

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE GESTIÓN Y ALTA DIRECCIÓN



**LA ESTRATEGIA DE SUPLEMENTACIÓN CON
MULTIMICRONUTRIENTES (MMN) Y LAS IMPLICANCIAS SOBRE
SU CONSUMO: EL CASO DE LA MICRORED DE SALUD EN
CONCEPCIÓN – JUNÍN**

**Tesis para obtener el título en profesional de Licenciada en Gestión, con mención en
Gestión Empresarial presentado por:**

CARDENAS ORLANDINI, Aida Fe

20110602

Asesorado por Mgtr. Juan Carlos Pasco Herrera

Lima, 19 de diciembre de 2017

**LA ESTRATEGIA DE SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES (MMN) Y
LAS IMPLICANCIAS SOBRE SU CONSUMO: EL CASO DE LA MICRORRED DE SALUD EN
CONCEPCIÓN – JUNÍN**

Ha sido aprobada

Mgtr. Juan Martín Beaumont Frañowsky

Mgtr. Juan Carlos Pasco Herrera

Mgtr. Edgardo Marcelo Cruzado Silverii

A Dios y a todos mis santos, por acompañarme en cada paso. A mis abuelitos, que siempre me protegen desde el cielo. Para mis papás, Rosa y Ricardo, por ser mi inspiración y apoyo fundamental, por enseñarme a no rendirme jamás, a soñar alto y que con esfuerzo todo es posible; porque sin ellos no hubiera llegado hasta aquí. A Mimi y Blanquita por siempre estar ahí. A Cathy, Ale y Jimena, amigas verdaderas e incondicionales.



Quiero agradecer a mi asesor Juan Carlos Pasco, por creer en mí y en esta investigación desde el principio. Muchas gracias por su orientación y ayuda constante.

A Richard Augusto, mi compañero en todos los momentos. Gracias, por su apoyo incondicional siempre.

Gracias a todas las madres beneficiarias que accedieron a ser entrevistas y encuestadas, gracias por su disposición, por brindarme su tiempo y confianza.



TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1. Problema de investigación	3
2. Justificación del estudio	4
3.1. Objetivo General.....	5
3.2. Objetivos específicos	5
4. Preguntas de investigación.....	5
4.1 Pregunta principal.....	5
4.2 Preguntas específicas	6
5. Viabilidad.....	6
5.1. Tiempo.....	6
5.2. Recursos financieros.....	6
5.3 Recursos humanos	7
6. Planteamiento de la hipótesis	7
CAPÍTULO II: POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD	8
1. Políticas Públicas	8
1.1 Ciclo de la política pública	9
2. Gestión Pública	12
2.1 Definición	12
2.2 La Nueva Gestión Pública (NGP).....	17
CAPÍTULO III: LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES	34
1. Antecedentes	34
1.1. El rol del Estado y la salud en el Perú	34
1.2. El Desarrollo en la Primera Infancia.....	35
1.3 La anemia en el Perú.....	36
1.4 El Programa Articulado Nutricional (PAN)	38
2. Historia y evolución	40
3. Procedimientos y Stakeholders	46
4. Evolución y Resultado Actuales	48
CAPÍTULO IV: ASPECTOS METODOLÓGICOS	52
1. Alcance, tipo de diseño y enfoque de la investigación.....	52
2. Secuencia metodológica.....	53

3. Triangulación de datos	54
4. Metodología de recolección de datos	54
CAPÍTULO V: LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN LA MICRORED DE CONCEPCIÓN	57
1. Contexto Situacional	57
1.1 Sobre los beneficiarios y encargados de la Suplementación.....	60
1.2 Sobre el Control CRED y la Suplementación con MMN	63
2. Concepción de la anemia.....	66
3. Funcionamiento de la Suplementación con MMN.....	68
4. El Monitoreo en Concepción.....	81
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS	95
ANEXO A: Documento de presentación de ganadores Fondo Concursable Red Peruana de Universidades 2016.....	99
ANEXO B: Matriz metodológica.....	100
ANEXO C: Consentimientos informados	102
ANEXO D: Guía de observación a la Microred de Salud de Concepción.....	111
ANEXO E: Guía de entrevista para la encargada de la Suplementación con MMN en la Microred de Concepción.....	113
ANEXO F: Guía de entrevista para las enfermeras de la Microred de Salud	114
ANEXO G: Guía de entrevista para la técnica de enfermería.....	115
ANEXO H: Síntesis de resultados de entrevistas.....	116
ANEXO I: Ficha técnica de Focus Group.....	117
ANEXO J: Guía del <i>focus group</i> a los beneficiarios.....	118
ANEXO K: Síntesis de resultados de entrevistas.....	120
ANEXO L: Ficha técnica Encuestas	121
ANEXO M: Guía de encuesta a los beneficiarios.....	122

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Evolución del índice de la anemia en los departamentos donde se aplicó el Piloto.....	42
Tabla 2: Distinciones de la Suplementación con la anemia	43
Tabla 3: Evolución de los índices prevalencia de Anemia.....	44
Tabla 4: Herramientas de recojo de información por actor.....	57
Tabla 5: Distribución por edad de los beneficiarios.....	60
Tabla 6: Escalas de valor de hemoglobina	69



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo de las Políticas Públicas	11
Figura 2: Proceso propuesto de creación de valor público.....	14
Figura 3: Cadena de Valor	16
Figura 4: Gestión Pública Tradicional versus Nueva Gestión Pública.....	18
Figura 5: Pilares del Ciclo de la Gestión por Resultados en el Desarrollo.....	21
Figura 6: Esquema de planificación, presupuesto y monitoreo y evaluación	23
Figura 7: Ciclo presupuestario	24
Figura 8: Categorías del Presupuesto por Resultados	27
Figura 9: Ciclo de Monitoreo	30
Figura 10: Sistema de Monitoreo	32
Figura 11: Marco lógico del Programa Articulado Nutricional - PAN	38
Figura 12: Indicadores para la Suplementación con MMN, propuestos por el PAN	39
Figura 13: Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses vs Evolución de asignación de presupuesto.....	39
Figura 14: Esquema de Suplementación con MMN	41
Figura 15: Cadena de Valor de la Estrategia de Suplementación con MMN.....	46
Figura 16: Cambios en la Suplementación con MMN	51
Figura 17: Secuencia metodológica	54
Figura 18: Organigrama DIRESA Junín	55
Figura 19: Fórmula del tamaño muestral	56
Figura 20: Microred de Salud Concepción.....	58
Figura 21: Zonas aledañas a la Microred de Salud de Concepción.....	59
Figura 22: Edad de las madres de los beneficiarios	61
Figura 23: Relación Estado civil - Nivel de Escolaridad	61
Figura 24: Prevalencia de anemia según el nivel educativo de la madre	62
Figura 25: Cambio en la atención CRED.....	64
Figura 26: Atención recibida en los controles CRED	65
Figura 27: Infraestructura actual y Limpieza en la Microred de Salud	65
Figura 28: Causas de la anemia para los beneficiarios.....	67
Figura 29: Proceso Suplementación con MMN	70
Figura 30: Presencia de anemia a los seis meses de edad en niños.....	71
Figura 31: Dosaje anémico para la Suplementación	73

Figura 32: Tiempo en el que es beneficiario de la Suplementación con MMN	74
Figura 33: Frecuencia en el consumo de MMN.....	75
Figura 34: Claridad en las indicaciones de la Suplementación	76
Figura 35: Opinión de los otros beneficiarios acerca de la Suplementación con MMN	78
Figura 36: Uso de productos complementarios a los MMN	78
Figura 37: Cambios después de la Suplementación con Multimicronutrientes	80
Figura 38: Cambios tras el consumo de los MMN.....	80
Figura 39: Porcentaje de niños de 6 -35 meses suplementados.....	85
Figura 40: Visitas domiciliarias	86
Figura 41: Cartillas de seguimiento de consumo	87



RESUMEN EJECUTIVO

La prevalencia de anemia en niños durante la infancia temprana es un problema de salud pública que aqueja al país desde hace varios años; siendo este un problema con mayor presencia e impacto en las zonas rurales del país. Como respuesta a esta situación, el Estado peruano diseñó la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes (MMN) -dirigida a niños entre los 6 y 35 meses de edad- en el 2012, la cual se inició con un piloto que demostró que, al darse la suplementación, se pueden reducir los índices de anemia. Esta estrategia, liderada por el Ministerio de Salud (MINSA), consiste en la entrega de sobres con MMN listos para mezclar y consumirse con el plato más fuerte del día. Es así, que en el 2012 se decide implementar la estrategia a nivel nacional.

Sin embargo, a pesar de las acciones que se vienen dando; en la actualidad, las tasas de anemia infantil continúan siendo altas, llegando al 43.5% en los niños entre 6 y 36 meses (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016). Asimismo, gracias a investigaciones realizadas por instituciones como el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y entrevistas con personas cercanas a esta intervención -como el investigador Fernando Bravo- se sabe que gran porcentaje de los beneficiarios no consume el MMN o que no lo hacen de la manera indicada, es decir, el fin principal del programa, no se está cumpliendo como debería. Por lo cual, la fase del monitoreo de la estrategia de Suplementación con MMN cobra importancia, ya que esta es la fase que permite establecer un sistema de seguimiento para el logro de objetivos en los proyectos y programas (Khandker, Gayatri B., & Hussain A., 2010), lo cual representa una oportunidad de mejora para esta estrategia.

En tal sentido, la presente investigación busca conocer los mecanismos de monitoreo de la estrategia de Suplementación con MMN que favorecerían a que estos sean consumidos y los índices de anemia puedan disminuir. Para tal fin, se tomará como muestra la Microrred de Salud de Concepción en la región Junín. Al final del desarrollo de la investigación, se espera tener como resultado una propuesta de mejora de la fase de monitoreo en función de las necesidades insatisfechas detectadas en los beneficiarios finales.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, 1 de cada 2 niños menores de 36 meses sufre de anemia (Ministerio de Salud, s/f), con un índice de prevalencia del 43.5%, aproximadamente 1 millón de niños menores de cinco años tiene anemia – 933,276 - (Instituto Nacional de Estadística e Informática , 2015). Cuando un país tiene niveles mayores al 40% en prevalencia de anemia, está considerado como uno con problemas de salud pública severos y está obligado a contar con suplementaciones de hierro en la forma que considere más adecuada, dentro del carácter y estrategia integral de nutrición (Organización Mundial de la Salud, 2011a).

Prueba de esto, son los diferentes programas que se han llevado a cabo y suceden en la actualidad, como lo es la Suplementación con Multimicronutrientes (MMN), la cual se destaca por ser la opción más costo – efectiva para tratar la anemia infantil, lo cual es corroborado por José Castro Zavaleta (comunicación personal, 14 de septiembre, 2016), encargado de las compras corporativas Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud. Además, resulta ser la más aceptada en sabor y presentación, en comparación al producto utilizado anteriormente, según la entrevista que se sostuvo con el ex Director General del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Oscar Aquino (comunicación personal, 07 de septiembre, 2016). Asimismo, las también conocidas como chispitas, cuentan con evidencia y credibilidad mundial pues han logrado controlar los efectos de la anemia, como lo son el desarrollo físico, intelectual y emocional en menores de 3 años; y sobretodo, han reducido los niveles de anemia en países como Colombia, Chile y Guatemala (Organización Mundial de la Salud, 2015) Finalmente, cabe mencionar que el programa del cual forma parte la estrategia de Suplementación con MMN, tuvo asignado un presupuesto significativo que sobrepasa los 40 millones de soles en el 2016 (Ministerio de Salud, 2016a)

Sin embargo, a pesar de ser un tema que es parte de la agenda política actual del gobierno, además de los diferentes esfuerzos hechos para el éxito de esta estrategia, la evidencia indicaría que esta no está generando los impactos esperados, ya que el índice actual de anemia dista mucho de la meta estipulada – 19% - (Ministerio de Salud, 2017) . Teniendo clara la situación actual de la anemia en el país, la presente investigación tiene como objetivo central evidenciar la importancia de un sistema de monitoreo adecuado para los consumidores y estrategias implementadas, lo cual propiciará un consumo correcto de los MMN y por ende la reducción de la anemia infantil en el país. En particular, se tomará como estudio de caso a la Microred de Salud de Concepción, en la provincia de Concepción– Junín, puesto que los índices de anemia en Junín han evolucionado desfavorablemente en el tiempo, actualmente cuenta con 51.6% de prevalencia, siendo el quinto departamento en la escala de prevalencia de anemia. Además, Concepción

es una zona rural, donde al serlo, la prevalencia de anemia es mayor, por último, se cuenta con fácil accesibilidad a la información.

Para lograr explicar lo propuesto, esta investigación presentará en el primer capítulo la problemática de investigación a mayor detalle, la justificación, objetivos, viabilidad e hipótesis que se desarrollarán en esta investigación. Para tener una mejor aproximación de este estudio de caso, en el segundo capítulo se presentará el marco teórico, donde se ahondará en las diferencias entre políticas públicas y gestión pública, así como los conceptos de cadena de valor público y la nueva gestión pública.

El tercer capítulo abarca el diagnóstico del programa, donde se hace una aproximación más exacta hacia la situación actual de la anemia en el país, así como la aparición y evolución de la Suplementación con MMN. En el siguiente capítulo, se presenta la metodología de investigación que usó para el desarrollo de esta investigación, donde se presenta el alcance, diseño y tipo de investigación, así como las herramientas de recojo de información utilizadas. En el quinto capítulo, se realiza el análisis y comparación de la información de campo recolectada, siendo una de las partes más relevantes de esta investigación.

Finalmente, se presentan las conclusiones, las que se enfocan en responder a las hipótesis y objetivos planteados para esta investigación, así como las recomendaciones, las cuales se presentan según la pertinencia la investigación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Problema de investigación

La Suplementación con MMN es una de las intervenciones que conforma el Programa Articulado de Nutrición (PAN) -impulsado por el Ministerio de Salud (MINSA), orientado a reducir los índices de anemia y Desnutrición Crónica Infantil (DCI) que afectan al país -; siendo su principal propósito, el de erradicar la anemia infantil en los niños entre 6 y 35 meses de edad

La anemia es una enfermedad ocasionada por la disminución de glóbulos rojos en la sangre o por la falta de hierro en estos, en consecuencia, la capacidad de transporte de oxígeno a la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo (Organización Mundial de la Salud, 2011); de presentarse durante la primera infancia, podría tener consecuencias irreversibles en el desarrollo del niño. y En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al finalizar el año 2015, el índice de anemia de niños entre 6 y 35 meses de edad, ascendía al 43.5%, siendo un porcentaje alarmante comparado con el índice promedio de anemia infantil en América Latina, el cual asciende a 32% (Banco Mundial, 2016) y más aún si se toma en cuenta que se tiene éste índice de prevalencia aún con la existencia de la Suplementación con MMN y antes de otros programas nutricionales cuyo propósito principal es la erradicación de este mal.

Además, de acuerdo al Plan Nacional para la reducción de la DCI y la prevención de la anemia en el país elaborado por el MINSA, se había previsto como meta para el 2016 lograr reducir el índice de anemia en los niños entre 6 y 35 meses a un 20% (Ministerio de Salud, 2014), cifra que dista mucho del actual de 43.5% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016). En base a estas evidencias, se podría afirmar que la intervención del Estado, a través de la Suplementación con MMN, no estaría teniendo los efectos planeados y, a su vez, que no se estaría dando un adecuado consumo del MMN o que, en su defecto, este no se vendría dando. Esto último se ve apoyado por testimonios obtenidos de personas allegadas al programa, como lo es el nutricionista e investigador del Instituto Nacional de Salud, Fernando Bravo, que manifiestan la dificultad que se tiene para lograr que los beneficiarios consuman este MMN repartido de manera gratuita, “[...] el tema es complicado, porque no se logra convencer a la madre que los MMN son la herramienta principal con la que su hijo tendrá de tener anemia” (comunicación personal, 22 de junio, 2016)

Por otro lado, a través de la Directiva que actualmente rige la Suplementación con MMN (Directiva Sanitaria N° 068), se determina la cadena de valor que estructura los procesos que garantizarían

el correcto funcionamiento de esta estrategia. A partir de esta directiva, se sabe que las acciones del Estado para el éxito de la Suplementación, empiezan con la compra de los MMN y culminan con el seguimiento y monitoreo de la intervención, siendo esta última parte la encargada de asegurarse que los MMN sean aceptados y consumidos adecuadamente por los beneficiarios, a través de diferentes mecanismos (Ministerio de Salud, 2016b). Cabe mencionar, que la información obtenida de la fase de monitoreo es útil para evaluar el “performance” del programa en cuestión, con lo cual se obtendrá insumos para poder mejorar tanto su diseño como su implementación en pro del logro de sus objetivos planteados. (Khandker, et al. 2010).

En este sentido, debido a que se conoce que no se vienen logrando los resultados esperados con esta estrategia puesto que la prevalencia de anemia al 2015 es de 43.5%, a diferencia del 2011 donde la prevalencia era de 37.2% con una estrategia nutricional con menor efectividad y aceptación, de la que tiene la Suplementación con MMN (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016). La presente investigación hará énfasis en la fase de monitoreo, pues es la fase que permite conocer los resultados y puntos de mejora de un programa en cuestión (Martinez, 1995). Por tanto, se buscará conocer los mecanismos de monitoreo de la cadena de valor de la estrategia de Suplementación con MMN que favorecerían a que finalmente se dé un consumo, de forma tal que esta intervención cumpla su principal propósito y los índices de anemia puedan disminuir en el tiempo.

2. Justificación del estudio

La presente investigación resulta importante, pues desde el punto de vista de la gestión, a diferencia de investigaciones previas acerca de la Suplementación con MMN cuyo enfoque es en los beneficiarios, esta investigación buscará centrarse en la oferta – el Estado -. Es decir, si es que las condiciones actuales desde el punto de vista de la gestión serían las adecuadas para lograr los objetivos de la estrategia; lo cual abriría la posibilidad a futuras mejoras en programas y estrategias nutricionales.

Así mismo, desde el punto de vista académico, son las teorías y concepto de gestión pública, cadenas de valor y monitoreo, donde se resalta la importancia que cobran estas partes, para el aseguramiento de las metas planteadas - puntos que aún no son aplicados para el caso peruano-. Por otro lado, son razones sociales por las cuales se realiza este tema de investigación, ya que la anemia infantil impide el crecimiento y desarrollo correcto de los niños, lo cual, los convertirá en adultos con desventaja cognitiva y con potencial imposibilitados de alcanzar.

Por lo expuesto anteriormente, esta investigación resulta relevante desde el punto de vista académico, por los aportes teóricos que nos brinda la literatura; así como también desde la gestión, pues será a partir del enfoque operacional hacia el comportamiento de la oferta, donde se espera encontrar y brindar las soluciones a los puntos de mejora de la estrategia. Finalmente, desde un punto de vista social, pues si el Estado no realiza de manera exitosa las acciones pertinentes para el cumplimiento de objetivos de estrategias como la Suplementación con MMN – asegurar la calidad de vida alimenticia de niños -, no podría asegurar un bienestar económico para las futuras generaciones del país

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

- Analizar la estrategia de Suplementación con MMN en la Microred de Salud de Concepción identificando los mecanismos de monitoreo que propicien el consumo.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de la implementación de la estrategia de Suplementación con MMN
- Comprender la actual cadena de valor y el rol de cada actor clave de la Estrategia de Suplementación con MMN
- Identificar las principales variables que más inciden en el consumo del MMN
- Determinar el estado actual del sistema de monitoreo y control que realiza la Microred de Salud de Concepción
- Explorar e identificar las necesidades de los beneficiarios finales del producto (niños de 6 a 35 meses y sus madres)

4. Preguntas de investigación

4.1 Pregunta principal

- ¿De qué manera el monitoreo de la estrategia de Suplementación propiciaría el adecuado consumo de los MMN?

4.2 Preguntas específicas

- ¿Cuál es la situación actual de la estrategia de Suplementación con MMN?
- ¿En qué consiste la actual cadena de cadena de valor y cuáles son los principales actores de esta?
- ¿Cuáles son las principales variables que inciden en el consumo?
- ¿Cómo funciona el sistema de monitoreo y control de la Suplementación con MMN en la Microred de Salud de Concepción?
- ¿Cuáles son las necesidades de los beneficiarios finales con respecto a la Suplementación con MMN?

5. Viabilidad

5.1. Tiempo

Las actividades a realizar durante la investigación, empiezan con una identificación de los diversos problemas que aquejan a nuestro país, así como la decisión de abordar la anemia infantil al encontrar una oportunidad de investigación que es también interesante desde el punto de vista de Gestión. Durante el primer ciclo, no solo se delimitará el tema correctamente, sino también, se buscará completar el marco teórico y el diseño de la investigación; así como también se tendrán entrevistas con los principales grupos de interés, los representantes de la cadena de valor, para poder entender y conocer a mayor profundidad la problemática de investigación. Por otro lado, durante el mes de julio y agosto, se realizarán las primeras visitas a campo, para poder obtener fuentes primarias, a través de la observación de todo el proceso de entrega en los hospitales, así como aplicar encuestas a los beneficiarios finales del programa y finalizar con entrevistas a expertos para corroborar los hallazgos encontrados. A partir de esto, empezaremos a validar las hipótesis planteadas y llegar a conclusiones finales.

5.2. Recursos financieros

Se cuenta con los recursos financieros para solventar los gastos que demande la presente investigación como transporte, estadía y realización del trabajo de campo (observaciones, entrevistas y encuestas).

Por otro lado, la investigadora de esta investigación es ganadora del Fondo Concursable al Trabajo de Campo de la Red Peruana de Universidades 2016, en la categoría dos como alumna tesista. Este Fondo

Concursable busca que, a través de la investigación y el trabajo de campo, se pueda conocer más a fondo las diversas realidades que conforman el país.

Asimismo, uno de los requisitos para postular al fondo fue hacer contacto con algún alumno o docente de algunas de las universidades pertenecientes a la Red Peruana de Universidades, en esta oportunidad se contactó a un docente de la facultad de Economía de la Universidad Nacional del Centro del Perú, con el cual se trabajará en conjunto a fin de realizar el trabajo de campo y compartir los hallazgos obtenidos.

En los anexos, pueden encontrar el documento con la presentación de ganadores.

5.3 Recursos humanos

Se cuenta con el respaldo de profesionales especialistas en diversos programas nutricionales desarrollados en el país, así como con el apoyo de profesores de la Facultad de Gestión y Alta Dirección que permitirán un correcto desarrollo de ésta investigación. Asimismo, se tiene acceso a la mayoría de actores clave tanto en Lima como en la provincia de Concepción para el avance del trabajo de campo.

6. Planteamiento de la hipótesis

H1. Existe una relación positiva entre el monitoreo y un adecuado consumo de MMN

H.1.1. La existencia de un correcto funcionamiento de la cadena de valor favorece el adecuado consumo del MMN

H.1.2 Existe una relación positiva entre el nivel educativo de las madres y el consumo adecuado del MMN

H.1.3 No existe una adaptación de la Estrategia de Suplementación con MMN a las características demográficas, sociales y culturales de los beneficiarios finales

CAPÍTULO II: POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD

En el presente capítulo se abordarán conceptos teóricos que permitirían comprender aquellos puntos clave para el desarrollo de una intervención del Estado en materia de salud. Para lo cual se empezará explicando qué es una política pública y el ciclo que esta cumple para generar valor, al ser una respuesta del Estado, ante las necesidades de sus ciudadanos. Entre tanto, se hará énfasis en el concepto de gestión pública, como la encargada de llevar a cabo lo planteado en una política pública, esto de la mano con el concepto de cadena de valor público y sus implicancias.

Así mismo, se abordará el más reciente paradigma de la administración pública: La Nueva Gestión Pública (NGP) – mirada bajo la cual se analizan a las entidades públicas y sus procesos -, dándole importancia al enfoque de Gestión por Resultados. Para entender finalmente los fines teóricos de los que se vale esta investigación, se explicará la importancia del planeamiento estratégico en los programas y proyectos – haciendo énfasis en el ámbito público -, teniendo como fin último definir y delimitar el concepto de monitoreo que se deberá de tener en cuenta para esta investigación.

1. Políticas Públicas

Dada su naturaleza y propósito final, la estrategia de Suplementación con MMN, forma parte de lo que se entiende como una política pública, por lo cual es necesario lograr la correcta comprensión de este concepto. Tradicionalmente, se define políticas públicas como un plan para lograr un objetivo de interés público, el cual ocurre antes de la implementación y difiere (al menos, conceptualmente) de esta. (Banco Mundial , 2010). Cabe mencionar, que las políticas públicas se diferencian de los instrumentos del sector público habitualmente usados - como las leyes, prácticas presupuestarias y metas ministeriales - pues estas corresponden a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática, que debería incluir orientaciones, mecanismo y/o definiciones que permitan lograr el resultado esperado (Lahera Parada, 2004) e tiene como características principales, el carácter multidisciplinario, busca la resolución de problemas y está orientada a valores, dando origen a la democracia. (Lasswell, 1951, citado por, Velásquez Gutiérrez)

Asimismo, se destaca que la idea de las políticas públicas implica la existencia de una esfera o ámbito de la vida que no es privada o completamente individual, sino colectiva. Por lo cual, se dice que el ámbito público comprende aquella dimensión de la actividad humana que se cree requiere la regulación o intervención gubernamental o social, o al menos, la adopción de medidas comunes. (Parsons, 2007). Es

decir, el gobierno utilizaría de mejor forma la capacidad de gobernar y liderar acciones que lleven a un bien común, como lo es la integración de esfuerzos entre el Estado y el sector privado para lograr un fin público, que bajo la transparencia debida, permite incrementar la participación colectiva y lograr resultados superiores (Lahera Parada, 2004).

En cuanto a una definición usada en nuestro país, se considera a las políticas públicas como las formas de estructurar las relaciones económicas, sociales, u otras que a través del tiempo va eligiendo una sociedad; las cuales pueden ser expresadas como un conjunto de normas que regulan los límites de la actividad de los individuos o grupos de individuos. Dentro de estos límites, el Estado podrá tomar las mejores decisiones y ejecutar acciones, que mejor respondan a las necesidades e intereses de sus individuos (Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, 2008).

1.1 Ciclo de la política pública

Tras haber definido el concepto de políticas públicas que se tomará, se describirán las principales fases que deberían cumplir para lograr su propósito de generar valor. La teoría original acerca del ciclo de políticas públicas, se centraba más en la evolución y cronología de cada paso; sin embargo, bajo el modelo cíclico – el que se explicará en las siguientes líneas -, se logra un mayor énfasis en el aprendizaje o *feedback* que se logra entre cada proceso, es decir, los outputs que se obtengan de cada etapa en el ciclo de la política pública, tendrían un impacto en toda la sociedad, lo que se podrá transformar en un input para atender las demandas y necesidades de esta, logrando así un ciclo exitoso (Jann & Wegrich, 2007).

- **Definición**

Esta es la primera etapa en el ciclo de las políticas públicas. En esta fase se identifica una situación problemática que sea necesario atender a través de una política pública; donde se considera un problema como “[...] una apreciación de la realidad que dista de lo deseado o considerado normal” (Martínez, 1995).

Para que el problema detectado se convierta en demanda y pueda ingresar a la agenda pública, deben cumplirse ciertas condiciones: la primera, es que esa necesidad sea percibida como si fuera apropiada para ser solucionada a través de alguna intervención estatal; la segunda condición se le atribuye a alguna relación con un orden social susceptible de cambio a través de esa intervención y como última condición, que exista un acto de "iniciación" que la explicita y articule. Además, se requiere que se comunique, que ocasione cooperación para su planteamiento, una eventual organización social que la respalde, la disponibilidad de recursos para apoyarla, etc. (Martínez, 1995).

- **Formulación**

Una vez que el problema ha ingresado a la agenda pública, se debe tomar un curso de acción para darle solución, es en ese momento en el que inicia la etapa de formulación de la política pública. “Como consecuencia de la formulación, los planteos y las orientaciones resultantes del análisis se traducen en propuestas operacionales. Es una etapa en la que se transita hacia lo concreto y lo específico de la acción requerida para la superación de un problema” (Martínez, 1995).

Dentro de esta etapa, Martínez (1995) sostiene la importancia de haber delimitado el contexto y su evolución histórica, además de tener identificados los *stakeholders* para así proceder a la construcción de una matriz de problemas, herramienta que facilitará la identificación de las alternativas estratégicas por las que se puede optar y, finalmente, la selección de la mejor de estas. Asimismo, el autor sostiene que es en esta fase en la cual se debe visualizar el conjunto de propósitos a alcanzar y verificar que estos estén alineados a los planes de acción del gobierno.

- **Implementación**

Tras haber formulado la política pública, la siguiente fase es la implementación. Según Martínez (1995), esta fase hace referencia a la traducción de los objetivos propuestos en comportamientos -he ahí donde radica su importancia-. Además, constituye un proceso de acción en el que están presentes restricciones, percepciones de la realidad, reinterpretaciones de intenciones, intentos de influencia e incertidumbres de todo tipo. Su inicio es en el momento en que se publica la ley que le da “luz verde” y concluye cuando la política (su expresión en programas y actividades) es abandonada, terminada o transformada. Cabe mencionar que la implementación puede tener un comienzo preciso, pero un final difuso, pues este remite tanto al impacto sobre la sociedad como a su inmersión en el proceso constante de formulación y revisión de políticas (Martínez, 1995).

- **Evaluación y monitoreo**

Es en esta fase donde se pueden conocer los resultados y, a partir de estos, los puntos de mejora para la política pública en cuestión. De esta manera, Martínez señala la necesidad de institucionalizar la fase de evaluación y monitoreo como requisito para el perfeccionamiento de la calidad y de la gestión de políticas (Martínez, 1995). La evolución y monitoreo de las políticas públicas, resulta una de las etapas más importantes del ciclo, puesto que, sin esta, no se tiene como tomar decisiones informadas y responsables con respecto a la continuidad o cambio de una política pública, por ende, el riesgo de invertir recursos en acciones que no generan el valor necesario para la sociedad aumenta (Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, 2008)

Asimismo, el autor mencionado señala que se trata de una actividad que hace uso de diversos instrumentos analíticos y metodológicos. Sus contribuciones se refieren a diversos planos:

- **Objetivación de la gestión:** permite determinar el logro de las metas, requiere la cuantificación de los productos y resultados y posibilita la medición de la eficiencia, eficacia y efectividad.
- **Transparencia y control social:** a la vez requisitos y condiciones de viabilidad del sistema democrático, estos principios suponen la recuperación de la noción de lo "público" como la esfera de interés común, la posibilidad de afirmar un marco normativo para la convivencia y una subordinación de la acción del Estado a la sociedad en su carácter de mandatario y gestión del bien común.
- **Perfeccionamiento constante:** la evaluación como esfuerzo sistemático debe brindar elementos para la revisión de las políticas y para encarar acciones de fortalecimiento y desarrollo de la gestión pública.

Figura 1: Ciclo de las Políticas Públicas



Adaptado de: Jann y Wegrich (2007)

Como se puede ver, el ciclo de una política pública, no solo es bastante complejo, si no también involucra la participación de varios actores a la vez. Sin embargo, de cumplirse con todo lo planeado y encontrar las condiciones favorables, se habrá generado valor público para la población. A continuación,

se procederá a definir el concepto de gestión pública que ayudará a entender el cómo se lleva a cabo lo planteado por una política pública.

2. Gestión Pública

2.1 Definición

La gestión pública es definida como el conjunto de acciones que las entidades realizan en busca del logro de sus objetivos y metas, los cuales están enmarcados por las políticas gubernamentales establecidas por el Poder Ejecutivo. En otras palabras, se trata de la gestión de los asuntos de interés público que los ciudadanos reconocen como propios, es decir, todo asunto asociado al progreso y desarrollo de la sociedad en el presente y futuro aseguramiento del bienestar actual, bajo un eficiente y productivo uso de sus recursos (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social , 2003).

También se define a la gestión pública como las acciones de conducir, controlar, manipular y realizar, referidas a la complejidad del gobierno y de la administración pública; es decir, el saber conducir un país, una sociedad, una comunidad (Sanchez Gonzales, 2002). Por tanto, la gestión pública se relaciona con los proyectos de vida que se formulan de manera política y pública, los cuales se vinculan con el día a día del ciudadano y hacia quiénes se busca llegar con sus acciones y planes.

Cabe resaltar, los diferentes ámbitos o etapas, como lo llama Sánchez Gonzales, de la gestión pública. El primero de estos, se ocupa de la institucionalidad del país y de las reglas con las que los ciudadanos conviven; en una segunda etapa, la gestión pública busca estar más relacionada con el ciudadano, pues captura su interés al buscar preservar el bienestar común dentro de las libertades civiles y políticas, así como un constante mejoramiento de la calidad de vida. Por último, será en la tercera etapa donde la gestión pública apunta a la capacidad de hacer gobierno, donde se ocupará de cubrir las necesidades económicas, políticas y sociales, de la mano con la democratización del poder. Finalmente, la gestión pública se ocupa de la utilización de los medios adecuados para alcanzar un fin de bienestar colectivo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009).

En suma, y por lo dicho en párrafos anteriores, se podrá concluir que las políticas públicas aluden en palabras simples al ¿Qué hacer? y la gestión pública al ¿Cómo hacer? (Instituto para la Democracia y Asistencia Electoral, 2009). Es decir, las políticas públicas pertenecen al ámbito de la estrategia, definición de metas y objetivos para poder responder a qué puede hacer el Estado para la resolver los

problemas, bajo un gran conocimiento del problema y alta capacidad de negociación; mientras que, la gestión pública busca administrar los recursos del Estado para poder cumplir esos objetivos planteados, busca responder al ¿Cómo ejecutar las políticas para resolver los problemas?, a través de un gran conocimiento de la infraestructura y alta capacidad para ser eficiente en el uso de recursos (EGP Universidad Continental, 2017) Una vez aclarado este punto, creo necesario explicitar que esta investigación se centrará en la gestión pública y el cómo se hace y/o se está llevando a cabo la estrategia de Suplementación con MMN, es decir, si la manera en la que se están realizando las acciones, son las correctas para el logro de resultados; a partir de lo cual, se empezará por desarrollar y definir la cadena de valor de la estrategia, para llevar la investigación al punto de interés principal, el monitoreo.

2.2.1 Valor público

El fin de la gestión pública es el servicio al ciudadano, es decir, crear constantemente valor público. La creación de valor público consiste en generar el máximo valor posible para la población a través de recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos, con el fin de cumplir con los propósitos establecidos dentro de la máxima eficacia y eficiencia (Moore, 1998). Es decir, " el valor público busca responder a la pregunta ¿Cómo pueden obtener los gestores públicos el mejor resultado para la sociedad en función de los bienes y recursos disponibles"? (Conejero Paz, s/f).

Así mismo, es que Moore propone identifica tres características que se deben tomar en cuenta cuando se busca crear valor público:

- La estrategia debe ser valiosa. Es decir, debe generar valor para los beneficiarios a un costo bajo, es decir, la estrategia debe permitir la generación de valor público a partir de lograr credibilidad institucional
- La estrategia debe ser legítima y sostenible políticamente.
- La estrategia debe ser operativa y viable en la gestión. Las actividades autorizadas pueden realizarse a través de las organizaciones existentes con el apoyo de otras instituciones que pueden ser inducidas a contribuir al objetivo organizativo.

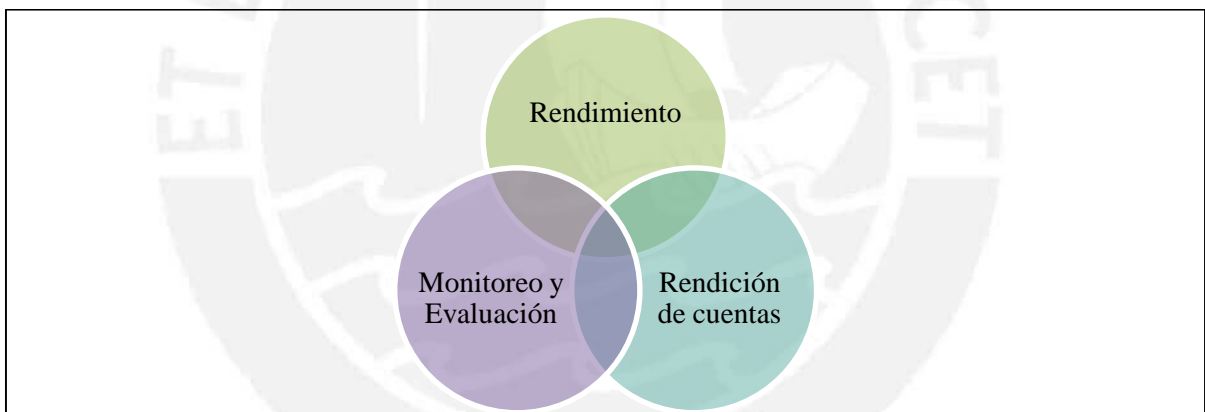
El valor público, será una suerte de cambios o beneficio en la calidad de vida de la población, como consecuencia de una gestión pública responsable. (Torres, 2010), estos serían a partir de lo que la comunidad valora y que está dentro de sus derechos como ciudadanos, es por eso que se dice que en el sector público, la relación entre los organismos públicos y la población, debe ser similar a la de un proveedor y su consumidor, en el sector privado, pues este debe buscar conocer las preferencias de los ciudadanos, pero también aprender de ellos, de sus opiniones, intereses, experiencias y conocimiento

colectivo (Instituto Federal Electoral – IFE, 2012). A partir de esto, es que Coats y Passmore (2008), proponen una dinámica de creación de valor público a través de 3 procesos:

1. Autorización: Proceso en el que se legitima la utilidad del tipo de servicio público a prestar.
2. Creación: Proceso en el que se lleva a cabo un tipo de prestación de servicios que satisfacen las expectativas de la población.
3. Monitoreo: Proceso de seguimiento para valorar si se han cumplido las metas y objetivos propuestos.

Es importante mencionar la transparencia con la que se espera se realice la creación del valor público, y como ya se ha mencionado, se tenga en cuenta la opinión y sentir de la población objetivo sobre la que se prestará el servicio, es decir, se cambiará la realidad. En base a esto y a los procesos de creación de valor público, es que se Coats y Passmore, proponen el enfoque RER – Rendimiento, evaluación y rendición de cuentas, para medir el valor público:

Figura 2: Proceso propuesto de creación de valor público



Adaptado de Coats y Passmore (2008), citado por Conejero (s/f)

Es entonces que, el valor público representa el resultado o combinación de tres procesos, el rendimiento o funcionalidad del servicio público prestado, la rendición de cuentas, es decir, que el servicio público prestado sea legítimo, y finalmente, el monitoreo y evaluación, dado por instituciones externas que darán cuenta si el valor público cumple o no con los resultados propuestos (Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, 2009)

De esta forma se busca fortalecer el enfoque del valor público orientado en resultados, lo cual obliga a prestar atención al ¿Cómo es que se logra cambiar la realidad a la población?, es decir, a las actividades intermedias en las que se incurre para poder llegar al objetivo final, a través de una correcta

planificación e implementación de las actividades y si este se logra los objetivos y cambios esperados en durante el tiempo, a través del monitoreo de las acciones. (Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, 2009). Desde este punto, cobra importancia la significancia de la cadena de valor público y su implicancia dentro de la gestión pública.

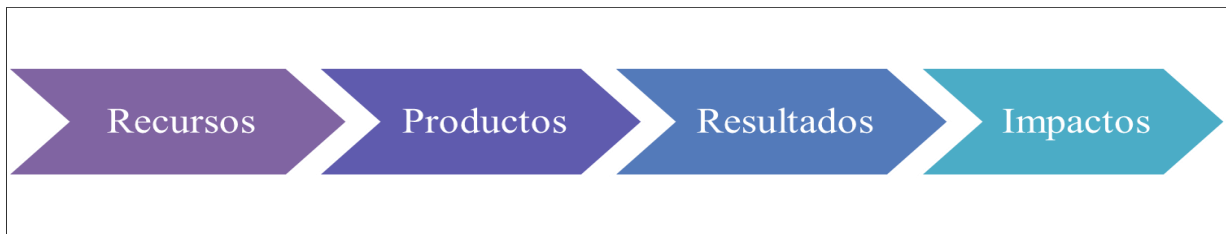
2.2.2 Cadena de Valor Público

En primer lugar, es importante entender la definición de una cadena de valor público. Para tal fin se empezará por definir el concepto de cadena de valor; la cual comprende las diferentes actividades que se requieren para que un producto o servicio pase a través de las diferentes etapas de producción, desde su concepción hasta su entrega a los consumidores y la disposición final después de su uso (Comisión Económica para América Latina y el Caribe , 2014). A partir de esto, se sabe que la cadena de valor público trataría más de un modelo descriptivo que de un método prescriptivo, pues busca ayudar a entender las políticas y el accionar del sector público, que a determinar cómo es que deben ser las políticas.

El núcleo del modelo descriptivo lo constituye lo que se denomina como la cadena de producción pública; esta postula que el sector público puede ser entendido como un conjunto de instituciones dedicadas a generar productos –bienes o servicios– que se entregan a la población. Estos productos constituyen la razón de ser de una institución ya que, a través de ellos, satisfacen necesidades sociales, contribuyendo de este modo en forma directa al logro de políticas. Los objetivos de política, a su vez, buscan tener mayor operatividad o convierten en resultados e impactos esperados; ambos cotejables y susceptibles de seguimiento. Así mismo, para producir los bienes y servicios se requieren cantidades y calidades adecuadas de insumos y, para adquirirlos, se necesitan recursos financieros (Sotelo, s/f).

Es entonces, que la cadena - así entendida - se despliega sobre dos campos de naturaleza diferentes: el de la producción pública y el de los efectos sociales. El primero constituye el mundo de la administración, donde las relaciones son predecibles, aun cuando puedan ser complejas. El segundo es el ámbito de los problemas sociales, el universo de las variables y sus relaciones, donde prevalece la incertidumbre: el campo de los objetivos de política. “Es un proceso de alta precisión y fácil consenso, es un proceso que depende de la fortaleza institucional y cultura democrática” (Medina, 2005). La segunda parte de la cadena de valor, es decir, el producto, será lo que une esos dos mundos. Los bienes o servicios que el sector público entrega son, en algún sentido, una flecha arrojada al vacío: una apuesta (Sotelo, s/f).

Figura 3: Cadena de Valor



Adaptado de: Torres y García (2011)

Si bien, la creación de valor se da a lo largo de toda la cadena, es en el cuadrante derecho, en el terreno de la incertidumbre, donde culmina el valor público. Es necesario aclarar, entonces, que en el marco de esta propuesta el concepto de valor público no es entendido como la satisfacción de necesidades de ciudadanos particulares (destinatarios, usuarios o beneficiarios) que deviene del acto de consumir los bienes o servicios entregados por el sector público (Hintze citado por Sotelo, s/f); en contraste, es entendido como el cambio que acontece en las variables sociales (Sotelo, s/f). A partir del constante cambio que acontece en las variables sociales, es que Moore hace énfasis en tener una adecuada estrategia operativa y viable en la gestión, donde las actividades autorizadas puedan realizarse a través de las organizaciones existentes con el apoyo de otras instituciones que pueden ser inducidas a contribuir al objetivo organizativo, el de crear máximo valor posible para la población a través de recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos, con el fin de cumplir con los propósitos establecidos dentro de la máxima eficacia y eficiencia. Tal y como lo dice Medina (2005) al hacer un comparativo entre el funcionamiento de una cadena de valor en el sector privado versus, la cadena de valor público,

El Estado a través de los programas sociales entrega productos (bienes o servicios) a una población objetivo o de beneficiarios que no pueden solventar sus necesidades y quienes prácticamente no tienen capacidad de elección, lo que subraya la ausencia de mercado. En consecuencia, la única manera de medir su éxito o fracaso depende de la evaluación del impacto o resultados netos de la intervención (valor público). Por ejemplo, un programa educativo busca reducir la repitencia y tasa de abstencionismo, uno nutricional busca reducir el grado de malnutrición en la población objetivo a la que se dirige; un programa de crédito a microempresarios busca mejorar su nivel de ingresos, por incrementos en productividad, etc. El impacto, entonces, para los programas sociales es el equivalente al margen de ganancia o utilidades de las actividades de negocios. Bajo esta lógica la cadena de valor al analizar los programas sociales esta orientada a maximizar el impacto o creación de valor público (y no el margen de utilidad).

Según lo mencionado líneas arriba y resaltando la relevancia de los conceptos de valor público, eficacia y eficiencia en la gestión, es que aparece una nueva corriente o manera de hacer las cosas en el sector público: la Nueva Gestión Pública, una vertiente que va de la mano con la eficiencia, el cambio y busca de resultados constante, la cual viene siendo aplicada en nuestro país desde hace algún tiempo (García, 2007).

2.2 La Nueva Gestión Pública (NGP)

Como consecuencia de un contexto mundial donde el cambio es constante y rápido, la administración pública se ve obligada a adaptar sus organizaciones al contexto socioeconómico actual, es entonces que aparece la Nueva Gestión Pública, una perspectiva también conocida como *New Public Management*. De esta forma, la gestión pública pretende convertirse en una administración orientada al ciudadano, el cual, ahora exige mayor información, un número más elevado de productos y servicios, mayor calidad de los mismos y un incremento de la eficiencia en la gestión de los recursos que utiliza, en definitiva, mejora de su actuación (Fernández, Fernández, Rodríguez, 2008). Esta nueva corriente, busca la creación de una administración más eficiente y eficaz, que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, al verse impulsada por la fuerza que ahora ejerce y tiene la participación ciudadana. Todo ello, bajo sistemas de control que otorguen total transparencia de los procesos, planes y resultados, para que, por un lado, se perfeccione el sistema de elección, y, por otro, favorezcan la participación ciudadana (Schröder, s/f).

La Nueva Gestión Pública (NGP) es una corriente gestada en la década de 1970, que plantea la incorporación de una perspectiva gerencial a la administración del Estado. Esta perspectiva sugiere reemplazar el modelo tradicional de organización y entrega de servicios públicos - basado en los principios de la jerarquía burocrática, la planificación, la centralización y el control directo-, por una gerencia pública basada en una racionalidad económica cuyo fin principal sea la eficiencia y eficacia en cada acción. En otras palabras, promueve dar un salto de la administración pública a la gerencia pública (García & García , 2010).

Para poder ser eficiente en dicha administración, la función específica del gerente y del *management* debe ser la de convertir la información en conocimiento y el conocimiento en acción eficaz. Para ello se requiere acumular y realizar la gestión del conocimiento, entendido como la adecuada comprensión de la relación existente entre la misión de la institución y los problemas que debe afrontar, y la sistematización de las mejores prácticas que surgen de la propia experiencia al afrontar los problemas, lo cual supone el aprendizaje como base del éxito en el *management*

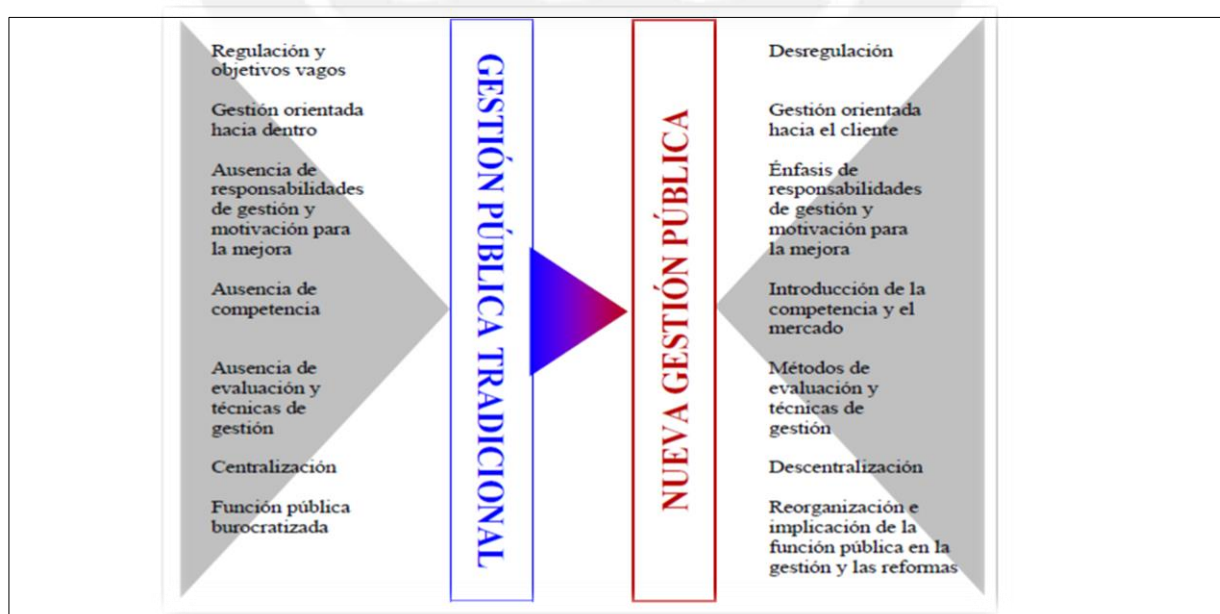
público. Es importante precisar que por acción eficaz debe entenderse la creación de condiciones para la generación de valor agregado en los ciudadanos, respecto de su desarrollo humano y su calidad de vida (Druker citado por Losada, 1999, p. 463).

Entonces, la meta de la Nueva Gestión Pública es la de convertir a la administración pública, en una administración más empresarial. En otras palabras, la administración pública no tendrá una orientación hacia la generación de utilidades, como lo tienen las empresas; más si deberá dar mayor atención a prestar servicios de manera más eficiente y efectiva, dentro de la economía para sus ciudadanos (Schröder, s/f).

Al explicar la similitud y adaptación de ciertas estrategias que tendrá el sector público con el empresarial, uno de los pilares de la NGP es la utilización de métodos de monitoreo y evaluación, y técnicas de gestión aplicadas en el ámbito empresarial.

Los organismos que forman el Sector Público deberán incrementar la aplicación de rigurosas medidas de gestión a través de mecanismos disciplinares más cercanos al mundo empresarial. Además, contribuirán a que las distintas entidades se centren en sus específicas responsabilidades y a la realización de tareas lo más eficientes y eficaces posibles. Por lo que estas entidades tendrán que comprometerse a seguir un proceso de mejora continua tanto en los niveles organizativos como en la calidad de los servicios prestados (Fernández, et al. 2008, p.10).

Figura 4: Gestión Pública Tradicional versus Nueva Gestión Pública



Adaptado de: Montesinos Julve (1998), citado por Fernández et al. (2008)

Desde la perspectiva de la Nueva Gestión Pública, el Estado tiene la responsabilidad constante de ser eficaz y eficiente en el tiempo; al tener como mayor elemento o herramientas aliadas a los instrumentos de medición de resultados, como lo son el monitoreo y la evaluación de programas y políticas, que permitirán corregir los resultados en el tiempo y conseguir mejores impactos en los ciudadanos. A partir de esto, es que esta nueva forma de gestión pretende dirigirse al ciudadano como un cliente, del cual debe atender y entender sus necesidades, al buscar incrementar la cantidad y calidad de servicios públicos, a través de una reducción de costos y evolución de tecnología. (Fernández, et al., 2008).

Tal y como se ha mencionado en los párrafos anteriores, el Estado busca generar resultados y promover impactos para sus ciudadanos; por lo cual, la Nueva Gestión Pública, permitiría tener un mejor y mayor control sobre las acciones tomadas por el Estado, para lograr estos cambios en bienestar de su población. A partir de lo dicho, en las siguientes líneas se ahondará acerca de una de las corrientes que nace a partir de la Nueva Gestión Pública, la Gestión por Resultados.

2.2.1 La Gestión por resultados

Dentro del marco de la Nueva Gestión Pública y direccionada hacia los mismos objetivos, se tiene la Gestión por Resultados, la cual busca ayudar a las organizaciones públicas, dándoles la dirección más adecuada para asegurar la máxima eficacia, eficiencia y efectividad en el desempeño de sus acciones, (Instituto de Ciencias Sociales y Políticas Públicas - INCISPP, 2016). Es decir, un modelo de gestión que privilegia los resultados por sobre los procedimientos y priorización de la transparencia en la gestión (Makon, s/f).

Al ser una estrategia integral de la gestión pública que conlleva una toma de decisiones en base a información confiable, el punto de inicio de la Gestión por Resultados consiste en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno en un periodo de tiempo establecido, así como la relación entre productos, actividades y recursos requeridos para obtener los resultados deseados; lo cual permite evaluar la gestión y acción de las organizaciones del Estado con relación a las políticas públicas con anterioridad para cubrir necesidades insatisfechas (Makon, s/a). Por otro lado, son la adecuada planificación estratégica y la de negocios los elementos esenciales de la Gestión por resultados, la cual tiende a resaltar la necesidad de establecer ex ante las expectativas de desempeño de organismos, unidades de trabajo e individuos a través del uso de metas y estándares de desempeño (Robinson , 2011).

La gestión basada en resultados se centra en una clara noción de la causalidad. La teoría es que diversos insumos y actividades conducen lógicamente a órdenes mayores de resultados

(productos, efectos e impactos). Estos cambios generalmente se muestran en una “cadena de resultados” o “marco de resultados” que ilustra claramente las relaciones de causa y efecto. Los resultados de desarrollo por lo general se comprenden como secuenciales y restringidos por el tiempo, y los cambios se vinculan a una serie de pasos de gestión dentro del ciclo de programación de cualquier iniciativa de desarrollo (proyecto o programa). La gestión basada en resultados les pide a los gerentes que analicen de forma regular el grado en que sus actividades de implementación y resultados tienen una probabilidad razonable de lograr los resultados deseados y hacer ajustes continuos según sea necesario para asegurar el logro de los resultados (Banco Mundial y OCDE citados en García & García, 2010, p. 9).

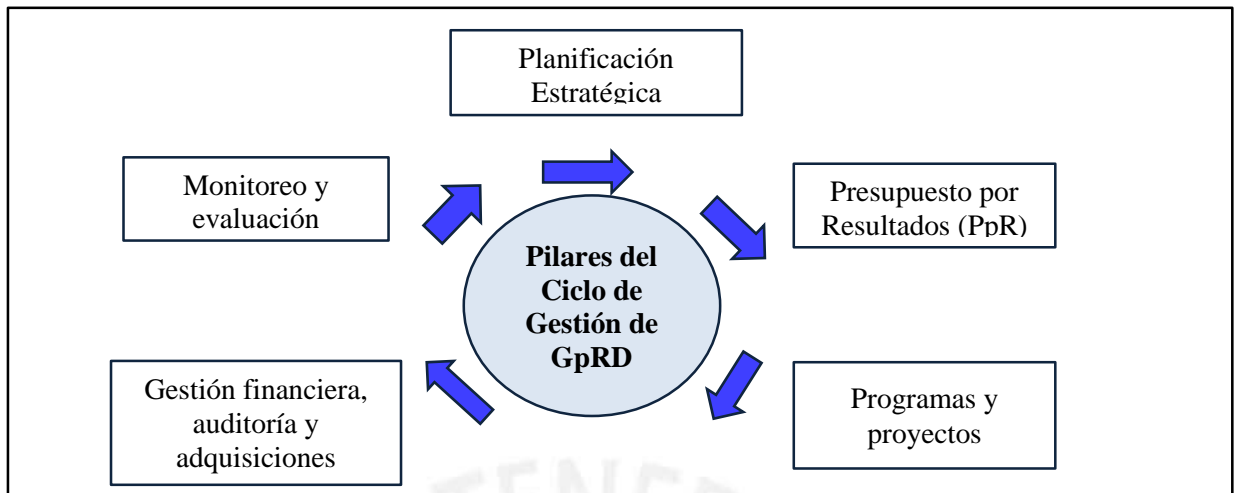
Es decir, la creación constante de valor público con el fin de optimizarlo en su máxima expresión. En este punto, es importante mencionar el concepto de la Gestión por Resultados en el Desarrollo, el cual nace como un diferenciador entre los países desarrollados y los países en desarrollo; ya que en países como Perú, el objetivo es acelerar las acciones para crecer y alcanzar un nivel de desarrollo más alto (García & García, 2010).

Así como en la Gestión por Resultados, el núcleo del concepto de la Gestión por Resultados en el Desarrollo, es el valor público, lo cual refiere a los cambios sociales – observables y susceptibles de medición – que el Estado realiza como respuesta a satisfacer las necesidades sociales, lograr cambios, resultados en la sociedad (Kaugmann, Sanginés, & García Moreno, 2015). Es así que la Gestión por Resultados en el Desarrollo, se define como:

Una estrategia de gestión centrada en el desempeño del desarrollo y en las mejoras sostenibles en los resultados del país. Proporciona un marco coherente para la eficacia del desarrollo en la cual la información del desempeño se usa para mejorar la toma de decisiones, e incluye herramientas prácticas como: planificación estratégica, programación y ejecución presupuestaria, gestión de riesgos y el monitoreo y evaluación de resultados (Convenio de la Segunda Mesa Redonda Internacional citado por García López & Laguzzi 2009, p.20).

Tal y como lo dice la cita anterior, para hacer realidad o implementar la Gestión por Resultados en el Desarrollo, serán necesarios pilares que harán posible el ciclo de esta: Planeamiento estratégico, Presupuesto por Resultados, Gestión Financiera, Gestión Financiera de programas y proyectos y Monitoreo y Evaluación.

Figura 5: Pilares del Ciclo de la Gestión por Resultados en el Desarrollo



Adaptado de: García López y Laguzzi 2009

Es entonces que se puede denotar que la prioridad actual del Estado es lograr que las actividades de gestión implementadas en cada intervención se traduzcan en resultados. Para conseguir este fin, tal y como lo muestra la figura anterior, la gestión por resultados consta de cinco elementos o pasos que permitirán lograr los objetivos planteados.

Tres de estos resultan relevantes para esta investigación: Planeamiento estratégico, Presupuesto por Resultados y Monitoreo. Dándole una mayor importancia a éste último, pues un monitoreo continuo en la ejecución de programas y proyectos permiten realizar ajustes rápidos durante la ejecución, así como un sistema de incentivos que premie el buen desempeño y, recíprocamente, castigue los incumplimientos (Makon, s/f). Para el Estado peruano, resulta importante:

Establecer un sistema de indicadores de desempeño y resultados que permitan monitorear si los insumos se están transformando en productos cuyos resultados son los que los ciudadanos demandan, y si están aplicando los procesos más eficaces y eficientes. La información que provea el monitoreo y desempeño deberá capitalizarse en un sistema de gestión. (Presidencia de Consejo de Ministros, 2013, p.27).

A partir de esto, en las siguientes líneas se dará un mayor énfasis a estos conceptos.

a. Planificación Estratégica

La definición de esta herramienta de gestión se basa en orden y futuro; es decir, a través de un análisis continuo de la situación actual y futura, se genera información para la toma de decisiones con el fin de obtener los cambios esperados, dentro de la mayor eficiencia y eficacia posible, en busca de un mejor futuro (Instituto de Ciencias Sociales y Políticas Públicas , 2016). Los cambios a realizar, han de considerar las prioridades del país en todos sus ámbitos de gobierno – Central, Regional y Local -; siendo un proceso en que cada institución involucrada debe considerar los compromisos políticos, los planes gubernamentales y en especial la situación actual de su entorno (Presidencia de Consejo de Ministros, 2013)

El uso de la Planificación Estratégica en el ámbito público, se concibe como una herramienta imprescindible para la identificación de prioridades y asignación de recursos en un contexto de cambios y altas exigencias por avanzar hacia una gestión comprometida con los resultados (Instituto Lationamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 2011, p.16).

Al satisfacer necesidades y buscar el desarrollo del país, dentro de un periodo dado, el Estado utiliza determinados insumos, para generar productos que producirán resultados e impactos, los cuales se traducirán en una mejora del nivel de vida de su población. Es por lo cual, la planificación estratégica pone mayor atención en los aspectos del ambiente externo, para poder accionar sobre ellos a través de objetivos gubernamentales y sectoriales; para lograrlo, se valdrá de la planificación operativa (Instituto Lationamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 2011). A pesar de que ambos tipos de planificación determinan los mejores cursos de acción para alcanzar los objetivos deseados, una se vale de la otra para lograrlos. Mientras que la planificación estratégica se refiere al largo y mediano plazo y se centra en los impactos finales de las acciones realizadas; la planificación operativa determina las metas de corto plazo, a partir de lo cual es posible realizar la programación de las actividades y la estimación del presupuesto para llevarlas a cabo (Burga, 2011).

Figura 6: Esquema de planificación, presupuesto y monitoreo y evaluación



Adaptado de Banco Interamericano de Desarrollo (2016)

La planificación estratégica es un proceso continuo que se retroalimenta de cambios constantemente, de las condiciones en la sociedad y del funcionamiento actual de las estrategias puestas en práctica. Permite hacer realidad las políticas públicas, produce planes estratégicos flexibles, orienta a las próximas decisiones públicas y hace posible la vinculación entre el planeamiento estratégico y presupuesto público. Es decir, resulta la base para definir el presupuesto, según los resultados que se esperan obtener y establece la creación de indicadores de desempeño que permitirán dar señales acerca del cumplimiento o no de los objetivos.

Este punto resulta importante para esta investigación, puesto que el monitoreo y la planificación estratégica, trabajan de la mano para poder comprobar el desempeño de las estrategias establecidas, ya que no se podrá hacer seguimiento a objetivos que no están planeados, o esperar resultados de actividades o puntos clave de una estrategia, si estos no están considerados dentro de los objetivos y actividades a realizar (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 2011). Como lo menciona la OCDE (2016), se debe asegurar la coherencia y el alineamiento de objetivos en los planes estratégicos y operativos a todo nivel, pues es trascendental generar datos de desempeño regionales sólidos y adecuados, que permitan mejorar resultados de manera más efectiva.

Finalmente, a partir de lo explicado en párrafos anteriores, toma importancia el segundo pilar de la Gestión por Resultados, el Presupuesto por resultados, ya que como se explicará en las siguientes líneas, el nivel de presupuesto asignado va de la mano con la misma cantidad de resultados y cambios futuros que se esperan obtener para el país.

b. El Presupuesto por resultados (PpR)

Como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, el objetivo último del Estado es generar valor público para sus ciudadanos, es decir, generar impactos, resultados permanentes que contribuyan a su desarrollo. Para lograrlo, la gestión pública se vale de presupuestos – en cualquiera de sus formas –, pues permiten un sentido más estratégico y coherente a los propósitos por lograr. En una definición general, el presupuesto traduce recursos financieros en humanos, bajo el escenario que los recursos son limitados, un presupuesto se transforma en un mecanismo para tomar opciones entre gastos alternativos (Marcel, Guzmán, & Sanginés, 2014).

El presupuesto es para el Estado, lo que el mercado es para la economía privada; pero mientras que a este último solo se le exige eficiencia ex post como resultado de la interacción de miles de agentes económicos diversos, al presupuesto se le exige racionalidad ex ante en función de las prioridades económicas y sociales del país (Marcel, et al., 2014).

A pesar de no existir una fórmula única en la manera de abordar o utilizar los presupuestos, pues se adaptan a las necesidades de cada país, se considerará una gestión presupuestaria como buena, si esta cumple con los siguientes componentes: i) efectividad macro, ii) eficiencia en la asignación de recursos, iii) eficiencia en el uso de recursos, iv) transparencia en la generación y el uso de los recursos fiscales. Es decir, la eficiencia y eficacia son los pilares de una adecuada gestión presupuestaria; de esta forma, se tendrá la capacidad de identificar prioridades tanto políticas como del desarrollo de la ciudadanía para poder llevarlas a cabo, y generar resultados. (Filc & Scartascini, 2012) Para lograr los resultados buscados, se habrá de seguir un ciclo presupuestario, propuesto por el MEF

Figura 7: Ciclo presupuestario



Adaptado de Ministerio de Economía y Finanzas (2011)

Es importante mencionar, que el ciclo presupuestario propuesto por el Ministerio de Economía y Finanzas, trasgrede el ciclo de Políticas Públicas, puesto que ambos presentan las mismas etapas de formación. Con lo cual no se busca dar a entender, por el contrario, la existencia del ciclo presupuestario sería difícil de sostener en el tiempo, sin una política o fin último que lo respalde.

El ciclo presupuestario empieza con la etapa de programación, la cual está sujeta a las proyecciones macroeconómicas y reglas macro fiscales, donde se establecerán las prioridades y estructura presupuestal, para finalmente tener una asignación presupuestaria total. La formulación, es la etapa de negociación, pues se busca generar un proyecto de presupuesto en plazos perentorios, es decir, se consignarán las cadenas de gasto y las fuentes de financiamiento. En la siguiente etapa, la aprobación, se discute y analiza el proyecto presupuestario el cual es aprobado por el Congreso de la República mediante una ley que contiene el límite máximo de gasto a ejecutarse en un año fiscal. Tras ser aprobado, en la etapa de ejecución, el presupuesto es puesto en marcha por los ministerios y diferentes organismos a lo largo del año, tomando en cuenta la Programación de Compromisos Anual (PCA), un instrumento de programación del gasto público que permitirá comparar la programación presupuestaria con el marco macroeconómico multianual, las reglas fiscales y la capacidad de financiamiento anual.

Finalmente, la etapa de Control y Evaluación, mide los resultados obtenidos y analiza las variaciones en resultados físicos y financieros con relación a lo aprobado originalmente (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011). El producto de esta etapa lo constituyen los informes financieros auditados y los informes sobre el desempeño del sector público en la ejecución del presupuesto (Marcel, et al., 2014)

Dentro del marco de la eficiencia y eficacia en las acciones que debe tomar el Estado para generar resultados en su población, requerirá que sus recursos públicos financieros sean asignados por resultados (OCDE, 2016). Es entonces que toma importancia el presupuesto por resultados, siendo la aplicación de este una de las reformas presupuestales que se han venido implementando en el país desde el 2007, esto debido a la baja ejecución de los recursos asignados y los incentivos de gasto innecesarios no alineados a las prioridades del país (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011). De manera simple, el Presupuesto por Resultados, es la vinculación del proceso presupuestal (programación, aprobación, ejecución, control y evaluación) con resultados medibles; de manera tal que se asocian los fondos y costos asignados para alcanzar esos objetivos o resultados medibles y los productos que se tendrán que producir bajo cada programa

Como puedes apreciarse, las definiciones ponen acento en puntos distintos de la vinculación entre presupuestos y resultados. Mientras que desde el Banco Mundial se enfatiza la relación lógica

entre propósitos, objetivos, productos y recursos sin incursionar en los procesos de toma de decisiones, Robinson parte del objetivo de adecuar la asignación de recursos públicos para lograr mayores niveles de eficiencia pública (Marcel, et al., 2014).

El Presupuesto por Resultados (PpR) busca mejorar la efectividad y eficiencia del gasto público al vincular el financiamiento de las entidades a los resultados que producen. (Robinson, 2011). Para considerar este como adecuado, esta metodología habrá de tener cuatro pilares (Marcel, et al., 2014):

- Información sobre desempeño, Sistema de Monitoreo y Evaluación

Como lo mencionan diferentes autores, la información es particularmente importante en el PpR – así como en el Monitoreo -; sin embargo, no se trata de cualquier tipo de información. Se busca que la información sea relevante, confiable, oportuna y sea capaz de responder a las preguntas que se formulen en la toma de decisiones presupuestarias.

Estos sistemas deben ser capaces de incorporar perspectivas ex ante y ex post para fortalecer la consistencia intertemporal de las políticas públicas y las decisiones presupuestarias. Eso significa monitorear y evaluar desempeños efectivos sobre la base de objetivos, indicadores y metas definidos (Makon, s/f)

- Uso de la información en decisiones presupuestarias

La información es el elemento clave dentro del proceso presupuestario y ha de ser usada en cada una de sus partes.

- Motivación en la gestión para resultados

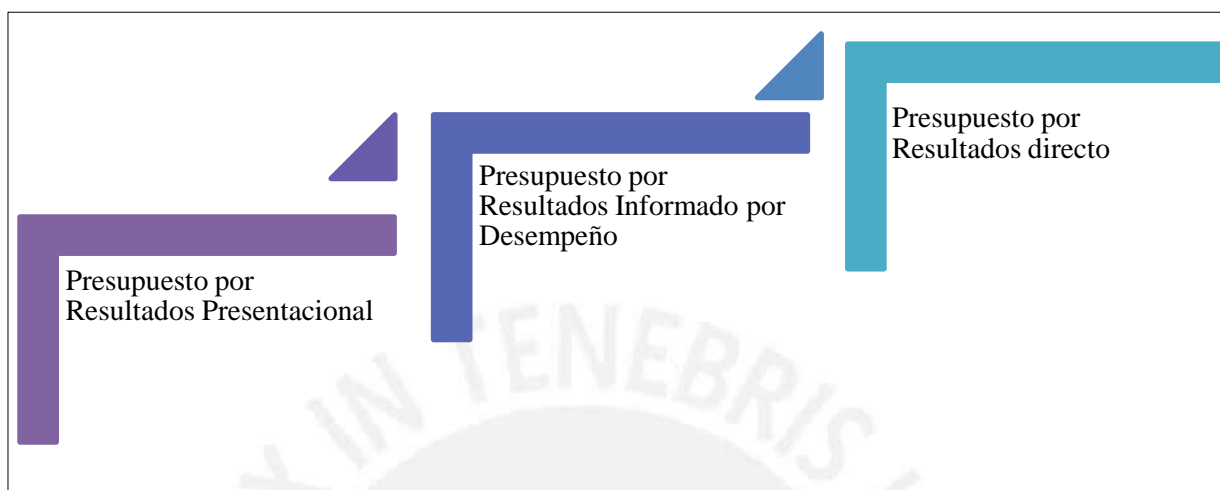
Para lograr que la asignación de recursos en el presupuesto sea eficaz y eficiente en el tiempo, se requiere que la gestión de las instituciones públicas esté orientada hacia el mismo objetivo, es decir, aplicar incentivos personales e institucionales, para lograr una mayor motivación en el logro de resultados. Un sistema de PpR requiere alinear la estructura de incentivos económicos y no económicos, que operan sobre los actores de la gestión pública.

- Entrega de competencias a terceros

Un sistema de PpR requiere que los organismos públicos cuenten con capacidades, condiciones e instrumentos para lograr los resultados buscados, así como la descentralización de los mecanismos de decisión (Makon, s/f) Las instituciones deben contar con la capacidad para diagnosticar sus fortalezas y debilidades, organizar sus recursos y cumplir con los compromisos.

En base a estos pilares del PpR, se podrán distinguir tres categorías distintas según el uso de medición de productos/resultados en la asignación de recursos (OCDE, 2016):

Figura 8: Categorías del Presupuesto por Resultados



La primera categoría, el Presupuesto por Resultados presentacional, es más tradicional, pues presenta los resultados como un dato adicional a los documentos, mas no tiene o representa ninguna relevancia, dentro de la asignación de recursos. A diferencia de la primera categoría, en el Presupuesto por Resultados informado por desempeño existe una relación entre los recursos de información con los productos y/o resultados esperados a obtener; es decir, existe una relación indirecta que implica la utilización de los datos y los resultados serán usados de manera activa y sistemática dentro del proceso de toma de decisiones. Cabe mencionar, que, si bien el proceso de toma de decisiones sobre la información de desempeño resulta importante, no es trascendental en la asignación final de recursos. Finalmente, en la última categoría, el Presupuesto por Resultados Directo, el vínculo es mucho más directo y estricto, puesto que la asignación de recursos se dará explícitamente en unidades de desempeño, el financiamiento se basará directamente sobre los resultados alcanzados, los cuales buscarán ser asegurados a través de un contrato donde se estipulen los resultados esperados y/o a través de indicadores de actividad específicos. Esta última categoría solo está presente en algunos países de la región (OCDE, 2016).

En nuestro país, la modalidad adoptada desde el 2007 es la de Presupuesto por Resultados por desempeño, con el fin de mantener la disciplina fiscal, mejorar la eficiencia en la distribución de recursos junto con la calidad del gasto público y asegurar la efectividad operativa de todas las entidades y organismos. (OCDE, 2016). Esta modalidad viene siendo implementado, a través de cuatro categorías presupuestarias que se constituyen como instrumentos del PpR por desempeño: i) programas presupuestales, ii) iniciativas para monitoreo de desempeño sobre la base de indicadores, iii) evaluaciones

independientes e iv) incentivos para mejorar el monitoreo de gestión. Las cuales además representan unidades de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas buscan estar orientadas a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política nacional. (Ministerio de Economía y Finanzas , 2016). Actualmente, existen alrededor de 51 programas presupuestales vigentes en el país, donde el mayor ejemplo de programa presupuestal y de importancia para fines de esta investigación Programa Articulado Nutricional (PAN), dentro del cual se encuentra configurada la Suplementación con MMN, objeto de estudio de la presente investigación.

Sin embargo, para poder tener los resultados esperados, las metas estratégicas y operativas creadas a partir de las categorías del Presupuesto por Resultados, deberán tener una mayor vinculación con las decisiones de gasto, de modo tal que haya una mayor eficiencia en el costo del gasto público, así como en la toma de decisiones con respecto a los resultados de las políticas públicas. Para poder tomar mejores decisiones, el sistema de monitoreo aparece como un vital proceso que realizará todo el seguimiento a la implementación de políticas y programas públicos al brindar la información sobre el desempeño necesaria para la toma de decisiones:

El Seguimiento y Evaluación realizado por el Ministerio de Economía y Finanzas comenzó en el 2008 y desde el 2010 ha sido incluido en la Ley Anual de Presupuesto Público. Actualmente, incluye el monitoreo de los programas presupuestales, la evaluación del diseño presupuestario y la ejecución de Evaluaciones de Impacto Presupuestario. La Ley de Presupuesto Público de 2015 estipula que “El cumplimiento de los compromisos firmados será una condición para la evaluación de la solicitud de recursos en la fase de formulación presupuestaria correspondiente al Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016” (OCDE, 2016, p.134).

Como se ha tratado de explicar y demostrar a lo largo de la investigación, el sistema de monitoreo y evaluación pretende formar parte de todo el accionar de las instituciones públicas dentro del marco de la Nueva Gestión Pública, pues es a través de este que se podrán tomar mejores decisiones para obtener los resultados esperados. En las siguientes líneas, nos centraremos en ahondar en el concepto e implicancia del Monitoreo, eje central de esta investigación.

c. El monitoreo

Para tener la información adecuada, acerca de los progresos o retrasos en el desempeño de los programas y/o proyectos realizados por el Estado, se tiene al Monitoreo; un instrumento de gestión, un proceso continuo y sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso de un programa y permitirá identificar señales de alarma, en pos de la ejecución de sus objetivos (UNICEF - CIPPEC, 2012). Cabe resaltar, las diferencias que este encuentra con la evaluación:

El monitoreo es un proceso continuo y permanente; la evaluación se realiza en períodos establecidos y es de corte transversal. “El monitoreo constituye un proceso continuo de análisis, observación y elaboración de sugerencias de ajustes que aseguren que el proyecto esté encaminado hacia el objetivo propuesto. Por su parte, la evaluación permite la formulación de conclusiones acerca de lo que se observa a una escala mayor, aspectos tales como el diseño del proyecto y sus impactos, tanto aquellos previstos como no previstos” (Cerezo y Fernández Prieto, citado por UNICEF – CIPPEC, 2012, p.47)

La información y los datos resultantes en el proceso continuo de monitorear, se pueden utilizar para evaluar el desempeño de las intervenciones del programa. Mediante la comparación de los resultados del programa con objetivos específicos, la vigilancia ayuda a mejorar el diseño de políticas y aplicación, así como promover rendición de cuentas y el diálogo entre los responsables políticos y las partes interesadas. (Khandker, et al., 2010)

Al tener clara la misión del monitoreo como ejercicio que identifica constantemente la calidad del desempeño de un sistema para tomar decisiones, surgen dos tendencias sobre la definición y alcances que tiene este proceso. La primera, hace un mayor énfasis entre la exactitud entre lo planificado y lo ocurrido, pues descansa en una visión más racional del proceso de planificación, donde las causas y consecuencias son directas y lógicas; es decir, se centra en la verificación de hechos, para a partir de esto poder sugerir cambios que eliminen las diferencias entre lo planificado y lo hecho.

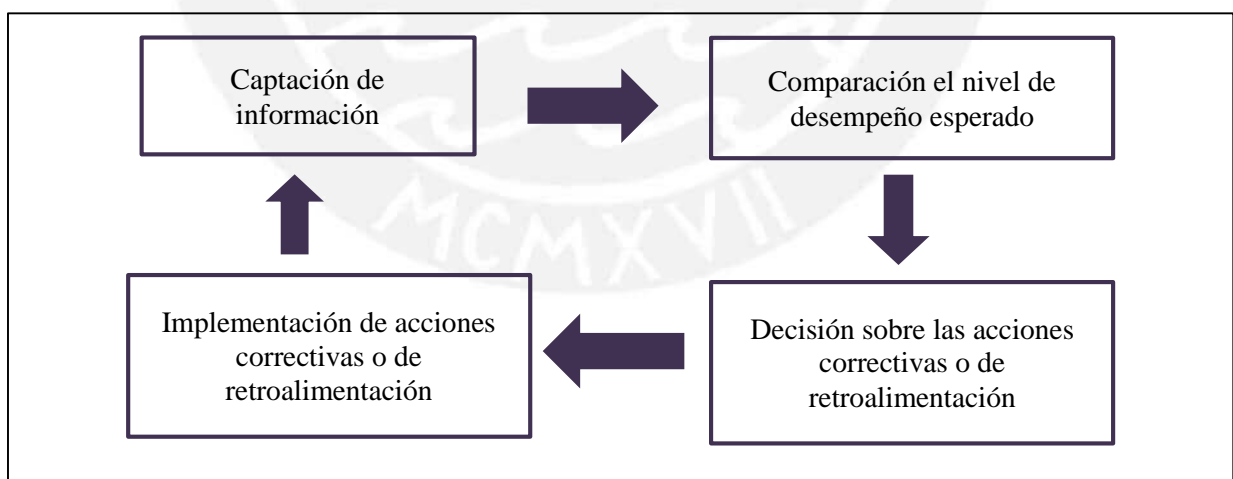
Mientras que, la segunda tendencia se define más hacia un “proceso de producción y gestión de conocimientos empíricos y en una fuente de aprendizaje que contribuye a una mayor pertinencia y efectividad”, es decir se centra más en la retroalimentación de las decisiones que se han tomado, para poder tomar mejores decisiones en base a la nueva información con la que se cuenta, gracias al monitoreo. Esta investigación está centrada en la segunda tendencia (Organización de Estados Iberoamericanos, s/f).

Así mismo se tiene que los retos del monitoreo dentro de una estrategia serían: (Khandker, et al., 2010):

- Identificar los objetivos del programa o estrategia
- Identificar los indicadores clave que se pueden utilizar para monitorear el progreso de las metas.
- Establecer topes, que cuantifican el nivel de que los indicadores deberían haber alcanzado para determinada fecha
- Establecer un sistema para hacer seguimiento del progreso hacia el logro de los objetivos específicos y para informar a los legisladores. Este sistema fomentará una mejor gestión de la rendición de cuentas para proyectos y programas.

Como se ha señalado, el monitoreo es un proceso cíclico responsable de analizar permanentemente el cumplimiento de objetivos de los programas. Empieza con la recolección de datos de las fuentes necesarias para realizar los análisis respectivos. Luego de esto, se comparará las diferencias que existen entre lo encontrado versus el cómo debería ser la realidad. Finalmente, las dos últimas etapas del ciclo de Monitoreo, serían los más importantes, pues se decidirán e implementarán los cambios a realizar en base a la información recabada y la retroalimentación hecha (Organización de Estados Iberoamericanos, s/f).

Figura 9: Ciclo de Monitoreo



Adaptado de: Organización de Estados Iberoamericanos, (s/a)

La herramienta principal de la que se vale un sistema de Monitoreo para poder ser puesto en práctica, son los indicadores, los cuales permitirán establecer cuál es la condición actual de los procesos,

situaciones o resultados del programa evaluado, para poder tomar decisiones en base a información certera del logro de objetivos.

Los indicadores son, información cualitativa y/o cuantitativa utilizada para dar seguimiento y ajustar las acciones que un sistema, subsistema o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de su misión, objetivos y metas (Organización de Estados Iberoamericanos, s/f), tienen la ventaja de proporcionar información puntual y regular (a veces continua) sobre determinadas dimensiones del desempeño de las acciones públicas (Marcel, et al., 2014). Son el resultado de volver operativos los objetivos a alcanzar en el marco de una política, programa o proyecto; se expresan en metas, a partir de las cuales, son diseñados los indicadores, que permitirán medir el grado en el que fueron alcanzados (Cohen & Franco, 1998). Para que los indicadores resulten útiles, han de cumplir con los siguientes requisitos (Marcel, et al., 2014):

- Relevantes y comprensibles

La información que brindan los indicadores, ha de ser certera y clara acerca del desempeño de lo que sea evaluado.

- Combinación entre ámbitos de control y dimensiones del desempeño

Es importante identificar y entender el desempeño de los indicadores, para poder tener una mejor retroalimentación de los resultados.

- Presentación de los indicadores

Las metas e indicadores deben ser presentados considerando categorías de información que den un mayor orden y faciliten la comprensión y uso.

- Factibles de medir, verificables y precisos

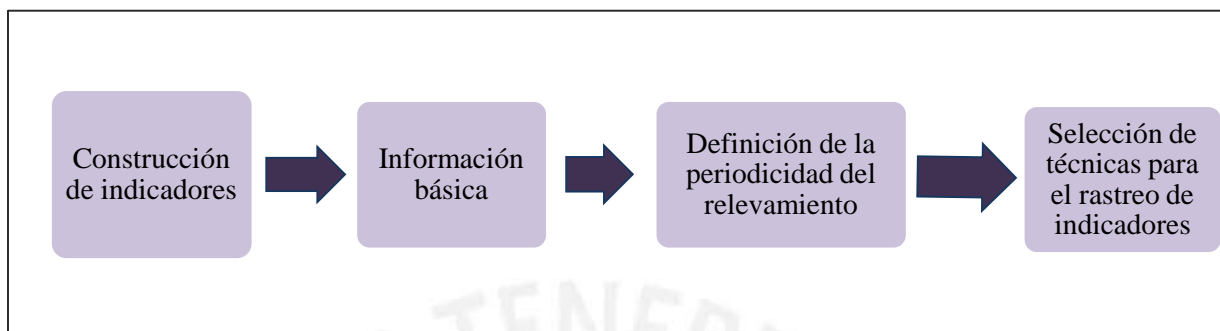
La construcción y puesta en práctica de indicadores, debe considerar la temporalidad de lo evaluado, sea un producto o servicio, pues según la provisión de tiempo considerada se esperan diferentes resultados, es decir, muy distintos serán los resultados que se esperan en el corto versus el largo plazo.

- Fuentes de información

Para una correcta elaboración de indicadores, la obtención de información ha de ser bajo la metodología adecuada, de manera tal que se tenga la información en total transparencia.

De esta forma, la selección de indicadores bajo los criterios ya descritos, es un paso clave para construir un correcto sistema de monitoreo para un programa o proyecto:

Figura 10: Sistema de Monitoreo



Adaptado de: UNICEF – CIPECC (2012)

Al tener el proceso definido, es clave establecer la disponibilidad en recolección de datos y si es que se cuenta con las capacidades y recursos necesarios para hacer posible la medición del indicador. A partir de esto, se hará distinción del tipo de indicador que será conveniente para cada programa a monitorear. Para fines de esta investigación, se harán uso de cuatro indicadores: de resultado, de cobertura, de producto y de proceso – los más recomendados para el Monitoreo - (UNICEF - CIPPEC, 2012; Organización de Estados Iberoamericanos, s/f).

- **Indicadores de resultado**

Responden al alcance de los objetivos generales del programa y de su contribución para mejorar el problema de origen. En otras palabras, miden el cumplimiento de las metas del programa.

- **Indicadores de cobertura**

Uno de los indicadores de mayor relevancia en esta investigación, los indicadores de cobertura reflejan la población total que fue beneficiada o no del programa evaluado; de manera más concreta, responde a la pregunta de cuántas personas – de la población objetivo – fueron beneficiarias o no del programa. Estos son calculados con la división del número de personas que recibe una intervención específica contra la población que tiene derecho a recibirla o la necesita (Organización Mundial de la Salud, 2009).

- **Indicadores de producto**

Los productos son los resultados concretos de los programas desarrollados, es decir, responde a la pregunta de ¿Funcionó o no el programa? Para el caso de esta investigación, al tratarse de un intangible,

se buscarán medidas más específicas para poder tener resultados más claros; como por ejemplo, el número de niños que consumió los MMN durante el año de tratamiento versus el número de niños que consumieron los MMN pero no culminaron el tratamiento.

- Indicadores de proceso

Los procesos refieren a las actividades que se realizaron para lograr que el producto o el programa se hicieran realidad. Los indicadores de proceso, dan información acerca del desempeño y progreso de cada uno de estos procesos.

Los cuatro indicadores en mención permitirán evaluar las hipótesis planteadas en esta investigación, pues nos permitirán evaluar el proceso de entrega de los MMN, la satisfacción de los beneficiarios con el producto y el estado actual de la estrategia de Suplementación en Concepción –Junín.



CAPÍTULO III: LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES

En el presente capítulo se abordará el contexto en el cual se desarrolla actualmente la Suplementación con MMN dentro de nuestro país, para lo cual se empezará definiendo el rol que tiene el Estado en los temas de Salud. Asimismo, para una mejor comprensión del tema a tratar, se mencionará la importancia que tiene el Desarrollo en la Primera Infancia, así como cuál ha sido el comportamiento de la anemia en el Perú –y especialmente en la provincia de Concepción- durante los últimos años.

Seguidamente, se explicará en qué consiste el programa presupuestal denominado Programa Articulado Nutricional (PAN), dentro del cual se encuentra comprendida la intervención objeto de estudio de la presente investigación. Y, finalmente, se relatará cual ha sido la evolución de la Suplementación con MMN desde que inició, cuál es su estado actual y las funciones de los principales actores que intervienen en esta estrategia.

1. Antecedentes

1.1. El rol del Estado y la salud en el Perú

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un “estado de bienestar general, físico, mental y social de las personas”, esta es usualmente confundida con la enfermedad, pero dependerá del nivel de desarrollo de la sociedad, de las condiciones de vida, costumbres y actividades, valores culturales y religiosos, y de las acciones del Estado dentro de una sociedad, la preponderancia de una sobre la otra. (Sanabria, 2000)

A partir de esto, es que se considera a la salud como un bien, es decir, “todo aquello que puede satisfacer una necesidad”, desde lo cual se distinguen dos tipos de bienes: los libres y los económicos. Los primeros son de libre disposición, a costo cero o nulo, pues las cantidades disponibles superan las necesidades; mientras que, los bienes económicos son los que están disponibles en cantidades inferiores al volumen real de necesidad, son bienes escasos y que potencialmente, podrían satisfacer las necesidades. Es entonces que la salud encaja dentro de la definición de bien económico, no sólo por ser escaso, sino también porque satisface necesidades. Desde una perspectiva poblacional, la satisfacción se da en el proceso de socialización, ya que el tener una población sana, implica reducción del gasto en salud, menor propensión al contagio y mayores posibilidades de trabajar y desarrollar actividades económicas que generan bienestar. (Sanabria, 2000)

Teniendo ésta definición clara, es que se contextualiza el rol del Estado peruano en la salud, bajo la Ley N°26842 o Ley General de Salud, la cual en sus títulos preliminares indica:

- I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.
- III. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable.

Al haber dejado claro cuál es la posición del Estado en el sector salud, y los derechos a los que como ciudadanos tenemos privilegio, en el siguiente subcapítulo, nos centraremos más en entender los derechos que deben ser garantizados durante la primera infancia, etapa en la que se encuentran los beneficiarios de la Suplementación con MMN.

1.2. El Desarrollo en la Primera Infancia

De acuerdo a los estándares de política internacional, se define a la primera infancia como el período comprendido desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad.

Se sabe sobre este periodo, que, todo aquello que los niños puedan experimentar durante sus primeros años de vida establecerá una base trascendental para el resto de ella. Esto ya que el desarrollo en la primera infancia - el cual incluye las áreas: física, social emocional y lingüística cognitiva-repercutirá en gran medida en el aprendizaje elemental, el éxito escolar, la participación económica, la ciudadanía social y la salud. (Siddiqi, Irwin y Hertzman, 2007) A partir de esto, se explicarán los aspectos más importantes del desarrollo temprano y el por qué se debe prestar una mayor atención a las condiciones bajo las cuales éste desarrollo se vuelve más favorable

- Desarrollo cognitivo

En primer lugar, se describirá el punto de vista de la neurología. Según el artículo publicado por Bellamy para UNICEF se tiene que, en determinados períodos de la vida, el cerebro es especialmente receptivo a las experiencias nuevas y está especialmente capacitado para aprovecharlas. Si estos períodos de sensibilidad pasan sin que el cerebro reciba los estímulos para los que está preparado es muy probable que disminuyan notablemente las oportunidades de aprendizaje de distinto tipo.

La maleabilidad del cerebro supone igualmente que en determinados momentos las experiencias negativas o la falta de estímulos positivos o apropiados encierran mayores posibilidades de provocar efectos graves y sostenidos. Cuando el niño no es objeto del cuidado que le hace falta durante los períodos de desarrollo decisivos, o cuando sufre hambre, abusos o abandono, es posible que se vea afectado el desarrollo del cerebro. Así pues, muchos niños que viven en situación de emergencia o desplazamiento o en una época posterior a un conflicto padecen traumas graves y sufren tensiones extremas que no encuentran solución, circunstancias que debilitan en particular a los niños pequeños. Sólo se activan unas cuantas sinapsis, mientras que el resto del cerebro se paraliza. A esta tierna edad, esta paralización detiene el motor del desarrollo (UNICEF, 2001).

- Perspectiva económica

A partir de la evidencia disponible, los economistas sostienen que invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho más grandes al importe de la inversión inicial. Los gobiernos pueden lograr mejoras significativas y duraderas para la sociedad mediante la ejecución de políticas que tomen en cuenta este poderoso cuerpo de investigación, al tiempo que cumplen con sus obligaciones en virtud de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (Siddiqi, et al., 2007)

- La convención de los derechos de la infancia

Por último, se tiene la Convención de los Derechos de la Infancia (Unicef, 2006). La cual establece el derecho de todos los niños a la supervivencia y al desarrollo óptimo de sus capacidades. Establece que estos derechos son específicos para su edad, su capacidad, y su estado en la sociedad. Esta convención pone un especial énfasis en:

- La responsabilidad del Estado de proveer a todos los niños el acceso a servicios de calidad,
- El papel de la familia en suministrar alimento, salud, afecto, abrigo, estímulo y protección necesarios para su crecimiento y desarrollo
- La importancia de proveer la atención y el cuidado teniendo en cuenta el principio del mejor interés del niño y el énfasis en la capacidad más que en la edad del niño.

1.3 La anemia en el Perú

La anemia en niños de 6-36 meses de edad, es un problema que aqueja al país desde hace más de dos décadas, donde si bien el índice de prevalencia ha tenido una evolución positiva en el tiempo, no existe una notable diferencia entre los años 2012 y 2017, pues aún faltaría mucho para lograr con el

objetivo que la anemia infantil deje de ser un problema de salud pública para el 2021 (Instituto Nacional de Salud, 2017). Siendo más específicos, la prevalencia de anemia ha disminuido en 19.6% aprox., en los últimos años, puesto que en 1996 se tenía una prevalencia del 56.8%, y en el 2009 pasó a ser de 37.2%, logrando el nivel más bajo en el 2011, con un 30.7% de prevalencia. Sin embargo, a partir de dicho año, la anemia ha tenido un sostenido incremento, ya que, en el 2012 llegó a un 32.9% y al 2013 a un 34%, es decir, 1 de cada 3 niños entre 6 y 36 meses de edad sufría de anemia

Al 2015, según el INS y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, un millón 25 mil 534 niños sufren de anemia a nivel nacional, es decir, afecta al 43.5% de niñas y niños menores de tres años, con mayor incidencia en área rurales (51.1%) versus el área urbana (40.5%). Cabe mencionar, que la reducción de la anemia ha sido desproporcional, no sólo por la poca constancia de los programas nutricionales que buscan reducir los índices de anemia, sino también por las zonas en las que se ha dado mayor atención. Esto debido, a que los niños que viven en la zona urbana del país, hubo una notoria reducción de 20.1 puntos porcentuales, entre el 2000 y el 2011 (46.6% vs 26.5%), mientras que, en el mismo periodo de tiempo, en la zona rural fue de solo 14.8 puntos (53.4% vs 38.6%).

Así mismo, según el último informe de anemia en el Perú realizado por UNICEF, así como también se demuestra en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, existe una mayor prevalencia de niños anémicos, no sólo cuando nacen prematuramente o con bajo peso al nacer, sino también existe una relación positiva con el nivel educativo de la madre. Es decir, a menor acceso a educación haya tenido la madre del infante, mayor será la probabilidad que el niño tenga anemia. (UNICEF, 2010)

1.3.1 El comportamiento de la anemia en Concepción

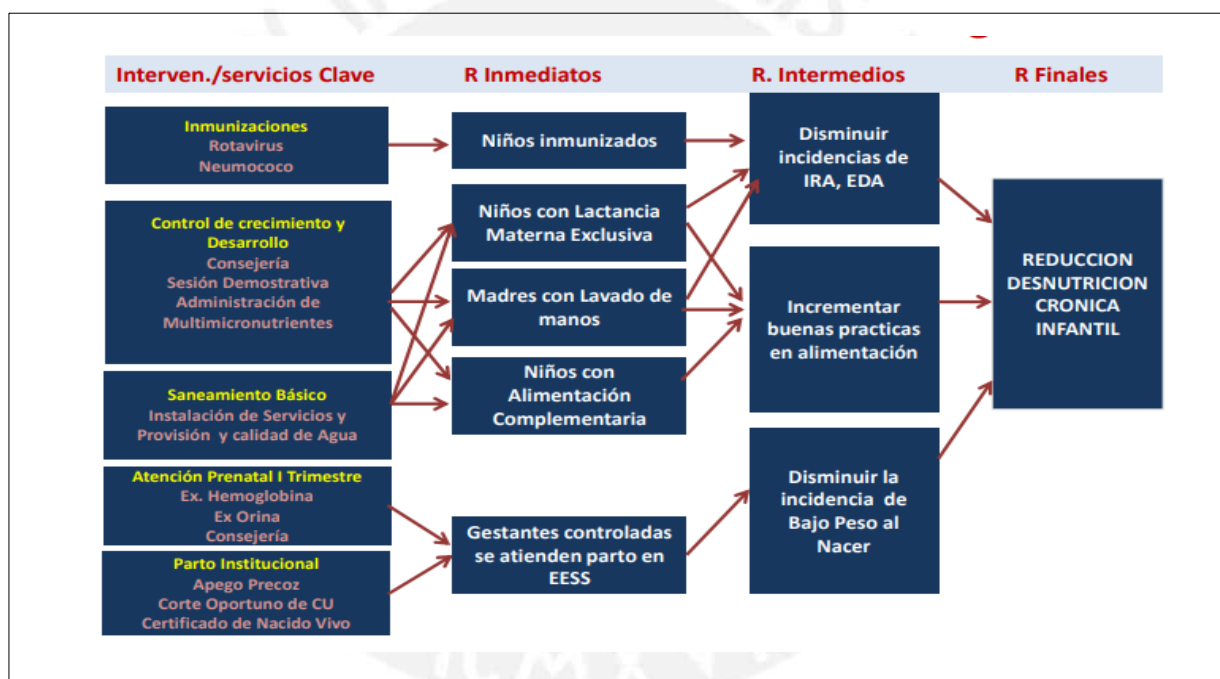
Como se explicó en la justificación de la investigación, se decidió investigar a este distrito por dos razones, la primera, por los contactos dentro de la Micro red que privilegiarían el contacto con directivos y demás fuentes de información. La segunda razón, es porque la región Junín ocupa el tercer lugar en priorización de programas para combatir la anemia, siendo Lima y Puno, regiones que ocupan los primeros lugares. Sin dejar de mencionar, que se cuenta con una prevalencia de anemia del 53.9%, en niños de 6 – 36 meses en toda la región Junín, donde le sigue la región de Huancavelica con un índice del 53.4% (Ministerio de Salud, 2017). Sin embargo, la investigación en éste punto será más profunda en el trabajo de campo.

A partir de esto, se destaca la importancia que tienen las políticas públicas dirigidas a infantes para acuerdos internacionales de esta magnitud.

1.4 El Programa Articulado Nutricional (PAN)

El Programa Articulado Nutricional (PAN) tiene como objetivo final reducir la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años, a través de productos orientados a familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses, niños con vacuna completa y niños con CRED completo según su edad. Cabe mencionar, que el PAN inició su implementación en el 2008 e involucra la participación activa de los tres niveles de gobierno (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017).

Figura 11: Marco lógico del Programa Articulado Nutricional - PAN

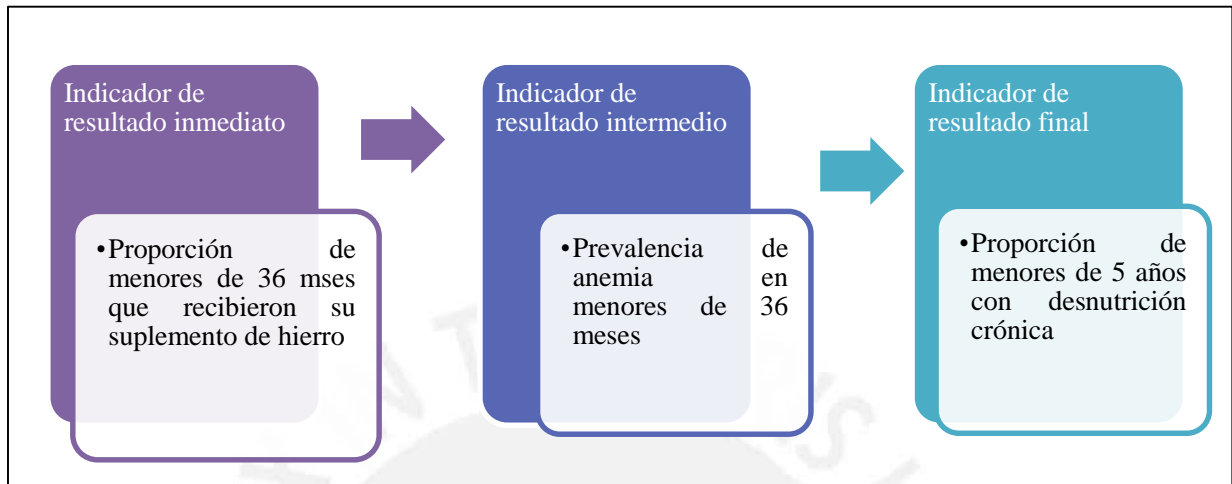


Ministerio de Salud (2017)

Al tratar a la desnutrición crónica infantil – DCI, como un problema en el proceso de crecimiento que se presenta desde una edad temprana y no vincularla únicamente a un déficit de alimentos, puesto que es principalmente a partir de los 6 y 18 meses de edad, es donde ocurre una mayor exposición a factores de riesgo para adquirir enfermedades transmisibles como lo es la EDA – Enfermedad diarreica aguda y/o cualquier tipo de IRA – Infección respiratoria aguda, es que el PAN busca realizar intervenciones que ataquen las causas de la DCI para así obtener los resultados esperados. Para lograrlo, tal y como lo explica el modelo lógico de las intervenciones, el PAN se valdrá de intervenciones como lo es la Suplementación

con MMN para lograr los resultados esperados, valiéndose de indicadores que brinden resultados que permitan tomar decisiones

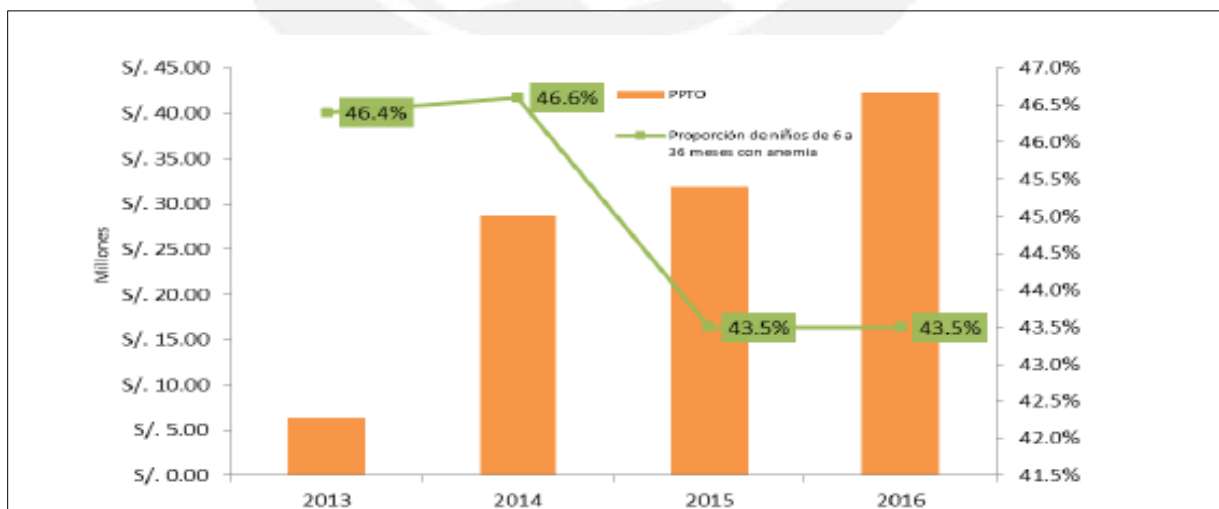
Figura 12: Indicadores para la Suplementación con MMN, propuestos por el PAN



Adaptado de Ministerio de Economía y Finanzas (2014)

Por otro lado, con respecto al presupuesto asignado al PAN es importante recordar que este es en función a los resultados que se espera alcanzar, esto a través de los indicadores utilizados para medir el éxito de las intervenciones implementadas. En el caso de la anemia de niños de 6 a 36 meses, el presupuesto asignado desde el año 2013 hasta el 2017 ha ido en aumento en busca de obtener resultados más favorables; sin embargo, la prevalencia de anemia no ha descendido en el ritmo esperado.

Figura 13: Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses vs Evolución de asignación de presupuesto



Adaptado de ENDES (2016), citado por Ministerio de Salud (2017)

Sin embargo, sucede todo lo contrario con la cantidad de niños menores de 36 meses que han sido suplementados; puesto que, el presupuesto asignado ha tenido un incremento de aproximadamente el 20% entre el 2013 y 2016, alcanzando un 30.2% de niños suplementados al finalizar dicho año. Este resultado pudo ser alcanzado, gracias a las diferentes estrategias de seguimiento y monitoreo realizadas en las regiones de Amazonas, Ica, Moquegua, entre otras; así como también, regiones como Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, se encuentran muy por debajo del cumplimiento de la meta esperada, por lo que se les estaría asignando el presupuesto adecuado con el fin de realizar las medidas correctivas necesarias. (Ministerio de Salud, 2017).

Finalmente, dentro de las recomendaciones hacia el PAN, dentro de la región Junín es el necesario fortalecimiento de establecer un sistema de monitoreo de las diferentes redes, hospitales e intervenciones de salud para asegurar el éxito de estas y por ende asignar el presupuesto necesario para lograrlo, puesto que en la actualidad los recursos son insuficientes o inexistentes (Ministerio de Salud, 2017). A partir de esto, en las siguientes líneas se dará un mayor detalle de la Suplementación con MMN y sus implicancias.

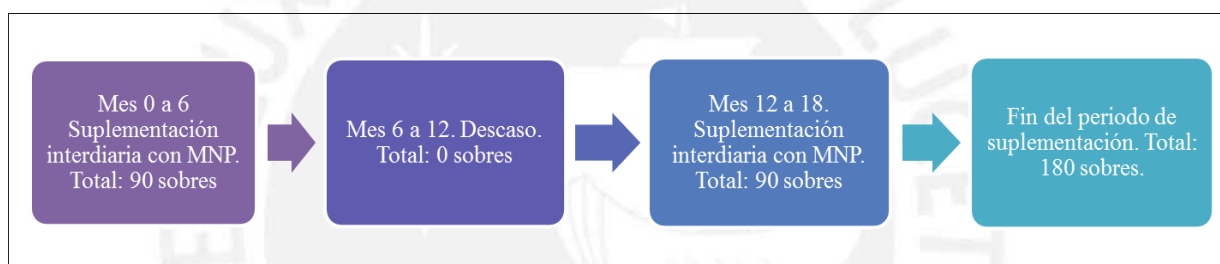
2. Historia y evolución

La Suplementación con MMN es una acción del Estado que busca reducir los altos índices de anemia infantil en el país. Ésta se lleva a cabo a través de la entrega de un sobre con un polvo nutricional también conocido como chispitas, a niños entre los 6 y 35 meses de edad. Actualmente, esta estrategia forma parte de un conjunto de acciones comprendidas dentro del Plan Articulado Nutricional (PAN), el cual, como se explicó antes, se encuentra liderado por el Ministerio de Salud – MINSa, y tiene como objetivo principal la erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y la anemia.

Debido a que la intervención que precedió a la suplementación con MMN -la suplementación con gotas y jarabe de Sulfato Ferroso- no generó los resultados esperados, esta fue reemplazada por el uso de MMN, cuya eficacia ya había sido comprobada en otros países (Junco, 2015). Las gotas y jarabe de Sulfato Ferroso buscaban prevenir o tratar la anemia por deficiencia de hierro a través de un enfoque más medicinal; sin embargo, la aceptación a éste complemento fue menor de lo esperado (Lic. Oscar Aquino, comunicación personal, 07 de septiembre de 2016). Esto debido a la necesidad de consumir una mayor cantidad y por un periodo más prolongado en comparación a los MMN para lograr los objetivos deseados. Así como también, por el sabor metálico que daba a las comidas, las dificultades en la ingesta y los efectos adversos que causaban.

Es así que, en el 2009, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en colaboración con UNICEF– Perú y el Programa Mundial de Alimentos, implementaron un plan piloto para prevenir y controlar la anemia infantil a través de la distribución de MMN en tres de las regiones más pobres del país: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica. Los principales objetivos de este plan, fueron la prevención y control de los problemas nutricionales por deficiencias de micronutrientes en niños y niñas de 6-35 meses, a través de la suplementación con MMN durante 18 meses; así como también generar evidencias que contribuyan a mejorar estrategias para intervención futuras. Para lograr estos objetivos, se seleccionó un esquema de suplementación de 18 meses con la formulación básica de MMN para la prevención de la anemia nutricional. De acuerdo con las recomendaciones internacionales, este esquema consistía en la distribución mensual de 15 sobres a ser consumidos de manera interdiaria durante dos ciclos de seis meses, con un periodo de descanso de seis meses entre los dos ciclos. (UNICEF, Programa Mundial de Alimentos y Ministerio de Salud, 2010)

Figura 14: Esquema de Suplementación con MMN



Adaptado de: Unicef (2012)

Al finalizar el piloto, se evaluó a los niños beneficiarios para comprobar la efectividad del plan; donde se obtuvo una reducción del índice de prevalencia de anemia en un 8.8% -al inicio del piloto se tenía un 50.4% de prevalencia y al finalizar éste, se tuvo un 41.6%-. Sin embargo, estos resultados pertenecen al grupo adherente al MMN, quienes representan solo el 25% del total de beneficiarios, pues si bien se alcanzó una cobertura de más del 90% con la intervención, solo este porcentaje tuvo un consumo constante y completo del producto. Es por esto que la intervención no logró disminuir la prevalencia de anemia de forma global (UNICEF, Programa Mundial de Alimentos y Ministerio de Salud, 2010).

Tabla 1: Evolución del índice de la anemia en los departamentos donde se aplicó el Piloto

Periodo de la Intervención	2009	2011	% Var	2009	2011	% Var
Fuente	INEI	INEI		UNICEF	UNICEF	
NN	50.4	41.6	8.80	50.4	41.6	8.80
Apurímac	62.3	85.1	-22.80	66.1	47.4	18.70
Ayacucho	59.4	70.8	-11.40	54.4	41.5	12.90
Huancavelica	68.3	48.7	19.60	68.3	48.7	19.60

Adaptado de: Endes, citado en Unicef Perú (2016)

Finalmente, a partir de los resultados de la evaluación, se concluye en que una estrategia de éste tipo tendrá el éxito esperado, si se asegura un suministro y consumo sostenido del producto; es decir, a mayor adherencia al producto, mejores resultados. En base a esto, asegurar la entrega consistente y oportuna del producto – sin interrupciones o desabastecimientos— es un factor necesario para asegurar el éxito de una posible extensión del programa. Otra de las lecciones obtenidas de ésta evaluación es la importancia de invertir en una estrategia comunicacional oportuna enfocada en el refuerzo de prácticas de alimentación complementaria; así como el reto que antepone el monitoreo y evaluación de la entrega del suplemento y las actividades asociadas a éste (UNICEF, Programa Mundial de Alimentos y Ministerio de Salud, 2010).

Es así que, la primera vez que se hace mención de la Suplementación con MMN en una normativa, es en la “Directiva Sanitaria que establece la Suplementación Preventiva con Hierro en las Niñas y Niños Menores de Tres Años” o Directiva Sanitaria 050, la cual se publicó en noviembre del 2012 y fue firmada por la entonces Ministra de Salud, Midori de Habich.

Tal como se explica en el siguiente acápite:

La suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años incluirá la administración de hierro, por vía oral, para lo cual el Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Unidades Ejecutoras (en el marco de sus competencias) desarrollarán las acciones que garanticen la disponibilidad del suplemento de hierro en jarabe, en gotas, y/o en polvo (los multimicronutrientes).

De esta manera se introduce formalmente el uso de MMN para el tratamiento y prevención de la anemia infantil, esto a la par de la suplementación con jarabe de Sulfato Ferroso. Sin embargo, en la directiva se hacen distinciones para el uso de uno u otro suplemento, tal como se observa a continuación:

Tabla 2: Distinciones de la Suplementación con la anemia

Condición	Suplementación
Niñas y niños prematuros, menores de 1 año	Sulfato ferroso en gotas
Niñas y niños menores de tres años nacidos en el tiempo y peso adecuado	Sulfato ferroso en jarabe
Niñas y niños entre 6 - 36 meses nacidos en el tiempo y peso adecuado	Multimicronutrientes en polvo

Adaptado de: Unicef (2010)

La suplementación de hierro en gotas tendría como beneficiarios a los niños prematuros y/o bajo peso al nacer, y a los niños menores de un año. Por otro lado, la suplementación de hierro en jarabe será para los niños menores de tres años que hayan nacido en el tiempo y con el peso conveniente. Por último, la Suplementación con MMN, será para los niños entre los 6 y 35 meses de edad, nacidos a término y con un adecuado peso al nacer (al igual que en el tipo de suplementación anterior).

A partir de esto, se puede observar que en aquella fecha -año 2012- no existía una diferenciación clara entre los beneficiarios de la Suplementación de hierro en jarabe y los de la Suplementación con MMN, según lo indicado en la Directiva Sanitaria 050. Se presume que esta situación se habría generado al tratarse de un periodo de transición entre el uso de una estrategia y otra; ya que, debido a factores mencionados anteriormente -como la mayor eficacia de los MMN, el menor cambio generado en el sabor de las comidas, así como un menor costo de adquisición de estos (Junco, 2015)- se decide reemplazar en su totalidad, la suplementación en jarabe con sulfato ferroso por la suplementación con MMN. Cabe mencionar, que esto fue corroborado en una entrevista con el Lic. Oscar Aquino Vivanco - Ex Director General del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

Por otro lado, no es ajeno que esta transición, entre una estrategia suplementaria y otra, causó un impacto negativo para el país; pues no se contó con ningún tipo de intervención para erradicar la anemia infantil durante casi un año. Así, tras entrevistar al Sr. José Castro, quien labora en el Centro Nacional de

Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), se supo más acerca del inconveniente en la fase inicial de implementación de esta estrategia. Sucedió que la primera compra de MMN, realizada a un proveedor local, no alcanzó para cubrir todo un año de suplementación por una mala estimación de la demanda (o beneficiarios potenciales), motivo por el cual se tuvo que recurrir a compras especiales en el exterior.

Además, en base a la entrevista con el licenciado Oscar Aquino, se sabe que el barco que transportaba estos MMN desde el exterior sufrió un accidente a causa de un tifón, lo cual ocasionó que toda la mercancía que llevaba se echara a perder. Este escenario dejó al país sin cobertura de productos en contra de la anemia infantil por casi un año, pues tampoco había la posibilidad de recurrir al suplemento usado anteriormente, ya que al tener noticia de que a partir de ese momento se usarían los MMN, los antiguos proveedores del jarabe de sulfato ferroso dejaron de producirlo.

Probablemente, a raíz de esto, los índices de anemia - los cuales mostraban una tendencia decreciente- empezaron a aumentar a partir del año 2012 y no se mostró ningún cambio durante el siguiente año, tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 3: Evolución de los índices prevalencia de Anemia

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional (%)	42.5	42.5	50.4	50.3	41.6	44.5	46.4
Urbano (%)	38.8	38.8	46.8	46.6	37.5	39.9	43.8
Rural (%)	47.9	47.9	56.7	56.6	49.6	53.0	51.7

Adaptado de ENDES (2016)

Es así que, para setiembre del 2014, con el objetivo de establecer los criterios técnicos para la prevención de la anemia en niños menores de 36 meses -a través de la Suplementación con MMN-, se aprueba la Directiva N°056, como se observa a continuación:

[...] la Dirección General de Salud de las Personas ha propuesto el proyecto de Directiva Sanitaria que establece la Suplementación con Multimicronutrientes y Hierro para la Prevención de Anemia en Niñas y Niños Menores de 36 meses, con la finalidad de contribuir a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional, en reemplazo de

la Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años, aprobada por la Resolución Ministerial N° 945-2012/MINSA.

Es decir, la Directiva N° 056 ya no considera el uso del sulfato ferroso en jarabe y se concentra solamente en el uso de MMN. Es importante mencionar que esta directiva es emitida en reemplazo de la N°050. De esta manera, se tiene que los objetivos específicos de esta normativa son: establecer los esquemas de suplementación y procedimientos técnicos básicos que permitan el cumplimiento de la suplementación con MMN; así como también, la especificación en los roles de los Centros de Salud, en conjunto con la participación de la comunidad para el cumplimiento del esquema de suplementación establecido.

Siendo entonces el objetivo central de la estrategia de Suplementación el de “Contribuir a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 3 años, y la protección de la salud y el desarrollo infantil temprano de éste grupo poblacional, para no tener ciudadanos con pocas oportunidades de desarrollo”, y cuyo ámbito de aplicación es en todos los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos, es decir, en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, EsSalud e Instituciones de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

Tras haber definido el objetivo final de la estrategia, es importante conocer el contenido de los MMN y quiénes son los beneficiarios directos:

En primer lugar, los MMN o comúnmente llamados “chispitas, son sobres de 1gr, cuyo contenido son vitaminas como: hierro (12.5 mg), zinc (5mg), vitamina A (300 mg), vitamina C (30mg) y ácido fólico (160 mg.). Para que éste tenga el correcto efecto final, un niño sin anemia, se debe usar de la siguiente manera:

- En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño. Éste alimento, debe ser el almuerzo, preferentemente.
- Mezclar bien el total del contenido del sobre de MMN con las 2 cucharadas de comida separadas.
- Se debe alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

Ahora bien, ¿Quiénes son los beneficiarios directos de la ésta suplementación con MMN?:

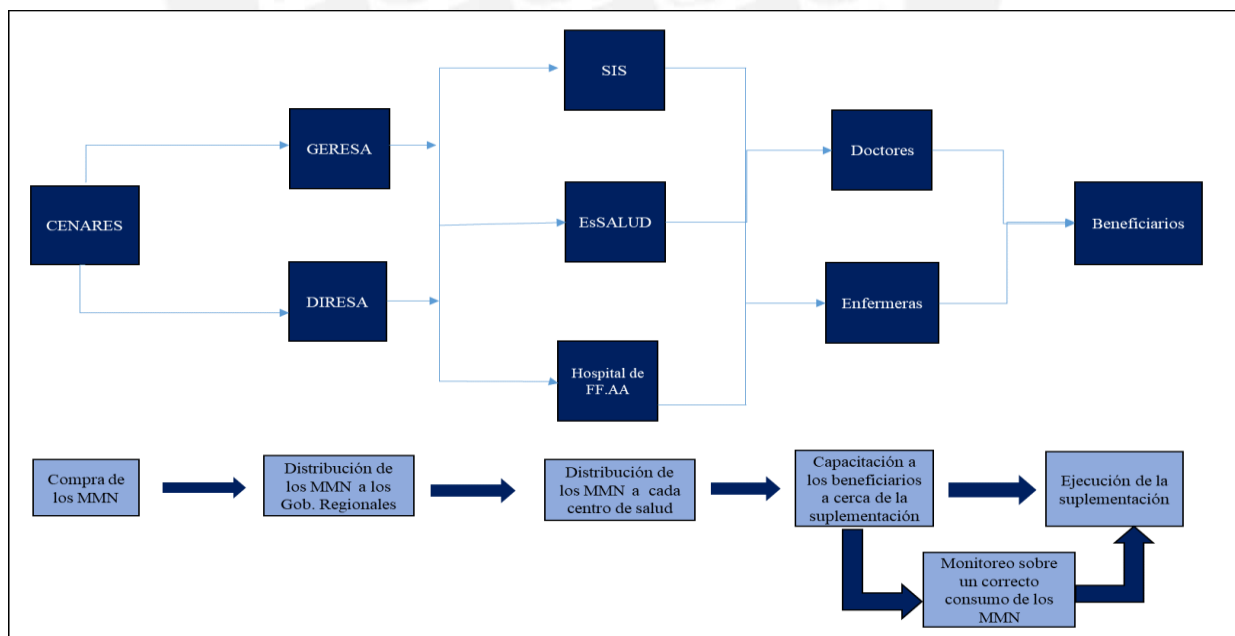
- Niñas y niños con bajo peso al nacer y/o prematuros, quienes deberán recibir los MMN desde los 30 días de nacido. En una primera etapa a través de gotas de sulfato ferroso (Hasta los 18 meses) y cuando son más grande, a través de un sobre de 1gr con MMN.
- Niñas y niños nacidos a término, pero con índices de anemia en su crecimiento, ellos tendrán alcance a la suplementación, a través de un sobre de 1gr con MMN.

Cabe mencionar, que según la Directiva N°058, para que un niño pueda formar parte totalmente de la estrategia, es sometido a una prueba de sangre previa para poder corroborar la existencia de anemia infantil en el menor.

3. Procedimientos y Stakeholders

Al haber definido quiénes son los beneficiarios directos del programa y cuál es el alcance de éste, es importante detallar el cómo llega el MMN a la madre de un niño que padece de anemia, es decir, ahondar en la cadena de valor de la estrategia. Desde este punto, se puede partir de que la suplementación con MMN es una intervención impulsada por el Ministerio de Salud (MINSA), en la cual aparecen diferentes actores que, en conjunto, logran hacer llegar los MMN a los hogares, conformando una cadena de hasta seis niveles.

Figura 15: Cadena de Valor de la Estrategia de Suplementación con MMN



Adaptado de Ministerio de Salud (2015)

Como primer nivel de la cadena de valor, esta CENARES - Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud -, órgano logístico del MINSA que se encarga de realizar las compras. Para que esto sea posible, la dirección de Estrategia y Nutrición, define la cantidad total que será necesaria para cubrir la demanda poblacional de los MMN durante un año, según esa estimación, CENARES realiza la compra. A través de la Ley de Contrataciones del Estado, cuando este realiza las compras en el mercado nacional debe hacerlo a través de convocatorias, quedándose con el proveedor que brinde un precio menor - independientemente de la calidad de éste -. Es por esto que, en un principio las compras se realizaban a un precio de 0.17 por cada sobre a un proveedor nacional; sin embargo, a partir del 2015, se decidió realizar un convenio con UNICEF y poder obtener el producto a un precio menor. Actualmente, el precio de cada sobre es de 0.07 soles. Esta información corroborada por el Sr. José Castro.

Asimismo, CENARES se encarga de la distribución de los MMN hacia todas las provincias del país, a través de las GERESAs y DIRESAs correspondientes. Es a través del IGSS¹ que se realizan los despachos hacia todos los hospitales de Lima y Callao, mientras que, para provincia, el despacho es a través de un servicio tercerizado. CENARES, es el responsable de que cada GERESA y/o DIRESA cuente con la cantidad necesaria de MMN para abastecer a la demanda.

1

Ya en el tercer nivel, están los ejecutores de la suplementación. Por un lado está la Dirección General de Operaciones en Salud, ex IGSS – Instituto de Gestión de Servicios de Salud, organismo público ejecutor, que al estar adscrito al Ministerio de Salud, su misión es hacer realidad cualquier política o plan que involucre recursos humanos, médicos y de infraestructura; es decir, ellos se encargan de la ejecución y planificación del como llegarán los MMN a los hogares; esta tarea es realizada junto con todas las GERESAs – Gerencia Regional de Salud, y DIRESAs – Dirección Regional, quienes al ser supervisadas por el IGSS, ejecutan el programa por región y/o provincia, según sea el caso, lo cual logra que la tarea sea descentralizada y más completa.

La parte más importante de la cadena de valor de la Suplementación es en la entrega y explicación del consumo de los MMN. El Estado controla y se asegura - en parte -, que las madres reciban los sobrecitos a través del Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años- CRED, el cual se da en los controles pediátricos de los niños y tiene como objetivo último la identificación oportuna de posibles focos de enfermedad, de manera tal que se puedan implementar estrategias de prevención de dicha enfermedad. En línea con esto, es que la suplementación con MMN es ad hoc al CRED, de forma tal que ambas estrategias van de la mano en pro del desarrollo y cuidado infantil. Así

¹ El Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS dejó de existir este año. El nombre actual de esta institución es la Dirección General de Operaciones en Salud perteneciente al Ministerio de Salud

mismo, es en los controles pediátricos del CRED, donde se explica a las madres de familia el proceso de uso de los MMN, así como los diferentes beneficios y cambios a largo plazo que tendrán sus hijos al consumir los MMN; donde se espera que en los próximos días la madre ponga en práctica lo que se le explicó, esperando que los índices de anemia de su niño se reduzcan.

Finalmente, en la última fase de la cadena de valor, a través de los médicos y enfermeras, está el monitoreo de la estrategia. Según la Directiva N°056, el principal medio a través del cual se realiza el monitoreo, son las visitas domiciliarias a los hogares a todos los beneficiarios de la Suplementación, con el fin de asegurar el consumo de los MMN. La primera visita ha de realizarse dentro de la segunda semana de iniciado el consumo de los MMN (7-15 días), la segunda visita debe realizarse a los dos meses de iniciada la suplementación o cuando las madres no acudan al recojo de los MMN y la tercera visita debe realizarse a los 9 meses. La Directiva, además, indica, que las visitas han de durar 60 minutos aproximadamente, pues no sólo deben asegurarse de la correcta preparación de los MMN, sino también educar a las madres acerca de las buenas prácticas en almacenamiento de comida, lavado de manos y limpieza sanitaria de su domicilio.

Por otro lado, otro mecanismo de monitoreo que indica la Directiva N°056, es a través de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos, así como las charlas de concientización en alimentación saludable impartidas por la nutricionista del centro de Salud. Cabe mencionar, que todos estos mecanismos irían de la mano con una estrategia de comunicación constante en toda la comunidad.

Sin embargo, los mecanismos de monitoreo establecidos o propuestos por la directiva que rige esta intervención, no solo no se estarían cumpliendo en la realidad, sino también estarían planteados bajo un escenario ideal y estándar de presupuesto y disponibilidad de recursos humanos. Más adelante, se dará un mejor alcance sobre estos puntos.

4. Evolución y Resultado Actuales

Como se mencionó en párrafos anteriores, son varias las lecciones que el piloto de Suplementación dejó por mejorar, aspectos que han cambiado desde la publicación de la directiva 056 y nuevas oportunidades de mejora identificadas en la suplementación con MMN. Una de las lecciones más resaltantes, fue la necesidad de contar con una estrategia comunicacional que explique la importancia de la alimentación complementaria dentro de la dieta de un niño. Es entonces que, a finales del 2014, se lanza Nutriwawa, la línea de acción comunicacional para la prevención de la anemia en el país. Esta estrategia se presenta como el principal apoyo a todas las intervenciones enfocadas en nutrición infantil

implementadas por el Ministerio de Salud, y busca brindar el conocimiento adecuado a las gestantes, padres de niños menores de tres años y a la población en general, en temas de alimentación y nutrición, para así complementar las acciones de educación y adopción de prácticas saludables en la alimentación que se buscan conseguir con estrategias como la de suplementación con MMN.

Es a través de la instalación de 222 módulos en zonas priorizadas a nivel nacional, en centros de salud y en centros maternos infantiles, Nutriwawa busca beneficiar a 700 mil niños y niñas menores de tres años, a través de información por redes sociales, entrega de material gráfico informativo, difusiones en medios de comunicación masiva, talleres y movilizaciones sociales. (Ministerio de Salud, 2014). Cabe resaltar, que, en línea con las lecciones aprendidas en el piloto, el desarrollo de acciones se llevará a cabo a través de estrategias comunicacionales diferenciadas por zonas rurales y urbanas.

Sin embargo, según las bibliografías consultadas y entrevistas realizadas, esto no estaría funcionando como debería. Si bien, Nutriwawa cumple con el objetivo de ser el apoyo principal a las estrategias nutricionales, a través de las distintas acciones comunicacionales que ha emprendido durante más de un año, estas no logran el impacto esperado al no ser diferenciadas entre beneficiarios. Es decir, las acciones de comunicación son las mismas para quienes viven en una zona urbana y para los que viven en zonas rurales, aun cuando se indica lo contrario en el Plan para la Reducción para la Desnutrición Crónica y prevención de la anemia. Es por esto, que un gran número de beneficiarios, no se sienten identificados con las intervenciones, no entienden o dejan inconcluso el tratamiento preventivo, al no tener una explicación clara en términos que resulten familiares para ellos. Ejemplo de esto, es el hallazgo que presenta Guillermo Junco en su investigación acerca de la suplementación con MMN en la ciudad de Vinchos - Ayacucho; en ésta cuenta, las diferencias que un médico del centro de salud puede percibir: “Yo puedo hacer la mejor presentación visual y en contenido para ellos. Pasará un día y se les habrá olvidado lo que les expliqué. Pero, si viene otra persona que les cuenta en quechua, y en palabras que ellos entienden, créame que no lo olvidan. Lo valoran más”. En suma, para que las intervenciones nutricionales implementadas por el Estado, puedan tener el impacto esperado, siguen resultando necesarias acciones comunicacionales diferenciadas por grupo de beneficiarios, de ésta forma, se tendría un mejor efecto de la suplementación.

Por otro lado, uno de primeros puntos que han cambiado desde que la Suplementación inició, es acerca del abastecimiento del producto. En base a la entrevista con el Sr. José Castro Z. -ejecutivo de la entidad a cargo de las compras de los MMN- que la modalidad de estas ha cambiado el último año, como se explicó en párrafos anteriores (comunicación personal, 22 de junio de 2016)

Así mismo, a principios del año 2016, se lanzó una nueva Directiva de Suplementación con MMN, la directiva N°068, la cual tiene variaciones importantes que permitirían el logro final de esta estrategia, la reducción de la anemia. Para empezar, esta estrategia nace bajo el contexto que la anemia al 2015 tiene una prevalencia del 43.5 % (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016), es decir, como ya se ha mencionado, a pesar de la existencia de la Suplementación con MMN, los índices de anemia se incrementan, en lugar de disminuir; además, **a diferencia de la Directiva N°058, donde se establece que solo los niños con anemia recibirán la suplementación, esta establece que todos los niños - que tengan o no tengan anemia – a los seis meses de edad, empezarán a recibir la Suplementación con MMN.** También hace énfasis en la preparación de los MMN, pues establece que deben ser consumidos durante los primeros 20 minutos de servida la comida, de otra forma, la comida tomará un mal sabor. A diferencia de la Directiva N°050, donde establecía que los MMN no cambiaban el sabor de la comida en ningún momento.

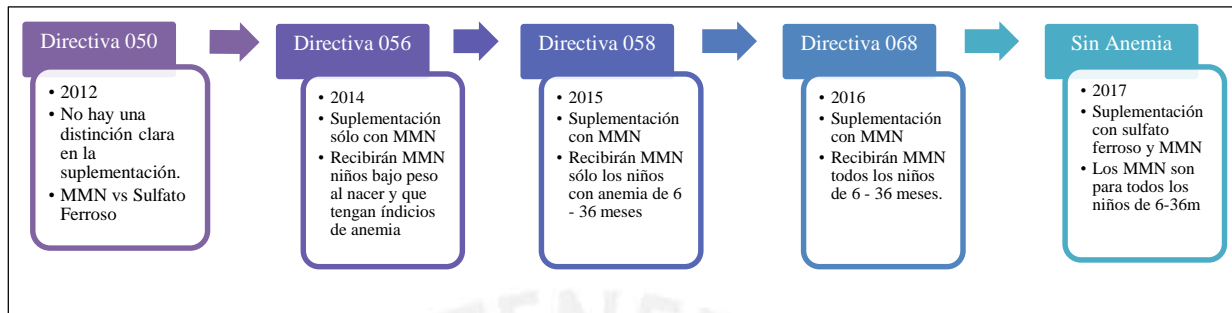
Con respecto a las diferencias en el Monitoreo, el principal cambio es en la periodicidad de las visitas domiciliarias, ya que establece que “Todas las madres que no recojan oportunamente sus MMN o cuyo consumo sea bajo, recibirá **por lo menos 3** visitas domiciliarias durante todo el proceso de Suplementación”. Además, le dan una mayor relevancia a la tarea de seguimiento a las GERESAs y DIRESAs regionales, pues las hace responsables de la organización, supervisión, monitoreo y evaluación. Sin embargo, tal y como sucedía con la Directiva N°058, esto no se cumple en la realidad.

Es importante mencionar, que, en junio de este año, se lanzó la estrategia comunicacional Sin Anemia, programa también impulsado por el Ministerio de Salud. Las principales variaciones que se encuentran con la Suplementación con Multimicronutrientes, es que este promueve el uso bajo medicación del Sulfato de Jarabe Ferroso, por contener mayores niveles de hierro, a diferencia de los MMN (entre 20 y 40mg de hierro por cucharada versus 12 mg de hierro) (comunicación personal 26 de junio de 2017). La posición actual que han tomado los MMN, es de prevención para todos los niños de 6 – 35 meses, independientemente de si estos tienen o no anemia; y de encontrar a un niño con anemia, estos serán tratados con Sulfato de jarabe ferroso, ya no solo con MMN. Si bien, este cambio es importante en la contribución para disminuir la tasa de anemia del país, no afecta en gran medida a esta investigación.

Como se puede entrever, en menos de tres años la política pública ha tenido cambios sustanciales en su formulación, pasando por cuatro directivas de salud distintas, donde se ha cambiado el beneficiario final de la suplementación, así como la forma de suplementar a beneficiario, lo cual vuelve mucho más

vulnerable el éxito y ejecución de la intervención, tanto para los ejecutores, los médicos y enfermeras, como para los beneficiarios finales de esta.

Figura 16: Cambios en la Suplementación con MMN



Desde el lado del monitoreo, eje central de esta investigación, resulta perjudicial la constante vulnerabilidad de la política pública; puesto que no se puede realizar el seguimiento adecuado sobre una base inconsistente, impidiendo así obtener certera información sobre el desempeño de la intervención para una toma de decisiones adecuada en busca de mejorar los resultados. En los siguientes capítulos, se detallará cual es la metodología que rige esta investigación, así como las herramientas de investigación y recolección de información usadas en el trabajo de campo llevado a cabo en la Microred de Concepción.

CAPÍTULO IV: ASPECTOS METODOLÓGICOS

En las siguientes líneas se describirá el tipo de investigación realizada y la metodología de investigación utilizada. Así mismo, se dará mayor detalle acerca del trabajo de recolección de información, la sistematización, análisis y presentación de resultados finales.

1. Alcance, tipo de diseño y enfoque de la investigación

La presente investigación se encuentra centrada en la Microred de Concepción, provincia de Junín, donde, como se ha mencionado a lo largo del documento, la región presenta un comportamiento atípico con respecto a la prevalencia de anemia en niños entre los 6 y 35 meses de edad; puesto que, a pesar de las diferentes intervenciones en salud ejecutadas, los índices aumentan en lugar de disminuir. A partir de esto, es que la investigación tendrá un alcance **descriptivo**, puesto que se enfoca en detallar la realidad del campo junto con teoría existente, para dar mayor evidencia y/o explicación del fenómeno estudiado. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) Así mismo, se escoge como tipo de diseño al **estudio de caso**, debido a que el objetivo planteado por este va direccionado a lo que se busca lograr con esta investigación: encontrar respuestas en un escenario y momento determinado, por lo cual se dice que este tipo de diseño no podría ser una formulación de una verdad universal. (Castro, 2010).

Por otro lado, el enfoque que tendrá la investigación es **mixto**, pues permite lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno estudiado. (Newman citado en Castro, 2010) A partir de lo cual, Todd y Lobeck (2004 citado en Castro, 2010) sostienen que si son empleados dos métodos —con fortalezas y debilidades propias— que llegan a los mismos resultados, se incrementa nuestra confianza en que éstos son una representación fiel, genuina y fidedigna de lo que ocurre con el fenómeno estudiado. Tomando en cuenta lo mencionado, en el estudio de caso se usará un enfoque **cuantitativo como cualitativo** (CUALcuan) a fin de lograr un mayor entendimiento del fenómeno en cuestión. En este caso esto resulta especialmente importante debido a que se busca comprender las necesidades de los beneficiarios finales de la estrategia en estudio, lo cual conlleva al uso de herramientas que permitan lograr una mayor profundidad. Es así que:

El enfoque cualitativo, por lo común, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente se prueban hipótesis (Grinnell,1997). Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible, y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre

las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal y como lo observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernández Sampieri, et al., 2010, p. 533)

A pesar de que el enfoque es principalmente cualitativo, el enfoque cuantitativo resulta importante para la investigación, puesto que el Monitoreo – concepto central de la investigación – se centra en variables e indicadores que se fundamentan en mediciones numéricas, así como para obtener los resultados de las encuestas aplicadas, como una de las herramientas de recojo de información. Por lo cual es necesario calcular una muestra representativa de la población de Concepción de 6 – 35 meses, para poder generalizar los resultados (Hernández Sampieri, et al., 2010).

2. Secuencia metodológica

La secuencia metodológica de esta investigación se apoya en la revisión de literatura constante, así como en la obtención de fuentes primarias a través de las diferentes herramientas de recolección de información.

En primer lugar, se estudió con mayor profundidad los temas o conceptos que competen a esta investigación, los cuales han sido explicados en el Marco Teórico. En este punto se incluyó tanto las definiciones teóricas, así como la historia, evolución y situación actual de la Suplementación con MMN. Al tener claro el contexto a investigar, en segundo lugar, se definieron las variables de estudio, puntos de relevancia y decidir las herramientas cualitativas y cuantitativas más convenientes para el recabo de información; las cuales fueron actualizadas en la Matriz de Consistencia (ver Anexo B). Paralelamente, se entrevistó a los principales *stakeholders* del programa, como son los directivos de la estrategia de Suplementación con MMN, así como personal de directivas asociadas del Ministerio de Salud

En tercer lugar, se realizó el trabajo de campo, el cual se dividió en dos: la oferta vs la demanda. En el caso de la oferta, se realizaron entrevistas semi estructuradas a enfermeras, técnicas de salud y encargada principal de la estrategia de Suplementación en la Microred de Concepción. En el caso de la demanda, por el lado cuantitativo, se realizaron encuestas a una muestra de la población, bajo la pregunta sesgo de ¿Su hijo (a) consume o ha consumido las chispitas? y por el lado cualitativo, se realizó un focus group con 8 madres de niños menores de 35 meses que consumían chispitas, con el fin de aclarar y profundizar preguntas no resueltas en las encuestas, además de darle mayor validez a la investigación. Cabe mencionar, que para ambos casos, se realizaron guías de observación cualitativa, previo al contacto

directo con los actores, con el fin de tener un panorama general de la situación. Terminada esta tercera fase, se sistematizó la información, a través de base de datos y transcripción de entrevistas.

Por último, se procedió a analizar toda la información recopilada, para formular el capítulo analítico que permitirá presentar los resultados finales, conclusiones y recomendaciones.

Figura 17: Secuencia metodológica



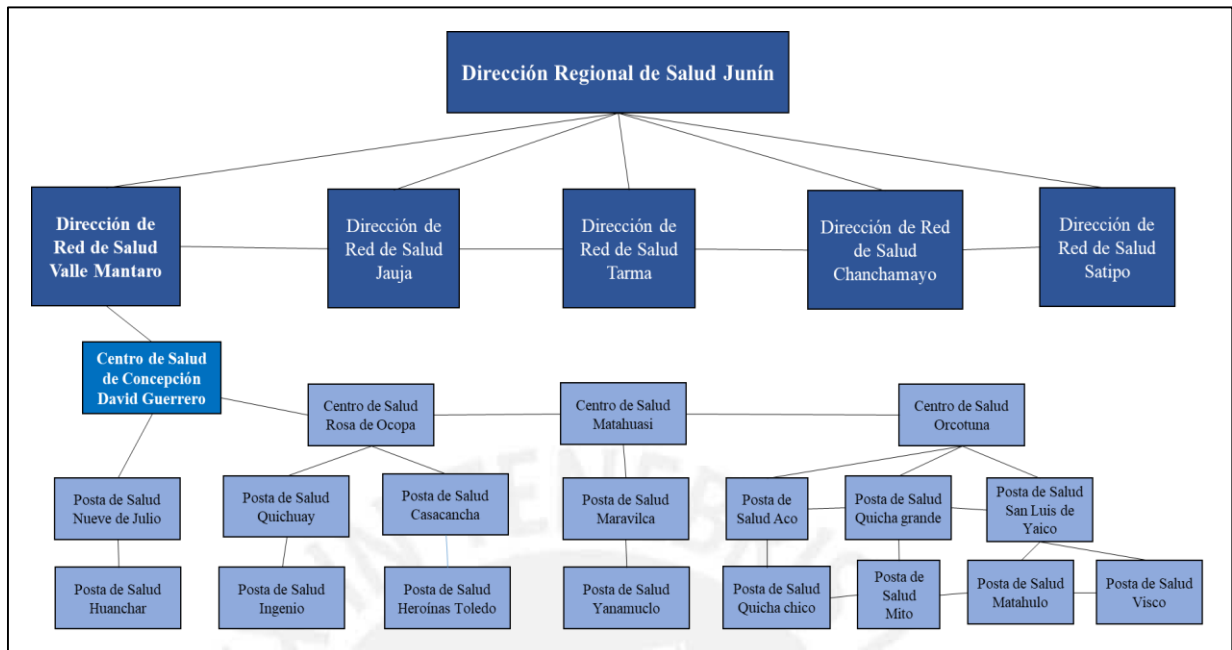
3. Triangulación de datos

La triangulación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación en el estudio de un mismo objeto; pueden ser de 4 tipos: de datos, de investigador, teórica y metodológica. (Arias, 2000) En esta investigación se hará uso de la estrategia de triangulación de datos debido a la disponibilidad de gran diversidad de fuentes de diferente naturaleza (tal como artículos científicos, económicos, leyes, entre otras) que harán posible obtener una gran ventaja teórica. Además, una de las ventajas que ofrece la triangulación de datos, es que permite observar el problema desde varias perspectivas, lo cual permitirá aumentar la validez y consistencia de los hallazgos (Hernández Sampieri, et al., 2010).

4. Metodología de recolección de datos

Con respecto a la identificación de los *stakeholders* entrevistados, esta fue en base a quienes han sido responsables de la creación de la Suplementación con MMN según las directivas y resoluciones ministeriales presentadas por el Ministerio de Salud. Muchas de las personas entrevistadas, recomendaron conversar con otras también expertas en el tema, de manera tal que se podían cubrir todos los puntos de investigación.

Figura 18: Organigrama DIRESA Junín



Adaptado de Dirección Regional de Salud Junín (s/f)

La Microred de Salud de Concepción, pertenece a la Red de Salud Valle Mantaro, y a su vez, esta pertenece a la DIRESA de Junín. A partir de esto, se identificó a los actores clave tanto del lado de la oferta, es decir, responsables de la suplementación desde el lado administrativo, enfermeras, técnicas y la coordinadora de la Suplementación y del lado de la demanda, los beneficiarios dentro del centro de salud. Es importante mencionar que para poder tener un contacto tanto con el personal de salud como con los beneficiarios el tiempo que tomó realizar el trabajo de campo dentro de la Microred, se tuvo que pedir permiso al Director de la Microred. Para obtener la información necesaria del lado de los encargados de la Suplementación, se utilizaron herramientas de investigación cualitativa, se realizaron entrevistas semi – estructuradas, puesto que de esta forma el entrevistado puede sentir mayor libertad y flexibilidad en contestar las preguntas. Es decir, se realizó un muestreo de expertos, puesto que se buscó recoger la perspectiva de las especialistas a cerca de la situación actual de la anemia, y de cómo se da el Monitoreo en la Microred. (Hernández Sampieri, et al. 2010).

Desde el lado de la demanda, dentro de las herramientas cualitativas, se optó por un muestreo homogéneo, ya que este describe a un subgrupo en profundidad (Hernández Sampieri, et al., 2010), lo cual va en línea con el alcance descriptivo de esta investigación. Así mismo, se utilizó un muestreo de bola de nieve, puesto que entre las propias beneficiarias ayudaron a contactarnos con más beneficiarias, que participarían más tarde en el *focus group* realizado con 8 madres beneficiarias.

Es importante mencionar, que tanto las enfermeras, técnicas, encargada y madres participantes del *focus group*, firmaron un consentimiento informado (ver anexo C).

Por otro lado, por el lado de las herramientas de investigación cuantitativas, se realizaron encuestas a las madres de niños de 6 – 35 meses que asistían a su control CRED mensual, dentro y en los alrededores de la Microred de Salud de Concepción. Para calcular el tamaño de la población a encuestar, se tomó la base de datos proporcionada por la Microred, con datos actualizados de la cantidad de niños que abarca la Microred de Concepción por meses, hasta los 60 meses. Con una población de 700 niños menores de tres años, se realizaron los siguientes cálculos para obtener el tamaño de muestral óptimo:

Figura 19: Fórmula del tamaño muestral

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Adaptado de: Hernández Sampieri et al. (2010)

Donde:

n: tamaño de la muestra a calcular

N: tamaño del universo: 700

Z: nivel de confianza: 95% - Z = 1.96

d: margen de error: 5%

p: heterogeneidad : 50%

q: (1-p) = 50%

Al realizar los cálculos correspondientes, es que se obtiene que una muestra representativa de la población, serán de **180 encuestas** (ver Anexo M). La manera en cómo se llegaron a esas 180 madres beneficiarias encuestadas, fue a través de un muestreo homogéneo y por conveniencia. Los días donde se realizaron las encuestas, fueron los lunes, martes y viernes por las mañanas, pues por lo que se pudo observar y conversar con el personal médico, son los días donde las madres atienden con mayor afluencia. Es así que, para ser encuestadas se utilizó como pregunta filtro: “¿Su hijo a consumido o consume las chispitas?”.

Finalmente, es importante mencionar que el análisis hecho en el siguiente capítulo, busca comparar las diferencias en perspectivas desde quien brinda el servicio de Suplementación, es decir, el Estado, versus, quienes lo reciben, las madres y sus niños menores de 36 meses; esto de la mano de las variables identificadas como importantes en cada herramienta de investigación. El detalle de estas, se encuentra en la Matriz Metodológica (ver anexo B).

CAPÍTULO V: LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN LA MICRORED DE CONCEPCIÓN

En el presente capítulo se realizará el análisis del trabajo de campo realizado en la Microred de Salud de Concepción, situada en la provincia del mismo nombre; el recojo de información se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2016, los días lunes, martes y viernes por ser los días de mayor afluencia de pacientes en la Microred.

Para fines del análisis se separarán a los actores en 2 grupos: por un lado, se tendrá a los prestadores de servicio quienes formarán parte del grupo de oferta u provisión; por otro lado, se tendrá a los beneficiarios quienes conforman el grupo de la demanda. Para este fin y como se mencionó en el capítulo anterior, se usaron diferentes instrumentos como entrevistas, encuestas, guías de observación y focus group. A continuación, se muestra los instrumentos de análisis usados por actor.

Tabla 4: Herramientas de recojo de información por actor

Actor	Instrumento
Microred de Salud	Guía de Observación
Encargada CRED	Entrevista
Enfermera	Entrevista
Técnica en enfermería	Entrevista
Nutricionista	Entrevista
Beneficiarias	Encuestas Entrevista Focus Group

1. Contexto Situacional

Como se ha ido explicando a lo largo de la investigación, la provincia de Concepción, está ubicada en el departamento de Junín, siendo la sexta provincia en tamaño geográfico y número de población (3068 Km y 59,736 respectivamente); cuenta con 15 distritos, siendo Concepción la capital de la provincia del mismo nombre. (Banco Central de Reserva del Perú, 2012). Conocida por ser una ciudad heroica y principalmente agrícola, abarca aproximadamente el 5.7% de la población total de Junín. (Municipalidad Provincial de Concepción, s/f)

A dos cuadras del centro de la ciudad, está ubicada la Microred de Salud David Duarte Guerrero, perteneciente a la Red Salud del Valle del Mantaro, especializada en pediatría y ginecología, Atiende a 19 distritos aledaños a la zona – no todos pertenecientes a la provincia -.

Figura 20: Microred de Salud Concepción



La Microred está ubicada exactamente en Jr. Nueve de Julio s/n, en el distrito de Concepción, consta de un piso, está hecha de material noble y abarca aproximadamente una manzana. Al encontrarse a dos cuadras de la plaza central de la provincia, es una zona medianamente concurrida; cerca se pueden encontrar comercios minoristas, restaurantes y dos farmacias, un poco más lejos se encuentra el colegio primario de la zona.

Con respecto a las vías de acceso a la Microred, son bastante amplias, desde transporte público – la mayoría de las líneas tiene como lugar de partida la provincia de Huancayo y se dirigen hasta el último distrito de Concepción -, moto taxis, hasta transporte privado: aunque la mayoría de personas o pacientes llegan a pie a sus consultas; puesto que antes han ido al colegio a dejar a sus hijos mayores, fueron a realizar las compras del día, no tienen suficiente dinero o viven cerca, por lo que prefieren caminar. Así mismo, la calle principal de la Microred está correctamente asfaltada, las de las zonas aledañas, están en camino a serlo; además, la zona detrás y cerca de la Microred, son prácticamente paisajistas y con pocas viviendas cerca

Figura 21: Zonas aledañas a la Microred de Salud de Concepción



Con respecto a las formas de acceso a la Microred, cuenta con dos entradas, una por la puerta principal y otra por la puerta de emergencia; ambas entradas dirigen a los consultorios y a la parte de hospitalización, además cuentan con accesos para discapacitados. Ya dentro del centro de salud, las instalaciones son antiguas y poco conservadas, puesto que carecen de cuidado en la conservación de estas, los módulos de atención, camillas, sillas, instrumentos médicos, servicios higiénicos y demás, están oxidados, rotos y tienen mal olor. Sin embargo, el alumbrado por las noches, aunque escaso, está presente en las zonas del hospital que lo necesitan, puesto que no todo el hospital mantiene las luces prendidas durante la noche, además cuentan con internet alrededor de toda la Microred.

Respecto a la infraestructura, los pacientes que se atienden aquí, en específico los beneficiarios de la Suplementación con MMN, concuerdan en que si bien funcionan y cumplen su cometido, las instalaciones donde sus hijos reciben atención mensualmente o en eventuales emergencias, podrían tener mejores condiciones, en especial, ser más limpias. Así mismo, la parte de hospitalización es pequeña, pues la Microred solo cuenta con 20 camas aproximadamente, para ser un centro de salud que abarca 19 distritos alrededor. Finalmente, en lo que respecta a la infraestructura, la señalización que un paciente puede encontrar dentro, es bastante vaga o desactualizada; ya que, la única información que se puede encontrar es acerca de programas que ya no están vigentes o publicidad de créditos hipotecarios y/o personales cuyo público objetivo son los médicos y enfermeras, mas no, los pacientes.

1.1 Sobre los beneficiarios y encargados de la Suplementación

Como se describió en el capítulo anterior, se tomó una muestra representativa de 180 beneficiarios de la Suplementación, por lo cual, para un mayor entendimiento del análisis realizado, es importante ahondar en las características básicas de los beneficiarios y en sus madres o adultos responsables; así como del personal médico del hospital que participa de la etapa de Implementación y Monitoreo de la Suplementación con MMN.

En primer lugar, por el lado de los beneficiarios, como se sabe, la Suplementación con MMN está orientada a los niños entre 6 a 35 meses de edad, donde según la muestra realizada a través de un muestreo homogéneo y por conveniencia, la mayor parte de beneficiarios se concentran entre los 6 y 18 meses de edad; siendo 103 hombres y 77 mujeres.

Tabla 5: Distribución por edad de los beneficiarios

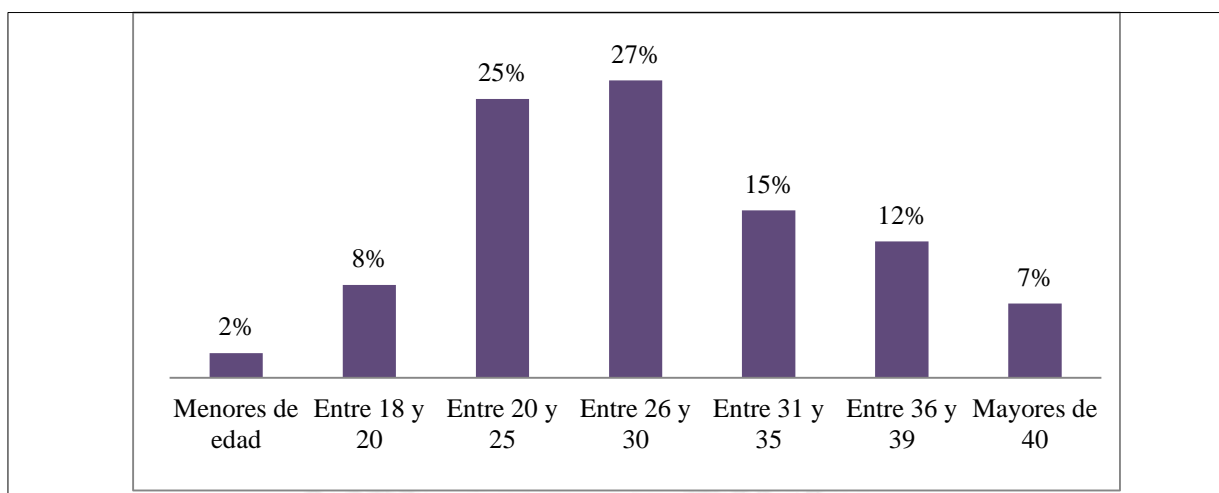
Edad de los menores	#
Entre 6 y 12 meses	61
Entre 13 y 18 meses	46
Entre 19 y 24 meses	38
Entre 25 y 30 meses	14
Entre 31 y 35 meses	9
De 36 meses a más	12

Cabe mencionar, que **los niños mayores de 35 meses que aún reciben la Suplementación** – a pesar que la Directiva N° 068 dice lo contrario – lo hacen, pues aseguran que es por propia recomendación de las enfermeras que continúan como beneficiarios de la estrategia por prevención; sin embargo, las madres aseguran que aún no saben si su hijo sigue siendo o es anémico, a pesar del consumo de los MMN. Resaltan varios de los casos de las madres en el *focus group*:

Yo le di a mi hijito las chispitas hasta casi los 2 años, luego se las quitaron, y ahora que ya tiene casi 3 se las han dado de nuevo. Dicen que tiene anemia, pero yo lo veo igual (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

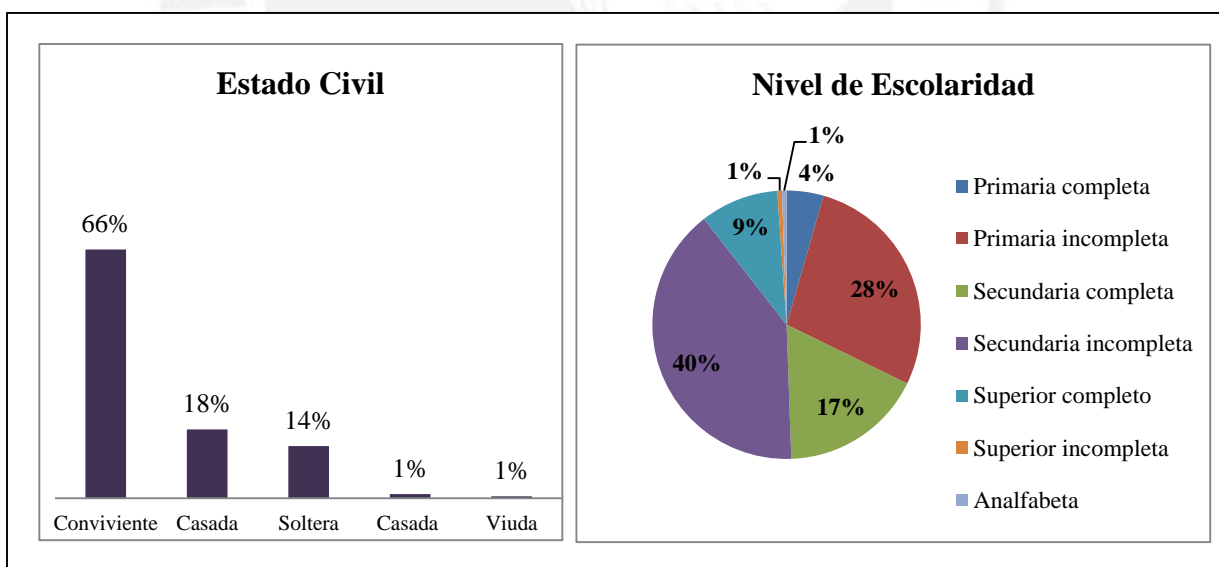
En segundo lugar, con respecto a quienes acompañan o llevan a los niños a sus consultas, son en su totalidad madres de familia – y amas de casa – que se concentran entre los 20 y 30 años de edad.

Figura 22: Edad de las madres de los beneficiarios



Además, se identificó que la mayoría de ellas tienen como estado civil conviviente y la mayoría de ellas cuentan con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, donde es importante recalcar, la importancia del nivel de escolaridad, como factor determinante para el correcto consumo de los MMN y en general del éxito de toda la aplicación de la estrategia sobre los niños

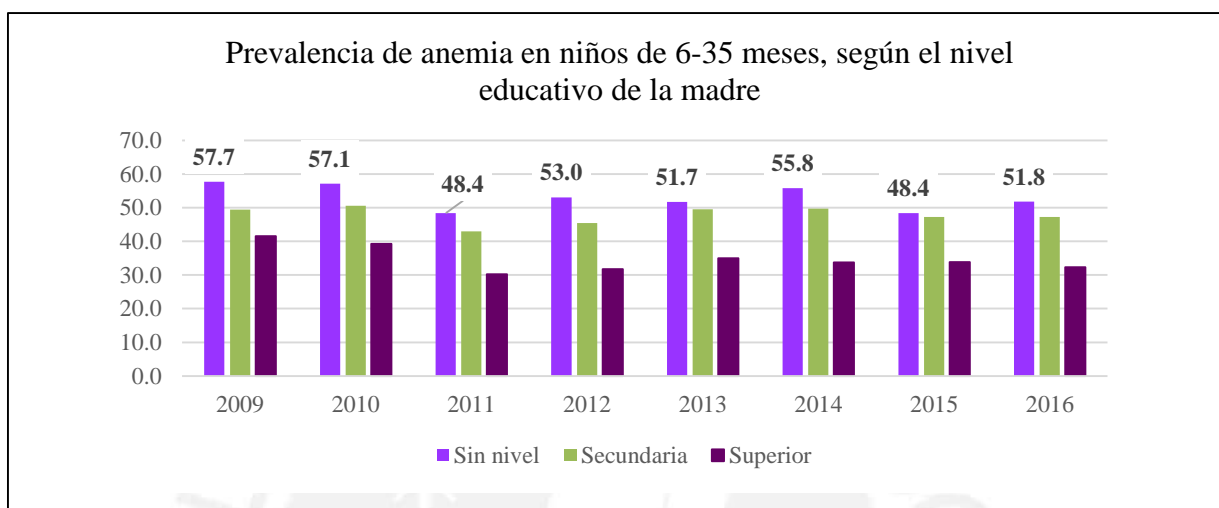
Figura 23: Relación Estado civil - Nivel de Escolaridad



Al ahondar en el análisis, se pudo identificar que del total de madres convivientes (119), el 35% cuenta con secundaria incompleta y le sigue el 23% con primaria incompleta. Al respecto y al conversar con las madres encuestadas sobre este punto – sin ser invasivos –, ellas comentaron que tuvieron que dejar el colegio al quedar embarazadas, puesto que tenían que cuidar a sus hijos y a su reciente hogar formado,

dejándonos claro que tenían más de dos hijos cada una. Cabe mencionar que esta información es también aceptada por el INEI, puesto que la prevalencia de anemia de un niño menor de 36 meses cuya madre no cuenta con educación versus la prevalencia de anemia de un niño cuya madre cuenta con educación completa (primaria y secundaria completa), varía en 19 puntos porcentuales aproximadamente.

Figura 24: Prevalencia de anemia según el nivel educativo de la madre



Por otro lado, con respecto al personal médico del hospital, según Eva Ancieta, coordinadora de los controles CRED y la Suplementación con MMN en Concepción, el personal encargado consta de 16 personas entre enfermeras y técnicas en total. Entre ellas, son divididas las funciones médicas hacia los niños en cada consulta CRED, así como en la implementación de las actividades de Monitoreo. Así mismo, se encuentra a una enfermera y una técnica por consultorio, siendo dos consultorios los destinados a los controles CRED y entrega de los MMN. (Comunicación personal, 17 de noviembre de 2016).

Las madres llevan una relación bastante cordial y sobretodo de respeto hacia las enfermeras que atienden a sus hijos, puesto que las tienen como sus superiores. En principio, podría creerse que es por el contacto tan cercano o poder con el que cuentan en la salud de sus hijos, puesto que es a ellas a quienes ven mensualmente, creen y obedecen en cualquier indicación dada – el contacto con los médicos, es solo en casos de enfermedad -. Mientras que el trato de las enfermeras hacia las madres, si bien era con respeto, era bastante hostil y cortante, es notoria la jerarquía que tienen tanto en la consulta, en los controles CRED y en la Suplementación con MMN.

Para concluir este apartado, es importante mencionar que se tendrá y ha tenido en cuenta las características de la población investigada, en especial la de las madres de los beneficiarios y técnicas de

enfermería, puesto que es a ellas, también, a quienes va dirigida la parte de implementación y monitoreo de la estrategia de Suplementación con MMN.

1.2 Sobre el Control CRED y la Suplementación con MMN

En este apartado, nos referiremos a las condiciones con respecto a la atención, infraestructura y procesos de interacción entre los beneficiarios y enfermeras en la entrega de los MMN, cabe resaltar, que todo este “proceso de entrega” se daba mensualmente en cada Control de Desarrollo y Crecimiento - CRED de los menores.

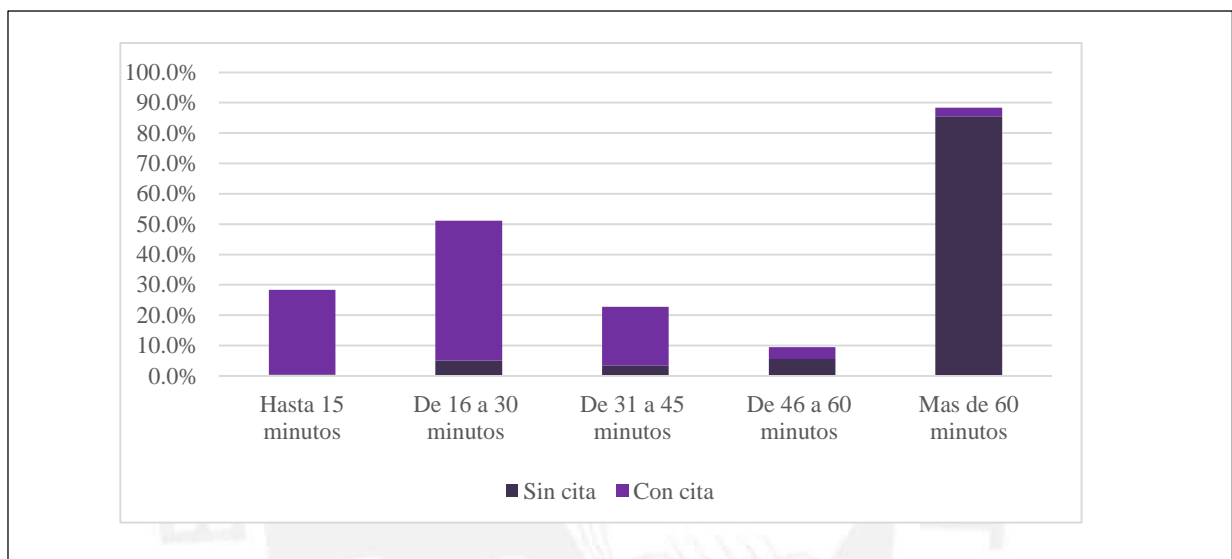
En primer lugar, el espacio asignado para los controles CRED y entrega de MMN ocupa el ala izquierda de la Microred, consta de dos consultorios, donde se encuentra información – desactualizada – acerca de la prevención e identificación de enfermedades, puesta oportuna de vacunas y un mapa de los distritos que atiende la Microred David Guerrero. Según la coordinadora de la suplementación y por lo que se pudo observar, se atiende entre 18 y 20 pacientes diariamente, a excepción de los martes y viernes que atienden todo el día por tener mayor afluencia de pacientes, en un horario de atención es de 7am a 1pm. (Comunicación personal, 17 de noviembre de 2016). La sala de espera, cuenta con un tamaño adecuado para recibir a dicha cantidad de personas, donde los pacientes y sus familiares pueden esperar sentados; solo en los momentos picos del día, entre las 9 y 10 de la mañana, algunas personas pueden esperar de pie, puesto que a las consultas suelen atender entre dos a tres personas (el menor, la madre y un acompañante). Ya dentro de los consultorios, los espacios son adecuados para las consultas médicas, cuentan con una camilla, un escritorio, una balanza antigua y un boticario donde las enfermeras guardan cosas personales y algunos medicamentos básicos.

Otro de los puntos a destacar, es el tiempo de demora por consulta mensual y el horario de atención. Por un lado, con respecto al tiempo de demora por consulta, según la Directiva de Salud N° 056, lanzada en el 2014, y la coordinadora principal de la Suplementación, cada consulta demora entre 60 a 45 minutos; sin embargo, la realidad observada es otra, ya que las consultas tienen una duración de 30 minutos como máximo en casos donde a los niños deben aplicarles alguna vacuna, situación a la que las madres de los niños están acostumbradas desde que empezaron a atender a los controles CRED; si bien afirman que podría ser mejor, no tienen mayor queja. En la entrevista, la coordinadora comentó:

Más es lo que nos demoramos en llenar todos los papeles de informes y controles que tenemos que tener, que lo que nos demoramos en atender de verdad a los niños. No tenemos computadora, por eso demoramos tanto en escribir cada detalle (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

Así mismo, con respecto al horario o demora en atención, las beneficiarias afirman que es algo que ha cambiado en el tiempo que son parte de la Suplementación con MMN, pues en un principio era por orden de llegada, independientemente de la hora en la que llegaran, esperaban por lo menos una hora “Mi niño se aburre mucho”, “Se esperaba mucho”, “No debería demorar”; sin embargo, desde mediados del 2016, la atención cambió al implementar un sistema de citas, dejando atrás las demoras, tal y como lo muestra el siguiente gráfico

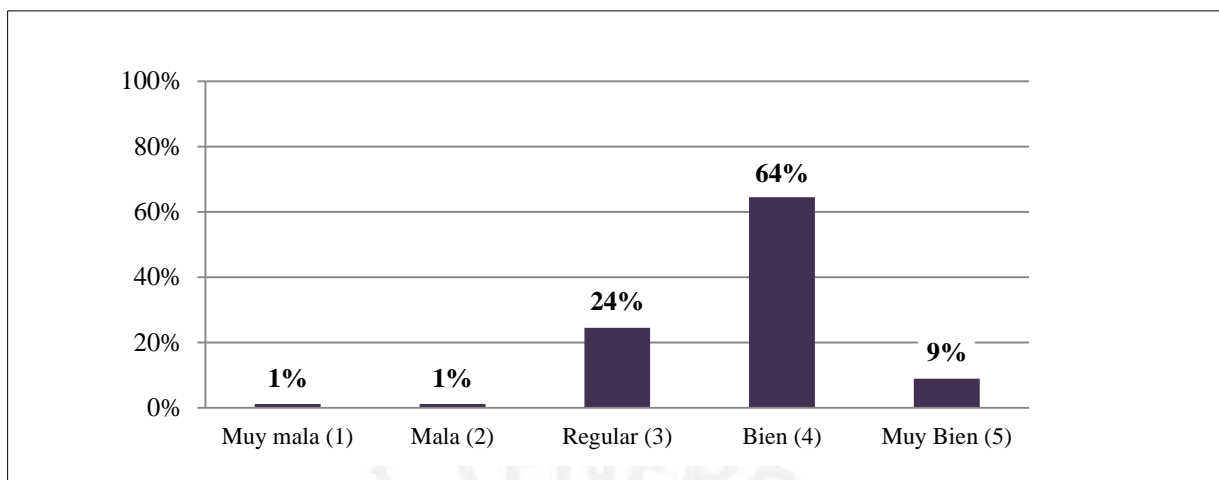
Figura 25: Cambio en la atención CRED



Mientras que, en un principio, el 85.6% esperaba más de 60 minutos en ser atendido, desde que se aplicó el sistema de citas el 46.1% demora entre 16 a 30 minutos en ser atendido y el 19.4% hasta 45 minutos, las madres están más satisfechas con la atención, pues aseguran que así ya no pierden el tiempo y aprovechan lo que queda del día en hacer sus quehaceres, “Mucho se esperaba. Ya están mejorando la entrega de las chispitas, así podemos ir a cocinar y atender a nuestros niños”, siendo un 78% de las madres quienes se encuentran satisfechas con el horario en el que son atendidas, mientras que el 22% restante, afirman que, con el sistema de citas, la atención ha mejorado, esta podría ser aún mejor, puesto que para ellas las consultas CRED no tienen mucha utilidad, más que la entrega mensual de los MMN. Es importante mencionar que la directiva actual que rige esta intervención, así como las directivas que han regido esta desde que se implementó, no hacen ningún énfasis en la manera en que los beneficiarios deben ser atendidos.

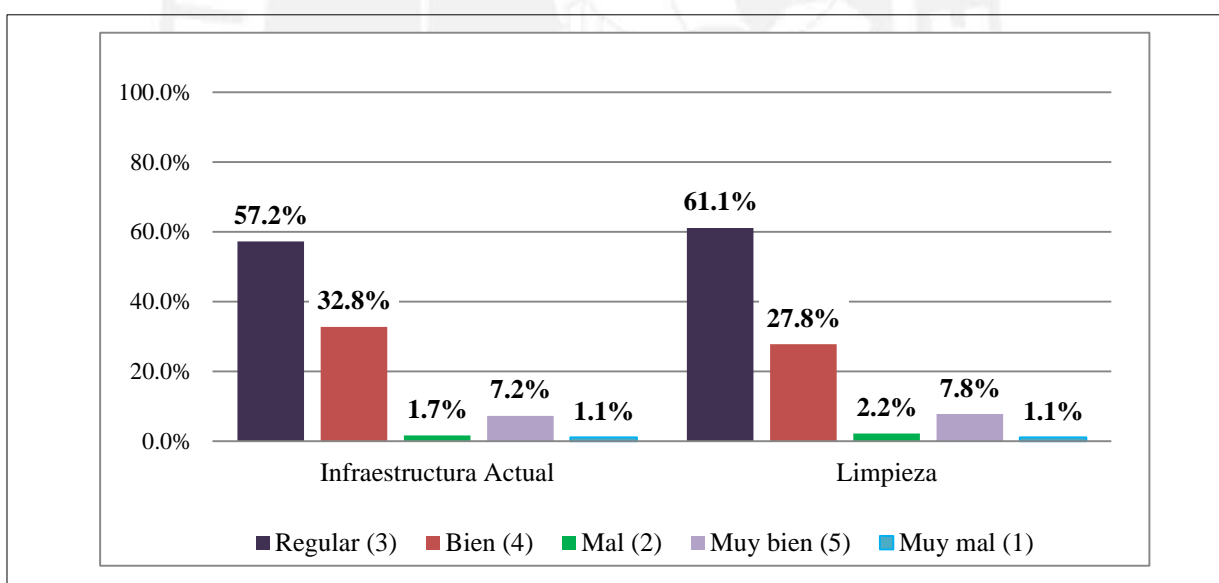
Por ende, lo que se puede entrever es que las madres se encuentran satisfechas con la calidad de atención que reciben en cada consulta CRED, donde el 64% considera como “Bien” la atención que recibe y un “24%” como regular.

Figura 26: Atención recibida en los controles CRED



Finalmente, con respecto a la condición de las instalaciones y la limpieza de estas, la calificación que se antepone es la de regular en ambos casos, pues todas las madres consideran que la situación actual, si bien no es mala, podría ser mucho mejor; en especial, la limpieza de los servicios higiénicos

Figura 27: Infraestructura actual y Limpieza en la Microred de Salud



Al tener mayor claridad, acerca del contexto en el que se desenvuelve la Suplementación en la Microred de Concepción, en las siguientes partes, se dará un análisis más claro acerca de los ejes importantes de esta investigación: la concepción de anemia, el proceso de la suplementación con MMN, y principalmente, el monitoreo.

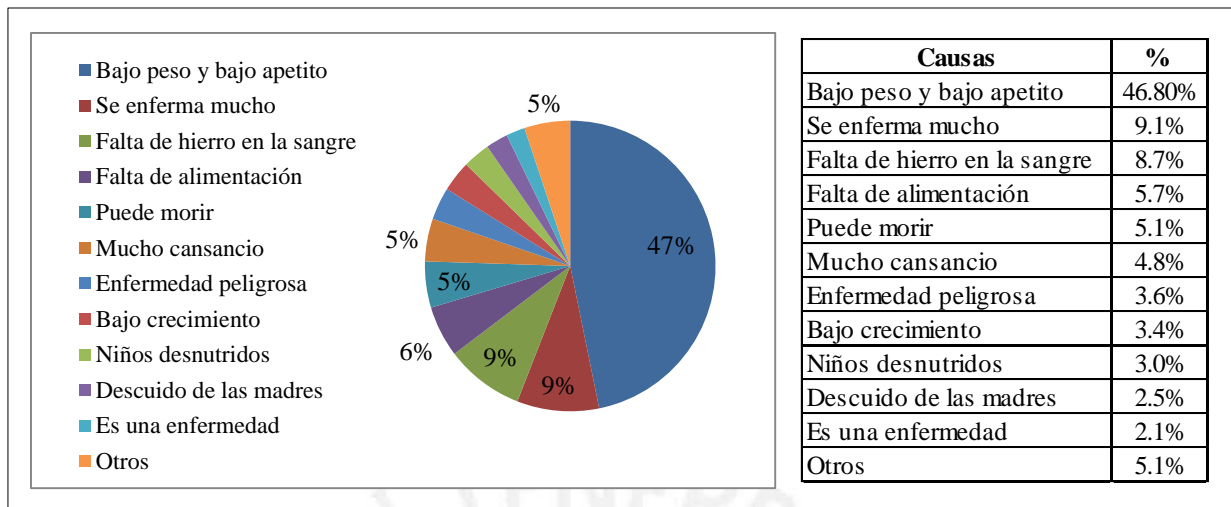
2. Concepción de la anemia

Más allá de existir diferentes programas que busquen terminar con enfermedades como la anemia o la desnutrición crónica infantil, se cree importante que los beneficiarios o población objetivo y quienes son los actores de estos programas, comprendan la razón de la existencia de estos para que el programa tenga un verdadero efecto en el tiempo, y no solo ser consumidores o prestadores simples del servicio dado; por lo cual, todas las herramientas de recojo de información utilizadas en esta investigación tenían como una de las preguntas centrales: ¿Qué es para usted la anemia?.

A través de las entrevistas realizadas, para todo el personal médico del centro de salud, la anemia “Es una enfermedad que tiene terribles consecuencias, afecta sobre todo al cerebro y puede repercutir más adelante en la capacidad del niño cuando empieza sus estudios. Por eso, es importante detectarla a tiempo y corregirla”. Al preguntarle, específicamente a la coordinadora principal de la Suplementación en Concepción, que entiende por realizar o tener alcance a un tratamiento a tiempo, explicó que el Estado tiene o brinda dos oportunidades distintas de detección de anemia: “A los 6 meses, el niño es sometido a un diagnóstico de anemia o en algunos casos si nace con bajo peso, se realiza un diagnóstico”. A pesar de no ser una respuesta errónea, no se define con precisión la definición de anemia, la falta de glóbulos rojos en la sangre. Así mismo, ambos momentos descritos como oportunidades, concuerdan con los momentos en los que un niño debe recibir tratamiento para evitar la anemia, según la Directiva N° 058.

A diferencia de la opinión del personal médico, los beneficiarios asocian la anemia de una manera diferente; puesto que su primera asociación con esta es la falta de alimentación, lo que deriva en un bajo peso y bajo apetito. Punto que se vio comprobado a través de las encuestas hechas, bajo la pregunta: “¿Considera que la anemia es una enfermedad importante?, ¿Por qué?”

Figura 28: Causas de la anemia para los beneficiarios



Como se observa, solo el 8.7% de las encuestadas – 20 madres de familia - afirmaron que la anemia es la falta de hierro en la sangre. Mientras que el resto de respuestas, tuvieron mayor dirección hacia las consecuencias de la anemia en sus niños, más no en conocer la enfermedad en sí, como lo es el bajo crecimiento que presentan sus niños. Además, las madres de familia tienen una marcada confusión entre los significados e implicancias de la anemia y la desnutrición; incluso muchas de ellas consideran a la anemia como una enfermedad mortal.

Es una enfermedad muy grave, se da por descuido de las propias madres

Es una enfermedad casi mortal, es por falta de alimentación. Eso es descuido de las madres (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

Asimismo, cuando se realizó la misma pregunta en el *focus group*, las respuestas fueron mucho más directas y claras, con respecto a la anemia y sus implicancias; puesto que las madres, tienen claro el significado de esta “Es la disminución de hierro en la sangre, la disminución de glóbulos rojos”, con un vínculo inmediato con el tipo de alimentación, “comer bien”, lo llaman ellas (“Es que no se alimentan bien, por eso les da anemia”). Es decir, tener una alimentación balanceada - información recibida en uno de los controles CRED –, significa comer verduras, menestras y carne, leche, huevos, todo tipo de alimentos complementarios.

Sobre este punto, aparece un actor del lado de la oferta, Diana Gamio, la nutricionista de la Microred de Concepción, para ella, la alimentación balanceada es básica en el ciclo de vida de cada persona, “No importa que tan bueno sea el completo, si la alimentación no es la correcta, este no tendrá el efecto deseado”. Cuando refiere a alimentación balanceada, hace mención al consumo constante de

fibra dentro de la dieta diaria, dejando de lado a las harinas. Comenta, además, la importancia de una capacitación y guía constante para las familias acerca de una correcta alimentación, para el desarrollo completo y adecuado de sus hijos. Sin embargo, a la fecha del trabajo de campo, el área de Nutrición de la Microred, nunca ha desarrollado ninguna capacitación al respecto, así como tampoco, las madres de familia han mencionado haber tenido algún contacto con ella, tras sus hijos ser diagnosticados con anemia, lo cual contradice con el testimonio de la Nutricionista. Este punto sucede muy en contrario a lo que la Directiva N°058 menciona, pues según esta última directiva la nutricionista debe ser quien mayor contacto tenga con los beneficiarios “el personal de salud debe aprovechar toda oportunidad de contacto con los adultos responsables del cuidado infantil para reforzar mensajes sobre la importancia de la alimentación suplementaria”. (Ministerio de Salud, 2016)

Para finalizar, existe un claro desconocimiento o confusión, acerca de qué es la anemia, cuáles son sus causas y de qué manera se puede solucionar, así como tampoco parece existir intención de desaparecer este desconocimiento, de parte del personal del centro de salud, lo cual es un problema para el éxito total de esta intervención. Es importante mencionar, que ninguna de las madres beneficiarias tomó importancia de la anemia o conciencia que su hijo podría estar enfermo, hasta que en el sexto mes del Control CRED, las enfermeras les informaron acerca de la anemia y tomaron la muestra de sangre a sus hijos casi de manera automática; lo cual tiene repercusiones directas en la estrategia de Suplementación con MMN, por dos motivos. El primero, porque la toma de sangre es un elemento control del monitoreo de la Suplementación con MMN, puesto que con la toma de sangre se podrá realizar el seguimiento evolutivo de la hemoglobina del niño y saber el progreso favorable o no que tiene la anemia, el problema aparece cuando las madres no se enteran del resultado de este examen, si sus hijos tienen o no anemia. Incluso, en los pocos casos donde se les vuelve a realizar una toma de sangre, seis meses después de haber empezado la suplementación, como lo indican las directivas de salud, las madres pueden haber terminado el tratamiento de suplementación y nunca se tuvo un record acerca de si el niño tuvo o no anemia. Como segundo motivo, existe una total desinformación hacia las madres de familia con respecto a cómo ayudan a que sus hijos superen la anemia, más allá del uso correcto de los MMN.

3. Funcionamiento de la Suplementación con MMN

En este punto de la investigación, nos centraremos en analizar y describir cómo se lleva a cabo la estrategia en la Microred de Concepción, desde que llegan las madres de familia al control CRED, hasta el término de la suplementación.

Para empezar, como lo dice la directiva N°058, la suplementación con MMN empieza a los seis meses de edad – en los casos donde se tuvo un adecuado peso al nacer - , donde serán partícipes de la Suplementación todos aquellos menores que tengan anemia. Se considerará que tienen anemia, a aquellos cuyo nivel de hemoglobina sea el siguiente:

Tabla 6: Escalas de valor de hemoglobina

Valores de hemoglobina en niños de 6 a 59 meses de edad				
Población	Normal (g/dl)	Anemia por niveles de Hemoglobina (g/dl)		
		Leve	Moderada	Severa
Niños de 6 a 59 meses de edad	11 – 14	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	Menor de 7,0

Adaptado de: Organización Mundial de la Salud (2007), citado en Ministerio de Salud (2016)

En este diagnóstico de la anemia, es importante mencionar el ajuste en el valor por la altitud en la que se realiza el dosaje:

El ajuste de los niveles de hemoglobina se realiza cuando la niña o niño reside en localidades ubicadas a partir de los 1000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada, es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada (Ministerio de Salud, 2016, p. 24).

Donde, al estar a 3,283 msnm, Concepción recibe un ajuste del 2,3. Es decir, al nivel de hemoglobina que refleja el dosaje de sangre, se le han de restar 2,3 puntos, para obtener el valor real de hemoglobina en el menor (Ministerio de Salud, 2016).

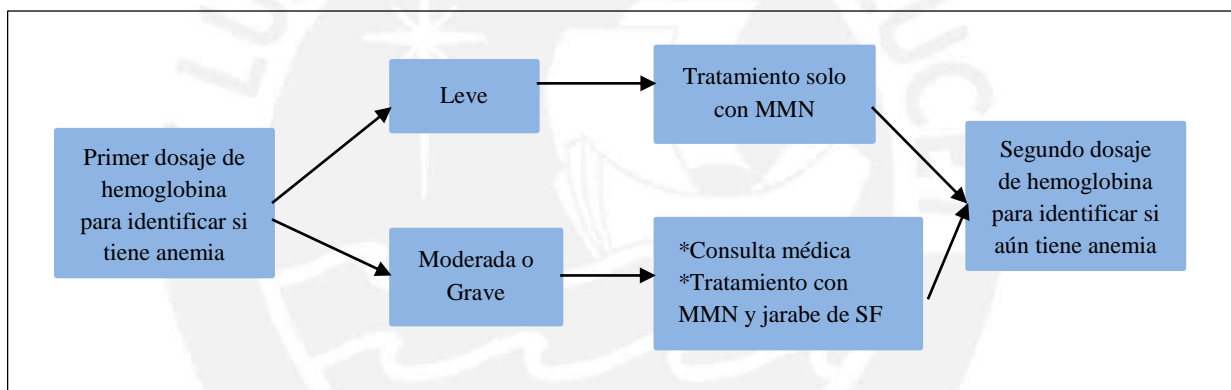
Como se deja entrever, para determinar si el menor tiene anemia o no y de esta forma ser parte de la Suplementación con MMN, deberá realizarse un dosaje de hemoglobina, donde según la Directiva N° 058 (2016):

El control de la Hemoglobina en el menor, forma parte de la atención integral de salud del niño, dentro del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. En el caso, los niños no cuenten con ningún tipo de seguro, el control de Hemoglobina, se financiará con recursos ordinarios del Programa Presupuestal Articulado Nutricional. El control se deberá realizar, antes y después del inicio de toma de los MMN (Ministerio de Salud, 2016, pp.26).

Teniendo claro los puntos mencionados, se puede concluir que, luego del dosaje de Hemoglobina y según la Directiva N°058, si el niño obtiene un valor considerado como anémico, este empezará a recibir un tratamiento basado en el consumo diario de MMN. Sin embargo, según la encargada y enfermeras participantes de la estrategia de Suplementación, los niños recibirán la suplementación se tenga o no anemia, puesto que la labor principal de estos es la prevención, sabiendo que este cambio se realizó a mediados del 2016.

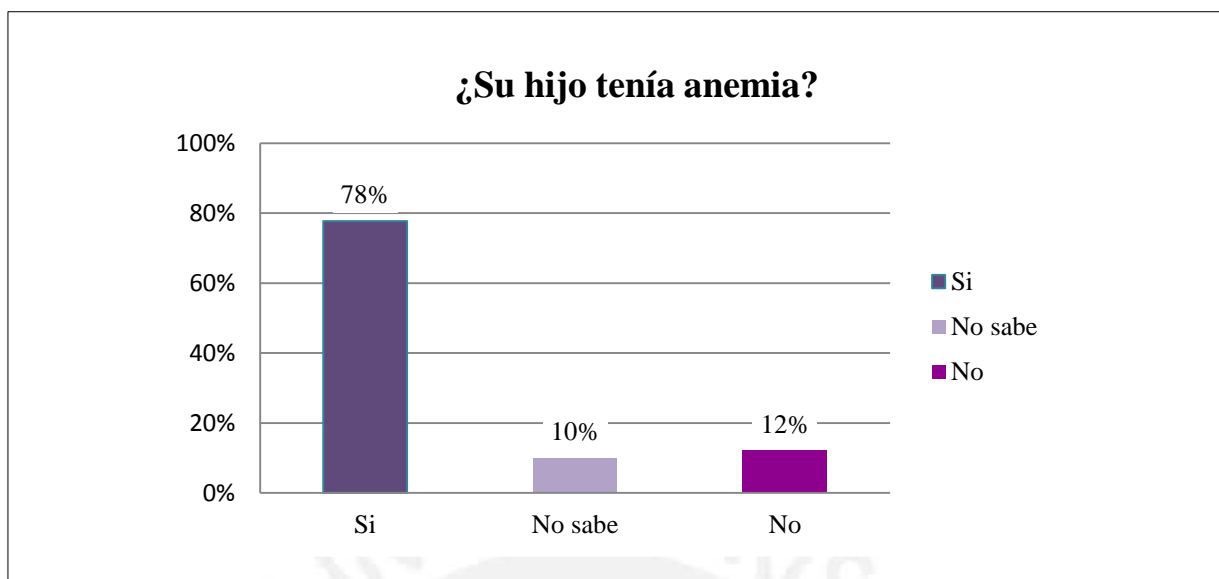
Cuando el niño es diagnosticado con anemia Leve, el tratamiento que recibe es a base de solo MMN; mientras que, si el diagnóstico es de anemia Moderada o Grave, entonces se realiza una consulta médica, pues el tratamiento pasa a ser a base del jarabe de Sulfato Ferroso y MMN. Donde, a diferencia de los MMN, el jarabe de Sulfato Ferroso contiene 15mg de hierro elemental, mientras que los MMN, solo contienen 12.5mg. Según la evolución del nivel de hemoglobina, se irá cambiando de tratamiento.

Figura 29: Proceso Suplementación con MMN



Por otro lado, para tener una mayor claridad acerca de las condiciones en las que un niño forma parte de la Suplementación, se encuestó a los beneficiarios bajo la pregunta filtro ¿Su hijo consume o ha consumido las chispitas?, se tuvo un resultado del 100%, según la distribución de edades en meses presentada en tablas anteriores. A partir de esto, se realizaron las preguntas y análisis a cerca de la Suplementación con MMN, tanto a través de las encuestas como en el *focus group*

Figura 30: Presencia de anemia a los seis meses de edad en niños



Es importante precisar, que el 78% de madres beneficiarias (140 personas) que respondieron que sus hijos tenían anemia cuando empezaron la Suplementación, supieron de esto entre uno y dos meses después que tuvieron los resultados, además de algunas observaciones que la enfermera dio de sus hijos cuando llegó el control CRED del sexto mes. Cabe mencionar que ninguna de las madres tuvo conocimiento si sus hijos tuvieron un nivel leve, moderado o grave de anemia; a pesar de que aproximadamente el 1 o 2% consumió el jarabe de Sulfato Ferroso. Sobre este punto, las madres del *focus group* comentaron que sus hijos tenían signos de estar enfermos a comparación del resto de niños, lo que les hacía sospechar que estaban enfermos., “Nada quería comer, todo dejaba”, “Mi hijito estaba cansado todo el rato y no comía. Recién cuando lo he llevado a su control me dijeron que estaba bajo de peso y que podía tener anemia”. Así mismo, solo a una de ellas le dieron el jarabe de Sulfato Ferroso, dos veces en diferentes ocasiones, “Me dijeron que tenía que darle el jarabe porque seguía con anemia”, lo cual hace suponer que ese niño tenía anemia moderada o grave, puesto que necesitaba un tratamiento superior, pero nunca hubo una comunicación formal al respecto.

Con respecto al inicio de la Suplementación, como se ha reiterado a lo largo de la investigación, esta empieza a los seis meses, puesto que es la edad en la que los niños empiezan a comer alimentos más sólidos, por lo que el uso de las chispitas resulta más efectivo. Es entonces que se le repartirá una caja de 30 sobres, para un consumo diario en la comida más fuerte del día.

Tanto en niños con bajo peso al nacer o en niños cuyo peso sea mayor a 2500gr, el menor recibe un sobre de MMN por día durante 12 meses continuos. 360 sobres en total (Ministerio de Salud, 2016).

Por el lado de la prestación del servicio, son las enfermeras el actor clave para que esta primera parte funcione de manera adecuada, pues son ellas quienes deberán concientizar y explicar a las madres acerca de la anemia, causas, consecuencias y sobretodo el correcto uso y funcionamiento de los MMN en el día a día, donde se deberían explicar con claridad los siguientes puntos:

- Los MMN no cambiarán el sabor ni el color de la comida
- Se podrán presentar efectos adversos, como deposiciones oscuras, diarreas, molestias en el estómago, que son leves y pasajeras. Si los niños continúan enfermos, deberán acudir a un centro médico de inmediato. Donde es importante resaltar, que la suplementación ha de continuar el tiempo que falta, no empezar de cero – independientemente del tiempo que haya dejado la estrategia -.
- De ser medicados con antibióticos, deberán suspender de manera inmediata el consumo, hasta terminar el tratamiento, donde se podrá retomar el consumo de los MMN.

Para la coordinadora del CRED y la Suplementación con MMN, el inicio de la estrategia, va más allá de la entrega y concientización de los MMN:

Cuando se inicia la Suplementación a los 6 meses, es también el inicio de una alimentación complementaria y adherido a ello es la administración de los MMN. Para lograr que la madre tome conciencia de esto medicamento tenemos que darle una consejería adecuada y esa consejería tiene también sus momentos. Entonces, es importante que la misma entienda y pueda administrar el MMN y eso toma tiempo (Comunicación personal, 17 de noviembre de 2016).

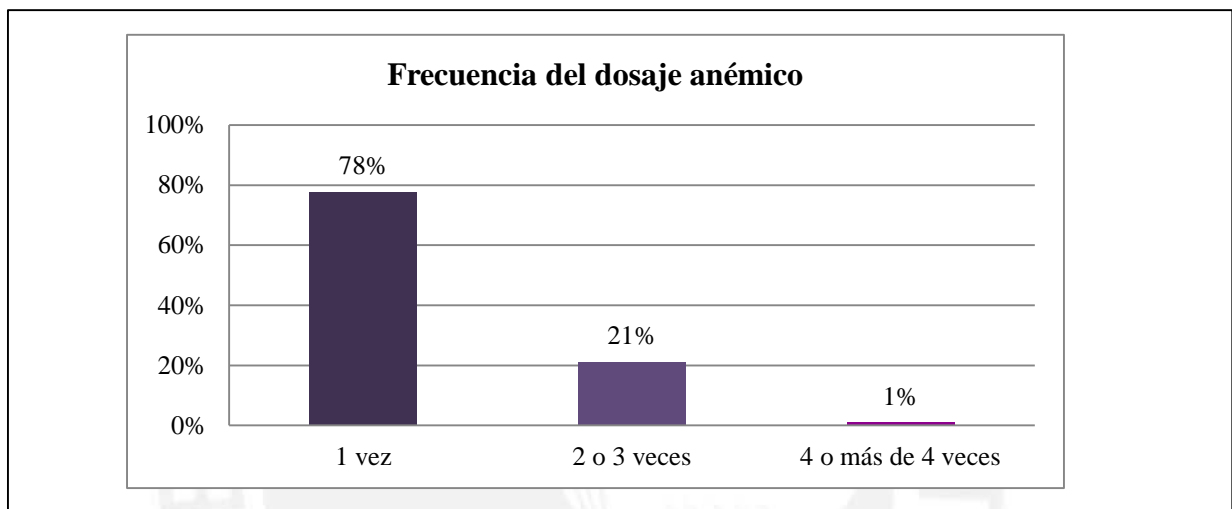
Se asume entonces, que terminada la consulta mensual CRED, las madres regresan a sus casas con las indicaciones claras dadas por las enfermeras y sus hijos no deberían tener inconvenientes en el consumo adecuado de estos. Proceso que junto con las estrategias de monitoreo aplicadas en las madres y sus hogares, que se repiten durante un año entero, en el que los niños deberían dejar de tener anemia. Sin embargo, para los beneficiarios esto no funcionaría enteramente de esta forma.

Por el lado de la demanda, todos los beneficiarios contactados – a través de encuestas y *focus group* - indican que sus hijos empezaron la Suplementación a los seis meses exactamente junto con un examen de sangre, pues tal y como se dijo en líneas previas, es la edad en la que los niños empiezan a comer. A pesar de indicar lo contrario, la mayoría de beneficiarios, pasado ya el año de suplementación, aún continúan consumiendo los MMN

A los seis meses, en el mismo control CRED, nos dijeron que como ya va a empezar a comer, ya tenía que empezar a tomar las chispitas. Nos dijeron que era en contra de la anemia (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

Cumples 6 meses y te mandan a hacer tu examen de sangre, sin saber el resultado del examen de sangre, ya empezamos con las chispitas para evitar la anemia (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

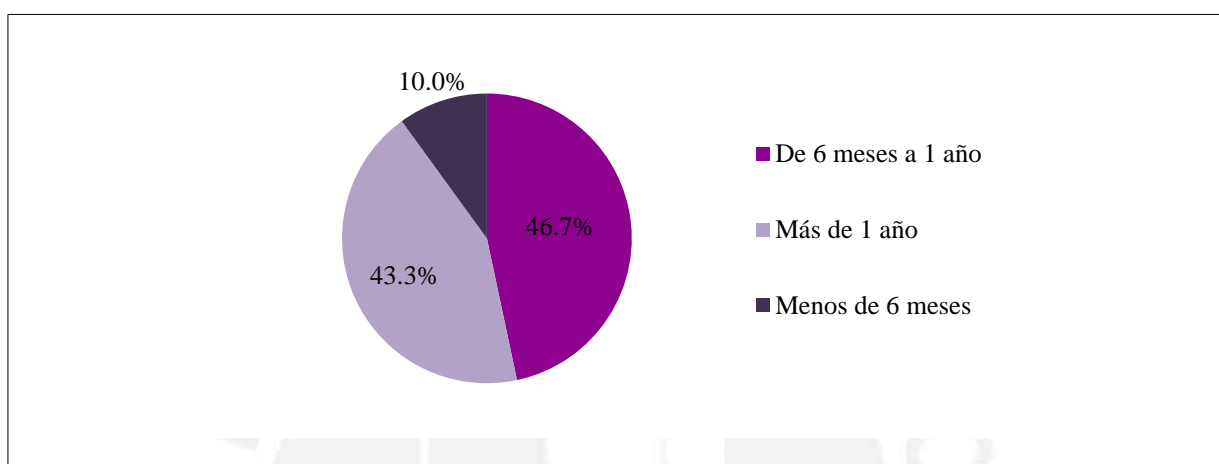
Figura 31: Dosaje anémico para la Suplementación



Sin embargo, la Directiva N°058, así como las anteriores y futuras a esta, de las cuales se rige la Suplementación con MMN, advierten que el examen de sangre debe darse al empezar y terminar la Suplementación para no solo poder tener un control de la efectividad de los MMN, sino, sobre todo, saber si la estrategia fue efectiva en ese menor o si se deberían tomar mejores medidas. Como se observa en el gráfico, los beneficiarios empiezan la Suplementación gracias al examen de sangre que indica sufren de anemia, pero terminan la Suplementación sin saber certeramente si aún la sufren o no, puesto que o no les toman el segundo examen de sangre, o se los toman, pero nunca se enteran de los resultados; es solo la palabra de la enfermera, en quien confían, y les puede decir si sus hijos aún tienen o no anemia. Según se comentó en el *focus group*, a los niños les toman un examen de sangre a los 6 meses de edad, durante el control CRED de ese mes, pero no tienen acceso a los resultados propiamente, solo se les informa uno o dos meses después si es que su hijo resultó o no con anemia, pero ya son consumidores de los MMN. Así mismo, al terminar la suplementación, solo revisan la cartilla de control del consumo que cada beneficiario lleva, pero no se realiza ningún examen de sangre para saber cuáles fueron los resultados del niño en ese tiempo. Cabe mencionar, que, aunque las madres notan algunos cambios, esto no es suficiente para tener una certeza clara sobre la salud de los niños.

Por otro lado, como se ha mencionado, la suplementación consiste en consumir diariamente los MMN solo durante un año; sin embargo, cuando se les preguntó a los beneficiarios, el tiempo que iban siendo parte de esta, el 43.3% de beneficiarios contestó que eran partícipes de la Suplementación, hace más de un año.

Figura 32: Tiempo en el que es beneficiario de la Suplementación con MMN



Son diferentes las respuestas a el porqué continúan con la Suplementación, a pesar de que ya pasó un año. La más común, es porque abandonaron la suplementación por enfermedad de su niño, miedo y desinformación, por lo que, al volver a atenderse, tuvieron que empezar de cero – punto que difiere con lo que indica la Directiva N°058 -; otro de los motivos, es que, a pesar de tener más de un año con la suplementación, los niños aún tienen anemia, no han tenido alcance a los resultados del dosaje anémico, pero se dejan llevar por lo que les ha dicho el personal médico.

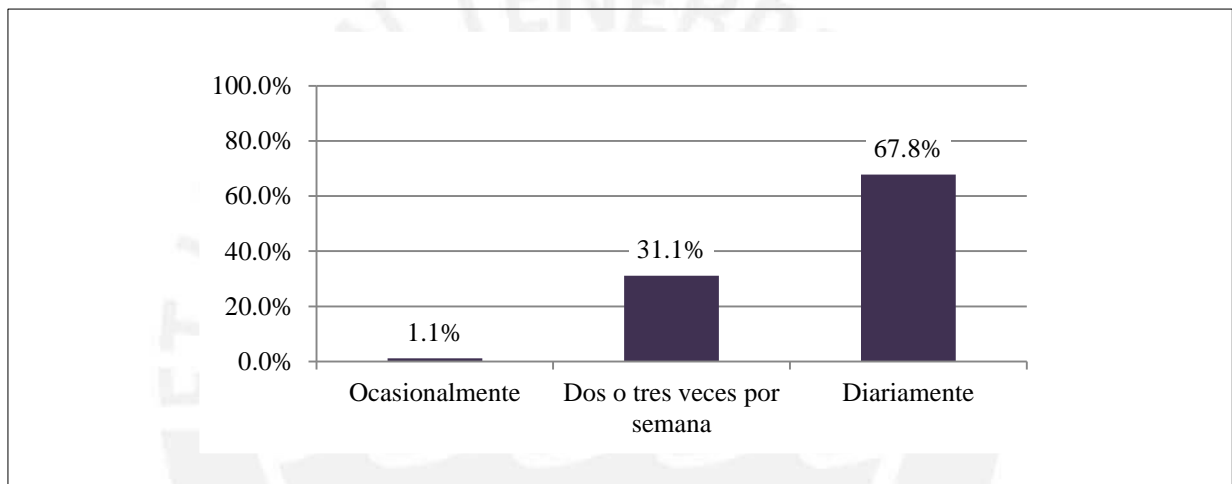
Respecto a esta pregunta hecha a las encuestadas, resultó muy valiosa la opinión más profunda de las beneficiarias en el *focus group*, puesto que la mayoría de ellas tenía más de un año con los MMN, principalmente por los efectos adversos que sus hijos tuvieron al principio:

A mi hijito le daban diarreas seguidas, yo no le iba a seguir dando las chispitas si seguía así. Le dejé de dar como dos meses, no iba a los controles CRED porque me iban a llamar la atención por no darle las chispitas, hasta que regresé conté lo que había pasado y recién me explicaron que al principio esas diarreas eran normales, hasta que el cuerpo se acostumbra, pero que luego desaparecen. Entonces le empecé a dar de nuevo (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016)

No fue hasta que se presentaron los efectos secundarios del consumo de los MMN, que se explicaron cuáles podrían ser las consecuencias del consumo de los MMN. De haberse dado oportunamente, la suplementación hubiera seguido el curso debido, sin pausas.

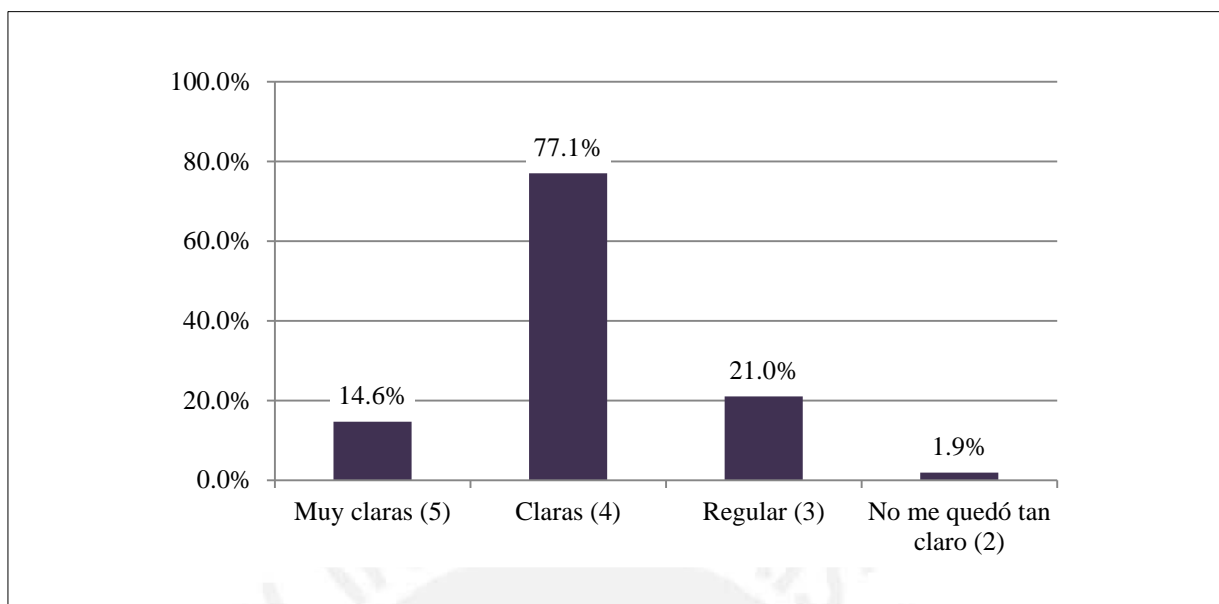
Sobre este punto, al ser las enfermeras y técnicas de enfermería el actor trascendental para que se la suplementación se realice de manera adecuada y como está estipulado, se encuestó a las madres beneficiarias a cerca de la frecuencia de consumo de los MMN y la claridad en las explicaciones recibidas de parte de las enfermeras, sobre el cómo usar los MMN, sus efectos y la importancia de su consumo diario en la dieta de los niños.

Figura 33: Frecuencia en el consumo de MMN



En el caso del consumo de las chispitas, si bien los resultados nos acompañan con un 68% que afirma tener un consumo diario, fuera del momento de realización de las encuestas y en el *focus group* realizado, las madres comentaron que en realidad el consumo que tienen de las chispitas era entre dos a tres veces por semana, porque se olvidaban, estaban ocupadas, sus hijos rechazaban la comida por tener un mal sabor o un sabor diferente y por miedo a que se enfermen. Otras de ellas, comentaron que si les daban diariamente, porque si no lo hacían las enfermeras las molestaban de irresponsables, al ver que no habían terminado los sobres con MMN, es decir, más allá de entender la importancia de hacerlo diariamente, lo hacen por miedo a las enfermeras.

Figura 34: Claridad en las indicaciones de la Suplementación



Acercas de la claridad en las indicaciones recibidas, acompaña al rechazo que le dan los niños a la comida con MMN. Según los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas, el 77,1% considera que las explicaciones acerca de la Suplementación fueron claras, y un 14,6% considera que fueron muy buenas; sin embargo, y como lo comentan las madres en el *focus group*, esto fue en un primer momento, cuando se los explicaron en el consultorio, rápido y sin ningún material escrito de ayuda, hasta que llegaron a sus casas, se confunden o lo olvidaron, por lo que no logran realizar los pasos como se les indicó en un primer momento:

No me salía preparar las chispitas. Cuando fui a preguntar por segunda vez como se hacía, en el siguiente control CRED, me enseñaron bien como se hacía, “Es como la sal, tiene que moverle bien para que se quede”, si no, no quieren comer nada (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

Además, el rechazo que tienen los niños y las madres, va de la mano con los efectos adversos que se presentan en los menores, así como el miedo que les transmiten las experiencias de los otros beneficiarios:

Mi hijito se estreñía, yo la llevé al doctor y el doctor me dijo que tenía que darle más líquido para que eso no pase. Le salían heces oscuras, con rastros de sangre algunas veces (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

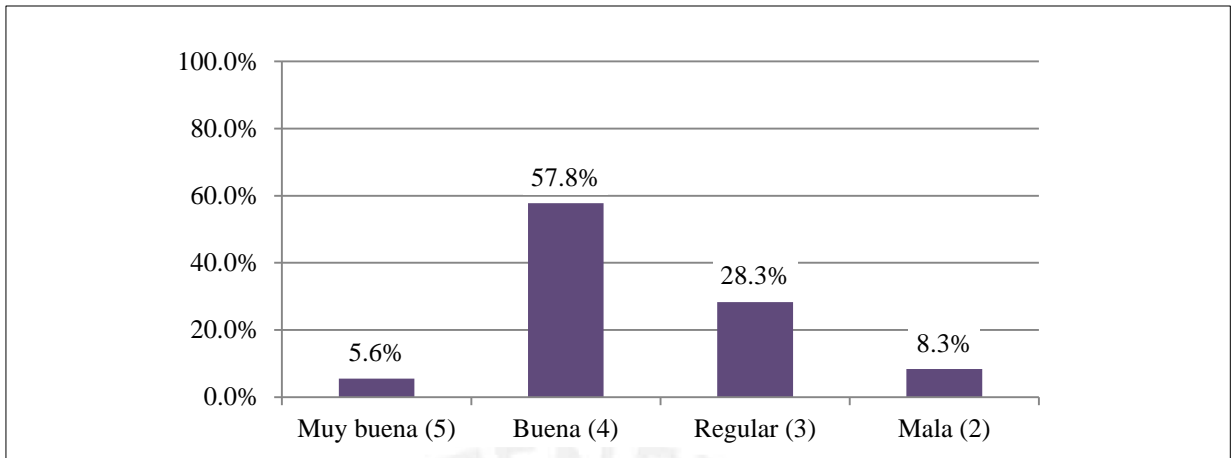
Le afloja el estómago, y cuando fui a preguntar la enfermera me dijo que era normal (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

Todas las madres participantes del *focus group* afirmaron que dejaron de consumir los MMN automáticamente después que sus hijos empezaron a presentar problemas estomacales, pues se dieron cuenta que esta era la causa principal y sobretodo creían que no era normal. Hasta que acudieron al siguiente control CRED, un mes después, y en ese momento las enfermeras les explicaron que tener ese tipo de efectos adversos era normal tras el consumo de los MMN, pero que pasaría luego que el cuerpo se acostumbre, lo cual – según las madres de familia – sucedió. Como se puede entrever, es recurrente la señal de una desinformación total acerca de los efectos y el porqué es necesaria la Suplementación con MMN en los niños, así como el miedo y desconfianza en el producto, donde si la información o capacitación sobre esta se diera correctamente y como dictan las diferentes directivas, la frecuencia de consumo y en general, toda la Suplementación se daría de manera diaria y correcta.

Sin embargo; a pesar de la existencia de diferentes factores como la dificultad en preparación, los efectos adversos que tienen en sus hijos, la forma y color de los MMN (“Debería dejar de ser en polvito, parece otra cosa”) e incluso la poca información o respaldo que encuentran en el personal médico, que logran restarle puntos a la Suplementación, generando una gran desconfianza en el tratamiento y uso de los mismos, las madres de familia reconocen que los MMN de una manera u otra le hacen un bien a sus hijos, puesto que ya no tienen los síntomas de cansancio, bajo apetito y peso que tenían antes de empezar a consumirlos, por lo que creen que más personas deberían usarlos, donde el 57.8% de las encuestadas, cree que la opinión de otra personas sobre los MMN, pese a los efectos, es buena. En línea con esto, una de las madres del *focus group* comentó al respecto:

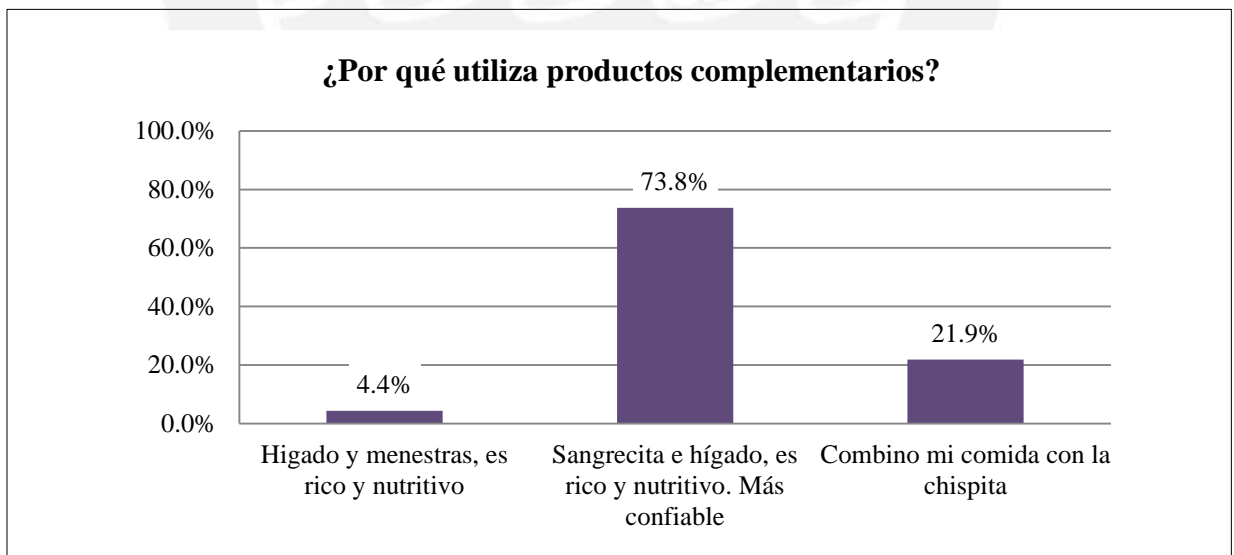
Mi vecina dice que las chispitas son buenas, gracias a las chispitas su hijito ya come toda su comida. Las chispitas son importantes para la anemia (Comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

Figura 35: Opinión de los otros beneficiarios acerca de la Suplementación con MMN



A partir de esta desconfianza en el tratamiento y demás factores, es que las madres no abandonan los productos naturales en la dieta diaria que les dan a sus hijos, pues creen que es mejor que darles los MMN, además consideran que lo más importante es que sus hijos coman una cantidad considerable y bien. Tal y como lo mencionó la encargada de la Suplementación y Nutricionista de la Microred de Salud, mantener una alimentación balanceada junto con la suplementación, es básico para lograr superar la anemia.

Figura 36: Uso de productos complementarios a los MMN



Como lo dicen los resultados de la encuesta aplicada, el 100% de las madres encuestadas utilizan productos complementarios en sus comidas, además de ser una opción económica y rendidora, el hígado de cualquier animal, es para las madres la principal fuente de alimentación rica en nutrientes para sus niños, es la fuente más confiable, es por eso que la prefieren por sobre los MMN. Para las madres del *focus group*, la combinación de comida que realizan para sus hijos diariamente es básica en la dieta que llevan diariamente, su principal preocupación es que sus hijos coman bien, por lo que mezclan las chispitas con lo que ellas saben que sus hijos comerán. Por ejemplo:

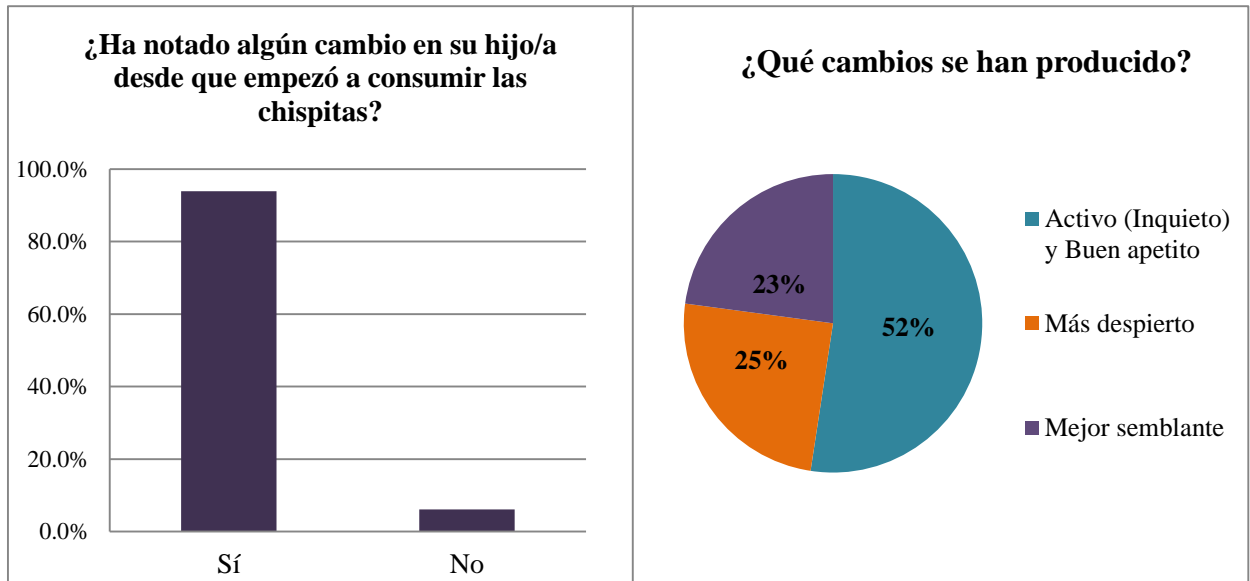
Combino el hígado de pollo, puré de zapallo y caldito, así come toda su comida con las chispitas (Comunicación personal al 18 de noviembre de 2016).

Yo le combino las chispitas con su mazamorrita, porque es lo que más le gusta y no lo va a botar (Comunicación personal al 18 de noviembre de 2016).

Nos molestan a nosotras las mamás con que es nuestra obligación darle una buena alimentación a nuestros hijos. Las chispitas tienen un sabor feo, el sabor no convence, pero hay que darle no más por todo lo que contiene. Con las comiditas se trata de cambiar el sabor (Comunicación personal al 18 de noviembre de 2016).

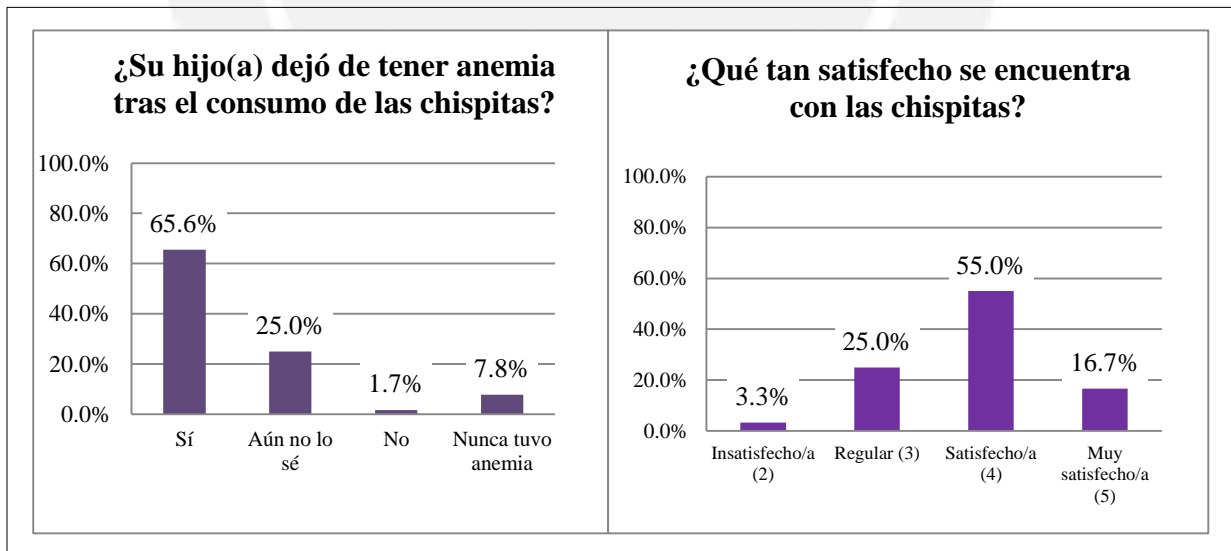
Es entonces, que las madres no abandonan la suplementación porque de una manera u otra pueden ver cambios en sus hijos antes y después de consumir los MMN, ellas mismas adaptan la suplementación a su forma de vida y poco a poco logran que les funcione, puesto que el trato con las enfermeras no es tan cercano como debería, y no encuentran el respaldo informativo adecuado que deberían encontrar.

Figura 37: Cambios después de la Suplementación con Multimicronutrientes



Como comentaron las mamás en el *focus group*, a diferencia de hace unos meses cuando sus hijos no eran parte de la Suplementación con MMN, ahora tienen más vitalidad para jugar, tienen hambre y mejor peso que antes. “Ahora ni quien lo pare señorita”, “Ya está más gordito, muy flaquito estaba”, “Gracias a las chispitas ahora tiene hambre”

Figura 38: Cambios tras el consumo de los MMN



Así como se puede ver el resultado de las encuestas, un 65.6% de beneficiarios dejó de tener anemia y un 55% que se encuentra satisfecho con la Suplementación con MMN. Sin embargo, al corroborar estos resultados con las madres participantes del *focus group*, algunas de las madres comentaron que sus hijos dejaron de tener anemia gracias a los MMN, dejaron de consumirlos y otra vez tuvieron los mismos síntomas que cuando no los consumían, lo que les hacía creer que sufrían de anemia nuevamente. Además, es notorio como el entendimiento de las madres gira más entorno hacia el nuevo o mejor comportamiento que tienen sus hijos, como la vitalidad, ganas de jugar, apetito y mejor peso, que en la importancia de tener o no tener anemia, gracias a la suplementación con MMN.

Para concluir este apartado, son varias las diferencias que existen en la aplicación de la Suplementación con MMN, puesto que existen tres versiones de una misma situación: la de las directivas por las que se rigen las Microredes, la versión del personal médico y la versión final de los beneficiarios, que al fin y al cabo, es probablemente la que más importa, pues es en ellos sobre quienes se miden los resultados y se hace el seguimiento acerca de si la estrategia cumple con su objetivo o no

pues es en ellos en quienes se miden los resultados de las estrategias aplicadas, y donde finalmente sabemos que la prevalencia de anemia en los niños sigue evolucionando. Así mismo, las madres no terminan de convencerse del todo a cerca de los beneficios que trae el consumo de los MMN, a pesar de notar los cambios favorables en sus hijos y tener una opinión sumamente favorable acerca del MMN; lo recomiendan con las demás personas, pues creen que los MMN son buenos para sus hijos.

En el siguiente y último subcapítulo, nos concentraremos en analizar el sistema de Monitoreo, eje central de esta investigación y que nos ayudará a terminar de entender y concluir, las causas del alto índice de prevalencia en Concepción.

4. El Monitoreo en Concepción

El sistema de Monitoreo de la Suplementación con MMN forma parte de la cadena de valor de la intervención y resulta la parte más importante dentro de la cadena, pues se asegurará, a través de los indicadores y elementos de seguimiento que utiliza que se cumplan los objetivos planificados inicialmente. Según las directivas de salud por las que se rige este programa, son dos los momentos donde se debe realizar el monitoreo: en las visitas médicas mensuales en el control CRED y en las visitas domiciliarias que el personal técnico del hospital ha de realizar durante toda la etapa de suplementación. Esto además, se apoya sobre dos elementos control de monitoreo: el dosaje de hemoglobina al menor cada seis meses y el consumo de sobrecitos mensuales que debe realizar el beneficiario

Al referirnos a las visitas domiciliarias que todos los beneficiarios han de recibir, cada familia debería tener un mínimo de 4 visitas durante todo el año de la Suplementación, según los espacios de tiempo recomendados por el Ministerio de Salud (2016). Además, en cada visita, el personal de salud que realice las visitas, deberá supervisar el consumo de los MMN, fortalecer los mensajes del beneficio que trae ser parte de la suplementación y verificar el cumplimiento de los siguientes puntos:

- El consumo de los MMN debe hacerse con preparaciones sólidas/semisólidas de comida. Además, deberá haber un consumo frecuente de alimentos ricos en hierro
- El almacenamiento y conservación de los MMN deberá ser el adecuado, un lugar bien cerrado, protegido de la luz solar y la humedad
- Identificar y explorar ocurrencia de efectos no deseados relacionados con el consumo de los MMN y prácticas adoptadas por los padres en el consumo de estos
- Condiciones sanitarias y de higiene adecuadas
- Según la situación encontrada en cada familia, con respecto a la suplementación, se deberá brindar orientación, consejería y/o una demostración para que se entiendan los beneficios de formar parte de la estrategia

Si se cumplen todos estos puntos en el Monitoreo, la Suplementación con MMN debería funcionar sin problemas y efectivamente lograr reducir el índice de anemia tanto en Concepción, como en el país. Sin embargo, como se explicará en las siguientes líneas, esto no sucede necesariamente de la manera que es planteada.

En primer lugar, por el lado del personal médico, según la coordinadora de la Suplementación con MMN en Concepción, el monitoreo o supervisión al consumo, como ella lo llama, se hace a través de visitas domiciliarias a los 15 días después que el niño ha empezado con la suplementación, luego al mes y luego a los 2 meses:

Las visitas deberían ser para todos los beneficiarios, pero nos falta mucha personal para hacerlo. Esto está a cargo del personal técnico (Comunicación personal el 18 de noviembre de 2016).

El personal técnico referido, son técnicas en enfermería que dedican casi el 100% de su tiempo a la Suplementación:

La mayor parte de mis funciones se relacionan con la suplementación, sino estoy visitando a las madres, la mitad de mi tiempo apoyo en los registros relacionados con el programa (Comunicación personal el 18 de noviembre de 2016).

Según comentan, las visitas domiciliarias consisten en preguntarle a la madre a cerca del consumo y deben mostrar los sobres vacíos, cuando se encuentran muchos sobres llenos o se identifica que no ha habido consumo, se les sensibiliza acerca del adecuado consumo de los MMN; en otras palabras, se les capacita nuevamente para que no tengan pretextos en el consumo de los MMN. Las visitas se hacen por conveniencia, es decir, cada día se tiene establecida una ruta distinta, y según donde se escoja visitar, se realiza el monitoreo por cada casa. Así mismo, el sistema en el que llevan registro de lo encontrado en cada visita, para poder evaluar cada caso, es en un cuaderno y una base de datos que se actualiza periódicamente, se digitaliza lo escrito en el cuaderno:

Sí, registramos todo en un cuaderno como están consumiendo las chispitas las madres. En el cuaderno se indican los casos en los que hay problemas de consumo (como cuando se dan casos de diarrea, mala preparación o dejadez en el consumo). (Comunicación personal el 17 de noviembre de 2016)

Sobre esto, la coordinadora comenta que les quita mucho tiempo contar con tan poca tecnología, puesto que tener que completar tantos informes de registro a mano, absorbe todo el tiempo de la consulta CRED y visita domiciliaria, “Tiempo que podríamos usar en hacer un examen más exhaustivo a los niños y ahondar más en la Suplementación”.

En segundo lugar, la Directiva 058 y 068, establecen que de parte del centro de salud, serán responsables del monitoreo del consumo adecuado, los médicos, enfermeras, nutricionistas y técnicos de enfermeras; sin embargo, en la realidad, no solo la propia encargada de la Suplementación – enfermera también – afirma que son las enfermeras y técnicas las únicas encargadas del monitoreo, sino también los beneficiarios, en todo el contacto que se ha tenido con ellos, en ningún momento comentan haber tenido contacto con un médico o con la nutricionista del centro, a pesar de que la Microred de Salud, cuenta con ellos. Así mismo, las directivas establecen como una de las prácticas de monitoreo al consumo, las sesiones demostrativas:

El personal de salud realiza sesiones demostrativas de preparación de alimentos, promoviendo una adecuada alimentación complementaria de los niños y niñas a partir de los 6 meses de edad, considerando grupos de alimentos, consistencia, frecuencia y cantidades de acuerdo a edad. Se

deberá promover el consumo diario de alimentos, consistencia, frecuencia y cantidades de acuerdo a edad. Se deberá promover el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro, como hígado, bazo, sangre, corazón, carnes rojas, pescado, cuy y otras vísceras de color rojo (Ministerio de Salud, 2016)

Cuando se les preguntó a las madres de familia en el *focus group* si es que existían o habían recibido alguna vez, un tipo de capacitación extra a cerca de la preparación de los MMN y la importancia de la alimentación balanceada, todas contestaron de manera negativa. A pesar de que las madres realizan por iniciativa propia una alimentación a base de hígado de animal en casi todas sus comidas, no quiere decir que lo establecido para un mejor resultado, no se haga. Como se mencionó líneas arriba, la nutricionista de la Microred de Salud, es bastante ajena a la estrategia de Suplementación, puesto que durante el tiempo del trabajo de campo y antes, jamás había hecho ningún tipo de capacitación al respecto.

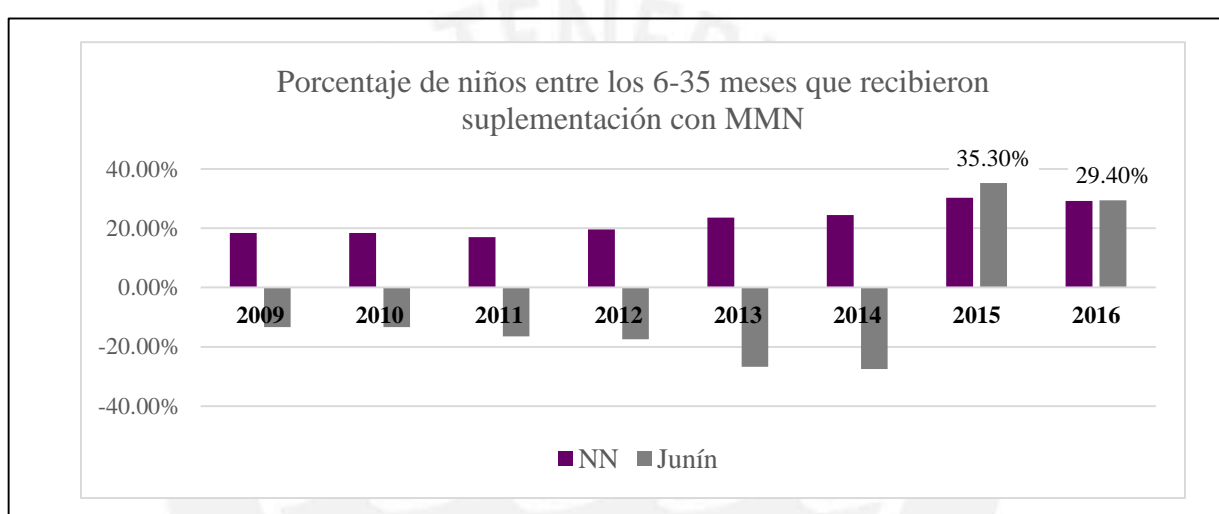
Finalmente, por el lado del monitoreo desde la oferta, se cree que se realiza incluso más de lo que se les pide en asegurarse que el consumo de los MMN se realice según lo establecido, por lo que la falta de adherencia a los MMN, sería responsabilidad de las madres y su falta de interés y preocupación hacia la salud de sus hijos.

Por otro lado, para los beneficiarios, el sistema de monitoreo sucede de manera diferente y lejos de lo establecido tanto por las directivas como según lo que se realiza en la practica desde quienes prestan el servicio. En primer lugar, se parte de la desinformación que existe con respecto a la anemia y si es que el menor la tiene o no. Esto debido en un punto, a los constantes cambios que ha sufrido la Suplementación con respecto a quiénes son finalmente los beneficiarios finales de los MMN, pues estos han pasado de consumirse solo para los niños que tienen anemia en cualquiera de sus niveles a ser un suplemento que busca prever que el menor tenga anemia, al actuar ya no como una solución al problema, sino como un alimento suplementario. Al ser una intervención tan vulnerable, no se puede realizar el seguimiento adecuado, porque no existe la uniformidad necesaria en las bases de la intervención. En otro punto, a que no existe un claro seguimiento al estado anémico del menor, es decir, como se ha explicado en párrafos anteriores y como lo especifican las directivas, se le tomará un examen de sangre al niño para identificar si es que tiene o no anemia a los seis meses de edad y según eso tendrá un tratamiento solo con MMN o también con jarabe de Sulfato Ferroso, según el nivel de anemia que este pueda presentar; pasados los seis meses, se le volverá a tomar una muestra de sangre al menor para identificar si es que superó o no la anemia. La falta de seguimiento está, porque no se realiza esta segunda toma de sangre para saber si funcionó o no el tratamiento recibido, sin dejar de mencionar, que en ninguno de los dos momentos donde se realiza el examen de sangre se conocen los resultados de anemia en el menor, donde tampoco se cumple

el tratamiento diferenciado según los niveles de anemia, puesto que solo el 1% de los casos encuestados, afirmó haber recibido el tratamiento del jarabe, el cual además es rechazado por el menor por el mal sabor que tiene.

En segundo lugar, el otro elemento control de monitoreo utilizado es la cantidad y correcta forma de consumo de los MMN. Como se ha mencionado, la entrega de los MMN se realiza mensualmente a través del control CRED, donde se entregan 30 sobres que deben ser consumidos con la comida más fuerte del día.

Figura 39: Porcentaje de niños de 6 -35 meses suplementados

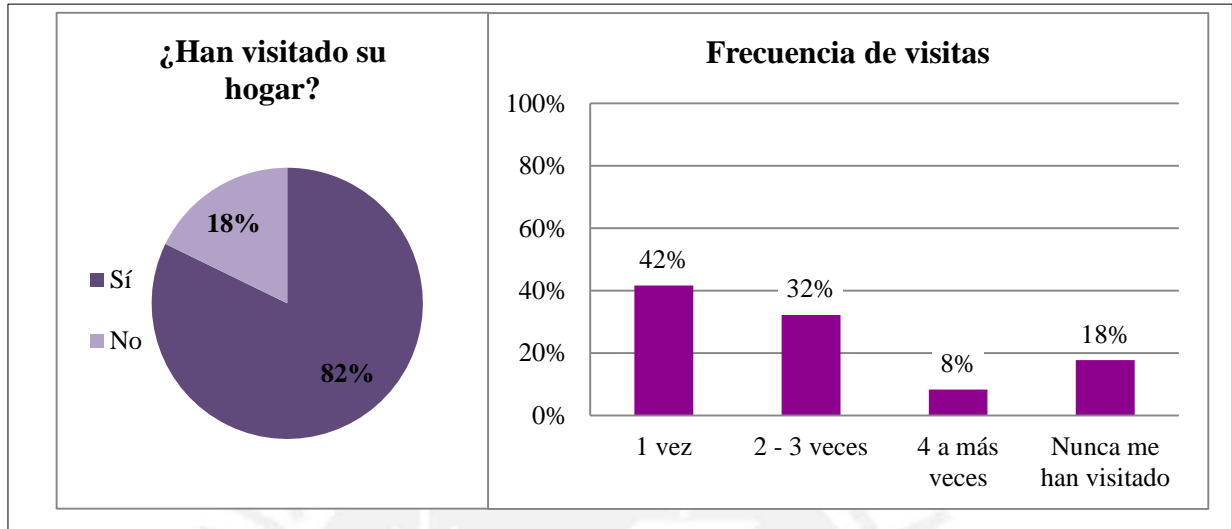


Adaptado de INEI, 2017

Si bien el porcentaje de niños suplementados ha evolucionado en el tiempo, esto no solo resulta insuficiente, sino que no servirá de nada que sean niños suplementados, si es que estos no consumen el suplemento de manera correcta. El indicador propuesto por la directiva, solo busca conocer si es que se consumió o no, pero no se pregunta si es que los beneficiarios lo consumen adecuadamente, lo cual es un limitante en obtener resultados. Las madres de familia afirman que al principio entienden la manera correcta de preparar el suplemento, pues las enfermeras les explican de manera rápida como es el funcionamiento de estos, el problema está cuando lo ponen en práctica, puesto que se dan cuenta que no tuvieron una explicación clara, por lo que el niño termina consumiendo mal el suplemento. El monitoreo aparece como necesario, porque no se realiza el seguimiento adecuado a que la capacitación constante a las madres beneficiarias acerca del correcto consumo es una necesidad latente para el logro de objetivos, puesto que no se realizan presentaciones demostrativas, charlas nutricionales o incluso un recordatorio constante dentro de cada control CRED para verificar o reforzar que se esté dando un correcto consumo del MMN.

Finalmente, como último elemento control de monitoreo, están las visitas al hogar que deben recibir los beneficiarios al menos mensualmente.

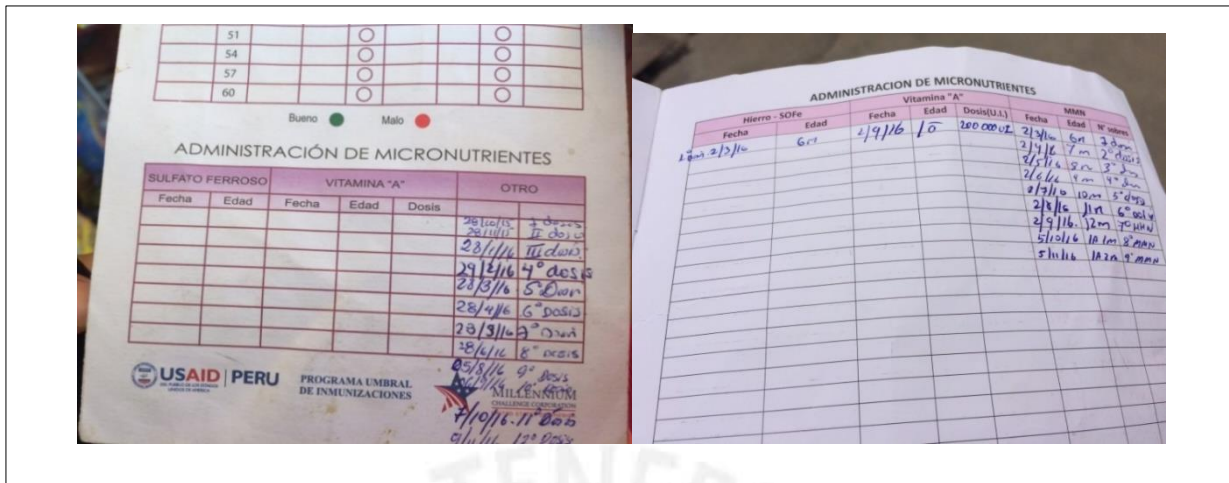
Figura 40: Visitas domiciliarias



Como se puede observar, si bien al 82% - 148 madres de familia -, afirman que se les ha visitado, de estas a 75, casi la mitad de estas, solo se les ha visitado una vez; con lo que más allá de evaluar la cartilla con la que se realiza el seguimiento del consumo, no se puede saber, si lo hacen de manera correcta o no. Según el testimonio de las madres beneficiarias en el *focus group*, las visitas domiciliarias suceden ocasionalmente, prácticamente solo cuando no se asiste al Control CRED,

Las visitas son rápidas, no tienen un control exacto. Te preguntan si has consumido las chispitas, revisan tu cartilla, te piden que les enseñes los sobrecitos y si no lo has hecho, te molestan diciendo que es tu obligación y responsabilidad que el niño no tenga anemia (Comunicación personal el 18 de noviembre de 2016).

Figura 41: Cartillas de seguimiento de consumo



Dentro de las 8 madres de familia participantes del *focus group*, solo a una fue visitada dos veces, la primera vez fue porque no pudo ir su Control CRED, en la segunda, solo aparecieron en su puerta, es importante mencionar que a su hijo consume los MMN por prevención e indicación de las enfermeras, puesto que nunca ha tenido anemia

Son un poco imprudentes las visitas, pero hay que atenderles bien. Solo nos piden la tarjeta, ¿Estás llevando bien el control? En los controles CRED, es donde suelen explayarse un poco más, a veces te preguntan si ha tenido diarrea o molestias en su estómago. Las visitas son supuestamente cada mes, porque es el tiempo que deberías demorarte en terminar las chispitas (Comunicación personal el 18 de noviembre de 2016).

Es importante mencionar, que la directiva establece que las visitas deberían durar como mínimo 60 minutos por casa visitada, lo cual resulta imposible de realizar con la frecuencia establecida, en el caso de Concepción, puesto que solo se cuenta con cuatro técnicas para visitar las casas de los 19 distritos que comprende la Microred.

Como se pudo entrever, desde los subcapítulos anteriores, existe una notoria descoordinación o diferencia entre lo que debe hacerse según las directivas por las que se rige la Microred de Salud, lo que finalmente realiza el personal de salud y lo que reciben como consecuencia de esto, los beneficiarios; lo que está haciendo que la estrategia no tenga los resultados esperados, y por ende no se llegue a la meta final de tener solo un 19% de prevalencia de anemia como país.

Específicamente con respecto al Monitoreo de la estrategia, la falta de cumplimiento de lo establecido va más allá de la falta de recursos y tecnología dentro de la Microred, existe una clara falta de incentivos y motivación al logro para poder ejecutar el sistema de seguimiento de manera adecuada. Así mismo, el sistema en el que se recaba la información para poder tomar decisiones – elemento clave del Monitoreo – no es suficiente y tampoco es el adecuado, los propios indicadores propuestos por las directivas, no pueden ser medidos porque no se cuenta con la información necesaria y tampoco se les da la atención debida a los beneficiarios. Se deberá encontrar un modo en el que se priorice la capacitación y atención constante a las madres de familia con respecto a la suplementación y sus implicancias, donde a la par se pueda tener la información necesaria para tomar decisiones futuras.



CONCLUSIONES

Esta investigación se basa sobre la hipótesis de la existencia de una relación positiva entre el monitoreo y un adecuado consumo de los MMN en la Microred de Concepción, la cual ha sido comprobada a lo largo de estos capítulos, pues se ha podido comprobar, que más allá del producto en sí, es decir, los MMN, es la falta de monitoreo sobre el estado de la anemia en los niños, el consumo y la capacitación del cómo hacer, en la última parte de la cadena de valor del programa, es decir, el consumo, lo que está haciendo que esta estrategia no tenga los resultados esperados.

La suplementación con MMN, carece de un sistema monitoreo adecuado para la realidad que enfrenta y para los recursos que se tiene, si bien existe una mínima intención, este no se cumple. Si se compara tanto la teoría como lo planeado como sistema de monitoreo para esta estrategia, en ninguna se cumple lo estipulado, teniendo en cuenta que las herramientas con la que cuenta esta estrategia para un adecuado sistema de monitoreo, como se dijo en el capítulo anterior son: la toma de hemoglobina cada seis meses, las visitas domiciliarias, capacitación constante de parte del personal de salud (médicos, enfermeras, técnicas en enfermería y nutricionistas) acerca del correcto consumo de los MMN, capacitación y sensibilización constante en todo lugar que se considere propicio, escuelas, municipalidad, iglesia, e indicadores por cumplir. En primer lugar, no se cuenta con indicadores de ninguna clase, a pesar de su existencia en las directivas que rigen y han regido la suplementación, ninguno de ellos se ha puesto en práctica. En segundo lugar, no se podría contar con indicadores cuantitativos y cualitativos del todo certeros, puesto que no existe un adecuado sistema de recolección de información, más allá de la escasa tecnología con la que cuenta la Microred, al recolectar la información en un cuaderno y luego convertir cada cierto tiempo esa información en digital, no solo corre el riesgo de perder y traspasar información que podría resultar relevante, sino también y sobre todo se pierde la oportunidad de tomar las decisiones en el tiempo que se necesitan. Si bien se trata de formar indicadores tanto cualitativos como cuantitativos, no existe una estandarización en el recojo de información, periodicidad y calidad en la información para poder hacerlo. El único indicador con el que se podría considerar contar, es el de resultado, ya que mide el alcance general de los objetivos del programa; esto a través de los exámenes de sangre que le son tomados a los niños cada seis meses; sin embargo, al no existir la continuidad necesaria en la toma de hemoglobina, como la atención necesaria de la situación anémica del niño, no se podrá tener una adecuada medición de resultados.

Así mismo, de manera vaga se podría decir que el indicador de proceso, tendría un resultado negativo, puesto que las actividades planeadas para la realización de la estrategia, no se cumplen como deberían, puesto que existen tres versiones acerca de lo que deberá hacerse y se hace, la versión de las

directivas por las que se rigen, la versión del personal del centro de salud y la versión con mayor validez, para mí, la de los beneficiarios, puesto que es en ellos en quienes se miden los resultados si es que está funcionando o no lo puesto en marcha, no tienen manera de invertir las cosas, así lo quisieran. Por ejemplo, con respecto a las visitas domiciliarias, estás deberían tener una frecuencia de 4 veces anuales aproximadamente a todos los beneficiarios de la suplementación, cuando solo llegan a una visita a algunos beneficiarios y solo a 15 personas de las encuestadas han sido visitadas 4 veces o más, además, como se dijo en el capítulo anterior, en cada visita domiciliaria debe haber una constante sensibilización acerca de la importancia de la suplementación con MMN y las implicancias de la anemia como enfermedad sobre sus hijos, así como sesiones demostrativas en el hogar si es que existen dudas en la preparación del suplemento; en la realidad, las visitas domiciliarias, tal y como lo comentaron las entrevistadas en el *focus group*, duran como máximo 5 minutos, pues se limitan a revisar la cartilla de consumo, si los sobres están vacíos o hay pocos, sino lo hay, les llaman la atención y terminó la visita. Sin dejar de mencionar, el elemento de control más importante de la estrategia, Donde más allá de las diferentes explicaciones que da el personal de salud respecto a esta situación, en las entrevistas realizadas, es notoria la falta de motivación e interés hacia la Suplementación con MMN, puesto que muchas de ellas no creen en el producto, afirman que es muy complicado de explicar el funcionamiento del mismo y principalmente se basan en un fuerte desinterés de la madre sobre la salud del niño y la estrategia. Siendo todas esas descoordinaciones y diferentes contrastes de lo planeado versus la realidad, lo que hace concluir que no existe un sistema correcto de Monitoreo en la Microred de Salud de Concepción.

Por otro lado, con respecto a que, si la existencia de un correcto funcionamiento de la cadena de valor del programa favorecería a un adecuado consumo de los MMN, resulta cierto, puesto que es en la última parte de esta, en la implementación y monitoreo, donde esta falla. A pesar de que cuando inició la Suplementación con MMN, era la primera parte de la cadena la que mostraba dificultades, ya que se sufría de constantes desabastecimientos, en la actualidad, es un problema superado; mientras que en la última parte, la de implementación y monitoreo, es donde aparecen los problemas. Aunque en los últimos años se busque dar una mayor importancia a los instrumentos de monitoreo y evaluación, puesto que es el propio Estado el que acepta la relevancia de estos procesos, demostrando su funcionamiento en las demás provincias del país, no existe un presupuesto asignado que permita implementar las estrategias necesarias y establecidas por las propias directivas.

Si bien, a lo largo de la investigación, se ha podido identificar y comprender el rol de cada actor en la cadena, siendo los principales actores de la última parte de la cadena las enfermeras, técnicas de enfermería y beneficiarios, queda en el aire y con un interrogante, donde aparecen los médicos dentro de

la suplementación, así como la nutricionista. Por el lado del médico, a pesar de que la directiva 058 y 068 concuerdan en una constante participación del médico, en la realidad y tanto para los beneficiarios encuestados y entrevistados a través del *focus group* prácticamente no existe. Si bien en la entrevista que se tuvo con la encargada de la Suplementación, indicó que la única participación del médico era en caso se le encontrara anemia moderada o grave a los niños, ninguno de los beneficiarios con los que se tuvo contacto pudo concordar con dicha versión, para ellos, todo el contacto tanto en los controles CRED como lo que corresponde a la Suplementación, es solo con las enfermeras y técnicas de enfermería. Por otro lado, con respecto al papel que juega la nutricionista dentro de la Microred, este es totalmente nulo, a pesar de lo que comentó en la entrevista realizada, donde aseguró que todos los beneficiarios pasan por una consulta con ella, para asegurar una alimentación balanceada, según lo conversado en el *focus group*, ninguna de las beneficiarias ha tenido un contacto con ella de ningún tipo.

Así mismo, con respecto a quienes reciben la suplementación, si bien los MMN son una medida preventiva que se aplica a niños de 6 – 35 meses que ya tienen anemia, el problema surge en que la directiva 058, afirma que los MMN serán solo para los niños que tienen anemia, tras un dosaje anémico; mientras que en la realidad, la suplementación con MMN es dada a todos los niños entre 6 – 35 meses de edad, independientemente de sufrir o no de anemia y de los resultados del dosaje anémico. A pesar de no ser una mala medida o decisión, darles suplementos de hierro a todos los niños, pues estos contribuyen con su formación y correcta alimentación, debería existir una mejor estandarización sobre que es lo correcto a hacer; puesto que con todos los cambios de directivas que esta intervención ha recibido, como se ha explicado en los capítulos anteriores, esto no permite realizar el correcto seguimiento a los objetivos planteados y sobretodo genera mucha confusión en la práctica tanto para quienes ofrecen el servicio como para los que lo reciben.

Por otro lado, según el *focus group* y encuestas realizadas a los beneficiarios, se pudo tener como resultado la falta de concientización que tienen los beneficiarios de la estrategia hacia la anemia y suplementación. Esto desde el lado que ninguno tiene muy clara la definición de anemia y cuáles son las consecuencias sobre el desarrollo de los niños, puesto que la mayoría de ellas, creen que no va más allá de falta de apetito y bajo peso; lo cual tiene como consecuencia la falta de comprensión y sensibilización hacia la Suplementación con MMN y la inadecuada aplicación que le dan a los MMN.

Este último punto, va de la mano con la incorrecta capacitación y sensibilización que reciben las madres beneficiarias respecto al uso de los MMN, puesto que como se mencionó en el capítulo anterior y fue dicho en el *focus group*, las madres llegan a sus casas después del control CRED y ya no entienden cómo funcionan la suplementación, puesto que les dan una capacitación que debería estar adaptada a sus

necesidades, como se dice coloquialmente, se debería hablarles en su idioma, para que entonces se puedan ver resultados desde el momento de la aplicación de los MMN en los niños. Sin dejar de mencionar, la falta de material gráfico y estrategias comunicacionales que estén dirigidas a ellas, lo que permitiría recordar la importancia de consumir los MMN diariamente, y no cuando lo recuerden; es decir, no existe una adaptación más precisa a la realidad de las madres de Concepción de la estrategia de Suplementación con MMN.

De la mano con la falta de adaptación de la estrategia de suplementación a las características demográficas, sociales y culturales de los beneficiarios y sus madres, se encuentra el factor del nivel educativo de la madre con el consumo de los MMN. Como se pudo mostrar, el 40% de las madres encuestadas tienen secundaria incompleta, de las cuales, casi la totalidad es conviviente y tiene más de dos hijos. Para ellas, según los resultados que pudimos obtener del *focus group*, es más complicado adaptarse a la estrategia, en especial, dejar que su hijo consuma un polvo con su comida, pues creen que podría ser algo malo, si bien reconocen diferencias en sus hijos, antes y después de consumir los MMN, así como diferencias con sus hijos mayores, no realizan la suplementación de manera adecuada, tienen mayores equivocaciones, y sobretodo no terminan de entender la importancia que tiene evitar que su hijo sufra de anemia, siendo la suplementación con MMN, la solución más próxima que tienen.

Finalmente, se pudo haber identificado, que tanto el monitoreo como el correcto consumo de los MMN, son variables determinantes para que la estrategia de Suplementación, las cuales, las cuales están afectando la prevalencia de anemia en Concepción, como probablemente también lo hace sobre el país, lo cual, de no solucionarse pronto, no solo no se cumplirá con la meta estipulada del 19% (Ministerio de Salud, 2017); sino también y sobre todo, se tendrán niños con un mal desarrollo del cerebro y faltos de crecimiento, ciudadanos de cuarta categoría para el futuro.

RECOMENDACIONES

En primer lugar, se recomienda establecer un correcto sistema de monitoreo, adecuado a la realidad de cada parte del país a la que vaya la estrategia, puesto que, de otra forma, así sea el producto más exitoso, no se lograrán resultados a largo plazo. Según la evidencia demostrada, establecer un sistema de monitoreo adecuado y eficaz resulta vital para el éxito de cualquier programa o estrategia que busque realizar el Estado, en especial en el rubro Salud. Como se ha demostrado, las visitas domiciliarias no resultan suficientes para lograr el adecuado consumo, por lo que se podrían emplear dos tipos de herramientas para lograrlo, por un lado, herramientas masivas, a través de mensajes radiales y pautas televisivas, pues tienen un alcance nacional y que se escucha en cualquier momento del día; así como mensajes de texto a los celulares – por lo que se pudo observar y conversar con las entrevistadas en el *focus group* la mayoría de ellas cuenta con celulares de baja tecnología, no tienen acceso a internet y son los celulares de sus parejas – donde se les recuerde que deben dar los MMN a sus hijos. Por otro lado, utilizar medios más personalizados, a través de una mejor capacitación en las consultas CRED; sin dejar de mencionar, que la Nutricionista del centro de Salud cumpla el papel transcendental que tiene para esta estrategia, pudiendo realizar charlas de concientización mensuales para lograr la constante capacitación en las madres beneficiarias.

En segundo lugar, se recomienda tener un mejor sistema de recolección de información, si bien el escenario ideal es contar con mayor tecnología, lo que implicaría un mayor gasto de recursos escasos; se puede obtener de manera periódica, constante y ordenada la información que se necesita para poder dar un mejor seguimiento a la estrategia, para así tener mejores resultados y tomar decisiones oportunas. Al manejar ya formatos de llenado de información, y contar con un sistema que funciona a penas, pero logra tener algunos resultados, si se realizara la recolección dentro de los tiempos correctos y se hiciera la recolección de información que las directivas indican, se podrían manejar reales indicadores de monitoreo que permitan establecer el estado actual de la Suplementación y de la anemia en Concepción.

En tercer lugar, se recomienda estandarizar los procesos de las directivas por las que se rigen los centros de salud, volverlos más reales y alcanzables a la realidad hospitalaria y en recursos que tiene el país. Más allá de la constante actualización de las directivas o de los productos a usar para erradicar la anemia infantil o la desnutrición crónica infantil, el Estado debería preocuparse también porque quien vaya a poner en práctica estas nuevas estrategias, entiendan claramente los nuevos lineamientos y propósitos, para no caer en errores y/o confusiones con la comunicación a los pacientes, los beneficiarios

finales. Por ejemplo, se plantean bastos indicadores de monitoreo a cumplir, cuando no se cuenta con la tecnología, medios u orden suficiente para hacerlo. Así mismo, se debe establecer un sistema de incentivos adecuado para motivar al personal médico, puesto que son ellos la herramienta, si es que así se les puede llamar, más importante para llevar a cabo cualquier programa o estrategia de salud.

En cuarto lugar, adaptar las estrategias comunicacionales y de capacitación para los beneficiarios, pues junto con el personal médico, son actores vitales para el éxito de cualquier programa de salud que se fuera a establecer; de esta forma, los beneficiarios no sentirán que los pueden estar engañando o haciendo mal a sus hijos en lugar de mejorarlos. La clave está en pensar como ellos, para concientizarlos y poder obtener resultados. Si se establecieran programas comunicaciones con potenciales parecidos a los de Nutriwawa, que busquen comunicar en la manera que los beneficiarios entiendan los mensajes, comunicar en su idioma, se tendrían mejores resultados a corto y largo plazo.



REFERENCIAS

- Arias, M. (2000) *La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones*.
- Banco Central de Reserva del Perú. (2012). *Caracterización del departamento de Junín* . Obtenido de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Huancayo/Junin-Caracterizacion.pdf>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2013). *Seminario Internacional: Las buenas prácticas de los Programas de Inversión Pública para el Desarrollo Rural en América Latina y el Caribe* . Obtenido de Roberto García Lopez: http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/novedades/2013/presentaciones/semi_inter/2_Lima.pdf
- Banco Interamericano de Desarrollo (2016). *Los sistemas de Monitoreo y Evaluación: Hacia la mejora continua de la Planificación Estratégica y la Gestión Pública*. Obtenido de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7881/Los-sistemas-de-monitoreo-y-evaluacion-hacia-la-mejora-continua-de-la-planificacion-estrategica-y-la-gestion-publica.pdf?sequence=1>
- Banco Mundial . (2010). *La Formulación de Políticas en la OCDE: ideas para América Latina*.
- Banco Mundial. (2016). *Prevalencia de anemia en la infancia (% de menores de 5 años)*. Obtenido de Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS?view=chart>
- Burga, D. M. (2011). Metodología de Planeamiento Estratégico en el Sector Público: Conceptos Esenciales. *Revista Moneda*, 42 - 56.
- Castro, E. (2010). El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas. *Revista Nacional de Administración*.
- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2011). *Planeamiento Estratégico*. Obtenido de Dirección Nacional de Coordinación y Planeamiento Estratégico.
- Cohen, E., & Franco, R. (1998). *Evaluación de proyectos sociales*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe . (Mayo de 2014). *Fortalecimiento de las cadenas de valor como instrumento de la política industrial. Metodología y experiencia de la CEPAL en Centroamérica*. Obtenido de Perez, Ramón Padilla: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36743/S20131092_es.pdf?sequence=4
- Conejero Paz, Enrique (s/f). Creación de valor público: un enfoque desde la gobernanza. Obtenido de: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Conejero_Paz/publication/271726801_Creacion_de_valor_publico_un_enfoque_desde_la_gobernanza/links/54d08f8e0cf29ca81101c1cf/Creacion-de-valor-publico-un-enfoque-desde-la-gobernanza.pdf
- EGP Universidad Continental (2017). *Política y gestión pública: Dos enfoques para la toma de decisiones*. Obtenido de: <https://blogposgrado.ucontinental.edu.pe/politica-publica-y-gesti%C3%B3n-publica-diferencias-dos-enfoques-para-la-toma-de-decisiones>
- Fernández Santos, Y., Fernández Fernández, J., Rodríguez Pérez, A, & Universidad de León. (2008). *Modernización de la Gestión Pública. Necesidad, incidencias, límites y críticas*. León - España.
- Filc, G., & Scartascini, C. (2012). *El presupuesto por resultados en América Latina. Condiciones para su implementación y desarrollo*.
- García Lopez, R., & Laguzzi, H. (2009). *Gestión Pública para Resultados en el desarrollo. Corresponsabilidad del Estado y la Sociedad Civil*.
- García, M., & García , R. (2010). *La gestión para resultados en el desarrollo: Avances y desafíos en América Latina y el Caribe*.
- García Sánchez, Isabel María (2007). *La nueva gestión pública: evolución y tendencias*

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Lima: McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Encuesta Demográfica y de Salud Familia 2014 - ENDES*. Lima.
- Instituto de Ciencias Sociales y Políticas Públicas - INCISPP. (Noviembre de 2016). *La Gestión Pública por Resultados. Concepto y elementos*. Obtenido de <http://incispp.edu.pe/blog/la-gestion-publica-resultados-concepto-elementos/>
- Instituto Federal Electoral - IFE. (2012). *Valor público: una reflexión institucional*. México.
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social . (2003). *Planificación estratégica y gestión pública por objetivos*. Santiago de Chile.
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (2009). *Valor público: un enfoque integral para la gestión de políticas*. Santa Cruz, Bolivia
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. (2011). *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*. Junio.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática . (2015). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática : https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años disminuyó en 3,1 puntos porcentuales*. Obtenido de INEI: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/>
- Instituto para la Democracia y Asistencia Electoral. (Mayo de 2009). *Gestión Pública*. Obtenido de Programana de las Naciones Unidas para el desarrollo: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9506FA981DDF086405257C2B0056BEF1/\\$FILE/Gesti%C3%B3n_P%C3%BAblica.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9506FA981DDF086405257C2B0056BEF1/$FILE/Gesti%C3%B3n_P%C3%BAblica.pdf)
- Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral y Asociación Civil Transparencia. (2008). *Estado: Funcionamiento, organización y proceso de construcción políticas públicas*. Obtenido de Congreso de la República: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/A435FCFDD1E11B34052579490056BF87/\\$FILE/Estado_Funcionamiento_Organizaci%C3%B3n.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/A435FCFDD1E11B34052579490056BF87/$FILE/Estado_Funcionamiento_Organizaci%C3%B3n.pdf)
- Jann, W., & Wegrich, K. (2007). Theories of the Policy Cycle. En F. Fischer, G. Miller, & M. Sidney, *Handbook of Public Policy Analysis. Theory, Politics, and Methods*. U.S.A.
- Junco Guillermo, J. (2015). *Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de Suplementación con Multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho*. Lima.
- Kaugmann, J., Sanginés, M., & García Moreno, M. (2015). *Construyendo gobiernos efectivos. Logros y retos de la Gestión Pública para resultados en América Latina y el Caribe*.
- Khandker, S., Gayatri, K., & Hussain, S. (2010). *Handbook on impact evaluation*. Obtenido de World Bank Group: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2693/520990PUB0EPI1101Official0Use0Only1.pdf>
- Lahera Parada, E. (2004). Introducción a las políticas públicas. *Breviarios. Fondo de Cultura Económica*.
- Losada , C. (1999). *De Burócratas a Gerentes*. Washington D.C.
- Makón, M. P. (2000). *El Modelo de Gestión por Resultados en los organismos de la Administración Pública Nacional*. Obtenido de

- <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/MAKON,%20Marcos%20-%20El%20modelo%20de%20gestin%20por%20resultados.pdf>
- Makon, M. (s/a). *Políticas Presupuestarias y Gestión por Resultados en América Latina y el Caribe*. Obtenido de La Gestión por resultados y el presupuesto: http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/gestion_por_resultados_y_presupuesto_m_makon.pdf
- Marcel, M., Guzmán, M., & Sanginés, M. (2014). *Presupuesto para el desarrollo en América Latina*.
- Martínez, R. (1995). *Análisis de Políticas Públicas*.
- Martínez, R. (1995). *Análisis de políticas públicas*. Obtenido de Centro de Estudios Municipales y Provinciales: <http://www.cemupro.com.ar/wp-content/uploads/2010/11/Martinez-Nogueira-Analisis-de-politicas-publicas.pdf>
- Medina, A. (2005). *Gestión de procesos y creación de valor público*. Santo Domingo.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2016). *Programas presupuestales Diseño Revisión y Articulación Territorial*. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/directiva_PP2016.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2011). *El Sistema Nacional de Presupuesto*.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2014). *Programa Articulado Nutricional*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf
- Ministerio de Salud. (2014). *Plan Nacional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la prevención de la anemia en el país*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf
- Ministerio de Salud. (2016a). *Evaluación de la Gestión y Ejecución presupuestal I semestre y formulación 2017 en el marco de las acciones 06;08;09 y 10 del Plan de Articulación Territorial y seguimiento de las transferencias del nivel nacional*. Obtenido de Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/Informe_Evaluacion_Semestral.pdf
- Ministerio de Salud. (2016b). *Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con Micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses*. Obtenido de Instituto de Gestión de Servicios de Salud: http://igss.gob.pe/portal/files/redes-integradas/0001/DIRECTIV_SANITARIA_N_068_MINSADGPS_V01.pdf
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017 - 2021*. Lima.
- Ministerio de Salud (Dirección). (2017). *Sin Anemia #SinAnemia* [Película]. Perú.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Situación de la Desnutrición y Anemia en el Perú*. Obtenido de Nutriwawa: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/situacion.html>
- Moore, M. (1998). *Gestión Estratégica y creación de valor en el sector público*. Barcelona.
- Municipalidad Provincial de Concepción. (20 de julio de s/f). Obtenido de <http://municoncepcion.gob.pe/>
- OCDE (2016). *Estudios de la OCDE sobre Gobernanza Pública: Perú: Gobernanza integrada para un crecimiento inclusivo*. Éditions OCDE, París. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265226-es>
- Organización de Estados Iberoamericanos. (s/f). *Monitoreo o indicadores*. Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Cobertura de los servicios de salud*. Obtenido de Estadísticas Sanitarias Mundiales: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table4.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2011a). Obtenido de Concentraciones de Hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México D.F.: FLACSO.
- Perú 21. (23 de Octubre de 2016). *Patricia García: "Han sido cinco años de oscurantismo en Salud"*. Obtenido de Entrevista 21: <http://peru21.pe/politica/patricia-garcia-han-sido-cinco-anos-oscurantismo-salud-2260424>
- Presidencia de Consejo de Ministros. (2013). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*.
- Robinson, M. (2011). *Manual sobre la elaboración de presupuestos basados en resultados*. Obtenido de Centros Regionales de Aprendizaje sobre Evaluación y Resultados: http://www.clear-la.cide.edu/sites/default/files/Manual%20sobre%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20presupuestos%20basados%20en%20resultados_CLEAR.pdf
- Sanabria, C. (2000). *El rol del Estado y la salud en el Perú*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol_estado_salud.pdf
- Sanchez Gonzales, J. J. (2002). *Gestión Pública y Governance*. México.
- Schröder, P. (s/f). *Nueva Gestión Pública: aportes para el buen gobierno*. Fundación Friedrich Naumann.
- Siddiqi, A., Irwin, L., & Hertzman, C. (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer*.
- Sotelo, A. (s/f). *La cadena de valor público: un principio ordenador que previene la colisión metodológica*. Obtenido de Asociación Internacional de Presupuesto Público: <http://asip.org.ar/la-cadena-de-valor-publico-un-principio-ordenador-que-previene-la-colision-metodologica/>
- Torres Manrique, Jorge (2010) *Reflexiones sobre la importancia del valor público*. Obtenido de: <https://www.gestiopolis.com/reflexiones-sobre-la-importancia-del-valor-publico/>
- Torres, S., & García, F. (2011). *Avances en la articulación de los procesos de planificación y presupuestos en Perú [PPT]*. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/43324/PERU.pdf>
- UNICEF - CIPPEC. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires.
- UNICEF. (2001). *Estado Mundial de la infancia*. Obtenido de Carol Bellamy.
- UNICEF. (2006). *Convención de los Derechos del Niño*.
- UNICEF, Programa Mundial de Alimentos y Ministerio de Salud. (2010). *Sistematización de la experiencia peruana sobre suplementación con micronutrientes en los departamentos de: Apurímac, Ayacucho, Huancavelica 2009 - 2011*. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/spanish/SISTEMATIZACION_PILOTO_Multimicronutrientes_M_INSA_UNICEF_PMA.pdf
- Velázquez Gutiérrez, José Manuel (s/f). *Retroalimentando la etapa de terminación: Análisis de casos de políticas públicas*

ANEXO A: Documento de presentación de ganadores Fondo Concursable Red Peruana de Universidades 2016

Categoría 2: Alumnos tesistas				
1	Andrea Torres Nuñez y Aída Fe Cárdenas Orlandini	Gestión y Alta Dirección	Monitoreo de la estrategia de suplementación con multimicronutrientes perteneciente al Programa Articulado de Nutrición (PAN) y las implicancias sobre su consumo: el caso de la Microred de Salud de Concepción	Universidad Nacional del Centro del Perú
2	Jorge Manuel Quispe Díaz	Antropología	La influencia de la Educación Intercultural Bilingüe (EIB) en la formación étnica shipibo en las niñas y niños de la escuela primaria de la comunidad Bena Jema en Tingo María (Huánuco)	Universidad Nacional Hermilio Valdizán
3	Sandy Melgar Vilchez	Ciencia Política y Gobierno	Condicionantes para una corrupción institucionalizada el caso de la región Áncash durante la gestión de César Álvarez (2006-2014)	Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo
Categoría 3: Curso de pregrado				
1	Deborah Delgado	Sociología	Desafíos contemporáneos para la educación intercultural bilingüe: género, ambiente y organización indígena	Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

Agradecemos a todos los docentes y estudiantes que postularon a este concurso. Los invitamos a participar de próximas convocatorias

Oficina de la Red Peruana de Universidades y Entorno
 Dirección Académica de Relaciones Insitucionales-DARI
 Pontificia Universidad Católica del Perú

ANEXO B: Matriz metodológica

PREGUNTAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MÉTODOS Y HERRAMIENTAS	VARIAB.	INDICADORES
Pregunta General: ¿Cuáles son los mecanismos de monitoreo que propiciarían un adecuado consumo del MMN?	Objetivo General: Identificar aquellos mecanismos de monitoreo que propicien el consumo de MMN en la Microred de Salud de Concepción – Junín	Hipótesis general: Existe una relación positiva entre el monitoreo y un adecuado consumo de MMN			
P1. ¿Cuál es la situación actual de la estrategia de Suplementación con MMN?	Objetivos Específico 1: Realizar un diagnóstico de la implementación de la estrategia de Suplementación con MMN	H1: La existencia de un correcto funcionamiento de la cadena de valor favorece el adecuado consumo del MMN	Entrevistas a profundidad a actores clave dentro de la cadena de valor	Consumo del MMN (dependiente) Nivel de anemia infantil (dependiente)	Variación del % de Niños con anemia en el periodo 2016 VS Variación del % de Niños con anemia en el periodo 2015 % De niños que culminaron la Suplementación con MMN
P2. ¿En qué consiste la actual cadena de cadena de valor y cuáles son los principales actores de esta?	Objetivos Específico 2: Comprender la actual cadena de valor y el rol de cada actor clave de la Estrategia de Suplementación con MMN		Revisión de bibliografía a través del método de razonamiento analítico-sintético	La cadena de valor (Actor (Normativa (contextual)	Cantidad de etapas Cantidad de funciones por actor Cantidad de relaciones entre actores
P3. ¿Cuáles son las principales variables que inciden en el consumo?	Objetivo específico 3: Identificar las principales variables que más inciden en el consumo del MMN	H2: Existe una relación positiva entre el nivel educativo de las madres y el consumo adecuado del MMN	Encuestas semiestructuradas a beneficiarios Entrevistas a beneficiarios Focus group a beneficiarios	Monitoreo (independiente) Nivel de anemia infantil (dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> •Cantidad y frecuencia de acciones de monitoreo •Valoración de los beneficiarios del programa (escala Likert) <ul style="list-style-type: none"> • % de niños/as de 6 a 35 meses con anemia al finalizar la suplementación con MMN • % de niños/as de 6 a 35 meses que culminaron la suplementación con MMN

<p>P4. ¿Cómo funciona el sistema de monitoreo y control de la Suplementación con MMN en la Microred de Salud de Concepción?</p>	<p>Objetivos Específico 4: Determinar el estado actual del sistema de monitoreo y control que realiza la Microred de Salud de Concepción</p>		<p>Entrevistas a los encargados de brindar la Suplementación directamente a los prestatarios Guías de observación</p>	<p>Consumo del MMN (dependiente) Nivel educativo de la madre (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo mensual y anual del MMN • % de beneficiarios que concluyen la suplementación con MMN (1 año y medio) • % de madres con educación superior • % de madres con educación secundaria • % de madres con educación básica Número de visitas a los hogares realizadas Cantidad de exámenes de hemoglobina realizados
<p>P5. ¿Cuáles son las necesidades de los beneficiarios finales con respecto a la Suplementación con MMN?</p>	<p>Objetivo específico 5: Explorar e identificar las necesidades de los beneficiarios finales del producto (niños de 6 a 35 meses y sus madres)</p>	<p>H3: No existe una adaptación de la Estrategia de Suplementación con MMN a las características demográficas, sociales y culturales de los beneficiarios finales</p>	<p>Guías de observación Entrevista a beneficiarios (por bola de nieve) Focus group</p>	<p>Cadena de Valor (Independiente) Accesibilidad (Independiente) Nivel educativo de la madre (Independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de necesidades insatisfechas - Atributos más valorados de la Suplementación con MMN en la Microred -

ANEXO C: Consentimientos informados

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, “Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín”, será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.

Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390

Aida Fe Cárdenas Orlandini
Código: 20110602

Yo _____, representante de _____ autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica “Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín”. Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

Nombre y apellido:
Cargo:
DNI:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.



Andrés Katherine Torres Núñez
Código: 20110390



Aida Fe Górdenas Oriandini
Código: 20110602

Yo Oscar Aquino, representante de CENAN autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica [nombre del trabajo]. Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre y apellido: OSCAR AQUINO
Cargo: ex director general de CENAN
DNI: 06757278

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.



Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390



Aida Fe Cárdenas Orlandini
Código: 20110602

Yo JOSÉ CASTRO ZAVALETA, representante de CENARES autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica [nombre del trabajo]. Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



JOSÉ CASTRO ZAVALETA
Nombre y apellido:
Cargo: EFECTIVO ADJUNTO 2
DNI: 72940408

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.


Agradecemos su apoyo.


Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390


Aida Fe Cárdenas Orlandini
Código: 20110602

Yo REYNALDO ANTONIO ALVARADO representante de estrategia sanitaria NACIONAL DE ALIMENTACION autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica [nombre del trabajo]. Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,


Nombre y apellido: REYNALDO ALVARADO
Cargo: DIRECTOR DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRISAL
DNI: 07397573

CONSENTIMIENTO PARA EL TRABAJO DE CAMPO

Estimado Sr. Manuel Rojas Huamán, Director de la Microrred de Salud Concepción, a través de la presente nos dirigimos a usted con el motivo de solicitar su consentimiento para la realización del trabajo de campo de nuestro trabajo de investigación.

La investigación está denominada "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microrred de Salud de Concepción - Junín" será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Sacién

El objetivo del trabajo de campo es contar información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento para poder realizar el trabajo de campo. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.



Andrea Katherine Torres Núñez
72182605



Aida Fe Cárdenas Orlandini
48318596



Manuel Rojas Huamán
DNI: 46490235

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclón

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390


Aída Fe Córdova Orlandini
Código: 20110602

Yo Eva Lilia Anieta Zacarias representante de 95° 208' - Comisión autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,


INSTITUTO REGIONAL DE SALUD - IRES
RED DE SALUD VALLE HUAYTAY
COMISIÓN 95° 208' CONCEPCIÓN
Eva Lilia Anieta Zacarias
TVA ANCIETA ZACARIAS
M. EMPLEADORA

Nombre y apellido: Eva Lilia Anieta Zacarias
Cargo: Comisionada de CCOO
DNI: 26401436

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Saclén

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.



Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390



Aida Fe Cárdenas Orlandini
Código: 20110602

Yo NILDA DAEA SALAZAR, representante de LA COORDINADORA DE CESA autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica [nombre del trabajo]. Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre y apellido: NILDA DAEA SALAZAR
Cargo: COORDINADORA - CESA
DNI: 90448446

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén.

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390


Aida Fe Córdova Orbadini
Código: 20110502

Yo ESTERINA GARCÍA YUMRANI, representante de la C.S. "Comunidad" autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,


Nombre y apellido:
Cargo: Teniente de Intendencia
DNI: 49200316

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.



Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390



Aída Fe-Cárdenas Orlandini
Código: 20110602

Yo Rocio Gamo Pérez, representante de el G.S "Concepción" autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica [nombre del trabajo]. Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre y apellido: Rocio Gamo Pérez
Cargo: Interventora
DNI: 4467 00295

ANEXO D: Guía de observación a la Microred de Salud de Concepción

El objetivo de esta guía es conocer las condiciones en las que los prestatarios de la Microred brindan el servicio de suplementación con MMN.

Se entenderá por Microred de Salud:

La Microred de Salud es el órgano técnico operativo desconcentrado de la Red de Salud responsable de la organización y gestión de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Está encargada de planificar, organizar, coordinar, dirigir, ejecutar, monitorear, supervisar y evaluar las acciones de salud de su ámbito de responsabilidad, para lo cual dirige los establecimientos de salud de su responsabilidad y gestiona los recursos sanitarios asignados por la red de salud a la cual pertenece; para lo cual se constituye en una institución centrada en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades, priorizando los más vulnerables y excluidos.

Para ello se ha pensado la siguiente guía de pautas:

- a. Localización de la Microred escogida
- b. Descripción de la infraestructura de la Microred.
- c. Identificación de los servicios dentro de la estrategia CRED (con énfasis en la Suplementación con MMN)
- d. Descripción de la interacción entre los beneficiarios y los prestatarios

Localización de la Microred:

- a.1) Ubicación precisa de la Microred.
- a.2) Formas de acceso: identificar las formas de acceso a la Microred, indagar el tipo y medios de transporte que se encuentran alrededor y son más utilizados para llegar a la Microred (buses, mototaxi, a pie)
- a.3) Servicios y comercios que se encuentren cerca de la Microred y que estén relacionadas a éste (farmacias aledañas, establecimientos donde realizar análisis, bodegas, etc)

Descripción de la infraestructura de la Microrred

- b.1) Descripción de los accesos a la Microrred (identificación de las entradas y de accesos a quienes padecen dificultades motrices, estado de conservación).
- b.2) Descripción de los pisos de la Microrred: estado de conservación prestando especial atención al estado de la infraestructura, condiciones de iluminación, de climatización y de limpieza.
- b.3) Señalización destinada a brindar algún mensaje o indicar localización de los servicios: adecuación y eficacia.

Identificación de los servicios dentro de la estrategia CRED (énfasis en la Suplementación con MMN):

- c.1) Localización CRED: evaluar el acceso a cada uno de ellos así como la eficacia de la señalización que conduce a cada uno.
- c.2) Estado de conservación del espacio otorgado al CRED: prestar especial atención a la infraestructura, las condiciones de iluminación, de climatización y limpieza.
- c.3) Descripción de los consultorios
- c.4) Descripción de la sala y de las condiciones de espera: prestar especial atención a la infraestructura, las condiciones de iluminación, de climatización y limpieza de las salas.
- c.5) Demora en la atención.

Descripción de los procesos de interacción entre los usuarios y el personal de la Microrred

- d.1) Descripción de los procesos de interacción entre usuarios y personal de la Microrred: indagar además respecto de las condiciones de funcionamiento del/los servicios.
- d.2) Observación del grado de satisfacción de los beneficiarios, tras terminar la consulta. (Grado de incertidumbre, satisfacción)
- d.3) Descripción de los actores que participan: personal médico, asistentes y enfermeras, personal administrativo y usuarios en lo que se refiere a su vestimenta, diferenciación en función de los estamentos/jerarquías del Centro.
- d.4) Procesos de interacción entre los usuarios y el personal administrativo: formas de trato, los turnos de palabra, registrar cuanto sea relevante en relación a las formas de diálogo y lenguaje no verbal.
- d.5) Procesos de interacción entre el personal de los servicios: formas de trato, los turnos de palabra, registrar cuanto sea relevante en relación a las formas de diálogo y lenguaje no verbal.
- d.6) Modalidades de espera de los usuarios en cada uno de los servicios.

ANEXO E: Guía de entrevista para la encargada de la Suplementación con MMN en la Microred de Concepción

*Primer objetivo: Conocer su punto de vista con respecto a la anemia y sus funciones

1. ¿Qué es para usted la anemia?
2. ¿Qué son los controles CRED?
3. ¿Qué parte de sus funciones diarias toma la Suplementación?
4. ¿Cuántas personas trabajan en el CRED?

*Segundo objetivo: Con respecto a la Suplementación con MMN

5. ¿Qué es la Suplementación con MMN?
6. ¿Bajo qué reglamento se rigen?
7. ¿Cuántos pacientes atienden diariamente, aproximadamente?
8. ¿Con qué entidades realiza coordinaciones por la Suplementación con MMN o el CRED?
9. ¿Existe algún limitante que perjudique el desarrollo de las funciones normales que ustedes tienen?
10. ¿De qué manera podría mejorar esto?

*Tercer objetivo: Comprender y conocer los mecanismos de Monitoreo

11. ¿Cómo le hacen seguimiento al consumo de MMN?
12. ¿Eso se hace a todos los que consumen MMN?
13. ¿En qué consisten estas visitas?
14. ¿Qué instrumentos utilizan para el monitoreo?
15. ¿Cree que esto es suficiente o que podría ser mejor?
16. ¿Qué tan efectiva cree usted que es la Suplementación con MMN para combatir la anemia?
17. ¿Qué tan relevante es la Suplementación para el establecimiento?
18. ¿Qué recomendaciones daría usted?

ANEXO F: Guía de entrevista para las enfermeras de la Microred de Salud

* Primer objetivo: Ahondar acerca del CRED

1. ¿Qué es para usted el CRED? ¿En qué consiste?

* Segundo objetivo: Conocer la percepción que se tiene sobre la Suplementación con MMN

2. ¿Qué es para ti la Suplementación con MMN?

3. ¿Tiene que hacer coordinaciones con otras entidades para entregar chispitas?

* Tercer objetivo: Comprender los mecanismos de monitoreo

4. ¿De qué manera se podría hacer seguimiento a que se consuma mejor?

5. ¿En qué consiste la visita?

6. ¿Cree que funciona eso o podría ser mejor?

7. ¿Cómo se sistematiza la información recibida para el monitoreo?

8. ¿Qué tan efectiva crees tú que es la Suplementación con MMN para combatir la anemia?

9. ¿Qué tan importante es la Suplementación para este establecimiento?

10. Recomendaciones

ANEXO G: Guía de entrevista para la técnica de enfermería

* Primer objetivo: Conocer las funciones del puesto

1. ¿Cuáles son sus funciones diarias? ¿Cuáles son las más importantes?
2. Aproximadamente, ¿Cuántos pacientes visita diariamente?
3. ¿Qué proporción de sus funciones diarias son ocupadas por la Suplementación con MMN?
4. ¿Cuál es el esquema de visitas programado por niño/a?
5. ¿Existe algún limitante que perjudique el desempeño de sus funciones? (Trabas burocráticas, administrativas, logísticas, etc.)

* Segundo objetivo: Comprender los mecanismos de monitoreo

6. ¿De qué manera usted hace seguimiento al consumo de los MMN? ¿Considera que funciona?

* Tercer objetivo: Conocer la percepción que se tiene sobre la Suplementación con MMN

7. ¿Qué tan efectiva cree Ud. que es la suplementación con MMN como estrategia para combatir la anemia? ¿Por qué? ¿Considera que existen limitantes en esta estrategia?
8. ¿Qué tan relevante es la Suplementación con MMN para este establecimiento?

* Cuarto objetivo: Identificar las oportunidades de mejora en la estrategia

9. De acuerdo a lo observado, ¿Qué recomendaciones daría para que esta estrategia pueda ser más efectiva?

ANEXO H: Síntesis de resultados de entrevistas

En este apartado, se presenta la síntesis de información recogida en las entrevistas hechas al lado de la oferta de la Suplementación con MMN, es decir, las enfermeras, técnicas de enfermería y encargada general. La información se divide en 4 secciones: Concepción de la anemia, Suplementación con MMN, Monitoreo y recomendaciones finales hacia la estrategia

Temas	Información dada
Concepción de la anemia	Se destaca la importancia de tratarla a tiempo, puesto que las consecuencias son graves en el desarrollo escolar futuro
	Enfermedad común en los niños de la zona
Suplementación con MMN	Busca reducir los índices de anemia por deficiencia de hierro
	Los alimentos consumidos no tienen el porcentaje de hierro necesario
	Se prioriza a los menores de 36 meses por su desarrollo cognitivo y psicomotor
	Reciben el MMN tengan o no anemia. Es una intervención preventiva
	Los niños no terminan la Suplementación porque la dejan al estar enfermos o porque se van de viaje por periodos largos. Se dificulta el consumo
	Las madres no confían en los MMN por la primera impresión que tuvieron con el producto
	Por las diversas reacciones que tienen los cuerpos de los niños a las chispitas. Las mamás les dejan de dar
Monitoreo	Controles de consumo a los 15 días de la primera entrega
	Los siguientes controles son mensuales (en el control CRED)
	El control es a través de visitas domiciliarias
	Todos los niños pasan por el control de hemoglobina a los 6 meses
	Se evalúa según el tamizaje de hemoglobina
	Se considera a un niño con anemia si tiene menos de 11 El nivel de anemia se disminuye en 2,3, por la altura de Concepción
	Si el niño tiene anemia moderada o severa, pasa a ser tratado por un médico. Ellos reciben el jarabe de Sulfato Ferroso (debe ser consumido a la para que el MMN)
	El seguimiento del consumo es a través del llenado de informes en cuadernos
	Existe un esquema de visitas programadas
	La primera visita es a los 7 días, la segunda a los 3 meses y la tercera a la 9 entrega (Depende el caso)
	Se lleva un registro por beneficiario. Se plasman las dificultades que puedan haber tenido
	Si no hay consumo, se trabaja en la concientización
Recomendaciones	Mayor compromiso del personal de salud y beneficiarios
	Concientizar a la madre. Se le pregunta mensualmente si está consumiendo
	Controlar consumo a través de visitas domiciliarias
	La suplementación no funciona. El índice de anemia ha aumentado
	Las madres no tienen un interés real en el Programa
	Cada año debería cambiarse la presentación de los MMN. Por ejemplo, grajeas de fresa u otros

ANEXO I: Ficha técnica de Focus Group

FICHA TÉCNICA – FOCUS GROUP	
Técnica de Investigación	Focus group
Instrumentos de Recolección	Guía de Focus Group, la cual consta de 30 preguntas, separadas en 5 categorías: Presentación e información general de los participantes, preguntas de transición, preguntas específicas y preguntas de cierre
Objeto de Estudio	Madres beneficiarias de la Suplementación con MMN
Objetivo	Conocer su experiencia en la Suplementación con MMN y en especial cómo se realiza el Monitoreo de la estrategia
Moderador	Aída Fe Cárdenas Orlandini
Observadores	Andrea Torres Núñez
Participantes	El nombre de los participantes permanecerá en la anonimidad
Lugar	Establecimiento a dos cuadras de la Microred de Salud David Guerrero
Duración	45 minutos
Fecha	Se llevó a cabo el día 18 de noviembre de 2016
Hora	Se realizó a las 11:00 AM horas.

ANEXO J: Guía del *focus group* a los beneficiarios

1. *Warming up*

1.1 Presentación personal del moderador

“Buenas tardes con todas, mi nombre es Aída Fe Cárdenas, tengo 22 años y estoy haciendo mi tesis sobre la suplementación con MMN para obtener la licenciatura en la universidad”

1.2 Explicar el motivo de la reunión

En ésta reunión les haremos preguntas muy simples acerca de su experiencia con el consumo de las chispitas, y qué puntos mejorarían de todo el programa. Todas las respuestas que nos den, tendrán un uso meramente académico.

1.3 Dinámica para romper el hielo:

"Dos verdades y una mentira"

La dinámica consiste en el que ustedes se presenten diciendo dos características de sí mismos que son ciertas y una que no lo es. Las demás trataremos de adivinar qué es verdad y qué es mentira.

Objetivos: Conseguir que los invitados se relacionen al momento de descubrir la mentira mediante gestos.

2. Preguntas generales o de Apertura

- 2.1 ¿Cuántos hijos tiene?
- 2.2 ¿Vive lejos de aquí?
- 2.3 ¿Usted trabaja o es ama de casa?
- 2.4 ¿Qué es lo que más disfruta hacer?
- 2.5 ¿Le gusta cocinar?
- 2.6 ¿Cuál es el plato que más le gusta a su hijito?

3. Preguntas de Transición

- 3.1 ¿Qué piensan de la anemia? Y de la DCI?
- 3.2 ¿Ustedes han tenido anemia?
- 3.3 ¿Cuántos de sus hijos han sufrido o sufren de anemia?

- 3.4 ¿Cómo se dieron cuenta que tenía anemia?
- 3.5 ¿Cómo les va con los controles CRED? Creen que son útiles?
- 3.6 ¿Cómo es el trato que reciben en los controles?

4. Preguntas específicas

- 4.1 ¿Hace cuánto empezaste a consumir los MMN?
- 4.2 ¿Cómo empezaron a consumir los MMN?
- 4.3 ¿Qué piensan de los MMN?
- 4.4 ¿Qué es lo que no les gusta de los MMN?
- 4.5 ¿Cómo usan los MMN?
- 4.6 ¿Ustedes preparan platos con hígado o sangrecita?, ¿Qué preferirían darles a sus hijos los MMN o los platos ricos en hierro que preparan?
- 4.7 ¿Su hijito sintió el cambio en la comida cuándo lo empezó a usar?
- 4.8 ¿Ustedes ven diferentes a sus hijos desde que empezó el consumo? ¿Qué ha cambiado?

5. Preguntas de cierre

- 5.1 ¿Las visitaron en su casa?
- 5.2 ¿Les gustó que las visiten?, ¿Cada cuánto lo hacen?
- 5.3 ¿Qué cambiarían de las chispitas?
- 5.4 ¿Se las recomendarían a alguien más?

* Agradecimiento por la Participación

Se les agradecerá a las madres de familia por su participación y por la disposición a ser parte de éste focus group y responder todas las preguntas hechas. Así mismo, se hará énfasis en que todo el contenido o respuestas a las preguntas, serán de uso netamente académico.

ANEXO K: Síntesis de resultados de entrevistas

Temas	Información dada
Concepción de la anemia	Falta de glóbulos rojos en la sangre
	Falta de apetito y peso en sus niños
Suplementación con MMN	Empezaron a los seis meses de edad
	Utilizan alimentos complementarios
	Tomaron el tamizaje de anemia a los seis meses. No todas supieron los resultados del examen
	Los niños de las madres participantes tienen anemia. Ninguna sabe el grado de esta
	Todos los niños han tenido efectos secundarios con los MMN.
	El consumo de los MMN es interdiario, por olvido.
Monitoreo	Más de la mitad creyó entender la primera vez el uso de los MMN, pero no lo usaron correctamente hasta el siguiente mes
	Las visitas a los hogares solo se han dado en caso estar ausente a los controles CRED
	Nunca han recibido orientación extra a la información dada en los controles CRED
	Las visitas se dan en horarios inoportunos
	Jamás han tenido contacto con la Nutricionista del centro de salud
Recomendaciones	Cuentan con una tablilla de seguimiento de consumo de los MMN
	Mejor trato de parte del personal médico
	Cambiar la forma de los MMN, hacerlo más amigable para los niños

ANEXO L: Ficha técnica Encuestas

FICHA TÉCNICA – ENCUESTAS	
Trabajo de campo	21 al 18 de noviembre de 2016
Ámbito	Provincia de Concepción, perteneciente al departamento de Junín. Microred David Guerrero
Diseño muestral	Estudio de caso
Universo	Población entre los 6 y 35 meses de edad que sean atendidos en la Microred David Guerrero
Nivel de confianza	95%
Error muestral	5%
Tamaño de la muestra	Total casos: 180
Instrumento de recolección	Cuestionario de preguntas cerradas con opción múltiple y abiertas en casos necesarios
Sistema de consulta	Presencial



ANEXO M: Guía de encuesta a los beneficiarios

El objetivo de esta encuesta es recoger información acerca de la percepción y estilo de vida de los beneficiarios de la Suplementación con Multimicronutrientes de la Microred de Salud de Concepción en Junín

Se entiende como Suplementación con Multimicronutrientes la estrategia llevada a cabo por el Estado cuyo objetivo es contribuir en la reducción de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad; y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional (Directiva N° 068 - MINSA). Para fines de esta encuesta se utilizará la denominación coloquial “chispita” para hacer referencia a los Multimicronutrientes.

Dada la relevancia de la información que se solicita, esta será confidencial y anónima y será utilizada exclusivamente para fines de la investigación. Es de primordial importancia que responda con sinceridad y responsabilidad.

Nombre del encuestador _____

Datos generales

Fecha (dd/md/aaaa) ___/___/___

Sexo (del hijo/a) M__F__

Edad (del hijo/a) ___ (De la madre) _____

Estado civil _____

Escolaridad _____

Preguntas

*1. ¿Considera a la anemia como una enfermedad importante?

Sí__ No__

¿Por qué? _____

*2. ¿Su menor hijo/a tenía anemia cuando empezó a consumir las chispitas?

Sí__ No__

3. ¿Su hijo consume las chispitas?

Sí__ No__

4. ¿Hace cuánto empezó a ser beneficiario del programa?

Menos de 6 meses () De 6 meses a 1 año () Más de 1 año ()

5. ¿Con qué frecuencia le da las chispitas a su menor hijo/a?

__Diariamente __ Dos o tres veces por semana __Una vez por semana __Ocasionalmente

6. ¿Con qué frecuencia recoge las chispitas del Centro de Salud?

7. ¿Cuál fue el medio de comunicación por el cuál se enteró de las chispitas?

Volante () Familiar o vecino () Cartel en establecimiento de salud () Enfermera o médico () TV-
Radio () Control CRED ()

8. Al momento de convertirse en beneficiario, ¿Qué tan claras fueron las indicaciones que recibió a
cerca del modo de consumo de las chispitas?

Muy claras....5 Claras....4 Regular....3 No me quedó claro.....2 No entendí.....1

9. ¿Quién suele atender a su menor hijo/a en sus controles CRED?

Médico () Enfermera () Auxiliar de Salud () Encargada de Centro de Salud ()

10. ¿Cuál es el tiempo de espera promedio para ser atendido en los controles del CRED (y recibir las
chispitas)?

Hasta 15 min ()

De 16 min a 30 min. ()

De 31 min a 45 min ()

De 46 min a 60 min ()

Más de 60 min ()

11. ¿Considera usted que el horario de atención en el que se dan las consultas y controles CRED es el
adecuado?

Si () No () ¿Por qué? _____

12. En su opinión, ¿cómo calificaría la atención recibida en los controles CRED (y entrega de
chispitas)?

Muy Bien....5 Bien.....4 Regular.....3 Mala.....2 Muy mal.....1

13. ¿Le han realizado a su menor hijo/a algún dosaje de hemoglobina?

Sí__ No__

14. De ser afirmativa la respuesta ¿cuántas veces ha sido?

1 o 2 __

3 o 4 __

Más de 4 ___

15. ¿Ha sido visitado en su hogar? Sí__ No__ ¿Con qué frecuencia?

1 vez ()

2 - 3 veces ()

4 a más veces ()

Nunca me han visitado ()

16. ¿Quién fue el que visitó su hogar?

Médico () Enfermera () Auxiliar de Salud () Encargada de Centro de Salud ()

17. ¿Cómo calificaría el trato recibido durante la visita a su hogar?

Muy Bueno.....5 Bueno.....4 Regular.....3 Malo.....2 Muy malo.....1

18. ¿Cómo calificaría las instalaciones donde se realizan las consultas CRED (y se entregan las chispitas)?

Muy Bien.....5

Bien.....4

Regular.....3

Mal.....2

Muy mal.....1

19. ¿Cómo calificaría la limpieza de las instalaciones donde se realizan los controles CRED (y se entregan las chispitas)?

Muy Bien.....5

Bien.....4

Regular.....3

Mal.....2

Muy mal.....1

Resultados del consumo de los Multimicronutrientes

20. ¿Ha notado algún cambio en su hijo/a desde que empezó a consumir las chispitas?

Sí__ No__

21. De ser afirmativa la respuesta, indicar qué cambio se ha producido (puede marcar más de 1)
__Activo (Inquieto) __Más despierto __Buen apetito __Mejor semblante Otro _____

22. ¿Su hijo/a ha dejado de tener anemia consumiendo las chispitas?

Sí () No () Aún no lo sé () Nunca tuvo anemia ()

23. ¿Qué tan satisfecho/a se encuentra con las chispitas?

Muy satisfecho/a.....5 Satisfecho/a.....4 Regular.....3 Insatisfecho/a.....2 Muy insatisfecho/a.....1

24. ¿Qué opinión cree que tienen otras personas de las chispitas?

Muy Buena.....5 Buena.....4 Regular.....3 Mala.....2 Muy mala.....1

25. ¿Utiliza algún producto complementario...de las chispitas? (ej. sangrecita)

Si () No () Razón _____

26. ¿Recomendaría a otras personas acceder a la Suplementación con MMN?

Sí () No () ¿Por qué? _____

27. Si lo desea, señale alguna sugerencia para mejorar la estrategia de Suplementación con MMN:
