 8 atenciones mencionadas. La enfermera Chuna nos menciona que los más empleados son los referidos a la consejería nutricional

“De la alimentación sobre todo los alimentos que contienen hierro, de cómo darles los micronutrientes, la técnica de como colocar los micronutrientes, que no sean comidas muy calientes, ni muy secas, que alimentos tienen el hierro, el pescado, les damos por ahí la orientación sobre la alimentación complementaria” (entrevista A01)

De estos cuadros 17 y 18 podemos interpretar que existe un bajo nivel de recordación de la información, mensajes y servicios que se brinda en el PAN que no logra llegar al 30% de las madres entrevistadas. En la consejería a las madres destacan la referidas a la alimentación y en cuanto a los controles CRED, destacan aspectos muy observables, frecuentes o tangibles como el pesado y tallado o la vacunación y quedando a un segundo plano otras características. etc. Pero sí existen algunas madres que sí recuerdan todos los aspectos de una atención integral que incluye la estimulación y el juego como la señora Julissa Castañeda

“En CRED, que la estimule mucho para que ella pueda desarrollarse mentalmente, y así en alimentación, en peso y talla, que la saque a recrearse un poco. Si la saco, no mucho pero si lo hago. Me dicen que le dé menestras, me dan también unas vitaminas que llaman chispitas.” (M 04)

El detalle de la recordación que tienen las madres es un indicio de qué mensajes están calando o aplicando a tener muy en cuenta. Otras madres manifiestan que el personal no brinda una atención muy esmerada como Loyda Barboza que manifiesta

“Lo tallan, lo pesan, lo anotan en los tarjetas, ven en qué nivel está. Si está bajo de nutrición. Eso nomás hacen en todos los controles. Sólo algunas enfermeras nos aconsejaron, no todas.” (Entrevista M10)

Podemos entender que la baja recordación puede deberse también a que el servicio brindado no fue completo, satisfactorio o integral y por ello no se tiene recordación de atenciones que no recibieron o no reciben con la frecuencia debida.

Interpretando toda la información presentada en los cuadros 12 al 18, podemos empezar por tomar en consideración el perfil de las madres entrevistadas, nuestro

público objetivo primario en términos de mercadeo social. Podemos observar en la presentación de la muestra que 6 de ellas no culminaron su primaria e incluso 2 no tienen ningún grado de escolaridad por lo que esta situación puede explicar los bajos niveles de recordación y su poco manejo de información y expresión pues estas personas no tienen muchas capacidades cognitivas y comunicativas desarrolladas. Además también tenemos la barrera del idioma pues los mensajes son brindados mayormente en español a una población mayoritariamente awajún lo que dificulta su plena comprensión.

Queremos destacar que el perfil de madres entrevistadas presentado en el capítulo III corresponde a una muestra de familias que habitan el centro poblado principal de Imaza, Chiriaco, pequeña ciudad donde la población Awajun es el 60%. Este perfil presentado de las más desfavorecidas es mucho más común y general a nivel de comunidades indígenas, donde habita la mayoría de la población de Imaza y donde los problemas de DCI y anemia infantil afecta al 50% o más de los niños y niñas.

Si continuamos analizando el comportamiento de las madres veremos que a nivel de conocimiento las madres tienen un conocimiento superficial del PAN, no mostrando mucho manejo de los conceptos y la información del programa.

Por otro lado, también se puede explicar la poca recordación por que el personal de salud no está brindando las atenciones y productos del PAN de manera integral y con calidad a todas las personas que se atienden, lo que se corrobora con algunos testimonios que indican el desconocimiento de las madres o las quejas de poco esmero e integralidad en la atención. Esta situación indica que el servicio PAN no está desarrollando convenientemente o con mayor profundidad y extensión el componente informativo por falta de capacidades y recursos del personal para esta tarea, afectando la capacidad de captación y el compromiso de usuarios por falta de conocimiento del producto social PAN.

4.2 Adecuación intercultural de los servicios y productos del PAN a las características culturales y hábitos de la población destinados a prevenir la desnutrición crónica infantil.

La situación de estas poblaciones respecto a los servicios de salud es bastante compleja. Además de las barreras geográficas y económicas que impone la Amazonía y que condicionan una oferta de servicios de baja calidad, poco integrales y escasos, también se presenta la brecha cultural y comunicacional entre tradiciones culturales diferentes y a veces hasta antagónicas. El paradigma occidental y oficial peruano ha llevado a estas zonas una cultura y conocimientos mucho más complejos, y tecnológica y científicamente mucho más elaborados, un sistema económico basado en el mercado y el dinero, un idioma distinto y costumbres y valores morales muy diferentes a la histórica y tradicional forma de vida basada en la vida comunitaria, la recolección, la caza y la pesca y una cosmovisión animista de la naturaleza. Existe una situación de cultura dominante y dominada que ha trastornado la vida del awajún y que en el caso del acceso a la salud, estas diferencias han generado barreras para que la población indígena acceda plenamente a la salud por falta de adecuación intercultural. (Medina 2006)

De este modo, la adecuación cultural se constituye en una cuestión de reconocimiento y promoción de los derechos ciudadanos y revaloración de la diversidad cultural no solo en aspectos legales que garantizan la participación ciudadana en la salud sino también en el desarrollo de un modelo de atención integral que fortalece los servicios, procesos, unidades operativas e infraestructura requeridas por los usuarios. (Medina 2006)

Los actores sociales entrevistados de origen Awajun indican que antes no existía la desnutrición, que con lo que cazaban y recolectaban del bosque estaban sanos y bien nutridos por lo que el problema de la desnutrición ha surgido en las últimas décadas a consecuencia del proceso de transculturización.

Porque la verdad que nosotros estamos en un proceso de transculturización. No estamos viviendo ni la cultura propia ancestral ni la cultura occidental, no lo estamos viviendo, sino vivimos una etapa de proceso de cambio, donde se está teniendo el temor de tomar decisiones de las prácticas, de las culturas. Por eso la gente está en el medio, no está practicando ni lo suyo, ni lo otro. Sino lo vive una cultura actual. Y

eso creo que está dando una confusión. Entonces de una vez tendríamos que tomar las decisiones si vamos a retroceder a nuestras culturas, lo vivimos, si no mejor pasamos vivir lo que es la cultura occidental.

¿Conoce fórmulas mixtas?

Bueno, yo mayormente estoy ideando esto. Ahí lo que estoy viendo, en la cultura ancestral lo que se ve, casi no vimos desnutrición. Nunca se dijo ha habido desnutrición. Excepto, ¿no? Pero actualmente este, el mayor porcentaje sale desnutrido (Entrevista A 05)

Los servicios de salud se ven envuelto en la problemática y muchas veces sus actividades y productos son rechazados debido a que no ha habido una adecuación intercultural o a que son tomados como símbolos negativos que se deben rechazar. Además, ellos provienen de una tradición lingüística oral que no tiene escritura y su forma de educarse tampoco considera la lectoescritura como medio de aprendizaje natural. Existen costumbres locales que influyen e interfieren con el cumplimiento de las recomendaciones.

¿Alguno de estos consejos son rechazados abiertamente?

No tanto así si no por la costumbre. Le recomendamos que coman hígado, gallina, pollo y no es que no hay, tienen pero lo guardan para la fiesta de su comunidad, para la autoridad, para la venta, para el día de la promoción, y mientras tanto no lo comen así estén de hambre. (Entrevista A 07)

El cuadro 19 siguiente indaga por la forma en que se informó sobre PAN.

Cuadro N° 19: Forma en que fueron brindados mensajes del PAN

4. Forma en que fueron dados la información y mensajes	Casos	%	¿En qué idioma?	%
No sabe/no opina	3	15		
Oral	12	60		
Oral y escrito	5	25		
En español			16	80
En Awajun			1	5
Awajun y español			1	5
Total	20	100	18	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

Podemos ver en este cuadro 19 que un 85% de las madres entrevistadas indica que la información fue recibida de manera oral y un 25% indica que también recibió información por escrito. Según el 80% de las madres la información fue proporcionada en idioma español y en un caso se indica que la recibió en Awajun pero en su comunidad, cuando fue visitada por un técnico que hablaba Awajun. La barrera del idioma no solo está afectando a los Awajun sino también al personal de salud como la enfermera Liliana Vásquez que opina así

“Para nosotros la dificultad más grande creo que es el idioma, para poder entender por eso están acá siempre los tres técnicos que son Awajun, perennes, que nos ayudan y que en cuando algunas cosas no nos entienden, al toque, los llamamos, para que nos puedan orientar o preguntas que ellos no puedan entendernos, rapidito...” (A 01)

O el jefe de la Micro Red Chiriaco que confirma esta opinión

“Nosotros tenemos una barrera que es el idioma Awajun que habla la mayoría, hemos tenido que ir aprendiendo Awajun para entendernos mejor con ellas aunque en las comunidades ya la mayoría habla español. Nos comunicamos pero debemos fortalecer más la comunicación hablando Awajun pues siento que no me entienden del todo.” (Entrevista A 09)

El aprendizaje y reforzamiento de todo nuevo conocimiento requiere el soporte de materiales concretos que transmitan la información y permitan su difusión y recordación. En el cuadro 20 procesamos la pregunta sobre si hubo material informativo y educativo en idioma Awajun que sirviera de soporte a los mensajes orales.

Cuadro N° 20: Entrega de material educativo

14. Entrega de material informativo y educativo en idioma materno	Casos	%	¿En qué idioma?	%
SÍ	6	30		
NO	14	70		
Español			5	71.42
Awajun			2	28.58
Total	20	10	7	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

Respecto a la recepción de material informativo o educativo para complementar la información recibida se indica que solo un 30% llegó a recibir algún tipo de material impreso con información, estando referida al uso de los micronutrientes y la preparación de sus primeras comidas a los bebés. Casi todas las que afirmaron haber recibido material dijeron que este estaba escrito en español pero hubo una madre que afirma haber recibido material en Awajun y otra que recibió en los dos idiomas. De todos modos parece que es muy poco el material que distribuye el C.S. y según indican eso se dio hace algún tiempo y no de manera reciente. Sobre ello la gerente social del municipio, Ana Pedraza opina

“Tenemos materiales impresos del sector salud, que se están repartiendo en las comunidades sobre lactancia materna. En Awajun no tenemos pero se está trabajando para que sean materiales bilingües.” (Entrevista A 03)

Pero el técnico Santiago Taki precisa mejor este asunto

“Materiales de difusión casi no tenemos. Muy poco. A veces viene, pero de las enfermedades, así como rabia, pero sobre nutrición no hay o hay muy poquito. Sale en castellano y tiene que haber en Awajun.” (Entrevista A 04)

Y el jefe de la Micro red indica que si hay y que se valida pero al parecer es una medida que toma el personal localmente y no es que el material haya sido diseñado expreso para estas poblaciones y en su lengua y venga así desde el ministerio de Salud

Acá los materiales se ha tratado de adecuarlos a la zona, se ha escrito en Awajun los mensajes que queremos que aprendan. El ministerio envía material en español que nosotros validamos y entregamos a las mamás, por ejemplo en alimentación complementaria y lactancia materna. Se reparte paulatinamente, cada trimestre. Tenemos rotafolios y trípticos en Awajun (entrevista A 09)

Pero sobre este tema la especialista de UNICEF en Imaza nos aclara mejor la situación y el porqué de esta falta de materiales adecuados en awajún

Se han hecho rotafolios, pero lo que he notado, es que el personal, como el personal no ha participado en la construcción de esos rotafolios, les es ajeno y no los utiliza.

Hay una subutilización de materiales educativos en establecimientos. Incluso cuando se salió con el coordinador del PAN a visitar los establecimientos, observábamos primero porque no utilizaban materiales, después les decíamos, ellos comentaban que no tenían, pero cuando íbamos al almacén a buscar allí estaban los materiales, pero no se habían dado cuenta. El tema es que ellos mismos no están utilizando adecuadamente los materiales que disponen. En otro caso he visto muy poco que ellos mismos hayan creado materiales. Algunos sí, pero en su mayoría no. (Entrevista A 06)

En el cuadro 21 siguiente procesamos las respuestas a las adecuaciones interculturales del servicio a las costumbres, rutinas y recursos de las madres.

Cuadro N° 21: Adaptación intercultural del servicio

15 Adaptación del servicio a necesidades, costumbres, horarios y cultura local	¿Se adapta	%	¿Cómo?	%
SÍ	13	65		
NO	3	15		
UN POCO	3	15		
NO SABE/NO OPINA	1	5		
Puedo ir en la mañana o tarde			10	66.66
Vienen a visitarme cuando no puedo ir			1	6.66
Me aconsejan en awajún			1	6.66
Recomiendan alimentos nativos			3	20
Total	20	100	15	99.98

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

La mayoría de madres, en un 65%, considera que el servicio se adapta a sus rutinas y características de vida pero al parecer esta adaptación solo está circunscrita a la disposición del horario de atención donde el 66.66% de las respuestas emitidas se refirieron a ello sin mayores referencias a un tratamiento intercultural Awajun más complejo pues solo se menciona un caso de consejería educacional dado en Awajun y 3 en que recomiendan algunos alimentos nativos en la dieta del bebé.

Sobre la adaptación a la rutina tenemos opiniones como la del jefe de la Micro Red que nos comenta su estrategia al respecto

Nosotros hemos tratado de adaptarnos a las costumbres de la población. Si la población se encuentra en la tarde, vamos por la tarde acomodándonos a su rutina y cultura de ellos. Eso nos da buenas perspectivas de confianza con ellos y poder mejorar las condiciones de salud de las familias. En todos los establecimientos de la micro red se cuenta con personal que habla Awajun, son técnicos y participan en todas nuestras actividades. También tenemos en todos los lugares y sectores a personas de la comunidad que son agentes comunitarios de salud y hablan Awajun. A ellos los capacitamos mensualmente en diversos temas como crecimiento y desarrollo, detección de signos de alarma, o identificar problemas de salud en las comunidades, están fortalecidos en sus capacidades. (Entrevista A 09)

Asimismo, sobre el uso de los alimentos nativos el técnico Awajun Santiago Taki opina

Para poder entrar frente de la interculturalidad es bastante. Empezando por ejemplo investigando sobre alimento y nutrición de la zona. Que pasa, acá en la zona, en el monte, hay bastante que no se van a recolectar, hay como verduras, como frutas y eso recolectarlo para consumo y al mismo para sembrarlo. La gente conoce, sabe, pero no se va a traer del campo. Hay bastantes alimentos.... Para poder demostrar las costumbres al niño, como es, hasta donde nosotros hemos pasado... ahora, no sabemos culturalmente hasta donde está caminando, que se hace. Estamos en el medio, ahora cultura indígena tampoco ya existe. En resumen, debo decir estamos en medio, entonces, para eso, yo estoy aconsejando que no se pudiera olvidar las culturas antiguas. (Entrevista A 04)

Y el jefe de la Micro red también opina lo siguiente sobre la alimentación nativa

...vemos la alimentación complementaria a partir de los seis meses con papillas y alimentos aplastados. Cuando tienen un año fortalecemos la alimentación paulatinamente, el niño debe participar de la mesa familiar con alimentos de la zona. Por aquí se consume la yuca, el plátano, el suri, la carachupa y otros animales y con eso tratamos de suplementar las proteínas ya que por acá no hay mucho alimento que contenga proteína. (Entrevista A 09)

Lo que se requiere es un mayor trabajo intercultural pues al parecer el PAN está poco adaptado interculturalmente. La especialista de UNICEF respondió sobre la diferencia de culturas

La cultura nunca es una brecha, sino que la oferta debe organizarse de acuerdo a la demanda.

¿Eso no está ocurriendo en la implementación del PAN?

Yo creo que no.” (Entrevista A 06)

El servicio también encuentra dificultades por prejuicios e ideologías tradicionales que ocasionan que sea rechazado por la población Awajun por explicaciones como que hace daño, es brujería, representa a la bestia (demonio) aunque estas creencias parecen estar disminuyendo como indica la enfermera Vásquez

...se les orienta que tienen que registrar a sus niños porque antes se decía que no registrarán a sus niños porque van a pertenecer a la bestia, a Satanás, ya que la mayoría son de la iglesia de los nazarenos. Pero eso ahora ya se escucha poco y ya están registrando más a sus niños. Además, muchas veces el papá y la mamá tampoco tienen DNI y no pueden registrar a su niño. (Entrevista A 07)

El jefe de la micro red también opina al respecto

¿Algún mensaje que la población rechace?

Esta población tiene una cultura y creencias muy fuertes, hay iglesias que influyen bastante y por eso algunas mamás no les dan carnes y proteínas. También hay influencia cultural el tema de las inmunizaciones, las vacunas las relacionan con la fiebre y el dolor y rechazan las vacunas pero son porcentajes bajos de 15 a 20 por ciento. Ha ido disminuyendo, cuando llegué hace cuatro años el rechazo era de 50%, las madres no te recibían en las comunidades y no acudían a los controles pero con las charlas y las visitas eso ha mejorado y ya se puede administrar las vacunas a más. (Entrevista A 09)

Hay formas para adecuar el servicio de alguna u otra forma, estrategias para acercarse a la población, para acercar la oferta a la demanda

Yo, cuando voy a dar una charla, primero hablo con el apu, después con el profesor que me va a ayudar bastante. Si es una charla de alimentación, para que la gente no tenga una impresión negativa, usando los alimentos que hay en la zona y también

alimentos que pueden conseguir acá en Chiriaco. Y también se les invita algo, un sanguchito, un refresco. Si no, no van a tu charla. (Entrevista A 07)

El jefe de la micro red opina que el PAN esta formulado como política nacional macro y que debería ser más específico o haber normas técnicas u orientaciones que ayuden al personal en la adecuación intercultural para las zonas de comunidades indígenas como Chiriaco.

Sería necesario tratar el PAN en Imaza más específico para comunidades indígenas Awajun. Las políticas de estado son macro, se dan en una forma general pero deben adecuarse con elementos e instrumentos de la zona. Por ejemplo en alimentación complementaria sacar un documento o norma técnica para comunidades indígenas, clasificar varios lugares de acuerdo a su población y geografía. Así también se realiza la descentralización de la que se habla siempre y se tiene que llegar más a las zonas donde existen los problemas y eso se logra construyendo instrumentos para estas zonas que son distintas a la costa o sierra. (Entrevista A 09)

Estos cuadros del 19 al 21 y los testimonios citados nos muestran que el servicio PAN está muy poco adaptado a la realidad intercultural de la mayoría de la población, pues existen muy pocos servicios y productos que se ofrezcan en awajún para las personas Awajun hablantes, existe muy poco material informativo en Awajun y al momento del servicio la comunicación especializada se realiza exclusivamente en español. La única adaptación destacada tiene que ver con el horario de atención que da oportunidad a que las madres que no puedan asistir por la mañana vayan por la tarde hasta las 7 de la noche, dando posibilidad a las que trabajan para poder ser atendidas.

La única estrategia que aplican para enfrentar la diferencia cultural es contratar técnicos en salud de origen Awajún y capacitar a los pobladores que son elegidos agentes comunitarios en salud. Existen temas que deben ser tratados interculturalmente como el consumo diario de los micronutrientes o “chispitas” por parte de los niños que no se está haciendo; entre las madres del grupo solo la cuarta parte indicó proporcionarlo diariamente. El consumo de la “chispita” se ha vuelto una dificultad por falta de un tratamiento intercultural adecuado, como

veremos más adelante. Tampoco se trata que los profesionales “mestizos” aprendan awajún para que mejoren su comunicación con la población.

Aspectos importantes para aceptación y sostenibilidad como la alimentación con productos nativos esta poco desarrollada e investigada como para poder formular estrategias que permitan a la población alimentar a sus hijos con productos nutricionalmente valiosos que se produzcan en la zona y no depender de mercados externos para la provisión de alimentos nutritivos. Además, como la agricultura está poco desarrollada y no pertenece a su tradición cultural no se ha aprendido a cultivar alimentos nutritivos que podrían cultivarse localmente como parte de una política territorial de seguridad alimentaria que no está incluida claramente en la articulación del PAN y que podría considerarse, como se hace en otros países, en la política nutricional.

Según algunos entrevistados y lecturas hay un proceso de transculturización que debe ser muy tomado en cuenta pues está influyendo en la aceptación del PAN por parte de la población Awajun y sus líderes. En las normas técnicas no se hace referencia a los contextos interculturales complejos donde se hablan lenguas distintas y se presenta el producto como para una población uniforme y homogénea planteando la necesidad de hacer normas técnicas más específicas para zonas indígenas.

4.3 La participación de las madres en las actividades del Programa Articulado Nutricional para un mejor logro de resultados

La participación de las madres y las familias en general es un elemento muy importante del PAN para su éxito y sostenibilidad. El adecuado crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años que pretende lograrse con el PAN depende en gran medida de que se logre una participación activa, constante y responsable de las familias y sobre todo las madres en los productos priorizados del PAN como los controles CRED, las visitas domiciliarias, las consejerías, las campañas de vacunación y las sesiones demostrativas y las charlas de sensibilización a la población.

En el ámbito y contexto donde se realizó la investigación, la localidad de Chiriaco, hallamos que son las madres las principales y casi exclusivas responsables familiares de la nutrición y cuidado de los niños, teniendo muy pocas referencias de la participación de los cónyuges u otros miembros de la familia en esta responsabilidad pero en las comunidades nativas Awajun existen redes tradicionales que colaboran en esta labor. Al respecto citamos una reciente investigación antropológica realizada en comunidades indígenas Awajun y de otras etnias amazónicas que informan sobre este asunto lo siguiente:

Hemos analizado un patrón de cuidado y crianza de los niños pequeños que depende de la participación de numerosas personas, no solamente de papá y mamá. Participan mujeres y varones, abuelos y hermanos, familiares, no familiares e incluso visitantes casuales. El cuidado infantil en las cuatro comunidades implica mucho contacto físico. Mucho de eso está cargado de afecto: a los bebés y niños pequeños se los besa, se les hace cosquillas, se los tira al aire jugando, se los sube a las piernas, el pecho y los hombros. Los bebés pequeños están casi constantemente levantados del suelo en brazos de alguien, en la tela que se amarra de la cadera para cargarlos, o sobre las piernas de alguna persona. Estas prácticas se explican 'por la necesidad de evitar picaduras de hormigas, arañas y otros insectos, y de mantener a los bebés alejados de la tierra y la suciedad que ellos podrían llevarse a la boca. (UNICEF 2016: 274)

Podría apelarse a esta tradición cultural para que en poblados más urbanos y occidentalizados no se pierda esta costumbre y todo niño tenga una red de apoyo que colabore con la madre en su nutrición, cuidado y crianza. Sobre la participación de la familia las normas técnicas del CRED indican así en sus objetivos "Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal." (MINSa 2011:4)

Una primera indagación se ocupó de la asistencia oportuna de los niños a los controles CRED que se ofrecen permanentemente en el C.S. Chiriaco, responsabilidad de las madres de los pequeños.

Cuadro N° 22: Asistencia a controles CRED

7 Asistencia regular y oportuna a los controles CRED del niño.	Casos	%	¿Dónde?	%	¿Cuándo?	%
Sí, a todos	17	85				
A casi todos	2	10				
A muy pocos	1	5				
A ninguno	0					
En C.S. Chiriaco			19	95		
En Visita domiciliaria			1	5		
Mensuales					19	95
Ocasionalmente					1	5
Total	20	100	20	100	20	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

La asistencia regular y oportuna de los niños a sus controles CRED es la actividad más importante y visible del PAN. En este cuadro 22 podemos observar que el 85% de las madres afirma haber cumplido con llevar a su niño a todos los controles, incluyendo entre estas a la madre que recibe sus controles en su domicilio por que su carga de trabajo le impide acudir regularmente al C.S. Existe un 10% que afirma acudir a casi todos y un caso que no lo lleva o lo hace esporádicamente. El 95% se lleva a cabo en el C.S. y en uno se hace regularmente en el domicilio. La regularidad depende de la programación correspondiente a la edad del niño, la mayoría acude mensualmente pero a partir del año los hace cada dos meses. Los controles son muy importantes y cuando una madre falta el personal de salud realiza visitas domiciliarias para tratar de subsanar esta ausencia como lo informa el técnico Santiago Taki Paz

...Pero nosotros acá no abandonamos más de un mes. Pasa un mes sin su citación, al segundo, tercer día estamos saliendo a hacer seguimiento hasta su casa, hacer consejería, orientaciones. Sea enfermero o encargados para control CRED o vacuna.” (Entrevista A 04)

Aunque esta participación no parece ser tan voluntaria, responsable o desinteresada pues algunos actores entrevistados han manifestado que con el programa Juntos se ha incrementado notablemente la participación en el PAN.

Yo tengo seguro que si van a sus controles por el programa juntos. Porque si en el programa juntos si el niño no tiene sus asistencias en el centro de salud, su asistencia en el centro educativo no recibe el beneficio del programa juntos, le cortan. Entonces, no creo que no haya mamás que no vayan a sus controles.
(Entrevista A 02)

Pero que pese a ello siempre existen casos de rechazo, incumplimiento de los compromisos asumidos o las dificultades del acceso geográfico

En las comunidades hay puesto de salud pero la gente a sus controles no llega. Si son de los programas como juntos si llegan pero no todos y debemos hacer visita casa por casa. Yo los entiendo porque a veces es lejos, 40 minutos a una hora, no está lejos pero los caminos son muy malos, hay que pasar quebradas y cuando llueve ya no se puede hacer. Si no vamos nosotros no se cumpliría con los controles. (Entrevista A 07)

El jefe de la Micro red reconoce que la participación voluntaria y responsable de las madres llega a un 50% y que la otra mitad lo hace por la sensibilización y presión que hace el personal de salud para que acudan a los controles CRED durante las vivistas domiciliarias y las campañas que se realizan en las comunidades.

El gran detalle es que solo concurre un 50% y el otro 50% de niños tenemos que ir a visitarlos para concientizarlos y que vengan a sus citas, no vienen por sí mismas pero luego de la visita y la consejería que les damos vienen al establecimiento.
(Entrevista A 09)

Para mejorar la participación el personal tiene o plantea estrategias como la firma de compromisos familiares

Nosotros siempre entramos casa por casa, damos charlas educativas. Pero yo estoy proponiendo tener un acta y ver quienes te rechazan entonces anotar esos nombres y apellidos y ver cual quiere y cuál va a cumplir el señor.Cuál es la meta entonces regresar a visitar hasta convencer y registrar a ese señor. Hacer visitas más seguidas. También estamos planteando este año actas de compromiso. Tenemos un cuaderno, ahí anotamos todo. Pero también vamos a tener un cuaderno muy especial para el seguimiento (Entrevista A 04)

Fotografía N° 9: Madres llevando a sus hijos al control CRED



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

La pregunta procesada en el cuadro 23 indaga por la participación en la sesión demostrativa

Cuadro N° 23: Participación en sesión demostrativa

18. Participación de madres en sesiones demostrativas	Caso	%	¿Por qué?	%
SÍ	5	25		
NO	15	75		
Sí, aprendo a preparar comida y chispitas			2	10
No conocía de ellas			1	5
No se han realizado			1	5
Sabía pero no me han invitado			4	20
Sabía pero no he tenido tiempo			5	25
No opina			7	35
Total	20	100	13	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este cuadro 23 podemos observar que la participación de las madres en las sesiones demostrativas es muy baja y no llega a superar la cuarta parte (25%) del grupo, opinando 2 de ellas que lo hacen porque aprenden a preparar sus comidas y las chispitas. Gran parte de las no asistentes, el 45%, indica que sabía de la existencia de estos servicios pero que no asistió por no haber sido invitada o por no haber tenido tiempo, por lo que podemos deducir que sí estuvo disponible el servicio. Las que no opinaron evidenciaban no conocer que era una sesión demostrativa por lo que pueden agregarse al grupo que no conocía de ellas haciendo un mayoritario grupo de 80%. La sesión demostrativa requiere de un local adecuado y no se ha observado en el C.S Chiriaco una instalación destinada a ello por lo que se puede inferir que la falta de participación se deba a que estas sesiones casi no se realizan, se hacen con poca frecuencia y para un limitado número de madres. Se sabe que en el CPVC del municipio si hay instalaciones apropiadas y allí se han hecho algunas de ellas y con un costo que ha sido cubierto con apoyo del municipio pero que desde hace varios meses ya no se hacen por falta de presupuesto municipal para ello.

También se ha indagado por las visitas domiciliarias que hace el personal a las madres en sus domicilios cuando estas faltan al control, cuando hay campañas o para recordar la próxima cita.

Cuadro N° 24: Visita domiciliaria

19. Realización de visitas domiciliarias del personal de salud	Casos	%	¿Por qué?	%
SÍ	15	75		
NO	5	25		
NO SABE/NO OPINA				
Para hacer controles CRED			9	45
Para hacer campañas de salud (dengue, zika)			2	10
Para vacunación de niños			4	20
Para ver su gestación			3	15
NO SABE/NO OPINA			2	10
Total	20	100	20	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

La participación de las madres en las visitas domiciliarias es mayoritaria alcanzando el 75% de las entrevistadas y aunque en gran medida depende del personal de salud su ejecución, las madres están en la potestad de no aceptar la visita y no recibirlos en su casa pero no se hallado ningún caso al respecto y por el contrario parecen ser bien recibidas. La mayor cantidad de respuestas sobre el motivo de la visita recibida está relacionada con las atenciones PAN, alcanzando el 65% entre visitas de control CRED y vacunaciones de niños. Hay que tomar en cuenta que las visitas son medidas complementarias y también supletorias que se toman cuando las madres no cumplen con llevar al niño al control en su fecha programada.

En el cuadro 25 nos ocupamos de indagar por la suplementación diaria de los micronutrientes, más conocidos popularmente como las “chispitas”, que pretenden proveer diariamente a los menores de micronutrientes como el hierro, zinc, vitamina A y ácido fólico para desarrollo de los niños y que suelen ser escasos en la dieta local.

Cuadro N° 25 suplementación con micronutrientes

11. Suplementación diaria con micronutrientes (chispita) al niño	Casos	%	¿Por qué?	
SÍ	5	25		
A veces	5	25		
No	10	50		
No le hace ningun daño			5	25
A veces no quiere			3	15
No le gusta			4	20
Le cae mal			3	15
No da razón			5	25
Total	20	100	20	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

La suplementación diaria al niño con los micronutrientes que proporciona el Centro de Salud es el indicador más significativo del nivel de participación y aceptación de las madres respecto al PAN y podemos apreciar que solo un 25% indica darle diariamente el producto y otro 25% lo hace a veces por lo que podemos concluir que

esta participación activa esta alrededor del 50%, existiendo otra mitad que no usa los micronutrientes. Sobre los micronutrientes la norma técnica indica lo siguiente

- Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad. [Desde 2016 la edad se inicia a los 4 meses con sulfato ferroso]

- El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.

- En niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realizará durante 6 meses en forma continua por año.

- La administración preventiva de suplemento de hierro debe ser suspendida cuando las niñas y niños están recibiendo antibióticos (...)

- El suplemento de hierro no constituye la totalidad del requerimiento de la niña o niño, por lo tanto paralelamente a éste debe promoverse el aumento de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro y de alta biodisponibilidad; mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de las comidas; mejorar el consumo de alimentos ricos en vitamina C; el consumo de alimentos fortificados con hierro (harina de trigo u otros destinados a poblaciones de riesgo) y evitar sustancias que inhiben la absorción de hierro, como bebidas gasificadas, infusiones, café, etc. (MINSa 2011: p. 26-27)

Fotografía N° 10: Uso de micronutrientes en la alimentación complementaria del niño



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

La participación de las madres en los servicios y atenciones que brinda el PAN no es uniforme. La lectura de los diferentes cuadros y los testimonios indica que un grupo algo mayor a la mitad participa del programa con conciencia de que es para el bienestar de su niño y asume el compromiso de cumplir con la asistencia a los controles y el cumplimiento de las recomendaciones; pero existe una cuarta parte de madres que muestra cierto escepticismo al servicio y participa sin mucho compromiso; y un quinto de madres que no muestra interés y denota cierta irresponsabilidad o inmadurez y casi no asiste a controles, no ha cumplido con todas las vacunas ni proporciona a los niños sus micronutrientes. La participación también tiene estímulos externos como la pertenencia al programa Juntos que condiciona la entrega del bono monetario al cumplimiento de la responsabilidad de los controles y tienen este condicionamiento que influye sobre su actuación, como indicaron algunos entrevistados (entrevistas A 02, A 04, A 06)

Donde se observa poca participación de las madres es en asociaciones, instituciones u organizaciones de la comunidad donde podrían llevar la preocupación por el cuidado y la alimentación de los niños pero estos espacios son muy pocos y la situación de desnutrición de los niños no parece ser considerada un problema importante de la población. Parece que la comunidad no tiene conciencia del problema de la desnutrición infantil ni del rol que puede cumplir para superarlo quedando circunscrito a lo que pueda hacer cada familia individualmente con el apoyo del sector salud.

Destacamos el poco consumo de los micronutrientes que entrega el PAN para prevenir la anemia y que es un problema bastante generalizado que no solo sucede entre la población Awajun sino también entre los llamados mestizos (español hablantes) y en otras regiones del país. La gravedad de esta situación entre los Awajun es que el 90% de esta población vive en pobreza y pobreza extrema y por tanto sus fuentes de consumo de nutrientes esenciales como el hierro, zinc y otros son muy escasas, desaprovechando este importante apoyo por ignorancia, creencias, manipulación y prejuicios.

Personalmente, en reuniones de trabajo del comité de Monitoreo Social en Imaza, he escuchado de parte del personal de salud, dirigentes Awajun y gestores de programas sociales que se desplazan por las comunidades que parte de la población, especialmente la de origen Awajun, dice que es un producto dañino, venenoso, que causa enfermedad y estreñimiento, que es desagradable o que los niños lo rechazan, no siendo usado y arrojado al río, usado como veneno contra las hormigas o proporcionado a los animales de corral. Esto evidencia una gran dificultad y debilidad en la aceptación del PAN que debe ser reenfocada con estrategias de mercadeo social con enfoque intercultural o un rediseño de la estrategia para la suplementación nutricional. Hemos tenido oportunidad de probar el producto y no tiene olor, ni sabor, ni color pues es una sal neutra que se disuelve sin alterar el alimento con el que se mezcla. Hemos observado que existe mucha credulidad por parte de la población ante cualquier versión antojadiza y sin mayores fundamentos sobre algo y fácilmente se corre la voz y se crean corrientes de opinión negativas que se generalizan rápidamente y constituyen prejuicios muy arraigados.

4.4 Percepciones y expectativas suscitadas en las madres por los servicios y productos del PAN ofertados en el C.S. Chiriaco

En el transcurso de la investigación se ha apreciado en las madres que se requiere del cambio de comportamientos de los usuarios, en especial de las madres responsables de los niños y las redes de apoyo de la que podrían disponer. La demanda que hacen las madres de los servicios priorizados del PAN se ve influida por las percepciones y expectativas que se tiene sobre el programa y como está siendo satisfechas sus necesidades y expectativas con los servicios y productos recibidos. En los siguientes cuadro vamos apreciar las opiniones que se han recogido al respecto y que opinan los actores complementarios al respecto.

Este cuadro N° 26 procesa la pregunta sobre la utilidad de los mensajes recibidos en el marco del PAN

Cuadro N°26: Utilidad de mensajes del PAN

5. Utilidad o pertinencia de la información y mensajes recibidos	Casos	%
SÍ	14	70
NO	1	5
NO SABE/NO OPINA	2	10
Solo un poco	3	15
Ya lo sabía, son muy reiterativos	1	5
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas

El 80% de las madres opina que los conocimientos y recomendaciones que les dan en el PAN les son útiles para la crianza y alimentación de sus niños una no opina y una dice que no le son útiles aunque luego se contradice en otra pregunta.

En el siguiente cuadro, el N° 27, se ve que temas han sugerido para ser tratados o darles más énfasis aunque los aportes son muy pocos

Cuadro N° 27: Temas o aspectos sugeridos

6. Temas necesarios para los niños sobre los que se debe dar información y consejería	Casos	%
Ninguno	12	60
NO SABE/NO OPINA	4	20
Parasitosis	1	5
Charla de especialista en Pediatría	1	5
Charla de especialista en nutrición	2	10
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizada

Las madres muestran aquí su bajo nivel de expectativas o conocimientos sobre temas que podrían tratarse para mejorar o profundizar la crianza y alimentación de sus niños pues solo 4 de ellas dieron alguna sugerencia para ampliar o profundizar los temas. La madre que dio la mayoría de la sugerencia fue justamente la única

que tiene educación superior, la docente de licencia que mencionó todos los temas consignados.

En el cuadro N° 28 siguiente se procesa las preferencias existentes por algunos de las modalidades en que se brinda el PAN a las familias.

Cuadro N° 28: Preferencia por servicios PAN

20. Preferencia de las madres por algunas de las modalidades del servicio PAN: control CRED en centro de salud, visita domiciliaria o sesión demostrativa	¿Cuál?	%
Control CRED	10	50
Visita domiciliaria	1	5
Sesión demostrativa	1	5
Cualquiera/todas	8	40
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizada

Vemos en el cuadro 28 respecto a la preferencia por algunas de las modalidades en que se ofrece el PAN que casi todas, el 90.14%, manifiestan su preferencia por acudir al C.S. para los controles pero de este grupo casi la mitad indica que cualquiera está bien, el control en el centro o la visita para el control, evidenciando su conformidad con ambas. Solo una manifestó su preferencia por la sesión demostrativa. Algunas madres manifestaron que prefieren ir al centro pues se encuentran con otras mamás con las que socializan y que allí el personal tiene todo su equipo y hacen un mejor control.

El cuadro 29 siguiente ha recogido las sugerencias formuladas por las madres para que haya un mejor servicio y ellas se sientan más satisfechas por la atención que se les brinda en el PAN.

Cuadro N° 29: Sugerencias y observaciones de las usuarias

21. Sugerencia y observaciones de las madres para mejorar el servicio	Casos	%	¿Cuál?	%
SÍ	15	75		
NO, NINGUNA	5	25		
Que haya personal más preparado, respetuoso y amable			6	30
Que haya especialistas en niños y nutrición			3	15
Que este mejor equipado y aprovisionado el centro de salud			4	20
Que haya una mejor organización del servicio			2	10
Que este más limpio y presentable el C.S.			2	10
Que no nos hagan esperar tanto			10	50
Que brinden el servicio completo			3	15
Total	20	100	30	150

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizada

La mitad de las madres (50%) indican la disconformidad por el tiempo que deben esperar para ser atendidas indicándola como la principal sugerencia. En segundo lugar, las sugerencias están referidas al personal de salud (45%) recomendando que debe mejorar su trato (30%) o estar más especializado en niños y nutrición para que den mejor y mayor información (15%). Otros aspectos también fueron mencionados pero con menos frecuencia como el mejorar el equipamiento y provisión de medicinas (20%), que brinden el servicio completo (15%) o tengan más limpio y presentable el local (10%).

Al respecto, hallamos algunos comentarios sobre las percepciones de las madres que intentan explicar la situación, como la del jefe de la micro red de salud quien atribuye más a una cuestión de las dificultades para de tiempo y el traslado a las comunidades y el poco conocimiento de las madres de lo que es el servicio de control

Hay que ver algunos aspectos. Nuestras mamás vienen de lugares un poco alejados y la costumbre de ellas es que vienen juntas 4 a 5 mamás de una comunidad y tenemos que atenderlas a todas ellas pero no podemos hacerlo al mismo tiempo y teniendo en cuenta que cada consulta debe durar unos 40 minutos y se debe atender en orden de llegada. El control de crecimiento y desarrollo tiene varios aspectos que tenemos que tratar en la consulta y no solo peso y talla. Estamos

trabajando en que estén más cómodas y se pueda atender más rápido. Estas mamás que viven lejos tienen que tomar movi­lidades que salen a ciertas horas y por ello están apuradas porque luego ya no consiguen movilidad pero tienen que entender como es la consulta. (Entrevista A 09)

Pero hay personal que reconoce que su trato no es muy adecuado pero que es una cuestión de conducta personal que sí se podría mejorar con una política institucional

Yo creo que debemos reunirnos todo el personal a conversar sobre ello, que la atención debe ser de calidad. Algunos tienen problemas personales y los traen al servicio y las tratan mal, no tienen paciencia. Es a nivel de todos los puestos. Pero si debemos ser más conscientes y debemos informarles, decirles cuánto va a demorar para que sepan cuánto van a esperar. No podemos pesar, tallar, vacunar y chau. La que está afuera esperando quiere que salga rápido pero la que están dentro quiere una buena atención, completa y nosotros debemos tener tacto, escucharlas porque quieren hablar y debemos darles un espacio para eso. Así se sueltan, agarran confianza. Si no ya ni te preguntan. Eso depende de cada profesional, de su personalidad, de su trato personal. Yo, cuando hay mucha gente salgo y les digo "20 minutos para ti, 20 para ti y así ya saben cuánto van a esperar. Algunas se va a comprar hasta que llega su hora. Les gusta que se les informe. Yo trabajo así. La madre no sabe cuánto demora la atención y algunos están acostumbradas a que lo pesan y lo tallan y rápido se van pero eso no es la atención correcta. (Entrevista A 07)

Otros actores también han percibido que no existe un trato adecuado y falta de calidad del personal y que eso puede estar afectando la demanda de servicios como la directora de desarrollo social del municipio que añade a la cuestión del mal trato percibido un componente intercultural y de la alta inestabilidad e inexperiencia del personal.

Es un tema intercultural, según mi criterio, tienen que trabajar, estar comprometidos en su labor, por varios tiempos, como vienen los jovencitos del SERUM es por un año. Las personas que están acostumbradas a que esa persona les atienda, luego viene otro y ya no. Asimismo he visto que salud, como sector que atiende a enfermos en todas las formas, que contrate personal y ese personal sea por un buen tiempo no por poco tiempo. Mucha inestabilidad existe. Hay biólogos que vienen están un mes, mes y medio y luego se van. (Entrevista A 03)

Cuya superación también depende mucho de la actitud y profesionalismo del personal como testimonia la consultora de UNICEF

Hay personas que son muy impersonales. Se comunican con la madre como parte de su procedimiento, no generan un vínculo cercano. Pero hay el caso de otras personas, Alexander que es un compañero de la red de salud Bagua, él se ha integrado muy bien a la comunidad, no es que la comunidad se ha integrado a él. A través de la forma en que entiende a la comunidad va. Las mamás dicen que él te da orientaciones que te ayudan. El habla Awajun y es de la ciudad. (Entrevista A 06)

Y añade que al parecer se trata también de debilidades atribuibles a problemas en la formación profesional del personal por las que no se informa adecuadamente a las usuarias ni se da un servicio CRED integral y adecuado.

Lo que se ha percibido en este último tiempo por las madres y por el personal y ese testimonio lo recoges en cualquier momento, la madre piensa que cuando va a hacer el control CRED del niño “¡Ah! He venido para el peso y la talla y las chispitas o las vacunas.” Eso resume en su evaluación del CRED. En realidad el CRED debe ser un componente más integral y más consistente. El tema es que esa evaluación no está siendo consistente, porque se recoge datos y se da información bastante puntual a la madre, por un lado. Por el otro lado, no se hace evaluación de desarrollo. En este momento no sabes si los niños tienen déficit de lenguaje, si tienen problemas de coordinación, si tenemos algunos problemas de apego. Hay temas que debemos incorporar en temas de desarrollo. Por ejemplo, ¿Cómo están los ejes de desarrollo? No se hace.

¿Por falta de capacidad, falta de tiempo?

Se asume que el profesional que sale de la universidad ya sale con esas capacidades. Entonces el sector lo asume, pero en el fondo los profesionales no lo conocen muchas veces. (Entrevista A 06)

Fotografía N° 11: Atención de madre y bebé en C.S. Chiriaco (triaje)



Fuente: Archivo Hugo Fujishima Martell

Las expectativas respecto a los servicios y productos que les brinda el PAN están centradas principalmente en el conocimiento, información o consejos especializados y útiles que pueda brindarle el personal, por un lado, pero también con recibir un trato más respetuoso, amable y cariñoso de este mismo personal. Están bastante satisfechas con el nivel y oportunidad de los conocimientos recibidos pero discrepan del trato y la calidad del servicio que se les da en el centro, especialmente por el largo tiempo que deben esperar para ser atendidas. Además el mal trato recibido también puede extenderse más allá de la relación personal en las sugerencias a mejorar la presentación y organización del servicio. Sus bajos niveles de conocimientos e información y sus pocas capacidades de comunicación no les permiten expresar sugerencias para temas que puedan ampliarse o profundizar limitándose a sugerir contar con especialistas en niños y nutrición. Con respecto a la actitud de las madres respecto al PAN vemos que existe una aceptación bastante extendida de los mensajes pero que existen algunos que no son muy practicados por carecer en sus hogares de los recursos para hacerlo o por entrar en contradicción con sus costumbres culturales o creencias religiosas.

En el caso de la actitud profesional y social del personal hay que tener en cuenta algunos aspectos. Existe una situación generalizada de la alta rotación del personal de salud que no se acostumbra a las difíciles condiciones de trabajar en zonas amazónicas y con población indígena y la desconfianza que siente la población indígena a personas extrañas a su etnia, especialmente para tratar temas tan delicados e íntimos como la salud. Las madres Awajun son poco comunicativas, hurañas y desconfiadas con las personas que no son de su etnia y si a eso se añade la barrera lingüística tenemos que solo después de una largo tiempo de convivencia la población Awajun acepta y toma confianza con el personal nuevo. Generalmente son jóvenes profesionales que debutan profesionalmente trabajando para el SERUM, haciéndose cargo de la atención a las madres durante un año o menos y luego van a otros lugares a trabajar perdiéndose la experiencia y confianza ganada y volviendo a empezar el proceso con los nuevos profesionales asignados. Además, es también importante revisar la formación profesional que reciben en sus centros superiores pues se asume que el personal domina los temas, procesos, tratamientos, servicios y productos del PAN pero al parecer no es así.

Ahondando en el perfil de las madres podemos observar que 6 de ellas no culminaron su primaria e incluso 2 no tienen ningún grado de escolaridad por lo que se puede explicar los bajos niveles de recordación a su poco manejo de información y expresión a las pocas capacidades cognitivas y comunicativas desarrolladas. También se puede entender que el personal servicio no está brindando las atenciones de manera integral a todas las personas que se atienden, lo que se corrobora con algunos testimonios que indican poco esmero e integralidad en la atención.

4.5 Nivel de articulación y coordinación de instituciones públicas y sociedad civil en torno a estrategias, planes y acciones para fortalecer la implementación del Programa Articulado Nutricional, la disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia y mejorar el acceso al DNI.

Seguimos a Arámbulo (2013) en la presentación de las características de la gestión pública que exige la particularidad del PAN. La articulación, coordinación e integración de planes y acciones entre sectores y niveles de gobierno son aspectos fundamentales de gestión que la multidimensionalidad del problema de la DCI y anemia y la complejidad del diseño del PAN exigen desarrollar y consolidar para el éxito del programa. La diversidad de actores y entidades públicas participantes genera entrecruzamientos y tensiones debido a los intereses políticos, institucionales y sociales que se ponen en juego. Una fuente importante de tensión está generada por que la gestión que requiere este programa (la articulación) rompe con la cultura organizacional pública tradicional caracterizada por la sectorialidad, desarticulación, aislamiento y paralelismo e implica que se generen sistemas de información integrados para el manejo presupuestario, la planificación y la ejecución operativa.

El PAN involucra varios tipos de articulación que se considera necesario esclarecer brevemente. A nivel de la macro política tenemos procesos de gestión con repercusión nacional y regional y carácter más estructural por el cual el gobierno nacional tiene “el rol rector, orientador y regulador; estableciendo políticas, objetivos y prioridades nacionales, así como la asignación de recursos presupuestales orientados a la reducción de la desnutrición crónica infantil”; el gobierno regional tiene asignado “el rol promotor y facilitador del desarrollo económico y social en su ámbito jurisdiccional, para lo cual se encarga de diseñar políticas regionales que se plasman en los Planes Regionales de Desarrollo Concertado y el Plan Articulado Regional que se encuentran en relación con las políticas nacionales. Le compete a la Gerencia General de cada Gobierno Regional el rol articulador.”; y al gobierno local “se le asigna el rol de gestor y ejecutor del desarrollo local, teniendo como principales instrumentos el Plan de Desarrollo Concertado Local y el Plan Articulado que se definen tomando como referencia las políticas regionales y nacionales. En este nivel le corresponde el rol articulador al Gerente Municipal.” (Arámbulo 2013: 209-210)

El PAN también tiene una dimensión meso política en la que los sectores que estructuran el gobierno comparten información para la toma de decisiones correlacionando los poderes y pesos políticos para la acción gubernamental.

A nivel nacional, involucra a los ministerios y entidades públicas para definir políticas y priorizar y focalizar las intervenciones conjuntas a partir de las políticas multisectoriales y los planes sectoriales e institucionales. Este tipo de articulación supone la convergencia de instituciones públicas, privadas, de la cooperación internacional y de la sociedad civil con la finalidad de desarrollar acciones conjuntas, focalizadas y dirigidas a reducir la pobreza y la desnutrición crónica infantil. A nivel regional, es un tipo de articulación entre las direcciones regionales del gobierno regional, entidades públicas y programas sociales a través de sus unidades operativas u oficinas descentralizadas, entidades privadas y de sociedad civil. Este tipo de articulación se da en el marco de los Planes Regionales de Desarrollo Concertado y también en los procesos de Presupuesto Participativo. - A nivel local, bajo el liderazgo de los gobiernos locales se busca articular al conjunto de actores y operadores de servicios sociales básicos, incluyendo el conjunto de entidades públicas, programas sociales, entidades privadas y de responsabilidad social, así como las intervenciones focalizadas de la cooperación internacional. (Arámbulo 2013: 212-213)

Desde la esfera de la micro política el PAN requiere articular el conjunto de direcciones o instancias gubernamentales que pertenecen a un sector específico jugando un papel primordial los equipos técnicos en la toma de decisiones definiendo y organizando el involucramiento y participación de la institución en el programa. Esto implica una articulación real entre el técnico, el logístico y el planificador manejando un mismo lenguaje e intercambiando puntos de vista en presupuestos, planificación y operaciones. (Arámbulo 2013)

Esta articulación vertical en las esferas macro, meso y micro se complementa con una articulación horizontal en la que se construyen y desarrollan espacios y mecanismos para el desarrollo de un tejido interinstitucional que coordine con los sectores sociales el diseño, planificación y la implementación de las políticas públicas en los diferentes niveles. La articulación, coordinación y el trabajo

integrado es un factor clave para el éxito de programas como el PAN, especialmente en lugares tan complejos como la zona de Imaza.

La determinación del nivel de articulación y coordinación que se ha logrado en el distrito de Imaza en torno al problema de la desnutrición y el fortalecimiento de la implementación del PAN se ha realizado a través del análisis de las respuestas de los actores involucrados y la actuación desempeñada en las reuniones de espacios interinstitucionales y actividades específicas realizadas durante el año 2015 y 2016. Este fue uno de los objetivos de la Estrategia de Monitoreo Social promovida por el MEF en el distrito de Imaza dentro de su proyecto “Cierre de brechas del Programa Articulado Nutricional en distritos intervenidos de Amazonas, Cajamarca y Huánuco” y para tal fin promovió la conformación de equipo técnico en un Comité de Coordinación de Monitoreo Social y el fortalecimiento de espacios de concertación institucional como la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza y el Comité Multisectorial del distrito de Imaza.

Las convocatorias a las reuniones de ambas instancias fueron realizadas por el municipio distrital de Imaza con sede en Chiriaco. A estas reuniones se convocó a representantes de las microredes de salud, programas sociales, subprefectura, RENIEC, representantes de la población, de la asociación de productores, agentes comunitarios y funcionarios del municipio. Se elaboró e implementó un plan distrital para, a partir de los cuellos de botella detectados en el análisis de indicadores clave del PAN (acceso al DNI, SIS y Juntos, controles CRED, vacunación contra rotavirus y neumococos y suplementación con micronutrientes) realizar acciones en líneas de trabajo específicas que aporten en el fortalecimiento de la implementación de productos priorizados del PAN y, en consecuencia, en la mejora de los indicadores clave.

Las líneas de trabajo establecidas fueron: i) Mejoramiento del acceso oportuno a documentación e identidad (DNI) a niños menores de 1 año, ii) Desarrollo y funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal a la salud de las madres gestante y niños menores de 3 años, iii) Formación y capacitación de

Agentes Comunitarios en Salud, y iv) Formación y consolidación de espacios de concertación y articulación local.

Al cabo de 14 meses de actividades los resultados fueron los siguientes:

- i) Documentación y acceso al DNI: Fue la línea donde mejor se avanzó pues se con la Gerencia para la Restitución de Identidad y Apoyo Social (GRIAS) de RENIEC sé que desarrolló varias campañas de documentación y registro itinerante en las comunidades rurales e indígenas, mejorando la proporción de niños menores de 1 año con DNI. Para ello se identificó con las microredes y EE.SS los poblaciones con niños y adultos indocumentados, el municipio movilizó a sus registradores civiles comunitarios y personal de apoyo para que tengan listas las actas de nacimiento, los apus de las comunidades avisaron a la población cuando y donde se iban a realizar las campañas y apoyaron en el transporte de equipos y RENIEC GRIAS envió en las fechas determinadas a sus registradores para realizar el registro. Además RENIEC realizó talleres de capacitación a los registradores civiles comunales para prevenir y mejorar la elaboración y expedición de actas de nacimiento correctas y válidas.
- ii) Desarrollo y funcionamiento de CPVC. Se pudo poner en actividad el CPVC de la localidad de Chiriaco donde se realizaron 12 sesiones demostrativas para las madres financiadas por el municipio.
- iii) Conformación y capacitación de agentes comunitarios en salud. Se organizó, capacitó y brindó implementos e incentivos a los 30 agentes comunitarios del sector Chiriaco con apoyo del municipio.
- iv) Formación y consolidación de espacios de concertación institucional y sociedad civil. Se conformó la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza del distrito de Imaza y designó a un coordinador distrital, realizando varias reuniones con apoyo de la Mesa Regional de Amazonas, estando previsto la conformación de comités MCLCP en los sectores de Imacita, Chipe y Túpac Amaru.

Este es el contexto de la articulación interinstitucional en el que se desarrolló la participación de instituciones en el PAN durante los años 2015 y 2016. Se inició con una visión distrital en la que se pretendió la participación de los 5 sectores del distrito pero luego se fue limitando el accionar al sector Chiriaco, el más amplio y cercano a la sede central del municipio y donde finalmente se concentraron las actividades de articulación de los actores. El difícil acceso geográfico y falta de fondos limitó el accionar integrador inicial del municipio unido a las limitaciones de tiempo y recursos humanos de las microredes más cercanas y accesibles como Imacita y Túpac Amaru que poco a poco limitaron su participación en las reuniones distritales hasta suspenderlas a mediados de 2016. La participación de los actores en articulación institucional fue convocada por el municipio en torno a dos espacios, el Comité Coordinador de Monitoreo Social y la MCLCP distrital.

Respecto a la presencia del gobierno nacional y regional en la articulación implementación del PAN se ha observado que esta es débil y por momentos inexistente. El MEF mediante el proyecto del Monitoreo Social promovió la generación de espacios y mecanismos de articulación y empoderamiento local mediante asesores en diversos distritos, entre ellos Imaza, que aplicaban una metodología determinada pero esta intervención tuvo un tiempo limitado y requiere ser más constante. A nivel de gobierno regional no ha habido una participación de representantes de la Gerencia Social en estos procesos pero si presencia de la Sociedad Civil a través de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza de Amazonas.

Visión del problema

En general los actores locales muestran ser bastante sensibilizados y conscientes de la difícil situación que vive la población, especialmente la mayoritaria de origen awajún y la desnutrición crónica infantil que afecta a la mayoría de los niños y tiene graves consecuencias para su futuro

El alcalde inicio su entrevista diciéndonos

Lo que nosotros conocemos acá es la desnutrición crónica que tenemos el mayor porcentaje dentro de la estadística, en la cual estamos en el programa de la Mesa de Concertación contra la Pobreza entonces, en eso se está tratando de disminuir la desnutrición crónica en el distrito de Imaza. (Entrevista A 05)

Pero precisa también una gran falta de conciencia e información de la población sobre la situación que atraviesan

Mayormente la población del distrito de Imaza, el 80% aproximadamente son de los pueblos originarios Awajun. Y casi que no le dan la importancia cuando le hablamos de la desnutrición crónica y entonces ese es un problema, dificultad para dar la atención adecuadamente a todos(...) Se trataría de trabajar mucho la concientización.(Entrevista A 05)

El coordinador de la MCLCP, el técnico Awajun Santiago Taki nos presenta su visión de la situación que origina la desnutrición en su pueblo

Acá en el distrito de Imaza, en general sobre todo acá y en Nieva, somos 67% de indígenas (comunidades nativas) y un 28% de comunidades campesinas que llamamos mestizos. Los mestizos trabajan en la ciudad donde sus niños no son tan desnutridos. Y los paisanos de acá, los naturales de la zona son nómadas, es decir que ellos tienen costumbre no de sembrar cultivar si no recoger alimentos en el campo, de recolectar los frutos, alimentos y de ahí alimentar a sus hijos. Entonces la civilización le ha chocado, y empezaron a escasear los productos que recolectaban por la población que ha aumentado. Entonces ya no hay la capacidad de alimentar como debe ser. (...). No es suficiente que pueda alimentar porque cuentan acá las mamás con ocho, diez hijos, más papá mamá, no alcanza. Entonces esa desnutrición viene desde la gestación porque a veces, conseguir frutas frescas no se encuentran, no tiene muchas vitaminas, hierro, no encuentran, más es carbohidrato. Entonces que pasa, el niño nace y sigue con la desnutrición por la mala alimentación. Acá en la zona, menor de un año como está lactando leche, no está tan desnutrido, pero cuando ya deja de lactar entra en la desnutrición, infección diarreica y respiratoria. (Entrevista A 04)

Planteando una situación más compleja, multidimensional y estructural que involucra no solo al sector salud que amerita la presencia de mucho más actores y un proceso cultural del que ya anteriormente se han referido otros actores. Esta mención nos da pie para otras intervenciones que también destacan la complejidad del problema y que ante ello se requiere la participación de otros actores y sectores pues no solo es responsabilidad del sector Salud. Sobre ello el jefe de la M.R. Chiriaco nos explica su visión multisectorial del problema

En desnutrición el tema es amplio, tenemos que ver los determinantes sociales y ahí está agricultura, saneamiento, salud, educación, gobiernos locales. Nosotros solos como salud no podemos y se debe ver multisectorialmente estrategias para el problema. Como institución trabajamos indicadores mensualmente y en las reuniones multisectoriales mostramos como estamos en anemia y desnutrición, controles de crecimiento y desarrollo. (Entrevista A 09)

Conocimiento y familiaridad con el PAN

El conocimiento de las autoridades entrevistadas respecto a lo que es el PAN no es uniforme, algunos muestran conocerlo no solo conceptualmente sino estar familiarizados con sus actividades y haber apoyado la realización de estas dentro de su labor como la Directora de Desarrollo Social del Municipio de Imaza quien declaró

Programa articulado nutricional y el CRED es el crecimiento de niños. El objetivo del PAN es disminuir la desnutrición Crónica infantil en los niños de Imaza. El CRED es un control para ver el crecimiento y nutrición de los niños. Lo hacemos a los niños menores de 6 años, enfatizamos en los niños de 0 a 3 años porque ellos son el motor y en el futuro para que sean buenos ciudadanos, buenos estudiantes y cuando sean mayores incluso buenos padres, buenas madres. Para eso se tiene un instrumento de medición que lo maneja el personal de salud que son varios controles al año y netamente la mamá tiene que estar comprometida con su niño. (Entrevista A 03)

O como la subprefecta distrital quien también evidenció conocer de qué se trata el PAN y nos dio detalles de este programa

Sí, tengo bastante conocimiento. Yo participo en esas actividades también con la jefa de desarrollo social. Siempre en coordinación con ella estamos en ese programa apoyando en cualquier cosa que uno pueda. Se ocupa de los niños de 0 a 3 años, ve la nutrición, en primer lugar. El control de los niños es mensualmente de 0 a 3 años y hasta más años y se hace en el centro de salud. Controlan su peso, si está desnutrido, verifican la hemoglobina, hacen análisis, toda esa situación. (Entrevista A 02)

El alcalde distrital, Otoniel Danducho, maestro de origen Awajun sabe cuál es su finalidad y algunos elementos pero no muestra mucho conocimiento en detalle sobre el PAN.

¿Ha escuchado del control CRED? ¿Sabe en qué consiste?

Me parece que ahí están tratando el control a los niños del crecimiento y también están dando algunos insumos como las chispitas como las chispitas para poder fortalecer, complementar. Eso lo hace el Ministerio de Salud. (Entrevista A 05)

Conocimiento de la problemática del acceso a los productos priorizados del PAN y otros

Se preguntó a las autoridades sobre la situación del acceso a identidad que existe en Imaza donde existen muchos niños que carecen de documentos de identidad, especialmente en las comunidades indígenas, siendo afectados en su derecho fundamental a tener un nombre y ser reconocidos como ciudadanos. Además, al carecer de DNI se ven privados de acceso pleno a servicios de salud, educación, seguridad, justicia, etc. Del mismo modo, la asignación presupuestal se ve afectada pues ese niño no es contabilizado y no se incluye el costo de sus servicios al distribuirse el presupuesto nacional. El PAN tiene como gran apoyo instrumental de registro el denominado Padrón Nominal, registro especial del RENIEC en el que se consignan los datos completos de los niños menores de 6 años: nombres y apellidos, número de DNI, seguro, fecha de nacimiento, lugar de residencia y atención médica, matrícula escolar y los de sus padres, incluyendo el grado de instrucción de estos. El Padrón Nominal está a cargo del municipio distrital y gracias a este se puede saber qué cantidad de niños existen realmente y cuál es su condición, si están documentados, atendidos, matriculados, son huérfanos, etc.

Las autoridades consultadas muestran tener muy presente esta situación de indocumentación de menores, sus consecuencias e informan estar tomando medidas para ello. El alcalde de Imaza manifiesta saber del problema aunque no maneja cifras al respecto

Tenemos muchos niños en diferentes comunidades, como el distrito de Imaza es disperso, y casi no llega, no está llegando a las diferentes comunidades para hacer su respectiva inscripción para su trámite, su DNI o de los niños su CUI. Hasta las mamás no tienen.

¿Sabe cuántos niños son?

Estadísticamente no tengo información. (Entrevista A 05)

Pero la encargada de Desarrollo social de su municipio sí maneja cifras de la situación gracias al Padrón Nominal y están implementando medidas al respecto

Niños menores de 6 años tenemos un promedio de 9000, según en el último reporte pero en nuestro padrón nominado tenemos 6672. Niños menores de un año tenemos 1800. De esa población de 1800 niños estoy convencida que menos de la mitad se atienden en los en sus controles en los centros de salud. (...) estamos trabajando con el equipo técnico, la unidad local de empadronamiento y estamos empoderando a los jóvenes para que salgan a las diferentes comunidades, informen que tienen que tener el documento de identidad, estar convencidos que para tener los beneficios sociales tienen también que visitar el centro de salud, para que el programa juntos siga reembolsando el dinero tienen que mandarlos a la escuela después de haber cumplido 6 años. (Entrevista A 04)

También la subprefecta, quien dijo anteriormente trabajar de manera conjunta con la directora de Desarrollo social muestra estar preocupada y familiarizada con el tema de la indocumentación en las comunidades

Son comunidades alejadas. Aproximadamente yo pienso que debe haber en estos instantes, un 20% sin DNI, porque la mayoría ya está. Hasta acá mismo en Chiriaco, estando cerca que deberíamos tener todo en orden, pero si hay.

Y qué se debe hacer.

Tienen que tener el DNI, en caso contrario no puedes. No puede tener ningún beneficio social, porque no tiene su credencial (DNI), no tiene con que identificarse. Eso es lo principal, DNI y partida de nacimiento. Para que le den el DNI primero tiene que tener la partida de nacimiento. Con esa partida van a la RENIEC y ya a pedir la credencial. Con eso ya pueden ir a los programas... eso es todo el proceso. Acá vienen, conversamos, mandamos mensajes, se les da orientación, que paso van a poder tomar para obtener su credencial. Y si acaso no pueden, vengan acá, yo les llevo a la RENIEC y en la RENIEC ustedes ya se inscriben. (Entrevista A 02)

Participación en espacios de articulación local

La articulación de sectores públicos y sociedad civil para tratar diversos temas y en especial los problemas sociales es un aspecto de la gobernabilidad que se viene propulsando desde hace buen tiempo pero los avances son lentos y dependen mucho de esfuerzos personales y de los recursos que haya disponibles para ello. La

creación a inicios de este siglo de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza ha significado un gran modelo para generar espacios de concertación en la sociedad peruana y si bien sus resultados no han sido espectaculares los avances que logra son importantes por mantener en agenda temas como la desnutrición, la salud materna neonatal, los aprendizajes escolares o la generación de empleo.

En Imaza, en el año 2015, se creó la MCLCP con apoyo técnico del MEF y la MCLCP Amazonas, eligiendo como coordinador distrital al técnico awajún Santiago Taki Paz. Esta instancia ha realizado algunas reuniones de coordinación e informativas sobre temas como la desnutrición y las campañas de documentación pero aún no logra mostrar avances en indicadores que se deban directamente a su incidencia. De todos modos es un referente importante pues en estos espacios uno de los principales resultados es el intercambio de información, la sensibilización y la toma de acuerdos puntuales. Sobre la participación en este espacio los actores entrevistados han comentado que si han acudido pero no pueden mostrar logros concretos. Todavía se manejan las políticas en compartimientos estanco y sectorialmente cada cual trata de cumplir con lo suyo y atribuirse los logros a su propia gestión y sector sin pensar en gestiones realmente articuladas donde los logros sean interinstitucionales o incluso de la sociedad en su conjunto.

La encargada de Desarrollo Social del municipio de Imaza nos refiere lo que está haciendo como articulación en diferentes aspectos del servicio de nutrición y salud y con diversas entidades.

Referente al Comité de Monitoreo Social, se trabaja con el Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, asimismo con el responsable del padrón nominal, se articulan esta dos dos áreas para poder hacer las reuniones, hacer talleres informativos. Con instituciones de afuera se trabaja con alcaldes delegados de los centros poblados del distrito. La articulación con salud estamos avanzando, no hemos logrado el 100%, estamos débiles en eso, debido a la geografía también. RENIEC trabaja con nosotros, el programa juntos estamos articulados, con la gobernación también.
(Entrevista A 03)

Asimismo la subprefectura distrital también se ha sumado activamente al equipo técnico que operativiza la articulación y participa activamente en reuniones de coordinación y acciones concretas

Si he participado. Yo cuando me invitan si participo. Salvo que tenga alguna reunión de emergencia. Yo siempre voy al centro de salud, los centros educativos. Yo pregunto a la jefa si las mamás están cumpliendo, ella me dice que sí, que todo está al día. (Entrevista A 02)

También el jefe de la M.R. Chiriaco indica su participación en estas reuniones multisectoriales

Si vamos a esas reuniones multisectoriales donde se convoca a las instituciones para ver problemas como el DNI. Son importantes pues cada sector tiene sus propias fortalezas.(Entrevista A 09)

Pero las declaraciones del alcalde sobre la articulación para tratar estos temas nos muestran que a nivel de las más altas autoridades locales el tema no es tratado lo suficiente ni tiene la importancia necesaria

¿En las reuniones multisectoriales han visto el problema de desnutrición?

Casi no se trata eso.

¿Es necesario que haya un Comité de Monitoreo Social para la nutrición?

Si tiene que haber porque casi no hay.

¿En las reuniones del Consejo han tocado ese tema?

No, no hemos tocado.

¿Tiene presupuestado dinero para trabajar el tema de desnutrición a nivel de municipio?

No, no tenemos. (Entrevista A 05)

Se preguntó a la consultora de UNICEF, entidad que apoya a los gobiernos locales en temas de desarrollo infantil, sobre su participación y opinión al respecto y nos manifestó las debilidades que los diversos actores tienen en la articulación de políticas y acciones

¿Ha participado en reuniones multisectoriales locales?

Más que participar como asistentes, era un día antes ver con el equipo que se iba hacer y afinar la agenda de lo que se iba a trabajar.

¿Y qué resultados se ha tenido?

En Imaza se ha dejado. Se hacían anteriormente con mayor frecuencia. Pero han dejado de hacer.

¿Por qué no tienen sostenibilidad estos procesos?

La idea es que quien tiene que estar liderando es el gobierno local. A veces lo hace un externo, por ejemplo un consultor. El consultor no está, entonces se cae. La idea es hacer incidencia hacia el Gobierno Local para que el gobierno local sea el que promueva, pero también el gobierno local tiene que ver qué intereses porque a veces es política.

El sector salud no tiene capacidad operativa para la gestión. Pero si para asistir puntualmente, no tanto para estar organizando. Uno, porque no tienen muchos recursos humanos y también porque los jefes de las microredes no tienen mucha capacidad de liderazgo para comandar. (Entrevista A 06)

Inversión de recursos financieros

Un importante indicador del compromiso de los actores involucrados lo constituye la inversión presupuestal efectuada en el PAN. En el caso de estudio, los actores con responsabilidad presupuestal PAN, es decir con categoría de ejecutores presupuestales, son la Dirección de Salud de la provincia de Bagua (DISA Bagua), que rige al Centro de Salud Chiriaco y el Municipio Distrital de Imaza. No hemos podido precisar cuánto destina la DISA Bagua al C.S. Chiriaco por lo que presentamos los datos generales de la DISA Bagua al respecto.

Presupuestalmente, los productos del PAN son 16, de los cuales 10 de ellos se ocupan de las causas directas, son netamente de carácter médico-preventivo-asistencial y son brindados por el personal de salud en los establecimientos de salud: vacunas, controles CRED, atención de enfermedades, y suplementación nutricional. Estos productos demandan el 98% de los S/. 8'753,096.00 ejecutados por la DISA Bagua en 2016, principalmente en la contratación administrativa de servicios, (pago de personal contratado), el restante 2%, S/. 177,207.00, se destinó a los otros 6 productos que atienden causas indirectas, básicas y subyacentes que determinan la DCI.

De estos S/. 177,207.00 se ejecutó S/. 47,769 en el producto presupuestal *Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y cuidado de los menores de 36 meses*, el más vinculado a los servicios y productos priorizados del PAN que estamos estudiando. Este producto incluye las actividades de visitas domiciliarias, charlas educativas, sesiones demostrativas, actividades donde se capacita a las madres y las familias de estos menores. El resto del presupuesto ejecutado se distribuyó así entre estos productos: *Servicios de cuidado diurno (Cuna Mas y SAF) acceden al control de calidad nutricional de los alimentos*, con S/. 1,000.00; *Comunidad accede a agua para el consumo humano*, con S/. 65,927.00; *Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación*, con S/. 1,000.00; *Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación*, con S/. 10,000.00; y finalmente *Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación*, con S/. 4,000.00. Como se puede apreciar, la inversión en solucionar las causas subyacentes y básicas es muy limitada y resulta insuficiente para un abordaje integral del problema. (MEF web site 2017)

A este dato sumemos que este presupuesto para estos productos PAN se repartieron entre los 81 establecimientos de salud de la provincia y los 10,614 niños menores de 5 años atendidos por esta dirección, correspondiéndole un gasto por niño anual de S/. 16.70. La inversión está concentrada en las causas directas pero atender solo estas, como hace el sector Salud no está logrando resultados importantes y sostenibles, pues las causas indirectas o también subyacentes y básicas determinan y diluyen los logros alcanzados en las primeras etapas de vida de los niños. (MEF Cubo INFANT SET 2016)

Respecto al Municipio Distrital de Imaza, su ejecución presupuestal en el marco del PAN se ha incrementado en 7 veces del 2015 al 2016. En el primer año el monto ejecutado en el PAN fue de S/.12,239.00 mientras que en el 2016 este se incrementó a S/. 85,440.00. Este monto fue destinado al pago de servicios diversos requeridos en la organización de eventos de capacitación, talleres y reuniones de trabajo con actores locales (autoridades, líderes locales, personal de Salud y otros sectores, representantes de la población) y comunales como las autoridades

aliadas del Comité de Monitoreo Social o el equipo de agentes comunitarios en salud. Estas actividades están enfocadas en los productos *Municipios, comunidades y familias saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación*, dirigidos a contribuir a solucionar las causas básicas y subyacentes del problema de la DCI y anemia. (MEF web site 2017)

Elaborando el ratio de inversión del municipio tenemos que en cada uno de los 5,555 niños y niñas menores de 5 años del distrito de Imaza el municipio invirtió en el 2016 la cantidad de S/.15.40., monto muy similar al ratio de la DISA Bagua para el mismo año (S/.16.70). Integrando los esfuerzos tenemos que la DISA Bagua (en sus 39 establecimientos de salud de Imaza) y el municipio de Imaza (en sus aproximadamente 90 comunidades y poblados) invirtieron S/.32.10, en atender las causas básicas y subyacentes del problema, cantidad a todas luces insuficiente. Ello explica la poca sostenibilidad de la atención directa brindada por el sector Salud, pues los niños menores de 5 años, fuera de estos productos priorizados y dependiendo más del entorno y condiciones sociales, caen rápidamente en DCI y anemia.

Como vemos la articulación y la inversión para atender las causas indirectas que se está haciendo aún son muy débiles y para algunas acciones concretas pero no responde a una forma generalizada de implementar las políticas públicas a nivel local. El diseño del PAN coloca al sector Salud como líder de este programa pero no tiene la capacidad para ello y los esfuerzos para que el municipio asuma este liderazgo tampoco son muy promisorios. La articulación vertical por la cual las políticas nacionales van decantando desde los objetivos de desarrollo y grandes orientaciones rectoras hacia la asignación de presupuesto pasando por el nivel regional donde las gerencias deben articular con los gobiernos locales y las direcciones regionales y provinciales sectoriales involucradas hasta llegar a la implementación operativa y el liderazgo del gobierno local en la implementación del PAN a nivel distrital no se está logrando y es preciso desarrollar más mecanismos y espacios de gobernanza para ello.

En Imaza no se percibe una acción concertada, constante y sostenible en torno a la implementación plena del PAN a nivel distrital, lo que debiera ser asumido por el municipio destinando mayores recursos económicos, humanos y logísticos en apoyo de la implementación de PAN y desarrollando aquellos aspectos que le corresponden como tener municipios, escuelas, comunidades y familias saludables y gestionando la construcción de sistemas de agua segura en todas las comunidades de su ámbito. Asimismo no se observa una política local de seguridad alimentaria que si bien no está incluida en el PAN debiera ser parte del Plan de Desarrollo Económico Distrital fomentando la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos nutritivos por parte de la población y en particular de las familias con niños en primera infancia. Lo avanzado aún es muy poco y sin una clara sostenibilidad.

En el caso de la desnutrición infantil se observa que la población no es consciente o está poco informada de la gravedad de la situación y las consecuencias para su futuro individual y colectivo, no ejerciendo presión ni colocando en agenda el tema para que sea tratado por todos. Las organizaciones comunales y sociales no se ocupan del problema posiblemente por falta de información y capacidades para poder analizar y enfrentar el problema por lo que se requiere de aliados externos como las ONG, iglesias, empresas, instituciones académicas y la cooperación internacional que incrementen acciones de sensibilización, difusión y desarrollo de capacidades para el desarrollo social.

Los esfuerzos de articulación generalmente son motivados por la injerencia de consultores externos de ministerios, proyectos privados, y ONG o lo realizan los sectores públicos y proyectos sociales cuando la normativa y el cumplimiento de metas requiere que se presenten actas de acciones multisectoriales o participativas pero no es una manera de operar que pertenezca a la cultura organizacional de los actores. Cumplido el requisito o la actividad vuelven a su trabajo aislado.

4.6 Contribución del Programa Articulado Nutricional en la salud y desarrollo de los niños y niñas de la muestra

Para determinar la contribución de los productos priorizados del PAN en los niños y niñas estudiados se ha realizado una cuidadosa revisión de las historias clínicas de las niñas y niños de la muestra en el C.S Chiriaco, desde su fecha de nacimiento hasta el último control CRED registrado en la Historia Clínica. Hemos encontrado que todos los niños y niñas de la muestra nacieron con peso y talla normal e incluso alguno por sobre el nivel pero ninguno reportó bajo peso y talla al nacer, lo que es un condicionamiento muy relevante para que un niño llegue a la situación de DCI. El jefe de la microred Chiriaco nos manifestó que dentro del servicio CRED que ofrecen ellos hay una preocupación por las condiciones del niño durante la gestación y al parecer está teniendo buen resultado

“Desde el embarazo fortalecemos a las mamás para que cuando nazca su niño éste no esté anémico, hacemos el cortado umbilical tardío, que no esté bajo de peso y talla y promovemos la lactancia materna exclusiva. (...) En esta zona más del 90% de los niños nace con peso y talla normal, 2 o 3 por ciento nace bajo de peso y talla.”
(Entrevista A 09)

En la aplicación del PAN a los recién nacidos hasta los dos años estamos observando que está contribuyendo positivamente pues el 90% (18) de los niños estudiados se encuentre en situación normal y solo un 10% (2) se hayan en situación de desnutrición crónica. Sin embargo, en el caso de la anemia infantil se observa que los efectos no son similares pues de 11 niños en los que se halló las pruebas de tamizaje de hemoglobina recientes en sus historias clínicas solo 2 tenían valores normales (>11), 2 presentaban anemia leve (> 10 y <11) y 7 presentaban anemia moderada (<10 y >9).

Vemos que de esta pequeña muestra de 11 niños, solo el 18.18% de los niños logran niveles de hemoglobina que los diagnostican como libres de anemia; otro 18.18% presentó anemia leve y un mayoritario 63.63% fue diagnosticado con anemia moderada. No se encontró en las historias clínicas de los 9 niños restantes registro de exámenes de hemoglobina, las que deben realizarse rutinariamente cada 6 meses, lo que muestra deficiencias en la implementación del servicio, en el

monitoreo de los niños o en la construcción de base de datos en el sector. La anemia tiene una alta prevalencia en el país y los datos de nuestra pequeña muestra confirman que sigue siendo un problema donde se encuentran muchas dificultades para avanzar.

La anemia en los niños menores de 5 años es muy prevalente en el Perú, aunque algunos avances se han hecho respecto a su control en las últimas dos décadas. Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES), que es un estudio poblacional, de representatividad nacional y regional, y con un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico, para el 2013 ha encontrado que a nivel nacional, aproximadamente uno de cada tres niños de entre 6 y 59 meses, tiene anemia (34%), siendo este problema más común entre los niños que viven en las zonas rurales que entre los que viven en zonas urbanas (39.5% y 31.1% respectivamente). (INS 2015: 9-10)

Además, en otra parte de este informe se indica que la prevalencia es mayor en los niños que en las niñas, desconociéndose aún las causas exactas de esta diferencia por cuestión de sexo. (INS 2015)

Podemos observar que en el cuadro N° 30 de la página siguiente la situación en desnutrición crónica y la anemia infantil de los niños de nuestra muestra

Cuadro N°30: Estado nutricional de niños y niñas de la muestra

Estado nutricional de la muestra de niños y niñas beneficiarios del PAN atendidos en C.S. Chiriaco. Distrito de Imaza													
Cod.	Niño/a	DNI	Hist. Cl.	Fecha nac.	Peso nac. kg	Talla nac. cm.	Condición	Fecha ult. control	Peso ult. control	Talla ult. control	Condición nutricional	Ultimo hemograma	Salud según hemoglobina
M 01	Luz Ibett Cumbia Tibipa	78945385	2-28-8	29/01/2015	3.160	49.00	Normal	29/09/2016	10.960	78.50	Normal	9.3	Anemia moder.
M 02	Ruth Lesly Peña Chinguel	79173243	1-62-7	24/06/2015	4.600	53.00	Normal	24/10/2016	10.850	78.00	Normal	No hallado	
M 03	Mari Carmen Rojas Diaz	79262447	1-53-5	27/07/2015	4.330	53.00	Normal	27/11/2016	11.000	75.30	Normal	No hallado	
M 04	Jhulieih Ágata Mena Castañeda	79090955	2-61-5	03/05/2015	(7 d.) 3.775	48.00	Normal	03/11/2016	9.600	79.50	Normal	9.2	Anemia moder.
M 05	Loren Yuliet Huamán Tarrillo.	78934969	4-195-8	22/01/2015	3.000	48.00	Normal	22/11/2016	10.600	72.50	Normal	No hallado	
M 06	Zully Anghely Calle Jempekt.	79370253	3-106-5	21/10/2016	4.000	53.00	Normal	06/11/2016	9.800	74.60	Normal	10.6	Anemia leve
M 07	Deysi Tamara Carpio Naval	79120874	4-192-4	24/05/2015	3.200	48.00	Normal	15/10/2016	9.340	76.80	Normal	No hallado	
M08	Thiago Alexis Dávila Naval	79214324	2-18-5	24/07/2015	(7 d.) 3.500	50.00	Normal	26/09/2016	12.030	76.50	Normal	No hallado	
M 09	Bikut Nantu Roca Chumap	79011770	3-42-8	11/03/2015	(7 d.) 3.600	51.00	Normal	12/09/2016	10.300	81.20	Normal	11.4	Normal
M 10	Mitzi Zamira Brillith Pérez Barboza	79364773	2-73-4	02/11/2015	3.710	53.00	Normal	02/11/2016	8.350	73.70	Normal	11.5	Normal
M 11	Mahli Anabel Roca Jintash	79388866	2-97-6	13/11/2015	(7 d.) 4.500	54.00	Normal	13/06/2016	8.40	68.00	Normal	No hallado	
M 12	Jack Anderson Vásquez Jempets	79332317	4-22-0	12/10/2015	4.100	53.00	Normal	12/11/2016	10.70	77.00	Normal	9.9	Anemia moder.
M 13	José Miguel Apikai Tajjin	E26175312	11-13-9	16/11/2014	3.200	48.00	Normal	19/08/2016	11.50	76.00	Desnutrición crónica	No hallado	
M 14	Liz Cheila Blanco Atsampi	79413489	2-52-7	09/12/2015	3.150	51.00	Normal	07/11/2016	8.20	70.00	Normal	9.3	Anemia moder.
M 15	Sulaida Ukuncham Tsamajaim	79018670	10-81-4	03/07/2015	3.240	49.00	Normal	12/11/2016	10.00	73.00	Desnutrición crónica	9.7	Anemia moder.
M 16	David Andrés Sánchez Tupika	79386505	1-77-3	21/10/2015	(2 m.) 6.100	59.00	Normal	21/11/2016	10.00	74.50	Normal	10.7	Anemia leve
M 17	Angie Yamila Díaz Wajush	79084238	2-24-3	28/04/2015	3.200	50.00	Normal	24/08/2016	10.20	77.80	Normal	9.8	Anemia moder.
M 18	Yumi Selva Licet Gil Cabrera	79214654	4-8-5	16/07/2015	(2 m.) 5.100	58.00	Normal	16/07/2016	10.70	75.50	Normal	No hallado	
M 19	Jhack Jhackson Ñáñez Shimpukat	79476432	4-108-8	17/01/2016	3.900	55.00	Normal	17/11/2016	8.03	71.80	Normal	No hallado	
M/20	Vania Carhuajulca Saavedra	79356234	2-15-4	27/10/2015	5.260	57.60	Normal	26/10/2016	8.92	73.80	Normal	9.9	Anemia moder.

Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental de H.C. y Padrón Nominal de C.S. Chiriaco

Respecto a la DCI vemos que una niña y un niño ya están en situación de DCI y su crecimiento y desarrollo está muy amenazado. En ambos casos, las madres son adolescentes que al momento del nacimiento de sus hijos tenían 16 años de edad. La madre del niño José Miguel Apikai Taijin, Medaly Apikai Taijin, es awajún y no tiene registrado estudios escolares, y ni ella ni su niño tiene DNI y son atendidos gracias a la RJ 126-2015/SIS que permite la afiliación temporal sin documento de identidad a menores de edad y personas en situación precaria. El niño no ha sido reconocido por el padre y lleva los apellidos del abuelo siendo su único documento el CNV expedido por el Centro de Salud Chiriaco al momento de regularizar su nacimiento domiciliario.

La madre de la niña Sulaida Ukuncham Tsamajaim, Vanessa Tsamajain Uwak, es una adolescente que ya tiene un hijo de 3 años concebido cuando ella tendría 14 años teniendo ambos su DNI. Ambas familias viven en condiciones muy precarias y de pobreza extrema, no cumpliendo con la asistencia oportuna a los controles y servicios por carecer de dinero para movilizarse al Centro de Salud. Estos casos son bastante extremos y nos muestran como el PAN solamente desde el sector salud ya no puede ocuparse de estas situaciones socioeconómicas tan graves de pobreza y precariedad, debiendo intervenir otros actores sociales en apoyo de estas familias.

Los datos del Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño y la Gestante (SIEN) de la Red de Salud Bagua del 2015 nos indican que en el centro poblado Chiriaco el porcentaje de DCI es 27.64% mientras que en las cercanas comunidades nativas como Pakuy y Nayumpin, la DCI se incrementa a cerca de 44%. Esta brecha nos muestra como el difícil acceso geográfico y la falta estrategias interculturales más eficientes complican la DCI en este distrito. Por lo general la calidad del servicio en zonas alejadas disminuye y sus efectos se reflejan en los porcentajes elevados de DCI.

En el caso de la anemia su prevalencia está más generalizada y no está necesariamente ligada a la precariedad y pobreza extrema de las familias como en los ejemplos anteriores.. En el informe del INS toman el estudio de Sobrino y otros

realizados con datos de la ENDES 2013 para exponer la situación de la anemia que en cierto modo coincide con lo hallado en nuestra muestra.

...estos autores encontraron que los niños tenían mayor riesgo de padecer de anemia que las niñas. De manera similar, la edad fue un fuerte factor asociado con anemia, siendo los niños de 24 meses o menores los que tienen mayor riesgo que aquellos de 25 a 59 meses. Respecto a los niveles de riqueza, en general los niños del quintil inferior de riqueza (i.e., los más pobres), no se diferenciaron respecto al riesgo de anemia con los quintiles de riqueza superiores, excepto, y de manera muy marginal, con el segundo quintil más pobre, donde los niños en este segundo quintil tuvo más riesgo que aquellos en el primer quintil. Respecto a la región natural, en comparación con los niños de Lima Metropolitana aquellos que viven en el resto de costa peruana y en la selva tuvieron un mayor riesgo de anemia. (INS 2015: 18)

Los datos del SIEN de la red Bagua indican que en el C:P. Chiriaco el promedio de anemia infantil es de 55.40%, más alto que el promedio distrital de Imaza que está 37.35% por lo que la situación se presenta muy grave en esta enfermedad. En este caso son mejores los resultados en las comunidades por lo que cabría analizar el porqué de esta relativa mejor situación e implementar sus estrategias.

Asimismo, no podemos dejar de indicar que nuestra muestra corresponde a niños y niñas que habitan en la localidad de Chiriaco, una pequeña ciudad amazónica con servicios básicos (agua, electricidad, telefonía celular e internet), mercado, escuelas, etc., y acceso por carretera asfaltada a ciudades de nivel intermedio como Bagua, que son atendidos en un Centro de Salud de nivel I-3, con servicios de médicos (2), obstetras (2), odontólogo (1), psicólogo (1), laboratorio, oficina de RENIEC en línea, ambulancia, etc., capital del distrito de Imaza. Es decir, aunque es una zona de pobreza, su pobladores está en condiciones sociodemográficas más favorables para su crecimiento y desarrollo que la mayoritaria población awajún del distrito de Imaza que habita comunidades nativas casi sin servicios básicos y muchas carencias de toda índole y donde se presentan altos índices de DCI y anemia infantil, mayores a los que hallamos en Chiriaco.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Contribución a la salud y desarrollo integral de los niños que se logra con el conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 2 años sobre los productos y servicios que reciben en el marco de la implementación del Programa Articulado Nutricional

Las madres de los menores de 2 años que son atendidos en el marco del PAN por el personal del Centro de Salud Chiriaco están recibiendo continuamente información y conocimientos sobre los servicios y productos para prevenir la DCI y la anemia por parte del personal de salud a través de actividades preventivas como los controles CRED, las visitas domiciliarias, las campañas comunitarias y las sesiones demostrativas. Sin embargo, esta información no está siendo proporcionada en las condiciones de comunicación más óptimas pues son principalmente mensajes orales, mayoritariamente en español y ocasionalmente en Awajun a través de intérpretes, con muy poco uso de materiales gráficos o audiovisuales que puedan servir de apoyo o refuerzo.

La mayoría de las madres entrevistadas indican que con los servicios y productos priorizados del PAN sus hijos tienen una mejor salud y desarrollo y que ellas están más capacitadas al haber aprendido conocimientos y mensajes clave que les están sirviendo para nutrir, cuidar y criar a sus hijos. No obstante se observa bajos niveles de manejo y recordación de los mensajes y conocimientos brindados por el PAN que pueden explicarse por el bajo nivel educativo y cognitivo de la mayoría de las madres y porque el personal de salud no está brindando todas las atenciones y productos del PAN de manera integral y completa como exige la norma técnica del PAN.

En Chiriaco, los agentes sociales (medios de comunicación, organizaciones sociales, instituciones, gobiernos locales o comunales, iglesias, etc.) no participan en acciones para mejorar de la salud y desarrollo integral de los niños y la disminución de la desnutrición y la anemia pese a ser un grave problema social. Solo se cuenta con el apoyo del municipio a través de las actividades esporádicas y limitadas de la Dirección de Desarrollo Social del Municipio de Imaza.

Adecuación intercultural de los servicios y productos del PAN a las características culturales y hábitos de la población destinados a prevenir la desnutrición crónica infantil.

El servicio brindado por el personal de salud del C.S. Chiriaco está siendo adecuado interculturalmente para la mejor aceptación de las madres pero con bastantes limitaciones y dependiendo principalmente del personal que lo implementa, realizando esta adecuación según su parecer y conocimiento pues no existen orientaciones, normas técnicas o capacitaciones dentro del PAN que los ayuden a adecuar el servicio. Esta limitada adecuación está permitiendo que las madres, especialmente las de origen Awajun, hayan incrementado su aceptación de los servicios y productos del PAN en Chiriaco y estén más comprometidas con el desarrollo y salud de sus hijos pero todavía resulta insuficiente y la demanda siempre está en riesgo de disminuir por prejuicios, ignorancia y falta de adecuación intercultural. Además, en los lugares más alejados (las comunidades y anexos) el acceso a los servicios de salud y la demanda de ellos se ven más afectados por las diferencias culturales y la menor calidad del servicio.

La falta de adecuación intercultural ocasiona que, muchos usuarios indígenas, al no encontrar en los servicios el trato debido, los horarios convenientes, la identidad de sus costumbres, el reconocimiento de sus particularidades, concepciones, saberes y prácticas, en torno a la salud y la enfermedad, consideren que los establecimientos de salud les sean ajenos, poco confiables y seguros, prefiriendo sus prácticas ancestrales, rechazando o participando poco en los programas de salud como el PAN.

El PAN como política nacional no está desarrollando lineamientos, normas, protocolos, estudios ni capacitaciones para realizar la adaptación intercultural del programa a las características de la población y ese proceso depende exclusivamente de las direcciones de salud locales, redes, microredes, establecimientos de salud y personal de salud. En los documentos técnicos se encuentran algunas menciones muy breves pero no se considera el enfoque intercultural de la salud y menos se plantea una propuesta o metodología de adecuación intercultural. Los materiales de capacitación en Awajun son muy pocos y cuando hay el personal no sabe utilizarlo por falta de capacidad intercultural o desconocimiento de su existencia.

Existen varios temas interculturales por investigar, difundir o capacitar que podría abonar en favor de una mayor y mejor demanda del PAN como el aprendizaje del idioma Awajun por parte del personal de salud de habla española, la investigación y promoción de alimentos nativos, la incorporación de la agricultura doméstica en la tradición cultural Awajun, la elaboración de materiales gráficos y audiovisuales en Awajun con contenidos y mensajes PAN, la realización de campañas radiales con spots y programas en Awajun, entre otros.

La salud y la calidad de los servicios es un derecho fundamental para toda la población del Perú, sin embargo este derecho no se cumple en la población indígena porque los servicios de salud son precarios y no están adecuados interculturalmente, persistiendo las brechas e inequidades en los servicios de salud.

La participación y compromiso de las madres en las actividades del Programa Articulado Nutricional para un mejor logro de resultados en la salud de los niños

La participación activa y comprometida de las madres es un factor muy importante para el logro de resultados positivos en el desarrollo y la salud de sus niños pero esta participación solo se está realizando plenamente y con autonomía en un 50% de la muestra, dependiendo la participación del 50% restante de la labor permanente de sensibilización y presión social ejercida por el personal de salud y los agentes comunitarios en las comunidades y barrios.

El nivel educativo, las condiciones familiares y la madurez tienen gran influencia en el comportamiento de la madre como responsable principal de la salud y desarrollo de los niños menores de 2 años y por tanto de la correcta y oportuna participación y compromiso en los servicios y productos del PAN. Las madres con comportamientos más proactivos hacia las responsabilidades que requiere el PAN son las de mayor nivel educativo y madurez, participando con mayor conocimiento y responsabilidad en las actividades del PAN.

La diferencia cultural está funcionando como un factor que agrava situación de desventaja educativa y afecta la participación de las madres en el PAN. Las madres de origen Awajun son las que más dificultades tienen para participar por la barrera idiomática, su menor nivel educativo, su mayor número de hijos, su menor disposición de recursos, su mayor dependencia emocional y social del cónyuge y la menor colaboración del cónyuge en las labores de crianza del niño.

El consumo diario de los micronutrientes por parte de los niños es fundamental para prevenir la anemia y un indicador clave de la participación y compromiso de las familias con el PAN; pero este comportamiento es poco aceptado o practicado por la población debido a diversas razones: ideas religiosas, creencias culturales, prejuicios, ignorancia y desidia. Los efectos de este generalizado bajo consumo se observan en el alto índice de anemia hallado en la muestra y que corrobora lo que los indicadores de salud y estudios han hallado respecto al aumento de la anemia y la gran dificultad para disminuirla.

La alimentación que los niños y niñas reciben en sus hogares es baja en alimentos con alto contenido proteico ocasionando déficit en su crecimiento y desarrollo y aumentado el riesgo de desarrollar desnutrición crónica y anemia.

Percepciones y expectativas suscitadas en las madres por los servicios y productos del PAN ofertados en el C.S. Chiriaco

Las expectativas de las madres de la muestra respecto a los servicios y productos del PAN están enfocadas en una mayor calidad, comunicación y calidez en el trato

que brinda el personal para que se genera una relación paciente-personal de mayor compromiso, respeto, confianza y credibilidad. La diferencia cultural también está afectando la relación con el personal de salud por la desconfianza y timidez de la población de origen Awajun hacia los profesionales hispano hablantes o “mestizos”.

Se ha hecho evidente la necesidad de un replanteo de los servicios de salud a partir del dialogo y la comunicación intercultural para hacerlos más accesible, entre ellos un mayor manejo lingüístico del Awajun por parte del personal de salud y la generación de mayores recursos y materiales informativos con enfoque intercultural.

No existe una estrategia de mercadeo social que de apoyo y mejore a la implementación del PAN, en particular de algunos productos clave como la documentación e identidad oportuna de los niños, el consumo diario de micronutrientes, el consumo de agua segura en los niños y la vacunación oportuna según lo programado.

Nivel de articulación y coordinación de instituciones públicas y sociedad civil en torno a estrategias, planes y acciones para fortalecer la implementación del Programa Articulado Nutricional, la disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia y mejorar el acceso al DNI.

La articulación y coordinación de políticas públicas y planes de acción social entre sectores estatales, gobiernos locales y sociedad civil aún son muy precarias y generalmente dependen de intervenciones externas de temporalidad limitada o se ejecutan solo formalmente para el cumplimiento de requisitos y metas sectoriales. En las instituciones, sectores públicos y la sociedad civil no existe una cultura organizacional que promueva la articulación interinstitucional y no se le ha encontrado valor público a la concertación pese a las propuestas y normativas que exigen la implementación de políticas concertadas interinstitucionalmente y con la sociedad civil.

En el caso de la DCI, los espacios y mecanismos creados para fortalecer y ampliar los objetivos del PAN a nivel local aún son insuficientes, poco operativos y carentes de sostenibilidad social y financiera. Pese a los apoyos técnicos que intervienen esporádicamente y que son provistos por agentes públicos y privados; ni los

gobiernos locales, ni el sector salud, ni la población organizada está asumiendo colectivamente o institucionalmente el liderazgo necesario para la sostenibilidad y profundización de la lucha contra la DCI y la anemia, dejando la responsabilidad de implementar el PAN solo al sector Salud y sin asumir las responsabilidades en la implementación integral del PAN que el modelo del programa plantea.

Los resultados que está logrando el PAN en los dos primeros años de vida de la población se ven amenazados por la falta o las inadecuadas de políticas, programas, proyecto y planes que desarrollen la seguridad alimentaria de las familias de los niños en primera infancia, la provisión de agua potable y saneamiento y la generación y consolidación de familias, comunidades y municipios saludables. Urge desarrollar mecanismos, procesos y espacios políticos, sociales, culturales, económicos, educativos y tecnológicos donde la seguridad alimentaria, el agua potable y saneamiento, la nutrición infantil y la educación sean la prioridad y los gobiernos locales y los diversos sectores se integren y trabajen en torno a ello como verdadero indicador de desarrollo y el futuro del distrito.

Las instancias nacionales, regionales y locales de gobierno no están desarrollando los mecanismos, procesos y espacios de articulación vertical y horizontal necesarios para la implementación de políticas públicas prioritarias como el PAN. No existe claridad en qué sector o nivel gubernamental debe liderar la implementación integral del PAN ni cómo hacerlo pues o no existe nada o existen iniciativas paralelas y en contraposición del MEF, MIDIS, Salud, Educación, MINDES que diluyen o desgastan los esfuerzos de los gobiernos locales y las comunidades para mejorar la salud de su población en general y disminuir la DCI y la anemia en particular.

La inversión presupuestal en los productos del PAN realizada por las diversas instancias públicas de nivel local, regional y nacional y los sectores vinculados a las condiciones de vida de la población (Salud, Educación, Vivienda, Trabajo, Agricultura, Inclusión Social) está enfocada mayoritariamente en atender las causas directas (vacunas, atención de la Salud, suplementos nutricionales) pero no en las causas indirectas (poco acceso a alimentos nutritivos, inadecuados hábitos de

cuidado y crianza saludables, escaso acceso a agua segura, bajo acceso a servicios básicos y sanidad, escasas fuentes de recursos económicos, bajos niveles educativos, aislamiento cultural y social) que son las que generan las condiciones de pobreza donde se desarrollan estos males por deficiencia. Los montos presupuestales presentados así lo muestran.

Contribución de los productos priorizados del Programa Articulado Nutricional en la salud y desarrollo de los niños y niñas de la muestra

Los registros de atenciones hallados en las historias clínicas muestran que los servicios y productos priorizados del PAN parecen que están contribuyendo positivamente en la prevención de la DCI de los niños de la muestra ya que el 90% de ellos mostraron índices de crecimiento OMS normales según la curva estándar OMS y un 10% sí evidenció sufrir de DCI, porcentaje que se encuentra por debajo del porcentaje nacional que está en 14%, y especialmente del distrital que llega a 35%.

Respecto a la prevención de la anemia infantil, la contribución no se logra pues en nuestra muestra el 90% de los niños presenta anemia leve y mayormente moderada, estando en riesgo de caer en anemia severa que compromete gravemente su desarrollo cognitivo. Estos porcentajes corroboran lo hallado en Imaza y otros lugares, especialmente rurales e indígenas, donde la anemia infantil alcanza porcentajes de 50% a más y con tendencia creciente a aumentar.

La contribución de los productos priorizados del PAN sobre la disminución de la DCI hallado en el estudio es solo fiable para la localidad de Chiriaco y no puede generalizarse al distrito de Imaza pues la mayoría de población infantil y los casos de DCI se hallan en las comunidades indígenas donde las condiciones sociales, económicas, alimentarias, educativas y de salubridad son más desventajosas que las que se encuentran en Chiriaco. Sin embargo los datos muestran la misma tendencia que indican los datos SIEN de la Red de Salud Bagua. En el caso de la DCI la baja incidencia de la muestra confirma la menor incidencia a nivel de Chiriaco y los altos niveles de anemia confirman los altos niveles hallados en Chiriaco según las estadísticas de la DISA Bagua.

5.2 Recomendaciones

Contribución a la salud y desarrollo integral de los niños que se logra con el conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 2 años sobre los productos y servicios que reciben en el marco de la implementación del Programa Articulado Nutricional

Mejorar las condiciones y capacidades del personal de salud a través de programas permanentes de capacitación, y un mejor sistema de seguimiento y apoyo técnico para que el conocimiento y aceptación de los productos priorizados del PAN sea mayor, especialmente en las zonas de dispersión geográfica donde habitan las comunidades indígenas con mayor índice de DCI y anemia infantil.

Incorporar a otros agentes sociales locales y regionales como los medios de comunicación, los gobiernos locales y comunales, las organizaciones sociales de base, los comités de programas sociales, iglesias y al sector educación en las labores de difusión, promoción y conocimiento de los servicios y productos priorizados del PAN, RENIEC y otros afines entre la población de las localidades urbanas y comunidades rurales y nativas, usando medios orales en español y Awajun y medios y materiales escritos también en ambos idiomas, así como debe alineamientos de mensajes clave ente sectores y niveles.

Adecuación intercultural de los servicios y productos del PAN a las características culturales y hábitos de la población destinados a prevenir la desnutrición crónica infantil.

Desarrollar una política pública integral que articule sectores como Educación, Salud, Cultura Justicia, Interior, Inclusión Social, Producción y Agricultura en torno a propuestas interculturales que contribuyan a una mejor diálogo intercultural, participación e integración del Estado con la población awajún. Esta política deberá implementarse por niveles y sectores y servirá de orientación para que los gobiernos locales apliquen enfoques de territorialidad en materia de interculturalidad.

Desarrollar normas técnicas y protocolos con conceptos, criterios, lineamientos, capacidades y modelos de adecuación intercultural del PAN para que los equipos locales del sector salud y otros actores involucrados tengan mayores elementos y posibilidades de adecuar el PAN en las comunidades rurales y nativas donde se va a aplicar.

Implementar un Centro de Idiomas y Cultura Awajun en la localidad de Chiriaco en donde el personal de salud y otros sectores del estado que sean hispanohablantes puedan desarrollar las capacidades lingüísticas e interculturales necesarias para que puedan establecer una relación humana horizontal y de equidad y así brindar un servicio de calidad a la población nativa y los hablantes Awajún puedan desarrollar sus capacidades de lectoescritura en Awajun que generalmente están poco desarrollados por la exclusiva oralidad de la lengua Awajun.

La participación de las madres en las actividades del Programa Articulado Nutricional para un mejor logro de resultados

Incorporar al sector Educación en la implementación del PAN a través de la formación de círculos de interaprendizaje para la alfabetización y la práctica de la lectoescritura en Español y Awajun de las madres responsables y dar mayores posibilidades para la culminación de los estudios primarios, cumpliéndose así el objetivo nacional de la educación primaria universal y gratuita para todos, menores y adultos.

Desarrollar acciones orientados a las madres de familia para mejorar las prácticas de salud y alimentación de sus hijos con énfasis en productos de alto contenido proteico de origen animal y vegetal.

Percepciones y expectativas suscitadas en las madres por los servicios y productos del PAN ofertados en el C.S. Chiriaco

Desarrollar campañas de mercadeo social interculturalmente diseñados que relancen y homologuen algunos mensajes y productos PAN clave como el uso de las “chispitas”, el consumo de agua segura o la provisión de proteínas a los niños

menores de 2 años ya que estos mensajes están en riesgo constante de no ser seguidos por la población.

Fortalecer la formación y la actualización profesional del personal de salud que recién se incorpora al servicio en la comunidad y establecer convenios entre la Dirección Regional de Salud de Amazonas y los centros de formación académica para una adecuación del currículo a las necesidades reales del servicio de salud.

Nivel de articulación y coordinación de instituciones públicas y sociedad civil en torno a estrategias, planes y acciones para fortalecer la implementación del Programa Articulado Nutricional, la disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia y mejorar el acceso al DNI.

Desarrollar mecanismos, espacios e instrumentos de gestión intersectorial y de niveles de gobierno que permitan una efectiva acción integrada del Estado para enfrentar efectivamente y sostenidamente la multidimensionalidad del problema de la DCI y la anemia, de manera que se enfrenten las causas indirectas, subyacentes o básicas y no solamente las directas como se viene haciendo con logros muy limitados.

Fortalecer los mecanismos de articulación como la MCLCP o el Comité Multisectorial a través de estímulos e incentivos a las instituciones sectoriales y los gobiernos locales por su participación y el logro de metas colectivas y territoriales que promuevan el empoderamiento y participación democrática de la sociedad civil.

Capacitar a los gobiernos locales y direcciones de salud para que puedan articular los presupuestos con la programación de actividades, insumos, etc., dentro de un enfoque por resultados para que se pueda cumplir a plenitud las responsabilidades y metas que plantea el PAN a los sectores y niveles involucrados.

Formular proyectos y programas locales de investigación y seguridad nutricional con enfoque intercultural que proponga alternativas viables para incrementar la seguridad alimentaria en las comunidades indígenas, teniendo como propósito la

generación de un mercado interno que abastezca de alimentos nutritivos y a precios accesibles para el nivel de la población.

Desarrollar mecanismos y gestiones para incrementar y mejorar los sistemas de dotación de agua segura a la población pues el agua contaminada o escasa constituye la principal fuente de enfermedades diarreicas agudas, parasitosis e infecciones respiratorias ente los niños, incidiendo en muchos cuadros de DCI.

Fortalecer las capacidades de las autoridades locales y sectoriales en gestión y gerencia social con enfoque intercultural y territorial.

Contribución del Programa Articulado Nutricional en la salud y desarrollo de los niños y niñas de la muestra

Mejorar el monitoreo y registro de los indicadores de DCI y anemia infantil a través del fortalecimiento y participación sistemática de los responsables del PAN y aliados públicos y privados en espacio de concertación (Comité de Monitoreo, Iglesias, MCLCP, Comités Multisectoriales, comités de productores, comités de programas sociales, u otros) donde se pueda mostrar periódicamente los indicadores más relevantes a la población y las autoridades para formular planes conjuntos y actividades para disminuir la alta prevalencia de esta enfermedad deficitaria.

Fortalecer los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) con apoyo municipal para vigilar la salud integral de los Niños y Gestantes, los que fueron creados para complementar y difundir las acciones PAN. De este modo, su funcionamiento sea más extendido y eficiente en la prevención y vigilancia del servicio y la participación más activa y responsable de la población en el cuidado y nutrición de sus niños.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE MEJORA

Fundamentación

Nuestra propuesta de mejora se genera en los siguientes hallazgos realizados durante nuestra investigación:

- La desnutrición crónica infantil afecta al 56.2% de los niños menores de 5 años indígenas frente al 21,9% que afecta a los niños no indígenas. En el caso de la anemia, los niños entre 6 y 59 meses indígenas la sufren en un 51.3% frente al 40.9% de niños no indígenas. (OPS 2012)
- La falta de adecuación intercultural ocasiona que muchos usuarios indígenas consideren que los establecimientos de salud les sean ajenos, poco confiables y seguros, prefiriendo sus prácticas ancestrales, rechazando o participando poco en los programas de salud como el PAN.
- El reconocimiento intercultural cultural supone colocarse en el lugar del otro y entender que la identidad personal se moldea en base al reconocimiento que se recibe de los otros y en el caso de las personas indígenas su cultura originaria “es el ethos, el mundo vital pre reflexivo en el que se construye el primer vínculo de pertenencia en relación con el cual podemos configurar otros vínculos e integrarlos a la sociedad nacional. (Kogan 2001:59).
- El PAN como política nacional no está desarrollando lineamientos, normas, protocolos, estudios ni capacitaciones para realizar la adaptación intercultural del programa a las características de la población indígena u originaria.
- Existen varios tema interculturales por investigar, difundir o capacitar que podría abonar en favor de una mayor y mejor demanda del PAN como el aprendizaje del idioma Awajun por parte del personal de salud de habla española, la investigación y promoción de alimentos nativos, la incorporación de la agricultura doméstica en la tradición cultural Awajun, la elaboración de materiales gráficos y audiovisuales en Awajun con contenidos y mensajes PAN, la realización de campañas radiales con spots y programas en Awajun, entre otros.

- La diferencia cultural está funcionando como un factor que agrava la situación de desventaja educativa y afecta la participación de las madres en el PAN. Las madres de origen Awajun son las que más dificultades tienen para participar por la barrera idiomática, su menor nivel educativo, su mayor número de hijos, su menor disposición de recursos, su mayor dependencia emocional y social del cónyuge y la menor colaboración del cónyuge en las labores de crianza del niño.

Propuesta de mejora

Esta propuesta de mejora está basada en la estrategia de adecuación intercultural de los servicios de salud presentada por el experto Armando Medina para el Ministerio de Salud de Ecuador (Medina 2006). Nuestra propuesta consiste en la implementación de una estrategia de adecuación intercultural del servicio de salud en general y del Programa Articulado Nutricional en particular, en el Centro de Salud del sector de Chiriaco. En este C.S. se están implementando algunas medidas de adecuación intercultural que se pueden profundizar con un plan de optimización del servicio. Luego, de forma progresiva, la estrategia se irá replicando en los otros establecimientos de salud de la micro red de salud Chiriaco donde resulte posible y necesario, hasta completar los 12 EE.SS. de la microred.

Esta estrategia fortalecerá la demanda y oferta de algunos productos y servicios clave del PAN mejorando sus aspectos interculturales. Para ello el trabajo se hará de manera conjunta entre el personal de salud, los agentes comunitarios de salud y otros actores sociales como el municipio distrital y organizaciones comunales formando un espacio o instancia de gestión colectiva. De este modo, se genera una corresponsabilidad en la implementación del servicio con representación de los pobladores en la gestión y la sustentabilidad de las acciones.

Este proceso seguirá estas fases:

1. Sensibilización.

En esta fase, realizamos diversas actividades de comunicación e información que generen el interés, motiven la participación y logren el compromiso de los actores considerados fundamentales en la implementación de la estrategia: personal de

salud, líderes políticos y comunales, agentes comunitarios. Un objetivo fundamental es conseguir el respaldo de autoridades, líderes y otros actores de la comunidad, para la implementación de la estrategia, siendo preciso identificarlos y sensibilizarlos en la adecuación intercultural del servicio. La intersectorialidad y el desarrollo de alianzas son importantes en la implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud por lo que deben ser considerados desde un inicio.

2. Planificación

La planificación consistirá en el desarrollo de estos procesos: i) Elaboración de un diagnóstico sociocultural construido con participación activa de la población que recoja sus características e ideas; ii) procesamiento de la información recogida; iii) análisis de los problemas de la oferta y la demanda y iv) la elaboración de un plan de acción intercultural.

Este plan de acción intercultural estará enfocado en estos cinco aspectos del servicio: i) la infraestructura y servicios (diseños, ornamentaciones, señalética bilingüe, casa de espera, insumos tradicionales); ii) personal de salud (capacitación en PAN, idioma original, actitud intercultural, , habilidades de comunicación, costumbres y medicina tradicional) iii) prestación del servicio (priorizando prevención y promoción de atención a primera infancia y gestantes); iv) fortalecimiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) y v) sistema de información (divulgación de la interculturalidad de forma valida, confiable, amigable, sistemática y monitoreada).

El financiamiento del Plan conjunto será compartido entre el Centro de Salud y la Red de Salud Bagua-SIS y el municipio distrital de Imaza y algún otro aliado dispuesto a facilitar recursos, dependiendo de las actividades a realizar. Una fuente de financiamiento radica en la cuenta presupuestal PAN del municipio que en el año 2016 fue de alrededor de S/. 100,000 y que no fue utilizada en su totalidad por falta de planes de ejecución y el uso en otros fines ajenos al problema.

3. Ejecución

La ejecución del estará a cargo de un equipo corresponsable liderado por la Gerencia de Desarrollo Social del Municipio e integrado por estos actores

- Personal de salud
- Autoridades del municipio distrital de Imaza- Chiraco
- Agentes comunitarios en salud
- Representantes de comunidad (líderes indígenas, productores, comités sociales)
- Representantes de aliados (iglesia, sectores)

Este proceso de adecuación cultural de los servicios de salud se realizará mediante la concertación colectiva de la agenda propuesta, sobre la base de las actividades que se ejecutan en el primer nivel de atención, considerando la disponibilidad del personal de salud, agentes comunitarios y personal del municipio para las capacitaciones grupales, los períodos de tiempo requeridos. Cada uno de estos actores capacitado participará en sus ámbitos respectivos en organizar y promover las actividades de adecuación intercultural del servicio de salud, en especial del PAN.

4. Monitoreo y evaluación

El Plan de Acción ha elaborado un conjunto de objetivos, metas e indicadores organizados en un modelo lógico que cuenta como insumos a los recursos humanos y económicos, las capacitaciones, y el desarrollo de la infraestructura y equipamiento respectivos para obtener resultados de corto, mediano y largo plazo, que serán medidos según los tiempos previstos.

Durante este proceso se trabajara con una matriz de indicadores para la realización de un monitoreo mensual y trimestral de las actividades. A su vez, los representantes de los equipos técnicos conformados visitarán los establecimientos seleccionados periódicamente para realizar monitoreo de actividades in situ y la realización de evaluaciones anuales del trabajo realizado. Todos los establecimientos de la red podrán contar con el seguimiento de los indicadores y observar así en cuáles se debe mejorar o incidir.

Esta tarea de seguimiento estará complementada con una estrategia comunicacional que permita la mejor difusión de la información relacionada con la adecuación cultural de los servicios de salud a todos los actores participantes y a la población en general. Luego se difundirán las actividades y logros obtenidos en torno a la adecuación cultural, la disminución de la DCI y la anemia, la medicina tradicional, la participación de la población y autoridades y las actividades proyectadas. Además se fomentará el intercambio de información a través de seminarios y talleres que permitan consolidar la estrategia intercultural a nivel del personal de salud, municipio, familias, comunidades y otros actores.

BIBLIOGRAFÍA

ARÁMBULO Quiroz, Carlos

- 2013 *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012.* Lima PUCP. Tesis de Maestría en Ciencias Políticas. Consulta en dispensario bibliografico PUCP. Consulta el 1 de setiembre de 2016 en http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2139:programa-articulado-nutricional&catid=211&Itemid=101528

BANCO MUNDIAL

- 2013a *Cómo proteger y promover la nutrición de madres y niños en América Latina y el Caribe Propósito de este conjunto de herramientas.* Washington: Banco Mundial. Consulta el 4 de enero de 2017 en http://siteresources.worldbank.org/EXTLACREGTOPNUT/Resources/4160377-1357590589927/8996498-1357590799892/PURPOSE_SPANISH.pdf
- 2013b *Cómo proteger y promover la nutrición de madres y niños: Análisis comparativo de los países en América Latina y el Caribe.* Washington: Banco Mundial. Consulta el 4 de enero de 2017 en http://siteresources.worldbank.org/EXTLACREGTOPNUT/Resources/4160377-1357590589927/8996498-1357590799892/BENCHMARKING_ES.pdf
- 2013c *Cómo proteger y promover la nutrición de madres y niños: Estudios de casos prácticos en América Latina y el Caribe.* Washington: Banco Mundial. Consulta el 4 de enero de 2017 en http://siteresources.worldbank.org/EXTLACREGTOPNUT/Resources/4160377-1357590589927/8996498-1357590799892/CASE_STUDIES_ES.pdf

BELTRÁN Arlette y Janice SEINFELD

- 2009 *Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente.* Documento de Discusión DD/09/14. Lima: Universidad del Pacífico. Consulta el 22 de octubre de 2016 en http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20-%20Beltran_Seinfeld.pdf

CERQUEIRA, María Teresa, Claudia CONTI y Alejandro DE LA TORRE

- 2003 *La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas.* FNA-FAO. Consulta el 28 de noviembre de 2016 en <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m05.pdf>

COLOMBIA - CONGRESO DE LA REPÚBLICA

- 2016 *Ley 1804 del 2 de agosto de 2016 "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la primera infancia y se dictan otras disposiciones.* Bogotá: Congreso de la Republica de Colombia. Consulta el 3 de enero de 2017 en <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201804%20DEL%2002%20DE%20AGOSTO%20DE%202016.pdf>

COLOMBIA - CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA SOCIAL

- 2007 *Política pública nacional de primera infancia "Colombia por la primera infancia"*. Documento Conpes Social N° 109. Bogotá: CONPES. Consulta el 4 de enero de 2016 en <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Normativa/Conpes%20109.pdf>

COSTA RICA - MINISTERIO DE SALUD

- 2011 *Política Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021*.- 1ª ed. - San José: Ministerio de Salud. Consulta el 4 de enero de 2017 en <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planos-en-salud/politicas-en-salud/1106-politica-nacional-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-2011-2021/file>

COTLEAR, Daniel

- 2006 "¿Cómo mejorar la educación, la salud y los programas antipobreza?". En COTLEAR, Daniel/ editor. *Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?*. Lima: Banco Mundial, pp. 37-96.

CRUZADO, Viviana

- 2012 *Análisis del impacto del Programa Articulado Nutricional (PAN) sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Documento de trabajo*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta el 25 de agosto de 2016 en https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/PAN_final_fusionado.pdf

CUBA - MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN

- 2008 *Informe sobre implementación del Plan de Acción de la Cumbre Mundial de Alimentos (CMA) 2007 en Cuba*. Habana: Min. de Economía y Planificación. Consulta el 5 de enero de 2017 en <http://www.fao.org/3/a-ai635e.pdf>

DIRECCIÓN DE SALUD

BAGUA

- 2015 *Reporte del Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN 2015*. Documento de Trabajo. Bagua: DIRSA Bagua. Archivo electrónico Excel

EGUREN López, Fernando, Jannet CANO y Alberto DEL AGUILA

- 1997 *Evaluación social del desarrollo humano en el Perú*. Lima: Acción Ciudadana. 225 pp.

ETXEBERRIA, Xavier

- 2001 "Derechos culturales e interculturalidad". En HEISE, María (comp. y editor). *Interculturalidad. Creación de un concepto y desarrollo de una actitud*. Lima: Programa FORTE-PE / Ministerio de Educación, pp. 17-38.

FAO

- 2015 *Panorama de la Inseguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe La región alcanza las metas internacionales del hambre*. FAO. Consulta el 21 de diciembre de 2016 en <http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf>.

- 2003 *Perfil Nutricional de Cuba*. Perfiles Nutricionales por Países - CUBA. Agosto 2003. Consulta el 4 de enero de 2017 en <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/cubmap.pdf>
- GALVAN, Marcos y Hugo AMIGO
- 2007 *Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina*. Caracas ALAN, v. 57, n. 4, p. 316-326, dic. 2007. Consulta el 16 de setiembre de 2016 en www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400003
- GRADE
- 2013 *Impacto del programa Juntos sobre la nutrición temprana. Contribuciones al debate sobre políticas públicas*. Boletín Enero de 2013 N° 21. Lima: GRADE
- HUANQUI Valcárcel, Silvana
- 2012 "14. Diseño de programas estratégicos a nivel subnacional como herramienta en la lucha contra la pobreza". En VÁSQUEZ Huamán, Enrique (editor). *Inversión social: indicadores, bases de datos e iniciativas*. Lima: Universidad del Pacífico, pp. 237-249.
- INEI
- 2016 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Capítulo 10. Lactancia y nutrición de niños, niñas y madres. Lima: INEI. Consulta el 23 de julio de 2017 https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
- 2014 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Capítulo 10. Lactancia y nutrición de niños, niñas y madres. Lima: INEI. Consulta el 15 de julio de 2015. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
- INS
- 2015 *Anemia en la población infantil del Perú: Aspectos clave para su afronte*. Lima: MINSA-Instituto Nacional de Salud. Consulta el 5 de enero de 2017 en www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf
- 2014 *Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016*. Documento técnico / editado por el Instituto Nacional de Salud -- Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2014.
- KOGAN, Liuba y Fidel
- TUBINO
- 2001 "Identidades interculturales y políticas de reconocimiento". En HEISE, María (comp. y editor). *Interculturalidad. Creación de un concepto y desarrollo de una actitud*. Lima: Programa FORTE-PE / Ministerio de Educación, pp. 53-73.
- MARCEL, Mario, Marcela Guzmán y Mario Sanginés
- 2014 *Presupuestos para el desarrollo en América Latina*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. Consulta el 4 de enero de 2017 en <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/466/Presupuestos%20para%20el%20desarrollo%20en%20América%20Latina.pdf;jsessionid=847AFE44C9AC49786B4E6175F41E673A?sequence=1>

MARTÍNEZ, Rodrigo

2005 *Hambre y desigualdad en los países andinos. La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.* Serie Políticas Sociales N° 112. Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL. Consulta el 21 de diciembre de 2016 en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6116/1/S05788_es.pdf

MAYA, Diana y Pablo

RAMOS

200? *Enfoques Participativos en el Desarrollo Rural: Articulación en procesos de Investigación.* Univ. Javeriana. Consulta el 20 de julio de 2016 en <http://conectarural.org/sitio/sites/default/files/documentos/MayayRamosM4-ponencia.pdf>

MEDINA Ibáñez, Armando

2006 *Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud.* BID-Ministerio de Salud de Ecuador. Consulta el 4 de enero de 2017 en http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/salud_ecuador.pdf

MEF

2017 Portal de Transparencia Económica Peru. Consulta Amigable. Consulta el 20 de mayo de 2017 en <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2016&ap=ActProy>

2013 *Programas presupuestales con articulación territorial. Guía informativa.* Lima MEF Dirección General de Presupuesto Público - GIZ. 329 p.

2009 Programa Articulado Nutricional. Lima. MEF-DGPP. Consulta 14 de setiembre de 2016 http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2139:programa-articulado-nutricional&catid=211&Itemid=101528

MIDIS

2013 *DS N° 008-2013-MIDIS. Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social.* Lima: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Consulta el 8 de agosto de 2016 en http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/estrategia_incluircrecer.pdf

MINSA

2017 *“Plan Nacional para la Reducción de la Anemia: 2017-2021”.* Alineamiento presupuestal de las intervenciones del plan de reducción de anemia con los PP Articulado Nutricional y Materno Neonatal. Reunión técnica (presentación PDF). Lima: MINSA. Consulta el 3 de agosto de 2017 en http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/10_PAN_Anemia%202017-2021.pdf

2016 "Estrategia Nacional para la reducción de la anemia materno infantil 2016-2021" (presentación PDF). Lima: MINSA. Consulta el 3 de agosto de 2017 en http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/9_ST-CIAS-Estrategia_Anemia_14dic16.pdf

- 2014 *Criterios técnicos para la sostenibilidad en el funcionamiento del Centro de Promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño*. Lima. MINSA
- 2011a *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años*: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
- 2011b *Promoviendo el derecho a la identificación para el ejercicio del derecho a la salud, en el marco del aseguramiento universal*: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. -- Lima: Ministerio de Salud; 2011.38 p., ilus ..
- 2006 *Modelo de Abordaje de promoción de la salud en el Perú. Documento técnico*. Lima: Ministerio de Salud-Dirección General de Promoción de la Salud. 231 pp.

MONCKEBERG, Fernando

- 2014 "Desnutrición precoz y daño del capital humano" *Rev Chil Nutr Vol. 41, N°2, Junio 201*. Santiago de Chile: Univ. Diego Portales. Pp. 173-180. Consulta 12 de agosto de 2015
<www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182014000200008&script.>.
- 2013 "Desnutrición precoz y daño del capital humano". Documento de trabajo. Santiago de Chile: CRECES. Consulta 12 de agosto de 2015 en
<www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2026>

MOORE, Mark H.

- 1998 *Gestión Estratégica y creación de valor en el sector público*. Capítulo 3. La estrategia organizativa en el sector público. Barcelona: PAIDOS.

OPS/OMS Perú

- 2012 *Informe técnico. Estado de salud de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas*. Lima:OPS/OMS Perú. 84 pp.

PCM

- 2007 *Decreto Supremo 027-2007-PCM. Define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional*. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros. Consulta el 8 de agosto de 2016 en www.minedu.gob.pe/normatividad/plan_institucional/DS-027-2007-PCM_Políticas_Nacionales.pdf

PNUD

- 2012 *Estrategia de Igualdad de género PNUD PERU*. Lima: PNUD 28 pp. Consulta 22 de agosto de 2015. En www.pe.undp.org/.../Estrategia%20de%20Igualdad%20de%20Genero%
- 201? *Capítulo 1. La desnutrición infantil en Chile: políticas y programas que explican su erradicación* . PNUD Consulta el 20 de octubre de 2016 en <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/LOW/LOW-2a.pdf>

PUCP

2016 *Mercadeo Social. Material de estudio del curso de modalidad virtual. Décimo tercera edición.* Lima: PUCP- Escuela de Posgrado. 100 p.

REGAN, James

2010 *Los awajún y wampís contra el Estado: una reflexión sobre antropología política.* En Rev. Investigaciones Sociales N° 24. Lima: Univ. Mayor de San Marcos. 2010. Consulta el 25 de marzo de 2016 en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N24_2010/pdf/a02.pdf

REYES, Lidia

2015 *Estrategia de Monitoreo social. Estrategia para fortalecer la capacidad de gestión de los Gobierno Locales con especial énfasis en el cumplimiento de los objetivos del PAN en su localidad.* Décima versión. Documento de trabajo de la DGPP del MEF. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas-DGPP. 2015

REUBEN, William

2006 *Capítulo 36 Voz y Participación.* En "Perú la oportunidad de un país diferente: próspero, equitativo y gobernable". Washington, Banco Mundial/Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Consulta el 22 de junio de 2016 en http://siteresources.worldbank.org/PERU/SPANISH/EXT/Resources/Notas_de_politica.pdf?resourceurlname=Notas_de_politica.pdf

SAGASTI, Francisco, Javier IGUÍÑIZ y Jurgén

SCHULDT

1999 *Equidad, integración social y desarrollo: hacia un nuevo enfoque para la política social en América Latina.* Lima: AGENDA: Perú; Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. 101 pp. Consulta 11 de agosto de 2015. <cendoc.esan.edu.pe/fulltext/e-documents/.../agendaperu04.pdf>

SÁNCHEZ, Alán y Miguel JARAMILLO

2012 *Impacto del Programa Juntos sobre la nutrición temprana.* Documento de trabajo N° 2012-001. Lima: Banco Central de Reserva. 33 pp. Consulta el 16 de julio de 2015. En <http://www.juntos.gob.pe/images/publicaciones/LIBRO23.pdf>.

SERVINDI

2005 *Interculturalidad: Desafío y proceso en construcción.* Manual de capacitación. Lima: SERVINDI. 122 p.

UNICEF

2016 *Las infancias diversas. Estudio fenomenológico de la niñez de cero a tres años encuatro pueblos indígenas de la Amazonía peruana.* Lima: UNICEF. 306 p.

2011 *Estado de la niñez en el Perú.* Lima: UNICEF-INEI. Consulta 20 de diciembre de 2015 en https://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf

VATTUONE, María Elena

2013 Estrategia de Monitoreo Social. Diseño de una estrategia para el seguimiento de indicadores clave de nutrición a nivel distrital. Documento de Trabajo. Lima: FONDAM. 2013

WEBB, Richard

2006 "Los recursos humanos en la salud y educación públicas del Perú" En COTLEAR, Daniel/editor. *Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?*. Lima: Banco Mundial, pp. 301-383.

WISBAUM, Wendy

2011 *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. UNICEF.España. Consulta 15 de julio de 2015 <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: Columna Vertebral de investigación

Anexo 2: Guía de entrevistas

ANEXO 1

COLUMNA VERTEBRAL DE LA INVESTIGACIÓN				
Objetivo	Preguntas de investigación	Variable	Indicador	Preguntas
<p>GENERAL</p> <p>Conocer qué factores están influyendo en la mayor o menor demanda que las madres de los niños menores de 24 meses de la localidad de Chiriaco de los servicios y productos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional implementando en el Centro de Salud para prevenir la desnutrición crónica infantil, analizando la forma de implementación de los productos priorizados del PAN, la consideración de características culturales y hábitos de la población en su implementación, la participación de la población organizada en el programa y los mecanismos de articulación institucional de los actores involucrados en la implementación del programa.</p>	<p>¿Cuáles son los factores que están influyendo en la aceptación por parte de las madres de niños menores de 24 meses de los productos y servicios que el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) ofrece a través de los establecimientos de salud en la localidad de Chiriaco, distrito de Imaza, para la prevención de la desnutrición crónica infantil y la anemia?</p>			

<p>Determinar de qué manera se está realizando la demanda de los productos y servicios priorizados PAN en las comunidades atendidas por el Centro de Salud Chiriaco.</p>	<p>¿En qué medida el conocimiento que tienen los padres de los niños menores de 24 meses sobre los productos y servicios que reciben en el marco de implementación del Programa Articulado Nutricional en el centro de salud de Chiriaco, Imaza contribuyen a la mejora de su salud?</p>	<p>1.1 Conocimiento de padres y madres sobre contenidos y mensajes nutricionales del PAN para niños menoresde 1 año (EMS)</p>	<p>Grado de conocimientos de la madre/padre sobre los contenidos y mensajes clave sobre nutrición del niño menor de 1 año.</p>	<p>1. ¿Ha recibido de parte del personal de salud o los promotores conocimientos, demostraciones, clases o recomendaciones sobre como debe cuidar y alimentar a su hijo para que crezca y se desarrolle sanamente? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?</p>
		<p>1.2. Conocimiento de la madre/padre sobre los procesos y actividades de los controles CRED y actividades complementarias del PAN para niños menores de 1 año.</p>	<p>Grado de conocimiento de la madre/padre sobre los controles CRED y actividades complementarias</p>	<p>2. ¿Qué requisitos o trámites realizó para recibir estos servicios? ¿Tuvo que pagar al personal de salud por ellos?</p> <p>3. ¿Recuerda cuáles fueron esos conocimientos y mensajes?</p> <p>4. ¿Cómo recibio estos conocimientos y mensajes? ¿Oralmente? ¿Por escrito? ¿en video? ¿Fueron dados en su idioma materno?</p>
		<p>1.3. Información ofrecida en el PAN a la madre/padre sobre los procesos para el acceso a identidad y afiliación SIS y Juntos para niños menores de 1 año.</p>	<p>Grado de conocimiento de la madre/padre sobre acceso a identidad y afiliación al SIS y JUNTOS</p>	<p>7. ¿Su niño ha recibido atención periódicamente en los controles CRED que realiza el personal de salud? ¿Cuándo? ¿Dónde?</p> <p>8. ¿Recuerda qué atenciones recibió su niño durante los controles CRED? Descríbalos</p> <p>9. ¿Recuerda que conocimientos y mensajes o demostraciones se le dio a Ud. para el buen cuidado de su bebe durante los controles CRED? Descríbalos</p> <p>10. ¿Cree que esos conocimientos y mensajes le han servido para que su niño o niña haya crecido y desarrollado bien?</p> <p>11. ¿Cuándo controló su gestación y luego de nacido el bebé recibió información del personal de salud sobre dónde y cómo gestionar el CNV, el Acta de nacimiento, el SIS, Juntos y el DNI de su bebé?</p>

				12. ¿Le sirvió la información? ¿Su bebé tiene sus documentos y afiliaciones SIS y JUNTOS?
Conocer si el Programa Articulado Nutricional toma en cuenta las características culturales y hábitos de la población para diseñar e implementar sus servicios y productos priorizados para prevenir la desnutrición crónica infantil.	¿En qué medida el Programa Articulado Nutricional toma en cuenta las características culturales y hábitos de la población para ofrecer los servicios y productos destinados a prevenir la desnutrición crónica infantil?	2.1. Adecuación intercultural de los medios de comunicación y mensajes y materiales usados por el PAN para transmitir información y fomentar la participación de las familias beneficiarias.	Uso de los medios de comunicación masivo para la transmisión de los mensajes PAN a la población	13. ¿Han escuchado mensajes en las radioemisoras sobre cómo cuidar a los niños pequeños, campañas de atención o sobre como alimentarlos? ¿Cuándo? ¿En qué idioma? ¿Son necesarios?
			Nivel de adecuación cultural de los servicios de Salud dirigidos a la mejorar la nutrición infantil.	14. ¿A Uds los padres de familia el personal de salud les proporciona de materiales de difusión y educativos en idioma awajun? ¿Cuáles: triptico, afiches, volantes, cartillas? ¿Son necesarios? ¿por qué?
			Uso de espacios y mecanismos de la organización y comunidad indígena para la aplicación del PAN	15. ¿En las atenciones, visitas, capacitaciones, reuniones y tareas que hacen con personal de salud y promotores sobre alimentación y cuidado de sus niños se toma en cuenta la rutina diaria, la epoca de cosecha, si es Ud. mujer o u hombre, el parto vertical, los alimentos nativos, medicamentos nativos, personal nativo? 16. ¿Los servicios y bienes que ofrece el PAN han sido presentada en la asamblea comunal? ¿El personal del E.S. participa en las reuniones comunales? ¿El apu u otros líderes locales participa en las reuniones de programación del servicio en la comunidad? ¿Los lideres comunales apoyan el PAN?

<p>Identificar el nivel de participación y compromiso de la población organizada en la implementación del Programa Articulado Nutricional.</p>	<p>¿Cómo es la participación de los actores involucrados en la implementación del Programa Articulado Nutricional en la comunidad para el logro de resultados?</p>	<p>3.1. Participación de la madre en las actividades de controles CRED, consejería nutricional y cuidado de los niños</p>	<p>Grado de participación en actividades de la estrategia</p>	<p>17. ¿Ha asistido a todos los controles CRED de su niño? ¿Por qué?</p>
<p>Conocer las percepciones y expectativas de las madres de menores de 24 meses acerca de los servicios y productos del PAN que ofrece el Centro de Salud de Chiriaco a sus niños.</p>	<p>¿Qué percepciones y expectativas tienen las madres de los niños menores de 24 meses acerca de los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco?</p>	<p>4.1 Percepción de la madre acerca de los servicios y productos priorizados del PAN que reciben en el centro de salud de Chiriaco.</p>	<p>Tipo de percepciones y expectativas de las madres acerca del servicio y productos PAN.</p>	<p>5. ¿Cree que esos conocimientos y mensajes le han servido para que su niño o niña haya crecido y desarrollado bien?</p>
			<p>Tipo de conocimientos y mensajes esperados</p>	<p>6. ¿Existen algunos otros conocimientos o mensajes que debiera dar el personal de salud para que los niños crezcan fuertes y saludables?</p>
			<p>Tipo de participación en actividades de la estrategia</p>	<p>20. ¿Qué tipo de consejería prefiere: la que se da en el CRED, las sesiones educativas o la visita domiciliaria? ¿Por qué?</p>
			<p>Tipo de sugerencias y recomendaciones para mejorar el servicio</p>	<p>21. ¿Qué sugerencia o crítica o experiencia puede dar para una mejor implementación del servicio del PAN ?</p>

<p>Identificar y describir los mecanismos de articulación institucional desarrollados localmente para promover la implementación y el logro de resultados del Programa Articulado Nutricional.</p>	<p>¿Qué mecanismos de articulación entre los diversos sectores y niveles del Estado se desarrollan durante la implementación del Programa Articulado Nutricional o hacen facilitar su ejecución en la localidad de Chiriaco, distrito de Imaza?</p>	<p>5.1 Participación en reuniones de articulación programadas por la instancia de articulación local existentes, gobierno local y autoridades y organizaciones comunales.</p>	<p>Grado de participación en reuniones de articulación programadas por la instancia de articulación local existentes, gobierno local y autoridades u organizaciones comunales para apoyar implementación del PAN.</p>	<p>¿Ha podido participar en las gestiones o acciones del Comité Coordinador de Monitoreo Social o la Mesa de Concertación o el Comité Multisectorial u otras reuniones para una mejor o mayor implementación del PAN o intervenciones vinculadas? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Por qué?</p>
<p>Determinar los resultados que los servicios y productos del PAN ofrecidos por el Centro de Salud Chiriaco está logrando sobre la salud de los niños de la muestra.</p>	<p>¿Qué resultados han logrados los servicios y productos priorizados del PAN ofrecidos por el Centro de Salud de Chiriaco?</p>	<p>6.1 Resultados logrados en los niños de la muestra por los servicios y productos priorizados del PAN ofrecidos por el Centro de Salud de Chiriaco.</p>	<p>Número de niños y niñas con desnutrición crónica infantil.</p>	<p>¿Qué cantidad de niños y niñas presentan DCI de acuerdo a la curva de crecimiento y desarrollo OMS?</p>
			<p>Número de niños y niñas con anemia infantil</p>	<p>¿Qué cantidad de niños y niñas presentan anemia infantil de acuerdo al último tamizaje de hemoglobina hallado en su historia clínica OMS?</p>

ANEXO 2

Guía de preguntas para madre/padre de familia

Las preguntas son leídas en voz alta por entrevistador. Lo escrito entre paréntesis (...) es referencial y no se le lee al entrevistado

A. Preguntas Complementarias de Inicio: Nombre, edad, ocupación, lugar de origen, lengua materna, hijos

B. Preguntas variable 1.1

1. ¿Ha recibido de parte del personal de salud o los promotores conocimientos, demostraciones, clases o recomendaciones sobre cómo debe cuidar y alimentar a su hijo para que crezca y se desarrolle sanamente? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?
2. ¿Qué requisitos o trámites realizó para recibir estos servicios? ¿Tuvo que pagar al personal de salud por ellos?
3. ¿Recuerda cuáles fueron esos conocimientos y mensajes?
4. ¿Cómo recibió estos conocimientos y mensajes? ¿Oralmente? ¿Por escrito? ¿en video? ¿Fueron dados en su idioma materno?
5. ¿Cree que esos conocimientos y mensajes le han servido para que su niño o niña haya crecido y desarrollado bien?
6. ¿Existen algunos otros conocimientos o mensajes que debiera dar el personal de salud para que los niños crezcan fuertes y saludables?

C. Preguntas variable 1.2

7. ¿Su niño ha recibido atención periódicamente en los controles CRED que realiza el personal de salud? ¿Cuándo? ¿Dónde?
8. ¿Recuerda qué atenciones recibió su niño durante los controles CRED? Descríbalos
9. ¿Recuerda que conocimientos y mensajes o demostraciones se le dio a Ud. para el buen cuidado de su bebe durante los controles CRED? Descríbalos
10. ¿Cree que esos conocimientos y mensajes le han servido para que su niño o niña haya crecido y desarrollado bien?

D. Preguntas variable 1.3

11. ¿Cuándo controló su gestación y luego de nacido el bebé recibió información del personal de salud sobre ´dónde y cómo gestionar el CNV, el Acta de nacimiento, el seguro SIS, el registro en Juntos y el DNI de su bebé?

12. ¿Le sirvió la información? ¿Su bebé tiene sus documentos y afiliaciones SIS y JUNTOS?

E. Preguntas variable 2.1

13. ¿Han escuchado mensajes en las radioemisoras sobre cómo cuidar a los niños pequeños, campañas de atención o sobre cómo alimentarlos? ¿Cuándo? ¿En qué idioma? ¿Son necesarios?
14. ¿A Uds. los padres de familia el personal de salud les proporciona de materiales de difusión y educativos en idioma awajun? ¿Cuáles: tríptico, afiches, volantes, cartillas? ¿Son necesarios? ¿por qué?
15. ¿En las atenciones, visitas, capacitaciones, reuniones y tareas que hacen con personal de salud y promotores sobre alimentación y cuidado de sus niños se toma en cuenta la rutina diaria, la época de cosecha, si es Ud. mujer o u hombre, el parto vertical, los alimentos nativos, medicamentos nativos, personal nativo?
16. ¿Los servicios y bienes que ofrece el PAN han sido presentada en la asamblea comunal? ¿El personal del E.S. participa en las reuniones comunales? ¿El apu u otros líderes locales participa en las reuniones de programación del servicio en la comunidad? ¿Los líderes comunales apoyan el PAN?

F. Preguntas variable 3.1

17. ¿Ha asistido a todos los controles CRED de su niño? ¿Por qué?
18. ¿Ha participado en todas las sesiones demostrativas o educativas que realizó el personal de salud. ¿Por qué?
19. ¿El personal de salud o el promotor ha visitado su casa? ¿Por qué? ¿Le sirvió?
20. ¿Qué tipo de consejería prefiere: la que se da en el CRED, las sesiones educativas o la visita domiciliaria? ¿Por qué?

G. Pregunta complementaria de cierre

21. ¿Qué sugerencia o crítica o experiencia puede dar para una mejor implementación del servicio del PAN ?

Guía de preguntas para agente comunitario/promotor de salud

Las preguntas son leídas en voz alta por entrevistador. Lo escrito entre paréntesis (...) es referencial y no se le lee al entrevistado

A. Preguntas de Inicio: Nombre, edad, ocupación, lugar de origen, lengua materna, hijos

B. Preguntas variable 1.4

1. ¿Ha recibido de parte del personal de salud conocimientos, demostraciones, clases o recomendaciones sobre cómo la población debe cuidar y alimentar a sus hijos para que crezca y se desarrollen sanamente? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?
2. ¿Qué conocimientos y mensajes clave sobre nutrición del niño menor de 1 año son aplicados por la población?
3. ¿Cómo tiene la certeza de que estos conocimientos mensajes están siendo usados?
4. ¿Qué conocimientos y mensajes del PAN no son aplicados o tienen menor aceptación entre la población? ¿Por qué?
5. ¿Qué acciones ha realizado para mejorar o incrementar la aceptación y uso de los conocimientos y mensajes nutricionales del PAN?
6. ¿Existen algunos otros conocimientos o mensajes que debiera dar el personal de salud para que los niños crezcan fuertes y saludables?

C. Preguntas variable 1.5

7. ¿Todos los niños de su comunidad han recibido atención periódicamente en los controles CRED que realiza el personal de salud? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?
8. ¿Qué atenciones recibidas por los niños durante los controles CRED han sido las más aceptadas o con mayor participación? ¿Cuáles no? ¿Por qué?
9. ¿Cree que esos controles CRED y los conocimientos y mensajes que se dan han servido para que los niños de su comunidad hayan crecido y desarrollado bien?
10. ¿Cree que su labor como agente han contribuido a que el servicio de salud del PAN haya mejorado? ¿Por qué?

D. Preguntas variable 1.6

11. ¿Cuándo realizó visitas domiciliarias y charlas educativas a gestantes y madres ofreció información dónde y cómo gestionar el CNV, el Acta de nacimiento, el seguro SIS, el registro en Juntos y el DNI de los niños?
12. ¿Les sirvió la información? ¿Todos los niños de su comunidad tienen sus documentos y afiliaciones SIS y JUNTOS?

E. Preguntas variable 2.2

13. ¿Han escuchado mensajes en las radioemisoras sobre cómo cuidar a los niños pequeños, campañas de atención o sobre cómo alimentarlos ? ¿Cuándo? ¿En qué idioma? ¿Son necesarios?
14. ¿Uds. proporcionan a las madres y padres de familia materiales de difusión y educativos en idioma awajun? ¿Cuáles: tríptico, afiches, volantes, cartillas? ¿Son necesarios? ¿por qué?
15. ¿En las visitas, charlas, reuniones y actividades que hace como agente de salud sobre alimentación y cuidado de los niños toma en cuenta el idioma, costumbres, la rutina diaria, la época de cosecha, si Ud.es mujer u hombre, el parto vertical, los alimentos nativos, medicamentos nativos? ¿Por qué?
16. ¿Los servicios y bienes que ofrece el PAN han sido presentada en la asamblea comunal? ¿Ud. como agente de salud participa en las reuniones comunales? ¿El apu u otros líderes locales participa en las reuniones de programación del servicio en la comunidad? ¿Los líderes comunales apoyan el PAN?

F. Preguntas variable 3.2

17. ¿Con que frecuencia participa en las capacitaciones del PAN ofrecidos por el puesto, la microred o la red? ¿Por qué?
18. ¿Qué tipo de actividades es la que más realiza: visitas domiciliarias, charla, demostración? ¿Recibe apoyo del municipio? ¿Necesita más apoyo? ¿en qué aspecto?

G. Pregunta complementaria de cierre

19. ¿Qué sugerencia o crítica o experiencia puede dar para una mejor implementación de la estrategia?

Guía de preguntas para personal de salud

Las preguntas son leídas en voz alta por entrevistador. Lo escrito entre paréntesis (...) es referencial y no se le lee al entrevistado

A. Preguntas de Inicio: Nombre, edad, ocupación, lugar de origen, lengua materna, hijos

B. Preguntas variable 1.7

1. ¿Qué conocimientos y mensajes clave sobre nutrición del niño menor de 1 año son aplicados por la población?
2. ¿Cómo tiene la certeza de que estos conocimientos mensajes están siendo usados?
3. ¿Qué conocimientos y mensajes del PAN no son aplicados o tienen menor aceptación entre la población? ¿Por qué?
4. ¿Qué acciones ha realizado para mejorar o incrementar la aceptación y uso de los conocimientos y mensajes nutricionales del PAN?

C. Preguntas variable 1.8

5. ¿Cuáles son los escenarios o espacios de atención integral del niño (puesto, domicilio, CPVC o similar) que prefiere usar la familia para recibir los controles CRED y actividades complementarias?
6. ¿Qué productos o servicios que se ofrecen en el E.S.: control peso y talla, consejería nutricional, historia alimenticia, suplementación, despistaje anemia, vacunación, tienen mayor aceptación? ¿Cuáles no? ¿Por qué?
7. ¿Qué servicios ofrecidos en el seguimiento domiciliario: e Refuerzo consejería, verificación practicas alimentarias y uso de agua, verificación uso suplemento de hierro, tiene mayor aceptación? ¿Cuál no? ¿Por qué?
8. ¿Cuál de los aspectos de la secuencia de la consejería: diagnóstico, análisis causal, propuestas de solución (acuerdos), registro en H.C, seguimiento de acuerdos, es el que menos se logra realizar? ¿Por qué?
9. ¿Cree que esos controles CRED y los conocimientos y mensajes que se dan han servido para que los niños de su ámbito hayan crecido y desarrollado bien? ¿Por qué?

D. Preguntas variable 1.9.

10. ¿Cuándo se atendió a gestantes, madres y padres de recién nacidos se ofreció información sobre dónde y cómo gestionar el CNV, el Acta de nacimiento, el seguro SIS, el registro en Juntos y el DNI de los niños?

11. ¿Les sirvió la información? ¿Todos los niños atendidos en su E.S. tienen sus documentos y afiliaciones SIS y JUNTOS?

E. Preguntas variable 2.3

12. ¿El servicio de salud PAN: DIRESA-Red,-microred-establecimiento de salud ha propalado mensajes en las radioemisoras locales sobre cómo cuidar a los niños pequeños, campañas de atención o sobre como alimentarlos? ¿Cuándo? ¿En qué idioma? ¿Son necesarios?
13. ¿Uds. proporcionan a las madres y padres de familia materiales de difusión y educativos en idioma awajun? ¿Cuáles: tríptico, afiches, volantes, cartillas? ¿Son necesarios? ¿por qué?
14. ¿En las atenciones, controles, visitas, charlas, reuniones y actividades que hacen como personal de salud sobre alimentación y cuidado de los niños toma en cuenta el idioma, costumbres, la rutina diaria, la época de cosecha, si Ud.es mujer u hombre, el parto vertical, los alimentos nativos, medicamentos nativos? ¿Por qué?
15. ¿Los servicios y bienes que ofrece el PAN han sido presentada en la asamblea comunal? ¿Ud. como personal de salud participa en las reuniones comunales? ¿El apu u otros líderes locales participa en las reuniones de programación del servicio en la comunidad? ¿Los líderes comunales apoyan el PAN?

F. Preguntas variable 3.3

16. ¿Se han realizado campañas de documentación de la RENIEC en el ambito de su E.S.? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo apoyó estas campañas? ¿Cuál fue el resultado?

G. Preguntas variable 3.4

17. ¿En qué situación se encuentra el registro SIS de las atenciones CRED y productos PAN en su establecimiento de Salud? ¿Qué acciones ha realizado para apoyar el mejoramiento del registro? ¿Cuándo? ¿Qué resultados se obtuvo?
18. ¿En qué situación se encuentra el Padrón Nominal de menores de 6 años en su E.S.? Que acciones ha realizado para apoyar el mejoramiento de la actualización y homologación con el Padrón Nominal distrital? ¿Cuándo? ¿Qué resultados se obtuvo?

H. Preguntas variable 4.1

19. ¿Ha participado en las reuniones del comité de monitoreo social o de vigilancia realizadas hasta el momento? ¿y en las de la Mesa de Concertación o el Comité Multisectorial? ¿Ha participado en otras reuniones donde se articule intervenciones conjuntas en favor de la población? ¿Cuántas? ¿Dónde? ¿Por qué?

I. Preguntas variable 4.2

20. ¿Ha podido cumplir con los acuerdos a los que se llegó en estas reuniones? ¿Cuáles? ¿Por qué?

J. Preguntas variable 4.3

21. ¿Ha podido participar en las gestiones o acciones del Comité Coordinador de Monitoreo Social o la Mesa de Concertación o el Comité Multisectorial u otras reuniones para una mejor o mayor implementación del PAN o intervenciones vinculadas? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Por qué?

K. Pregunta complementaria de cierre

22. ¿Qué sugerencia o crítica o experiencia puede dar para una mejor implementación de la estrategia?

Guía de preguntas para autoridades

Las preguntas son leídas en voz alta por entrevistador. Lo escrito entre paréntesis (...) es referencial y no se le lee al entrevistado

L. Preguntas de Inicio: Nombre, edad, ocupación, lugar de origen, lengua materna, hijos

B. Preguntas variable 1.10

1. ¿Sabe que es el PAN y el control CRED? ¿a quién se lo hacen? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Cada cuánto tiempo?
2. ¿Sabe que otros servicios o productos recibe la población del PAN y durante los controles CRED y otras actividades que hace el personal de salud para el buen cuidado y alimentación de los niños menores de 1 año?
3. ¿Qué necesita la población para recibir estos servicios del PAN y para ir al control CRED?
4. ¿Sabe cuántos niños menores de 1 año existen en su jurisdicción? ¿Sabe si estos bebés tienen todos sus controles completos? ¿por qué?

C. Preguntas variable 1.11

5. ¿Sabe que deben hacer los padres para que su niño tengan CNV, Acta y DNI? ¿Sabe qué problemas tienen en su distrito para no tramitarlo a tiempo?
6. ¿Cómo apoya a las familias en el acceso a DNI? ¿Por qué es importante que tengan DNI?
7. ¿Sabe cómo pueden hacer para afiliar a los niños al SIS y JUNTOS?

D. Preguntas variable 2. 4

8. ¿Sabe si los servicios del PAN tienen el apoyo de los medios de comunicación como la radio o la TV para difundir mensajes y conocimientos? ¿en qué idioma? ¿Son necesarios? ¿por qué?
9. ¿Sabe si el PAN proporcionan a las madres y padres de familia materiales de difusión y educativos en idioma awajun? ¿Cuáles: tríptico, afiches, volantes, cartillas? ¿Son necesarios? ¿por qué? ¿Su institución lo hace? ¿Por qué?

10. ¿Sabe que adecuaciones interculturales a los servicios PAN hace el personal de salud para que haya una mejor recepción del servicio? ¿Su institución apoya este tipo de adecuaciones?
11. ¿Sabe el PAN y sus servicios ha sido presentada en la asamblea comunal? ¿El personal del Municipio o su organización participa en las reuniones comunales? ¿De que manera se apoya a los líderes comunales y comunidades en implementar el PAN?

E. Preguntas variable 3.5

12. ¿Sabe cuántos niños sin DNI hay en su distrito? ¿Se han realizado campañas de documentación de la RENIEC en el ámbito de su distrito .? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo apoyó estas campañas? ¿Cuál fue el resultado?

F. Preguntas variable 3.6

13. ¿Sabe en qué situación se encuentra la implementación del PAN en su distrito? ¿Qué apoyo está brindando para mejorar la implementación del PAN? ¿Qué resultados se obtuvo?
14. ¿En qué situación se encuentra el Padrón Nominal de menores de 6 años en su distrito? ¿Qué acciones ha realizado para apoyar el mejoramiento de la actualización y homologación con el Padrón Nominal distrital? ¿Qué resultados se obtuvo?

G. Preguntas variable 4.4.

15. ¿Ha participado en las reuniones del comité de monitoreo social o de vigilancia ciudadana del PAN realizadas hasta el momento? ¿y en las de la Mesa de Concertación o el Comité Multisectorial? ¿Ha participado en otras reuniones donde se articule intervenciones conjuntas en favor de la población? ¿Cuántas? ¿Dónde? ¿Por qué?

H. Preguntas variable 4.5

16. ¿Cumplió con los acuerdos a los que se llegó en estas reuniones? ¿Cuáles? ¿Por qué?

I. Preguntas variable 4.6

17. ¿Que las gestiones o acciones ha hecho para una mejor o mayor implementación del PAN o intervenciones vinculadas? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Por qué?

J. Pregunta complementaria de cierre

1. ¿Qué sugerencia o crítica o experiencia puede dar para una mejor implementación de la estrategia?