

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



Planeamiento Estratégico de la Nutrición y Asistencia Médica Básica

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS**

**OTORGADO POR LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

PRESENTADA POR

Rita Blancas Giantomaso

Percy Triveño Aucahuasi

Lita Vigo Bustos

Paul Villar Márquez

Asesor: Sandro Sánchez Paredes

Surco, junio del 2018

Dedicatoria

A Dios, por la vida y la salud, y por permitirme afrontar este gran reto; a mi esposo Wilfredo, por su motivación y apoyo incondicional; a mi hijo Rodrigo, por ser mi razón de mejorar cada día y por enseñarme a ser una mejor madre: y a mis padres por su apoyo constante y por enseñarme que siempre hay que ser perseverantes para lograr las metas trazadas.

Rita Blancas Giantomaso

A todas las personas que me apoyaron en la realización de esta gran meta de vida.

Percy Triveño Aucahuasi

A Dios, por haberme provisto la salud y los recursos necesarios, llenándome de paz, amor, sabiduría y fortaleza en todo tiempo; a mi madre Marcelina, por sus sabios consejos, sus valores, ejemplo de lucha y por ser mi fuente de motivación constante.

Lita Vigo Bustos

A Dios, por darme cada día salud para seguir adelante, a mi padre, quien, desde el cielo, me inspira a mejorar cada día; a mi madre, a quien amo y admiro por su fuerza y entereza; y a mis hermanos, por prestarme siempre su apoyo.

Paul Villar Márquez

Resumen Ejecutivo

El presente plan estratégico se desarrolla para los próximos siete años con la finalidad de mejorar el componente de Nutrición y Asistencia Médica Básica de los niños menores de 5 años de edad y madres gestantes del Perú, a través de la implementación de las estrategias propuestas contra la desnutrición, anemia y enfermedades diarreicas agudas y la mortalidad materna. La atención de esta problemática se enmarca dentro del Índice de Progreso Social, el cual mide el progreso de un país, a través del bienestar y calidad de vida de su población, considerando tres dimensiones, siendo la de Necesidades Básicas Humanas, la que abarca el componente, materia del presente plan.

La importancia de este plan radica en reducir el impacto que genera la desnutrición en el país, que, junto con la anemia, afectan las capacidades cognitivas y motrices de los niños de manera irreversible, perjudicando su aprendizaje en la etapa escolar y, en consecuencia, la productividad en su etapa adulta, restando competitividad al país y afectando directamente a la economía. Las enfermedades diarreicas agudas y la mortalidad materna inciden en la desnutrición, por lo que se deben atender con la misma importancia.

La metodología usada es el Proceso Estratégico desarrollado por D'Alessio (2015), el cual es secuencial, iterativo y colegiado, y abarca un periodo de ocho años (2018 a 2025), siendo su campo de acción todo el Perú. Mediante este método, se formulan ocho estrategias, las cuales, junto con las acciones sugeridas, posicionarán al Perú dentro de los tres primeros países en América Latina y el Caribe en materia de nutrición y asistencia médica básica para la población infantil y madres gestantes.

Abstract

The next Strategic Plan was developed for the next seven years with the aim of improving nutrition and basic medical assistance for children under 5 years of age and for pregnant mothers in Perú, where, through the implementation of the proposed strategies, will combat the maternal mortality, malnutrition, anemia and acute diarrheal diseases in children. Those national issues are addressed as part of the Social Progress Index, which measures the progress of a country through the well-being and quality of life of its population, and using three social dimensions, where the Human Basic Needs, which covers the component subject of the next Strategic Plan.

The importance of this plan lies in reducing the impact of malnutrition in the country, since malnutrition along with anemia, impacts permanently the cognitive and motor skills of children, harming their learning at school and, therefore, having negative consequences for productivity in the children's adult stage, harming country competitiveness and directly affecting the economy. Furthermore acute diarrheal diseases and maternal mortality affect malnutrition, which is why they should be treated with the same importance.

The methodology used was the Strategic Process developed by D'Alessio (2015), which is a sequential, iterative and collegiate method. The Strategic Plan covers the time period of eight years (2018 to 2025) and comprise the whole territory of Peru. By using this method eight strategies were formulated, where along with the suggested actions, it will positioned Peru within the three first countries in Latin America and the Caribbean in terms of nutrition and basic medical assistance for children and pregnant mothers.

Tabla de Contenidos

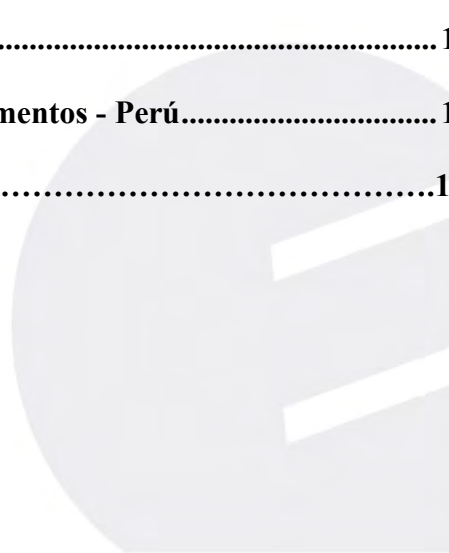
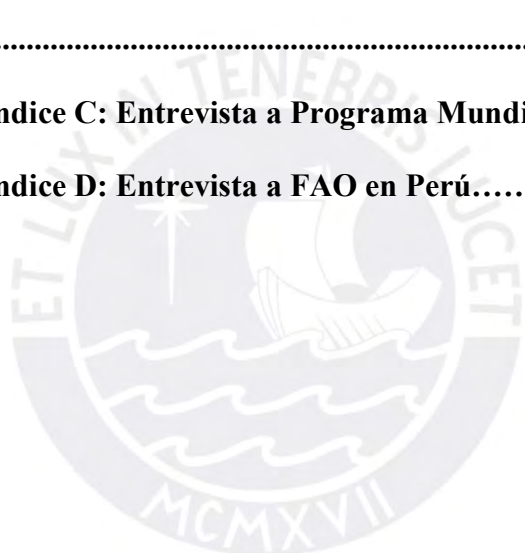
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras.....	ix
El Proceso Estratégico: Una Visión General.....	vii
Capítulo I: Situación General de la Nutrición y Asistencia Médica Básica en el Perú	1
1.1 Situación General	1
1.2 Conclusiones	18
Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética	19
2.1 Antecedentes	19
2.2 Visión	19
2.3 Misión.....	20
2.4 Valores	21
2.5 Código de Ética	21
2.6 Conclusiones	22
Capítulo III: Evaluación Externa.....	23
3.1 Análisis Tridimensional de las Naciones	23
3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)	23
3.1.2 Potencial nacional.....	26
3.1.3 Principios cardinales.....	36
3.1.4 Influencia del análisis en el Perú	38
3.2 Análisis Competitivo del Perú.....	39
3.2.1 Condiciones de los factores	40
3.2.2 Condiciones de la demanda	42
3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas	42
3.2.4 Sectores relacionados y de apoyo.....	43

3.2.5 Influencia del análisis en Perú	43
3.3 Análisis del Entorno PESTE	44
3.3.1 Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)	44
3.3.2 Fuerzas económicas y financieras (E)	47
3.3.3 Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)	52
3.3.4 Fuerzas tecnológicas y científicas (T)	57
3.3.5 Fuerzas ecológicas y ambientales (E).....	59
3.4 Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)	60
3.5 Perú y sus Competidores	61
3.5.1 Poder de negociación de los proveedores.....	62
3.5.2 Poder de negociación de los compradores.....	62
3.5.3 Amenaza de los sustitutos	63
3.5.4 Amenaza de los entrantes	63
3.5.5 Rivalidad de los competidores.....	63
3.6 El Perú y sus Referentes.....	64
3.7 Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR)	66
3.8 Conclusiones	68
Capítulo IV: Evaluación Interna.....	69
4.1 Análisis Interno AMOFHIT	69
4.1.1 Administración y gerencia (A)	69
4.1.2 Marketing y ventas (M)	73
4.1.3 Operaciones y logística. Infraestructura (O).....	75
4.1.4 Finanzas y contabilidad (F)	77
4.1.5 Recursos Humanos (H).....	79
4.1.6 Sistemas de información y comunicaciones (I).....	81

4.1.7 Tecnología e investigación y desarrollo (T).....	83
4.2 Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI).....	85
4.3 Conclusiones	86
Capítulo V: Intereses del Perú y Objetivos de Largo Plazo.....	88
5.1 Intereses del Perú	88
5.2 Potencial del Perú.....	89
5.3 Principios Cardinales del Perú	91
5.4 Matriz de Intereses del Perú (MIO).....	92
5.5 Objetivos de Largo Plazo	93
5.6 Conclusiones	94
Capítulo VI: El Proceso Estratégico	96
6.1 Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)	96
6.2 Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA)	96
6.3 Matriz Boston Consulting Group (MBCG).....	99
6.4 Matriz Interna Externa (MIE)	99
6.5 Matriz Gran Estrategia (MGE).....	100
6.6 Matriz de Decisión Estratégica (MDE).....	100
6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE).....	101
6.8 Matriz de Rumelt (MR).....	105
6.9 Matriz de Ética (ME).....	105
6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia	106
6.11 Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP).....	107
6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS).....	109
6.13 Conclusiones	109
Capítulo VII: Implementación Estratégica	111

7.1 Objetivos de Corto Plazo	111
7.2 Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo.....	111
7.3 Políticas de cada Estrategia.....	114
7.4 Estructura de la Nutrición y Asistencia Médica Básica en el Perú	116
7.5 Medio Ambiente, Ecología, y Responsabilidad Social.....	119
7.6 Recursos Humanos y Motivación	120
7.7 Gestión del Cambio.....	121
7.8 Conclusiones	121
Capítulo VIII: Evaluación Estratégica	123
8.1 Perspectivas de Control.....	123
8.1.1 Aprendizaje interno	123
8.1.2 Procesos.....	124
8.1.3 Clientes.....	124
8.1.4 Cumplimiento de la misión.....	124
8.2 Tablero de Control Balanceado (Balanced Scorecard)	124
8.3 Conclusiones	125
Capítulo IX: Competitividad del Perú.....	128
9.1 Análisis Competitivo del Perú.....	128
9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas del Perú.....	128
9.2.1 Condiciones de los factores	129
9.2.2 Condiciones de la demanda	130
9.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas	130
9.2.4 Sectores relacionados y de apoyo.....	131
9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Perú.....	131
9.4 Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres	132

9.5 Conclusiones	134
Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones.....	135
10.1 Plan Estratégico Integral	135
10.2 Conclusiones Finales.....	135
10.3 Recomendaciones Finales	137
10.4 Futuro del Perú	138
Referencias.....	144
Lista de Abreviaturas	158
Apéndice A: Entrevista a Ex Ministro de Salud	162
Apéndice B: Entrevista a Ex Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	166
Apéndice C: Entrevista a Programa Mundial de Alimentos - Perú.....	171
Apéndice D: Entrevista a FAO en Perú.....	187



Lista de Tablas

Tabla 1	<i>Costos retrospectivos a nivel nacional, 2011</i>	4
Tabla 2	<i>Costos de desnutrición infantil por área en millones de soles, 2011</i>	4
Tabla 3	<i>Costos de desnutrición infantil por dominio geográfico en millones de soles, 2011</i> ..	5
Tabla 4	<i>Desnutrición Crónica Infantil por Regiones 2016</i>	7
Tabla 5	<i>Prevalencia de anemia Infantil de 6 a 59 meses en diversos países 2011</i>	9
Tabla 6	<i>Anemia Infantil por cada Región en el Perú 2016</i>	10
Tabla 7	<i>Distribución de las EDA por DISA/DIRESA, Perú 2016</i>	12
Tabla 8	<i>Número de casos de muerte materna en el Perú por departamentos</i>	17
Tabla 9	<i>Matriz de Intereses Nacionales (MIN)</i>	23
Tabla 10	<i>Perú: Población Total, por Grupos de Edad, según Departamento, 2016</i>	27
Tabla 11	<i>Superficie Total de Países en América del Sur</i>	29
Tabla 12	<i>Composición de la Superficie del Perú</i>	29
Tabla 13	<i>Disponibilidad Hídrica a Nivel Nacional, según vertiente 2014 (Hectómetro cúbico)</i>	30
Tabla 14	<i>Pilares de la competitividad según el World Economic Forum 2017-2018</i>	39
Tabla 15	<i>Brecha de Infraestructura de Mediano y Largo Plazo (millones de US\$ del año 2015)</i>	41
Tabla 16	<i>Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)</i>	61
Tabla 17	<i>Matriz Perfil Competitivo (MPC)</i>	67
Tabla 18	<i>Matriz Perfil Referencial (MPR)</i>	67
Tabla 19	<i>Gasto total del presupuesto del programa Cuna Más</i>	77
Tabla 20	<i>Presupuesto Qali Warma</i>	78
Tabla 21	<i>Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)</i>	86
Tabla 22	<i>Matriz de Intereses del Perú (MIO)</i>	92

Tabla 23	<i>Matriz FODA</i>	97
Tabla 24	<i>Calificación de los Factores Determinantes de la MPEYEA</i>	98
Tabla 25	<i>Matriz de Decisión Estratégica</i>	102
Tabla 26	<i>Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (1/2)</i>	103
Tabla 27	<i>Matriz de Rumelt (MR)</i>	105
Tabla 28	<i>Matriz de Ética (ME)</i>	106
Tabla 29	<i>Matriz de Estrategias Retenidas y de Contingencia</i>	107
Tabla 30	<i>Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP)</i>	108
Tabla 31	<i>Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)</i>	109
Tabla 32	<i>Objetivos de Corto Plazo</i>	112
Tabla 33	<i>Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo</i>	113
Tabla 34	<i>Matriz de Políticas y Estrategias</i>	115
Tabla 35	<i>Tablero de Control Balanceado</i>	126
Tabla 36	<i>Situación Actual y Proyectada</i>	138
Tabla 37	<i>Situación presente y los Objetivos de Largo Plazo Alcanzados</i>	139
Tabla 38	<i>Plan Estratégico Integral</i>	143

Lista de Figuras

<i>Figura 0.</i> Modelo secuencial del proceso estratégico.....	xii
<i>Figura 1.</i> Índice de Nutrición y Asistencia Médica Básica Regional del Perú 2016	2
<i>Figura 2.</i> Evolución de la desnutrición crónica infantil.....	6
<i>Figura 3.</i> Evolución de la Anemia Infantil en el Perú.....	9
<i>Figura 4.</i> Distribución de casos de EDA en niños menores de 5 años por grupo etario, Perú 2016.....	13
<i>Figura 5.</i> Tasas de incidencia (TIA) de EDA por grupo etario, Perú 2015 – 2016.....	13
<i>Figura 6.</i> Defunciones por EDA por grupo etáreo, Perú 2015 – 2016.....	14
<i>Figura 7.</i> Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna en el Perú.....	15
<i>Figura 8.</i> Muerte materna según grupo de edad, Perú 2012 – 2017.....	16
<i>Figura 9.</i> Pirámide poblacional del Perú en el año 2015.....	27
<i>Figura 10.</i> Participación del Producto Bruto Interno Anual por Actividades Económicas 2007-2016.....	31
<i>Figura 11.</i> Producto Bruto Interno Anual por Actividades económicas Extractivas 2007-2016.....	32
<i>Figura 12.</i> Producto Bruto Interno Anual: 2008-2016.....	32
<i>Figura 13.</i> Índice de competitividad del Perú, basado en los 12 pilares.....	40
<i>Figura 14.</i> Producto Bruto Interno por Grandes Actividades Económicas 2007-2017.....	48
<i>Figura 15.</i> Evolución de la Tasa de actividad de la Población Económicamente Activa.....	48
<i>Figura 16.</i> Evolución del ingreso promedio en el país.....	49
<i>Figura 17.</i> Ingreso promedio según actividad económica.....	49
<i>Figura 18.</i> Composición de la Población Económicamente Activa Ocupada según rango de edad.....	50
<i>Figura 19.</i> Nivel de educación de la Población Económicamente Ocupada (2016).....	50

<i>Figura 20.</i> Población económicamente Activa Ocupada según tamaño de la empresa.	51
<i>Figura 21.</i> Principales actividades de la Población Económicamente Activa Ocupada.	51
<i>Figura 22.</i> Población Económicamente Activa Ocupada según Categoría de Ocupación (2016).....	52
<i>Figura 23.</i> Evolución de la pobreza y pobreza extrema.	53
<i>Figura 24.</i> Perú: Incidencia de la pobreza por grupo de edad, 2016.	53
<i>Figura 25.</i> Perú: Incidencia de la pobreza por grupo de edad, según área de residencia, 2016.	54
<i>Figura 26.</i> Condiciones determinantes para higiene y ambiente saludable.....	56
<i>Figura 27.</i> Impacto del cambio climático en el mundo.	60
<i>Figura 28.</i> Organización del Estado respecto a la nutrición infantil y mortalidad materna.	71
<i>Figura 29.</i> Modelo de CoGestión de QaliWarma.....	76
<i>Figura 30.</i> Distribución del programa Cuna Más a nivel nacional.....	77
<i>Figura 31.</i> Modelo lógico del Programa Articulado Nutricional.	78
<i>Figura 32.</i> Densidad de Recursos Humanos (por 10,000 habitantes) en el Sector Salud por Departamentos, Perú-2016.....	80
<i>Figura 33.</i> Esquema del Marco conceptual en Tecnologías de Información y de Comunicación para el Ministerio de Salud.....	82
<i>Figura 34.</i> Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA).....	99
<i>Figura 35.</i> Matriz Gran Estrategia (MGE).	100
<i>Figura 36.</i> Estructura propuesta para la implementación de las estrategia y alcanzar la visión deseada.....	118
<i>Figura 37.</i> Mapa Estratégico del Organismo Nacional contra la Desnutrición Infantil (organización propuesta).....	127
<i>Figura 38.</i> Competitividad del Perú proyectada años 2025 y 2033.	129

<i>Figura 39.</i> Cadena Productiva de Arroz.....	132
<i>Figura 40.</i> Distribución de las zonas productoras de arroz en el Perú.....	133
<i>Figura 41.</i> Índice de Nutrición y Asistencia Médica Básica Regional del Perú 2025.....	139
<i>Figura 42.</i> Situación actual y futura de la desnutrición crónica infantil por regiones.....	140
<i>Figura 43.</i> Situación actual y futura de la anemia infantil por regiones.....	141
<i>Figura 44.</i> Situación actual y futura de las Enfermedades Diarreicas Agudas por regiones.....	142
<i>Figura 45.</i> Situación actual y futura de las Mortalidad Materna por regiones.....	142



El Proceso Estratégico: Una Visión General

El presente plan estratégico fue desarrollado en base al Modelo Secuencial del Proceso Estratégico, que se caracteriza por ser iterativo, interactivo y colegiado. La Figura 0 muestra que el plan estratégico se divide en tres etapas principales: a) formulación, etapa en la que se realiza el planeamiento en base al análisis de la situación actual, establecimiento de la visión o situación futura deseada, misión, valores y código de ética, así como el planteamiento de los Objetivos de Largo Plazo (OLP), todo ello para plantear las estrategias que permitirán alcanzar la visión; b) implementación, en esta etapa se busca ejecutar las estrategias retenidas en la etapa de formulación, a través del logro de los Objetivos a Corto Plazo (OCP); finalmente la etapa c) evaluación y control, en la que se realizan actividades de monitoreo y control para el cumplimiento de los OCP y OLP, así como el cumplimiento de todo el modelo secuencial.

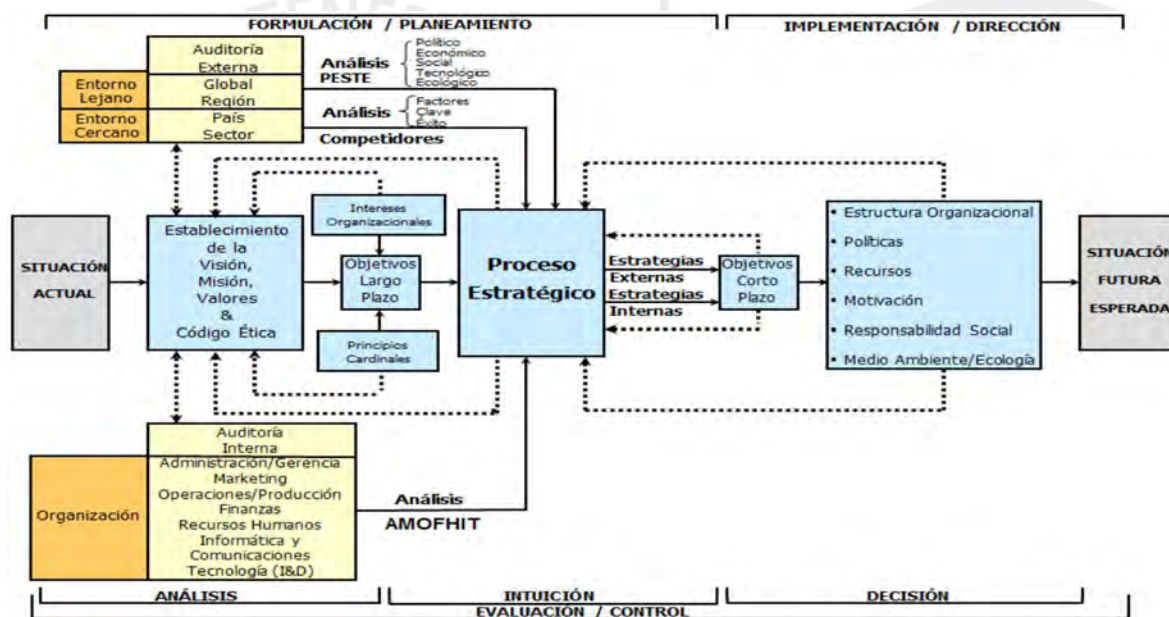


Figura 0. Modelo secuencial del proceso estratégico. Tomado de *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia* (3a ed., p. 11), por D'Alessio F., 2015, Lima, Perú: Pearson.

El modelo comienza con la Situación Actual, en la que se identificó la situación actual de la desnutrición infantil, la anemia, enfermedades diarreicas agudas (EDA) y mortalidad en el Perú; seguidamente se establecieron la misión, visión, los valores y códigos de ética en marco del presente plan estratégico; siguiendo con el modelo secuencial, se realizó el análisis externo en base al desarrollo de la Matriz de Intereses Nacionales (MIN), Potencial Nacional y Principios Cardinales, a

fin de conocer su influencia en la organización. Así también, se realizó el análisis externo PESTE (político, económico, social, tecnológico y económico), que dio lugar a la Matriz de Evaluación de los Factores Externos (MEFE), matriz que permite conocer las oportunidades y amenazas que afectan a la organización; después se desarrolló la Matriz de Perfil Competitivo (MPC) y Matriz de Perfil Referencial (MPR), que permitió conocer la situación de los competidores. Es así como del análisis externo y el análisis de los competidores se identificaron los Factores Críticos de Éxito (FCE) en el sector en el que se desarrollará la organización, con el objetivo de obtener ventajas de las oportunidades y reducir y/o evitar el impacto de las amenazas. El Modelo Secuencial del Proceso Estratégico exige, además, el análisis interno a través del Análisis AMOFHIT (administración, marketing, operaciones, recursos humanos, informático y comunicaciones, y tecnológico), del cual se deriva la Matriz de Factores Internos (MEFI), que permite identificar las fortalezas y debilidades de la organización. Asimismo, la evaluación interna permitió plantear estrategias que permitan capitalizar las fortalezas y neutralizar las debilidades de la organización. Un análisis externo e interno realizado de manera exhaustiva y consciente conlleva a la continuidad del proceso estratégico de manera exitosa; es así que el desarrollo de las matrices MIN, MEFE, MEFI, MPC, MPR, y MIO servirán de insumo para el plan estratégico.

En la siguiente etapa del Modelo, tras el análisis de los intereses de la organización, su potencial y el planteamiento de la Matriz de Intereses Organizacionales (MIO), se plantean los OCP, que, en su conjunto, darán como resultado los OLP, que llevarán a alcanzar el fin de supremo de la organización. Las Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) se construye con los insumos proporcionados de las matrices MEFE y MEFI, la Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA) y la Matriz Gran Estrategia (MGE), permitirán definir estrategias externas y estrategias internas alineadas con la visión y misión de la organización.

El Modelo Secuencial se basa, además, en retener las estrategias que se plantearon en las matrices anteriores, tras seguir un proceso de filtro a través de la Matriz de Decisión Estratégica (MDE), y la Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE), que permite filtrar las estrategias según su nivel de atractividad. Las estrategias filtradas en esta última matriz pasan, finalmente, por el filtro de la Matriz de Rumelt (MR) y la Matriz de Ética (ME). Las estrategias

seleccionadas o retenidas se listan y se relacionan con los OLP, construyendo la Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP); por último, se construye la Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS), en la que proyecta la reacción de los competidores y sustitutos frente a las estrategias que se implementarán. Así también, en esta etapa se considera el impacto con el medio ambiente, su relación con la comunidad vinculada, políticas y prácticas basadas en los valores organizacionales, siendo necesario que la estructura de la organización esté alineada a la nueva organización.

Finalmente, en la última etapa del modelo se desarrolla la Evaluación Estratégica en base a las perspectivas de control de a) aprendizaje interno de la organización, b) procesos, c) clientes, y d) financiera; además del Tablero de Control Balanceado (*Balanced Scorecard* [BSC]), que permitirán monitorear el fiel cumplimiento de los OCP y OLP para tomar las medidas correctivas necesarias, a fin de llevar a cabo la ejecución del plan estratégico con éxito. Considerando que el Modelo Secuencial del Proceso Estratégico puede ser desarrollado e implementado en todo tipo de organización, se aplicó para el perfilamiento de los intereses del Estado en temas de la lucha contra la desnutrición, anemia, EDA y muerte materna.

Capítulo I: Situación General de la Nutrición y Asistencia Médica Básica en el Perú

1.1 Situación General

Como parte de una métrica que mida el progreso de los países, distinto al progreso económico, en base a resultados y no a esfuerzos y que contemple la calidad de la vida de las personas así como su bienestar, es que creó el Índice de Progreso Social.

De acuerdo al Social Progress Imperative (2017) se define el Progreso Social como “la capacidad que tiene una sociedad para satisfacer las necesidades básicas de sus ciudadanos, de establecer la infraestructura e instrumentos que les permitan mejorar su calidad de vida y de generar oportunidades para que todos los ciudadanos tengan la oportunidad de alcanzar su pleno potencial”.

En ese sentido, para medir dicho progreso, el Social Progress Imperative ha considerado utilizar indicadores sociales y ambientales agrupados en tres dimensiones: (a) Necesidades Básicas Humanas, (b) Fundamentos del Bienestar y (c) Oportunidades, y cada una de estas, a su vez, está compuesta por cuatro componentes. Dentro de la primera dimensión, está la Nutrición y Asistencia Médica Básica, la cual tiene por finalidad, desde temprana edad, asegurar la supervivencia y evitar cualquier daño que pudiese llevar a una discapacidad permanente, mediante una adecuada nutrición y el acceso a cuidados médicos básicos.

Para el caso del Perú, el Índice de Progreso Social Regional 2016 establece cuatro indicadores para medir la nutrición y asistencia médica básica, los cuales son: (a) desnutrición, (b) anemia, (c) enfermedades diarreicas agudas, enfocadas estas tres en niños menores de cinco años y, (d) la tasa de mortalidad materna. De los datos obtenidos del 2016, se halló que las regiones más afectadas son Amazonas, Ucayali y Pasco, mientras que Provincia de Lima, Región Lima e Ica son las que muestran mejor índice (ver Figura 1). Dichos indicadores están relacionados con los objetivos del milenio establecidos en el año

2000, los cuales son erradicar la pobreza extrema y el hambre, y mejorar la salud materna (ONU, 2015a); Así también, están relacionados con los objetivos de desarrollo sostenible desarrollados y publicados en el 2015 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los cuales se centran en poner fin a la pobreza, hambre cero, y salud y bienestar (ONU, 2015b).

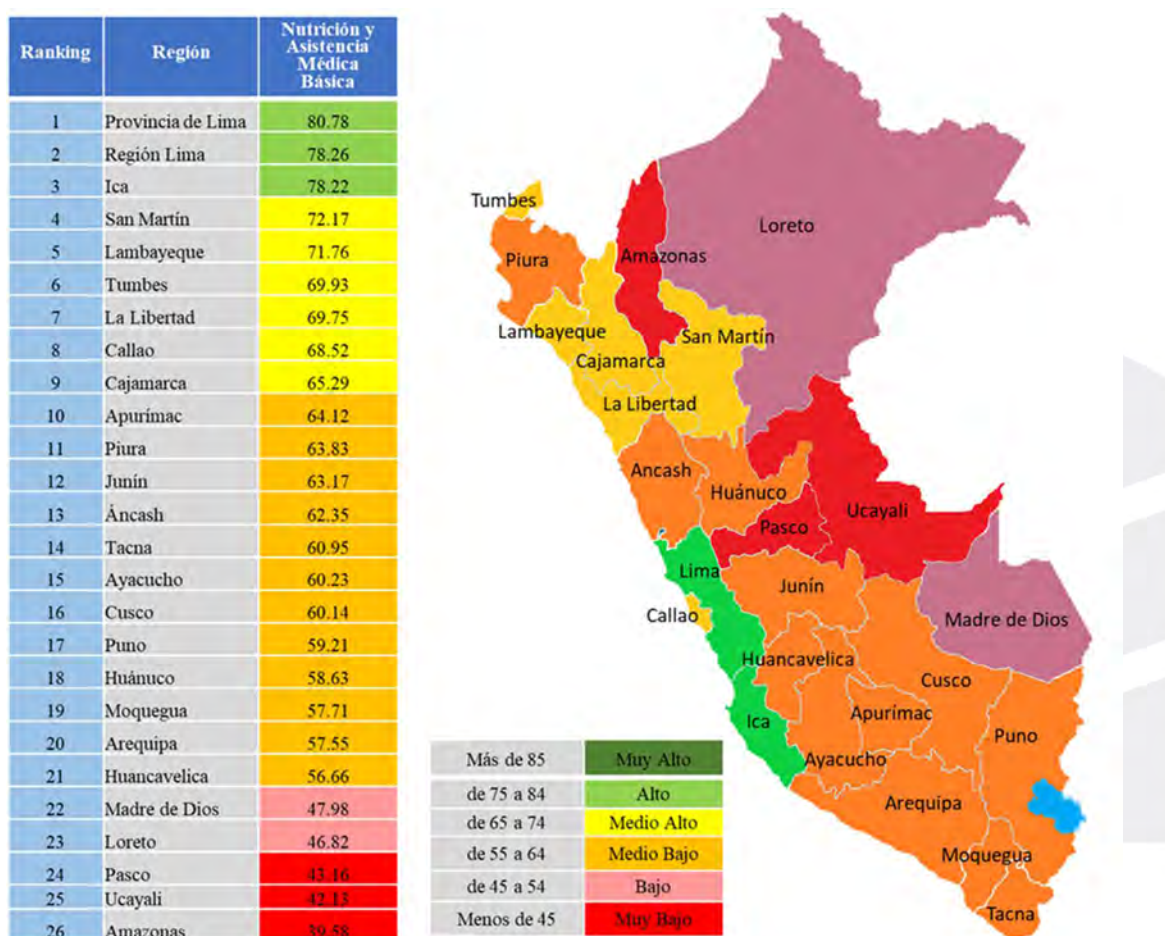


Figura 1. Índice de Nutrición y Asistencia Médica Básica Regional del Perú 2016

Desnutrición Crónica en Menores de 5 años

La desnutrición crónica infantil (DCI) es un problema muy importante dentro de la salud pública debido a que sus consecuencias se manifiestan a lo largo de la vida del ser humano de manera irreversible, puesto que el principal órgano afectado es el cerebro. Esto conlleva a la disminución del desarrollo cognitivo y físico, por lo que, en consecuencia, se ve afectado el desempeño en la etapa escolar y se reduce la capacidad de trabajo, ocasionando

costos y pérdidas económicas a la familia y, por ende, a la sociedad, afectando principalmente a los que se encuentran en condición de pobreza y extrema pobreza (Alcázar, Ocampo, Huamán-Espino y Aparco, 2013). Es así que se genera un círculo vicioso porque un niño desnutrido se verá imposibilitado o limitado de poder desarrollarse y, en consecuencia, esa persona tenderá a quedarse en la pobreza; de esta manera, no podrá contribuir al país y el desarrollo del mismo se verá afectado.

De acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA) en su “Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2014-2016”, la desnutrición crónica infantil (DCI) es “el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social” (MINSA, 2014, p.15). Dichas limitaciones afectarán la capacidad productiva en la etapa adulta y, en consecuencia, la productividad de la sociedad disminuirá, las empresas serán menos competitivas y, por ende, el país debido a la existencia de un componente de alto riesgo que no contribuirá a ejecutar los planes estratégicos para su desarrollo.

El impacto económico de la DCI trae consigo costos en salud, educación y productividad. En relación a ello, Alcázar et al. (2013) señalaron una estimación en base a un estudio realizado por el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) en el 2011, cuyo resultado fue que el costo económico en el Perú ascendió prácticamente a 11 mil millones de soles, equivalente a 2.2% de PBI de dicho año, siendo el costo de productividad el más importante porque resultó en 10,888 mil millones (ver Tabla 1).

Tabla 1

Costos retrospectivos a nivel nacional, 2011

	Costos totales (Millones de nuevos soles)			Costos totales % del PBI		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Salud	13	6	19	0.00	0.00	0.00
Educación	54	38	92	0.01	0.01	0.02
Productividad	-	10,888	10,888	-	2.19	2.19
Total	68	10,931	10,999	0.01	2.20	2.21

Nota. Costos retrospectivos se refiere a los costos atribuibles para el 2011.

Tomado de “Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú”, Alcázar et al., 2013, p. 571.

En lo que respecta al ámbito urbano y rural, la mayor incidencia está en el área urbana con un costo de 6,412 millones, representando el costo de productividad más del 90%. Ello se explicaría por el mayor ingreso que se genera en el área urbana por la industrialización y concentración del consumo, y por otro lado, debido a que los salarios son más altos respecto a las zonas rurales (ver Tabla 2).

Tabla 2

Costos de desnutrición infantil por área en millones de soles, 2011

	Urbano	Rural
Salud	6.5	9.9
Educación	27.5	49.4
Productividad	6,378	1,748
Total	6,412	1,807.3

Nota. Adaptado de “Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú”, Alcázar et al., 2013, p. 572.

Considerando los costos por dominio geográfico (Lima Metropolitana, resto de la costa, sierra y selva), se muestra que la región más afectada es la sierra pues en ella se ha perdido 3,524 millones de nuevos soles, seguida por la selva, Lima Metropolitana y la costa, siendo también el costo de productividad el de mayor incidencia (ver Tabla 3).

Tabla 3

Costos de desnutrición infantil por dominio geográfico en millones de soles, 2011

	Lima Metropolitana	Costa	Sierra	Selva
Salud	2	2	8	7
Educación	7	15	11	27
Productividad	1,793	1,564	3,505	1,857
Total	1,802	1,581	3,524	1,891

Nota. Adaptado de “Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú”, Alcázar et al., 2013, p.572.

La Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI) también confirmó que el Perú pierde once mil millones de soles, que equivalen a 2.2% de PBI, debido a los efectos de la desnutrición crónica infantil; así también, señaló que, por cada dólar invertido en nutrición, se obtiene una tasa de retorno que fluctúa entre nueve a cuarenta dólares (Villar, 2016). Sin embargo, D’Alessio, F. (comunicación personal, 17 de abril de 2018), Arias, L. (comunicación personal, 20 de abril de 2018), y García de Romaña, A. (comunicación personal, 24 de abril de 2018), coincidieron en que la obesidad, considerada como malnutrición, se ha convertido también en un grave problema en el país, lo que resulta aún más costoso para el Estado y ciudadano que la desnutrición crónica estando el Perú entre los primeros lugares de Latinoamérica en Obesidad.

De acuerdo al Ministerio de Salud (2010) y la Organización Mundial de la Salud (2017a), las causas principales de la Desnutrición Crónica Infantil son la insuficiente ingesta de alimentos, lactancia materna subóptima, enfermedades infecciosas graves, infecciones subclínicas provocadas por la exposición a entornos contaminados, y la mala higiene.

Asimismo, un estudio de la Unicef, Organización Mundial de la Salud [OMS] y el Banco Mundial [BM] señaló que alrededor de 155 millones de niños en el mundo padecieron desnutrición crónica infantil en el 2016 (Unicef, OMS y BM, 2017). En el caso de Perú, la cifra se determina tomando como referencia el indicador principal definido por la OMS como el retraso en el crecimiento en relación a la edad (*stunting*). Considerando dicho indicador,

los países mejores posicionados son Alemania (1.3%) y Chile (1.2%); por otro lado, los países que están menor posicionados son Burundi (57.5%) y Timor-Leste (57.7%) (Unicef, OMS y BM, 2017). Según la Nota de Prensa del INEI (2016a), en el 2016 fueron 373,000 los niños menores de cinco años que padecieron de desnutrición crónica infantil, lo que representa el 13.1% de la población infantil, mejorando con respecto al año anterior en 1.3 puntos porcentuales (ver Figura 2).

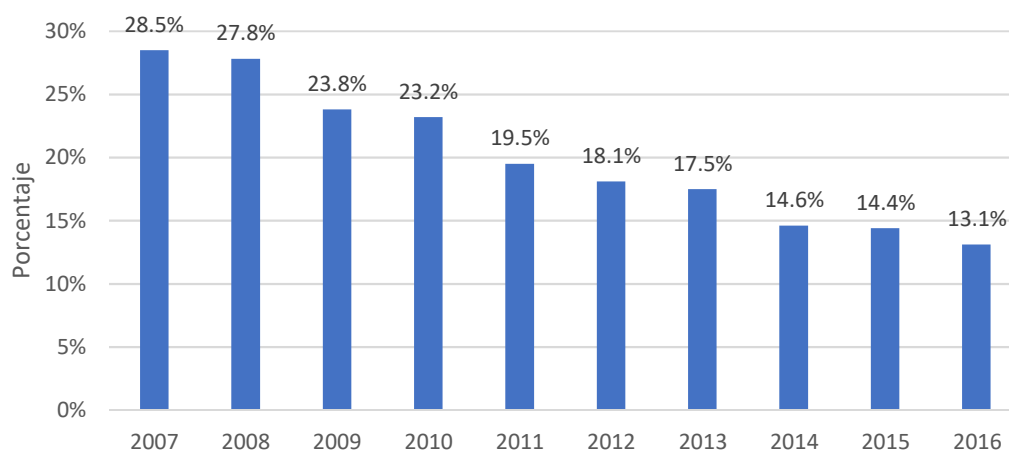


Figura 2. Evolución de la desnutrición crónica infantil.

Adaptado de “Tasa de Desnutrición Crónica de Niños/as Menores de 5 Años, Según Departamento, 2007-2016”, INEI, (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>) y de “Informe Principal Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES] 2007-2008”, INEI (<https://proyectos.inei.gov.pe/endes/endes2007/Publicaci%C3%B3n%20ENDES.html>)

Por otro lado, la desnutrición crónica infantil afecta de distintas formas a cada una de las regiones, siendo Cajamarca la que tiene mayor cantidad de niños afectados, seguido de Lima Provincia, en ambos casos con más de 30,000 niños afectados con dicha deficiencia como se observa en la Tabla 4. Sin embargo a nivel de incidencia, las regiones más afectadas son Huancavelica, Cajamarca, Ucayali y Pasco, todas a partir de 25% de incidencia, es decir uno de cada cuatro niños padece de desnutrición crónica infantil.

Tabla 4

Desnutrición Crónica Infantil por Regiones 2016

Región	Cantidad de niños desnutridos	Tasa de Incidencia	Representación
Cajamarca	39,064	26.0%	10.37%
Provincia de Lima	35,102	4.9%	9.31%
Junín	29,111	20.5%	7.72%
Piura	27,997	15.3%	7.43%
Loreto	26,181	23.6%	6.95%
Puno	23,671	16.4%	6.28%
Huancavelica	21,943	33.4%	5.82%
La Libertad	20,640	12.2%	5.48%
Áncash	18,616	17.1%	4.94%
Cusco	17,915	14.6%	4.75%
Huánuco	17,703	19.2%	4.70%
Ayacucho	14,467	18.9%	3.84%
Lambayeque	12,651	11.8%	3.36%
Ucayali	11,112	24.8%	2.95%
Apurímac	9,910	20.0%	2.63%
San Martín	9,744	12.1%	2.59%
Amazonas	8,372	19.3%	2.22%
Pasco	7,703	24.8%	2.04%
Arequipa	6,501	6.3%	1.72%
Región Lima	5,254	5.9%	1.39%
Ica	4,767	7.1%	1.26%
Prov. Const. del Callao	4,631	5.9%	1.23%
Tumbes	1,474	7.4%	0.39%
Madre de Dios	1,080	8.3%	0.29%
Tacna	646	2.3%	0.17%
Moquegua	600	4.5%	0.16%
Total	376,855	13.1%	100%

Nota. Adaptado de ENDES 2016, p. 355 y de “PERU: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025”, INEI, 2010 (<http://proyectos.inei.gov.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/index.htm>)

Anemia en menores de 5 años de edad

El MINSA en su “Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021”, así como la OMS en el documento “Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad”, indicaron que la anemia es un trastorno que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo del límite y, en consecuencia, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo (MINSA, 2016a;

OMS, 2011). Dichos límites varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar en la que vive la persona, las diferentes etapas del embarazo, entre otros (OMS, 2011a). Además, en su documento “The Global Prevalence of Anemia 2011”, se presenta que la principal causa de anemia es la deficiencia de hierro, conocida como anemia ferropénica; asimismo, otras causas pueden ser la infestación de helmintos, déficit de micronutrientes como vitamina A, B12, B6, riboflavina y ácido fólico, enfermedades crónicas o agudas como malaria, cáncer, tuberculosis, VIH, y desordenes genéticos heredados o adquiridos que afectan a los glóbulos rojos lo que se conoce como hemoglobinopatías (OMS, 2015).

La anemia ferropénica en los menores de cinco años trae consecuencias en todas las etapas de su vida, generando en ellos déficit de atención, coordinación motora reducida, y dificultades de lenguaje en sus primeros años de vida, lo que afectará su desempeño en la etapa escolar y en consecuencia su productividad cuando sea adulto (OMS, 2011b). Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), a nivel mundial se estima que la anemia tiene un costo del 2.3% del PBI mundial por año y en relación con el Perú, Alcázar (2012) estimó que el país pierde alrededor de 0.62% de su PBI o lo que equivalía a 2.77 billones de soles; por otro lado, se estima que eliminar la anemia podría traer un aumento de entre 5% y 17% en la productividad de los adultos (Horton y Ross, 2003).

De acuerdo con estimaciones globales, el 42.6% de los niños entre 6 y 59 meses padecían de anemia en el 2011. En la Tabla 5 se puede observar las tasas de anemia infantil en distintos países. En América las cifras son algo más bajas, alcanzando el 22.3% (OMS, 2015); sin embargo, los promedios globales y regionales esconden las diferencias entre y dentro de los países.

Tabla 5

Prevalencia de anemia Infantil de 6 a 59 meses en diversos países 2011

País	% Anemia
	6 – 59m
Reino Unido	13%
Alemania	14%
Finlandia	14%
Canadá	14%
Chile	21%
México	26%
Perú	33%
Ecuador	40%
Guatemala	47%
Bolivia	56%
India	59%
Pakistán	61%
Burkina Faso	86%

Nota. Prevalencia de anemia infantil de 6 a 59 m en diversos países.

Tomado de “Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021”. Ministerio de Salud, 2016

(http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/000ANEMIA_PLAN_MINSA_06Feb.pdf)

En el Perú la anemia afecta al 60% de los niños de 6 a 18 meses de edad y 30% hasta los tres años según ENDES (INEI, 2017a). En el 2016 la anemia en niños de cero a cinco años bajó a 33.3% (ver Figura 3), siendo la incidencia en el área rural de 41.4% y en el área urbana es 30.1%. Además, dentro de las regiones se presentan distintas realidades, así tenemos que la Provincia de Lima tiene el 21.36% de casos de niños con anemia, más del doble que la región que le sigue, como se aprecia en la Tabla 6.

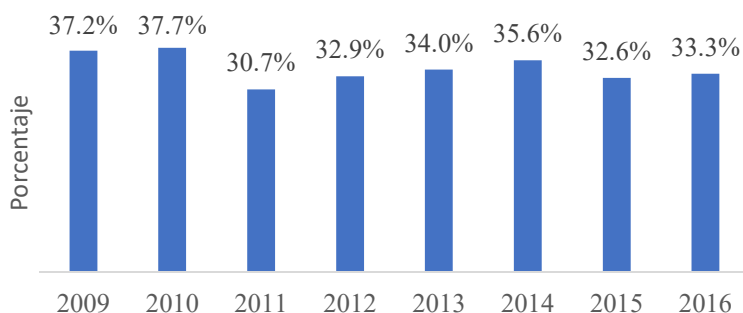


Figura 3. Evolución de la Anemia Infantil en el Perú.

Adaptado de “ENDES 2009”, “ENDES 2010”, “ENDES 2011”, “ENDES 2012”, “ENDES 2013”, “ENDES 2014”, “ENDES 2015”, “ENDES 2016”. INEI.

Tabla 6

Anemia Infantil por cada Región en el Perú 2016

Departamento	Número de niños anémicos	Tasa de Incidencia	Participación
Provincia de Lima	210,619	24.9%	21.36%
Puno	89,912	62.3%	9.12%
Junín	59,492	41.9%	6.03%
Cusco	57,357	46.8%	5.82%
Piura	55,481	30.4%	5.63%
Loreto	55,362	49.9%	5.62%
La Libertad	40,436	23.8%	4.10%
Cajamarca	34,308	22.9%	3.48%
Arequipa	33,406	32.2%	3.39%
Huánuco	32,943	35.7%	3.34%
Ayacucho	31,487	41.1%	3.19%
Áncash	31,296	28.8%	3.17%
Huancavelica	29,803	45.4%	3.02%
San Martín	28,927	35.8%	2.93%
Lambayeque	28,901	26.9%	2.93%
Región Lima	27,254	30.4%	2.76%
Prov. Const. del Callao	26,943	34.6%	2.73%
Ucayali	21,134	47.2%	2.14%
Ica	20,788	31.1%	2.11%
Apurímac	19,663	39.7%	1.99%
Pasco	15,342	49.4%	1.56%
Amazonas	14,690	33.8%	1.49%
Tumbes	7,586	37.8%	0.77%
Tacna	7,165	25.5%	0.73%
Madre de Dios	5,557	42.9%	0.56%
Moquegua	3,906	29.2%	0.40%
TOTAL	985,852	33.3%	100%

Nota: Tomado de “ENDES 2016”, INEI, 2017, p.343 y de “PERU: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025”, INEI, 2010 (<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/index.htm>)

Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en Menores de 5 años de edad

De acuerdo con el Centro de Prensa OMS (2017b), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) representan a nivel mundial, especialmente en países en desarrollo, la segunda causa de mortalidad y morbilidad en niños menores de 5 años, siendo 525,000 los niños que mueren cada año.

La diarrea es un síntoma de una infección del tracto digestivo la cual es originada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos que se encuentran en los alimentos

elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas, aguas de consumo contaminado, o también puede darse por la transmisión de una persona a otra por la falta de una higiene adecuada.

Existen tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica o disentería; y
- la diarrea persistente, que dura 14 días o más.

En los países de bajos ingresos bajos, los niños menores de tres años sufren de diarrea en promedio tres veces al año. La diarrea es una enfermedad para considerar porque cada episodio ocasiona que el niño pierda muchos nutrientes necesarios para su crecimiento, generando la deshidratación, debido a que se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Todos estos factores desencadenan en una malnutrición y en consecuencia los niños son más propensos a enfermarse como consta en el documento “Enfermedades Diarreicas” (OMS, 2017).

En el Perú, el Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es la institución que permite monitorear la tendencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) mediante el sistema nacional de vigilancia epidemiológica. La tendencia de los episodios de EDA en los últimos 17 años (2000 - 2016) muestra una tendencia lenta al descenso, presentando un patrón estacional dado que los mayores episodios se dan en las primeras semanas del año (época de verano), debido al clima que favorece la diseminación de las bacterias que las provocan; así también, las altas temperaturas aumentan el riesgo de deshidratación según el Boletín Epidemiológico 2 (MINSA, 2016b). Durante el 2016, todos

los departamentos han mostrado episodios de EDA, siendo Lima el departamento que ha reportado más casos, seguido de Arequipa y Loreto (ver Tabla 7).

Tabla 7

Distribución de las EDA por DISA/DIRESA, Perú 2016

DEPARTAMENTO	Edad < 5 años	
	Casos	Tasas
Amazonas	13,166	302.90
Ancash	24,182	222.40
Apurímac	9,336	188.30
Arequipa	46,494	448.30
Ayacucho	12,936	168.80
Cajamarca	19,906	132.70
Callao	19,486	250.20
Cusco	20,552	167.60
Huancavelica	10,293	156.70
Huánuco	19,309	209.20
Ica	11,070	165.50
Junín	20,424	144.00
La Libertad	30,417	179.40
Lambayeque	15,980	148.80
Lima	119,303	149.00
Loreto	34,814	314.10
Madre de Dios	4,928	380.40
Moquegua	5,502	411.50
Pasco	10,247	329.70
Piura	28,748	157.30
Puno	11,763	81.50
San Martín	9,441	117.00
Tacna	7,439	264.70
Tumbes	3,720	185.60
Ucayali	22,558	504.20
TOTAL	532,014	186.90

Nota: Adaptado de “Boletín Epidemiológico del Perú SE.52”, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, Vol.25, SE.52, p.1168

Del total de episodios de EDA en los niños menores a 5 años, 385,961 casos corresponden a los que tienen entre 1 y 4 años mientras que 146,053 casos corresponden a los menores de 1 año (ver Figura 4).

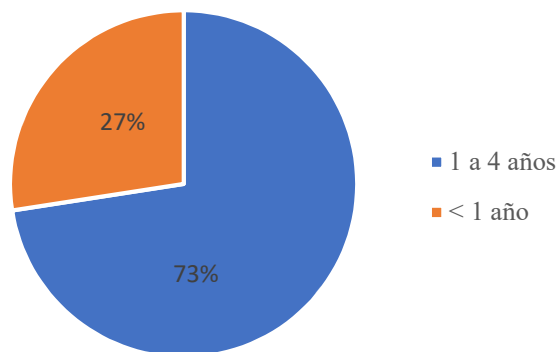


Figura 4. Distribución de casos de EDA en niños menores de 5 años por grupo etario, Perú 2016.

Adaptado de “Boletín Epidemiológico del Perú SE.52”, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, Vol.25, SE.52, p.1169.

Los niños menores de 1 año tienen la más alta Tasa de Incidencia (TIA) con 260,7 casos por cada 1000 niños menores de 1 año, seguidos de los niños de 1 a 4 años con 168,9 por 1000 niños (ver Figura 5). Los mayores de 5 años tienen una TIA mucho menor, de 23,1 por 1000.

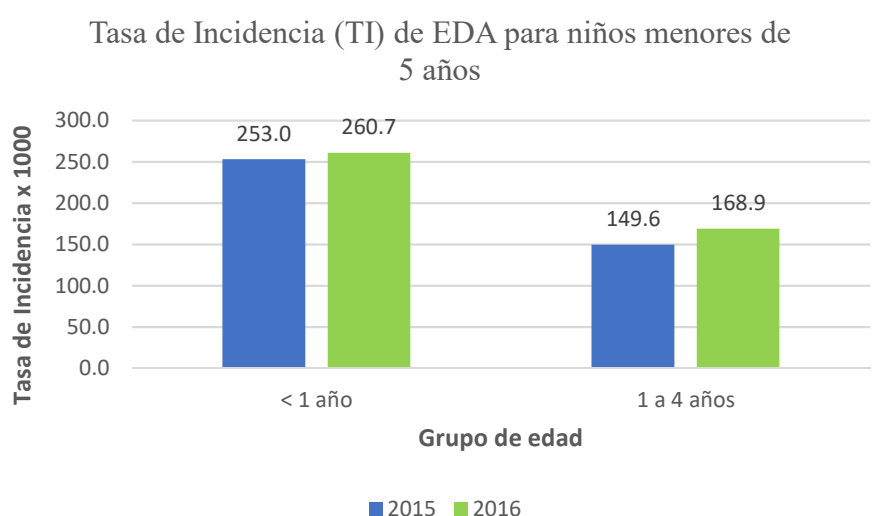


Figura 5. Tasas de incidencia (TIA) de EDA por grupo etario, Perú 2015 – 2016.

Adaptado de “Boletín Epidemiológico del Perú SE.52”, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, Vol.25, SE.52, p.1169.

Hasta la SE 52, se han notificado 75 defunciones por EDA, entre las cuales 20 se produjeron en niños menores de 1 año y 38 en niños de 1 a 4 años de edad (ver Figura 6).

Se considera que la demora en la búsqueda de atención de la diarrea aguda es una de las

causas que, muchas veces, contribuyen a empeorar el pronóstico en los menores de edad y puede ser determinante de la muerte según Boletín Epidemiológico 52 (MINSA, 2016c).

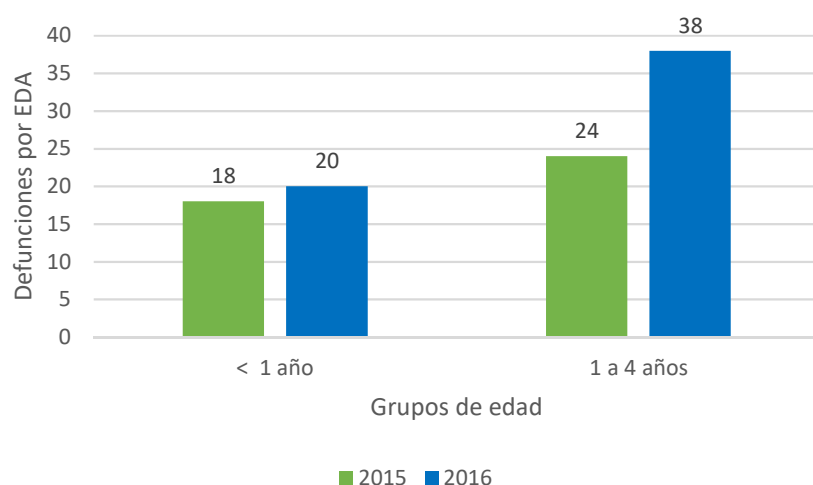


Figura 6. Defunciones por EDA por grupo etáreo, Perú 2015 – 2016
Adaptado de “Boletín Epidemiológico del Perú SE.52”, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, Vol.25, SE.52, p.1170.

Mortalidad Materna

La Organización Mundial de la Salud (2012a) definió a la mortalidad materna a la muerte de una mujer durante el embarazo, parto y periodo de puerperio (42 días después de terminado el embarazo), pudiendo ser por causa obstétrica o también llamada causa directa debido a complicaciones obstétricas, tratamiento incorrecto o complicaciones dentro del embarazo, trabajo de parto y puerperio; y por causa no obstétrica o causa indirecta, que se deriva de enfermedades preexistentes o enfermedad que apareció durante el embarazo. Según la Nota Descriptiva OMS (2018), el 75% de las complicaciones que desencadenan la muerte materna en el mundo son causadas por hemorragias graves (en su mayoría tras el parto, pueden matar a una mujer sana en dos horas), infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos, pudiendo ser evitables con la atención pre y postnatal. Además, la Nota Descriptiva OMS indicó que los países en desarrollo

muestran mayores casos de muertes maternas con relación a los países desarrollados, siendo directamente la relación entre los ingresos y zona de residencia (rural o urbana).

Según el Social Progress Imperative (2017a), en el año 2016 la tasa de mortalidad materna en el Perú fue de 68.36 (defunciones maternas/100,000 nacidos vivos), ocupando el puesto 13 entre los países de América Latina y el Caribe, siendo Bolivia el país con mayor tasa (206.21), Chile (22.11) y Uruguay (14.81) los de menor incidencia. Asimismo, en el mismo año, el Perú ocupó el puesto 101 a nivel mundial, siendo Finlandia (2.67) y Polonia (3.11) los países con la menor tasa de mortalidad en el mundo (2.67).

En la Figura 7 se puede apreciar la evolución de la tasa de mortalidad materna en el Perú desde el 2009 al 2016. Cabe destacar que la meta considerada por el gobierno solo se dio hasta el 2015 a través del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015 (MINSA, 2009), siendo esta de 66 y lográndose solo una tasa de 70.20; sin embargo, para el año 2016 este plan no ha sido actualizado.

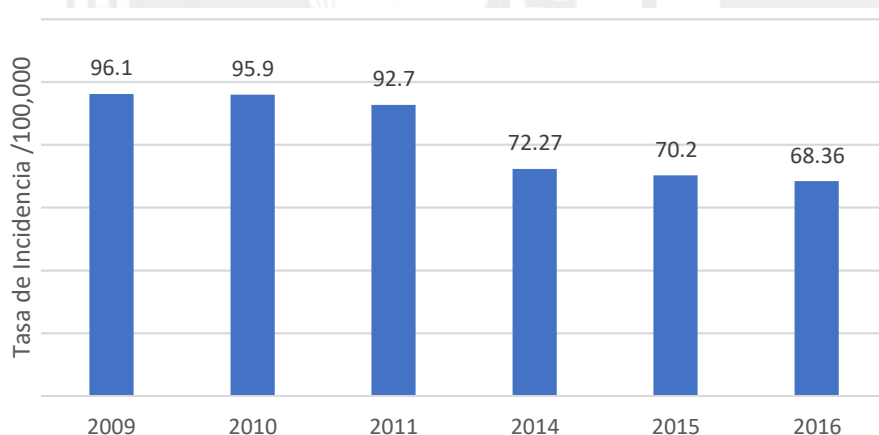


Figura 7. Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna en el Perú.
 “Adaptado de Social Progress Index 2014, 2015, 2016”. Social Progress Imperative y de “La Mortalidad Materna en el Perú. 2002-2011”, MINSA, 2013
 (<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>)

Guzmán A. (2014) indicó que en el año 2012 las causas directas de la mortalidad materna en el Perú fueron por hemorragias (40.2%), falta de hierro (32%) y abortos

(17.5%). Asimismo, la mayor incidencia de muertes maternas ocurren en madres entre los 15 a 19 años de edad, debido a causas indirectas como el suicidio y el no reconocimiento de los signos de alarma, asociándose, además, a causas relacionadas con la cobertura y calidad del servicio de salud y desarrollo social. Sin embargo, un reporte similar del MINSA para el año 2016 informó que las mayores incidencias de muertes maternas ocurrieron en mujeres con rangos de edad entre 25 a 29 años, seguido de mujeres entre 15 a 19 años. En la Figura 8, se puede observar el porcentaje de muertes maternas considerando tres rangos de edad en los últimos seis años, siendo las que tienen mayor incidencia las madres de 20 a 35 años.

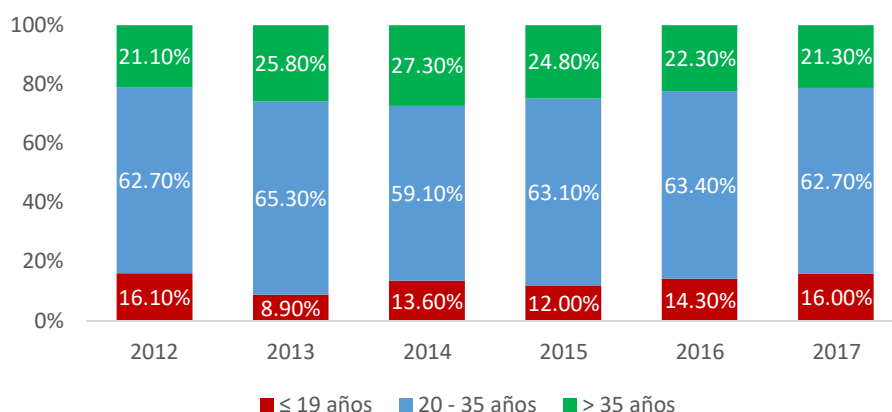


Figura 8. Muerte materna según grupo de edad, Perú 2012 – 2017. Tomado de “Boletín Epidemiológico del Perú SE.52”, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, 2017, Vol.26, SE.52, p.1650. (<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/52.pdf>)

Por otra parte, la Encuesta Demográfica de Salud Familiar ENDES (INEI, 2017a) reportó que en los últimos cinco años que precedieron la encuesta, el 95.5% de 1,313 mujeres menores de 20 años recibieron atención prenatal de profesional médico de salud calificado, 98% (de 7,099) en el caso de mujeres en las edades de 20 a 34 años y 97.4% de 2,034 mujeres entre 35 y 49 años de edad; asimismo, de 180 mujeres sin educación, el 88.1% recibieron atención prenatal de profesionales de la salud; de 2,679 mujeres de la zona rural, el 93.2% obtuvo atención médica prenatal, adicionalmente, indicó que la mayor proporción de muertes maternas ocurre en el periodo postnatal.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA (2017) reportó que, en el año 2015, el 50% de casos de muerte materna (no incluye muertes incidentales) procedieron de los departamentos de Lima (14%), Piura (10%), La Libertad (7%), Loreto (7%), Cajamarca (9%) y Amazonas (3%). Para el 2016, estos departamentos sumaron el 51% debido al incremento de casos de muerte materna en los departamentos de Amazonas, Piura y Loreto (ver Tabla 8).

Tabla 8

Número de casos de muerte materna en el Perú por departamentos

Departamentos	2012	2013	2014	2015	2016	Participación	Participación
						2015	2016
Lima	70	47	42	58	42	14%	13%
Piura	35	27	29	41	35	10%	11%
La Libertad	32	30	31	29	26	7%	8%
Loreto	30	32	32	28	24	7%	7%
Cajamarca	43	31	36	38	21	9%	6%
Amazonas	14	13	13	13	19	3%	6%
Cusco	21	20	30	19	18	5%	6%
Ancash	22	16	15	15	15	4%	5%
Lambayeque	15	14	13	16	15	4%	5%
Huanuco	10	11	9	18	13	4%	4%
Junín	11	17	26	27	13	7%	4%
Puno	30	26	26	28	13	7%	4%
Arequipa	16	9	10	11	12	3%	4%
Ayacucho	14	8	10	5	9	1%	3%
San Martín	14	16	16	14	8	3%	2%
Callao	8	13	19	10	7	2%	2%
Tacna	4	5	1	2	7	0%	2%
Ucayali	10	14	23	17	7	4%	2%
Pasco	7	5	11	4	5	1%	2%
Madre de Dios	1	7	3	2	4	0%	1%
Apurímac	13	2	3	4	3	1%	1%
Huancavelica	8	6	8	6	3	1%	1%
Ica	7	6	3	5	2	1%	1%
Moquegua	2	3	0	1	2	0%	1%
Tumbes	3	5	2	4	2	1%	1%
	440	383	411	415	325	100%	100%

Nota: Mapa de distribución de muertes maternas. Adaptado de “Número de casos de muerte materna por departamentos de procedencia Perú 2000 – 2017”, MINSA, <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE02/mmaterna.pdf>

Finalmente, mejorar la tasa de muerte materna es importante porque ellas proveen la leche materna, que es muy importante para el desarrollo del sistema inmunológico de los niños entre los 6 y 23 meses de edad, agregando energía y nutrientes. Asimismo, los

niños que fueron amamantados obtienen mejores resultados en la prueba de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela según fue señalado en Nota Descriptiva de la OMS (2017c). En ese sentido, “la alimentación de los lactantes mediante fórmulas lácteas no suplementadas durante periodos de tiempo prolongados presenta el riesgo de desarrollar deficiencias nutricionales de diversos oligoelementos; en contraste, los lactantes alimentados con leche materna rara vez presentan alguna deficiencia mineral” (Navarro I., Sola C., Álvarez J. y Villa I., 2004, p. 194).

1.2 Conclusiones

Las tasas de desnutrición infantil, anemia, enfermedades diarreicas agudas (EDA) y mortalidad materna han disminuido año a año en el país; sin embargo, los esfuerzos del gobierno no han sido suficientes para reducir las tasas al nivel de países líderes del mundo, como muestra de ello, el Perú aún mantiene altas tasas en cada uno de estos indicadores de bienestar social con relación a países de Latinoamérica y el mundo. El plan de reducción de la mortalidad materna y desnutrición no tiene continuidad a través del tiempo, pese a encontrarse dentro de los objetivos del milenio.

La desnutrición infantil, anemia y EDA reducen la competitividad de la población económicamente activa, debido a que estas deficiencias afectan el cerebro, reducen la atención y concentración de los niños, limitando su productividad. Asimismo, la mortalidad materna impacta en la desnutrición infantil, debido a que condiciona al recién nacido a no contar con la lactancia materna, necesaria para fortalecer su sistema inmunológico. Es por ello que existe la necesidad de revisar las estrategias que se vienen realizando en el país para cumplir con la desnutrición cero y el hambre cero, que forman parte de los objetivos del milenio según el Acuerdo Nacional en el que el Perú se encuentra inscrito.

Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética

Es imperativo contar con estos cuatro componentes el presente plan estratégico, de manera clara y específica, a fin de marcar el rumbo de la organización en un marco de valores y códigos de éticas que permitan su desarrollo de manera saludable y sostenible en el tiempo, considerándose que cualquier modificación de estos componentes, cambiará el sentido del plan.

2.1 Antecedentes

El bienestar económico y social de un país parte por mejorar el progreso social en temas de nutrición y asistencia médica básica de su población desde los primeros años de edad, siendo necesario el planteamiento de un plan estratégico para lograr una situación futura mejor y alineada a los intereses de la organización. Según D'Alessio (2015), los componentes fundamentales en la fase de formulación de un plan estratégico son: la visión, misión, valores y código de ética, los que se tratarán en este capítulo.

2.2 Visión

D'Alessio (2015) indicó que la visión, desde un enfoque matemático, es la sumatoria de los objetivos de largo plazo que la organización se plantea cumplir para el alcance de la visión, basándose en un análisis completo de la situación actual de la organización y la industria, así como la situación actual y futura de la organización materia del plan estratégico; debiendo cumplirse con los siguientes nueve criterios: (a) ideología central, (b) visión de futuro, (c) simple, clara y comprensible, (d) ambiciosa, convincente y realista, (e) definida en un horizonte de tiempo que permita los cambios, (f) proyectada a un alcance geográfico, (g) conocida por todos, (h) expresada de tal manera que permita crear un sentido de urgencia, y (i) una idea clara desarrollada sobre a dónde desear ir la organización.

En concordancia a ello y en base al análisis de la situación actual del sector nutrición y asistencia médica básica realizado en el Capítulo I del presente plan en el que se resaltan las

acciones de las instituciones del Estado en la lucha por reducir las tasa de los cuatro componentes de la nutrición: (a) nutrición, (b) anemia, (c) enfermedades diarreicas agudas (EDA) y (c) mortalidad materna. Asimismo, en base a los resultados del Índice de Progreso Social Regional Perú 2016 y al Índice de Progreso Social 2017, se plantea la siguiente visión:

“Para el año 2025, el Perú estará posicionado entre los tres primeros países en nutrición y asistencia médica básica a nivel de Latinoamérica y el Caribe, contribuyendo con una base poblacional productiva para el país. Actualmente ocupa el décimo lugar en dicha región de acuerdo con el Índice de Progreso Social 2017”.

La visión planteada será alcanzada en base a la reducción del indicador de cada uno de los componentes de la nutrición, tomando como referencia a países vecinos como Chile y Brasil que ocupan un mayor posicionamiento en este sector, además del planteamiento de estrategias que llevarán al cumplimiento de los objetivos de largo plazo y demás herramientas aplicadas en el presente plan estratégico.

2.3 Misión

Según D'Alessio (2015), la misión es el impulsor de la organización y sirve de parámetro entre lo que se debe y no hacer a lo largo de todas las etapas del proceso estratégico, la misión debe incluir los siguientes criterios: (a) clientes y/o consumidores, (b) productos entendiéndose como bienes o servicios que produce, (c) mercado en el que compete, (d) tecnología, (e) objetivos de la organización, (f) filosofía de la organización, (g) auto concepto de la organización, (h) preocupación por la imagen pública, e (i) preocupación por los empleados. En congruencia y de acuerdo a la información obtenida del sector, se formula la siguiente misión:

“Desarrollar las condiciones necesarias en el Perú para que los niños en edad preescolar tengan el alimento nutritivo necesario para su crecimiento, y, junto con las madres gestantes, accedan a una asistencia médica básica, oportuna y de calidad. Para ello,

trabajaremos basándonos en principios éticos universales, fomentaremos el desarrollo de nuestros colaboradores, contribuyendo con la inclusión social y crecimiento sostenible de la sociedad, aprovechando la tecnología y los recursos alimenticios que el país ofrece”.

2.4 Valores

D’Alessio (2015), precisó que los valores son el patrón que sirve de guía en el proceso de toma de decisiones y encausan el desempeño de los que participan en la implementación del plan, y que luego son afirmados por los códigos de ética.

- Respeto por las personas: considerando que toda persona es digna, única y que tiene derecho a ser tratada bien.
- Responsabilidad: mediante el compromiso que se debe tener para trabajar en el bienestar social de los niños y las madres gestantes.
- Honestidad: obligación moral para trabajar y priorizar el bien común sobre el propio.
- Solidaridad: en la búsqueda por reducir brechas de desigualdad en la sociedad.
- Universalidad: velar que los servicios prestados por el Estado sean accesibles a todas las personas.
- Integridad: para comunicar y actuar en base a lo que debe ser correcto.

2.5 Código de Ética

El código de Ética que se plantea, afirma los valores de la organización, determina las conductas deseadas y las que no, así como, señala los deberes y derechos. Asimismo, es necesario para establecer la cultura de la organización y para una ejecución exitosa del plan estratégico D’Alessio (2015).

- Brindar asistencia a los usuarios sobreponiendo su bienestar sobre cualquier ventaja personal y rechazando todo acto de corrupción.

- Honradez y rectitud, tratando de hacer siempre lo correcto de acuerdo con los valores de la institución, actuando siempre con honestidad para generar credibilidad y relaciones de confianza dentro de la organización y con sus beneficiarios.
- Responsabilidad y rendición de cuentas en el ejercicio de las funciones públicas, de manera que el personal cumpla con sus deberes de manera integral y transparente dentro de las disposiciones legales establecidas, considerando que, al ser sus actos de carácter público, estos pueden ser de conocimiento por cualquier ciudadano.
- No a la discriminación en cualquiera de sus formas, evitando algún tipo de preferencia o trato desigual, demostrando en todo momento independencia respecto a cualquier persona natural o jurídica.

2.6 Conclusiones

La declaración de la visión muestra el futuro deseado de ver al Perú posicionado dentro de los tres primeros países de Latinoamérica con menor tasa de desnutrición, siendo la misión declarada el motor que mueva al cumplimiento de los objetivos que se propongan dentro de un marco de valores y códigos éticos, que, además, permitan la implementación sostenible del plan estratégico. Al encontrarse alineados los valores y códigos de ética a la visión, estos servirán de soporte para el desarrollo saludable del plan, satisfaciendo a todas las partes interesadas.

Capítulo III: Evaluación Externa

La evaluación externa se realizó en base a tres análisis: (a) el análisis tridimensional de Hartmann, que revisa a nivel del país los intereses nacionales, los principios cardinales y la potencia nacional, (b) el análisis de competitividad del país, mediante el modelo del diamante de competitividad de Porter, y (c) el análisis político, económico, social, tecnológico y ecológico, también llamado análisis PESTE (D'Alessio, 2015). Del resultado de estos tres análisis se identificaron las oportunidades y amenazas usando la matriz de factores externos, así como los factores claves de éxito usando la matriz de perfil competitivo.

3.1 Análisis Tridimensional de las Naciones

D'Alessio (2015) indicó la necesidad de evaluar el contexto mundial del país, en torno a los intereses nacionales, potencial nacional, y principios cardinales, a fin de conocer las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades de la organización.

3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Tabla 9

Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

N°	Interés Nacional	Intensidad del Interés			
		Supervivencia (crítico)	Vital (peligroso)	Importante (serio)	Periférico (molesto)
1	Defensa del país	(Chile)		(Ecuador)	(Bolivia)
2	Bienestar Económico		EEUU; China, UE, Chile, Colombia, México		(Venezuela)
3	Bienestar Social	Ecuador, Colombia, Brasil			
4	Seguridad Interna		Colombia, México, EEUU		
5	Ecológica		(EEUU) (China)		

Los intereses nacionales listados en la Tabla 9 están plasmados en la Nueva Constitución Política del Perú (1993) en el Artículo 44 del Título II, donde se señala como deberes primordiales del Estado “defender la soberanía nacional; garantizar la plena vigencia de los derechos humanos; proteger a la población de las amenazas contra su seguridad; y

promover el bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación” (Congreso de la República, 1993, página 12). Asimismo, el Acuerdo Nacional del 2002 enmarca las principales políticas de Estado del país, y en el que se detalla el camino a seguir para alinearse a los intereses nacionales.

Con relación a la defensa del país, la Constitución y el Acuerdo Nacional en su Política de Estado número nueve, señala que se debe “mantener una política de seguridad nacional que garantice la independencia, soberanía, integridad territorial y la salvaguarda de los intereses nacionales” (Acuerdo Nacional, 2014). Sobre este tema, la relación del Perú con los países vecinos es de vital importancia, sobre todo con Chile, país con el que aún persisten controversias limítrofes después de la guerra que los enfrentó en el siglo XIX, siendo una de las más importantes la resuelta por la Corte Internacional de la Haya el 27 de enero del 2014 sobre la delimitación marítima (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2015). A pesar de que ambos países manifiestan no tener temas fronterizos pendientes, interpretan de distinta manera el inicio de la frontera terrestre, conocido como el triángulo terrestre (“Qué es el triángulo terrestre”, 2014). En el mismo sentido, es importante la relación con el vecino país de Ecuador, con el que se tuvo un conflicto que obligó la intervención de los países árbitros del tratado de Brasilia en 1998, y, por último, las pretensiones de Bolivia por tener una salida soberana al mar, lo cual implicaría un cambio para el Perú en su frontera con Chile.

Por otro lado, respecto a la seguridad interna, el Acuerdo Nacional señala, en sus Políticas de Estado 27 y 30, la erradicación de la producción, el tráfico y el consumo ilegal de drogas así como la eliminación del terrorismo y la afirmación de la reconciliación nacional (Acuerdo Nacional, 2014). Ello como consecuencia del terrorismo que sufrió el país entre las décadas del 80 y 90, y que fue erradicado parcialmente luego de la captura de Abimael Guzmán, líder de la organización terrorista Sendero Luminoso, el 12 de setiembre de 1992, así como la liberación de los rehenes tomados por la organización terrorista MRTA, el 22 de

abril de 1997. Estos acontecimientos originaron que la alianza narcotráfico-terrorismo se debilitara y la lucha se focalice principalmente en el narcotráfico, específicamente en la zona geográfica de los valles de los ríos Ene, Apurímac y Mantaro conocida como el VRAEM (Núñez del Prado, 1999). En relación a ello, países como México, Colombia y EEUU, abastecedores y consumidores de la sustancia ilegal, muestran abierto interés en combatir este flagelo.

Por el lado de los Derechos Humanos y bienestar general se establecieron varias Políticas de Estado entre las que destaca la Política de Estado 15 en relación a la promoción de la seguridad alimentaria y nutrición, la cual contempla, entre otros, el acceso a una adecuada nutrición para niños en etapa preescolar y madres gestantes, la asistencia a las familias que no estén en condiciones de satisfacer sus necesidades alimenticias y nutricionales, el desarrollo de programas sociales que trate los problemas de desnutrición, la entrega de complementos y suplementos nutricionales a los pobres vulnerables y que se encuentran en extrema pobreza, y la capacitación y educación sobre temas de nutrición, higiene y salud. Asimismo, en la Política de Estado 13 se considera el acceso a servicios de salud y seguridad social promoviendo hábitos de vida saludable, acceso al agua potable y saneamiento, la descentralización de los servicios de salud así como promover la maternidad saludable. Finalmente, esto demuestra la importancia que le da el Estado al bienestar social, siendo este un enfoque más amplio sobre las necesidades básicas debido a que contempla las condiciones necesarias para que el ser humano pueda subsistir y por ende asegurar el desarrollo humano (Blanco y Díaz, 2005). Es en ese sentido, el bienestar cada vez está siendo un concepto más valioso que se ha desprendido en el Informe sobre Desarrollo Humano, el cual señala que las personas mejor alimentadas, cuidadas, educadas, empleadas e informadas son más proclives a ver el lado bueno de las cosas, lograr beneficios económicos en el largo plazo y mejorar el desempeño económico de un país (Clark, 2013). La experiencia de los

países confirma la importancia del bienestar social para generar desarrollo humano, y por ello la necesidad de priorizarlos para lograr un círculo virtuoso de crecimiento económico y en consecuencia más desarrollo humano (Ranis y Stewart, 2002).

Por el lado del bienestar económico del país, está establecido en la política 18 la “búsqueda de la competitividad, productividad y formalización de la actividad económica” (Acuerdo Nacional, 2014) la cual no tendrá sentido si no se cuenta con una base poblacional productiva.

3.1.2 Potencial nacional

El análisis del potencial nacional nos permite identificar las fortalezas y debilidades del Estado para alcanzar sus intereses nacionales (D’Alessio, 2015) a través de los siguientes siete dominios: (a) demográficos, (b) geográfico, (c) económico, (d) desarrollo tecnológico, (e) histórico, psicológico y sociológico, (f) organizacional y administrativo, y (g) militar.

Demográfico. Al 2016, el Perú registró una población de 31'488,625 habitantes con una composición de 50% hombres y 50% mujeres, el 23% de la población es rural y el 77% restante es urbana. Asimismo, en la Tabla 10 se muestra la población por región y por rangos de edad, considerando principalmente la edad infantil, las edades que pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA) y los adultos mayores.

Según el INEI, el crecimiento interanual de la población al 2016 es de 1.08% y, para el 2025, proyecta ser de 0.91%. La esperanza de vida es de 75 años. La pirámide poblacional al 2015 nos permite ver que el Perú aún tiene una población joven con un promedio de edad de 32 años (ver Figura 9) lo cual es importante para el desarrollo económico porque esta es la que va a cubrir las demandas de la población en edades no activas, como la población infantil y adultos mayores (Secretaría Nacional de la Juventud, 2015).

Tabla 10

Perú: Población Total, por Grupos de Edad, según Departamento, 2016

Departamento	Total	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 59	60 y más
Amazonas	423,898	43,463	45,474	43,275	257,563	34,123
Áncash	1,154,639	108,714	112,109	111,227	702,166	120,423
Apurímac	460,868	49,572	51,356	48,705	270,090	41,145
Arequipa	1,301,298	103,701	104,675	106,668	837,670	148,584
Ayacucho	696,152	76,638	77,769	74,729	411,788	55,228
Cajamarca	1,533,783	149,994	158,323	158,808	936,457	130,201
Prov. Const. Callao	1,024,439	77,881	80,120	81,032	669,356	116,050
Cusco	1,324,371	122,622	128,030	127,049	816,446	130,224
Huancavelica	498,556	65,698	63,917	59,144	276,116	33,681
Huánuco	866,631	92,308	94,485	91,403	515,346	73,089
Ica	794,919	66,886	69,592	71,733	501,054	85,654
Junín	1,360,506	141,837	140,182	139,455	815,408	123,624
La Libertad	1,882,405	169,589	175,008	175,030	1,174,138	188,640
Lambayeque	1,270,794	107,406	113,309	118,359	793,254	138,466
Lima	9,989,369	800,502	796,138	806,306	6,467,185	1,119,238
Loreto	1,049,364	110,849	119,017	118,648	628,340	72,510
Madre de Dios	140,508	12,955	13,394	13,295	92,983	7,881
Moquegua	182,333	13,370	13,805	13,997	120,158	21,003
Pasco	306,322	31,078	31,681	32,281	188,983	22,299
Piura	1,858,617	182,760	186,489	185,826	1,132,855	170,687
Puno	1,429,098	144,416	148,075	148,378	854,059	134,170
San Martín	851,883	80,716	85,600	84,326	538,727	62,514
Tacna	346,013	28,099	29,337	29,501	227,897	31,179
Tumbes	240,590	20,047	20,724	20,438	160,812	18,569
Ucayali	501,269	44,744	50,654	53,672	312,769	39,430
Total	31,488,625	2,845,845	2,909,263	2,913,285	19,701,620	3,118,612

Nota. Adaptado de “Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025. INEI, 2010

(<http://proyectos.inei.gov.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/index.htm>)

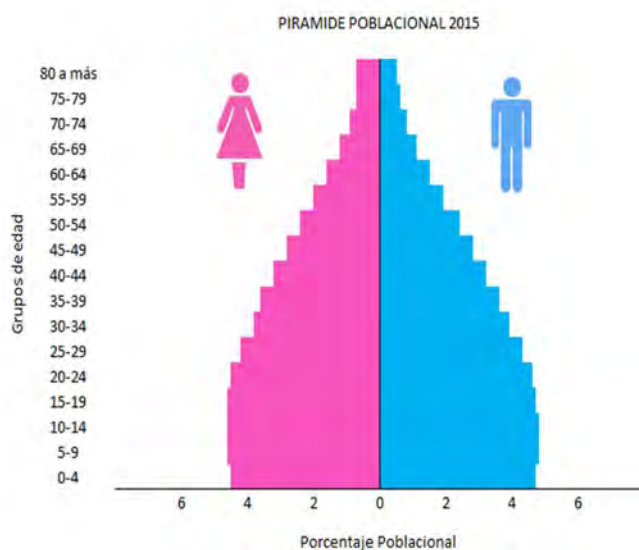


Figura 9. Pirámide poblacional del Perú en el año 2015.

Adaptado de “Población total al 30 de junio de cada año, según sexo y grupo de edad, 2005-2021”, INEI, s.f. (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>)

Asimismo, la tasa bruta de natalidad del último quinquenio 2010-2015 fue de 19.43%, proyectándose la reducción de dicha tasa para los quinquenios 2016-2020 con una tasa de 17.88% y 16.6% para el 2020-2025 (INEI, 2016b). El impacto de la reducción de los nacimientos generará que la población en edad escolar se quede estancada y por lo tanto la población universitaria también se verá afectada, por lo que la fuerza laboral que ahora está creciendo también dejará de hacerlo. Por tanto, conforme se reduzca la población joven, ciertas industrias también se verán afectadas especialmente el sector educación y de cuidado de niños, porque la oferta será mayor a la demanda y así seguirán afectándose las industrias relacionadas a edades joven, generándose un impacto progresivo. Asimismo, la importancia de la población radica en que aporta un tercio al Producto Bruto Interno (PBI), sin el crecimiento de la misma sólo quedaría el ingreso per cápita que es aproximadamente un 1% (Taipe, 2017).

Por lo tanto, la población es el principal recurso de un país, porque el crecimiento económico depende en gran parte de ella, de la fuerza laboral, que mientras más productiva sea, el país progresará. Por ello la necesidad de romper con el círculo vicioso de la pobreza que sólo genera que lo bajos recursos económicos de las familias impidan tener acceso a una adecuada nutrición y servicios de calidad en cuanto a asistencia médica y educación (Secretaría Nacional de la Juventud, 2015), factores esenciales que el Estado debe otorgar desde la gestación, para asegurar un adecuado desarrollo y tener adultos productivos.

Geográfico. El Perú se encuentra ubicado en el hemisferio sur, meridional o austral, con relación a la línea Ecuatorial, en el Continente Americano, en la parte central y occidental de América del Sur. Es el vigésimo país más grande del mundo en superficie territorial y el tercero en Sudamérica después de Argentina y Brasil (ver Tabla 11).

Tabla 11

Superficie Total de Países en América del Sur

País	Superficie (km²)
Brasil	8,514,877
Argentina	2,780,400
Perú	1,285,216
Colombia	1,141,748
Bolivia	1,098,581
Venezuela	912,050
Chile	756,102
Paraguay	406,752
Ecuador	257,217
Uruguay	173,626

Nota. Superficie total en kilómetros cuadrados de los países latinoamericanos en orden de tamaño. Undata. (<http://data.un.org>)

Gran parte de la superficie del Perú la compone la superficie continental el cual ocupa el 99.6% del total de la superficie (ver Tabla 12). Según el IV Censo Nacional Agropecuario 2012 (INEI, 2013), el 30.1% del territorio nacional equivalente a 387,424 km² = 38, 742,465 hectáreas es de uso agropecuario, incrementándose en 9.5% con lo registrado en el Censo de 1994, también se reportó que para el año 2012 el 57.5% del territorio de uso agropecuario se encuentra en la Sierra, el 31.1% en la Selva y 11.5% en la Costa. Por tanto, el país cuenta con capacidad territorial para ampliar su producción nacional agrícola y agropecuaria.

Tabla 12

Composición de la Superficie del Perú

Tipo	Extensión Superficial Aproximada (Kilometros cuadrados)
Total	1,285,215.60
Superficie Continental	1,280,085.90
Superficie Lacustre	4,996.30
Lago Titicaca	4,996.30
Superficie Insular	133.40
Maritima	94.40
Lacustre	39.00

Nota: Tomado de Compendio estadístico Perú 2016. Lima: INEI, 2016 (p.23)

La existencia de accidentes y diversos fenómenos geográficos como los Andes, movimiento anticiclónico de masas de aire del Pacífico Sur, Corriente Peruana, entre otros, generan que el territorio peruano sea complejo geográficamente, debido al factor climático, morfológico, geológico, ecológico y económico (Instituto Geográfico Nacional, 1989). Esto permite contar con variados microclimas en distintas regiones del país, contribuyendo con la producción de diversos alimentos de origen agrícola. Dentro de los principales cultivos agrícolas se encuentran el arroz cáscara, producido en ocho regiones del país liderando la Región San Martín, el maíz amiláceo, maíz amarillo duro, papa, zapallo, arveja grano, zanahoria, yuca, camote y otros alimentos agrícolas con alto contenido nutricional; la crianza de vacunos vivos principalmente en las regiones de Cajamarca y Puno, ovinos vivos en Cusco y Puno, y la crianza de pollos en todas las regiones del país (Ministerio de Agricultura, marzo 2016).

Desde el enfoque hidrográfico, sus aguas continentales se distribuyen en tres vertientes o cuencas hidrográficas, tal como se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13

Disponibilidad Hídrica a Nivel Nacional, según vertiente 2014 (Hectómetro cúbico)

Vertiente	Disponibilidad del agua (Hm ³)			
	Total	%	Superficial	Subterránea
Total	2,482,531	100.0	1,935,621	546,730
Pacífico	37,260	1.5	34,136	3,124
Atlántico	2,438,218	98.2	1,895,226	242,992
Titicaca	6,873	0.3	6,259	614

Nota: Tomado de "Política y Estrategia Nacional de Recursos Hídricos del Perú", Autoridad Nacional del Agua. 2015. (http://www.ana.gob.pe/media/290336/politicas_estrategias_rh.pdf)

Por la vertiente del Pacífico desembocan 53 ríos, cuyas aguas son utilizadas no solo para la agricultura, sino también para satisfacer requerimientos urbanos con fines de uso domésticos y sanitarios. Uno de los ríos que satisface dichos requerimientos es el río Rímac, que pasa por la ciudad de Lima, y es uno de los más importantes para el Perú porque es el que

abastece de agua a la capital, junto al sistema hídrico ubicado en la localidad de Marcapomacocha, en la región centro andina de Junín. Allí se encuentra ubicada la laguna de Marcapomacocha, que es la más importante de dicho lugar, junto con las reservas Antacoto, Yaracmayo y Huascacocha, las cuales forman un sistema de reservorios que captan el agua proveniente del río Mantaro, perteneciente a la cuenca del Amazonas, para ser llevado a través de túneles y canales a la Atarjea. (“La ruta del agua”, 2016). De otro lado, el sistema hidrográfico está siendo usado con tres propósitos principales en la economía y salud del país: (a) como recurso para el suministro de agua potable proveniente de las represas y lagunas, (b) producción de energía eléctrica, y (c) aguas para riego, siendo el caso más claro el del río Mantaro para la generación de energía, y luego del trasvase para el riego de los valles de Olmos, entre otros. Estos factores hidrográficos permiten al Perú contar con fuentes hídricas necesarias para mantener una población en condiciones higiénicas saludables, asimismo, contar con capacidad de extracción pesquera en todas las zonas del país.

Económico. El Perú posee una diversidad de recursos naturales renovables y no renovables. Las actividades en la que sustenta su economía son la pesca, minería e hidrocarburos, y la agricultura, las cuales representan un 19% del PBI (ver Figura 10),

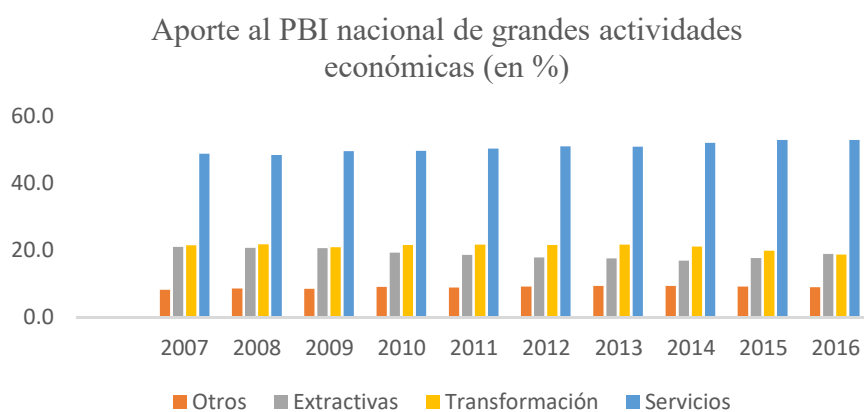


Figura 10. Participación del Producto Bruto Interno Anual por Actividades Económicas 2007-2016.

Adaptado de “Perú: Producto Bruto Interno Por Sectores Económicos, 1951-2016 (Variación porcentual del índice de volumen físico)”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>)

En particular, el sector de minería e hidrocarburos aporta un 13.6% del PBI, siendo el de extracción de minerales el que proporciona un mayor aporte dentro de este rubro con 10.9% en el 2016 (ver Figura 11).



Figura 11. Producto Bruto Interno Anual por Actividades económicos Extractivas 2007-2016.

Adaptado de “Producto Bruto Interno Trimestral según Actividad Económica (nivel 14) 2007-2017 (Valores a precios constantes 2007)”, INEI (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>)

Asimismo, el constante crecimiento del PBI de los últimos años (ver Figura 12), y el responsable manejo macroeconómico del Banco Central de Reserva han permitido tener una economía que permite llevar a cabo proyectos sociales y de infraestructura.

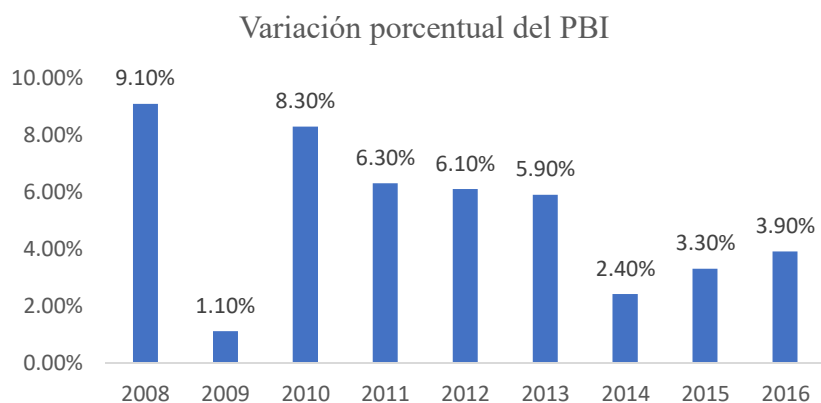


Figura 12. Producto Bruto Interno Anual: 2008-2016.

Adaptado de “Variación porcentual del índice de volumen físico respecto al mismo periodo del año anterior a precios constantes 2007”, INEI (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>)

Este contexto macroeconómico favorable, así como la existencia de recursos renovables y no renovables, representan una ventaja competitiva al país, brindándole la capacidad de impulsar proyectos sociales y de infraestructura a favor de la población infantil, en orden de prioridad, a fin de mantener una economía sostenible en el tiempo.

Tecnológicos-científicos. En el año 2015, se aprobó la Ley de Promoción de la Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación Tecnológica que busca que las empresas inviertan en proyectos para que innoven y se diversifiquen, accediendo a beneficios tributarios (Decreto Supremo N° 326-2015-EF). Sin embargo, en el 2016, el Perú asignó menos del 0.2% del PBI para investigación y desarrollo, por debajo de otros países de la región como Chile (0.4%), Argentina (0.6%) y Brasil (1.2%). En relación a dicho gasto, solo el 29.17% correspondió a la inversión privada, pese a ser un factor fundamental para la generación de valor y desarrollo (“Menos del 0.2% del PBI va para investigación y desarrollo”, 2017). Esto, de alguna manera se relaciona con que solo el 23% de hogares cuenta con internet fijo, en contraste con otros países de la región como Chile, cuyo indicador bordea el 60% (INEI, 2016b). Asimismo, el promedio en la región es de 43.4%, mientras que el promedio en países desarrollados (OCDE) es de 85% (CEPAL, 2016).

Por otro lado, el I Censo Nacional de Investigación y Desarrollo en Centros de Investigación (Cenideci) reportó que el Perú, en el año 2016, contó con más de 1000 centros de investigación, ubicándose el 49.8% en Lima. Asimismo, respecto a las áreas de investigación en el año 2017, el 28.9% de estos centros desarrolló proyectos de ciencias médicas y de la salud y el 24.6% en ciencias agrícolas (“Perú invirtió S/. 5000 millones”, 2017). Asimismo, el Estado también viene promoviendo la investigación y desarrollo de tecnologías en temas de salud nutricional a través de sus instituciones como el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y el Instituto Nacional de Investigación

(IIN), entes encargados de la investigación y desarrollo de tecnologías alimentarias, poniéndole énfasis en la nutrición del niño, el adolescente y la mujer.

Asimismo, de acuerdo al Índice de Competitividad Global 2017-2018 (World Economic Forum, 2017), si bien el Perú mejoró en preparación tecnológica e innovación con relación al año anterior, esta última aún sigue siendo uno de sus pilares más débiles junto con el de instituciones, lo que demuestra que falta mucho por hacer.

Histórico-Sociológico-Psicológico. La historia de la preservación de la salud en el Perú data desde la época de la colonia, con la creación del Real Tribunal Constitucional del Protomédico en 1568, y, con el nacimiento de la República en 1892, se creó la Junta Suprema de Sanidad, seguidamente, en 1920, se hizo explícita la protección de la salud de la población en la Constitución de la República y, en 1942, se adaptó el nombre a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (actualmente Ministerio de Salud). Así también, el 20 de noviembre de 1926, el Perú fue admitido como país miembro de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, siendo elegido en el año 2007 como miembro del Consejo Ejecutivo de dicha institución, participando cada año en la Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, permitiéndole al país abordar temas como la estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica infantil. Por otro lado, la alta tasa de migración interna del país es un factor preponderante a considerar, debido a que los migrantes traen consigo sus propias creencias, tradiciones, costumbres, religiones y formatos de alimentación, que toman tiempo en adaptarse en lo social, cultural y psicológico en la sociedad huésped, conllevando a problemas de exclusión social y barreras de acceso a la salud.

Este contexto sociológico y psicológico, impacta en el Perú en débil adaptación de la población en general para adquirir nuevas formas, estilos y hábitos alimenticios orientados a un plan de lucha contra la desnutrición, anemia y EDA en la población infantil, que no ha

sido neutralizado, pese a contar con organizaciones nacionales e internacionales interesadas en cambiar este contexto.

Organizacional y administrativo. Actualmente, el Estado Peruano es una república democrática, independiente, auto soberana, y tiene la siguiente estructura:

- Poder Ejecutivo: liderado por el Presidente como Jefe de Estado y de las Fuerzas Armadas, acompañado de los ministerios de gobierno.
- Poder Legislativo: está conformado por 130 parlamentarios del Congreso, cuya responsabilidad es la de brindar leyes para beneficio del pueblo peruano y estar atentos en su rol de padres de la patria.
- Poder Judicial: ente independiente del resto de poderes encargado de la administración de la justicia.

En el Perú se realizan elecciones democráticas para la elección de los gobernantes, desde el presidente hasta los alcaldes. Las instituciones públicas se encuentran en un proceso de modernización y, actualmente, tienen muchos retos no solo en materia de organización y administración pública. Este contexto, brinda un marco estructural ordenado necesario para el desarrollo de proyectos sociales a favor de la población, con miras a tener ciudadanos cada vez más productivos.

Militar. Para la defensa de su territorio el Perú cuenta con una Fuerza Armada compuesta por las tres ramas que son: el Ejército, la Marina de Guerra y la Fuerza Aérea; a ellas se complementa la Policía Nacional para la seguridad interna. Cabe destacar que Perú es el país con más índice de poder militar en la región después de Brasil y Argentina, donde se valora no solo la cantidad de armamento, sino también la logística, la cantidad de territorio, entre otras (Global Fire Power, 2017). Las Fuerzas Armadas se dedican, además, a combatir el narcotráfico y terrorismo en colaboración con la Policía Nacional, donde esta no puede llegar a labores de mitigación de riesgos ante desastres naturales. Cuenta con personal activo

de 100,830 personas, 267 unidades aéreo-militares, 89 unidades navales para labores de defensa, vigilancia y ayuda.

3.1.3 Principios cardinales

Influencia de Terceras Partes. En el caso de influencia de terceras partes, el Perú atrae inversiones de distintos países y alcanza convenios con varios de ellos, por eso se ve expuesto a influencia de terceros países en las relaciones bilaterales; un ejemplo de ello es el proyecto del tren interoceánico desde el Atlántico al Pacífico, en el que el gobierno de China ofrece financiarlo y construirlo. En esta relación, los Gobiernos de Perú, Brasil y China sostuvieron conversaciones para impulsar el proyecto, a lo que un tercero, en este caso Bolivia, expresó su interés en participar del mismo para que el tren pase por su suelo (“Perú apoya proyecto”, 2016). Otro caso es la exportación de gas boliviano a través de los puertos del Perú, y que Chile, como tercero interesado, presiona para que el gas se embarque por los puertos del norte chileno. De igual forma, los reclamos de Bolivia a Chile por el tema de mediterraneidad y una salida soberana al mar implican una observación permanente de parte del Perú, dado que, de ejecutarse, posiblemente se afectarían los límites de Perú con Chile.

En lo que respecta a la parte económica, se encuentran los tratados de libre comercio con otros países, donde la Alianza del Pacífico obtiene un especial interés en la región, conformada por Chile, Colombia, México y Perú, pues fomenta la libre circulación de bienes, servicios, capitales y personas. Asimismo, hay varios países que participan como observadores pero que esperan ser miembros activos, estando en esta situación 52 países observadores entre los que destacan EE.UU., Canadá, China, Australia y gran parte de la Unión Europea (Alianza del Pacífico, 2017).

Los Lazos Pasados y Presentes del País. Es necesario conocer el pasado para entender mejor cómo se llegó a la situación presente y explicar por qué una organización se dirige hacia una situación futura. En ese sentido, el pasado reciente del Perú se enmarca,

principalmente, en el acuerdo de paz logrado con Ecuador y el fallo de la Haya logrado con Chile. En el primer caso, el Perú tiene con Ecuador el Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador; dicho plan surgió en 1998 gracias al acuerdo firmado en Brasilia. Por otro lado, en el 2016 y 2017, Perú y Chile firmaron varios acuerdos binacionales para fortalecer la cooperación en las áreas de Defensa, Ambiente, Cultura, Educación, Energía y Minas, entre otros.

Todos los acuerdos son muy importantes debido a que ayudan a estabilizar las relaciones con los países vecinos, promueven que la población tenga bien definida su identidad nacional y colaboran en definir las fronteras territoriales. Asimismo, existe una relación muy estrecha con Brasil, gracias a grandes proyectos de infraestructura que unen a ambos países, como, por ejemplo, el de la carretera interoceánica. Proyectos de este tipo contribuyen, además, al desarrollo de las fronteras y afianzan la identidad peruana en las fronteras. Finalmente, gracias a esta estrecha relación, en el 2015 el Perú y Brasil han firmado varios acuerdos comerciales para formalizar los compromisos y beneficios bilaterales en materia de comercio, inversión y cooperación económica.

Contrabalance de Intereses. El Perú cuenta con ventajas comparativas con relación a países de la región, debido a la diversidad de climas y suelos que permiten producir recursos alimentarios de alto valor nutricional; en contra balance, uno de los principales motores de la economía peruana es la extracción de minerales, cuya falta de control legal (minería ilegal), ha impactado en la calidad de las tierras, agua y cultivos de la sierra y selva del Perú.

En el campo del comercio internacional, el Perú cuenta acuerdos comerciales bilaterales vigentes con Estados Unidos, Unión Europea, México, Cuba, Japón, Chile, Venezuela, Costa Rica, Tailandia y Honduras, que han permitido la apertura del mercado peruano hacia las exportaciones de materias primas y productos agrícolas, cuyo costo-

beneficio ha impactado en el acceso al mercado local de productos alimenticios con calidad de exportación.

En el sector salud, países de la región como Chile y Brasil cuentan con ventajas competitivas por su liderazgo en materia de servicios clínicos y hospitalarios, tanto públicos y privados, a diferencia del Perú, que aún se encuentra en proceso de desarrollo en dicho sector.

Conservación de los Enemigos. La conservación de los enemigos implica mantener la rivalidad con uno o más países (que se pueda manejar) de tal forma que sirva como motivación la superación constante al evitar el monopolio que desalienta la innovación. En el caso del Perú, a raíz de la Guerra del Pacífico, se tiene a Chile como enemigo natural, por lo es necesario observar siempre sus avances para que motive al Perú a la superación. Chile, en el Índice de competitividad, figura en el puesto 33 y como líder de Latinoamérica y el Caribe según el Foro Económico Mundial (World Economic Forum, 2017), mientras que Perú se encuentra en el puesto 72. Por otro lado, en el Índice de Progreso Social, Chile está en el puesto 25, siendo líder de Latinoamérica y el Caribe, y Perú figura en el puesto 47 (Social Progress Imperative, 2017b), lo que refleja el trabajo pendiente por realizar. Dentro de este último indicador, en lo referente a la Nutrición y Asistencia Médica Básica, Chile se encuentra en el puesto 52 como uno de los líderes de Latinoamérica y el Caribe después de Cuba, mientras que Perú se encuentra en el puesto 87 de dicho ranking mundial.

3.1.4 Influencia del análisis en el Perú

En lo que respecta al análisis de los intereses nacionales, se puede ver que el Perú busca el bienestar social y bienestar económico, entre otros, para lo que es importante una población productiva que pueda llevar al país a niveles altos de desarrollo. Asimismo, es importante la relación con los países fronterizos para atender a poblaciones lejanas mediante una relación bilateral en temas de salud y educación.

En cuanto al potencial nacional, el país posee gran cantidad y variedad de recursos alimenticios para atender a su población, así como gran variedad de recursos hídricos para llevar agua y desagüe a todas las regiones. Sin embargo, presenta debilidades en el tema sociológico cultural, donde costumbres arraigadas de alimentación y culturales van en contra de la salud y nutrición. Otra debilidad es el ámbito científico, en el que, si bien se tienen las herramientas necesarias para llevar a cabo innovaciones en cualquier campo, estas no son del interés del Estado o no son promovidas para su ejecución.

En cuanto a los principios cardinales, la motivación de superar a países vecinos como Chile ayuda a superar las dificultades que se presentan, y, a la vez, buscar cooperación con estos países, puesto que todos buscan el bienestar de su población, lo que, al mismo tiempo, evitaría la inmigración de un país a otro y evitaría que se genere un problema social.

3.2 Análisis Competitivo del Perú

El análisis competitivo del país se realiza en función del World Economic Forum, el cual analiza la competitividad en el mundo. El Perú figura en el puesto 72 de dicho ranking, y basa sus estimaciones en 12 pilares que se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14

Pilares de la competitividad según el World Economic Forum 2017-2018

Pilares de la competitividad mundial	
Pilares	Descripción
1	Instituciones
2	Infraestructura
3	Ambiente macroeconómico
4	Salud y educación primaria
5	Educación superior y preparatoria
6	Eficiencia del mercado de bienes
7	Eficiencia del mercado laboral
8	Desarrollo de mercado financiero
9	Preparación tecnológica
10	Tamaño de mercado
11	Sofisticación de los negocios
12	Innovación

Nota: Tomado de The Global Competitiveness Report 2017-2018. World Economic Forum (<https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2017-2018>)

Así también, se produce la medición de cada uno de los pilares y vemos que, en el caso de Perú, sus principales falencias están en las instituciones e innovación (ver Figura 13). En lo que respecta al primero, sólo hace notar que se necesita una reforma institucional y por el lado de la innovación, está la falta de capacidad de la misma, la falta de inversión de las organizaciones en investigación y desarrollo, y el bajo porcentaje de patentes, lo que muestra el poco interés del Estado en promover la innovación en el país.

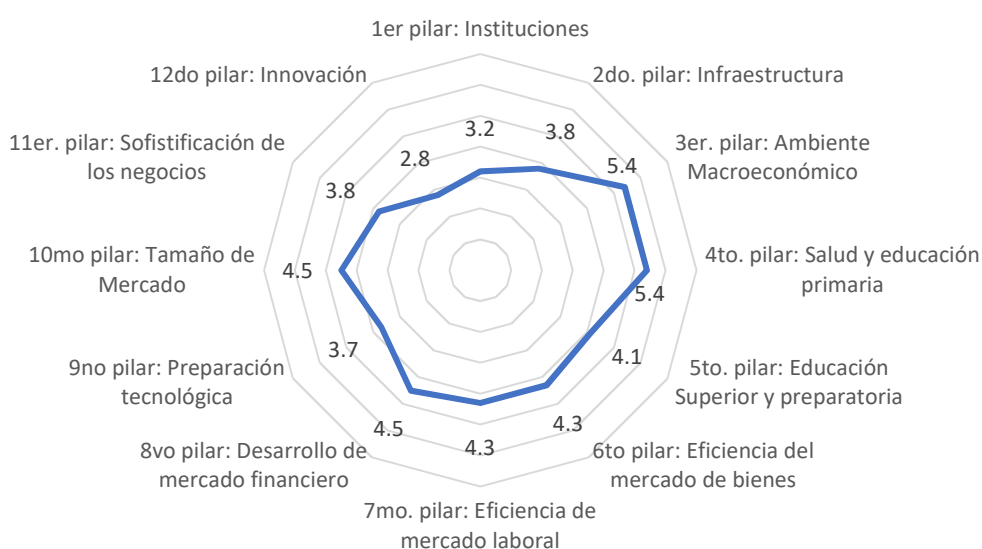


Figura 13. Índice de competitividad del Perú, basado en los 12 pilares. Mediciones hechas en una escala del 1 al 7. Adaptado de “The Global Competitiveness Report 2017-2018”. World Economic Forum (<https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2017-2018>)

3.2.1 Condiciones de los factores

De acuerdo con Porter (citado por D’Alessio 2015), las condiciones de los factores permiten a un país ser más competitivo, pues, gracias al desarrollo y aplicación de dichos factores, la competitividad del país se genera como consecuencia directa. El Perú cuenta con vastos recursos mineros, pesqueros, agrícolas, ecológicos y culturales, estos factores son intrínsecos al país y permiten al Perú tener una ventaja comparativa importante. Sin embargo, entre aquellos factores desarrollados se tienen los siguientes: sistemas financieros y bancarios

estables y confiables, profesionales en salud de calidad mundial reconocida, notorias capacidades de construcción en infraestructura, y un sector académico muy diverso como oferta estudiantil. Por otro lado, el Perú tiene factores cuyo desarrollo aún es incompleto, entre ellos se tiene: poca especialización de mano de obra calificada, falta de productividad para la demanda interna, incompleta infraestructura nacional y muy pocas instituciones educativas con buen nivel académico; es decir, aún quedan grandes brechas por cerrar para el desarrollo pleno de los factores clave. Por ejemplo, en la Tabla 15 se observa las brechas para los diversos sectores en materia de infraestructura.

Tabla 15

Brecha de Infraestructura de Mediano y Largo Plazo (millones de US\$ del año 2015)

Sector	Brecha a mediano plazo	Brecha	Brecha a largo plazo
	2016-2020	2021-2025	2016-2025
Agua y Saneamiento	6,970	5,282	12,252
Agua Potable	1,624	1,004	2,629
Saneamiento	5,345	4,278	9,623
Telecomunicaciones	12,603	14,432	27,036
Telefonía móvil	2,522	4,362	6,884
Banda Ancha	10,081	10,070	20,151
Transporte	21,253	36,246	57,499
Ferrocarriles	7,613	9,370	16,983
Carreteras	11,184	20,667	31,850
Aeropuertos	1,419	959	2,378
Puertos	1,037	5,250	6,287
Energía	11,388	19,387	30,775
Salud	9,472	9,472	18,994
Educación	2,592	1,976	4,568
Inicial	1,037	274	1,621
Primaria	137	2,672	274
Secundaria	1,418	1,254	2,672
Hidráulico	4,537	3,940	8,477
TOTAL	68,815	90,734	159,549

Nota: La brecha de agua y saneamiento solo considera acceso al servicio, no mejoras en las conexiones ya existentes y tratamientos de aguas residuales. La brecha de educación contempla únicamente incrementos en la cobertura. No toma en consideración adecuación funcional de los colegios, rehabilitación, o reforzamiento antisísmico. Adaptado de Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (2015). I Parte del Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025: “Un Plan para salir de la pobreza”. (http://www.lampadia.com/assets/uploads_documentos/02ffe-afin-estudio-plan-nacional-de-infraestructura-2016-2025-documento-politica-de-financiamiento.pdf)

3.2.2 Condiciones de la demanda

En el país existe una población preescolar (niños y niñas menores a cinco años) de 2'845,000 millones de niños, lo cual representa el 9% del total de la población y se estima que, en el 2025, serán 2'731,000 millones, lo que representaría el 7.9% del total de la población ese año. Los cuidados de los niños en edad preescolar en materia de nutrición es un asunto de interés mundial dado que lo que se haga bien o mal en esta etapa de su vida repercute en su adultez, sobre todo, en cuanto a productividad. La situación de la población en pobreza y extrema pobreza alcanza al 24% de la población, lo que promueve que las prioridades se orienten hacia la supervivencia, más que a una adecuada calidad de alimentación o nutrición.

3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas

En el Perú, el sistema de salud está bajo la tutela del Ministerio de Salud, que pertenece al poder ejecutivo, el cual establece la dirección y gestión de los servicios que le competen según la Constitución (Congreso de la República, 1993). Por otro lado, se encuentra el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, cuyo objetivo principal es “mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza” (MIDIS, 2017), es así que la mejora de la nutrición y asistencia médica básica se encuentra bajo estos dos organismos del Estado, los cuales tienen igual rango dentro del poder ejecutivo. En el mismo sentido, se tiene a los Gobiernos Regionales, los cuales “fomentan los servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y locales de desarrollo” (Congreso de la República, 1993, página 46). De esta forma, toda iniciativa sobre la salud pública pasa por estar alineada a lo establecido por el Ministerio de Salud, y el acceso a los programas sociales para el caso de las poblaciones vulnerables por el MIDIS; de esta forma, cualquier programa o iniciativa de parte de la ONU, FAO, UNICEF y OMS sobre dichos

temas son abordados por ambas dependencias e integradas a sus planes, siendo los Gobiernos Regionales y Locales con los respectivos ministerios los ejecutores de dichos planes.

3.2.4 Sectores relacionados y de apoyo

El Perú, como país miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cuenta con organismos de apoyo técnico especializado y programas de alimentos. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] apoya al país en la “erradicación del hambre y la malnutrición a través de la promoción de alimentos inocuos y nutritivos” (FAO, 2017); asimismo, otro organismo de apoyo es el Programa Mundial de Alimentos (PMA), encargado de proveer alimentos a las víctimas de desastres naturales, de las guerras o conflictos civiles, brindando alimentos hasta que las comunidades reconstruyan sus vidas y se vuelvan autosuficientes (PMA, 2017).

Por su parte, el Estado cuenta con el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), organismo del MINSA que se encarga de “programar, ejecutar y evaluar las investigaciones y el desarrollo de tecnologías apropiadas en el ámbito de la alimentación y nutrición humana. Conduce el sistema de vigilancia nutricional, y es responsable de realizar el control de calidad de los alimentos.” (Instituto Nacional de Salud, 2017). Así también, el Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI), a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), provee información estadística sobre “la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres, niños menores de cinco años y personas de 15 y más años de edad residentes en el territorio nacional” (INEI, 2017b).

3.2.5 Influencia del análisis en Perú

El análisis competitivo del país ha dejado en evidencia que, según las condiciones de la demanda, hay una gran parte de la población desatendida, siendo estos los que están en situación de pobreza y pobreza extrema, donde urge la atención de los más vulnerables como las madres gestantes y niños. Por el lado de las condiciones de los factores, aún existen

brechas por cubrir, principalmente, lo básico que son la educación y salud para poder ser un país competitivo.

Por el lado de la rivalidad de los competidores, hay dos ministerios que abordan el tema de forma tangencial, lo que hace que los esfuerzos se diluyan, si bien no es una rivalidad propiamente dicha, la falta de liderazgo hace que no se avance mucho en el tema de nutrición infantil.

En cuanto a los sectores relacionados y de apoyo, el país cuenta con instituciones calificadas especializadas en nutrición pero que no se encuentran articuladas hacia un objetivo común, si bien su deber es atender a toda la población se deben establecer prioridades hacia la niñez.

3.3 Análisis del Entorno PESTE

El análisis del entorno o análisis PESTE es lo que D'Alessio (2015) denominó la auditoría externa de la gestión estratégica, el cual nos permitirá, a partir del análisis político, económico, social, tecnológico, y ecológico, encontrar las oportunidades y amenazas claves que debemos enfrentar o aprovechar para tener éxito en la industria. Este análisis permitirá evaluar las capacidades de la organización que le permitirán competir y lograr la visión.

3.3.1 Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)

Dentro del análisis político del país, la estabilidad política juega un papel importante porque puede perjudicar la capacidad de un país para atraer inversores. Es así que el Banco Mundial incluye dentro de los componentes de la misma en la región Sur, terrorismo político, el riesgo de golpe militar, guerra civil, rebeliones, conflictos armados, entre otros. Asimismo, el ente señala que la transparencia que caracteriza a la estabilidad política atrae la inversión y aleja la corrupción (Tomaselli, 2006). En el Perú, con un gobierno elegido democráticamente y con una oposición en el Congreso que tiene mayoría absoluta, se esperaba un dialogo continuo entre ambos poderes que lleve al país hacia el progreso; sin embargo, se ha visto

todo lo contrario, pues a setiembre del 2017, el Gobierno de Pedro Pablo Kuczinsky ha enfrentado la censura de cuatro ministros y un gabinete completo, el cual tuvo que ser sustituido de acuerdo a ley. El mismo Congreso ha presentado acusaciones contra el Fiscal de la Nación y contra los miembros del Tribunal Constitucional, lo que generó cierto clima de inestabilidad a tal punto que el tema de la vacancia presidencial ha sido noticia más de una vez en el transcurso de su gobierno.

Dentro del marco legal, el Perú cuenta con Políticas Alimentarias que garantizan el derecho a la alimentación sana, saludable y suficiente para la población. El artículo 10 de la Ley General de Salud promulgada en el año 1997 indicó que “Toda persona tiene derecho a recibir una alimentación sana y suficiente para cubrir sus necesidades biológicas. La alimentación de las personas es responsabilidad primaria de la familia” (Ley 26842, 1997). También se cuenta con la Ley de Inocuidad de los Alimentos (Decreto Legislativo 1062, 2008), que incluye principios competitividad, responsabilidad social en la industria, principio de colaboración integral, de transparencia y participación, principio de simplicidad y principio de enfoque preventivo para garantizar una alimentación sana y saludable en cada eslabón de la cadena alimentaria. De otro, en el año 2013 el Congreso de la República aprobó la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 30021, 2013), cuyo fin es velar por la seguridad alimentaria de niños y adolescentes en edad escolar para evitar el sobrepeso y las enfermedades crónicas no transmisibles, así como promover la difusión de la educación nutricional en el Perú. Finalmente, el Plan Nacional de Derechos Humanos DD.HH. 2017-2021 (Decreto Supremo 002-2018-JUS, 2018), recientemente aprobado por el Consejo Nacional de Derechos Humanos, obliga al Estado a cumplir con las políticas de Estado señaladas en el Acuerdo Nacional, así como recabar las propuestas y recomendaciones de las organizaciones, entidades públicas y privadas a nivel nacional; y promover la gestión transversal entre sus organismos y la gestión por resultados.

En cuanto a la Política Monetaria, esta se encuentra bajo supervisión del BCR y se ha manejado de manera responsable y ajena a los vaivenes políticos. En noviembre del 2017, el BCR redujo la tasa de interés de 3.5% a 3.25%, debido a que la inflación disminuyó a -0.47% y se colocó dentro del rango meta interanual con 2.94%. El mismo organismo señaló que el crecimiento de la actividad económica se viene recuperando, pero aún debajo de lo esperado a pesar de los niveles inflacionarios (Banco Central de Reserva, 2017).

Respecto a la Política Fiscal, Pedro Luis Rodríguez, economista principal del Banco Mundial señaló “que son espectaculares la sostenibilidad, así como las políticas fiscales y de gestión macroeconómica en el Perú, pues no obstante haber sido afectado por el shock global [debido a la desaceleración económica] es un país muy bien manejado”, quien también indicó que Perú y Chile son las economías mejor manejadas de la región al crear superávit fiscal y recurrir a Política Fiscal contra cíclica para estimular la economía (“Banco Mundial: Política fiscal del Perú”, 2017).

Por otro lado, respecto a la institucionalidad en el Perú, es uno de sus pilares más bajos según el Índice de Competitividad Global 2017-2018 (World Economic Forum, 2017), obteniendo una puntuación de 3.2 sobre 7, lo que lo coloca en el puesto 116 de 137 países en dicho aspecto. Dicho resultado demuestra que existe una gran debilidad institucional lo cual perjudica la productividad del país y por ende su desarrollo económico, lo que impide reducir la brecha de pobreza aún existente y por tanto elevar los ingresos de las familias que les permita acceder a servicios de calidad como una adecuada nutrición, asistencia médica básica y educación. En ese sentido, Cesar Peñaranda, Director Ejecutivo de la Cámara de Comercio de Lima (CCL), indicó que el fortalecimiento de la institucionalidad en el país es un elemento fundamental para llevar al Perú en camino a convertirse en un país de primer mundo, erradicando la pobreza extrema y la pobreza global, permitiendo un desarrollo económico sostenible (Cámara de Comercio de Lima, 2016). Por tanto, elevar la tasa de competitividad

en materia de institucionalidad en el Perú, es uno de los retos del país, puesto que su fortalecimiento generará un entorno favorable para la inversión pública y privada en temas de desarrollo económico y social, tales como la erradicación de la desnutrición en el país.

Por otra parte, otra de las variables que influye en las fuerzas políticas es la relación del Perú con los organismos internacionales tales como el Banco Mundial, con el cual viene trabajando en forma conjunta bajo el marco de la alianza 2017 al 2021 en tres pilares básicos en el país: (a) productividad para el crecimiento, (b) servicios para los ciudadanos en todo el territorio, y (c) gestión de los recursos naturales y los riesgos del cambio climático. Dicha alianza responde al programa propuesto por el Gobierno en el 2016, en donde se prioriza el acceso universal a los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, la atención del Estado enfocado en el ciudadano, promoción de inversiones públicas y privadas, y la formalización de la economía y sistema judicial (Banco Mundial, 2016).

3.3.2 Fuerzas económicas y financieras (E)

La Constitución del Perú de 1993, en el Título III, Capítulo I, señala los lineamientos del régimen económico del país, indicando en su Artículo 58: “La iniciativa privada es libre. Se ejerce en una economía social de mercado. Bajo este régimen, el Estado orienta el desarrollo del país, y actúa principalmente en las áreas de promoción de empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos e infraestructura”, de igual forma el “Estado estimula la creación de riqueza y garantiza la libertad de trabajo y la libertad de empresa, comercio e industria” y “reconoce el pluralismo económico” (Congreso de la República, 1993).

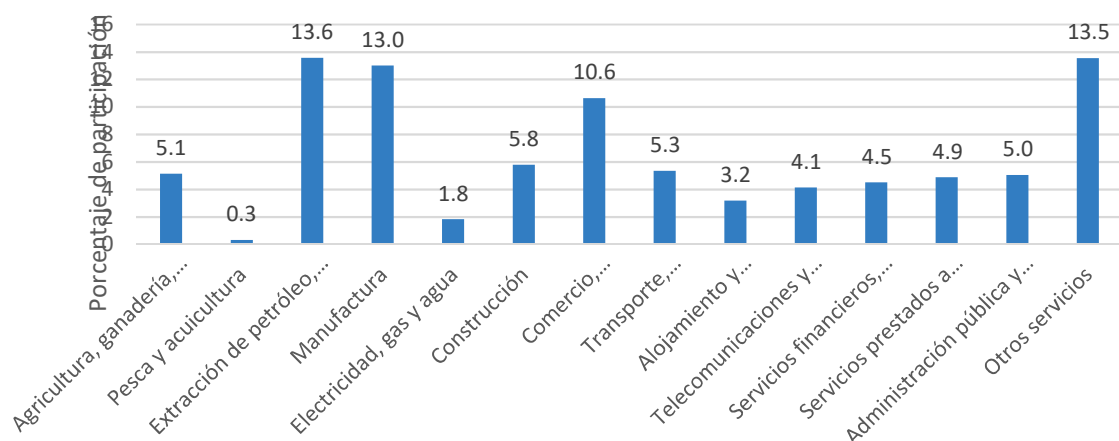


Figura 14. Producto Bruto Interno por Grandes Actividades Económicas 2007-2017. Estructura porcentual del PBI según las grandes actividades económicas. Adaptado de “Producto Bruto Interno Trimestral según Actividad Económica (Nivel 14) 2007-2017 (Valores a precios constantes de 2007)”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>)

La economía en el Perú se basa en actividades extractivas y de servicios, siendo las principales actividades extractivas la pesca, minería y agricultura; otra actividad importante es el consumo o comercio, como se aprecia en la Figura 14. En el Perú, la Población Económicamente Activa (PEA) alcanzó los 16.9 millones de personas en el año, lo que representa un 53% del total de la población con 74.3% de tasa de actividad (ver Figura 15).

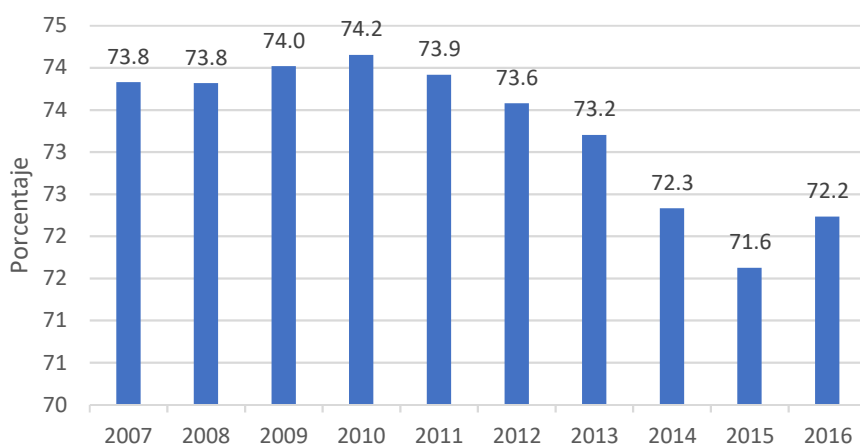


Figura 15. Evolución de la Tasa de actividad de la Población Económicamente Activa. Adaptado “Tasa de actividad según ámbito geográfico, 2007-2016”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

Por otro lado, el ingreso promedio mensual se viene incrementando llegando a 1,370 soles el promedio en el país (ver Figura 16); sin embargo, hay brechas entre las ciudades, siendo el promedio en Lima de 1,940 soles mientras que en Huancavelica es de 733 soles.

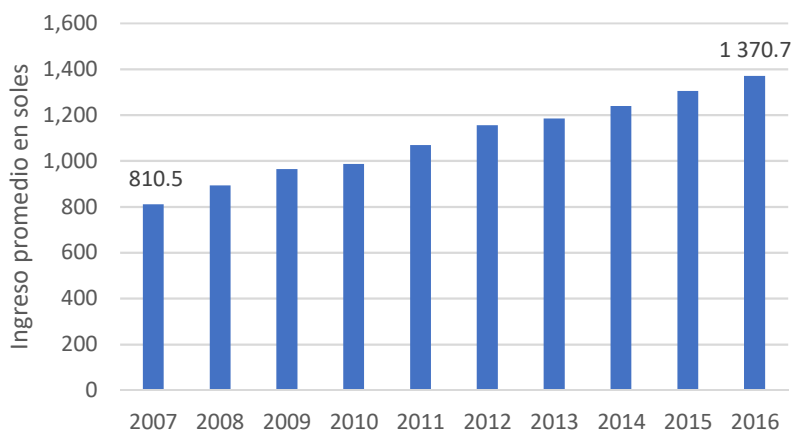


Figura 16. Evolución del ingreso promedio en el país.

Evolución del sueldo promedio en el país en soles. Adaptado “Ingreso promedio mensual proveniente del trabajo según ámbito geográfico”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

En el sector construcción es donde se encuentra el mayor ingreso promedio como se observa en la Figura 17.

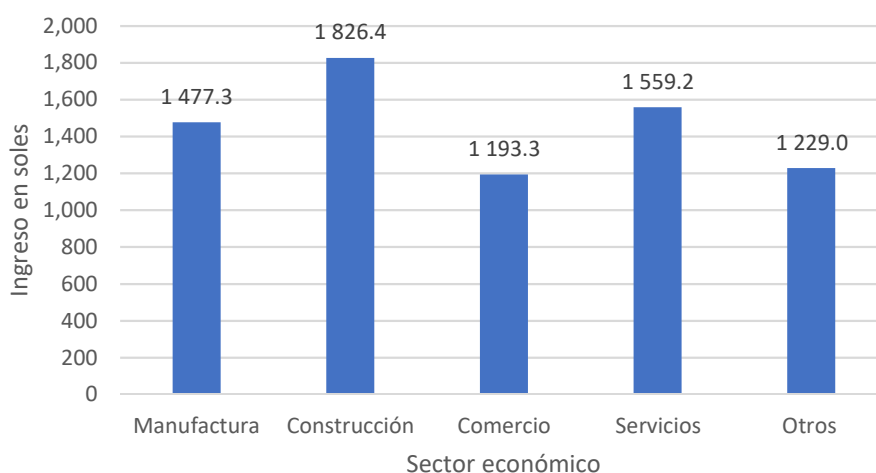


Figura 17. Ingreso promedio según actividad económica.

Ingreso en nuevos soles según actividad. Adaptado de “Ingreso Promedio Mensual Proveniente del Trabajo de la Población Ocupada Urbana Según Ramas de Actividad 2009-2016”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

El 56% de la PEA son hombres, y el 76% del total de la PEA ocupada se encuentra en un rango de edad de 25 a 64 años como se muestra en la Figura 18.

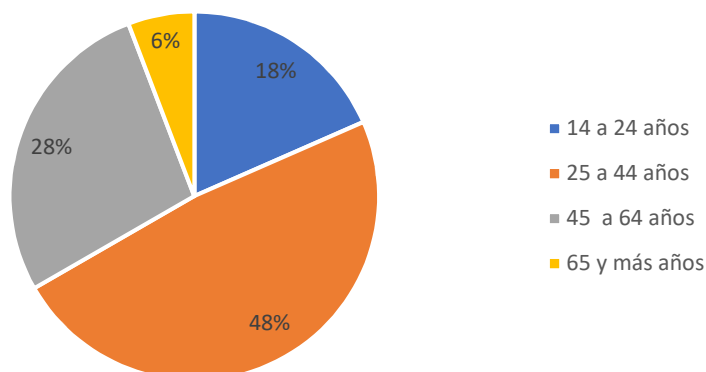


Figura 18. Composición de la Población Económicamente Activa Ocupada según rango de edad.

Adaptado “Población Económicamente Activa Ocupada, Según Principales Características, 2007-2016”, INEI
(<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

El 68% de la PEA no tiene educación técnica o superior, como se muestra en la Figura 19, y esto incide en la productividad del país.

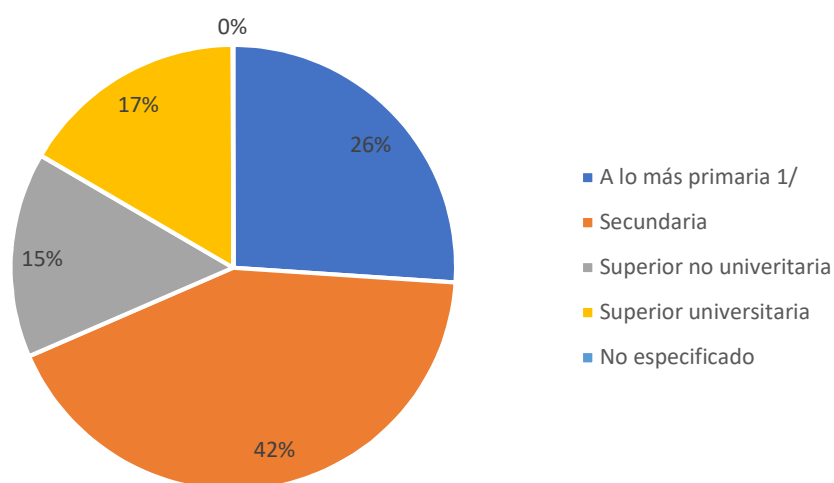


Figura 19. Nivel de educación de la Población Económicamente Ocupada (2016).

Adaptado “Población Económicamente Activa Ocupada, Según Nivel Educativo, y Ámbito Geográfico, 2007-2016”, INEI
(<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

El 71% trabaja en pequeñas o medianas empresas de menos de 10 trabajadores como se muestra en la Figura 20.

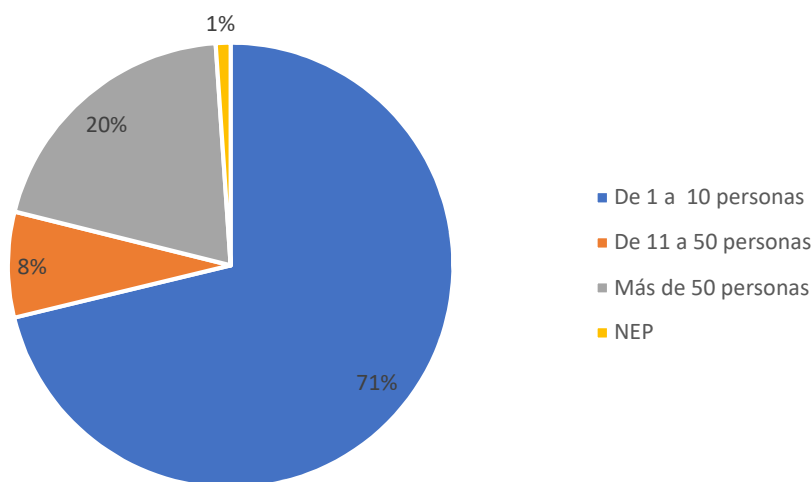


Figura 20. Población económicamente Activa Ocupada según tamaño de la empresa. Adaptado “Población económicamente Activa Ocupada, según tamaño de empresa y ámbito geográfico, 2007 – 2016”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

La principal actividad de la PEA es extractiva como la pesca, agricultura o minería con 27% de participación y otros servicios con 31%, como se muestra en la Figura 21.

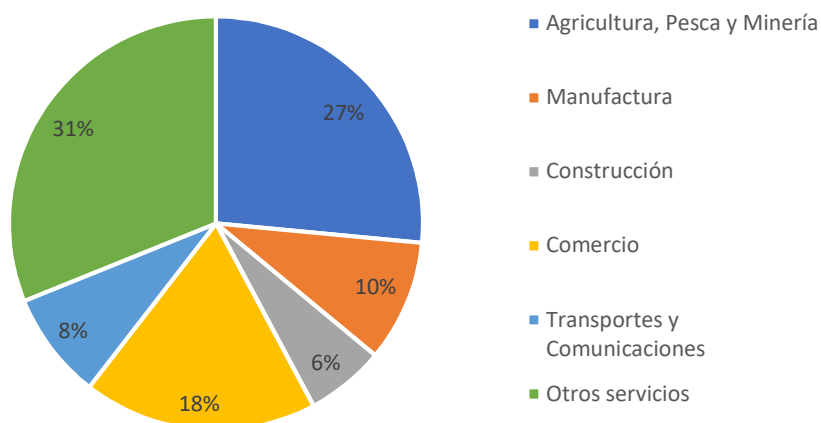


Figura 21. Principales actividades de la Población Económicamente Activa Ocupada. Adaptado de “Población Económicamente Activa Ocupada, según Ramas de Actividad y Ámbito Geográfico, 2009 – 2016”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

El 36% del PEA ocupada es trabajador independiente, tal como se muestra en la Figura 22.

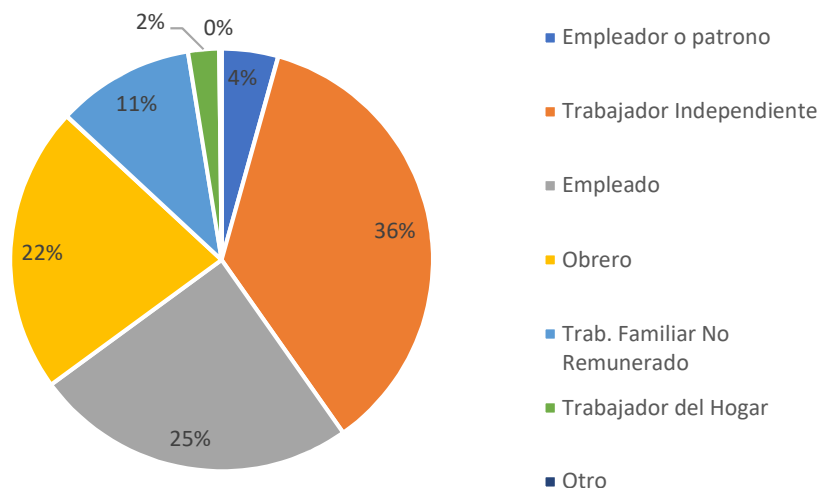


Figura 22. Población Económicamente Activa Ocupada según Categoría de Ocupación (2016).

Adaptado de “Población Económicamente Activa Ocupada, Según Principales Características, 2007-2016”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>)

3.3.3 Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)

Las fuerzas sociales que influyen en el sector pueden ser estudiadas de acuerdo con los factores de pobreza y el desempleo. En relación a la pobreza, los niños son los más vulnerables y afectados y, en consecuencia, su derecho a la vida, crecimiento y desarrollo se ven amenazados. Esto condiciona todos los aspectos de su vida, desde la nutrición hasta el acceso a recursos como el agua potable y saneamiento de manera adecuada. Asimismo, la pobreza es la principal causa subyacente de millones de muertes en los niños en el mundo, así como la desnutrición, inasistencia a las escuelas y que sean víctimas de abuso y explotación (UNICEF, 2001).

En el Perú, en el año 2016, el 20.7% de la población, es decir 6 millones 518 mil personas, se encontraban en situación de pobreza y el 3.8% en situación de pobreza extrema (ver Figura 23), representando el 1.1% la disminución en pobreza respecto al 2015. Además,

se sabe que en los últimos 5 años (2012-2016), 1 millón 773 mil personas dejaron la condición de pobreza al disminuir en 7,1 puntos porcentuales. Asimismo, la pobreza en el área rural alcanzó al 43,8% de la población (1,4% menos con respecto al año 2015), y la pobreza en el área urbana impactó al 13,9% de la población (0,6% menos en comparación con el año 2015).

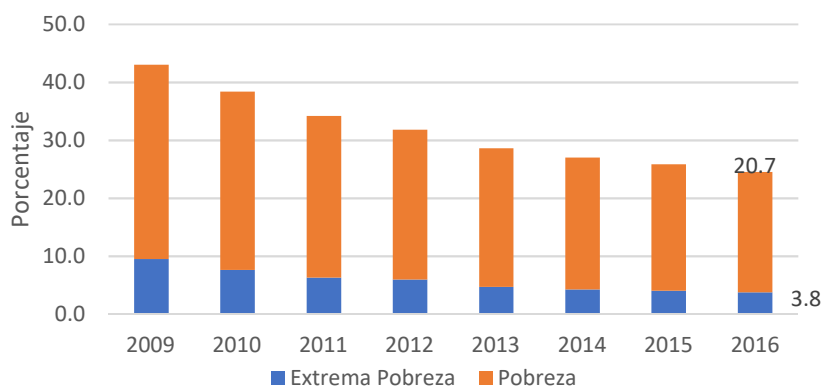


Figura 23. Evolución de la pobreza y pobreza extrema.

Adaptado “Población en situación de pobreza, según ámbitos geográficos”, INEI (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>)

Considerándose por grupos de edad entre 0 a 4 años, la pobreza está en 29.2%, siendo el tercer grupo el que tiene la mayor incidencia de pobreza tal, como se muestra en la Figura 24, y el primero respecto de los que se encuentran en zona rural con 55.2%, como se observa en la Figura 25.

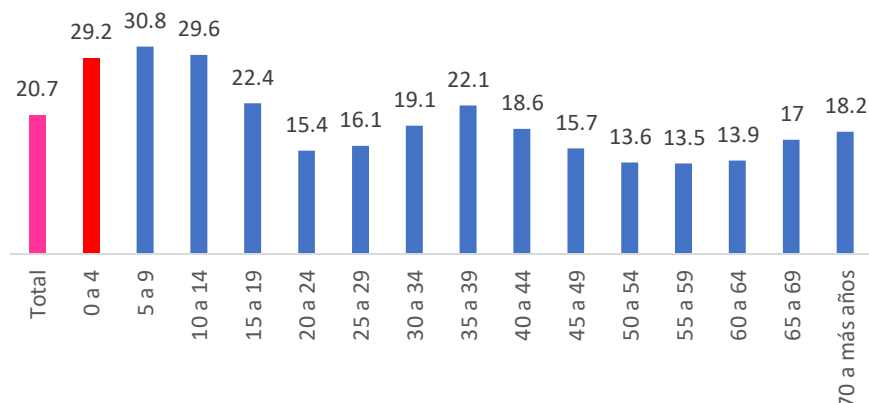


Figura 24. Perú: Incidencia de la pobreza por grupo de edad, 2016.

Adaptado de “Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016”, INEI, 2017, p.58.

(https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1425/index.html)

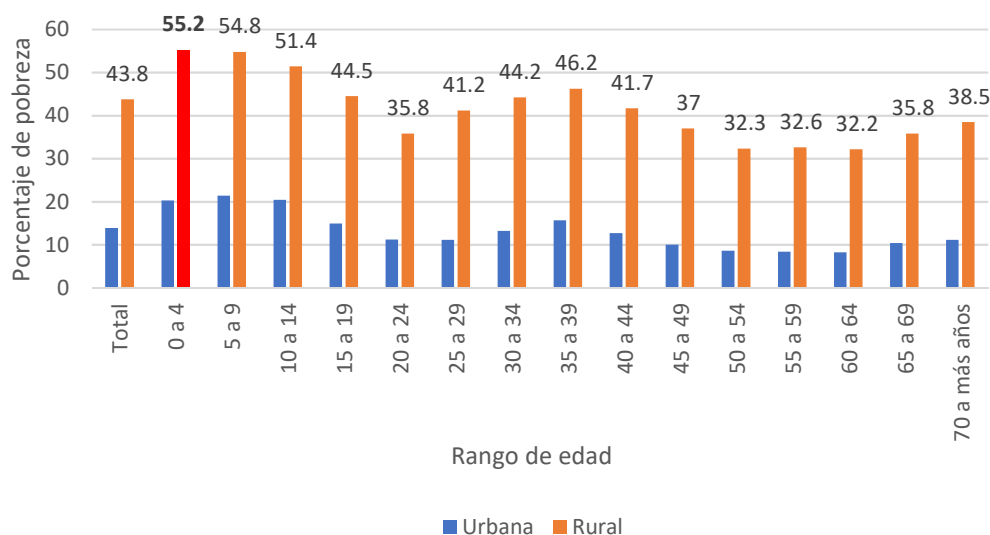


Figura 25. Perú: Incidencia de la pobreza por grupo de edad, según área de residencia, 2016. Adaptado de “Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016”, INEI, 2017, p.59. (https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1425/index.html)

En referencia al desempleo en el Perú, 420 mil jóvenes (entre 15 y 29 años) se encuentran desempleados en el 2017, es decir, el 8.4% de la Población Económicamente Activa (PEA). Es importante notar que esta es la tasa registrada de desempleo más alta de los últimos 10 años. Por otro lado, en el 2017, la tasa de informalidad laboral, que es el 72% de la PEA, representa una amenaza pues, por cada joven de la PEA con empleo formal, se tienen 3.5 jóvenes con empleo informal. Finalmente, al interior del Perú, se sabe que la actividad agrícola es la principal fuente de empleo, sin embargo, esta presenta una mayor tasa de informalidad del resto de actividades laborales a nivel nacional (“En el Perú existen casi medio millón”, 2017).

Por otro lado, con relación al aspecto cultural, una de las variables que más influye en la nutrición en el país es el estilo de vida de la población, enfocándose en los hábitos alimenticios. Según el MINSA (s.f a) y la OPS (2009), los hábitos alimenticios son fundamentales para impulsar las iniciativas de nutrición a cualquier edad, especialmente en menores de 5 años, pues son vitales para su desarrollo global. En el Perú, dichos hábitos se

muestran muy marcados de acuerdo a la ubicación de la población, pudiendo ser en la Costa, Sierra o Selva. Por ejemplo, el Perú está posicionado como el país más arrocero de la región debido a que su consumo es de 54 kg per cápita (Alfonso, 2017); sin embargo, Salvá (2015) indicó que no existe una cultura alimentaria en los hogares por falta de educación, existiendo una tendencia a abusar del consumo de arroz y papa, sobre todo, en la Costa. Respecto a la Sierra, Collazos et al. (1960) indicaron que la ganadería atiende muchas de las necesidades nutricionales y que el consumo de carne vacuna forma parte de los hábitos alimenticios en dicha región, además, de los productos agropecuarios conocidos como la papa, yuca, maíz, entre otros. Finalmente, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (s.f.) señaló que los hábitos alimenticios de la región amazónica son muy marcados en cuanto a frutas (alrededor de 162 especies de frutas son consumidas regularmente por los pobladores), pescados (que aportan la mayor cantidad de proteínas) y carne del monte. Los pobladores de la selva no consumen alimentación basada en ganadería de manera intensiva y buena parte del origen de sus hábitos alimenticios son culturales, heredados de sociedades indígenas.

Asimismo, otra de las variables a tener en consideración es la higiene, debido a que repercute de manera directa en la salud, por lo que se deben tener comportamientos adecuados no solo con el fin de tener bienestar y calidad de vida, sino también porque protege a la población de enfermedades infecciosas, mejorando el estado nutricional de los niños y en, consecuencia, aumentando su capacidad de aprendizaje. En ese sentido, si bien cada región del Perú presenta retos distintos para abordar temas salubres y de higiene, existen componentes comunes que la afectan y están relacionados con la carencia del agua potable y saneamiento básico en las viviendas, conducta inadecuadas de higiene, uso de plaguicidas, uso de sustancias químicas, contaminación de alimentos, manejo inadecuado de residuos sólidos, y contaminación del aire (MINSA, s.f.b). Los estudios abordados por el Ministerio de

Salud señalan que el estado de pobreza agrava mucho la situación de higiene de la sociedad e impacta en la calidad de vida y desarrollo integral de la población (ver Figura 26).

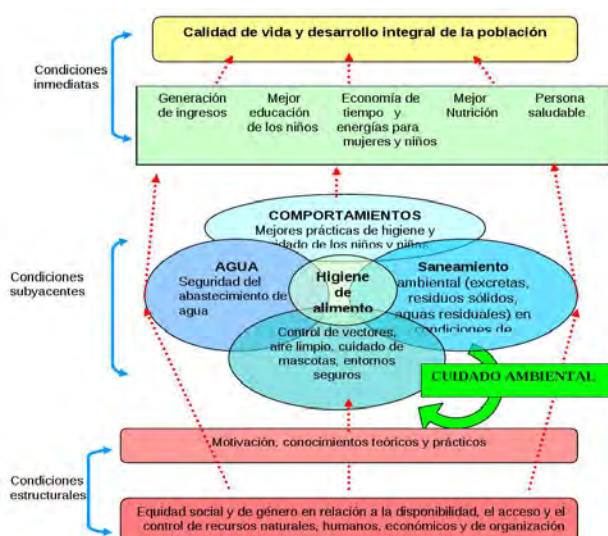


Figura 26. Condiciones determinantes para higiene y ambiente saludable.

Tomado de "Documento Técnico: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú: acciones a desarrollar en el eje temático de higiene y ambiente saludable". MINSA. p. 9. (<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/147.pdf>)

Asimismo, otro factor cultural de importancia es la del manejo de residuos sólidos, donde del 60% a 65% de la población nacional posee cobertura de recolección de residuos y solo el 57,6% de los residuos recolectados en la capital se trasladan a rellenos sanitarios y controlados, a diferencia del resto del país (MINSA, s.f. b), donde los residuos recolectados son arrojados a vertederos, botaderos o ríos, generando contaminación en el ambiente. Dicho efecto, sumado a las características de las viviendas construidas, aumenta el riesgo de que los insectos, roedores, entre otros, transmitan diversas enfermedades que agraven la situación de desnutrición a nivel nacional.

Finalmente, con respecto a las fuerzas demográficas, el Perú tiene un índice de alfabetización de 97.73 %, el cual es importante porque contribuye a mejorar los medios de subsistencia, así como constituye, al mismo tiempo, una fuerza motriz de desarrollo sostenible pues permite a las personas tengan una mayor participación en el mercado laboral; asimismo, permite tener un mayor conocimiento sobre la mejora de la salud y la alimentación

de los niños y de la familia, contribuyendo a la reducción de la pobreza (UNESCO, 2017a). Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil al 2015 es de 17.96/1000 (INEI, 2017a), estando entre las principales causas en los niños menores de 5 años, la neumonía, complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria, según la OMS (2016). Asimismo, se estima que el 45% de las muertes infantiles están relacionadas a problemas de malnutrición.

3.3.4 Fuerzas tecnológicas y científicas (T)

En cuanto al análisis de entorno para las fuerzas tecnológicas y científicas, se tiene que considerar aspectos importantes a nivel nacional e internacional que influyen en el entorno del sector. Dichos puntos ayudan a la creación de oportunidades para cualquier plan estratégico para aprovechar cualquier conjunto de capacidades de una organización. Entre los puntos importantes a nivel nacional, se tiene que el Perú cuenta con el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación para la Competitividad y el Desarrollo Humano (PNCTI), propuesto desde el 2006 y con alcance hasta el 2021. Dicho plan presenta como objetivo principal el asegurar la participación articulada y concertada de diversos actores del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica (SINACYT), cuyos actores son:

- Institutos de Investigación del Estado.
- Organizaciones empresariales.
- Las comunidades.
- La sociedad civil.

Además, el PNCTI dirige sus esfuerzos a la atención de las demandas tecnológicas para cualquier sector estratégico del Perú, todo con el fin supremo de aumentar el grado de competitividad y mejorar la calidad de vida de la población por medio de un manejo responsable de la tecnología. Asimismo, el Perú cuenta con el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC) para impulsar la generación de conocimientos científicos y la investigación.

Los mecanismos de financiamiento para la investigación, ciencia y tecnología provienen de diferentes fuentes, por ejemplo, el país tiene el Programa de Ciencia y Tecnología (FINCYT) gracias al financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); adicionalmente, el Ministerio de Economía y Finanzas posee una política de inversión pública para las áreas de ciencia, tecnología e innovación que está en marcha desde 2013 hasta el 2020. Asimismo, el 20% del canon es destinado para que las universidades inviertan en investigación y tecnología para cada región del Perú, según la ley 28077, además, existen iniciativas del sector privado para promover el desarrollo y modernización de la industria por medio de la Sociedad Nacional de Industrias (SNI), que busca impulsar la economía de mercado y contribuir al desarrollo del Perú mediante propuestas técnicas sectoriales de carácter económico, tributario, laboral, entre otros. Finalmente, en el 2016, el país invirtió cerca del 0.82% de su PBI hacia temas de mejora en ciencia, investigación y tecnología (el promedio en la región de América Latina es alrededor de 1.75%).

Por otro lado, el Perú tiene puntos importantes a nivel de organizaciones y tendencias internacionales que influyen también en el sector. La tendencia más importante es el auge en el uso del internet, el cual ha generado la instalación de la red troncal de fibra óptica a lo largo del Perú y, por tanto, obtener una importante ventaja competitiva que el País puede aprovechar. Otra tendencia importante es la adopción casi masiva de teléfonos inteligentes con conexión a internet, lo que hace posible que las comunicaciones remotas sean aplicadas no solo al día a día de las personas, sino también que las organizaciones aprovechen este avance importante.

Finalmente, entre las organizaciones internacionales con las que el Perú tiene relación están: El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el apoyo y fomento de temas de ciencia y tecnología; suscripción al Informe Global de Tecnología de la Información en donde resalta que al 2016 el país se encuentra fuera de los 139 primeros países; suscripción al

World Economic Forum (WEF) para estar presentes en el Índice Global de Competitividad, en donde, de acuerdo con el reporte del 2016-2017, el Perú se encuentra en el lugar 67.

Asimismo, desde el 2009, el Perú se encuentra suscrito al Sistema Internacional de Patentes (PCT) de la Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI) y, desde el 2014, el Perú aborda las iniciativas de desarrollo para la calidad de vida de acuerdo con los lineamientos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

3.3.5 Fuerzas ecológicas y ambientales (E)

El Perú, por su diversidad geográfica posee variedad de ecosistemas que se pueden ver afectados por el cambio climático. Los glaciares peruanos han empezado a retroceder ante el calentamiento global, lo que supondría una futura escasez de agua para la costa del país.

Jon Bickel, representante de la Fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico Swisscontact, señaló que “los glaciares tropicales que hoy todavía abundan en Perú podrían desaparecer por completo y crear escasez en toda la costa” (“¿Cómo afecta el cambio climático en el Perú?”, 2016), puesto que, en verano, al derretirse, llenan las lagunas que sirven para abastecer los reservorios que se usan para el consumo de agua potable, cuyo ciclo se interrumpiría si desaparecen los nevados.

Otro tema ambiental importante es la selva peruana, que ocupa el 60% del territorio nacional y se ve afectado por la minería ilegal y por la deforestación. La actividad minera ilegal está dejando una huella de devastación en las zonas de extracción con la contaminación de aguas y suelos. Así también, la contaminación de las aguas por desechos producidos por el hombre, como la basura en los océanos y ríos, muestra cómo se afectan las zonas por el cambio climático, tal como se observa en la Figura 27.

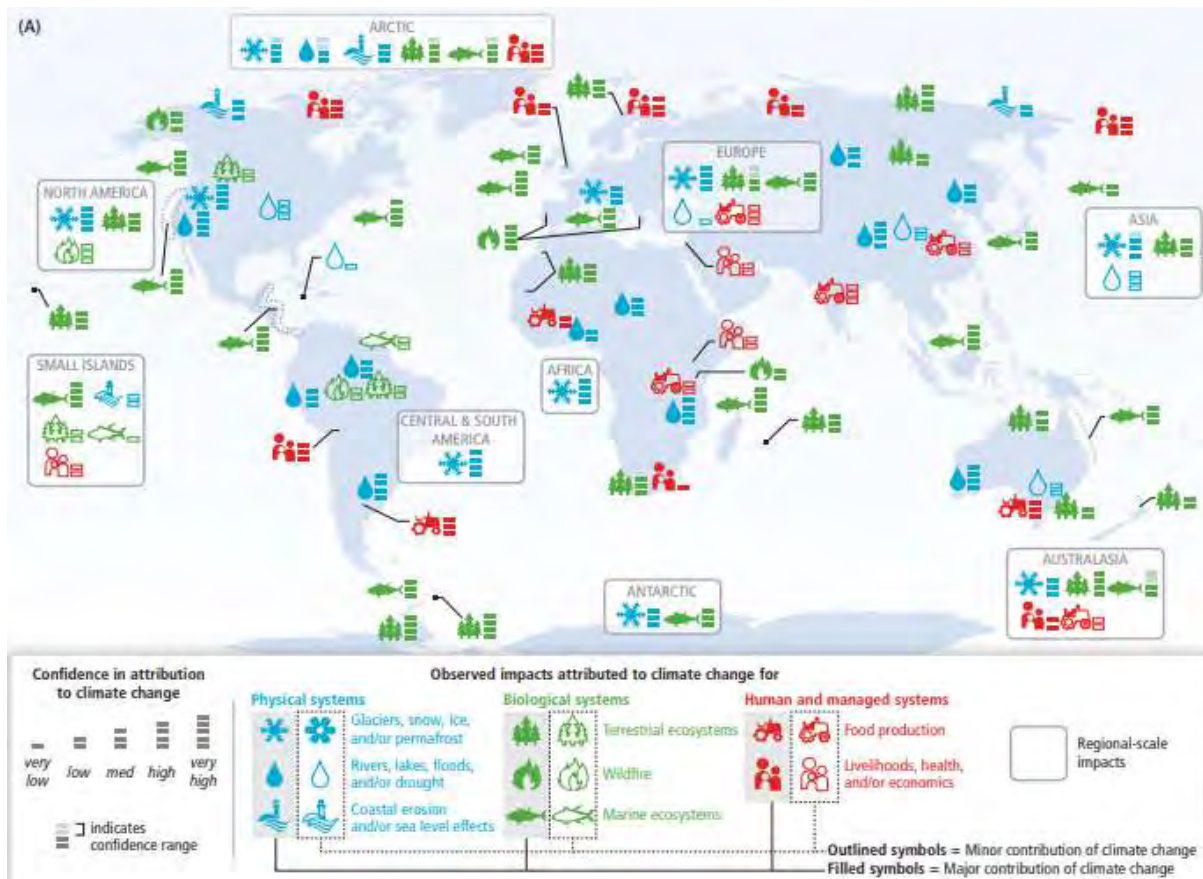


Figura 27. Impacto del cambio climático en el mundo.

Tomado de “Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects”, Intergovernmental Panel on Climate Change, 2014, p. 7.

(http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/WGIIAR5-PartA_FINAL.pdf)

3.4 Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)

La evaluación de factores externos que se encuentran sustentados en el análisis político, económico, social, tecnológico y ecológico (PESTE) sirven como insumos para elaborar la Matriz de evaluación de factores externos (MEFE), donde colocamos las oportunidades y amenazas que se presentan en el entorno producto del análisis anterior y les damos un valor específico para luego ponderarlos en orden de su importancia. De esta forma, determinaremos las capacidades que necesita la organización para aprovechar las oportunidades y para evitar o minimizar los posibles efectos de las amenazas. La lista de oportunidades y amenazas se puede apreciar en la Tabla 16, así como el peso y la ponderación que se le dio a cada uno de estos factores.

Tabla 16

Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades			
1. Buen manejo macroeconómico y fiscal.	0.06	2	0.12
2. Ingreso Promedio per capita en aumento.	0.04	1	0.04
3. Alianza del Gobierno con el Banco Mundial.	0.07	3	0.21
4. Programas de protección y aseguramiento de la sostenibilidad de los recursos naturales.	0.05	1	0.05
5. Interés del gobierno por mejorar la prestación de salud, nutrición y agua y saneamiento.	0.09	3	0.26
6. Nuevas Técnicas de prevención de anemia.	0.07	2	0.14
7. Existencia de Red Dorsal Nacional de Fibra Óptica.	0.05	1	0.05
8. Corredores Económicos/Logísticos establecidos entre regiones.	0.06	3	0.18
9. Ley del Canon que establece que el 20% se destine a Investigación y Desarrollo.	0.04	1	0.04
10. Variedad de recursos agrícolas y pesqueros.	0.09	2	0.18
Subtotal	0.61		1.27
Amenazas			
1. Calentamiento global.	0.05	1	0.05
2. Contaminación del agua.	0.07	3	0.21
3. Inestabilidad política.	0.04	3	0.13
4. Malos hábitos culturales en alimentación, higiene y salubridad.	0.07	3	0.21
5. Débil institucionalidad.	0.08	2	0.16
6. Pobreza y extrema pobreza.	0.07	3	0.21
Subtotal	0.39		0.97
Total	1.00		2.25

Nota. Valor: 4 Responde muy bien, 3 responde bien, 2 responde promedio y 1 responde mal.

Luego del análisis de las oportunidades y amenazas, encontramos que la organización debe tener las capacidades para poder aprovechar el buen momento macro económico que vive el país, así como el interés del gobierno de proveer agua y saneamiento para todo el Perú, así también, las capacidades necesarias para minimizar la gran amenaza que significa la presencia de la pobreza extrema en el país como causa principal de la desnutrición, así como los malos hábitos alimenticios y de higiene, la corrupción y la contaminación del agua.

3.5 Perú y sus Competidores

El análisis competitivo del sector de Nutrición y Asistencia Médica Básica se hace a través del modelo de las cinco fuerzas de Porter, el cual nos permitirá identificar la intensidad

de la rivalidad de la industria, así como las condiciones competitivas actuales, lo que permitirá evaluar la situación estratégica para el posible ingreso de una organización que se encargue de esta problemática.

3.5.1 Poder de negociación de los proveedores

Respecto a los proveedores, se considera a los principales organismos nacionales o internacionales que proveen información, investigaciones y procesos establecidos en el mundo que atañen a la problemática actual, estando entre los principales proveedores nacionales el INEI, que provee datos estadísticos de la población y está encargado de medir los avances que se realizan para alcanzar los objetivos del milenio establecidos por la ONU mediante el uso de encuestas demográficas de salud. El INEI está adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros y sus procesos ya están pre-establecidos, por lo que la atención a cualquier requerimiento está sujeto a su calendario en particular. Asimismo, el Ministerio de Educación (MINEDU) y los Gobiernos Regionales son proveedores de infraestructura de los programas sociales del MIDIS, funcionado como red de distribución de dichos programas.

Dentro de los proveedores internacionales está la UNICEF, que provee de logística de ayuda en cuanto a procesos de éxito que se siguen en otras partes del mundo y que pueden ser replicables en el Perú; de igual forma, se tiene a la OMS y la FAO, organismos que se dedican a investigar sobre la problemática materia del presente plan y que actúan de manera independiente, con libertad de apoyar requerimientos específicos del Estado Peruano, y cuyos resultados sirven principalmente el MINSA y el MINAGRI para elaborar sus estrategias en base a los casos de éxito.

3.5.2 Poder de negociación de los compradores

Para efectos del análisis, el comprador es el niño menor de cinco años, la madre gestante y, sobre todo, el Estado peruano, todos en su conjunto, demandan una población infantil libre de la desnutrición y anemia, y madres gestantes con acceso a los servicios de

salud. El poder que tienen es poco debido a que la necesidad radica, normalmente, en los que padecen de pobreza o extrema pobreza. Sin embargo, desde la perspectiva del Estado como cliente, el poder es muy grande, puesto que el desarrollo de la estrategia dependerá de que el mismo se encuentre satisfecho con el producto para poder seguir asignándole el presupuesto necesario.

3.5.3 Amenaza de los sustitutos

En cuanto a los sustitutos en el caso de la Nutrición y Necesidades Médicas Básicas, los posibles competidores son el Ministerio de Educación (MINEDU), que verá que atender estas necesidades para resolver los problemas de concentración y bajo nivel cognitivo de los escolares como producto de la desnutrición y anemia en la niñez; el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), que también tiene interés en resolver los problemas de productividad de la población debido a que la anemia y la desnutrición en la infancia afecta la misma directamente en la adultez; y, por último, otro posible sustituto es cualquier partido político que esté en el gobierno, puesto que podría cambiar las prioridades de la población así como las políticas de Estado.

3.5.4 Amenaza de los entrantes

La amenaza de nuevos competidores encuentra varias barreras naturales del orden legal, como lo dictado por la constitución, o leyes ya emitidas en materia de nutrición y asistencia médica básica, leyes supranacionales dictadas por organismos internacionales en los que el Perú participa como miembro activo, o lo señalado en el Acuerdo Nacional, que prioriza, entre otras políticas, la seguridad alimentaria de la población, otra barrera es el presupuesto que se pueda asignar.

3.5.5 Rivalidad de los competidores

Los competidores en la industria son el MIDIS, MINSA, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y el MINAGRI, debido a que cada uno de ellos aborda el

problema desde su propia perspectiva. Respecto al MINSA, este promueve la alimentación y nutrición saludable de la persona, considerando los Lineamientos de la Política de Promoción de la Salud (MINSA, 2015a), donde, a través de sus establecimientos de salud, llegan a atender a la mayor parte del país, siendo una gran red de distribución de su sector. En relación al MIDIS, dentro de sus funciones se encuentra el alcanzar que los hogares en situación vulnerable o de pobreza extrema accedan a los servicios públicos universales, es así que dentro de su modelo de inclusión social está la generación de oportunidades mediante dos pilares: la salud básica y nutrición, disminuyendo la desnutrición crónica en menores de 5 años, y la educación básica disminuyendo la inasistencia de niños entre 3 a 5 años de edad a Educación Básica Regular. Finalmente, el MIMP tiene a su cargo la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes, la cual tiene la misión de contribuir con el bienestar y desarrollo integral de los niños y niñas. Es importante mencionar que todos los ministerios mencionados en este punto cuentan con el recurso financiero para desarrollar sus estrategias y alcanzar sus objetivos, siendo el MINSA el que cuenta con el mayor presupuesto entre los competidores, alcanzando una cifra de 16,027 millones de soles para el 2018, implicando un crecimiento del 16% en relación al 2017 (“Presupuesto 2018”, 2017).

3.6 El Perú y sus Referentes

Existen varios referentes a nivel mundial como tópico para este análisis. Se escogieron tres organizaciones a nivel mundial, distintas entre sí, pero que enfrentan el mismo problema desde distintas perspectivas, estas son la Global Alliance for Improved Nutrition, ONG que, mediante la ayuda de capital público privado, tiene gran influencia en la zona de Asia y África; el Departamento de Salud y Servicios humanos de los Estados Unidos de Norte América, un organismo público que vela por la salud y nutrición de la población estadounidense; y la UNICEF, organismo de la ONU que vela por la infancia en el mundo.

Global Alliance for Improved Nutrition. Organismo lanzado en la ONU el año 2002 cuyo objetivo es enfrentar el sufrimiento humano causado por la desnutrición. Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) es una fundación mundial con sede en Suiza que moviliza asociaciones público-privadas y proporciona apoyo financiero y técnico para entregar alimentos nutritivos a las personas con mayor riesgo de desnutrición. Sus programas en África y Asia permiten mejores dietas a través de productos nutricionales, como alimentos básicos enriquecidos como aceite de cocina, harina, y condimentos como sal y salsa de soja. Así también, apoyan una mejor salud materna e infantil promoviendo la lactancia materna y productos especializados para bebés de más de seis meses y niños pequeños. Además, se asocian con empresas locales para mejorar la calidad de los alimentos a lo largo de las cadenas de valor agrícolas. Al construir alianzas que producen impacto a escala, creen que la malnutrición puede eliminarse (GAIN, 2017). Dentro de sus principales fortalezas se encuentra el monitoreo de sus programas asistenciales de entrega de alimentos fortificados, lo que le permite medir el impacto de sus acciones.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de Norte América. Este es un organismo público de Estados Unidos, cuya misión es promover y proteger la salud y el bienestar de todos los estadounidenses, brindando servicios efectivos de salud, medicina, salud pública, y servicios sociales (Health & Human Services, 2017). Su principal fortaleza es la constante innovación e investigación que promueve, así como la red de establecimientos que llegan a todos los ciudadanos.

UNICEF. Fue creada en diciembre de 1946 con la primera finalidad de prestar socorro a los niños de Europa luego de la segunda guerra mundial, para, seguidamente, en 1953 convertirse en un organismo permanente de la ONU. Para la UNICEF todos los niños tienen derecho a sobrevivir, prosperar y lograr todo su potencial, en beneficio de un mundo mejor. Para ello, UNICEF trabaja en 190 países y establece un equilibrio entre la

investigación exhaustiva y las soluciones prácticas en beneficio de los niños (UNICEF, 2017). De toda esta amplia experiencia, los factores críticos claves del éxito de esta organización son la investigación e innovación, su vasto recurso logístico, y la información de la población que atiende.

3.7 Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR)

En la matriz de Perfil Competitivo se presentan los competidores en la industria que toman acción en la Nutrición y Asistencia Médica Básica, señalándose los principales factores claves de éxito distintos a los que desarrollaron en la MEFE, derivados del análisis de las cinco fuerzas de Porter, tal como lo señaló D'Alessio (2015). Dichos factores son producto del *benchmark* de la industria, dado que existen varios organismos públicos atendiendo el mismo tema de la nutrición, lo que ha permitido identificar la posibilidad del ingreso de una nueva organización que lidere el tema. Los resultados de dicha matriz se muestran en la Tabla 17, donde el MINSA presenta el perfil competitivo más alto de las instituciones que se analizaron. Sin embargo, dicha institución, junto a las demás, muestran una evaluación menor a 2.5. Esto explica la falta de liderazgo en el tema de la nutrición y asistencia médica básica en el Perú, los cuales, junto a la falta de articulación de estos organismos, promueven que los resultados de sus acciones no tengan el impacto esperado.

Los factores identificados fueron: (a) canales de distribución, siendo el más importante porque permite que todas las prestaciones tengan cobertura nacional; (b) datos actualizados de la población, debido a que permite establecer las estrategias adecuadas; (c) acceso a recursos financieros, siendo uno de los de menor valor dado que el presupuesto es limitado; (d) innovación e investigación, el cual tiene un alto valor debido a que permite identificar nuevas soluciones a los problemas que se presentan; (e) alianzas estratégicas articuladas, siendo de alta importancia pues permiten crear sinergias entre varias instituciones aprovechando sus fortalezas; y (f) monitoreo de resultados, permite medir el impacto de las

acciones tomadas, sin embargo, es el de menor valor debido a que muchas veces es difícil identificar la consecuencia de cada acción por separado.

Tabla 17

Matriz Perfil Competitivo (MPC)

Regional factores clave de éxito	peso	MIMP		MINSAs		MIDIS		PARTIDOS POLÍTICOS		MINAGRI	
		valor	ponderación	valor	ponderación	valor	ponderación	valor	ponderación	valor	ponderación
Canales de distribución	0.20	1	0.20	3	0.59	3	0.59	1	0.20	1	0.20
Datos actualizados de la población	0.17	2	0.35	2	0.35	2	0.35	1	0.17	2	0.35
Acceso de recursos financieros	0.15	2	0.30	2	0.30	2	0.30	3	0.46	2	0.30
Innovación e Investigación	0.17	2	0.35	2	0.35	1	0.17	2	0.35	3	0.52
Alianzas estratégicas articuladas	0.17	1	0.17	1	0.17	1	0.17	2	0.35	2	0.35
Monitoreo de Resultados	0.13	2	0.26	3	0.39	2	0.26	1	0.13	2	0.26
	1.00		1.63		2.15		1.85		1.65		1.98

Nota. Valor: 4 Fortaleza mayor, 3 Fortaleza menor, 2 Debilidad menor y 1 Debilidad mayor.

Para el caso de la Matriz de Perfil Referencial, ante la ausencia de un organismo único que lidere el tema de la nutrición, se está considerando al MINSAs como organización modelo para efectos de compararla con los referentes mundiales, debido a que obtuvo la mayor puntuación en el MPC. Para esta matriz se tomaron en cuenta los mismos factores claves de éxito que se utilizaron en la matriz de perfil competitivo (MPC), la diferencia radica en que se evaluaron organizaciones referentes a nivel mundial (D'Alessio, 2015) como la ONG Global Alliance for Improved Nutrition y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de Norte América (ver Tabla 18), lo que brinda una idea de la importancia de los canales de distribución en el tema de salud como factor clave de éxito.

Tabla 18

Matriz Perfil Referencial (MPR)

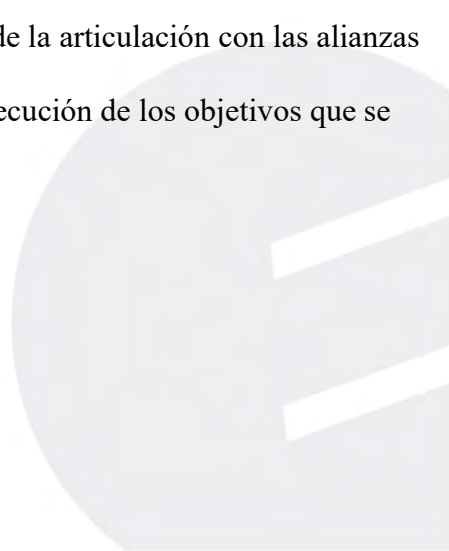
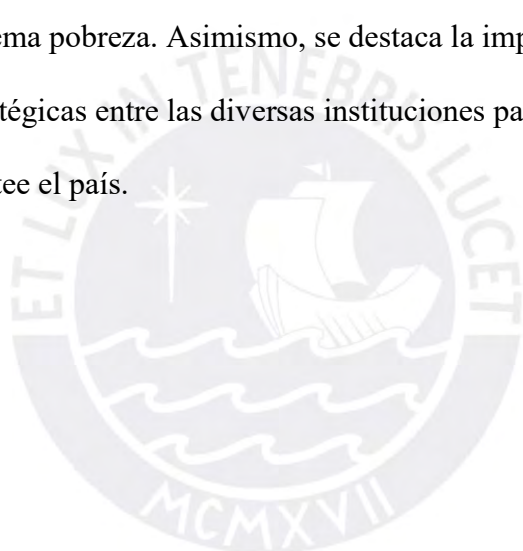
Factores clave de éxito	Peso	MINSAs		Global Alliance for Improved Nutrition		UNICEF		US Department of Health & Human Services	
		valor	ponderación	valor	ponderación	valor	ponderación	valor	ponderación
Canales de distribución	0.20	3	0.587	4	0.783	4	0.783	4	0.783
Datos actualizados de la población	0.17	2	0.348	3	0.522	4	0.696	4	0.696
Acceso de recursos financieros	0.15	2	0.304	4	0.609	4	0.609	3	0.457
Innovación e Investigación	0.17	2	0.348	4	0.696	4	0.696	4	0.696
Alianzas estratégicas articuladas	0.17	1	0.174	4	0.696	3	0.522	4	0.696
Monitoreo de Resultados	0.13	3	0.391	4	0.522	4	0.522	4	0.522
	1.00		2.15		3.83		3.83		3.85

Nota. Valor: 4 Fortaleza mayor, 3 Fortaleza menor, 2 Debilidad menor y 1 Debilidad mayor.

3.8 Conclusiones

El análisis externo ha permitido identificar la preocupación del Estado por el bienestar social considerando un factor clave la lucha contra la desnutrición para lo cual se puede aprovechar los recursos hídricos y alimenticios que ofrece el país gracias a su variada geografía, lo cual se considera como una oportunidad junto con el crecimiento económico del país. Sin embargo, esto se contrasta con los niveles de pobreza y extrema pobreza que aún existen y que se suma a la falta de una educación alimentaria y de higiene.

Por otro lado, se ha identificado que son necesarios los canales de distribución para que cualquier organización que se encargue del tema de la nutrición, funcione adecuadamente y pueda llegar a todas las zonas del país especialmente a las más vulnerables y pobreza y extrema pobreza. Asimismo, se destaca la importancia de la articulación con las alianzas estratégicas entre las diversas instituciones para la consecución de los objetivos que se plantea el país.



Capítulo IV: Evaluación Interna

La evaluación interna nos permitirá hallar estrategias que nos permitan aprovechar las fortalezas de la organización y neutralizar las debilidades. Esto se produce después del análisis de cada una de las áreas funcionales de la organización mediante el análisis AMOFHIT.

4.1 Análisis Interno AMOFHIT

El análisis interno AMOFHIT, según D'Alessio (2015), busca realizar un análisis profundo de la Administración y gerencia en los siguientes tópicos: (A) Marketing y ventas, (M) Operaciones y logística, (O) Finanzas y contabilidad, (F) Recursos humanos, (H) Información y comunicaciones–sistemas, y (I) Tecnología e investigación y desarrollo (T).

4.1.1 Administración y gerencia (A)

El Estado Peruano, en la lucha contra la desnutrición infantil, anemia, EDA y muerte materna, cuenta con políticas en nutrición y seguridad alimentaria, implementadas a través del Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Ministerio de Agricultura (MINAGRI) y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), como se muestra en la Figura 28, así también con la contribución del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Por otro lado, el Perú cuenta, además, con el apoyo de organismos internacionales como la UNICEF, UNESCO, FAO y OMS, a través de sus agencias en el país, las cuales trabajan a favor de la salud y bienestar social de los niños del Perú. Asimismo, se encuentra el Instituto Nacional de Estadísticas (INEI) como organismo dependiente del Consejo de Ministros, brindando apoyo técnico y de información.

El MINSA como organismo del Poder Ejecutivo, “tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad en materia de salud” (MINSA, 2017), además se encuentra a cargo de la implementación del “Plan Sectorial para Contribuir con la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Anemia en Niñas y

Niños menores de 36 meses, 2017-2021”, el cual está alineado con una de sus principales competencias: el aseguramiento de la salud de los peruanos.

Así también, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades está encargado de los temas de EDA; además, tiene como Organismo Público Ejecutor al Instituto Nacional de Salud (INS), el cual, a su vez, trabaja los temas sobre alimentación y nutrición con el órgano en Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) como órgano de línea técnico normativo, encargado del sistema de vigilancia nacional y control de calidad de los alimentos en el Perú. Dentro de las funciones del CENAN se encuentran: formular propuestas de normas técnicas y protocolos que deberán seguir los programas alimentarios nutricionales, seguimiento de la situación alimentario nutricional, realizar investigación en nutrición con la finalidad de mejorar la situación nutricional de la población, certificar y verificar la inocuidad y la calidad de alimentos para el consumo humano, coordinar la adecuada focalización y evaluar el logro de impacto de los Programas de Alimentación Complementaria desarrollados por organismos gubernamentales y no gubernamentales, y participar como ente técnico en la formulación del Plan Nacional de Nutrición (INS, 2017).

El MIDIS, organismo del Poder Ejecutivo, fue creado en el año 2011 con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los peruanos en pobreza, así como coordinar con instituciones públicas y privadas para que los programas sociales consigan sus metas (MIDIS, 2017). Dentro de los programas de apoyo a la nutrición infantil se encuentran: Cuna Más, programa creado en el año 2012, con el objetivo mejorar el desarrollo de salud, nutrición, juego y aprendizaje infantil; y el programa Qali Warma (que en castellano significa “niño vigoroso”), que tiene como finalidad garantizar el servicio alimentario de los niños en edad escolar (durante el nivel inicial, primaria y secundaria). Así también, el MIDIS tiene a cargo

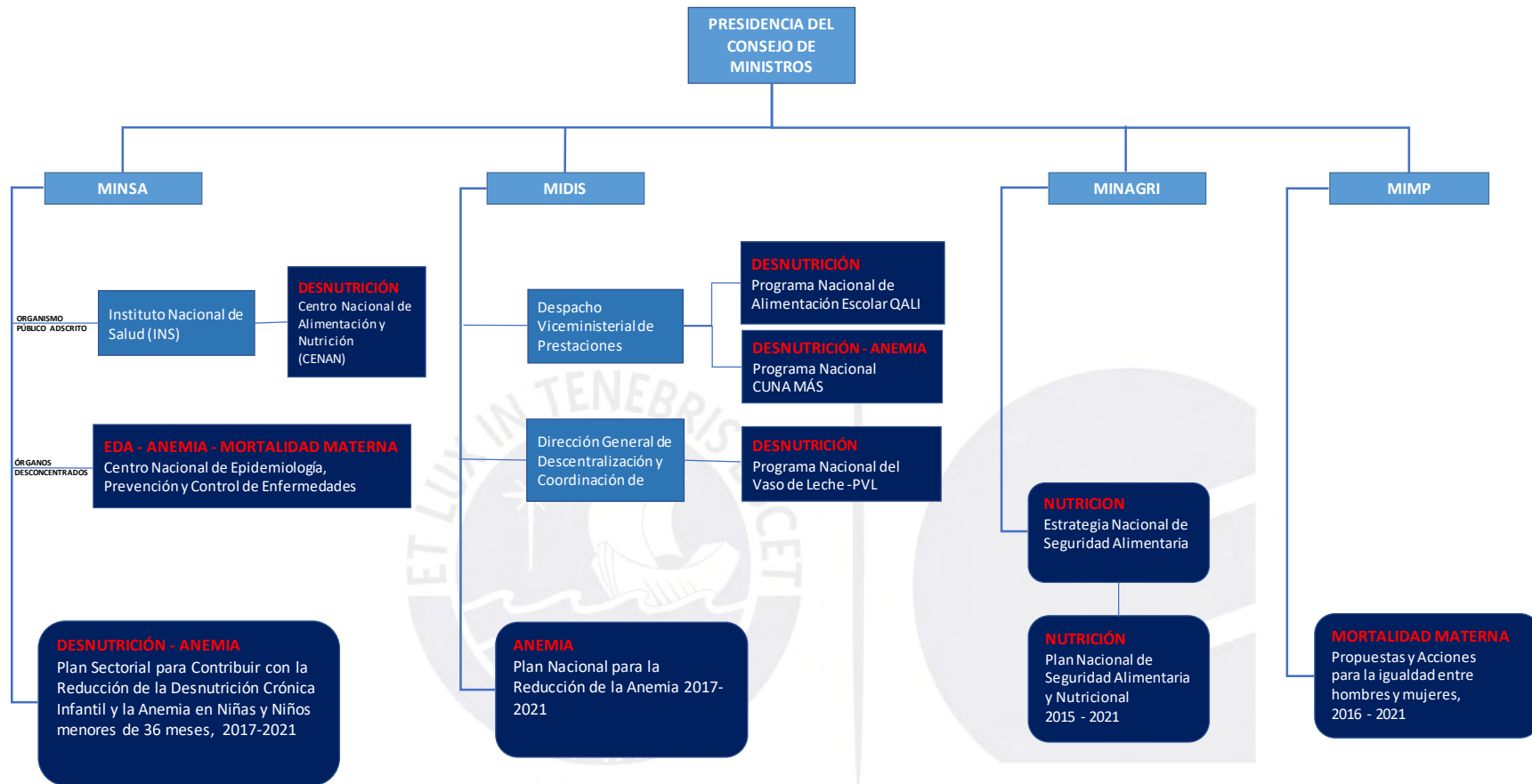


Figura 28. Organización del Estado respecto a la nutrición infantil y mortalidad materna.

Adaptado de “Organigrama Institucional”, MINSA, s.f. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/porta/web/01institucional/organigrama.pdf>, y de “Organigrama del MIDIS”, MIDIS, s.f. Recuperado de <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/noticias-slider/82-transparencia/datos-generales/108-organigrama-del-midis>, y de “Organigrama Estructural del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP”, MIMP, s.f. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/organigrama/organigrama.html> y de “Organigrama”, MINAGRI, s.f. (<http://minagri.gob.pe/porta/nosotros/organizacion/organigrama-minagri>)

el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES), que financia los proyectos de intervención en comunidades rurales focalizadas, ejecutando proyectos bajo el Modelo Núcleo Ejecutivo (técnica denominada Ciclo del Proyecto). Uno de los programas a cargo del MIDIS es el Programa Social del Vaso de Leche, dirigido a niños de 6 a 36 meses, preescolares, madres gestantes y mujeres en lactancia de todas las regiones del Perú.

El MINAGRI preside la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria, implementando el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015 – 2021, alineado a la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2013 – 2021 (MINAGRI, s.f.). Dicho plan busca proveer los recursos alimenticios de origen natural en cantidades suficientes en todo el país, facilitando créditos seguros a agropecuarios y pescadores artesanales, implementando programas que promuevan la agricultura familiar, programas de recursos hídricos y facilitando la tecnología para la agricultura (MINAGRI, 2014).

Los temas de la lucha contra la mortalidad materna están a cargo del MIMP, a través del Plan de Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 basado en la “universalización del SIS para mujeres gestantes y recién nacidos, prevención de embarazo no planificado y mejora de atención prenatal” (MINSA, 2015b), y las Propuestas y Acciones para la Igualdad entre Hombres y Mujeres 2016 – 2021. Así también, el MINSA, a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, muestra la vigilancia epidemiológica, investigando el motivo de muerte y reportando información sobre el avance en la reducción de la mortalidad materna (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2017).

Finalmente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que, a través del Sistema de las Naciones Unidas, opera en el Perú por agencias, fondos y programas de la ONU (ONU, 2017). Dentro de las Agencias ONU en el Perú que colaboran en la lucha por el bienestar social de los niños y madres gestantes del Perú, se encuentran: la UNESCO,

presente en el Perú desde el año 1946, la cual encuentra desarrollando el programa de educación alimentaria con el apoyo de la Oficina Regional de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), indicando que “sin educación alimentaria no habrá erradicación del hambre y la malnutrición” (UNESCO, 2017b); la UNICEF, que trabaja en el Perú en algunas regiones andinas y amazónicas en pro de la equidad y la inclusión social; la Organización Mundial de la Salud (OMS), que opera en el Perú a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo especializado en temas de salud, al que el Perú se encuentra suscrito como país miembro desde el año 1926, coopera técnicamente y moviliza asociaciones para mejorar la salud (OMS y OPS, 2017a). Dentro de los temas con los que colabora se encuentran: la inocuidad alimentaria, mortalidad materna y nutrición (OMS y OPS, 2017b); el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el cual, a través de programas de utilización de alimentos, busca promover que las familias produzcan sus propios alimentos, dentro estos programas se encuentra el de “Alimentos por Trabajo”, que proporciona alimentos a personas con hambre a cambio de la siembra y producción de sus propios alimentos, también el programa “Alimentos por Capacitación”, que se enfoca en conocimientos especializados en áreas como seguridad alimentaria, nutrición, compra de alimentos y logística; finalmente, la agencia del Banco Mundial que ofrece financiamiento al gobierno para el desarrollo de proyectos de desarrollo mediante préstamos tradicionales, créditos sin interés y donaciones, brindando, además, asesoría sobre políticas y asistencia técnica (Banco Mundial, 2017).

4.1.2 Marketing y ventas (M)

Considerando que el producto es mejorar que los niños menores de 5 años estén nutridos y que, junto con las madres gestantes, tengan acceso a la asistencia médica básica, es que se ha definido que el mercado es el total de niños entre 0 y 5 años y las madres gestantes. En el 2016, el número de niños en edad preescolar fue de 2'845,891 y para el 2025 se espera

que sean 2'731,291 (INEI, 2010). Como base de la fuerza productiva del país, los niños menores de 5 años deben ser cuidados contra los principales flagelos que atentan contra su desarrollo físico y cognitivo como son la anemia, la desnutrición crónica infantil y las enfermedades diarreicas agudas.

Para los casos de EDA, en el 2016, el mercado no atendido en los niños menores de 5 años fueron 532,014 lo que es igual a un 18.7% de la población total. Entre todas las regiones, Lima presenta la mayor cantidad de niños con EDA, siendo 119,303 casos que representan casi el 22.4% del total de casos, seguido por Arequipa con 46,494 casos, lo que representa un 8.7% (MINSA, 2016c). Para el caso de la anemia, en el 2016 se reportaron 985,852 niños anémicos (INEI, 2017a), lo que representa el 33.3% del total de la población en edad pre-escolar. En ese sentido, Lima concentra la mayor cantidad de casos con 210,619, lo que representa el 21.36% de los casos presentados, seguido por Puno con 89,912, representando el 9.12 % del total. En lo que respecta a la desnutrición, en el mismo año se reportaron 376,855 niños desnutridos, que representan el 13.1% de la población infantil, siendo Cajamarca la que presenta la mayor cantidad con 39,064 casos (10.37% del total), seguido por Lima con 35,102 casos (9.31% del total).

Según ENDES (INEI, 2017a), en el año 2016 hubieron 384 mil niños menores de 5 años desnutridos, lo que representa un 13.6 % de la población total infantil, en el 2014 representaba 14.6%, lo que implica un leve avance sobre el tema. La mayor cantidad de casos se encuentra en Cajamarca con 39,064, lo que representa 10.37% del total, seguido por Lima con 35,102 casos, que representan un 9.31%.

En cuanto a las madres gestantes, se ha reportado 415 casos de mortalidad materna sobre un total de 573,875 nacimientos en el 2015, lo que representa una tasa de mortalidad de 72.3 por cada 100,000 nacimientos vivos. La mayoría de los casos proviene de la Región de Lima con 58 casos, lo que significa un total de 13.98% del total de casos seguido por Piura

con un total de 41 casos que representan 9.88% del total, mientras que Cajamarca, con 38 casos, representa al 9.16% del total.

4.1.3 Operaciones y logística. Infraestructura (O)

La logística de atención de los programas de alimentación infantil con alcance a nivel nacional, Qali Warma y Cuna Más, se ejecutan con la intervención del Estado, la sociedad civil, sectores público y privado, quienes aportan con infraestructura necesaria para la implementación de los programas en las zonas de enfoque.

En el año 2016, el programa Qali Warma logró repartir 646'133,190 raciones de alimentos en todos los departamentos del Perú, beneficiando a 3'610,993 niños y niñas. Dicha distribución de alimentos se realizó a través de 27 unidades territoriales ubicadas en las principales ciudades del país, mismas que están agrupadas en las siguientes regiones: Región 1 (Costa Norte), Región 2 (Sierra Norte), Región 3 (Amazonía Alta), Región 4 (Amazonía Baja), Región 5 (Sierra Central), Región 6 (Costa Central), Región 7 (Sierra Sur), y Región 8 (Zona Sur) (Qali Warma, 2017a). La atención del servicio alimentario se realiza a través del modelo llamado *cogestión* definido como “un mecanismo que involucra la participación articulada y de cooperación entre actores de la sociedad civil y sectores público y privado, a efectos de proveer un servicio de calidad a los usuarios del PNAE Qali Warma” (Qali Warma, 2017b). Bajo este modelo, el proceso de atención se realiza en tres etapas: la planificación del menú escolar, proceso de compra y gestión del servicio alimentario (ver Figura 29).

EL MODELO DE COGESTIÓN



Figura 29. Modelo de CoGestión de QaliWarma.

Tomado de Qali Warma.

(https://www.qaliwarma.gob.pe/?page_id=60)

El Programa Nacional Cuna Más logró llegar a 877 distritos en el Perú, cuya distribución se muestra en la Figura 30. Según el Plan Operativo Institucional 2016, bajo la Resolución Ministerial N° 260-2015-MIDIS (2015), indicó que los productos que ofrece Cuna Más son: el servicio de cuidado diurno, dirigido a niños desde los 6 hasta los 36 meses, el producto contiene un servicio integral de salud, nutrición y aprendizaje, focalizado al servicio en distritos con una incidencia de pobreza menor o igual al 19.1%, distritos no rurales (al menos un centro poblado urbano); el servicio de acompañamiento familiar, el cual consiste en visitas a hogares para promover el desarrollo, fortalecimiento de conocimientos y capacidades del cuidado al niño que debe brindar el padre, madre o cuidador principal. Este servicio se encuentra dirigido a distritos con incidencia de pobreza mayor o igual al 50%, distritos rurales y con desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, y en distritos en los que no haya intervención del programa JUNTOS. Para la implementación de un local Cuna Más en un distrito focalizado, se requiere contar con la participación del gobierno y la comunidad, debiendo brindar un local y garantizando usuarios del servicio, aplicando el modelo coGestión Estado - comunidad.

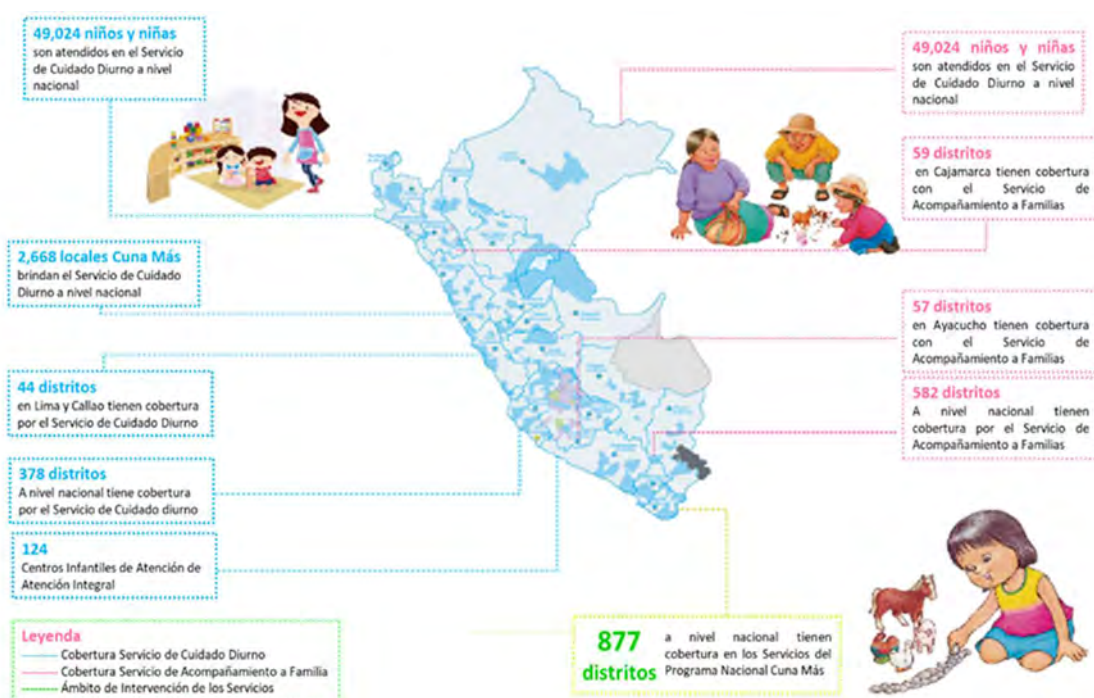


Figura 30. Distribución del programa Cuna Más a nivel nacional.

Adaptado de Cuna Más

(<http://www.cunamas.gob.pe/wp-content/uploads/2014/02/Mapa-cobertura-2016-017.jpg>)

4.1.4 Finanzas y contabilidad (F)

Por el lado de los recursos financieros, se tiene establecido presupuestos para los Gobiernos Regionales, Locales y los programas de Qali Warma y Cuna Más (ver Tabla 19 y Tabla 20).

Tabla 19

Gasto total del presupuesto del programa Cuna Más

	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2013	66,861,893	51,292,854	45,646,140	89%
2014	264,062,785	263,174,647	196,737,549	75%

Nota: Adaptado de "Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuesto de: Cuna Más". Ministerio de Economía y Finanzas, 2016, p. 331. Montos expresados en soles.

Tabla 20

Presupuesto Qali Warma

	Autorizado (Soles)	Ejecutado (Soles)	Porcentaje
2012	1,500,000	1,052,166	70.1%
2013	1,171,539,208	1,093,089,256	93.3%
2014	1,033,217,573	970,413,138	93.9%
2015	1,269,779,470	1,216,917,015	95.8%
2016	1,422,901,685	1,395,916,382	98.1%

Nota: Adaptado de http://www.qaliwarma.gob.pe/?page_id=635

Asimismo, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), con el apoyo del Programa Estratégico Articulado Nutricional – EUROPEAN, en el marco del Convenio Marco Perú – Comunidad Europea, en articulación con el MINSA, MIDIS, Seguro Integral de Salud, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, buscan conseguir resultados vinculados con la reducción crónica de niños menores de cinco años, brindando presupuesto por resultados a través de un modelo lógico (ver Figura 31).

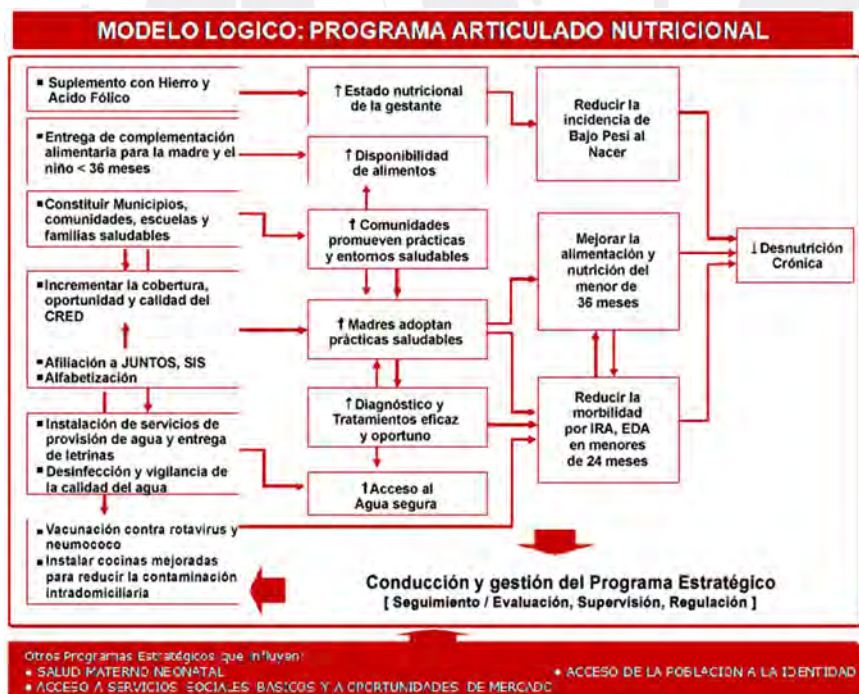


Figura 31. Modelo lógico del Programa Articulado Nutricional.

Tomado de “Programa Articulado Nacional”, Ministerio de Economía y Finanzas – MEF (https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/imagenes/modelo_logico.gif)

4.1.5 Recursos Humanos (H)

El Recurso humano es fundamental para el desarrollo de la nutrición y asistencia médica básica, siendo el personal médico uno de los principales actores involucrados por el lado de la atención asistencial en salud para los niños menores a 5 años y las madres en etapa de gestación y lactancia. Asimismo, el profesional de enfermería también resulta de vital importancia dado que, de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 537-2017, son ellos quienes tienen la responsabilidad de la atención al control del crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años de edad, con el fin de identificar de manera oportuna los riesgos, deficiencias y alteraciones para prevenir las enfermedades como la anemia y enfermedades diarreicas agudas. En la Figura 32 se muestra la cantidad de médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes y por departamento, resultando que el Perú solo cuenta con el 29.6 de recurso humano mientras que Chile, nuestro principal competidor, tiene aproximadamente 40 por cada 10,000 habitantes. Según el Dr. Manuel Mayorga, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada del Norte. Asimismo, agregó que el sector salud tiene un déficit de 55,000 profesionales (“¿Cuántos profesionales de la salud necesitan el Perú?”, 2016), lo que agrava la situación en las zonas rurales, donde los egresados en salud buscan trabajar en zonas donde tengan acceso a vivienda y colegios para sus hijos, así como lugares recreacionales, condiciones que se encuentran en las zonas urbanas (“¿Cómo mejorar el sistema de salud en el Perú?”, 2016).

Por otro lado, otro recurso humano muy importante son las personas que trabajan en los programas sociales que están dirigidos a reducir la desnutrición, anemia y enfermedades diarreicas, mediante la asistencia a las familias para el cuidado integral de los niños menores de cinco años. Así pues, dentro del Programa Nacional Cuna Más se cuenta con más de 7 mil cuidadoras y 400 madres guías que se encargan de brindar la atención en los Centros de Cuidado Diurno; y con más de 8 mil facilitadores que visitan semanalmente los hogares de

las zonas rurales más alejadas para brindar el Servicio de Acompañamiento a Familias para que ellos mismos sean los que brinden los servicios de atención integral desde sus distintos roles como cuidadoras, guías, facilitadoras/es, socias de cocina o repartidores de alimentos (Cuna Más, 2016).

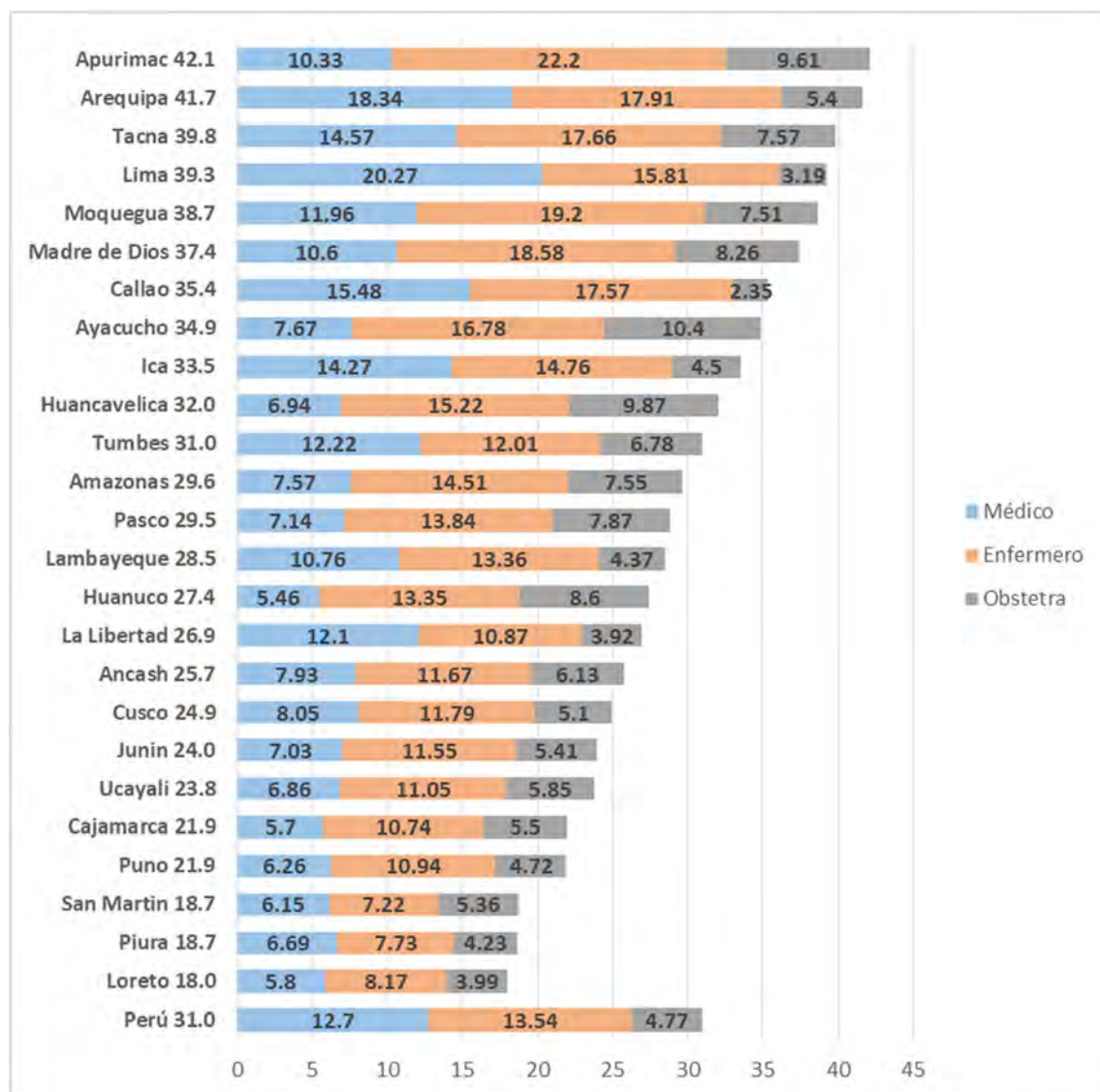


Figura 32. Densidad de Recursos Humanos (por 10,000 habitantes) en el Sector Salud por Departamentos, Perú-2016.

Tomado de “Registro Nacional de Personal de Salud 2016”, MINSA, p.7.
(<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4041.pdf>)

En lo que respecta al programa Qali Warma, la ejecución y vigilancia está a cargo de los comités de alimentación escolar, el cual está conformado por el director de la institución educativa pública, quien preside el comité, un representante de docentes de nivel inicial y/o

primario y/o secundario de la Institución Educativa, según corresponda y tres (03) representantes de las madres o padres de familia de la Institución Educativa Pública.

4.1.6 Sistemas de información y comunicaciones (I)

Los Sistemas de información y comunicaciones brindan una ventaja competitiva clave a la hora de la implementación de cualquier plan estratégico. El Sistema de Salud nacional posee una organización muy eficiente que se respalda sobre un sistema de información adecuado que le permite consultar y administrar, de manera oportuna, la información de la salud de cada persona, así como de la población en general. Para esto, el Sistema Nacional de salud ha implementado mejoras en sus procesos e integrado nuevas tecnologías bajo una mejor infraestructura. Las mejoras actuales se producen gracias a la implementación de estándares en el campo de la Salud y de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC).

Todo lo expuesto anteriormente es guiado bajo el marco conceptual que provee el fortalecimiento de los Sistemas de Información y Tecnologías de Información y de Comunicación dentro del Ministerio de Salud, que fue aprobado por la Resolución Ministerial 297-2012/MINSA (2012). El objetivo del marco es el de integrar los mecanismos y estándares de información del sector salud, dando lugar a la implementación de herramientas gráficas para la coordinación e integración de las acciones relacionadas con los sistemas de información y las tecnologías de información y de comunicación del sector Salud. Asimismo, dicho marco conceptual toma como referencias técnicas a la Organización Mundial de la Salud y la International Organization for Standardization (ISO).

En efecto, la misión del Planeamiento Estratégico de los sistemas de Información en el sector Salud es la de brindar un soporte clave para mejorar la salud de la población, por medio de una gestión eficiente, oportuna y, sobretodo, confiable de la información

estandarizada de salud, puesto que la meta final es la de mantener, compartir e integrar la información estandarizada de salud para una toma apropiada de decisiones del Gobierno Peruano en materia de la salud poblacional. Actualmente, el marco conceptual con el que cuenta el Planeamiento Estratégico de los sistemas de Información en el sector Salud se basa en cuatro componentes: Infraestructura (Tecnologías de Información y Comunicación, Infoestructura (Plataforma De La Información En Salud), Telesalud y Proceso de planeamiento, ejecución, monitoreo y evaluación, tal como se muestra en la Figura 33.

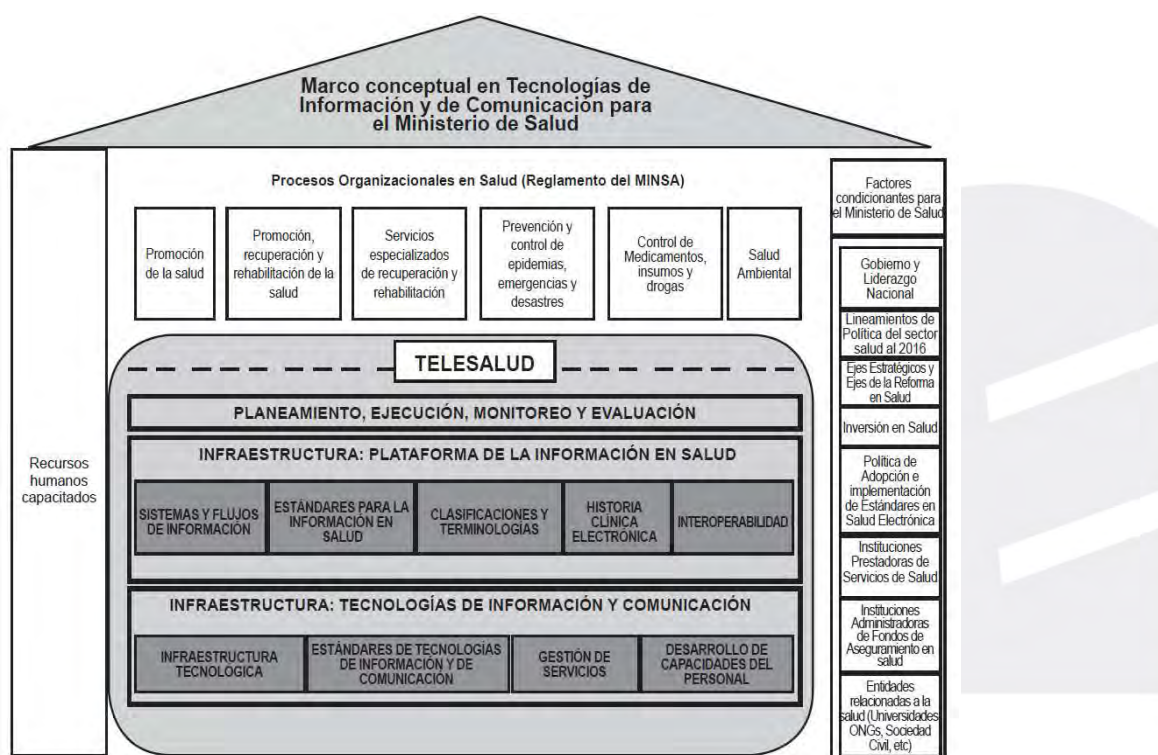


Figura 33. Esquema del Marco conceptual en Tecnologías de Información y de Comunicación para el Ministerio de Salud.

Tomado de “Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública” Vol. 32 (2), 2015 (http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000200019&script=sci_arttext)

Finalmente, es importante señalar que el marco conceptual en Tecnologías de Información para el Sector Salud también está alineado dentro de las Políticas Nacionales relacionadas a la Salud Electrónica. Dichas políticas incluyen el “Proceso de Modernización de la Gestión Pública al 2021” y la Agenda Digital Peruana 2.0,

desarrollada por la Comisión Multisectorial para el Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo de la Sociedad de la Información en el Perú, Decreto Supremo 066-2011-PCM (2011). La Agenda Digital Peruana tiene como fin permitir a la sociedad peruana acceder a todos los beneficios que brinda el desarrollo de las TIC en todo su espectro.

4.1.7 Tecnología e investigación y desarrollo (T)

Actualmente, el Sector de Salud tiene en cuenta que el territorio nacional presenta un reto enorme en la cobertura de salud, pues el Perú posee un territorio altamente accidentado, por lo que en reiteradas ocasiones es muy complicado acceder a todas las regiones del país. Es por ello que el Ministerio de Salud considera que las TIC aportan un valor enorme para mejorar la cobertura de salud, puesto que, a través de video conferencias, los servicios de salud contarán con opiniones médicas profesionales y oportunas. Por todo lo anterior, los componentes del marco conceptual para el soporte y fortalecimiento de los sistemas de información de salud son vitales y desempeñan un rol importante para lograr la implementación de las TIC en el Sector Salud.

El primer componente, Infraestructura (Tecnologías de Información y Comunicación), es la base del sistema de salud electrónica y está formado por los siguientes elementos: a) Infraestructura Tecnológica: Es la suma del hardware, software, red de comunicaciones, protocolos de seguridad y servicios que, en su totalidad, brindan soporte a los sistemas informáticos; b) Estándares de Tecnologías de Información y de Comunicación: Son las normas, políticas, reglas y procedimientos que deben seguir las Tecnologías de Información y de Comunicación en el Sector Salud. Todo bajo lo especificado en los Estándares y Especificaciones de Interoperabilidad del Estado Peruano, bajo Resolución Ministerial 381-2008-PCM (2011); c) Gestión de Servicios: Construido y basado en los procesos institucionales definidos, enfocado en mantener la coordinación entre los servicios de TIC e incluye la mejora continua de los procesos,

servicios de helpdesk, desarrollos de software, gestión del conocimiento en TIC, entre otros; y d) Desarrollo de capacidades del personal: Consiste en la ejecución del proceso de internalización de conocimiento y habilidades que brindan al personal del Sector Salud todo lo necesario para ejercer bien sus funciones y que tengan una participación efectiva en los proyectos que involucran Sistemas de Información en salud.

El segundo componente, Infoestructura (Plataforma de la Información en Salud), consiste en la administración y uso adecuado de la información, las comunicaciones en salud, la información disponible adicional y el personal a cargo de la gestión y uso de la infraestructura. Para el Sector Salud, el formato de almacenamiento de la información incluye, mas no se limita, al audio, texto, imágenes, datos, servicios externos; es decir, cualquier información susceptible a ser manipulada, organizada y sistematizada. Los objetivos de la Infoestructura son dos: El desarrollo de mecanismos que aseguren el acceso oportuno a la información en salud para la toma de decisiones, y la creación de un sistema integrado de historias clínicas electrónicas a través de todos los procesos de salud.

El tercer componente, Telesalud, consiste en brindar el servicio de salud a distancia, utilizando, de esta manera, todos los elementos necesarios que brindan las TIC. Este servicio es concebido principalmente para zonas rurales y particularmente aisladas o con limitada capacidad de acceso a establecimientos de salud inmediatos. Actualmente, el Perú posee el Plan Nacional de Telesalud (Comisión Nacional de Telesanidad, 2004), cuyos elementos son: a) teleducación: para la capacitación continua y a distancia por medio de la discusión virtual de casos clínicos; b) telediagnóstico: para el soporte y la ayuda necesaria al diagnóstico médico del paciente a distancia; c) teleconsulta: para que el paciente a distancia acceda a un tele-especialista médico; y d) telegestión: para la coordinación de reuniones de trabajo del personal del Sector Salud.

Finalmente, el cuarto componente, Planeamiento, Ejecución, Monitoreo y Evaluación, consiste en la puesta en marcha de procesos de planeamiento y control de ejecución del plan. Incluye el manejo adecuado del presupuesto de los servicios de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para el Sector Salud. Asimismo, los procesos de monitoreo y evaluación se aplican a cada parte de la gestión de los sistemas de información.

4.2 Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)

D'Alessio (2015) indicó que para desarrollar la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI), se debe listar y evaluar las fortalezas y debilidades de la organización, utilizando un juicio intuitivo, puesto que los factores que se incluyen en la matriz son más importantes que los resultados de la misma, debiendo realizarse los siguientes cinco pasos: primero, realizar una lista de los factores clave de éxito, factores relevantes extraídos del análisis AMOFHIT; segundo, asignar un peso relativo a cada uno de los factores, siendo 0.0 (no importante) y 1.0 (muy importante), la suma de las fortalezas y debilidades debe ser igual a 1; tercero, asignar un valor entre 1 al 4, siendo 4 (fortaleza mayor) y 1 (debilidad menor); cuarto, multiplicar el peso de cada factor por su valor; y quinto, sumar los pesos ponderados de cada factor. Siguiendo los pasos, recomendaciones y consideraciones indicadas, se realizó la MEFI del sector de nutrición y asistencia médica básica (ver Tabla 21).

Tabla 21

Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Fortaleza			
1. Gestión participativa (Estado/Ciudadano/Inst. Privada).	0.11	3	0.32
2. Existencia de programas asistenciales específicos.	0.11	3	0.32
3. Canales de Distribución (Gov. Regionales, Gov. Locales).	0.13	3	0.39
4. Capacidad profesional del RRHH en el sector salud.	0.08	4	0.32
5. Cuatro componentes implementados para el desarrollo de la tecnología e investigación en salud, dentro del Plan Estratégico del sistema de información de salud.	0.11	4	0.42
Subtotal	0.53		1.76
Debilidades			
1. Articulación entre Instituciones Públicas, Privadas y Ministerios.	0.12	1	0.12
2. Gestión de los recursos asignados.	0.12	1	0.12
3. Cantidad de RRHH para la asistencia en salud.	0.05	2	0.11
4. Alcance limitado en tiempo y espacio de los programas sociales alimentarios para la población infantil.	0.09	2	0.18
5. Falta de monitoreo de los programas sociales alimentarios en anemia y desnutrición.	0.09	1	0.09
Subtotal	0.47		0.62
Total	1		2.38

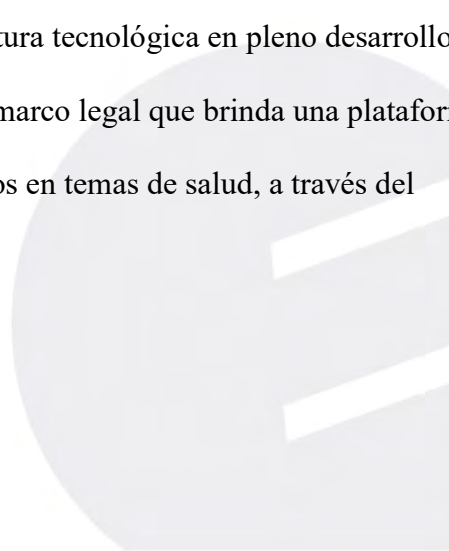
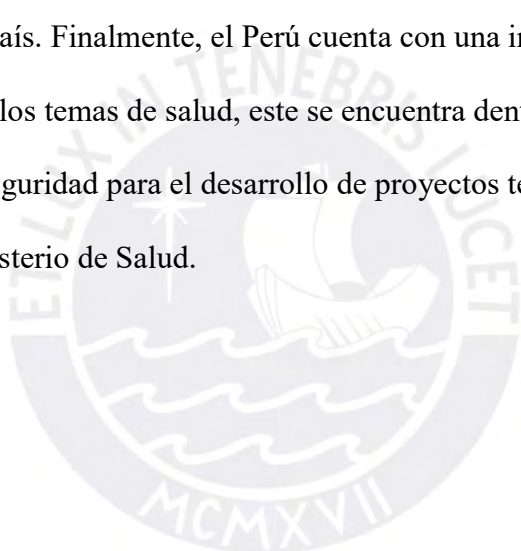
Nota. Valor: 4 Fortaleza mayor, 3 Fortaleza menor, 2 Debilidad menor y 1 Debilidad mayor.

4.3 Conclusiones

Del análisis AMOFHIT y Matriz MEFI se concluye que el Estado Peruano cuenta con una infraestructura organizacional existente que vienen contribuyendo en la lucha contra la desnutrición, anemia y EDA en niños menores de cinco años y muerte materna, temas de suma importancia para elevar la productividad y bienestar social en el Perú; sin embargo, estos vienen trabajando de forma desarticulada, cada ministerio trabaja algunos temas pilares del sector de desnutrición y bienestar social, debido a que no existe una organización transversal que lidere, administre y gestione los esfuerzos, y, a su vez, se haga responsable de los resultados de los indicadores de estos temas directamente relacionados a la desnutrición y bienestar social. Por otro lado, se encuentra el INEI, que brinda información estadística en cada uno de los temas del presente Plan, no obstante, la información no se encuentra uniformizada en tiempo y forma. Por su parte, el MEF viene promoviendo la articulación de los Ministerios que contribuyen con la lucha contra la desnutrición, a través de incentivos presupuestarios; sin embargo, no son suficientes para el logro de metas esperadas.

Del análisis de Marketing se concluye que la población de niños menores a cinco años se encuentra en crecimiento y proporcionalmente viene creciendo la población de niños

afectados por desnutrición, anemia, EDA y muerte materna, por lo tanto, de no existir un plan único transversal para la reducción efectiva de la tasa de niños afectados, no se lograrán resultados efectivos. En el plano logístico, el programa Qali Warma es el de mayor alcance nacional, seguido por el programa Cuna Más; sin embargo, ninguno de estos programas ha alcanzado la cobertura nacional requerida para llegar a todos los niños (menores de cinco años) del Perú con desnutrición, no obstante, cabe destacar la labor que vienen realizando dentro de sus alcances, pues vienen contribuyendo progresivamente en esta lucha. Por otro lado, el presupuesto asignado, año a año, no está siendo utilizado al 100%, parte de este presupuesto está siendo devuelto al Estado al final del Periodo. Respecto al recurso humano, el personal médico no es proporcional a la cantidad de niños que atender en las zonas rurales del país. Finalmente, el Perú cuenta con una infraestructura tecnológica en pleno desarrollo para los temas de salud, este se encuentra dentro de un marco legal que brinda una plataforma de seguridad para el desarrollo de proyectos tecnológicos en temas de salud, a través del Ministerio de Salud.



Capítulo V: Intereses del Perú y Objetivos de Largo Plazo

En este capítulo se desarrollan y analizan los intereses del país en el tema de nutrición y asistencia médica básica, además de su potencial organizacional para alcanzarlos y los principios cardinales de la misma. A partir de ello se establecerán los Objetivos de Largo Plazo que nos permitan llegar a la visión (D'Alessio, 2015).

5.1 Intereses del Perú

En el marco del Acuerdo Nacional en el que el Perú se encuentra inscrito desde el año 2002, se agrupan las políticas de Estado en cuatro objetivos: el fortalecimiento de la democracia, desarrollo con equidad y justicia social, promoción de la competitividad, y afirmación de un Estado eficiente, transparente y descentralizado (Acuerdo Nacional, 2014). Dentro de los 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) planteados en la asamblea para el 2030, se encuentra el fin de la pobreza, hambre cero y salud y bienestar (ONU, 2015b). Asimismo, en el año 2002, la Presidencia de la República creó la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria, en la que remarcó la necesidad de lograr la articulación entre instituciones del Estado, evitar la superposición de esfuerzos del Estado y la sociedad relacionados con la seguridad alimentaria, debiendo emitir políticas para la seguridad alimentaria nacional a favor de los grupos vulnerables y en extrema pobreza (D.S. 118-2002-PM, 2002).

En ese sentido, el Perú cuenta con un compromiso nacional e internacional para el cumplimiento de los objetivos del milenio en el país, y lo viene realizando a través de planes nacionales para la reducción de la desnutrición infantil, reducción de la anemia y EDA. En materia de desnutrición infantil, el Perú cuenta con el “Plan Sectorial para Contribuir con la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Anemia en Niñas y Niños menores de 36 meses, 2017-2021”, a cargo del MINSA con colaboración del MIDIS, así también, cuenta con el “Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021”, a cargo del MINSA, y el

Programa Articulado Nutricional respaldado por el MEF, en articulación con el MINSA, MIDIS y Gobiernos Regionales, que contribuirán, a su vez, con la reducción del EDA. Para el periodo 2009-2015, el Perú contó con un Plan de Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, este plan no ha sido renovado para un nuevo periodo, el tema de la mortalidad materna se encuentra dentro de los puntos de la “Propuesta y Acciones para la Igualdad entre Hombres y Mujeres 2016-2021”. Por otro lado, las agencias de la ONU y el Programa de las Naciones Unidas PNUD, prestan apoyo a los gobiernos para “que integren los ODS en sus planes y políticas nacionales de desarrollo. Esta labor ya está en marcha, mediante el apoyo a muchos países para consolidar los progresos ya alcanzados en virtud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, s.f.).

Se debe tener en cuenta que la UNESCO (2017b), consideró al Perú como un país con renta media alta, debido al crecimiento económico sostenido en los últimos 10 años. Sin embargo, la misma institución consideró que el Perú tiene indicadores económicos y sociales que demuestran la existencia de importantes brechas de desigualdad y exclusión social, que ubican al país entre los más inequitativos de Latinoamérica, debido a que en el periodo 2001-2007, el PBI per cápita se elevó a 30.8%; sin embargo, la pobreza se redujo solo en 10.5 puntos.

5.2 Potencial del Perú

Se analiza al Perú a través de sus acciones sobre el tema de Nutrición y Asistencia Médica Básica, siguiendo la analogía con los siete dominios de Hartman pero considerando las áreas funcionales como son: (a) administración, (b) marketing, (c) operaciones y logística, (d), finanzas, (e) recursos humanos, (f) sistemas de información y comunicaciones, y (f) tecnología, investigación y desarrollo, como señaló D'Alessio (2015).

Administración. En la actualidad, el tema de la nutrición y asistencia médica básica está siendo tomado por varias organizaciones, sin tener un norte claro; sin embargo, se puede observar claramente que dos ministerios abordan el tema desde sus propias capacidades, el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

Marketing. Los ministerios realizan campañas preventivas a nivel nacional a través de los medios de comunicación que posee el Estado como Televisión Nacional del Perú y las campañas en los Centros de Salud. Este potencial se puede aprovechar de manera coordinada para lanzar las campañas preventivas de prevención de enfermedades diarreicas agudas, o las señales de alerta para atención inmediata de las madres gestantes, además de las instructivas sobre preparación de alimentos ricos en nutrientes y hierro.

Operaciones y Logística. Tanto el MINSA y el MIDIS han desarrollado infraestructura para tratar de llegar a las zonas más vulnerables. El MINSA, a través de los Centros de Salud, y el MIDIS, a través de los convenios con los Gobiernos Regionales para sus programas de asistencia social como Qali Warma y Cuna Más. Esta infraestructura es un potencial que debe ser aprovechado de manera conjunta para la atención de las necesidades de nutrición de la población, por medio del programa del MIDIS y el monitoreo y prevención a través del MINSA.

Finanzas. El entorno macroeconómico y la evolución positiva del PBI en los últimos años ha permitido al Estado invertir en programas sociales, no obstante, los esfuerzos en muchos casos no han sido articulados, el presupuesto destinado a combatir desnutrición es manejado por distintos organismos como los Gobiernos Regionales, el MINSA y el MIDIS, lo que hace notar la fortaleza financiera del Estado para poder enfrentar el problema.

Recursos Humanos. El personal para los centros de salud y el personal de los programas sociales del MIDIS constituyen el principal recurso humano que, bajo distintas visiones, atiende a la población infantil en los temas de nutrición y asistencia médica básica.

La falta de una visión integral de este tema para el personal constituye una debilidad en el Estado.

Sistemas de Información y comunicaciones. El MINSA tiene un buen sistema de información sobre nutrición, anemia y EDA; sin embargo, la integración con otros organismos del Estado, permitiría potenciar su aprovechamiento. El INEI, adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros, a través de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar, permite un control anual de los temas materia del presente plan.

Tecnología e Investigación. El MINSA, a través de sus instituciones, promueve la investigación para el tratamiento de las enfermedades propias del Perú; sin embargo, no se promueve soluciones innovadoras para aliviar a la niñez de los distintos males que aquejan a este sector de la población, toma referencias de investigaciones internacionales que no siempre se adaptan a la realidad del país.

5.3 Principios Cardinales del Perú

Los principios cardinales hacen posible reconocer oportunidades y amenazas dentro del entorno en el que se desarrolla una organización, a continuación, se explicarán estos cuatro principios.

Influencia de terceras partes. Cualquier colaboración entre el MINSA y el MIDIS será revisada u observada por el Ministerio de Economía y Finanzas para revisar que no se estén duplicando esfuerzos y, por ende, recursos económicos.

Lazos Presentes y Futuros. El MIDIS, creado el 20 de octubre del 2011, mediante Ley 29792, tiene dentro de sus objetivos atender a las poblaciones vulnerables entre las que se encuentran los niños y, en especial, los que se encuentran en estado de pobreza o pobreza extrema. Esto los lleva a vigilar el tema de la nutrición, algo que antes se encontraba exclusivamente en la competencia del MINSA, cuya creación data de 1935.

Contrabalance de Intereses. Los intereses del MINSA y del MIDIS no se contraponen entre sí: el del primero es velar por la salud de todos los peruanos, y el del segundo en aliviar las consecuencias de la pobreza y pobreza extrema. La pobreza es la principal causa de desnutrición en el país y esta la causa de múltiples enfermedades que llevan a una falta de desarrollo de la persona, lo que lo vuelve improductivo, no permitiéndole salir del estado de necesidad en que se encuentra, conformando así un círculo vicioso. No hay intereses contrapuestos en este tópico mas sí existen prioridades.

Conservación de los enemigos. En este punto no hay un enemigo que conservar que permita el incentivo, el incentivo se produce a partir de la erradicación de la desnutrición y la anemia del país, con lo cual el Estado podrá atender otro nivel de necesidades de la población.

5.4 Matriz de Intereses del Perú (MIO)

De forma análoga a la Matriz de Intereses Nacionales, la Matriz de Intereses Organizacionales expresa los fines que la organización pretende alcanzar, y que, si bien están expresadas en la visión, aquí se expresan a nivel de detalle y los actores que influyen de acuerdo con el nivel de intensidad (D'Alessio, 2015).

Tabla 22

Matriz de Intereses del Perú (MIO)

Interés Organizacional	Vital	Importante	Periférico
1 Mejora de la nutrición infantil en el país.	MIDIS, MINSA	MINAGRI	
2 Reducción de la anemia infantil en el país.	MIDIS, MINSA		MINAGRI
3 Reducción de las EDA infantil.		MINSA	
4 Reducción de la tasa de mortalidad materno.		MINSA, GR	

En la Tabla 22 se puede ver que los intereses de la organización están de la mano con la visión y que los actores principales son el MINSA y MIDIS.

5.5 Objetivos de Largo Plazo

Los objetivos de largo plazo han sido planteados tomando como referencia el Índice de Progreso Social (IPS) los cuales están soportados en base a casos de éxito de países que están posicionados entre los primeros lugares a nivel de Latinoamérica, de modo que permitan alcanzar la visión o futuro deseado.:

- Objetivo de Largo Plazo 1 (OLP1). Al 2025, 110 mil (4%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la desnutrición. En el año 2016 fueron 384 mil (13%) los niños afectados por este problema.

Dicho objetivo está basado en las cifras logradas por Chile, cuya desnutrición se redujo de 13.5% en 1986 a 4.2% en 1994, siendo el elemento central de dicho logro la existencia de una política de Estado de lucha contra la desnutrición infantil, la cual se mantuvo de manera sostenida por décadas independientemente de las diferencias políticas y vaivenes económicos que sufrió dicho país. Junto a ello se sumó un consenso técnico sobre los programas y políticas más adecuados para enfrentar la desnutrición, así como el otorgamiento de servicios gratuitos en atención y medicina preventiva como el control pre y post natal. Finalmente, desarrollaron programas de recuperación de niños y niñas desnutridos, aplicando estrategias a través de los centros de la Corporación para la Nutrición Infantil, operando de manera estrecha con la red primaria de salud, realizando un seguimiento adecuado a los niños desnutridos en estado de recuperación (Instituto de Salud Pública de Chile, 2016).

- Objetivo de Largo Plazo 2 (OLP2). Al 2025, 490 mil (18%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la anemia. En el año 2016 fueron 956 mil (33%) niños los afectados por este problema.

Estas cifras han sido estimadas teniendo como referencia el caso exitoso de Costa Rica, según señaló Arias, L. (comunicación personal, 20 de abril de 2018), que redujo

la anemia infantil de 19.3% en el 1996 a 4% en el 2008, debido, principalmente, a su plan de fortificación de alimentos (Martorell, 2015).

- Objetivo de Largo Plazo 3 (OLP3). Al 2025, 191 mil (7%) serán los casos de niños de 0 a 5 años afectados por Enfermedades Diarreicas Agudas. En el año 2016 fueron 532 mil (19%) los casos de niños afectados por este problema.

Este objetivo ha sido planteado en base a evidencias que muestran que las correctas prácticas de higiene reducen la morbilidad de EDA en un promedio de 35%, sumado a una lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y el suministro de vitamina A (Huttly, Morris y Pisani, 1997).

- Objetivo de Largo Plazo 4 (OLP4). Al 2025, 114 (20/100,000) serán las muertes maternas. En el año 2016 fueron de 325 (68.36/100,000) los casos registrados.

La estimación de este objetivo se realizó en base al caso de éxito de Brasil, que logró una reducción de la tasa de muerte materna 65/100,000 a 43/100,000 durante el periodo 2000 al 2017. Esto se alcanzó replicando el modelo de Uruguay, donde se logró la reducción de la tasa de mortalidad materna de 19/100,000 a 11/100,000 en el mismo periodo (2000 al 2017), gracias a la implementación del asesoramiento y acompañamiento de mujeres con embarazo no deseado (OMS, 2012b; Social Progress Imperative, 2017b).

5.6 Conclusiones

El Perú tiene como visión ser uno de los líderes en Latinoamérica y el Caribe en materia de nutrición y asistencia médica básica, para ello, necesita apuntalar los cuatro indicadores que nos señalan qué tan afectada se encuentra la población infantil de cara a un futuro cercano, donde las secuelas de desnutrición y anemia afectarán su productividad en la etapa adulta. En ese sentido, será necesario el logro de los objetivos de largo plazo mediante el aprovechamiento del potencial organizacional basado en su logística, el cual permite llegar

a todo el Perú a través de los programas sociales Qali Warma y Cuna Más, y los sistemas de información, puesto que que permiten obtener datos de manera oportuna, facilitando el monitoreo de los indicadores propiamente dichos.

Por otro lado, cabe señalar que si bien hay dos instituciones, MIDIS y MINSA, que tratan el tema de nutrición, no existe un liderazgo en dicho tema a pesar de ser una política de Estado; sin embargo, está la oportunidad de aprovechar sus conocimientos y experiencias para que, mediante un correcto planeamiento estratégico, se pueda erradicar este mal que aqueja al país.



Capítulo VI: El Proceso Estratégico

6.1 Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)

La matriz FODA, siendo una de las herramientas de análisis situacional más interesantes por exigir cualidades intuitivas para su elaboración, posiblemente es considerada, además, la más importante y conocida (D'Alessio, 2015). Como se puede apreciar en la Tabla 23, dicha matriz es construida a partir de las oportunidades y amenazas registradas en la MEFÉ, así como las fortalezas y debilidades registradas en la MEFI, cuyos cruces de las mismas generan estrategias considerando los cuadrantes de la siguiente manera: fortalezas y oportunidades (FO), debilidades y oportunidades (DO), fortalezas y amenazas (FA), y debilidades y amenazas (DA).

6.2 Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA)

La MPEYEA es una matriz que contiene cuatro ejes, dos de los cuales son externos y que se combinan para hacer referencia a la industria, mientras que los dos internos hacen referencia a la organización. Esta matriz es importante porque señala cuál es la postura estratégica más adecuada para una organización pudiendo ser agresiva, conservadora, defensiva y competitiva (D'Alessio, 2015). En la Tabla 24 se muestra la calificación de cada uno de los factores determinantes para construir la MPEYEA y en la Figura 34 se muestra la posición estratégica de la organización en relación con su entorno, resultando una postura agresiva. Esto debido a que el factor de fortaleza financiera y de fortaleza de la industria son altos pues cuentan con estabilidad financiera y presupuesto para desarrollar, de manera más eficaz, los programas sociales, así como el alto poder que tienen los proveedores, entre los cuales se encuentran organismos como UNICEF, OMS, INEI, ONU y FAO, debido a que la organización depende de estos para obtener información estadística del Perú y de otros países a nivel mundial, así como estándares y prácticas mundiales, principalmente, en la reducción de la desnutrición y la anemia.

Tabla 23

Matriz FODA

Matriz FODA		Fortalezas		Debilidades		
		F1	Gestión participativa (Estado/Ciudadano/Inst. Privada).	D1	Articulación entre Instituciones Públicas, Privadas y Ministerios.	
		F2	Existencia de programas asistenciales específicos.	D2	Gestión de los recursos asignados.	
		F3	Canales de Distribución (Gov. Regionales, Gov. Locales).	D3	Cantidad de RRHH para la asistencia en salud.	
		F4	Cuatro componentes implementados para el desarrollo de la tecnología e investigación en salud, dentro del Plan Estratégico del sistema de información de salud.	D4	Alcance limitado en tiempo y espacio de los programas sociales alimentarios para la población infantil.	
		F5	Capacidad profesional del RRHH en el sector salud.	D5	Falta de monitoreo de los programas sociales alimentarios en anemia y desnutrición.	
Oportunidades	F/O	(Maxi - Maxi)	Focalizar en Fortalezas y Maximizar Oportunidades (Explotar)	D/O	(Mini - Maxi)	Minimizar Debilidades y Maximizar Oportunidades (Buscar)
O1	Buen manejo macroeconómico y fiscal.	1.	F2, O5 Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	1.	D3, O5 Asegurar la existencia del personal capacitado para atender los partos inminentes en todos los centros de salud.	
O2	Ingreso Promedio per capita en aumento.	2.	F1, F4, O5 Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.	2.	D1, O5 Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en el país.	
O3	Alianza del Gobierno con el Banco Mundial.	3.	F2, F3, O5, O10 Asegurar el consumo de hierro, zinc y vitamina A de los beneficiarios de los programas asistenciales alimentarios.	3.	D2, O3 Estandarizar los procesos de los programas sociales.	
O4	Programas de protección y aseguramiento de la sostenibilidad de los recursos naturales.	4.	F2, O5 Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	4.	D1, O3, O5 Promover alianzas estratégicas con diferentes entidades públicas y privadas.	
O5	Interés del gobierno por mejorar la prestación de salud, nutrición y agua y saneamiento.	5.	F5, O9 Identificar e implementar las nuevas técnicas en prevención de la anemia.			
O6	Existencia de Red Dorsal Nacional de Fibra Óptica.	6.	F1, O8, O10 Incrementar la seguridad alimentaria entre las diferentes regiones.			
O7	Ley del Canon que establece que el 20% se destine a Investigación y Desarrollo.					
O8	Corredores Económicos/Logísticos establecidos entre regiones.					
O9	Nuevas Técnicas de prevención de anemia.					
O10	Variedad de recursos agrícolas y pesqueros.					
Amenazas	F/A	(Maxi - Mini)	Focalizar en fortalezas y minimizar amenazas (Confrontar)	D/A	(Mini - Mini)	Minimizar debilidades y amenazas (Evitar)
A1	Calentamiento global.	1.	F1, F5, A4 Establecer una cultura preventiva mediante la educación y capacitación en planificación familiar, nutrición, higiene, lactancia y maternidad.	1.	D1, A3 Asegurar la continuidad de los responsables de los programas sociales ante cambio de autoridades.	
A2	Contaminación del agua.	2.	F3, A4, A6 Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria.	2.	D1, A6 Establecer mecanismos financieros que contribuyan al emprendimiento de la población en extrema pobreza.	
A3	Inestabilidad política.	3.	F2, A6 Crear programas asistenciales que cubran las brechas sociales existentes.	3.	D1, A1, A2 Asegurar el acceso al agua y saneamiento en todas las zonas rurales.	
A4	Malos hábitos culturales en alimentación, higiene y salubridad.	4.	F2, A4 Eleva el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.	4.	D3, A4 Concientizar la importancia del registro y control pre-natal.	
A5	Débil institucionalidad.	5.	F1, A4 Educar a la población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.	5.	D4, D5, A6 Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	
A6	Pobreza y extrema pobreza.			6.	D1, D2, A3, A5 Asegurar la transparencia en la gestión de los programas sociales.	

Tabla 24

Calificación de los Factores Determinantes de la MPEYEA

		Fuerza Financiera		Valoración						
Posición estratégica interna	1 Rendimiento sobre la inversión	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
	2 Apalancamiento	Balanceado	0	1	2	3	4	5	6	Sólido
	3 Liquidez	Balanceada	0	1	2	3	4	5	6	Sólida
	4 Capital requerido vs capital disponible	Alto	0	1	2	3	4	5	6	Bajo
	5 Facilidad de salida del mercado	Difícil	0	1	2	3	4	5	6	Fácil
	6 Economías de escala y de experiencia	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
	7 Flujos de efectivo	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
	8 Rotación de inventarios	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
	9 Riesgos implícitos en el negocio	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
		Ventaja Competitiva		Valoración						
Posición estratégica interna	1 Participación del mercado	Pequeña	0	1	2	3	4	5	6	Grande
	2 Calidad del producto	Inferior	0	1	2	3	4	5	6	Superior
	3 Ciclo de vida del producto	Avanzado	0	1	2	3	4	5	6	Temprano
	4 Ciclo de reemplazo del producto	Variable	0	1	2	3	4	5	6	Fijo
	5 Velocidad de introducción de nuevos productos	Lenta	0	1	2	3	4	5	6	Rápida
	6 Integración vertical	Pequeña	0	1	2	3	4	5	6	Grande
	7 Lealtad de los clientes	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
	8 Utilización de la capacidad de la competencia	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
	9 Conocimientos tecnológicos	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
		Estabilidad del Entorno		Valoración						
Posición estratégica Externa	1 Cambios tecnológicos	Pocos	0	1	2	3	4	5	6	Muchos
	2 Tasa de inflación	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
	3 Variabilidad de la demanda	Pequeña	0	1	2	3	4	5	6	Grande
	4 Escala de precios de competidores	Estrecho	0	1	2	3	4	5	6	Amplio
	5 Barreras de entrada para el mercado	Muchas	0	1	2	3	4	5	6	Pocas
	6 Rivalidad / Presión competitiva	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
	7 Elasticidad de la demanda	Inelástica	0	1	2	3	4	5	6	Elástica
	8 Presión por productos sustitutos	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
		Fortaleza de la Industria		Valoración						
Posición estratégica Externa	1 Potencial de crecimiento	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
	2 Potencial de utilidades	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
	3 Estabilidad financiera	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
	4 Intensidad de capital	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
	5 Productividad/utilización de la capacidad	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
	6 Conocimientos tecnológicos	Simple	0	1	2	3	4	5	6	Complejo
	5 Aprovechamiento de recursos	Ineficiente	0	1	2	3	4	5	6	Eficiente
6 Poder de negociación de los proveedores	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	
7 Facilidad para entrar al mercado	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	
		Resultados								
Fuerza Financiera		FF	4.11	= FI + VC = 1.33						
Ventaja Competitiva		VC	-2.11	FF + EE = 0.49						
Estabilidad del Entorno		EE	-3.63							
Fortaleza de la Industria		FI	3.44	= (1.33, 0.49)						
Eje X = FI + VC			1.33							
Eje Y = FF + EE			0.49							

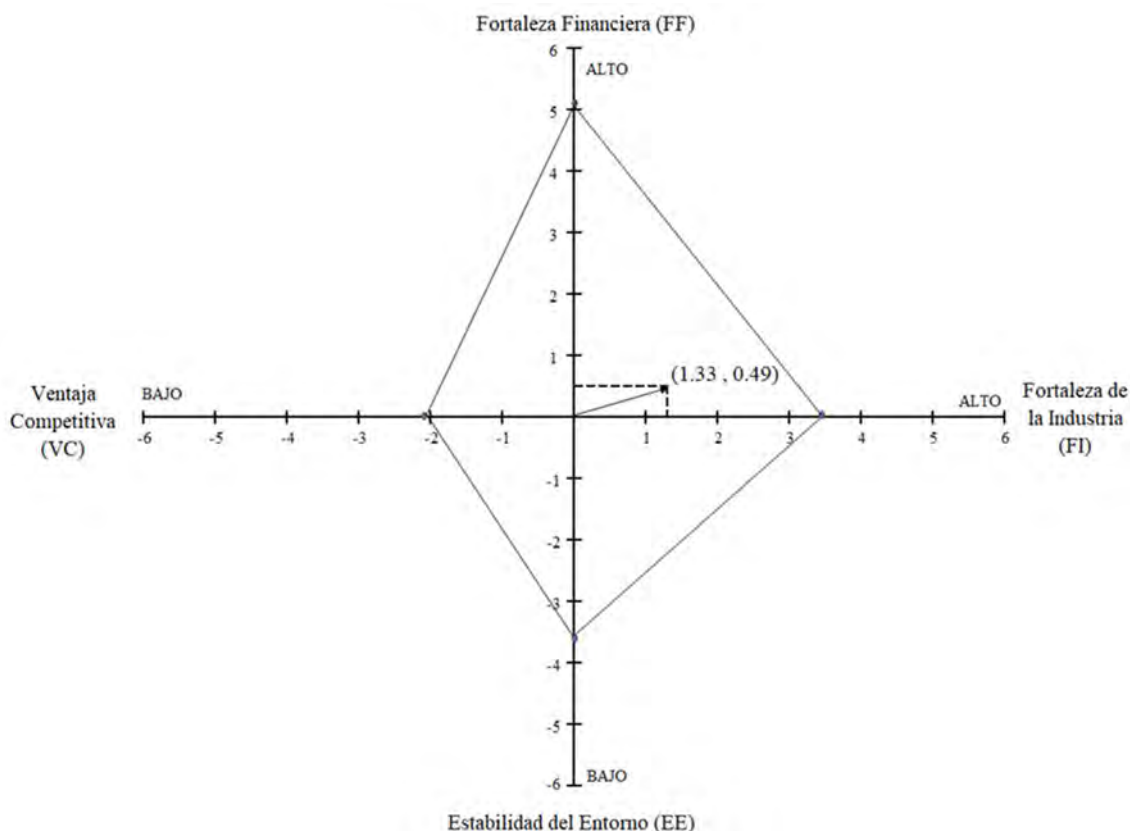


Figura 34. Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA).

6.3 Matriz Boston Consulting Group (MBCG)

Esta matriz tiene dos ejes que muestran la relación que existe entre la participación de mercado relativa en la industria que ayuda en la generación de caja y el relacionado a la tasa de crecimiento de las ventas en la industria que requiere del uso de caja (D'Alessio, 2015). Para efectos del presente planeamiento estratégico no se consideró esta metodología debido a que el tema desarrollado es de aspecto social, ejecutado por una institución pública, cuyo producto final es único en el mercado.

6.4 Matriz Interna Externa (MIE)

La MIE es una matriz que deriva de la BCG y se considera una matriz de portafolio la cual permite a la organización determinar el éxito de cada una de sus divisiones dentro de una industria. Considerando que el tema materia del presente plan es un monopolio del Estado del Peruano, no se aplicó esta metodología.

6.5 Matriz Gran Estrategia (MGE)

La matriz de la gran estrategia es otra herramienta que ayuda a evaluar la elección de la estrategia apropiada para la organización mediante el crecimiento de mercado, el cual puede ser rápido o lento, y la posición competitiva de la empresa en dicho mercado. En base a ello, dicha matriz genera cuatro cuadrantes, ubicándose la organización en cualquiera de ellos, dependiendo de la investigación y análisis realizado, dado que esta matriz no requiere de cálculos matemáticos (D'Alessio, 2015). Como se observa en la Figura 35, la organización materia de estudio se ubica en el cuadrante IV, resultando cuatro tipos de estrategias, diversificación concéntrica, horizontal y conglomerada, y aventura conjunta.

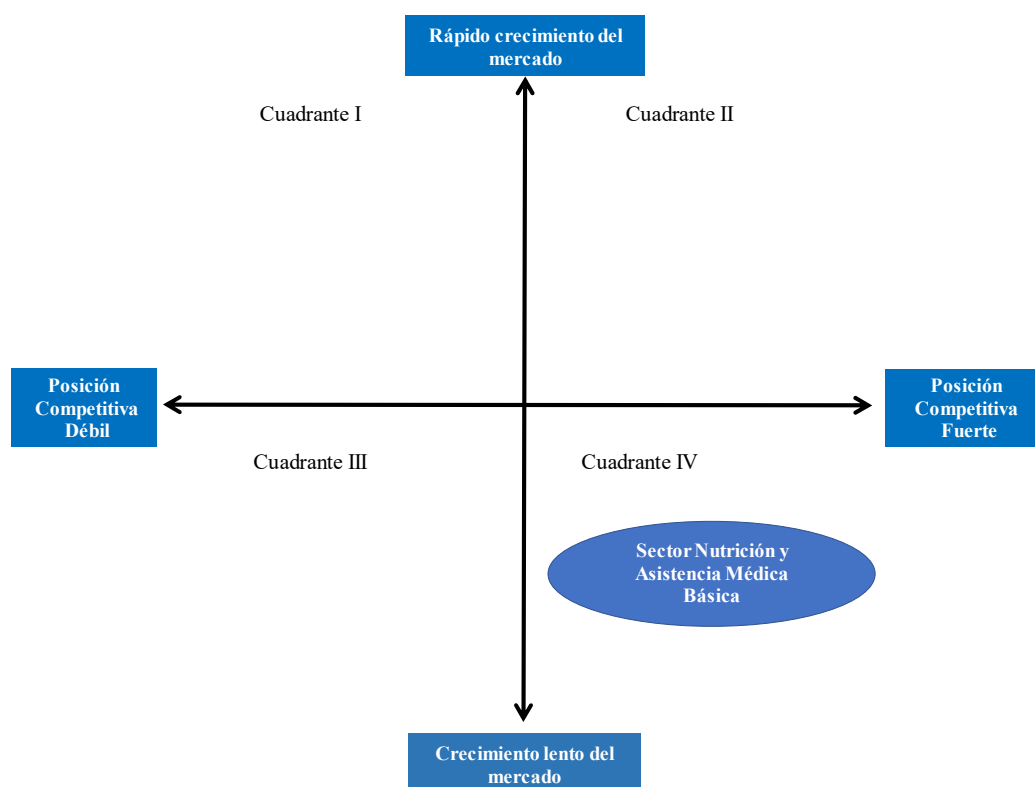


Figura 35. Matriz Gran Estrategia (MGE).

6.6 Matriz de Decisión Estratégica (MDE)

La matriz de decisión estratégica pertenece a la fase tres de la etapa de formulación, la cual agrupa las estrategias antes generadas desde las matrices desarrolladas como la FODA,

PEYEA y GE, la cual permite observar cuáles son las estrategias que más se repiten (D'Alessio, 2015).

Como se puede apreciar en la Tabla 25, se muestran todas las matrices para efectos metodológicos; sin embargo, para efectos de cálculo, no se ha considerado ni la matriz BCG ni la matriz IE, debido a que no aplicaría una comparación respecto a sus competidores pues la organización materia de estudio es única, por lo que se considera un monopolio.

Asimismo, como se puede apreciar en dicha tabla, las estrategias que más se repiten son penetración en el mercado, diversificación concéntrica, aventura conjunta en la modalidad de alianza estratégica, desarrollo de productos e integración vertical hacia adelante, las cuales están relacionadas a ampliar la cobertura de los programas sociales existentes, así como entregar suplementos alimenticios en los centros de salud y fortificar alimentos de manera que los niños y las madres gestantes tengan una mejor nutrición.

6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE)

Esta matriz también forma parte de la fase 3 de la etapa de formulación de estrategias y es una herramienta que sirve para determinar cuáles son las mejores estrategias entre todas las presentadas, considerando para su evaluación el nivel de atractividad que tienen los factores críticos de éxito extraídos de la MEFE y la MEFI. Las estrategias que han obtenido un puntaje mayor a 5 son consideradas las estrategias retenidas, y las menores a dicho monto podrían considerarse como estrategias de contingencia por si alguna de las retenidas fallara (D'Alessio, 2015).

Como se puede apreciar en la Tabla 26, hay ocho estrategias que cumplen con dicha puntuación, por lo que se ha considerado como retenidas a las siguientes: (a) penetración en el mercado, garantizando una adecuada nutrición infantil en zonas rurales, diagnóstico de presencia de desnutrición y anemia infantil, y elevando el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes; (b) aventura conjunta con la reducción de los casos de parasitosis

en la población infantil; (c) penetración en el mercado y aventura conjunta, asegurando que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria; (d) desarrollo de productos e integración vertical hacia adelante, implementando un sistema de Registro y Monitoreo de casos de anemia y desnutrición; (e) integración horizontal y penetración en el mercado en la creación de ente único dedicado para la gestión de la nutrición en el país; y (f) diversificación concéntrica, impulsando la educación alimentaria en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.

Tabla 25

Matriz de Decisión Estratégica

	Estrategias Específicas	FODA	PEYEA	GE	Total
1	Utilización del recurso humano de las zonas atendidas.		X		1
2	Eliminación de las enfermedades infecciosas (tuberculosis).		X		1
3	Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	X	X		2
4	Implementar canales de distribución propios.		X		1
5	Promover alianzas estratégicas con diferentes entidades públicas y privadas.	X	X	X	3
6	Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	X	X		2
7	Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.	X	X		2
8	Asegurar el consumo de hierro, zinc y vitamina A de los beneficiarios de los programas asistenciales alimentarios.	X	X		2
9	Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	X		X	2
10	Identificar e implementar las nuevas técnicas en prevención de la anemia.	X	X	X	3
11	Asegurar la existencia del personal capacitado para atender los partos inminentes en todos los centros de salud.	X	X		2
12	Incrementar la seguridad alimentaria entre las diferentes regiones.	X	X	X	3
13	Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria.	X	X	X	3
14	Establecer una cultura preventiva mediante la educación y capacitación en planificación familiar, nutrición, higiene, lactancia y maternidad.	X	X	X	3
15	Establecer mecanismos financieros que contribuyan al emprendimiento de la población en extrema pobreza.	X		X	2
16	Asegurar el acceso al agua y saneamiento en todas las zonas rurales.	X	X	X	3
17	Concientizar la importancia del registro y control pre-natal.	X	X	X	3
18	Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en	X	X		2
19	Estandarizar los procesos de los programas sociales.	X	X		2
20	Crear programas asistenciales que cubran las brechas sociales existentes.	X	X		2
21	Asegurar la transparencia en la gestión de los programas sociales.	X	X	X	3
22	Asegurar la continuidad de los responsables de los programas sociales ante cambio de autoridades.	X	X		2
23	Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.	X	X		2
24	Educar a la población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.	X		X	2

Tabla 26

Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (1/2)

Factores críticos de éxito	Penetración en el mercado										Aventura Conjunta - Modalidad Alianza Estratégica/Liderazgo en costos														
	Peso	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA		
Oportunidades																									
Buen manejo macroeconómico y fiscal.	0.06	3	0.18	3	0.18	4	0.25	4	0.25	2.00	0.12	1	0.06	2	0.12	3	0.18	4	0.25	4	0.25	1	0.06	2	0.12
Ingreso Promedio per capita en aumento.	0.04	1	0.04	2	0.07	1	0.04	4	0.14	1.00	0.04	1	0.04	3	0.11	2	0.07	1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04
Alianza del Gobierno con el Banco Mundial.	0.07	3	0.21	3	0.21	3	0.21	4	0.28	3.00	0.21	2	0.14	3	0.21	3	0.21	2	0.14	3	0.21	2	0.14	1	0.07
Programas de protección y aseguramiento de la sostenibilidad de los recursos naturales.	0.05	1	0.05	3	0.16	1	0.05	3	0.16	2.00	0.11	1	0.05	3	0.16	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05
Interés del gobierno por mejorar la prestación de salud, nutrición y agua y saneamiento.	0.09	4	0.35	4	0.35	4	0.35	4	0.35	3.00	0.26	3	0.26	3	0.26	3	0.26	4	0.35	3	0.26	3	0.26	4	0.35
Nuevas Técnicas de prevención de anemia.	0.07	3	0.21	2	0.14	2	0.14	2	0.14	1.00	0.07	4	0.28	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07
Existencia de Red Dorsal Nacional de Fibra Óptica.	0.05	3	0.16	3	0.16	2	0.11	2	0.11	3.00	0.16	2	0.11	1	0.05	2	0.11	2	0.11	3	0.16	3	0.16	1	0.05
Corredores Económicos/Logísticos establecidos entre regiones.	0.06	4	0.25	2	0.12	1	0.06	3	0.18	3.00	0.18	1	0.06	4	0.25	1	0.06	1	0.06	2	0.12	2	0.12	1	0.06
Ley del Canon que establece que el 20% se destine a Investigación y Desarrollo.	0.04	1	0.04	2	0.07	1	0.04	3	0.11	1.00	0.04	2	0.07	2	0.07	1	0.04	3	0.11	1	0.04	1	0.04	1	0.04
Variedad de recursos agrícolas y pesqueros.	0.09	3	0.26	3	0.26	2	0.18	3	0.26	2.00	0.18	1	0.09	4	0.35	1	0.09	1	0.09	1	0.09	1	0.09	1	0.09
Amenazas																									
Calentamiento global.	0.05	2	0.11	2	0.11	1	0.05	2	0.11	1.00	0.05	1	0.05	3	0.16	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05
Contaminación del agua.	0.07	4	0.28	2	0.14	1	0.07	1	0.07	2.00	0.14	1	0.07	1	0.07	1	0.07	4	0.28	1	0.07	1	0.07	1	0.07
Inestabilidad política.	0.04	2	0.09	2	0.09	1	0.04	1	0.04	1.00	0.04	2	0.09	1	0.04	3	0.13	2	0.09	1	0.04	3	0.13	4	0.18
Malos hábitos culturales en alimentación, higiene y salubridad.	0.07	1	0.07	4	0.28	2	0.14	4	0.28	1.00	0.07	1	0.07	3	0.21	1	0.07	4	0.28	1	0.07	1	0.07	1	0.07
Débil institucionalidad.	0.08	3	0.24	1	0.08	1	0.08	1	0.08	2.00	0.16	1	0.08	3	0.24	4	0.32	2	0.16	1	0.08	3	0.24	3	0.24
Pobreza y extrema pobreza.	0.07	4	0.28	4	0.28	4	0.28	3	0.21	3.00	0.21	2	0.14	3	0.21	3	0.21	4	0.28	4	0.28	2	0.14	2	0.14
Fortalezas																									
Gestión participativa (Estado/Ciudadano/Inst. Privada).	0.11	4	0.42	3	0.32	4	0.42	3	0.32	4.00	0.42	3	0.32	3	0.32	3	0.32	2	0.21	3	0.32	3	0.32	1	0.11
Existencia de programas asistenciales específicos.	0.11	4	0.42	3	0.32	2	0.21	3	0.32	3.00	0.32	2	0.21	2	0.21	3	0.32	4	0.42	1	0.11	4	0.42	4	0.42
Canales de Distribución (Gov. Regionales, Gov. Locales).	0.13	3	0.39	3	0.39	3	0.39	2	0.26	3.00	0.39	1	0.13	2	0.26	1	0.13	3	0.39	1	0.13	3	0.39	3	0.39
Capacidad profesional del RRHH en el sector salud.	0.08	2	0.16	3	0.24	2	0.16	2	0.16	1	0.08	4	0.32	1	0.08	1	0.08	3	0.24	1	0.08	1	0.08	1	0.08
Cuatro componentes implementados para el desarrollo de la tecnología e investigación en salud, dentro del Plan Estratégico del sistema de información de salud.	0.11	3	0.32	3	0.32	1	0.11	2	0.21	1	0.11	3	0.32	1	0.11	3	0.32	2	0.21	1	0.11	3	0.32	2	0.21
Debilidades																									
Articulación entre Instituciones Públicas, Privadas y Ministerios.	0.12	2	0.24	3	0.36	3	0.36	3	0.36	4	0.47	3	0.36	3	0.36	2	0.24	2	0.24	3	0.36	3	0.36	3	0.36
Gestión de los recursos asignados.	0.12	3	0.36	2	0.24	3	0.36	2	0.24	2	0.24	1	0.12	1	0.12	3	0.36	3	0.36	2	0.24	3	0.36	3	0.36
Cantidad de RRHH para la asistencia en salud.	0.05	4	0.21	3	0.16	2	0.11	2	0.11	1	0.05	3	0.16	1	0.05	1	0.05	2	0.11	1	0.05	1	0.05	1	0.05
Alcance limitado en tiempo y espacio de los programas sociales alimentarios para la población infantil.	0.09	4	0.37	4	0.37	4	0.37	4	0.37	3	0.28	3	0.28	1	0.09	1	0.09	2	0.18	1	0.09	4	0.37	2	0.18
Falta de monitoreo de los programas sociales alimentarios en anemia y desnutrición.	0.09	4	0.37	4	0.37	4	0.37	4	0.37	3	0.28	4	0.37	1	0.09	1	0.09	3	0.28	1	0.09	4	0.37	1	0.09
Total	2.00		6.06		5.77		4.92		5.46		4.67		4.22		4.26		3.98		5.03		3.44		4.75		3.93

Tabla 26

Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (2/2)

Factores críticos de éxito	Penetración en el mercado/Aventura Conjunta- Modalidad Alianza Estratégica						Desarrollo de productos/Integración vertical hacia adelante						Integración horizontal/Penetración en el mercado		Diversificación concéntrica				
	Peso	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA		
Oportunidades																			
Buen manejo macroeconómico y fiscal.	0.06	4	0.25	2	0.12	4	0.25	4	0.25	1	0.06	4	0.25	4	0.25	4	0.25	2	0.12
Ingreso Promedio per capita en aumento.	0.04	1	0.04	1	0.04	3	0.11	1	0.04	1	0.04	2	0.07	1	0.04	1	0.04	4	0.14
Alianza del Gobierno con el Banco Mundial.	0.07	3	0.21	3	0.21	3	0.21	2	0.14	2	0.14	4	0.28	2	0.14	3	0.21	1	0.07
Programas de protección y aseguramiento de la sostenibilidad de los recursos naturales.	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	2	0.11	1	0.05	2	0.11	1	0.05	1	0.05	4	0.21
Interés del gobierno por mejorar la prestación de salud, nutrición y agua y saneamiento.	0.09	3	0.26	4	0.35	4	0.35	4	0.35	3	0.26	4	0.35	4	0.35	4	0.35	4	0.35
Nuevas Técnicas de prevención de anemia.	0.07	1	0.07	1	0.07	2	0.14	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07
Existencia de Red Dorsal Nacional de Fibra Óptica.	0.05	2	0.11	1	0.05	2	0.11	1	0.05	1	0.05	1	0.05	3	0.16	3	0.16	2	0.11
Corredores Económicos/Logísticos establecidos entre regiones.	0.06	1	0.06	1	0.06	1	0.06	2	0.12	1	0.06	1	0.06	1	0.06	1	0.06	3	0.18
Ley del Canon que establece que el 20% se destine a Investigación y Desarrollo.	0.04	2	0.07	1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04	2	0.07	1	0.04	1	0.04	1	0.04
Variedad de recursos agrícolas y pesqueros.	0.09	3	0.26	2	0.18	1	0.09	3	0.26	1	0.09	1	0.09	1	0.09	2	0.18	4	0.35
Amenazas																			
Calentamiento global.	0.05	1	0.05	2	0.11	1	0.05	1	0.05	1	0.05	2	0.11	1	0.05	1	0.05	1	0.05
Contaminación del agua.	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	1	0.07	2	0.14	2	0.14	1	0.07
Inestabilidad política.	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04	2	0.09	3	0.13	2	0.09
Malos hábitos culturales en alimentación, higiene y salubridad.	0.07	3	0.21	4	0.28	3	0.21	3	0.21	3	0.21	2	0.14	3	0.21	1	0.07	4	0.28
Débil institucionalidad.	0.08	3	0.24	1	0.08	1	0.08	1	0.08	1	0.08	1	0.08	1	0.08	1	0.08	1	0.08
Pobreza y extrema pobreza.	0.07	4	0.28	4	0.28	4	0.28	3	0.21	4	0.28	2	0.14	3	0.21	4	0.28	2	0.14
Fortalezas																			
Gestión participativa (Estado/Ciudadano/Inst. Privada).	0.11	3	0.32	3	0.32	3	0.32	3	0.32	2	0.21	2	0.21	4	0.42	3	0.32	4	0.42
Existencia de programas asistenciales específicos.	0.11	2	0.21	2	0.21	3	0.32	3	0.32	1	0.11	2	0.21	4	0.42	3	0.32	2	0.21
Canales de Distribución (Gov. Regionales, Gov. Locales).	0.13	2	0.26	2	0.26	1	0.13	2	0.26	1	0.13	1	0.13	3	0.39	2	0.26	1	0.13
Capacidad profesional del RRHH en el sector salud.	0.08	2	0.16	1	0.08	3	0.24	1	0.08	4	0.32	1	0.08	3	0.24	2	0.16	2	0.16
Cuatro componentes implementados para el desarrollo de la tecnología e investigación en salud, dentro del Plan Estratégico del sistema de información de salud.	0.11	3	0.32	1	0.11	3	0.32	1	0.11	3	0.32	1	0.11	3	0.32	3	0.32	3	0.32
Debilidades																			
Articulación entre Instituciones Públicas, Privadas y Ministerios.	0.12	3	0.36	3	0.36	2	0.24	2	0.24	2	0.24	3	0.36	2	0.24	4	0.47	3	0.36
Gestión de los recursos asignados.	0.12	3	0.36	3	0.36	1	0.12	3	0.36	3	0.36	1	0.12	2	0.24	2	0.24	2	0.24
Cantidad de RRHH para la asistencia en salud.	0.05	1	0.05	2	0.11	4	0.21	2	0.11	4	0.21	1	0.05	3	0.16	2	0.11	2	0.11
Alcance limitado en tiempo y espacio de los programas sociales alimentarios para la población infantil.	0.09	4	0.37	2	0.18	1	0.09	4	0.37	1	0.09	2	0.18	4	0.37	4	0.37	4	0.37
Falta de monitoreo de los programas sociales alimentarios en anemia y desnutrición.	0.09	4	0.37	2	0.18	2	0.18	4	0.37	1	0.09	2	0.18	4	0.37	4	0.37	4	0.37
Total	2.00		5.04		4.18		4.29		4.60		3.66		3.61		5.18		5.07		5.02

6.8 Matriz de Rumelt (MR)

La matriz de Rumelt es otra herramienta dentro de la fase 3 que sirve como filtro para evaluar estrategias retenidas después de la evaluación de la MCPE, considerando los siguientes criterios: (a) consistencia, dado que la estrategia no debe presentar objetivos ni políticas mutuamente inconsistentes; (b) consonancia, debido a que la estrategia debe tener una respuesta que se adapte al entorno externo como a los cambios críticos que ocurran en este; (c) ventaja, refiriéndose a que la estrategia debe incentivar a la creación y/o mantenimiento de las ventajas competitivas; y (d) factibilidad, de manera que la estrategia no debe generar sobrecostos ni problemas sin solución (D'Alessio, 2015). En la Tabla 27 se muestra dicha matriz con las nueve estrategias específicas retenidas producto de la evaluación de la MCPE.

Tabla 27

Matriz de Rumelt (MR)

Estrategias Específicas		Consistencia	Consonancia	Factibilidad	Ventaja	Se acepta
E1	Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
E2	Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
E3	Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
E4	Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
E5	Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
E6	Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
E7	Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en el país.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
E8	Educar a la población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

6.9 Matriz de Ética (ME)

La matriz de ética verifica que las estrategias específicas retenidas no trasgredan ni perjudiquen aspectos que estén relacionados con los derechos y la justicia, y realmente sean buenas y utilitarias para los fines que se requiere, de lo contrario, la estrategia no debería retenerse (D'Alessio, 2015). De acuerdo con el análisis realizado, y tal como se aprecia en la Tabla 28, todas las estrategias retenidas cumplen con los criterios establecidos en dicha matriz de manera positiva o neutral.

Tabla 28

Matriz de Ética (ME)

	Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.	Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria	Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales	Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en el país.	Educar a las poblaciones en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.
Derechos	E1	E2	E3	E4	E5	E7	E8	E9
Impacto en el derecho a la vida	P	P	P	P	P	P	N	P
Impacto en el derecho a la propiedad	N	N	N	N	N	N	N	N
Impacto en el derecho al libre pensamiento	N	N	N	N	N	N	N	N
Impacto en el derecho a la privacidad	N	N	N	N	N	N	N	N
Impacto en el derecho a la libertad de	N	N	N	N	N	N	N	N
Impacto en el derecho a hablar libremente	N	N	N	N	N	N	N	N
Impacto en el derecho al debido proceso	N	N	N	N	N	N	N	N
Justicia								
Impacto en la distribución	J	J	J	J	J	J	N	J
Impacto en la administración	J	N	N	N	J	N	J	N
Normas de compensación	N	N	N	N	N	N	N	N
Utilitarismo								
Fines y resultados estratégicos	E	E	E	E	E	E	E	E
Medios estratégicos empleados	E	E	E	E	E	E	E	E

Nota: Criterios de calificación de matriz: (a) Derechos: P Promueve, N Neutral, y V Viola; (b) Justicia: J Justo, N Neutro, e I Injusto; y (c) Utilitarismo: E Excelente, N Neutro, y P Perjudica

6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia

Esta matriz muestra, finalmente, cuáles son las estrategias que son retenidas en base a su aceptación después del análisis y evaluación de varias matrices, llamándose también estrategias primarias. Las estrategias de contingencia son aquellas que no superaron el puntaje de 5 en la MCPE, a excepción de dos estrategias específicas que fueron únicas dentro de un tipo de estrategia alternativa, pero son consideradas como estrategias secundarias que pueden ser utilizadas en caso se requiera (las cuales son divididas en tres grupos). En la Tabla 29 se muestran ocho estrategias específicas retenidas y dos grupos de las de contingencia, al no haber alguna estrategia que no supere la evaluación de la matriz de Rumelt, esta matriz no se desarrolla en el primer grupo.

Tabla 29

Matriz de Estrategias Retenidas y de Contingencia

Estrategias retenidas	
D4, D5, A6	Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.
F2, O5	Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.
F2, A4	Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.
F2, O5	Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.
F3, A4, A6	Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria.
F1, F4, O5	Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.
D1, O5	Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en el país.
F1, A4	Educar a la población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.
Estrategias de contingencia	
Primer grupo	
Segundo grupo	
F2, A6	Crear programas asistenciales que cubran las brechas sociales existentes.
D1, O3, O5	Promover alianzas estratégicas con diferentes entidades públicas y privadas.
F5, O9	Identificar e implementar las nuevas técnicas en prevención de la anemia.
F1, O8, O10	Incrementar la seguridad alimentaria entre las diferentes regiones.
D1, D2, A3, A5	Asegurar la transparencia en la gestión de los programas sociales.
D1, A6	Establecer mecanismos financieros que contribuyan al emprendimiento de la población en extrema pobreza.
D2, O3	Estandarizar los procesos de los programas sociales.
D1, A3	Asegurar la continuidad de los responsables de los programas sociales ante cambio de autoridades.
F1, F5, A4	Establecer una cultura preventiva mediante la educación y capacitación en planificación familiar, nutrición, higiene, lactancia y maternidad.
D3, A4	Concientizar la importancia del registro y control pre-natal.
D3, O5	Asegurar la existencia del personal capacitado para atender los partos inminentes en todos los centros de salud.
D1, A1, A2	Asegurar el acceso al agua y saneamiento en todas las zonas rurales.
F2, F3, O5, O10	Asegurar el consumo de hierro, zinc y vitamina A de los beneficiarios de los programas asistenciales alimentarios.
Tercer grupo	
PEYEA	Utilización del recurso humano de las zonas atendidas.
PEYEA	Eliminación de las enfermedades infecciosas (tuberculosis).
PEYEA	Implementar canales de distribución propios.

6.11 Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP)

Con esta matriz se pretende alinear las estrategias retenidas a los objetivos de largo plazo a efectos de verificar y asegurar qué objetivo se va a alcanzar con las estrategias finalmente retenidas. De haber alguna que no se relacione con ninguno de los objetivos trazados, pasará a considerarse como una estrategia de contingencia (D'Alessio, 2015). En la Tabla 30 se puede apreciar cómo las estrategias permiten alcanzar los objetivos de largo plazo establecidos.

Tabla 30

Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP)

Estrategias	Objetivos de Largo Plazo			
	Al 2025, 110 mil (4%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la desnutrición. En el año 2016 fueron 384 mil (13%) los niños afectados por este problema.	Al 2025, 490 mil (18%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la anemia. En el año 2016 fueron 956 mil (33%) niños los afectados por este problema.	Al 2025, 191 mil (7%) serán los casos de niños de 0 a 5 años afectados por Enfermedades Diarreicas Agudas. En el año 2016 fueron 532 mil (19%) los casos de niños afectados por este problema.	Al 2025, 114 (20/100,000) serán las muertes maternas. En el año 2016 fueron de 325 (68.36/100,000) los casos registrados.
	OLP1	OLP2	OLP3	OLP4
Estrategias específicas				
Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	X	X	X	
Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	X	X	X	
Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.		X		X
Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	X	X	X	
Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria.	X	X	X	X
Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.	X	X	X	X
Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada	X	X	X	
Educación a la población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.	X	X	X	X

6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)

Esta matriz permite analizar e identificar a qué posibles competidores y sustitutos se les debe hacer frente y cuáles serían sus posibles reacciones cuando se implementen las estrategias, todo ello con la finalidad que la ejecución de las mismas sea la mejor posible (D'Alessio, 2015). En la Tabla 31 se puede apreciar los competidores y sustitutos de la organización materia de análisis.

Tabla 31

Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)

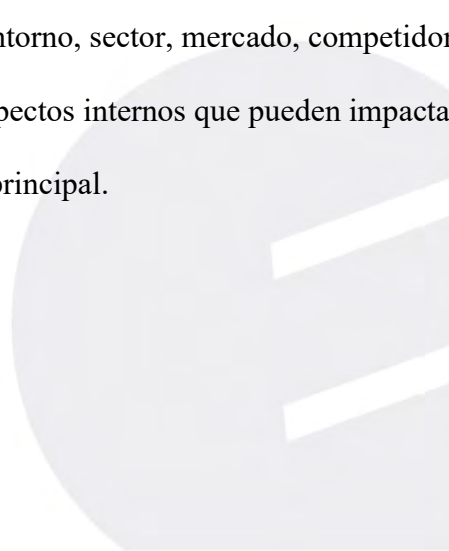
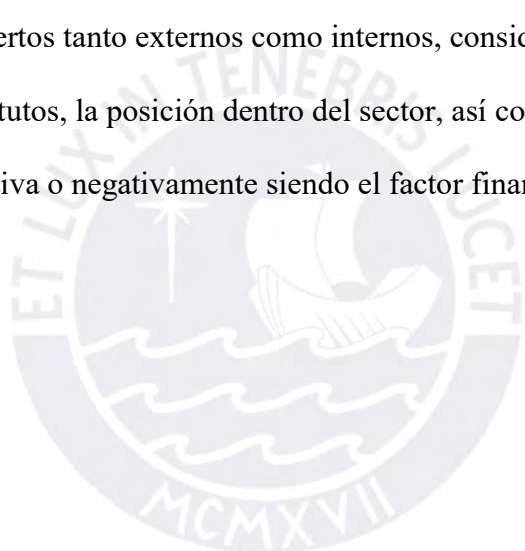
Estrategias Retenidas	Posibilidades MINSA	Posibilidades MIDIS	Posibilidades ONG	Posibilidades Nuevo Gobierno
Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	Defenderá su ámbito de acción en salud	Defenderá su ámbito de acción en salud	Querrá participar	Que se posterge
Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	Indiferente	Absorber programa	Querrá participar	Evitar
Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.	Apoyar	Apoyar	Apoyo	Evitar
Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	Participar	Apoyar	Indiferente	Evitar
Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria.	Participar	En contra	Participar	Evitar
Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.	Participar	Participar	Participar	Apoyar
Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en el país.	En contra - Absorber funciones	En contra - Absorber funciones	Ser el canal de distribución	Evitar
Educar a la población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.	Indiferente	Participar	Participar	Indiferente

6.13 Conclusiones

Este capítulo desarrolla tanto la fase 2 como la fase 3 de la etapa de formulación dentro del proceso estratégico. La importancia de este capítulo radica en que, básicamente, contiene la esencia del proceso estratégico porque es donde se utilizan los insumos para empezar a desarrollar el producto y verificar, finalmente, la calidad del mismo. Asimismo, si bien todas las matrices son importantes, en este capítulo se resalta la importancia de la matriz FODA porque ella por sí sola recoge e identifica que se haya realizado un buen análisis tanto

interno como externo. Así también, la teoría señala que, de resultar alguna estrategia de las otras matrices, siempre se debe buscar su origen en el FODA. Por otro lado, ambas fases no solo requieren de mucho análisis sino también de intuición y de decisión en base al conocimiento que se tiene del sector, a la experiencia y al trabajo colegiado del personal de la organización.

Finalmente, después de un exhaustivo análisis producto de las 12 matrices, 5 que están relacionadas a la intuición que son la MFODA, MPEYEA, MBCG, MIE y MGE; 4 que implican mayor decisión, como la MDE, MCPE, MR, y ME, y 3 que corresponden a la etapa de implementación como la MERC, MEOLP y MEPCS, se concluye que se puede asegurar que la ejecución de las estrategias debe ser exitosa dado que se tienen todos los aspectos cubiertos tanto externos como internos, considerando entorno, sector, mercado, competidores, sustitutos, la posición dentro del sector, así como los aspectos internos que pueden impactar positiva o negativamente siendo el factor financiero el principal.



Capítulo VII: Implementación Estratégica

La etapa de implementación estratégica implica un proceso exigente de transformación de los planes estratégicos, en acciones concretas y resultados. Por lo tanto, el éxito de la implementación está en el logro de los objetivos estratégicos, por ello, es necesario que el personal directivo adopte diferentes enfoques y aplique diferentes habilidades para generar iniciativas que motiven al cambio. Asimismo, es necesario que se tenga en cuenta que quienes realizan los cambios son las personas, por lo que es fundamental el liderazgo de la alta dirección para que los motive, así como que se cuente con las herramientas necesarias que soporten esta etapa como la tecnología, innovación y creatividad, los cuales son factores diferenciadores de las organizaciones que triunfan (D'Alessio, 2015).

7.1 Objetivos de Corto Plazo

Toda organización necesita de hitos que sirvan como guía para medir su rendimiento, siendo los objetivos de largo y corto plazo los parámetros que sirven como medición. Estos últimos conforman el soporte que debe cumplirse para lograr los objetivos estratégicos. En la Tabla 32 se detallan los objetivos de corto plazo relacionados a cada uno de los objetivos de largo plazo y cuyas acciones se señalan en el Tablero de Control Balanceado, ver Tabla 35.

7.2 Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo

Todo proceso de implementación necesita de insumos que son los recursos financieros, humanos, tecnológicos y físicos para que las estrategias puedan realizarse y dicho proceso pueda ser ejecutado de manera exitosa. Estos recursos tienen que ser distribuidos en base a los objetivos de corto plazo para reforzar la capacidad distintiva de la organización, considerándose las 7 M: a) materiales directos e indirectos, b) mano de obra, c) maquinarias, d) métodos, procesos y sistemas, e) el ambiente interno de la organización, f) mentalidad, y g) dinero (D'Alessio, 2015). En la Tabla 33 se puede observar los recursos necesarios para los objetivos de corto plazo.

Tabla 32

Objetivos de Corto Plazo

N° de OLP	Objetivo de largo plazo	N° de OCP	Objetivo de corto plazo
OLP1	Al 2025, 110 mil (4%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la desnutrición. En el año 2016 fueron 384 mil (13%) los niños afectados por este problema.	OCP 1.1	Lograr al 2018, que se incremente en un 2% los niños nutridos en edad preescolar, pasando de 87% a 89%, siendo, después de ello, el crecimiento de 1.1% anual hasta el 2025.
		OCP 1.2	Lograr al 2018, que se reduzca en 6.9% los niños desnutridos en edad preescolar de las zona rurales, pasando de 22.8% a 19.6%, con una tasa de reducción de 6.9% anual hasta el 2025.
		OCP 1.3	Lograr al 2018, que se incremente en un 5.3% los niños nutridos en edad preescolar en las zonas más pobres, pasando de un 69.7% a 75%, siendo, después de ello, el incremento de 2.6% anual hasta el 2025.
		OCP 1.4	A partir del 2019, erradicar los malos hábitos alimenticios en seis regiones del sector rural para evitar desnutrición y anemia aprovechando los recursos de la zona y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones cada dos años hasta el 2025.
		OCP 1.5	Desde el 2018 al 2025, establecer una base alimenticia adecuada compuesta entre el 80% y 100% por recursos de la zona.
OLP2	Al 2025, 490 mil (18%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la anemia. En el año 2016 fueron 956 mil (33%) niños los afectados por este problema.	OCP 2.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 4% los niños anémicos en edad preescolar, pasando de 33% a 29%, siendo, después de ello, la reducción de 6.5% anual hasta el 2025.
		OCP 2.2	Lograr al 2018, que se reduzca en 5.7% los niños anémicos en edad preescolar de las zona rurales, pasando de 38.5% a 35.7%, con una tasa de reducción de 7.1% anual hasta el 2025.
		OCP 2.3	A partir del 2018, asegurar la disponibilidad de alimentos básicos fortificados con hierro en el 100% de los programas asistenciales y a partir del 2020 se obligue la comercialización del arroz fortificado.
		OCP 2.4	Desde el 2018, incrementar a 95% los centros de salud que contarán con complementos alimenticios para el tratamiento de la anemia infantil y mantener dicho índice hasta el 2025.
		OCP 2.5	Desde el 2018, incrementar a 100% los centros de salud que contarán con el equipamiento básico necesario para el diagnóstico de anemia y desnutrición y mantener dicho índice hasta el 2025.
		OCP 2.6	En el 2018, tener el 95% de los colaboradores de la organización capacitados sobre la importancia, necesidad y urgencia de cumplir los objetivos relacionados a la reducción de anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas y muerte materna.
		OCP 2.7	En el 2018, tener identificadas las causas de la anemia en las 5 regiones con mayor número de casos y a partir del 2019 continuar con dicha investigación en 3 regiones cada año hasta el 2025.
OLP3	Al 2025, 191 mil (7%) serán los casos de niños de 0 a 5 años afectados por Enfermedades Diarreicas Agudas. En el año 2016 fueron 532 mil (19%) los casos de niños afectados por este problema.	OCP 3.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 3.7% los casos de EDA en edad preescolar, pasando de 18.7% a 15%, siendo, después de ello, la reducción de 10.33% anual hasta el 2025.
		OCP 3.2	Desde el 2018, contar con un sistema de información integrado que permita el monitoreo por cada región para la vigilancia de los casos de desnutrición, anemia y EDA.
		OCP 3.3	Al 2019, erradicar los malos hábitos de higiene en seis regiones para prevenir enfermedades diarreicas a nivel nacional y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones cada dos años hasta el 2025.
OLP4	Al 2025, 114 (20/100,000) serán las muertes maternas. En el año 2016 fueron de 325 (68.36/100,000) los casos registrados.	OCP 4.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 16.3% los casos de mortalidad materna, pasando de 68.36% a 52.05%, siendo, después de ello, la reducción de 12.74% anual hasta el 2025.
		OCP 4.2	Lograr al 2018, el aseguramiento de la atención postnatal en madres gestantes de las zonas más pobres, incrementándose de 90.1% a 90.5%, siendo la tasa posterior de crecimiento anual de 1.14% hasta el 2025.
		OCP 4.3	Entre el 2018 al 2025, reducir la mortalidad materno en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, de 16% a 4% a una tasa anual de 15.9%.

Tabla 33

Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo

N° de OLP	Objetivo de largo plazo	N° de OCP	Objetivo de corto plazo	Recursos Asignados	
OLP1	Al 2025, 110 mil (4%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la desnutrición. En el año 2016 fueron 384 mil (13%) los niños afectados por este problema.	OCP 1.1	Lograr al 2018, que se incremente en un 2% los niños nutridos en edad preescolar, pasando de 87% a 89%, siendo, después de ello, el crecimiento de 1.1% anual hasta el 2025.	Recursos financieros. Sistema y Tecnología de información.	Supervisor Regional.
		OCP 1.2	Lograr al 2018, que se reduzca en 6.9% los niños desnutridos en edad preescolar de las zonas rurales, pasando de 22.8% a 19.6%, con una tasa de reducción de 6.9% anual hasta el 2025.	Recursos financieros. Material informativo.	Supervisor Regional y personal capacitado en nutrición.
		OCP 1.3	Lograr al 2018, que se incremente en un 5.3% los niños nutridos en edad preescolar en las zonas más pobres, pasando de un 69.7% a 75%, siendo, después de ello, el incremento de 2.6% anual hasta el 2025.	Recursos financieros. Asignación de colegios y locales por MINEDU y Gobiernos Regionales.	Supervisor Regional.
		OCP 1.4	A partir del 2019, erradicar los malos hábitos alimenticios en seis regiones del sector rural para evitar desnutrición y anemia aprovechando los recursos de la zona y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones cada dos años hasta el 2025.	Recursos financieros. Laptop, sistema de tecnología e información, material informativo, carpas, mobiliario.	Nutricionista.
		OCP 1.5	Desde el 2018 al 2025, establecer una base alimenticia adecuada compuesta entre el 80% y 100% por recursos de la zona.	Recursos financieros. Sistema y Tecnología de información.	Nutricionista.
OLP2	Al 2025, 490 mil (18%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la anemia. En el año 2016 fueron 956 mil (33%) niños los afectados por este problema.	OCP 2.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 4% los niños anémicos en edad preescolar, pasando de 33% a 29%, siendo, después de ello, la reducción de 6.5% anual hasta el 2025.	Recursos financieros. Sistema y Tecnología de información.	Supervisor Regional.
		OCP 2.2	Lograr al 2018, que se reduzca en 5.7% los niños anémicos en edad preescolar de las zonas rurales, pasando de 38.5% a 35.7%, con una tasa de reducción de 7.1% anual hasta el 2025.	Recursos financieros. Hemoglobímetro, carpas, mobiliario, sistema de tecnología e información, material informativo.	Personal técnico de salud y personal capacitado en nutrición.
		OCP 2.3	A partir del 2018, asegurar la disponibilidad de alimentos básicos fortificados con hierro en el 100% de los programas asistenciales y a partir del 2020 se obligue la comercialización del arroz fortificado.	Recursos financieros. Logística y distribución.	Responsable de compras.
		OCP 2.4	Desde el 2018, incrementar a 95% los centros de salud que contarán con complementos alimenticios para el tratamiento de la anemia infantil y mantener dicho índice hasta el 2025.	Recursos financieros. Logística y distribución.	Responsable de compras.
		OCP 2.5	Desde el 2018, incrementar a 100% los centros de salud que contarán con el equipamiento básico necesario para el diagnóstico de anemia y desnutrición y mantener dicho índice hasta el 2025.	Recursos financieros. Hemoglobímetro y sistema y tecnología de información.	Responsable de compras.
		OCP 2.6	En el 2018, tener el 95% de los colaboradores de la organización capacitados sobre la importancia, necesidad y urgencia de cumplir los objetivos relacionados a la reducción de anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas y muerte materna.	Recursos financieros. Material visual.	Personal que comparta los valores de la organización y Supervisor Regional.
		OCP 2.7	En el 2018, tener identificadas las causas de la anemia en las 5 regiones con mayor número de casos y a partir del 2019 continuar con dicha investigación en 3 regiones cada año hasta el 2025.	Recursos financieros. Universidades e Instituciones de investigación.	Responsable de Innovación.
OLP3	Al 2025, 191 mil (7%) serán los casos de niños de 0 a 5 años afectados por Enfermedades Diarreicas Agudas. En el año 2016 fueron 532 mil (19%) los casos de niños afectados por este problema.	OCP 3.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 3.7% los casos de EDA en edad preescolar, pasando de 18.7% a 15%, siendo, después de ello, la reducción de 10.33% anual hasta el 2025.	Recursos financieros. Sistema y Tecnología de información.	Supervisor Regional.
		OCP 3.2	Desde el 2018, contar con un sistema de información integrado que permita el monitoreo por cada región para la vigilancia de los casos de desnutrición, anemia y EDA.	Recursos financieros. Sistema y Tecnología de información.	Responsable de Tecnología de Información.
		OCP 3.3	Al 2019, erradicar los malos hábitos de higiene en seis regiones para prevenir enfermedades diarreicas a nivel nacional y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones cada dos años hasta el 2025.	Recursos financieros. Logística y distribución, material audiovisual didáctico, laptop, carpas y mobiliario.	Personal de comunicación y salud.
OLP4	Al 2025, 114 (20/100,000) serán las muertes maternas. En el año 2016 fueron de 325 (68.36/100,000) los casos registrados.	OCP 4.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 16.3% los casos de mortalidad materna, pasando de 68.36% a 52.05%, siendo, después de ello, la reducción de 12.74% anual hasta el 2025.	Recursos financieros. Sistema y Tecnología de información.	Supervisor Regional.
		OCP 4.2	Lograr al 2018, el aseguramiento de la atención postnatal en madres gestantes de las zonas más pobres, incrementándose de 90.1% a 90.5%, siendo la tasa posterior de crecimiento anual de 1.14% hasta el 2025.	Recursos financieros. Material audiovisual didáctico, laptop, sistema y tecnología de la información, carpas, mesas,	Personal médico.
		OCP 4.3	Entre el 2018 al 2025, reducir la mortalidad materno en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, de 16% a 4% a una tasa anual de 15.9%.	Recursos financieros. Material informativo.	Personal médico y Psicólogo

7.3 Políticas de cada Estrategia

Las políticas son todas aquellas directrices, métodos, reglas y procedimientos que enmarcan el actuar de la organización para la implementación de cada estrategia y, en consecuencia, para el logro de los objetivos. Estas políticas deben estar alineadas con los valores señalados en el Capítulo II, de manera que exista una correspondencia entre ambos. Asimismo, las políticas sirven de puente para que las estrategias puedan ser implementadas y se llegue a la situación futura deseada, por lo que es importante que sean plasmadas desde una perspectiva estratégica para tener un mejor control de los mismos, asegurar su correcta aplicación y garantizar su ejecución (D'Alessio, 2015). A continuación, se mencionan las políticas que servirán como lineamientos a las estrategias retenidas y en la Tabla 34 se observa la relación entre las mismas.

- Política 1 (P1): Gestión por resultados.
- Política 2 (P2): Apoyar el aseguramiento de la alimentación nutritiva.
- Política 3 (P3): Promover la inclusión y justicia social.
- Política 4 (P4): Promover el acceso universal a los servicios de salud.
- Política 5 (P5): Asegurar la presencia del Estado a nivel nacional para la seguridad alimentaria y de salud.
- Política 6 (P6): Promover la cultura de la prevención.
- Política 7 (P7): Asegurar la comunicación y las acciones entre instituciones públicas, privadas y sociedad civil.
- Política 8 (P8): Reclutar personal competente en todos los niveles de la organización.
- Política 9 (P9): Promover el uso de los corredores logísticos.

Tabla 34

Matriz de Políticas y Estrategias

N° Política	Políticas / Estrategias	Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria	Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en el país.	Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.	Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.	Educar a las población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.
P1	Gestión por resultados.		x	x	x		x	x	x
P2	Apoyar el aseguramiento de la alimentación nutritiva.	x	x	x	x	x			x
P3	Promover la inclusión y justicia social.	x	x	x	x	x		x	x
P4	Promover el acceso universal a los servicios de salud.	x		x	x		x	x	
P5	Asegurar la presencia del Estado a nivel nacional para la seguridad alimentaria y de salud.	x					x	x	
P6	Promover la cultura de la prevención.			x	x	x	x	x	x
P7	Asegurar la comunicación y las acciones entre instituciones públicas, privadas y sociedad civil.	x	x		x	x		x	
P8	Reclutar personal competente en todos los niveles de la organización.		x		x			x	x
P9	Promover el uso de los corredores logísticos.	x			x	x			

7.4 Estructura de la Nutrición y Asistencia Médica Básica en el Perú

La estructura de la organización es el diseño de la misma que incluye la división y distribución de las actividades, siendo un factor de éxito porque lleva a la organización a tener una etapa de implementación de las estrategias de manera exitosa. En ese sentido, existen diversos ministerios que trabajan el tema de nutrición como el MINSA, el cual es el responsable técnico en dicha materia, el MIDIS, que tiene un rol asistencial, y el MINAGRI, que busca la seguridad alimentaria de la población, todo ello dentro del marco de una Comisión Multisectorial, según lo señaló D'Alessio, F. (comunicación personal, 17 de abril de 2018). Sin embargo, dichas articulaciones no son suficientes para el logro de los objetivos del país, debido a que se evidencia una falta de liderazgo que busque la sinergia entre todas las instituciones involucradas. Es por ello que se propone la creación de una organización denominada Organismo Nacional contra la Desnutrición Infantil, en el marco del artículo 36° de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, la cual señala que las Comisiones Multisectoriales tienen la capacidad de liderar la creación de organizaciones nuevas para abordar cualquier problema de interés nacional. Esta propuesta contó con la opinión favorable del, ex viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, Pino, R. (comunicación personal, 10 de abril de 2018) y D'Alessio, F. (comunicación personal, 17 de abril de 2018).

El organismo propuesto será el responsable de implementar el presente plan estratégico bajo la estructura mostrada en el Figura 36, donde el liderazgo recaerá en el Director Ejecutivo quien reportará directamente a la Presidencia del Consejo de Ministros. La parte operativa se ha dividido, estratégicamente, en base a los cuatro grandes objetivos de largo plazo, apoyándose, a su vez, en una división geográfica de ocho regiones que cubren todo el país. Cada región estará a cargo de un Gerente Regional, el cual tendrá la responsabilidad de asegurar que los canales de distribución funcionen correctamente y alcanzar los objetivos trazados para cada uno de los cuatro indicadores. Para ello, también

deberá trabajar con los líderes de las comunidades, principalmente, con las más alejadas, donde la presencia del Estado es escasa; a su vez, contará con la asesoría de un nutricionista para asegurar una adecuada y variada alimentación en los programas sociales y en los hogares mediante la capacitación a las madres, de manera que aprovechen los recursos de cada región.

El área de Planeamiento Estratégico elaborará las directrices y estrategias específicas para cada región, así como las prioridades de las mismas. Asimismo, monitoreará los resultados de las acciones ejecutadas y establecerá las acciones correctivas necesarias. Además, contará con dos áreas de apoyo que son Innovación, la cual investigará las nuevas tendencias y hallazgos en materia de prevención y tratamiento, principalmente, de la anemia y desnutrición para su implementación en el país; y Articulación, la cual establecerá las alianzas estratégicas con los diversos ministerios e instituciones del Estado con la finalidad de desarrollar las sinergias para asegurar la cobertura nacional mediante los canales de distribución adecuados y, de esta manera, lograr los objetivos.

Por otro lado, la estructura contará con áreas de apoyo, entre las cuales está el área de Comunicaciones, encargada de impulsar la educación alimentaria en el país, las campañas de concientización y educativas acordes a la realidad cultural de cada región. El área de Convenios establecerá alianzas estratégicas para conseguir el apoyo técnico y económico de los organismos internacionales, Organismos No Gubernamentales e instituciones públicas y privadas. El área de Recursos Humanos se encargará de seleccionar el personal que cumpla con el perfil para la estructura propuesta. Finalmente, el área de Tecnología de la Información tendrá, dentro de sus funciones, la responsabilidad de coordinar con el MINSA la implementación del sistema de registro de datos actualizados y monitoreo de resultados.

Como se puede observar, la estructura planteada de la nueva organización incorpora las fortalezas necesarias identificadas como factores claves de éxito en una organización de este sector, como lo son Nutrición y Asistencia Médica Básica.

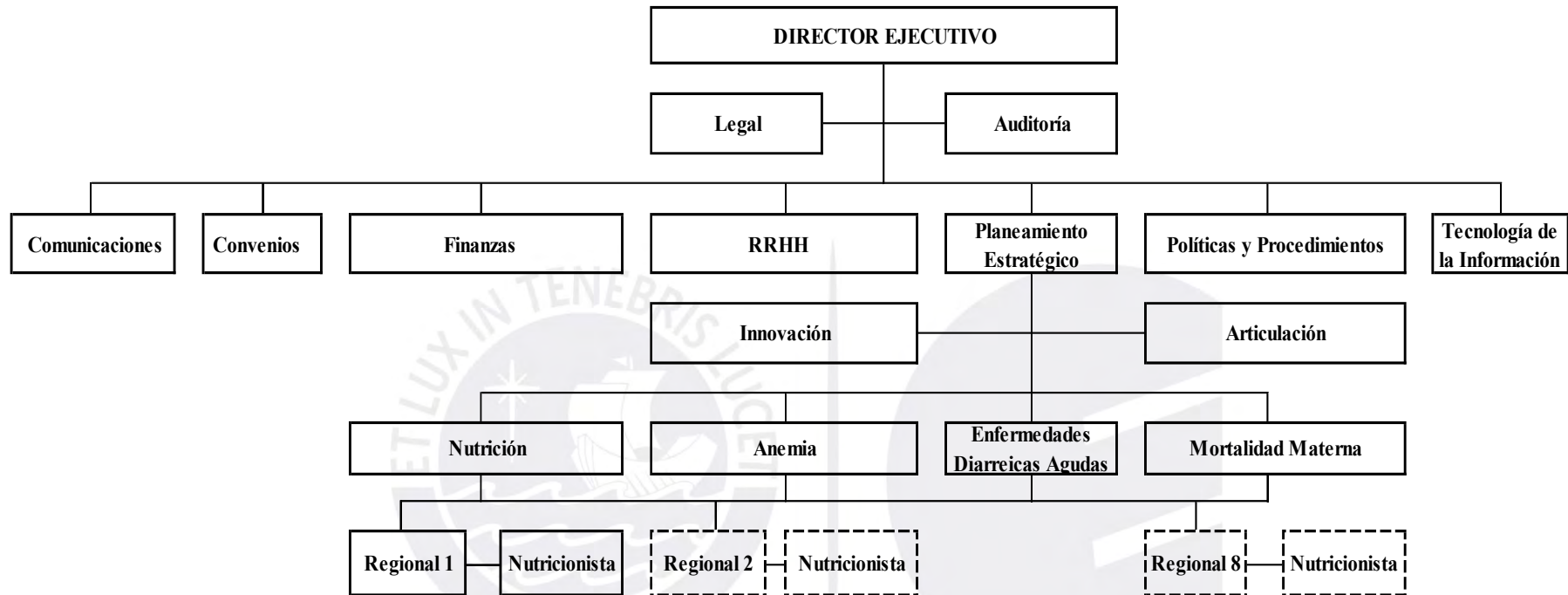


Figura 36. Estructura propuesta para la implementación de las estrategia y alcanzar la visión deseada.

7.5 Medio Ambiente, Ecología, y Responsabilidad Social

Como parte de la responsabilidad social, toda persona tiene derecho a una vida digna, es por ello que el Estado debe procurar brindar bienestar a toda la población, con especial atención a los niños, madres gestantes y personas de la tercera edad en estado de necesidad, contribuyendo con la reducción de la brecha de desigualdad entre las zonas rurales y las zonas urbanas.

Es así que se señaló en la Declaración Universal de los derechos Humanos que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación” (ONU, 1948). Además, en el mismo documento se señaló: “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social” (ONU, 1948).

Siguiendo con dichos lineamientos, el Perú en su Constitución Política y en el marco de la nutrición y la asistencia médica básica estableció en su artículo 1° “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado” (Congreso de la República, 1993). En el artículo 2° del mismo documento se estableció que “Toda persona tiene derecho: A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece” (Congreso de la República, 1993). El artículo 4° se señaló que “la comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono”. Además, los artículos 7 y 9 señalaron el derecho a la salud y la obligación del Estado de establecer políticas nacionales de salud de manera que todos puedan tener acceso equitativo a dichos servicios. En ese sentido el DS N° 027-2007 PCM estipuló en su artículo 2°, numeral seis, que dentro de la política nacional en materia de inclusión está, entre otros, el

obligatorio cumplimiento de desarrollo de programas destinados a reducir la mortalidad infantil, prevenir las enfermedades crónicas, y mejorar la nutrición de los menores de edad.

Finalmente, las estrategias diseñadas tienen el objetivo principal de prevenir y atender la anemia, enfermedades diarreicas agudas y la desnutrición crónica en los niños y, de igual forma, atender a las madres gestantes reduciendo la mortalidad materna, todo ello en consonancia con los derechos antes indicados.

7.6 Recursos Humanos y Motivación

La implementación de las estrategias propuestas requiere de una estructura funcional y geográfica, con tal objetivo, se plantea desarrollar los recursos humanos bajo los siguientes parámetros:

1. El Director de Planeamiento cumplirá la función de liderar la implementación del plan estratégico para la nutrición infantil y asistencia médica básica, ejerciendo un liderazgo que influya positivamente en las personas para alcanzar los objetivos de largo plazo. Asimismo, las competencias necesarias para llevar a cabo las acciones son: trabajo en equipo, capacidad de adaptación y apertura al cambio, comunicación, liderazgo, orientación a los resultados y al cliente.
2. Se desarrollará una cultura organizacional que respalde las estrategias propuestas, cuya base será los valores establecidos, así como el código de ética con la finalidad de tener siempre presente la misión y la visión de la organización mediante una comunicación constante.
3. Como parte de la concientización y la motivación, todo el personal deberá participar en visitas de campo de manera periódica, donde cumplirá roles de apoyo, permitiendo interiorizar la realidad de los casos tratados.

4. El personal trabajará bajo el enfoque de gestión por resultados, para lo cual se definirán las funciones de cada puesto y las metas laborales en coordinación con las gerencias con la finalidad de establecer indicadores de desempeño.

7.7 Gestión del Cambio

Para lograr que un proceso de implementación estratégico sea exitoso, es necesario que se gestione de manera adecuada la resistencia al cambio, siendo importante señalar lo siguiente:

1. Presencia de un líder transformacional que inspire a sus colaboradores y *stakeholders*, apelando a sus necesidades y emociones que le permitan identificarse con los objetivos de la organización para llevarlos a cabo.
2. Crear un equipo virtuoso integrado por los principales directivos de cada ministerio involucrado, que promueva los cambios y trabaje en la integración para que todos se orienten con el solo objetivo de reducir los índices de desnutrición, anemia, enfermedades diarreicas y muerte materna.
3. Generar sinergias entre los ministerios involucrados y organismos públicos de apoyo para mejorar la estrategia de articulación, creando espacios de diálogos para plantear soluciones y facilitar las relaciones interministeriales que permitan la optimización de recursos.
4. Crear sentido de urgencia sobre los objetivos de la organización, identificando las oportunidades que se presentarán a cada uno de los ministerios involucrados al alcanzar los objetivos de largo plazo de la organización propuesta.

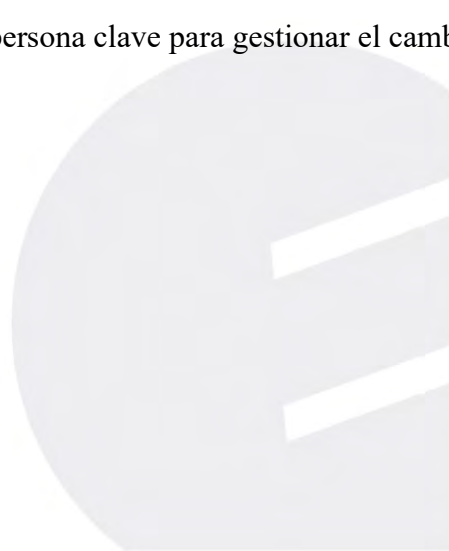
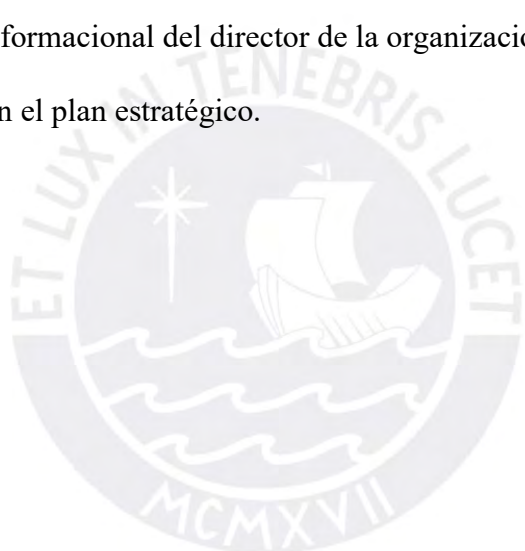
7.8 Conclusiones

Después del análisis realizado, se ha determinado que, para el cumplimiento de los objetivos de corto plazo, se requiere principalmente de recursos económicos, humanos y logísticos. Por otro lado, se ha validado que las estrategias están alineadas a las políticas

establecidas por la organización, lo cual es importante para cumplir con los objetivos de largo plazo.

Respecto a la estructura, se considera necesario crear una nueva organización adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros para que pueda ejecutar de manera eficiente las acciones necesarias que llevarán al cumplimiento de los objetivos de corto y largo plazo y, en consecuencia, lograr la visión deseada. Estas acciones están enmarcadas dentro de la declaración de los Derechos Humanos Universales y la Constitución Política del Perú, que establece el derecho a una vida digna.

Finalmente, es de vital importancia, que el recurso humano cuente con las competencias adecuadas para la ejecución de las acciones, así como el liderazgo transformacional del director de la organización como persona clave para gestionar el cambio según el plan estratégico.



Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

La tercera etapa en el modelo de gerencia estratégica es evaluación y control, siendo las dos primeras: (a) formulación y planeamiento e (b) implementación y dirección. A diferencia de las otras dos etapas, la evaluación y control es un proceso continuo y permanente que se desarrolla durante todo el proceso, tal como lo indicó D'Alessio (2015). Para la evaluación de las estrategias y el monitoreo y control de los objetivos de corto plazo se utilizará el Tablero de Control Balanceado, el cual permitirá conocer los resultados de las estrategias planteadas para alcanzar la visión propuesta para la Nutrición y Asistencia Médica Básica en el Perú.

8.1 Perspectivas de Control

Según D'Alessio (2015), el Tablero de Control Balanceado es una herramienta que permite tener una visión general, completa y holística de la organización. Asimismo, por ser la organización una institución pública con fin social, la medición y comparación permite evaluar las estrategias planteadas desde cuatro perspectivas: (a) aprendizaje interno, (b) procesos, (c) clientes, y (d) cumplimiento de la misión (Villagra, 2015).

8.1.1 Aprendizaje interno

El objetivo de esta perspectiva es identificar los factores que contribuyan a la mejora y crecimiento sostenible de la organización. De acuerdo a lo sugerido por Kaplan y Norton (citado por D'Alessio 2015), se considerarán los siguientes dos indicadores: productividad de la fuerza operacional y capacidad de los sistemas de información. En ese sentido, se busca que la organización fortalezca la capacidad de los sistemas de información mediante estudios específicos que permitan hallar las causas reales de la problemática actual, así como puntos de mejora en materia del presente planeamiento estratégico.

8.1.2 Procesos

Esta perspectiva se basa en el análisis de los procesos más críticos para conseguir los objetivos financieros y de clientes. Kaplan y Norton (2009) recomendaron que la cadena de valor esté definida en base a tres etapas: (a) innovación, (b) procesos operativos, y (c) servicio de postventa. Adicionalmente, entre los indicadores señalados por D'Alessio (2015), se encuentra la eficiencia operacional con procesos productivos eficientes, la cual impacta en beneficiar a la mayor cantidad de niños.

8.1.3 Clientes

Kaplan y Norton (2009) señalaron que esta perspectiva representa las fuentes que proporcionarán el componente de ingresos para los objetivos financieros de la organización. En esta perspectiva, D'Alessio (2015) sugirió utilizar los siguientes indicadores: (a) participación de mercado, (b) retención de clientes y consumidores, (c) captación de clientes y consumidores y, (d) rentabilidad por cliente y consumidor. En ese sentido, la participación de mercado es la que resulta más útil para los objetivos propuestos, pues permitirá medir la cobertura de la organización.

8.1.4 Cumplimiento de la misión

Esta perspectiva reemplaza a la perspectiva financiera de las organizaciones con fines de lucro, en esta se plasma el propósito principal de la organización y el resultado más importante que se espera de la misma (Villagra, 2015).

8.2 Tablero de Control Balanceado (Balanced Scorecard)

El Tablero de Control Balanceado es una herramienta que permitirá a los empleados de la organización traducir la visión y estrategia de la organización en un conjunto coherente de indicadores de acción, lo que indica a cada empleado cómo su labor impacta en los resultados finales de la organización, identificando, al mismo tiempo, los indicadores críticos que deben vigilar para asegurar el éxito de la estrategia y alcanzar los objetivos de largo

plazo. En la Tabla 35 se puede ver los OCP dentro del Tablero de Control Balanceado así como en la Figura 37, el Mapa Estratégico muestra la relación causa efecto entre los objetivos de corto plazo.

8.3 Conclusiones

Para el logro de la visión al 2025 es necesario que las estrategias planteadas se sigan y que los colaboradores de la nueva organización sepan hacia dónde se dirige, qué indicadores deben vigilar para llegar a los objetivos de largo plazo, reduciendo la cantidad de niños con anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas agudas y la mortalidad materna. Para ello, el uso del Tablero de Control Balanceado debe facilitar a la dirección la consecución de los objetivos de corto plazo, indicando responsables, metas, y plazos para alcanzarlos.



Tabla 35

Tablero de Control Balanceado

	Objetivos de Corto Plazo	Acciones	Indicador	Unidades	Metas			Responsable
					2018	2019	2025	
Perspectiva de Cumplimiento de la Misión	OCP 1.1	Lograr al 2018, que se incremente en un 2% los niños nutridos en edad preescolar, pasando de 87% a 89%, siendo, después de ello, el crecimiento de 1.1% anual hasta el 2025.	Reducir la desnutrición crónica infantil	N° de niños desnutridos/Total de niños menores de 5 años de edad	Porcentaje	11%	4%	Director Ejecutivo
	OCP 2.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 4% los niños anémicos en edad preescolar, pasando de 33% a 29%, siendo, después de ello, la reducción de 6.5% anual hasta el 2025.	Reducir la anemia	N° de niños anémicos/Total de niños menores de 5 años de edad	Porcentaje	29%	18%	Director Ejecutivo
	OCP 3.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 3.7% los casos de EDA en edad preescolar, pasando de 18.7% a 15%, siendo, después de ello, la reducción de 10.33% anual hasta el 2025.	Reducir los casos de EDA	Casos de EDA/1000 niños menores de 5 años de edad	1/1000	150	70	Director Ejecutivo
	OCP 4.1	Lograr al 2018, que se reduzca en un 16.3% los casos de mortalidad materna, pasando de 68.36% a 52.05%, siendo, después de ello, la reducción de 12.74% anual hasta el 2025.	Reducir los casos de mortalidad materna	Casos de mortalidad materna/100,000 nacidos vivos	1/100,000	52	20	Director Ejecutivo
Perspectiva Clientes	OCP 2.2	Lograr al 2018, que se reduzca en 5.7% los niños anémicos en edad preescolar de las zonas rurales, pasando de 38.5% a 35.7%, con una tasa de reducción de 7.1% anual hasta el 2025.	Realizar cuatro campañas anuales en zonas rurales fuera del establecimiento de salud para el diagnóstico de anemia usando hemoglobímetro portátil.	Cobertura de zonas rurales por campaña/Total zonas rurales	Porcentaje	70%	95%	MINSA
			Realizar visitas mensuales de acompañamiento a las familias de las zonas rurales con índice de anemia mayor al 10% para apoyar en el tratamiento de anemia del infante.	Cobertura de zonas rurales por visita/Total zonas rurales	Porcentaje	20%	95%	MINSA
	OCP 1.2	Lograr al 2018, que se reduzca en 6.9% los niños desnutridos en edad preescolar de las zonas rurales, pasando de 22.8% a 19.6%, con una tasa de reducción de 6.9% anual hasta el 2025.	Realizar cuatro visitas anuales a hogares en zonas rurales para el diagnóstico de desnutrición. Realizar visitas mensuales de acompañamiento a las familias de las zonas rurales con tasa de desnutrición de más del 6% para apoyar en el tratamiento de la desnutrición del infante.	Cobertura de zonas rurales por visita/Total zonas rurales	Porcentaje	70%	95%	MINSA
	OCP 1.3	Lograr al 2018, que se incremente en un 5.3% los niños nutridos en edad preescolar en las zonas más pobres, pasando de un 69.7% a 75%, siendo, después de ello, el incremento de 2.6% anual	Incrementar la cobertura distrital de Cuna Más a nivel nacional.	Total niños desnutridos/Total niños del quintil inferior de riqueza	Porcentaje	25%	10%	MIDIS MIDIS
			Incrementar la cobertura de Qali Warma a nivel nacional.					
	OCP 4.2	Lograr al 2018, el aseguramiento de la atención postnatal en madres gestantes de las zonas más pobres, incrementándose de 90.1% a 90.5%, siendo la tasa posterior de crecimiento anual de 1.14% hasta el 2025.	Promover la asistencia de las madres gestantes a los controles postnatales mediante la entrega de incentivos. Realizar cuatro campañas anuales a nivel nacional sobre el reconocimiento de los signos de alarma que pongan en riesgo la vida de la gestante.	N° de mujeres asistiendo a controles postnatales del quintil inferior de riqueza/Total partos del quintil inferior de riqueza	Porcentaje	9.50%	2%	MINSA Director Ejecutivo
	OCP 4.3	Entre el 2018 al 2025, reducir la mortalidad materna en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, de 16% a 4% a una tasa anual de 15.9%.	Establecer un programa de acompañamiento para adolescentes embarazadas que contemple tratamiento psicológico y cuidados prenatal, postnatal y puerperio.	N° casos atendidos/N° casos registrados	Porcentaje	60%	90%	MIMP
	OCP 2.3	A partir del 2018, asegurar la disponibilidad de alimentos básicos fortificados con hierro en el 100% de los programas asistenciales y a partir del 2020 se obligue la comercialización del arroz fortificado.	Incorporar en todos los programas alimenticios la leche fortificada con hierro como insumo en la preparación de los alimentos.	N° desayunos con leche fortificada/Total de desayunos	Porcentaje	100%		MIDIS
			Gestionar la promulgación de una ley y su reglamento que obligue la comercialización de arroz fortificado.	Disponibilidad en el mercado de arroz fortificado	Unidad		1	
	OCP 2.4	Desde el 2018, incrementar a 95% los centros de salud que contarán con complementos alimenticios para el tratamiento de la anemia infantil y mantener dicho índice hasta el 2025.	Realizar la distribución de leche fortificada con hierro a través de los centros de salud. Distribuir micronutrientes en los centros de salud	N° centros de salud que reparten micronutrientes y leche fortificada/Total de centros de salud	Porcentaje	95%	95%	MINSA
Perspectiva Procesos	OCP 1.4	A partir del 2019, erradicar los malos hábitos alimenticios en seis regiones del sector rural para evitar desnutrición y anemia aprovechando los recursos de la zona y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones cada dos años hasta el 2025.	Realizar cuatro campañas anuales a nivel nacional sobre la importancia del consumo de alimentos ricos en hierro.	N° respuestas correctas en la encuesta/Total preguntas	Porcentaje	70%	85%	Director Ejecutivo Director Ejecutivo
			Realizar cuatro campañas informativas anuales de nutrición a nivel nacional.					
OCP 2.5	Desde el 2018, incrementar a 100% los centros de salud que contarán con el equipamiento básico necesario para el diagnóstico de anemia y desnutrición y mantener dicho índice hasta el 2025.	Equipar los centros de salud que atienden en las zonas rurales con hemoglobímetros.	N° de hemoglobímetros entregados/N° de centros de salud en zona rural	Porcentaje	100%	100%	MINSA	
OCP 3.3	Al 2019, erradicar los malos hábitos de higiene en seis regiones para prevenir enfermedades diarreicas a nivel nacional y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones cada dos años hasta el 2025.	Distribuir pastillas potabilizadoras de agua a través de los centros de salud.	N° centros de salud que reparten pastillas potabilizadoras/Total de centros de salud	Porcentaje	100%	100%	MINSA	
		Capacitar a los líderes de las comunidades rurales con índices de EDA de más del 7% sobre la importancia de la higiene en la salud.	Líderes capacitados de comunidades rurales/Total comunidades rurales	Porcentaje	70%	90%	ONCDI	
		Realizar cuatro campañas anuales a nivel nacional sobre la educación en higiene personal y para la preparación e ingesta de alimentos.	N° respuestas correctas en la encuesta/Total preguntas	Porcentaje	70%	90%	Director Ejecutivo	
Perspectiva Aprendizaje	OCP 2.6	En el 2018, tener el 95% de los colaboradores de la organización capacitados sobre la importancia, necesidad y urgencia de cumplir los objetivos relacionados a la reducción de anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas y muerte materna.	Capacitación a los colaboradores de la organización sobre la importancia de alcanzar objetivos relacionados a la anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas y mortalidad materna.	Total respuestas correctas en encuestas sobre la información de las campañas/Total de preguntas	Porcentaje	100%	100%	Director Ejecutivo
			Reducir en forma conjunta los indicadores de nutrición, anemia, EDA y mortalidad materna por cada encargado regional.	Cumplimiento anual de los avances de los indicadores por región/4	Porcentaje	75%	95%	Director Ejecutivo
	OCP 2.7	En el 2018, tener identificadas las causas de la anemia en las 5 regiones con mayor número de casos y a partir del 2019 continuar con dicha investigación en 3 regiones cada año hasta el 2025.	Realizar un estudio que identifique las causas representativas de la anemia por región.	Regiones estudiadas/Total regiones	Porcentaje	50%	100%	Director Ejecutivo
	OCP 3.2	Desde el 2018, contar con un sistema de información integrado que permita el monitoreo por cada región para la vigilancia de los casos de desnutrición, anemia y EDA.	Implementar un sistema de monitoreo que permita medir los resultados de la fortificación de alimentos por región.	Sistema de monitoreo por región/Total regiones	Porcentaje		100%	Director Ejecutivo
Establecer los Puntos de Integración con el sistema de información del MINSA para la recolección y uso de la información.			N° Puntos de Integración /Total de áreas del MINSA		50%	100%	Director Ejecutivo	
OCP 1.5	Desde el 2018 al 2025, establecer una base alimenticia adecuada compuesta entre el 80% y 100% por recursos de la zona.	Establecer menús regionales con productos locales en todas las regiones, que cumplan con el requerimiento nutricional.	N° regiones con nutricionista/Total de regiones	Porcentaje	100%	100%	Director Ejecutivo	

Mapa Estratégico

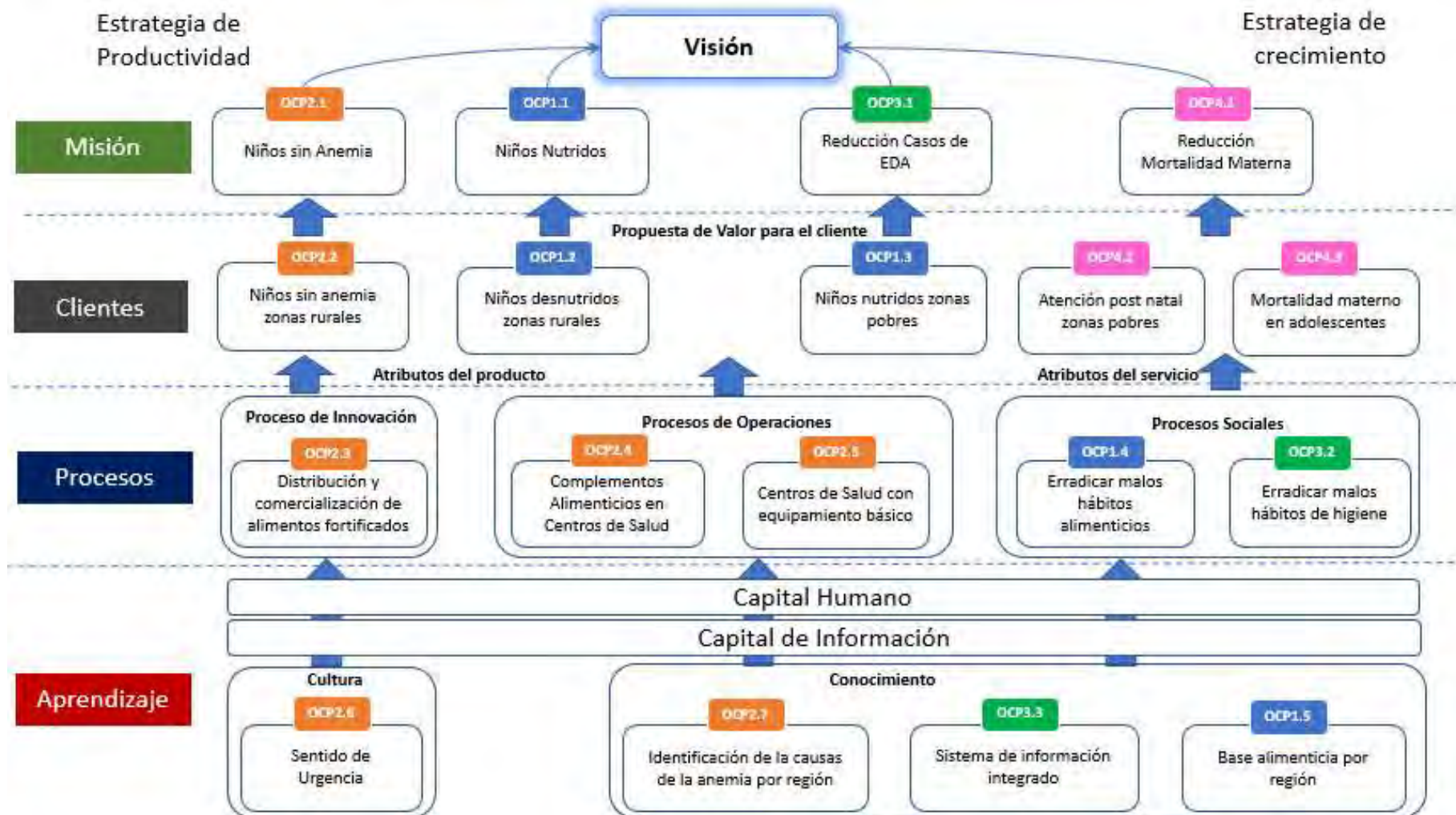


Figura 37. Mapa Estratégico del Organismo Nacional contra la Desnutrición Infantil (organización propuesta).

Capítulo IX: Competitividad del Perú

Hasta este punto se han desarrollado las tres primeras etapas del plan estratégico: (a) formulación, (b) implementación, y (c) evaluación, el análisis a continuación se enfoca en la competitividad de la organización de implementarse el plan propuesto, y si esto le permite ingresar a algún clúster (D'Alessio, 2015).

9.1 Análisis Competitivo del Perú

Luego de implementar las estrategias propuestas, se analizó la competitividad del país, para ello se usó la definición de Porter (2005), quien señaló que la competitividad de una nación es “la productividad con la que un país utiliza sus recursos humanos, económicos y naturales” (p. 2.). En ese sentido, se usó el Índice de Competitividad del World Economic Forum para analizar la competitividad del país en dos etapas, la primera para el año 2025, una vez que se alcanzó la visión; y la segunda para el año 2033, año en que el mercado objetivo, que es la niñez del país, alcanzó su edad productiva.

En la Figura 38 se muestra el resultado de la implementación de las estrategias en la competitividad del país para los años 2025 y 2033, siguiendo el modelo del World Economic Forum, siendo los principales pilares cuyos resultados mejorarán: (a) salud y educación primaria, (b) educación superior y preparatoria, (c) eficiencia del mercado laboral, (d) preparación tecnológica, y (e) innovación. De esta forma, el Perú se situará entre los tres primeros países de Latinoamérica y el Caribe en pilares señalados.

9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas del Perú

Para identificar las ventajas competitivas del país respecto a la nutrición y asistencia médica básica, se utilizó el modelo del diamante de Porter para evaluar: (a) la condición de los factores, (b) condiciones de la demanda, (c) rivalidad de las empresas, y (d) sectores relacionados y de apoyo.

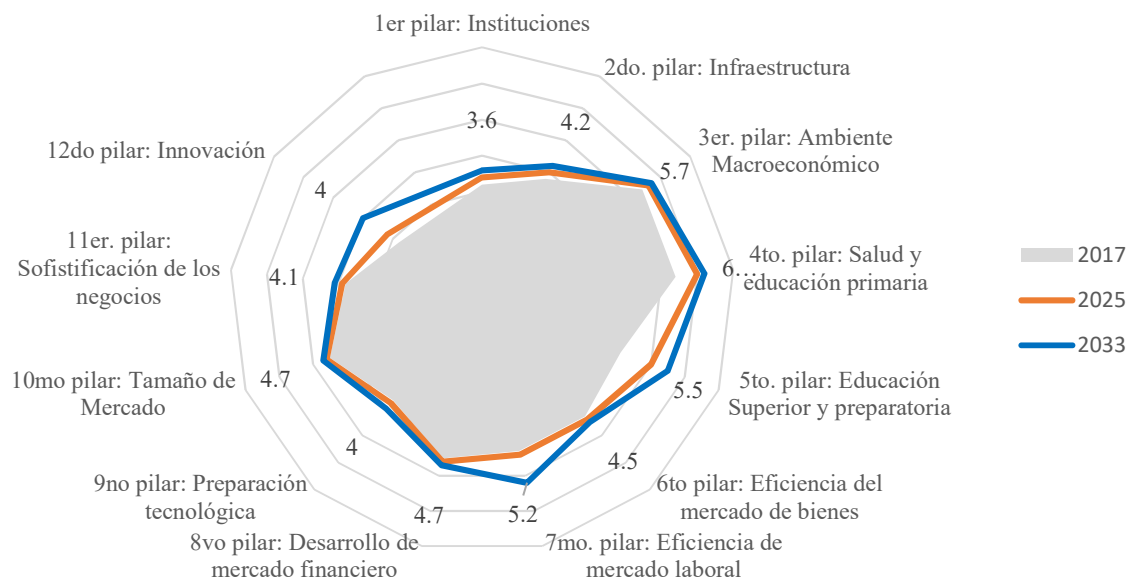


Figura 38. Competitividad del Perú proyectada años 2025 y 2033. Progreso del índice de competitividad del Perú respecto al año 2017. Adaptado de “The Global Competitiveness Report 2017-2018”. World Economic Forum

9.2.1 Condiciones de los factores

Al implementar las estrategias de este plan, la condición de los factores cambiará en forma positiva, tanto en los recursos alimenticios como en la productividad de la población. La cantidad de recursos alimenticios que el Perú ofrece será potenciada con niveles adecuados de hierro, necesarios para tener una población libre de anemia; alimentos de acompañamiento como el arroz, la papa y el maíz estarán fortificados con hierro, convirtiendo una ventaja comparativa del país en una ventaja competitiva. Los productos de cada zona podrán ser aprovechados por su población, logrando un dinamismo económico en la zona. Con relación al recurso humano, la reducción de los índices de desnutrición y anemia elevará la productividad de la población al incrementarse la capacidad cognitiva de los niños, principal activo de todo país, convirtiéndose así en una ventaja competitiva. Por otro lado, la sinergia lograda entre las distintas organizaciones del Estado alrededor del ente único creado permitirá la optimización de los recursos humanos y de infraestructura.

9.2.2 Condiciones de la demanda

Para el año 2025 la población de niños menores de 5 años habrá disminuido 4% según el INEI, con un total de 2'731,291 niños. Para el 2025, la desnutrición infantil habrá disminuido, las familias en pobreza y extrema pobreza tendrán acceso a los programas sociales de alimentación que el Estado ofrece, además de contar con una sólida base de educación alimentaria para sus hogares, con lo que se apoyará el cambio cultural hacia una alimentación saludable aprovechando los productos propios de cada región. En cuanto a la anemia, los niños y madres gestantes tendrán el apoyo nutricional necesario por parte del Estado que elimine el riesgo caer en esa condición. Sobre las enfermedades diarreicas, las familias contarán con una educación de higiene y cuidado en la preparación de alimentos, esto, unido a los programas de agua y saneamiento que los gobiernos vienen impulsando continuamente, tendrá un impacto positivo en la salud de la población. Por el lado de la mortalidad materna, las madres gestantes tendrán la cultura de prevención y detección de señales de alarma temprana que les permitirá acudir a tiempo al centro de salud más cercano para su atención oportuna, esto sumado a los incentivos que el gobierno proveerá para realizar sus controles pre y post natales, reduciendo así la tasa de mortalidad materna y, a su vez, beneficiando la nutrición del recién nacido.

9.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas

Al crearse un ente único y adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros, los organismos del Estado, tanto el MINSA, MIDIS, MIMP, MEF y MINAGRI, se integrarán en forma horizontal para lograr las sinergias necesarias que le permitan al Estado llegar a sus objetivos en la lucha contra la desnutrición infantil, dejando de actuar de manera aislada y duplicando esfuerzos y recursos, volviendo al Estado ineficiente en este campo.

9.2.4 Sectores relacionados y de apoyo

Los organismos del Estado MINSA, MIDIS y MIMP se convertirán en organismos de apoyo en aras de lograr juntos el mismo objetivo: una población infantil sin desnutrición y anemia. El MINSA y el MIDIS actuarán como apoyo logístico continuo, con infraestructura y programas sociales. Por su parte, el INEI con la encuesta nacional demográfica de salud (ENDES) que realiza cada año, actuará como verificador del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por la ONU; por su parte, la UNICEF, en su rol de protección de la infancia mundial, seguirá apoyando con la recomendación de procesos y nuevos hallazgos relacionados a la protección del niño; el papel de la OMS va de lado de las investigaciones y últimas técnicas que permitan combatir la anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas agudas y mortalidad materna; el MEF, por su parte, con el presupuesto correspondiente, y, finalmente, la PCM como organizadora de las prioridades del país, alineados al cumplimiento de tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Hambre Cero, Salud y Bienestar, y Reducción de las Desigualdades.

9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Perú

Al ser el Perú el mercado único para el Plan Estratégico propuesto, la producción de alimentos fortificados permitirá la formación de clústeres alrededor del sector de la nutrición, que pueden beneficiar a productores y al Estado. Tal como señaló D'Alessio (2015), un clúster no puede ser creado por el Estado, sin embargo, puede promover su creación. En el caso del arroz fortificado, de darse la obligatoriedad de su comercialización, los productores tendrán que adquirir el elemento fortificador para añadirlos en las proporciones correctas al producto final antes de su comercialización. En el Perú, el 89.3% de la cosecha de arroz es para consumo familiar, el país no es exportador de este producto debido a que la demanda interna excede la oferta (ver Figura 39). No es necesario que cada productor o comercializador produzca el arroz fortificado, pues sería necesario tener una máquina de

extrusión en caliente con un valor aproximado de \$4 millones para producirlo, siendo suficiente que solo una empresa produzca y reparta el producto final en las proporciones indicadas por el MINSA y de acuerdo las investigaciones realizadas por las instituciones competentes en el tema. Además, el clúster se formará por la regionalización de la producción de arroz que, actualmente, se encuentra concentrado en el norte del Perú (ver Figura 40), ayudando a su distribución hacia los comercializadores del producto final.

Cadena productiva de arroz a precios de comprador, 2007

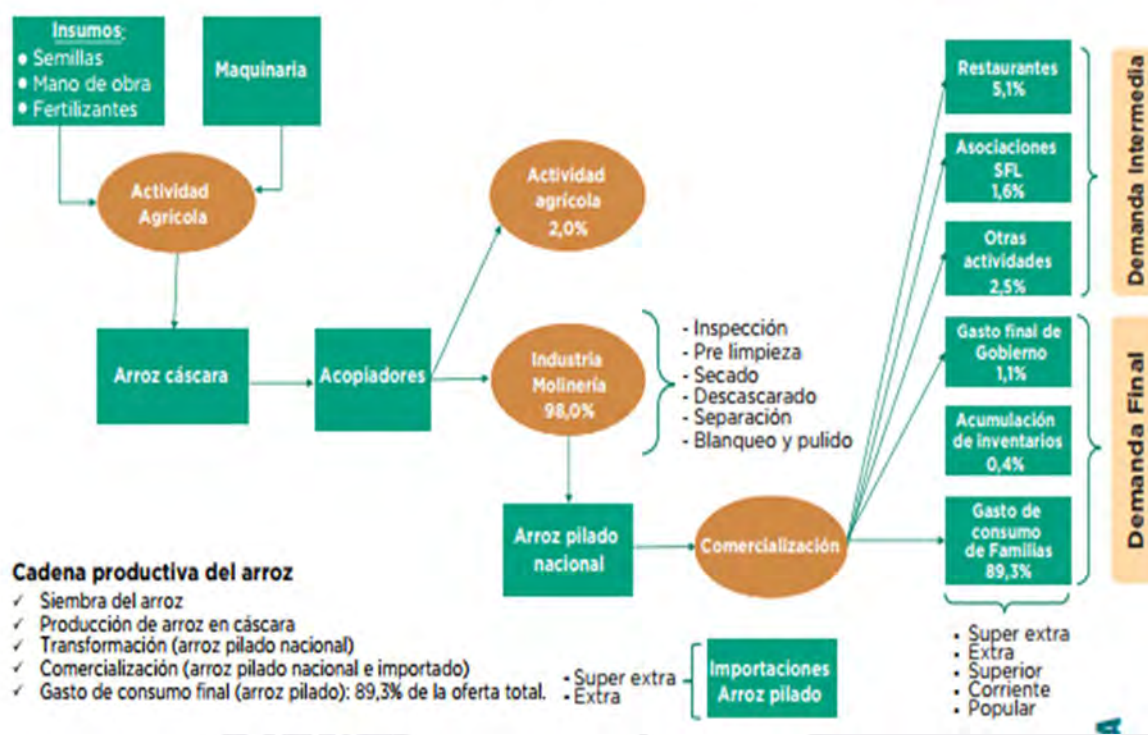


Figura 39. Cadena Productiva de Arroz.

Tomado de: "Informe del Arroz", Dirección General de Políticas Agrarias, 2017, p. 5.

9.4 Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres

D'Alessio (2015) indicó que la formación de clústeres se debe a razones estratégicas o a razones operativas. Entre los aspectos estratégicos que señaló, y que aplican para el clúster de la producción de arroz fortificado, se encuentran: (a) da flexibilidad por utilizar una misma tecnología, (b) facilidad para conseguir beneficios del Estado, (c) equilibrio de resultados entre empresas; y, entre las razones operativas, señaló: (a) da resultados económicos

financieros, (b) traslada gastos fijos a variables, (c) logra economías de escala y de experiencia, (d) asegura la calidad de los inputs. Es así que el Estado, en su rol promotor, apoyará creando las normas necesarias para facilitar la inversión en maquinarias necesarias, en promulgar leyes que promuevan el consumo de este tipo de alimentos por parte de la población, y el consumo por parte del Estado a través de los programas sociales como Qali Warma y Cuna Más.



Figura 40. Distribución de las zonas productoras de arroz en el Perú.
Tomado de: “Informe del Arroz”, Dirección General de Políticas Agrarias, 2017, p. 7.

9.5 Conclusiones

De acuerdo con el análisis realizado con el modelo de diamante de Porter, la implementación del plan propuesto permitirá: (a) que el país se encuentre en la capacidad de convertir sus ventajas comparativas de recursos alimentarios y humanos en ventajas competitivas, (b) la población del Perú elevará su productividad, convirtiéndose en un país competitivo, (c) los organismos del Estado cumplirán el rol de apoyo al lograr las sinergias necesarias, y (d) se dinamizará la industria en forma de clústeres alrededor de los alimentos fortificados.



Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

10.1 Plan Estratégico Integral

El Plan Estratégico Integral es un resumen de los puntos más relevantes del planeamiento realizado, después de haber seguido un análisis colegiado, secuencial e iterativo. La Tabla 38 muestra de manera concisa y holística el proceso de formulación e implementación del plan. Muestra la visión que es el futuro deseado, la misión que es el motor impulsor para alcanzar la visión, los objetivos de largo plazo que, sumados, muestran el cumplimiento de la visión y los objetivos de corto plazo que los secundan, medido mediante las perspectivas del tablero de control balanceado y enmarcado en las políticas, valores y códigos de ética de la organización.

10.2 Conclusiones Finales

El plan estratégico para la nutrición y asistencia médica básica permite llegar a las siguientes conclusiones:

1. La desnutrición infantil en el Perú representa un costo social para el país, impacta en baja productividad e incrementa la pobreza, la pobreza a su vez genera desnutrición infantil, este círculo continuo mantiene al Perú en subdesarrollo.
2. Las altas tasa de desnutrición y anemia especialmente en varias regiones del país generan sentido de urgencia que el Estado debe atender de manera inmediata.
3. El cumplimiento de la visión para el 2025 garantizará la productividad de la población adulta del Perú a partir del año 2033.
4. Los recursos alimenticios que posee el Perú, como potencial y ventaja comparativa, no está siendo aprovechado de manera eficiente para eliminar la desnutrición infantil en el país.

5. Los malos hábitos alimenticios y de higiene, el acceso deficiente al servicio de agua y saneamiento, sumado al alto porcentaje de población en pobreza y extrema pobreza, dificultan la eliminación de la desnutrición infantil en el Perú.
6. La baja competitividad del Perú en innovación y educación básica, técnica y superior, se debe a la existencia de altas tasas de anemia y desnutrición infantil en el país.
7. El Perú carece de liderazgo en temas de desnutrición infantil, que le permita consolidar sinergias entre instituciones del Estado e instituciones privadas.
8. La existencia de programas sociales específicos deben estar orientados más a la prevención, en la lucha contra la desnutrición, anemia y EDA infantil, así como en la mortalidad materna.
9. El déficit de profesionales de la salud no permite al Estado llegar a las zonas rurales del país, ampliando la brecha de desigualdad y asistencia médica básica.
10. El Estado cuenta con plataformas tecnológicas necesarias para desarrollar sistemas de información integrados, los cuales permiten obtener información actualizada y oportuna para la toma de decisiones.
11. El Estado ha mostrado constante interés en la búsqueda del bienestar social de su población, alineándose al Acuerdo Nacional y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU; sin embargo, no existe un plan integral que articule los esfuerzos por erradicar la mortalidad materna, la desnutrición, anemia y EDA en la población infantil.
12. Las estrategias planteadas en este plan estratégico se encuentran principalmente alineadas a la prevención de casos mortalidad materna, de anemia, desnutrición y EDA en la población infantil en todo el país.

13. La implementación del presente plan estratégico posicionará al Perú dentro de los líderes en Latinoamérica y el Caribe al crear ventajas competitivas.

10.3 Recomendaciones Finales

Las recomendaciones finales son las siguientes:

1. El Poder Ejecutivo, representado por el Presidente de la República y el Primer Ministro, deberá implementar el Plan Estratégico de Nutrición y Asistencia Médica Básica para lograr los objetivos de Hambre Cero, Salud y Bienestar, y Reducción de las Desigualdades de los niños y madres gestantes.
2. El Ministro de Economía y Finanzas deberá apoyar con el presupuesto necesario para la implementación de las estrategias definidas, inversión que será recuperada en el largo plazo al contar con una población altamente productiva.
3. El Ministro de Agricultura, en coordinación con el Ministro de Salud, debe impulsar la producción de alimentos ricos en hierro en todas las regiones del país.
4. El Ministro de Vivienda debe asegurar el suministro de agua y saneamiento en todo el país; asimismo, el Ministro de Educación debe asegurarse que todo centro educativo del país cuente con suministro de agua y saneamiento.
5. Los presidentes de los Gobiernos Regionales y Locales deben apoyar activamente con el soporte logístico y la organización de la población en su jurisdicción para la participación masiva de los pobladores en las campañas de salud y prevención.
6. El presidente del Congreso de la República y el presidente del Consejo de Ministros deberán promulgar leyes que promuevan la inversión en maquinarias para la producción de alimentos fortificados, así como su consumo interno.
7. El Ministro de Trabajo deberá promover programas de empleo para las familias en situación de pobreza y extrema pobreza, principal causa de la desnutrición crónica y la anemia.

8. El Ministro de Educación deberá promover la educación alimentaria en los centros educativos del país.
9. El Jefe del INEI debe desarrollar un sistema nacional de datos integrados de cada ciudadano del país.
10. El presidente del Consejo de Ministros debe respaldar las acciones de integración horizontal propuestas por el nuevo ente único encargado de la nutrición en el país.
11. El jefe del INEI, deberá mostrar anualmente los resultados oficiales en materia de mortalidad materna, desnutrición, anemia y EDA en la población infantil.

10.4 Futuro del Perú

En el año 2025 la población del Perú crecerá un 9.28%; sin embargo, los niños menores a 5 años habrán decrecido 4% con respecto al año 2016. Se proyecta que el Perú habrá eliminado la extrema pobreza para el año 2025, y la población en situación de pobreza habrá descendido a la mitad, tal como se muestra en la Tabla 36.

Tabla 36

Situación Actual y Proyectada

	2016	2025
Población del Perú	31,488,625	34,412,393
Población infantil < 5 años	2,845,845	2,731,291
Población en extrema pobreza (%)	3.8%	0%
Población en pobreza (%)	17%	8%

En el año 2025, el Perú se ubicará entre los tres primeros países de Latinoamérica y el Caribe en Nutrición y Asistencia Médica Básica, cuyas regiones se mostrarán con mejores índices según la incidencia de los cuatro indicadores, tal como se observa en la Figura 41, donde prácticamente toda la costa del país tendrá los más altos índices junto con Puno, mientras que Amazonas será la región que presente menor índice pero con una puntuación

medio alto, desapareciendo por completo las puntuaciones bajas (medio bajo, bajo y muy bajo).

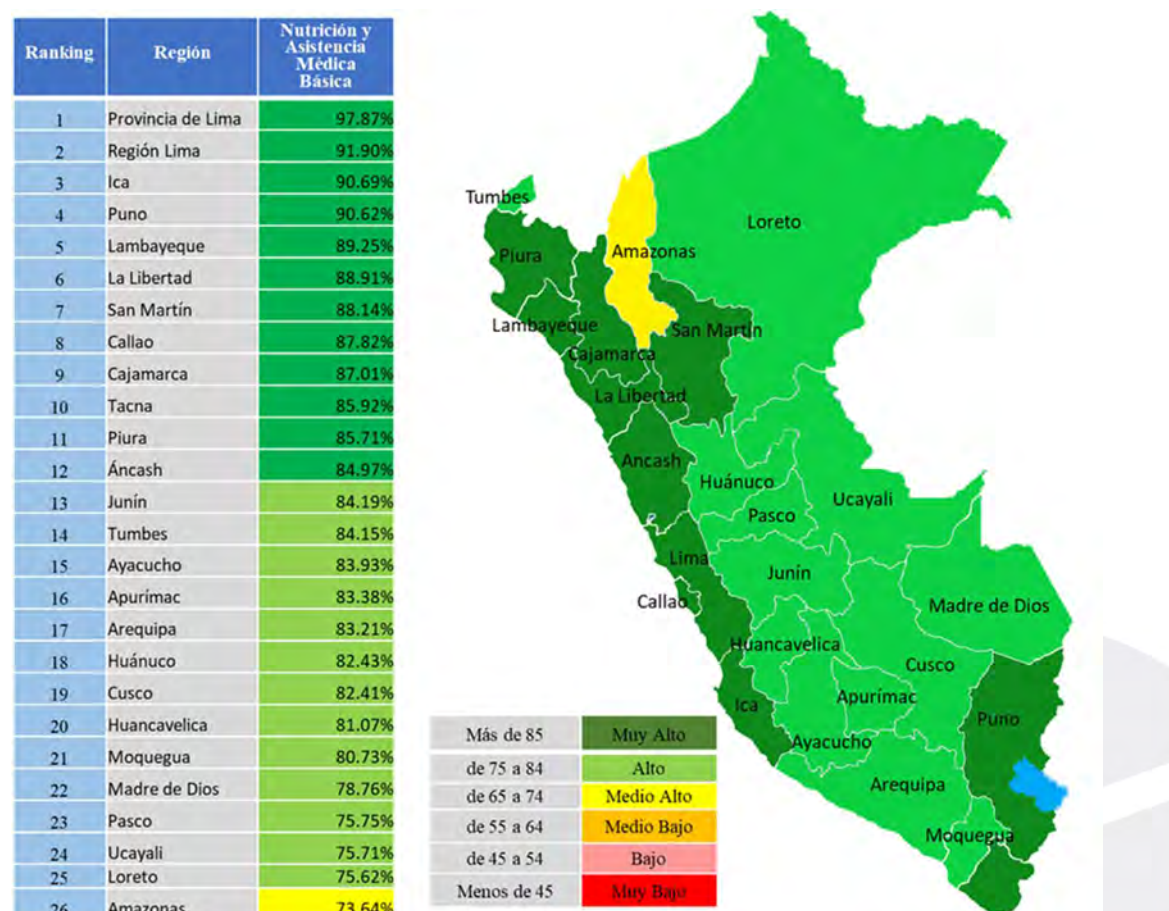


Figura 41. Índice de Nutrición y Asistencia Médica Básica Regional del Perú 2025.

Asimismo, en la Tabla 37 se observa en el 2025, la reducción de los cuatro indicadores respecto de la situación actual que permitirán al país lograr una mayor competitividad en la región.

Tabla 37

Situación presente y los Objetivos de Largo Plazo Alcanzados

Descripción del Indicador	Actual (2016)	Futura (2025)
Niños menores de 5 años con desnutrición crónica	384,000	110,000
Niños menores de 5 años con anemia	956,000	490,000
Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años	532,000	191,000
Casos de Mortalidad Materna	325	114

En el caso de la Desnutrición Crónica infantil, el país habrá logrado que no exista región con más de 20,000 casos en niños menores de 5 años, logrando alcanzar, con ello, el Objetivo de Largo Plazo. Las regiones de Loreto, Piura, Cajamarca, La Libertad, Junín, Huancavelica, Puno y Lima Provincia habrán reducido la brecha con respecto a las demás regiones, tal como se muestra en la Figura 42.

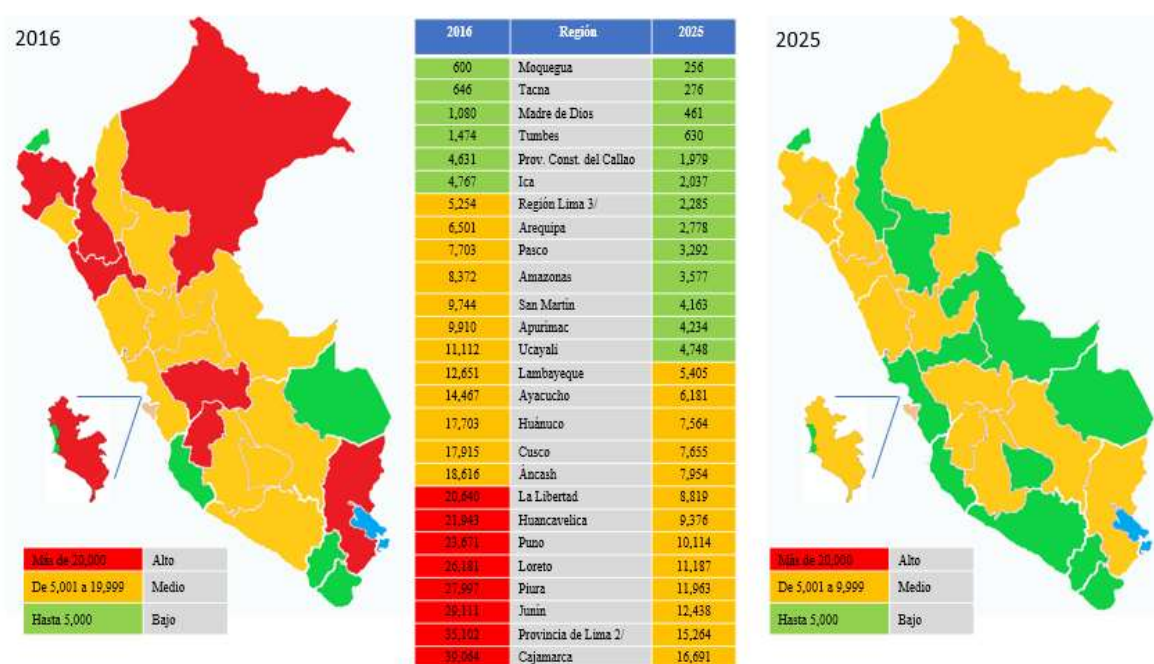


Figura 42. Situación actual y futura de la desnutrición crónica infantil por regiones. Los datos se refieren a cantidad de niños menores de 5 años con desnutrición crónica. Adaptado de ENDES 2016, p. 355 y de “PERU: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025”, INEI, 2010 (<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/index.htm>)

Para el caso de la anemia en niños menores de 5 años, el país habrá logrado que ninguna región tenga más de 50,000 casos, asegurando las capacidades cognitivas de la niñez para el aprendizaje en los colegios. Las regiones de Piura, Loreto, Junín, Cusco, Puno y Lima Provincia habrán reducido la brecha existente con las demás regiones, alcanzando el objetivo de largo plazo, como se observa en la Figura 43.

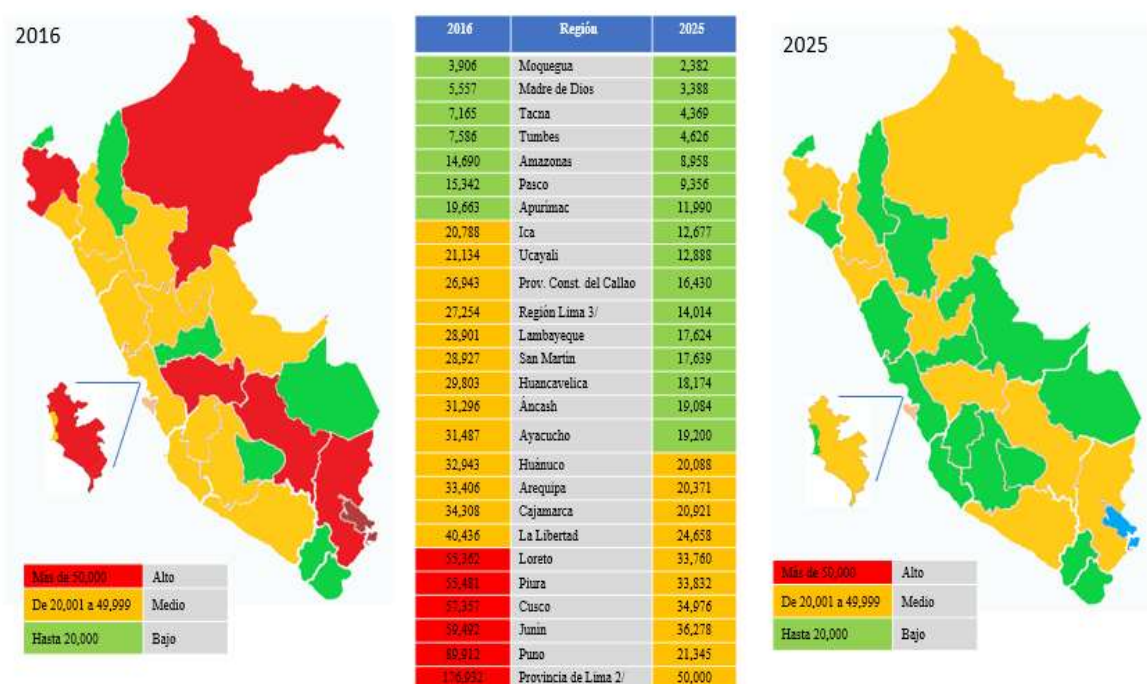


Figura 43. Situación actual y futura de la anemia infantil por regiones.

Los datos se refieren a cantidad de niños menores de 5 años con anemia.

Adaptado de ENDES 2016, p. 343 y de “PERU: Estimaciones y “Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025”, INEI, 2010 (<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/index.htm>)

Respecto de las enfermedades diarreicas agudas, el país habrá logrado que ninguna región presente más de 20,000 casos de niños con EDA por año, reduciéndose los riesgos de mortalidad infantil. Las regiones de Cusco, Ucayali y Ancash con alta incidencia, habrán logrado reducir a menos de 10,000 los casos por año, como se observa en la Figura 43.

Para el caso de mortalidad materna el país habrá logrado que ninguna región presente más de 20 defunciones de madres gestantes o lactantes por año. Las regiones de Cajamarca, La Libertad y Loreto, con alta incidencia habrán logrado reducir a menos de 10 los casos de mortalidad materna por año como se observa en la Figura 44.

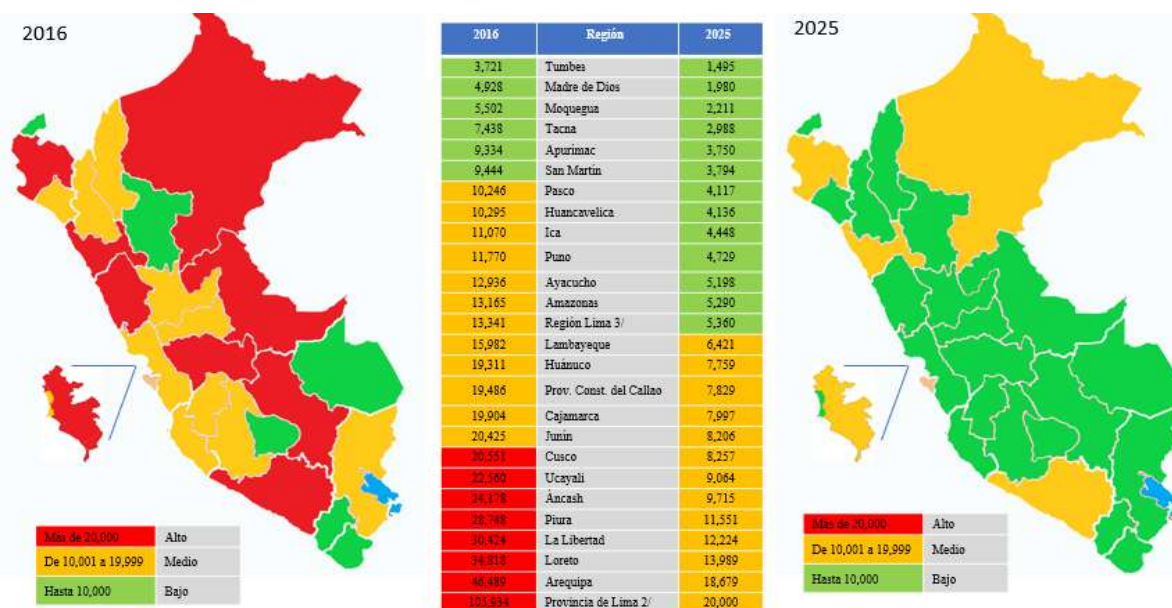


Figura 44. Situación actual y futura de las Enfermedades Diarreicas Agudas por regiones. Los datos se refieren a casos EDA en niños menores de 5 años.

Adaptado de “Boletín Epidemiológico del Perú SE.52”, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSa, Vol.25, SE.52, p.1168 y “Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025”, INEI, 2010 (<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/index.htm>)

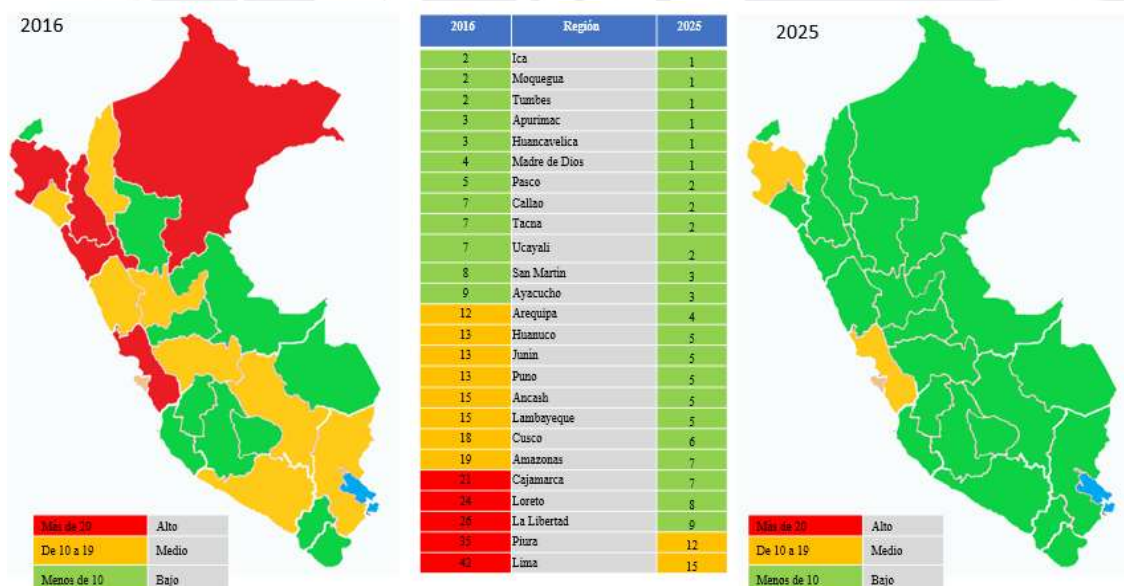


Figura 45. Situación actual y futura de las Mortalidad Materna por regiones.

Los datos se refieren a casos defunciones de madres gestantes y lactantes. Adaptado de “Número de casos de muerte materna por departamentos de procedencia Perú 2000 – 2017”, MINSa, s.f.

(<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE02/mmaterna.pdf>)

Tabla 38

Plan Estratégico Integral

VISIÓN							
Para el año 2025, el Perú estará posicionado entre los tres primeros países en nutrición y asistencia médica básica a nivel de Latinoamérica y el Caribe, contribuyendo con una base poblacional productiva para el país. Actualmente ocupa el décimo lugar en dicha región de acuerdo con el Índice de Progreso Social 2017.							
Intereses Organizacionales:	OLP1	OLP2	OLP3	OLP4	Principios Cardinales	Valores	
1. Mejora de la nutrición infantil en el país.					1. Influencia de terceras partes	Respeto a las personas	
2. Reducción de la anemia infantil en el país.	Al 2025, 110 mil (4%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la desnutrición. En el año 2016 fueron 384 mil (13%) los niños afectados por este problema.	Al 2025, 490 mil (18%) serán los niños de 0 a 5 años de edad afectados por la anemia. En el año 2016 fueron 956 mil (33%) niños los afectados por este problema.	Al 2025, 191 mil (7%) serán los casos de niños de 0 a 5 años afectados por Enfermedades Diarreicas Agudas. En el año 2016 fueron 532 mil (19%) los casos de niños afectados por este problema.	Al 2025, 114 (20/100,000) serán las muertes maternas. En el año 2016 fueron de 325 (68.36/100,000) los casos registrados.	2. Lazos pasados y presentes	Responsabilidad	
3. Reducción de las EDA infantil.					3. Contrabalance de los Intereses	Honestidad	
4. Reducción de la tasa de mortalidad materno.					4. Conservación de los enemigos	Solidaridad	
Estrategias					Políticas	Universalidad	
D4, D5, A6 Nutrir a la población infantil en las zonas rurales.	X	X	X		Gestión por resultados.	Integridad	
F2, O5 Atender las verdaderas causas de la desnutrición y anemia infantil.	X	X	X		Apoyar el aseguramiento de la alimentación nutritiva.		
F2, A4 Elevar el consumo de hierro en la población infantil y madres gestantes.		X		X	Promover la inclusión y justicia social.	Código de Ética	
F2, O5 Reducir los casos de parasitosis en la población infantil.	X	X	X		Promover el acceso universal a los servicios de salud.	● Brindar asistencia a los usuarios sobreponiendo su bienestar sobre cualquier ventaja personal y rechazando todo acto de corrupción.	
F3, A4, A6 Asegurar que madres gestantes y lactantes, y niños de 6 a 36 meses reciban alimentación complementaria.	X	X	X	X	Asegurar la presencia del Estado a nivel nacional para la seguridad alimentaria y de salud.	● Honradez y rectitud, tratando de hacer siempre lo correcto de acuerdo con los valores de la institución, actuando siempre con honestidad para generar credibilidad y relaciones de confianza dentro de la organización y con sus beneficiarios.	
F1, F4, O5 Asegurar el cumplimiento del tratamiento de la desnutrición y anemia en las zonas rurales.	X	X	X	X	Promover la cultura de la prevención.	● Responsabilidad y rendición de cuentas en el ejercicio de las funciones públicas, de manera que el personal cumpla con sus deberes de manera integral y transparente dentro de las disposiciones legales establecidas, considerando que, al ser sus actos de carácter público, estos pueden ser de conocimiento por cualquier ciudadano.	
D1, O5 Asegurar la articulación entre las instituciones públicas para gestionar una adecuada nutrición en el país.	X	X	X	X	Asegurar la comunicación y las acciones entre instituciones públicas, privadas y sociedad civil.	● No a la discriminación en cualquiera de sus formas, evitando algún tipo de preferencia o trato desigual, demostrando en todo momento independencia respecto a cualquier persona natural o jurídica.	
F1, A4 Educar a la población en temas alimentarios en las zonas con mayor índice de anemia y desnutrición.	X	X	X	X	Reclutar personal competente en todos los niveles de la organización.		
	OCP 1.1	OCP 2.1	OCP 3.1	OCP 4.1	Promover el uso de los corredores logísticos.		
Tablero de Control	Lograr al 2018, que se incremente en un 2% los niños nutridos en edad preescolar, pasando de 87% a 89%, siendo, después de ello, el crecimiento de 1.1% anual hasta el 2025.	Lograr al 2018, que se reduzca en un 4% los niños anémicos en edad preescolar, pasando de 33% a 29%, siendo, después de ello, la reducción de 6.5% anual hasta el 2025.	Lograr al 2018, que se reduzca en un 3.7% los casos de EDA en edad preescolar, pasando de 18.7% a 15%, siendo, después de ello, la reducción de 10.33% anual hasta el 2025.	Lograr al 2018, que se reduzca en un 16.3% los casos de mortalidad materna, pasando de 68.36% a 52.05%, siendo, después de ello, la reducción de 12.74% anual hasta el 2025.	Tablero de Control		
Perspectiva de Cumplimiento de la Misión	OCP 1.2	OCP 2.2	OCP 3.2	OCP 4.2	Perspectiva de Cumplimiento de la Misión		
Perspectiva del Cliente	Lograr al 2018, que se reduzca en 6.9% los niños desnutridos en edad preescolar de las zonas rurales, pasando de 22.8% a 19.6%, con una tasa de reducción de 6.9% anual hasta el 2025.	Lograr al 2018, que se reduzca en 5.7% los niños anémicos en edad preescolar de las zonas rurales, pasando de 38.5% a 35.7%, con una tasa de reducción de 7.1% anual hasta el 2025.	Desde el 2018, contar con un sistema de información integrado que permita el monitoreo por cada región para la vigilancia de los casos de desnutrición, anemia y EDA.	Lograr al 2018, el aseguramiento de la atención postnatal en madres gestantes de las zonas más pobres, incrementándose de 90.1% a 90.5%, siendo la tasa posterior de crecimiento anual de 1.14% hasta el 2025.	Perspectiva del Cliente		
Perspectiva Interna	OCP 1.3	OCP 2.3	OCP 3.3	OCP 4.3	Perspectiva Interna		
Aprendizaje de la Organización	Lograr al 2018, que se incremente en un 5.3% los niños nutridos en edad preescolar en las zonas más pobres, pasando de un 69.7% a 75%, siendo, después de ello, el incremento de 2.6% anual hasta el 2025.	A partir del 2018, asegurar la disponibilidad de alimentos básicos fortificados con hierro en el 100% de los programas asistenciales y a partir del 2020 se obligue la comercialización del arroz fortificado.	Al 2019, erradicar los malos hábitos de higiene en seis regiones para prevenir enfermedades diarreicas a nivel nacional y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones cada dos años hasta el 2025.	Entre el 2018 al 2025, reducir la mortalidad materno en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, de 16% a 4% a una tasa anual de 15.9%.	Aprendizaje de la Organización		
	OCP 1.4	OCP 2.4					
	A partir del 2019, erradicar los malos hábitos alimenticios en seis regiones del sector rural para evitar desnutrición y anemia aprovechando los recursos de la zona y erradicar dichos hábitos en el mismo número de regiones.	Desde el 2018, incrementar a 95% los centros de salud que contarán con complementos alimenticios para el tratamiento de la anemia infantil y mantener dicho índice hasta el 2025.					
	OCP 1.5	OCP 2.5					
	Desde el 2018 al 2025, establecer una base alimenticia adecuada compuesta entre el 80% y 100% por recursos de la zona.	Desde el 2018, incrementar a 100% los centros de salud que contarán con el equipamiento básico necesario para el diagnóstico de anemia y desnutrición y mantener dicho índice hasta el 2025.					
		OCP 2.6					
		En el 2018, tener el 95% de los colaboradores de la organización capacitados sobre la importancia, necesidad y urgencia de cumplir los objetivos relacionados a la reducción de anemia, desnutrición.					
		OCP 2.7					
		En el 2018, tener identificadas las causas de la anemia en las 5 regiones con mayor número de casos y a partir del 2019 continuar con dicha investigación en 3 regiones cada año hasta el 2025.					
		Recursos					
		Estructura Organizacional					
		Planes Operacionales					

Referencias

- ¿Cómo afecta el cambio climático en el Perú? (2016, 3 de junio). *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/suplementos/comercial/dia-mundial-medio-ambiente/cambio-climatico-impacta-peru-1002140>
- ¿Cómo mejorar el sistema de salud en el Perú?” (2016, 7 de abril). *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/suplementos/comercial/dia-mundial-salud/enterate-planes-que-se-tienen-mejorar-sector-1001946>
- ¿Cuántos profesionales de la salud necesitan el Perú? Aquí la impactante cifra (2016, 30 de junio). *Capital*. Recuperado de <http://www.capital.com.pe/actualidad/cuantos-profesionales-de-la-salud-necesita-el-peru-aqui-la-impactante-cifra-noticia-975513>
- Acuerdo Nacional: Unidos para crecer. (2014). *Objetivos del Acuerdo Nacional*. Recuperado de <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/objetivos-del-acuerdo-nacional/>
- Alcázar, L. (2012). *Impacto económico de la anemia en el Perú*. Lima: GRADE. Recuperado de http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_ANEMIA.pdf
- Alcázar, L., Ocampo, D., Huamán-Espino, L., & Aparco, JP. (2013). Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 30(4), pp. 569-574.
- Alfonso, K. (2017, 2 de junio). El consumo per cápita de arroz en Colombia es de 39 kilos. *La República*. Recuperado de <https://www.larepublica.co/economia/el-consumo-per-capita-de-arroz-en-colombia-es-de-39-kilos-2515921>
- Alianza del Pacífico. (2017). *Países Observadores*. Recuperado de <https://alianzapacifico.net/paises-observadores/>

- Banco Central de Reserva del Perú. (2017). *Nota Informativa – Noviembre 2017*. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/politica-monetaria/notas-informativas-del-programa-monetario.html>
- Banco Mundial. (2016). *Marco de alianza con el Perú 2017-2021*. Recuperado de <http://pubdocs.worldbank.org/en/930901499189370191/Marco-de-Alianza-con-el-Per%C3%BA-2017-2021.pdf>
- Banco Mundial. (2017). *Qué hacemos*. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/what-we-do>
- Banco Mundial: Política fiscal del Perú es de las mejores en la región. (2017, agosto). *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/peru/banco-mundial-politica-fiscal-peru-mejores-region-noticia-453812>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), pp. 582-589.
- Cámara de Comercio de Lima. (2016, 20 de abril). *La institucionalidad permitirá el desarrollo económico sostenible que buscamos como país*. Recuperado de <https://camaralima.org.pe/principal/noticias/noticia/la-institucionalidad-permitira-el-desarrollo-economico-sostenible-que-buscamos-como-pais/533>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2017). *Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna Perú*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/asistencia/24012017MMaterna/01.pdf>
- Clark, H. (2013, 20 de marzo). El bienestar: objetivo universal que promueve un crecimiento más inclusivo y equitativo. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Recuperado de

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/ourperspective/ourperspectivearticles/2013/03/20/undp-report-cites-new-trends-to-celebrate-and-more-work-ahead.html>

Collazos, C., Moscoso, I., C., Bravo, Y., Castellanos, A., Cáceres, C. Roca, A. & Bradfield, R. (1960). La alimentación y el estado de nutrición en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina* 43(1), pp. 7-327

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). *CEPAL: Aumenta fuertemente el uso y el acceso a Internet en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-aumenta-fuertemente-uso-acceso-internet-america-latina-caribe>.

Comisión Nacional de Telesanidad. (2004). *Plan Nacional de Telesalud*. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/estadistica/libros/Plan_Nacional_Telesalud.pdf

Congreso de la República. (1993). *Nueva Constitución Política del Perú 1993: promulgada el 29 de diciembre de 1993*. Lima

Cuna Más. (21 de diciembre de 2016). *Cuna Más reconoció a Comités de Gestión*. Recuperado de <http://www.cunamas.gob.pe/?p=9576>

D'Alessio, F. (2015). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. México D.F, México. Pearson Prentice Hall.

Decreto Legislativo N° 1062. La Ley de Inocuidad de los Alimentos. Congreso de la República (2008).

Decreto Supremo N° 002-2018-JUS. Aprueban Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021. Presidencia de la República (2018).

Decreto Supremo N° 066-2011-PCM (26 de julio del 2011). Presidencia del Consejo de Ministros. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/DS%20066-2011-PCM%20->

%20Plan%20Desarrollo%20Sociedad%20Informacion%20-
%20Agenda%20Digital%20Peruana-v2.pdf

Decreto Supremo N° 118-2002-PCM, (2002). Comisión Multisectorial de Seguridad

Alimentaria. Recuperado de

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/07C6C04AADB0A8EA05257EEA006CE638/\\$FILE/DS_118_2002.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/07C6C04AADB0A8EA05257EEA006CE638/$FILE/DS_118_2002.pdf)

Decreto Supremo N° 326-2015-EF. Ley de Promoción de la Investigación Científica,

Desarrollo Tecnológico e Innovación Tecnológica. Presidencia de la República del Perú (2015).

En el Perú existen casi medio millón de jóvenes desempleados. (2017, 8 de setiembre).

Gestión. Recuperado de <https://gestion.pe/tendencias/management-empleo/peru-existen-medio-millon-jovenes-desempleados-143152>

Global Alliance for Improved Nutrition. (2017). *About GAIN*. Recuperado de

<https://www.gainhealth.org/about/gain/#about-gain>

Global Fire Power. (2017). *2017 Military Strength Ranking*. Recuperado de

<https://www.globalfirepower.com/countries-listing.asp>

Guzmán, A. (2014). El drama de la muerte materna en el Perú: casos emblemáticos.

Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de

<http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/06/Alfredo-Guzman-El-drama-de-la-muerte-materna-en-el-Peru.-Casos-emblematicos.pdf>.

Horton, S. y Ross, J. (2003). The economics of iron deficiency. *Food Policy* 28(1), 51. doi:

10.1016/S0306-9192(02)00070-2

Huttly, S., Morris, S. y Pisani, V. (1997). Prevention of the diarrhoea in young children in

developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(2), pp.163-174.

Instituto Geográfico Nacional. (1989). Atlas del Perú. Recuperado de

<http://www.ign.gob.pe/atlas-peru/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2010). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025*.

Recuperado de

<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/index.htm>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *IV Censo Nacional Agropecuario 2012*. Recuperado de

<http://proyectos.inei.gob.pe/web/DocumentosPublicos/ResultadosFinalesIVCENAGRO.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016a). Desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años disminuyó en 3,1 puntos porcentuales. *Nota de Prensa 49*. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n049-2016-inei_1.pdf.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016b). *Perú: Síntesis Estadística 2016*.

Recuperado de

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/04D35E1EEE71C56A0525807900737627/\\$FILE/1_pdfsam_1.Inei-libro.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/04D35E1EEE71C56A0525807900737627/$FILE/1_pdfsam_1.Inei-libro.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017a). *Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2016*. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1433/index.html

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017b). *ENDES 2016 – Informe Principal*.

Recuperado de <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>

- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Funciones del CENAN*. Recuperado de <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c1/centro-nacional-de-alimentacion-y-nutricion-cenan/funciones-del-cenan>
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2016). Nutrición y situación alimentaria actual. *Boletín de laboratorio y vigilancia al día*, 6(3), pp. 1-17.
- Kaplan, R. y Norton, D. (2009). *La perspectiva del proceso interno*. En Grupo Planeta (3era Eds). El cuadro de mando integral: the balanced scorecard. Barcelona: Gestión 2000, 2009, 2016.
- La ruta del agua: de las alturas de Marcapomacocha a los hogares de Lima y Callao. (2016, 9 de abril). *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/sociedad/930650-la-ruta-del-agua-de-las-alturas-de-marcapomacocha-a-los-hogares-de-lima-y-callao>
- Ley 26842. Ley General de Salud. Congreso de la República. (1997).
- Ley 30021. Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Congreso de la República. (2013).
- Martorell, R. (2015). Equidad en el impacto sobre anemia y estado férrico del programa de fortificación de Costa Rica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(1), pp. 65-66.
- Menos del 0.2% del PBI va para investigación y desarrollo. (2017, 27 de febrero). *La República*. Recuperado de <https://larepublica.pe/economia/852251-menos-del-02-del-pbi-va-para-investigacion-y-desarrollo>
- Ministerio de Agricultura. (s.f.). *Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria Avances*. Recuperado de <http://www.minagri.gob.pe/portal/68-marco-legal/seguridad-alimentaria/403-estrategia-nacional-de-seguridad-alimentaria>

- Ministerio de Agricultura. (2014). *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015 – 2021*, Recuperado de <http://www.minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-alimentaria/plan-acional-seguridad-2015-2021.pdf>
- Ministerio de Agricultura. (2016, marzo). *Boletín Estadístico de Producción Agrícola, Pecuaria y Avícola*. Recuperado de <http://minagri.gob.pe/portal/download/pdf/herramientas/boletines/prod-agricola-pecuaria-avicola/2016/boletin-produccion-comercializacion-avicola-marzo2016.pdf>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2017). *¿Quiénes somos?*. Recuperado de <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/nuestra-institucion/sobre-midis/quienes-somos>
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (s.f.). *Recopilación de Estudios sobre Hábitos Alimenticios de la Población Amazónica*, Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/63.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2015). *Delimitación Marítima entre el Perú y Chile ante la Corte Internacional de Justicia: Tomo IV El fallo de la Corte Internacional de Justicia*. Fondo Editorial del Congreso.
- Ministerio de Salud. (s.f.a). *Alimentación y Nutrición, Construyamos un Perú Saludable*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/102.pdf>
- Ministerio de Salud. (s.f.b). *Documento Técnico: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú, Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Higiene y Ambiente Saludable*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/147.pdf>
- Ministerio de Salud. (2009). *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015. Dirección General de Salud de las Personas,*

Estrategia Sanitaria Nacional y Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2010). *Desnutrición Crónica Infantil y sus Determinantes de Riesgo*. Lima, Perú: INS. Recuperado de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/prec_invt_cenan/Presentacion%20Desnutrici%C3%B3n%20Determinantes.pdf

Ministerio de Salud. (2014). *Plan Nacional para la reducción de la anemia 2014-2016*. 1ra. Ed. Lima, Perú: INS.

Ministerio de Salud. (2015a). *Trata bien a tu cuerpo y tu cuerpo te tratará bien*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/nutricion/index.asp>

Ministerio de Salud. (2015b). *Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>

Ministerio de Salud. (2016a). *Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/1%20Plan%20Anemia.pdf>

Ministerio de Salud (2016b). *Boletín Epidemiológico 2*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/02.pdf>

Ministerio de Salud. (2016c). *Boletín Epidemiológico 52*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/52.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). *Directorio Institucional*. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/portalminsa/directorioinstitucional/default.asp>

Navarro I., Sola C., Álvarez, J., u Villa, I. (2004). Conocimientos actuales y perspectivas de investigación de elementos traza en la nutrición infantil: Biodisponibilidad y

necesidades de investigación futura (y IV). *Acta Pediátrica Española* 62(5). p.194.

Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/224653638?accountid=28391>

Núñez del Prado, A (1999). El narcotráfico en el Perú: estrategias conjuntas de las Fuerzas

Armadas y la policía nacional para su erradicación. *Boletín de Información* (260), p.7.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos*

Humanos. Recuperado de

https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2015a). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe*

2015. Recuperado de [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)

2015_spanish.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2015b). *Objetivos de Desarrollo Sostenible 17*

objetivos para transformar el mundo. Recuperado de

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2017). *Nuestra*

Oficina. Recuperado de <http://www.fao.org/peru/fao-en-peru/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011a). *Concentraciones de hemoglobina para*

diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Recuperado de

<http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011b). *Anemia ferropénica: Investigación para*

soluciones eficientes y viables. Recuperado de

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es)

[3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es)

- Organización Mundial de la Salud. (2012a). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM*. Recuperado de <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/06/Alfredo-Guzman-El-drama-de-la-muerte-materna-en-el-Peru.-Casos-emblematicos.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012b). *OPS premia a Uruguay sobre práctica para evitar la mortalidad materna*. Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=526:ops-premia-uruguay-sobre-practica-evitar-mortalidad-materna&Itemid=340
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *The Global Prevalence of Anaemia in 2011*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177094/9789241564960_eng.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Metas mundiales de nutrición 2025*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255735/1/WHO_NMH_NHD_14.3_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Enfermedades Diarreicas*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017c). *Nota Descriptiva. Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nota Descriptiva - Mortalidad Materna*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2017a).

Acerca de OPS. Recuperado de

http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1077:acerca-ops&Itemid=657

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2017b).

Temas de Salud. Recuperado de

http://www.paho.org/per/index.php?option=com_joomlabook&view=joomlabook&Itemid=908

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Alimentación y Nutrición del niño pequeño*:

Memoria de la Reunión Sub Regional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008, Lima-Perú. Recuperado de

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reunion-Sudamericana-Alimentacion-Nutricion-Nino-Pequeño.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Acerca de OPS*. Recuperado de

https://www.paho.org/per.../index.php?option=com_content&view=article&id=1077:acerca-ops&Itemid=657

Perú apoya proyecto de tren bioceánico que atraviese Bolivia. (2016, 13 de octubre). *El*

Comercio. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/negocios/peru-apoya-proyecto-tren-bioceanico-atraviese-bolivia-270139>

Perú invirtió S/ 5000 millones en Investigación y Desarrollo en 2016. (2017, 12 de marzo).

La República. Recuperado de <https://larepublica.pe/economia/855811-peru-invirtio-s-5000-millones-en-investigacion-y-desarrollo-en-2016>

Porter, M. E. (2005). ¿Qué es la competitividad? *IESE Business School-Centro Anselmo*

Rubiralta de Globalización y Estrategia, 1(1), 2-3. Recuperado de

https://www.iese.edu/es/ad/AnselmoRubiralta/Apuntes/Competitividad_es.html

- Presupuesto 2018: ¿Cuáles son los sectores que obtendrán mayores recursos? (2017, 30 de agosto). *Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/presupuesto-2018-son-sectores-obtendran-mayores-recursos-142648>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.
- Programa Mundial de Alimentos. (2017). *Quiénes Somos*. Recuperado de <http://es.wfp.org/quienes-somos>
- Qali Warma. (2017a). *¿Dónde estamos?* Recuperado de <https://www.qaliwarma.gob.pe/donde-estamos/>
- Qali Warma. (2017b). *Cómo lo hacemos*. Recuperado de <https://www.qaliwarma.gob.pe/como-lo-hacemos/>
- Qué es el triángulo terrestre que vuelve a enfrentar a Perú y Chile. (2014, 21 de agosto). *BBC Mundo*. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/08/140821_mapa_triangulo_terrestre_polemica_ac
- Ranis, G. & Stewart, F. (2002). Crecimiento económico y desarrollo humano en América Latina. *Revista de La CEPAL*, 78, pp. 7-24.
- Resolución Ministerial N° 260-2015-MIDIS (2015). Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Recuperado de http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/RM_260_2015MIDIS.pdf
- Resolución Ministerial 297-2012/MINSA. (17 de abril de 2012). Ministerio de Salud. Recuperado de <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-documento-tecnico-establecimiento-del-marco-concep-resolucion-ministerial-n-297-2012minsa-777116-1/>

- Resolución Ministerial 381-2008-PCM (20 de octubre de 2011). Presidencia del Consejo de Ministros. Recuperado de http://www.pcm.gob.pe/transparencia/Resol_ministeriales/2011/DS-083-2011-PCM.pdf
- Salvá, B. (octubre de 2015). Especialista: No existe cultura alimentaria en hogares o colegios del Perú. *RPP Noticias*. Recuperado de <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/especialista-no-existe-cultura-alimentaria-en-hogares-o-colegios-del-peru-noticia-906015>
- Secretaría Nacional de la Juventud. (2015). *Informe Nacional de las Juventudes en el Perú 2015*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SENAJU-Informe-Nacional-Juventudes-2015.pdf>
- Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. (2017). *ONU en el Perú*. Recuperado de <http://onu.org.pe/onu-en-el-peru/>.
- Social Progress Imperative. (2017a). *Social Progress Index Data*. Perú. Recuperado de <https://www.socialprogressindex.com/?tab=4&code=PER>
- Social Progress Imperative. (2017b). *2017 Social Progress Index*. Recuperado de <https://www.socialprogressindex.com/>
- Taipe, A. (2017, 03 de enero). ¿Cuáles son los peligros de un bajo crecimiento demográfico? *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/peru/son-peligros-crecimiento-demografico-231544>
- Tomaselli, I. (2006). *Estudios de tendencias y perspectivas del sector forestal en América Latina: Informe de la subregión del Cono Sur*. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Recuperado de <http://www.fao.org/forestry/10598-08b10b1cde71e3812cea8093ed3fbfd93.pdf>

- UNESCO. (2017a). *Alfabetización*. Recuperado de <https://es.unesco.org/themes/alfabetizacion>
- UNESCO. (2017b). *La UNESCO en el Perú*. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/lima/unesco-in-peru/history/>
- UNICEF. (2001). *Las consecuencias de la pobreza en la primera infancia*. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/sowc01/short_version/poverty.htm
- UNICEF. (2017). *Qué hacemos*. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/que-hacemos>
- Unicef, Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. (2017). *Levels and trends in child malnutrition*. Recuperado de <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/05/JME-2017-brochure-1.pdf>
- U.S. Department of Health & Human Services. (2017). *About HHS*. Recuperado de <https://www.hhs.gov/about/index.html>
- Villagra, J. (2015). *Indicadores de gestión: Un enfoque práctico*. México D.F: Cengage Learning.
- Villar S., P. (2016, 23 de julio). El Perú pierde 2.2% de su PBI por desnutrición crónica infantil. *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/peru/peru-pierde-2-2-pbi-desnutricion-cronica-infantil-221379>
- World Economic Forum. (2017). *The Global Competitiveness Report 2017-2018*. Recuperado de <https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2017-2018>

Lista de Abreviaturas

AMOFHIT	Administración, Marketing, Operaciones, Finanzas, Recursos Humanos, Información, Tecnología
BCR	Banco Central de Reserva del Perú
BM	Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BSC	Tablero de Control Balanceado
CENAN	Estado cuenta con el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONCYTEC	Consejo Nacional, Tecnología e Innovación Tecnológica
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DDHH	Derechos Humanos
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DS	Decreto Supremo
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
EEUU	Estados Unidos de Norteamérica
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FCE	Factores Críticos de Éxito
FINCYT	Fondos para la Innovación, Ciencia y Tecnología.
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
GAIN	Global Alliance for Improved Nutrition
GRADE	Grupo de Análisis para el Desarrollo

ICRP	Índice de Competitividad Regional del Perú
IDI	Iniciativa contra la Desnutrición Infantil
IPS	Índice de Progreso Social
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
ISO	International Organization for Standardization
MBCG	Matriz Boston Consulting Group
MCPE	Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico
MDE	Matriz de Decisión Estratégica
ME	Matriz de Ética
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MEFE	Matriz de Evaluación de Factores Externos
MEFI	Matriz de Evaluación de Factores Internos
MEOLP	Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo
MEPCS	Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos
MGE	Matriz Gran Estrategia
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIE	Matriz Interna – Externa
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MIN	Matriz de Intereses Nacionales
MINAGRI	Ministerio de Agricultura y Riego
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MIO	Matriz de Intereses Organizacionales
MPC	Matriz de Perfil Competitivo

MPEYEA	Matriz de Posición Estratégica y Evaluación de la Acción
MPR	Matriz de Perfil Referencial
MR	Matriz de Rumelt
MRTA	Movimiento Revolucionario Túpac Amaru
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OCP	Objetivos de Corto Plazo
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OLP	Objetivos de Largo Plazo
OMPI	Organización Mundial de Propiedad Intelectual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PBI	Producto Bruto Interno
PCM	Presidencia del Concejo de Ministros
PESTE	Político, Económico, Social, Tecnológico y Económico
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNAE	Programa Nacional de Alimentación Escolar
PNCTI	Plan Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SE	Semana
SINACYT	Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica
SIP	Sociedad Interamericana de Prensa
SIN	Sociedad Nacional de Industrias

TIA	Tasa de Incidencia Acumulada
TIC	Tecnologías de Información y Comunicaciones
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNESCO	organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VRAEM	Valles de los Ríos Ene, Apurímac y Mantaro
WEF	Foro Económico Mundial



Apéndice A: Entrevista a Ex Ministro de Salud

Entidad: Centrum Católica Business School

Nombre del entrevistado: Fernando Antonio d'Alessio Ipinza

Cargo: Fundador Past Director General

Lugar: CENTRUM Católica Business School

Dirección: Jr. Daniel Alomía Robles N° 125 Urbanización Los Álamos de Monterrico.

Surco. Lima. Perú.

Medio: Presencial

Fecha y hora: 17 de abril del 2018, 15:00 horas

Entrevistadores:

- Entrevistador 1: Percy Triveño
- Entrevistador 2: Paul Villar

Introducción: La entrevista se realiza con fines académicos para recabar información sobre sector salud en el Perú.

Características de la entrevista: Entrevista personal, a continuación, se presentan los comentarios claves de la reunión.

Entrevistado: Usualmente esto no solo pasa en los estratos pobres sino en los estratos ricos, porque la madre debe cuidar la línea y al final no alimenta bien al niño. Una vez que nace el niño debe alimentarse con leche materna, y muchas madres no alimentan con leche materna por el trabajo, porque no quiere malograrse el busto, porque le da mastitis. No hay reemplazo para leche materna, las fórmulas no son iguales, esta etapa hay que nutrirlo bien al chico con buena alimentación, buena comida rica en hierro. Y para esta etapa el ministerio compró varios millones de bolsitas de micronutrientes.

Entrevistador 2: ¿El micronutriente sería un paliativo entonces?

Entrevistado: El micronutriente es paliativo, si es que no le das comida que es rica en hierro, que no le vas a dar porque es difícil. ¿Ahora cómo controlo que la madre le ponga todos los días una bolsita de esto al niño?

Entrevistador 2: Ese es el problema. Hay madres que una vez que le dan el micronutriente y el niño rechaza la comida, entonces le echan la culpa al micronutriente y le dejan de dar. O si le da mareos, le da nauseas o cualquier otra cosa.

Entrevistado: Nosotros hemos estado en una campaña muy fuerte nacional, se movieron hasta 30 mil brigadistas en noviembre, creo, en donde iban a todos los caseríos y les han explicado a las madres, etc. Bueno el tema es que el micronutriente, como bien los has mencionado, es un paliativo si no se le da comida adecuada.

Entrevistador 2: Exacto, y cambiar las costumbres solo con una campaña es bien difícil.

Entrevistado: Si, las campañas son un gran impulso, entonces mantener el efecto es la parte más complicada.

Entrevistador 1: A eso se refieren con continuidad a nivel de nutrición.

Entrevistado: Claro

Entrevistador 2: Una de las cosas que hemos visto en otros países es la fortificación de harina y de trigo. Acá, nosotros en la costa, somos grandes consumidores de arroz, los más grandes consumidores de Latinoamérica. ¿No podríamos ver ese tema por el lado de la fortificación del arroz?

Entrevistado: Si, si, sin duda

Entrevistador 2: ¿Qué opinión acerca del MIDIS, a través de Qali Warma, y Cuna Más?

Entrevistado: Es otra cosa importante. El MIDIS juega un papel muy importante y va de la mano con el MINSA, en realidad es un binomio que no se separa. El MIDIS va a las zonas de inclusión, a las zonas más remotas, las zonas de selva, etc.

Entrevistador 2: Claro, pobreza y extrema pobreza.

Entrevistado: Sí, pobreza y extrema pobreza donde posiblemente sea la mayor cantidad de anémicos.

Entrevistador 2: En el mercado hay leche fortificada con hierro, entonces incluirla dentro de las preparaciones de desayunos de Qali Warma, por ejemplo. Esa es una de nuestras propuestas.

Entrevistado: Sí, es una buena idea esa. Ahora, el tema más complicado, ¿cómo controlar?

Entrevistador 2: Hablando de los binomios del MIDIS y el MINSA ¿Quién al final lidera el tema de la nutrición?

Entrevistado: MINSA, sin duda.

Entrevistado: MIDIS ve temas de inclusión educativa, salud, pero el MINSA es el órgano.

Entrevistado: El MINSA es el responsable. La función del MINSA es ser responsable de la salud a nivel nacional

Entrevistador 1: En ese sentido profesor, si el MINSA es el órgano que pone toda la plata a nivel nacional y de forma genérica, ¿cómo es que el MINSA controla que tan bien está operando el MIDIS por ejemplo?

Entrevistado: Por la comisión multisectorial nada más

Entrevistador 1: Es la comisión. ¿Y en esa comisión cual es el alcance la responsabilidad de la cabeza que es el MINSA?

Entrevistado: No, la PCM encabeza la comisión multisectorial.

Entrevistador 1: Entonces la PCM es la que realmente lidera

Entrevistado: Inclusive tiene sus tablas de control desde la nutrición y otras cosas más. Porque la PCM lidera a todos..

Entrevistador 2: Como ve usted, nosotros tuvimos la idea de hacer un organismo que se encargue del tema de la nutrición que esté adscrita a la PCM y que coordine justamente con los mismos ministerios. Es como la comisión multisectorial pero ya como un órgano.

Entrevistado: Como un órgano ejecutivo

Entrevistador 2: Si, exacto

Entrevistado: Si, puede ser. Ahora, no sé si el congreso va a emitir una ley para la anemia.

Entrevistado. Otra barrera es la lengua.

Entrevistador 1: Quecha del sur, aymara, etc.

Entrevistado: Hay mucha gente que no habla castellano, se están haciendo traducciones en el MINSA, al quechua al aimara para darle los mismos folletos que se le da a la población, pero en esos idiomas.



Apéndice B: Entrevista a Ex Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Entidad: CENTRUM Católica Business School

Nombre del entrevistado: Ricardo Pino

Cargo: Profesor Principal CENTRUM Católica Business School

Lugar: CENTRUM Católica Business School

Dirección: Jr. Daniel Alomía Robles N° 125 Urbanización Los Álamos de Monterrico.

Surco. Lima. Perú.

Medio: Presencial

Fecha y hora: 10 de Abril del 2018, 17:00 horas

Entrevistadores:

- Entrevistador 1: Percy Triveño
- Entrevistador 2: Paul Villar

Introducción: La entrevista se realiza con fines académicos para recabar información sobre sector salud en el Perú.

Características de la entrevista: Entrevista personal. Seguidamente se presentan los comentarios claves de la reunión.

Entrevistador 2: Lo que hemos estado averiguando, era cómo llegar, o sea la parte de nutrición tiene mucha parte preventiva y mucha parte asistencial, igual que la anemia no, que es muy muy preventivo. Entonces, tengo entendido que usted como viceministro tuvo la parte de infraestructura, ¿cómo podríamos llegar con los centros de salud a las zonas rurales? ¿De qué depende? ¿Qué falta para llegar?

Entrevistado: A ver, por allí no vas a llegar, falta demasiada infraestructura, o sea es imposible, no hay forma. Los caminos que estuvimos viendo, era primero formar agentes comunitarios. ¿Qué es un agente comunitario? prácticamente es un voluntario, una persona que no te cuesta, le pagas solo propina para su diario y mochilita con *brouchures*, con cositas

que puede mostrar a otras personas. Entonces, a esos líderes los formas como agente comunitario, entonces ellos van a pueblito y le enseñan a su gente, y le dicen acá tenemos que comer de esta forma, tenemos que lavarnos las manos de esta forma

Entrevistador 2: Eso es para el tema preventivo. Pero si esos pueblos no tienen acceso al agua porque tenemos un déficit de agua y saneamiento en todo el Perú que recién el gobierno lo ha tomado como una prioridad.

Entrevistado: ¿Cómo podría alguien no tener acceso al agua y estar vivo?

Entrevistador 1: Tiene acceso, pero no es un agua pura, o que viene a partir de una zona urbanizada.

Entrevistado: Pero tiene acceso, ¿cuál es problema entonces?

Entrevistador 2: El problema sería la purificación.

Entrevistado: Ok, puede ser que en algunos lugares falte eso, habría que ver si hay tecnología que ellos puedan sacar el agua del río o de su acequia, o sea de algún lado debe venir el agua, y la puedan purificar antes de beberla.

Entrevistador 1: En el caso de esos agentes comunitarios, ¿nos podríamos apoyar en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, porque ellos incentivan al género?

Entrevistado: Sí, sería bueno hacer programas interministeriales. Porque acá todos trabajan aislados.

Entrevistador 1: Sí, encontramos que eso es un problema grande.

Entrevistado: Mira, la nutrición tiene dos grandes focos, el primero es la prevención que es todo lo que te digo. El Banco de la Nación tiene la red más grande de agencias interconectadas; entonces el Banco de la Nación puede poner al costado una escuelita y entonces la gente, los padres de familia que viven hasta 8 kilómetros de distancia, pueden caminar un par de horas, una vez por semana y allí puedes darles clases. Entonces allí tiene que hacer alianzas.

Entrevistador 2: O sea aprovechar lo que es la infraestructura.

Entrevistado: Claro, lo más complicado es tener internet. Entonces al costado del Banco de la Nación pones una caseta en donde los viernes por ejemplo de 5 a 7, o lo que tú quieras, hay clases.

Entrevistador 1: Entonces en términos técnicos la red de fibra óptica sería una fortaleza.

Entrevistado: Eso lo tiene el MTC, ellos tiene un plan de penetración de fibra óptica y de internet en el país.

Entrevistador 1: Incluso en la selva hemos encontrado que los pueblitos están heredados de las culturas indígenas, entonces algunos comen carne de monte, animalitos que viene con bacterias y todo eso pero ya es un tema cultural heredado, y otras partes de la selva no tienen esa forma de abordar.

Entrevistado: Probablemente necesitas dividir el trabajo por ciudad, en sierra y en comunidades de la selva.

Entrevistador 1: ¿Por priorización?

Entrevistado: No por priorización, sino por partes son diferentes las soluciones.

Entrevistador 2: ¿Cuál es la capacidad de centro de salud por habitantes que tenemos en el Perú?. ¿Es la brecha de infraestructura que falta?

Entrevistado: Ya, a ver mira, los recursos son limitados, y la distribución geográfica de la población no es pareja. Entonces cuando tú decides a donde mandar el dinero ya que el dinero es escaso, el razonamiento lógico te dice que debes de poner la plata donde más beneficio te va a dar. Al final, terminas llenando de infraestructura a las principales ciudades.

Entrevistador 2: ¿Cómo hago para llevar salud a esa parte de la población?

Entrevistado: Tú tienes que atender a toda la población, pero tienes que ver hasta dónde te alcanza el dinero, entonces que cosa estábamos haciendo nosotros con todas las zonas rurales

y la selva y todo, estábamos llevando telemedicina, que es la forma más barata de atender a alguien.

Entrevistador 1: Tenemos identificado como una fortaleza interna todo lo de telesalud.

Entrevistado: Claro, eso es, telemedicina porque es lo más barato.

Entrevistador 2: Telemedicina nos puede dar la solución.

Entrevistado: No, eso es para pueblitos. Lo que necesitas para que la gente vaya a vivir en las regiones son actividades productivas.

Entrevistado: Claro, ustedes más bien deben de preocuparse de cómo llegan a la mayor cantidad de población. Otra cosa que también tiene que desterrar es la idea que van a poder llegar al 100%. Simplemente tienen que hacer planes para ver qué cosa es lo humanamente viable.

Entrevistador 1: Estamos planteando crear una organización que se haga cargo del tema de la desnutrición.

Entrevistado: ¿Una organización privada?

Entrevistador 1: Una organización pública, adjunta a la Presidencia del Consejo de Ministros.

Entrevistado: Yo plantearía que ya no haya 18 ministerios no, sino que se haga transversal, o sea el que ve salud que vea también nutrición.

Entrevistador 2: Es un planeamiento estratégico, es decir la organización se dedica a ser el plan y decir a los ministerios ejecuta esta parte, tú ejecuta esta parte bajo nuestros estándares.

Entrevistado: Ustedes van a hacer el trabajo como para el sector público.

Entrevistador 2: Sí, el sector público.

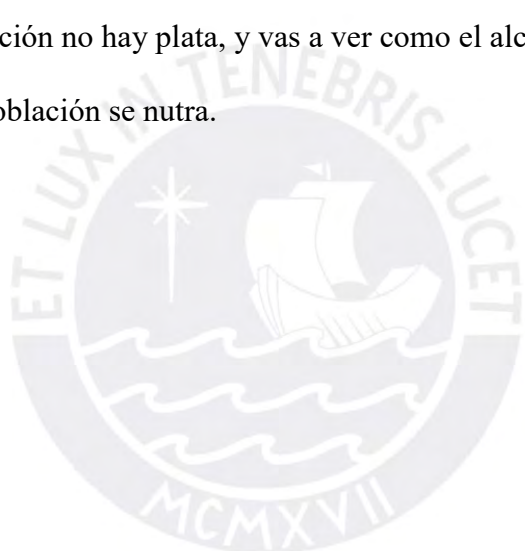
Entrevistado: Ah ya, allí tiene que tener la legislación.

Entrevistador 2: El MIDIS es asistencial, el MINSA es el registro, como usted lo acaba de decir. En el caso de la anemia sí tienen ustedes lo que es los micronutrientes, manejaban lo que era el tamizaje de hemoglobina para lo que es la anemia.

Entrevistado: Eso es la campaña. Pero el tema de la desnutrición no se hace por campañas, allí hay mucho dinero que se gasta y no retorna. Las campañas tienen un impacto pequeño en la población.

Entrevistado: Entonces, lo que creo que debemos actuar no es con campañas. Sino que es con miras permanentes.

Entrevistado: Una forma, si ustedes lo que van a hacer es proponer políticas públicas, tienes que hacer responsable a alguien de la mejor nutrición de su población. Si no mejora la nutrición no hay plata, y vas a ver como el alcalde va a ser el primero en ver cómo hacer que su población se nutra.



Apéndice C: Entrevista a Programa Mundial de Alimentos - Perú

Entidad: Programa Mundial de Alimentos (PMA)

Nombre del entrevistado: Lena Arias

Cargo:

Lugar: Programa Mundial de Alimentos - Perú

Dirección: Calle Las Moreras 145 – San Isidro. Perú.

Medio: Presencial

Fecha y hora: 20 de Abril del 2018, 09:00 horas

Entrevistadores:

- **Entrevistador 1:** Rita Blancas
- **Entrevistador 2:** Paul Villar

Introducción: La entrevista se realiza con fines académicos para recabar información sobre la nutrición infantil en el Perú.

Características de la entrevista: Entrevista personal, a continuación, se presentan los comentarios claves de la reunión.

Entrevistador 2: Nuestra visita es para conocer un poco, ¿qué es lo que está haciendo el PMA en el Perú respecto a estos temas?

Entrevistado: Las agencias de Naciones Unidas tienen alguna misión en relación a algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en el caso del PMA su misión está dirigida a la ODS 2, que es hambre cero, que está vinculado no solamente, a la reducción de todos los tipos de malnutrición, sino también a los factores que lo determinan, ve todo el tema de seguridad alimentaria, que está que está vinculado al tema agrícola, al tema mercados, al tema de sostenibilidad en la agricultura, desperdicios, todo lo que es comercio justo. Entonces digamos su *core* de acción es bastante amplio en tema, en relación a la ODS2.

Entrevistador 2: Un cambio cultural, ¿cuánto tiempo se puede dar según las experiencias que ustedes tienen, de repente en otros países?, ¿se puede dar un cambio de este tipo en la cultura?

Entrevistado: Cuando uno hace un trabajo de pequeña escala en una zona como por ejemplo en la que nosotros, les explico estamos haciendo en algunos territorios, en la que combinas una serie de estrategias de llegar a la población por lo menos se requieren aproximadamente un par de años para que vaya entrando información clave en la cosmovisión y en la toma de decisiones de las familias para que lo cambien. Pero eso te hablo en una zona donde estas teniendo varias intervenciones articuladas.

Entrevistador 2: Ustedes ya no están participando, bueno no es que no estén participando del Comité Multisectorial, si no que este comité no está funcionando, con qué organismos se están atendiendo las partes de las poblaciones vulnerables.

Entrevistado. En el gobierno, hay dos mecanismos, uno con los sectores básicamente, con el Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social, nuestro programa estratégico se ha diseñado con ellos, hay una política, no sé si ustedes le han visto la Política de Lucha contra la Desnutrición Crónica y la Anemia, el Ministerio de Salud tiene un plan y Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social tiene la estrategia, que en realidad son muy parecidas porque el del MIDIS jala mucho la parte técnica del MINSA pero le agrega un plus en relación con la articulación con otros sectores, que es una función que le compete más al MIDIS, la articulación multisectorial. Nosotros trabajamos en el marco de ese plan, entonces trabajamos con el MINSA y con el MIDIS, el otro espacio donde se construye la política social es el CIAS (Comisión Intersectorial de Asuntos Social), el CIAS es un espacio principalmente gubernamental, no es un espacio abierto a la cooperación necesariamente, pero desde nuestra función lo que nosotros hemos venido haciendo es tratar de influir en algunos interlocutores del CIAS, la secretaría en este momento está a cargo del MIDIS, entonces a través del MIDIS

pero también a través de algunos interlocutores de la PCM, vamos influyendo para que en la agenda del CIAS siga vigente el tema de la desnutrición y se empiece a discutir algunos elementos de política.

Entrevistador 1: Por lo que entiendo, el tema de la articulación entre instituciones si funciona.

Entrevistado: Funciona tanto como muy bien, no. Es decir si existen los mecanismos para que se sienten y conversen, pero la mejor forma para que la articulación sea efectiva, es cuando tu tienes paridad de metas para cada sector y tienes claridad de los presupuestos que van a implicar y tienes una rendición de cuentas sistemática. ¿Qué lo que nosotros estamos persiguiendo y estamos tratando de fortalecer un poco más?, los únicos sectores que están más enfocados y dándole fuerza son el MINSA y el MIDIS, los otros sectores todavía no, algunos de manera más que otros.

Entrevistador 2: Justamente ahí iba mi pregunta, ¿el que haya varios interlocutores o que haya varios comités intersectoriales es una dificultad o es una ventaja?.

Entrevistado: Yo creo que en realidad, en este momento yo no entiendo que haya muchos comités, porque estamos hablando del CIAS. Lo que si definitivamente es crítico es que esta Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria no tenga la fuerza, aunque debería, para contribuir mejor en la política.

Entrevistador 2: Ahí en el tema que usted mencionaba antes, que se estaban enfocando a las poblaciones vulnerables, supongo que es la parte del quintil inferior. Sin embargo, en las estadísticas si bien la tasa de incidencia de desnutrición es baja en lima metropolitana, sigue siendo donde está la mayor cantidad de desnutridos, si están yendo hacia el interior cómo es que están atacando esta parte?

Entrevistado: En realidad cuando hablamos de población vulnerable, hablamos de todos aquellos que están incluidos independientemente de la ubicación geográfica en la que estén.

Entrevistador 2: O sea que no significa sector rural.

Entrevistado: No solamente. Nosotros somos un país súper diverso, si bien tiene que haber una política nacional orientadora, tiene que haber una política pertinente para el territorio acuerdo a esa diversidad. La política de reducción de desnutrición crónica no puede ser la misma para la zona amazónica indígena que para la población de Pachacutec en Ventanilla.

Entrevistador 2: Es por eso que han tomado estratégicamente estos poblados para elaborar a partir de ahí.

Entrevistado: Exacto. Lo que nosotros le llamamos es modelos escalantes. Entonces lo que uno hace en ese espacio es ver cómo la política se debería plantear en estos territorios diferenciados para que tenga un impacto mayor en la reducción de la desnutrición crónica y la anemia.

Entrevistador 2: Pasando al tema de la anemia, nosotros lo que vimos es que, sin bien es cierto que la anemia se da por la deficiencia de hierro en la sangre, las causas son diversas. Al menos desde mi punto de vista, si bien le dan fierro o suplemento de hierro al niño antes, si tiene parasitosis eso va a continuar y si las proyecciones de agua y desagüe sigue en las mismas condiciones, esto va a continuar, en otras palabras lo que se le está dando es una pastilla para que le quite el dolor, un paliativo.

Entrevistado: No tanto. Pero si es verdad que su impacto se va a reducir. Definitivamente la propuesta es abordar el tema de la anemia de manera integral, porque si no, no vamos a resolver el problema. Las principales razones que están ligadas a la anemia, están vinculadas con el consumo de hierro principalmente y con las infecciones. El suplemento de hierro es parte de una medida que en política internacional se tienen tres grandes entradas para el tema de anemia: corto plazo suplementación de hierro, mediano plazo fortificación de alimentos y en el largo plazo, mejora de la dieta alimentaria. No es que es las vas tres vas a trabajar la primera una y luego la otra, las tres se tienen que trabajar a la vez, pero lo que tienen que uno

apuntar es que a largo plazo esos niños no necesiten un suplemento de hierro, sino que en su plato de comida van a tener el suficiente hierro para cubrir sus necesidades y requerimientos.

Entrevistador 2: ¿Cómo explica que la nutrición si bajo y la anemia nada?

Entrevistado: Lo que sucede es que la fuente de hierro más importante para combatir el problema, es la de hierro hemínico, la que está en los productos de origen animal. Pero en ciertos productos, por decir las carnes rojas, las vísceras, la sangrecita, y en menor cantidad pero todavía valioso los pescados. En el caso de la desnutrición crónica que también tiene una premisa fuerte de incorporar alimentos de origen animal en la dieta, porque es otro elemento clave en la desnutrición crónica tú no te reduces a eso productos, sino también te abres a leche, a soya, a queso a huevo. Cuando tu preguntas a la gente ya el acceso en general a proteínas que vengan de una fuente de origen animal es más difícil, pero es peor para hierro el hemínico, porque ¿cuál es la carne más barata? el pollo y ese no es fuente de hierro. Cuál es la fuente de origen animal más barata que el pollo? el huevo, que tampoco tiene hierro. Entonces, cuando la gente ha empezado a generar cambios, una de las cosas que tiene que acompañar a esos cambios es el acceso y la disponibilidad. Ha habido más disponibilidad de acceso a este tipo de productos que la otra, por eso es que cuando estamos hablando de anemia, uno de nuestros retos, que por allí nosotros estamos insistiendo de la circulación intersectorial por el rol que le compete a produce y a MINGRI, es porque realmente el acceso a alimentos ricos en hierro hemínico es muy difícil. La carne roja es muy cara, la sangrecita que es súper barato, no está disponible, o sea uno promueve sangrecita por todos lados pero no hay.

Entrevistador 2: ¿Es el acceso o la pobreza?

Entrevistado: No, yo creo que son los dos. Porque mira si tú te pones a evaluar el costo de sangrecita y el costo de vísceras, porque después de la sangre que el producto que más fierro, sigue el hígado y el vaso, y eso es barato en el mercado.

Entrevistador 2: Si pero nadie en el mercado solo hígado y solo vaso, o sea se compra la res, la mitad de la res o la cabeza.

Entrevistado: En realidad el problema es las zonas más alejadas, la disponibilidad de vísceras y de carnes rojas, es muy baja. Lo que sí puedes promover es las carnes rojas, por ejemplo en poblaciones de menos acceso, es las tecnologías de conservación de carnes rojas.

Entrevistador 2: Y el ser humano absorbe una cierta cantidad nomás.

Entrevistado: Si pero lo que también puedes hacer es, lo que se está impulsando a usar, es usar tecnología ancestral de preservación como el salado y el secado. Entonces, yo creo que el tema de acceso es uno de los que más se tienen que trabajar, pero mientras tanto esta todo el tema de la política de suplementación y fortificación.

Entrevistador 2: En el tema de la fortificación, bueno ya viene leche fortificada, pero no sé si es suficiente.

Entrevistado: Nosotros estamos apoyando al Ministerio de Salud en el tema de fortificación de arroz.

Entrevistador 2: Eso es justamente lo que estábamos planteando de nuestra propuesta, es la fortificación de arroz, que si bien producimos es importamos porque la demanda es alta, aunque si consumimos más del mercado interno. Entonces el otro punto es, la certificación de arroz serviría para la parte costera, porque el de la sierra no consume arroz.

Entrevistado: Se ha mapeado, el de la selva consume más que el de la costa. El consumo promedio de consumo de arroz por el peruano está en 143 gramos, y cuando se ha mapeado la costa, sierra y selva, definitivamente el de la sierra come menos pero come, está en el rango de 80 a 90, los que comen más son los de la selva y los demás son de la costa, es que el arroz ha penetrado. Lo que sí sé que con el CENAN nosotros somos parte del comité de fortificación del CENAN, hemos apoyado mucho con el tema del arroz, antes de lazar el tema del arroz, se ha mapeado el consumo del arroz en el país, ya está mapeado y ya se ha

diseñado, ya existe una ficha de homologación, este documento que facilita precisamente la compra del Estado pero también puede ser de otras instancias, he las compras en general y compras públicas, entonces, ¿qué se ha hecho?, se ha primero evaluado cuál es el vehículo principal de consumo del poblador peruano, ese vehículo más importante es el arroz, se ha mapeado ¿cuáles son las deficiencias que existen en el país y qué es lo que deberíamos colocar como fortificante para ese arroz, y ya se tiene, se tiene la composición de esa fortificación, y con eso se ha diseñado una ficha de homologación, y esperamos que prontamente sea publicada y de tal forma que cualquiera, ya sean programas sociales, los gobiernos locales o cualquier persona, cualquier empresa no personal, podría tomar esa ficha como el elemento para meter al mercado el arroz fortificado.

Entrevistador 2: ¿Ese es un proyecto para el libre mercado? o es como el de regular el arroz diciendo que a partir de ahora todo arroz que entre al Perú o que se produzca debe ser fortificado.

Entrevistado: Ese es un proceso de tránsito, pero si la meta es hacerlo mandatorio, como la sal yodada, pero obviamente es un proceso porque se tiene que preparar al mercado y a la industria para no tener una Ley que se convierta en una Ley muerta porque nadie la puede cumplir. Entonces, el primer camino era asegurar que tengas una ficha de homologación que estandarice claramente cómo debería ser el arroz fortificado, qué tecnología deberías usar, porque hay tecnologías y tecnologías. En este momento la que se ha aprobado es la definición y a partir de la definición de estas especificaciones de la fortificación de arroz, el segundo paso es re transitar por la compra en programas sociales, porque primero generas mercado para la industria, entonces la industria va a tener ahí un mercado cautivo y se va a animar a invertir, y el tercer paso es la Ley de Fortificación del Arroz. Entonces se está trabajando de manera progresiva para que en el lapso de no más de dos años, podamos tener una Ley de

fortificación pero para eso ya debe de haber una práctica de fortificación como para que la industria invierta.

Entrevistador 2: Hay un punto sobre la fortificación de alimentos, y ahí está la duda que tengo, ¿se dio la fortificación de la harina de trigo en el Perú?, ¿es mandatorio también?.

Entrevistado: Es obligatorio pero eso trae una serie de problemas.

Entrevistador 2: ¿Qué pasó?.

Entrevistado: Lo que sucede es que, el sistema de vigilancia, monitoreo y control especialmente, es muy débil.

Entrevistador 2: ¿Se refiere a DIGESA?.

Entrevistado: Está metido INDECOPI, CENAN y DIGESA, y toda esa cadena de controles.

Lo cierto es que primero la harina procesada, a diferencia del arroz, no llega a todos los lugares, si llega a una gran población pero en poblaciones rurales, harina es un poco menos. Lo segundo es que yo siento que cuando han implementado la Ley, no han implementado todos sus mecanismos para su control y vigilancia, entonces cuando tú haces estas cosas tienes que asegurar que le vas a poner presupuesto, a veces se cree que se va a dar la Ley y después inmediatamente el sector privado va a cumplirla, y eso no sucede, eso va a suceder si hay un motivo que se controle. Entonces el sistema de vigilancia y control, no ha funcionado para la fortificación de la harina de trigo, porque ahorita lo que estamos tratando con el CENAN es empezar a ver todo su sistema de vigilancia y control, empezando por la capacidad instalada de sus laboratorios y en los laboratorios que van a exigir, porque tú no puedes solo en algunos laboratorios, sino que hay que ver la capacidad de los laboratorios que son certificados por INDECOPI, ¿qué estándares existen?, ¿qué tecnologías existen?, entonces eso va a ser un proceso, no estamos pensando que va a ser a corto plazo el tema de la fortificación del arroz, sino va a ser progresivo, pero vamos a tener desde el sector gubernamental para el sistema de vigilancia y control, y desde la parte del sector privado y la

industria para la preparación de la tecnología. Ahora, nosotros como PMA tenemos una experiencia en fortificación especialmente en fortificación de arroz, es una prioridad global. Bueno, hay en varios países, pero en la región Costa Rica es el país que tiene el mejor modelo de fortificación de arroz, República Dominicana esta empezando uno modelo fuerte también, Panamá tiene una ley que está muerta pero la vamos a impulsar, Colombia y Brasil ya están fortificando pero se está discutiendo todo el tema de tecnología porque ellos no fortifican por absorción y se está discutiendo este tema, y a nivel internacional tenemos China, Bangkok y Tailandia, es decir los grandes bloques son Asia y Latinoamérica, África no consume arroz. Entonces si hay una política del PMA muy fuerte para la fortificación del arroz, entonces en el marco de ese expertís, de ese background, nosotros estamos promoviendo la cooperación social. Ha habido pasantías de gobierno, de industria a Costa Rica, a República Dominicana para ver un poco lo que se está haciendo y que ha funcionado. Por ejemplo, Costa Rica es un modelo interesante, que no es que podamos replicarlo exactamente pero tenemos que tomar lecciones aprendidas de lo que se puede hacer. En el caso de Costa Rica algo que ha funcionado muy bien, es una relación cercana entre la industria arrocera y el gobierno, y cómo ha funcionado de manera sinérgica, primero es hacerle conocer al industrial cómo impacta la fortificación y su labor en la sociedad, y se dan muestras temporalmente la reducción de la deficiencia, Costa Rica fortifica cinco alimentos de manera obligatoria, una de las cosas que más ha contribuido más en el arroz es el ácido, la deficiencia del ácido fólico es una de las más graves porque originan los problemas del tubo neurálgico, entonces los más graves son los niños que tienen problemas en el cerebro, pasando por los que nacen con espina bífida, pero los que no nacen con espina bífida y tienen deficiencia, en el transcurso de su vida tienen también problemas neurológicos, entonces cuando resulte la deficiencia de ácido fólico su impacto en términos de ganancia de vida y monetario, es más, y Costa Rica ha reducido más de un 90% este problema, y anemia ya no tienen, anemia ya lo redujeron creo

que a 10, anemia ya no es un problema para ellos. Entonces lo que ellos han hecho es ir mostrando todo el tiempo en este trabajo muy cercano entre la industria arrocera y el gobierno, como han ido bajando todas las deficiencias y los han hecho poseedores de esa contribución, entonces hay como una cooperación, el sistema de vigilancia y control, creo que no va a ser igual en Perú porque somos una cultura diferente, la cultura costarricense está basado en una cultura de confianza, ellos no tiene mecanismos de punición fuerte, tienen un sistema de vigilancia sistemática, pero la vigilancia que hacen ha servido de mucho para la industria arrocera para mejorar su tecnología.

Entrevistador 2: Entonces, ¿es más una asesoría técnica sobre qué es lo que tienes que hacer o qué es lo que te falta?

Entrevistado: Exacto, qué es lo que pasa, ellos cogen del anaquel, todo el arroz en Costa Rica es empacado, no hay a granel, entonces cogen del anaquel y hacen el análisis y si el análisis de ese producto te dice que no está cubriendo las necesidades como los rangos de los micronutrientes son más bajos de lo que se requiere, llaman a la empresa y dicen oye esto está pasando, y la empresa revisa sus procesos y ve donde está el problema y le explica al Ministerio que ha pasado pero le dice cómo lo va a resolver y el Ministerio se sienta con ellos para discutir el plan. Entonces, después les dan un plazo y después muestran si ha avanzado o no avanzado, generalmente sí, y allí se acabó el asunto. Ellos van más de 10 años con fortificación alimentos si no es 15 años. Y yo les pregunto, ¿en todo este tiempo a cuántas empresas han multado y dice que ninguna porque no les interesa multarlos sino que mejoren. Más bien si no los vigilan, esas empresas los llaman y le dice mira este año no has venido y los llaman para hacer la muestra para ver qué está pasando, si están haciendo bien. Y por ejemplo nos decía que a raíz de eso han mejorado mucho sus dosificadores, porque lo que empezó a fallar al comienzo fue los dosificadores para el mezclado y se dieron cuenta por la evaluación que les hizo el Ministerio. Entonces desde allí miraron el Ministerio los ha

contactado con otras instituciones a nivel internacional que podrían darle esa técnica. Esto es un sistema virtuoso de la cooperación y de la articulación, que lo ideal es eso, hacerlo aquí pero sabemos que las condiciones no son las mismas, la cultura no es la misma, pero debemos transitar por este tipo de mecanismos para que funcione; en la medida que sólo se trate de una pelea de dos bandos que si cumples o no cumples no se va a avanzar.

Entonces ese es el otro tema en que estamos, estamos en el tema de fortificación, estamos apoyando la política del sector también en todo lo que es la suplementación con anemia.

¿Qué es lo que estamos trabajando más ahí? El cuello de botella más grave de la suplementación, es la adherencia al suplemento, el que consuman el suplemento y allí una de las estrategias quizá documentada es la que tenemos en Ventanilla, también en Sechura, pero está más documentada la de Ventanilla, del acompañamiento a las familias, las visitas domiciliarias. Cuando ustedes pregunten a cualquier institución que haya tenido éxito en el tema de la reducción de la anemia, estoy casi segura que todas les van a decir que la clave ha sido el acompañamiento. Entonces, mientras no haya una estrategia de acompañamiento y de trabajo comunitario fuerte, es más complicado que la estrategia funcione. Hay dos partes, toda la parte comunicacional, educativa y toda la parte del acompañamiento. Entonces, en la experiencia que nosotros estamos teniendo, solamente visitar a la mamá entre dos veces a una vez al mes, ya es bastante para que la mamá deje de tener las dudas y la desconfianza que tienen normalmente de un suplemento nuevo. Claro, ella no busca alguien que la fiscalice, no es el acompañamiento para decirle muéstrame tu tabletita, tus sobrecitos, sácame tus sobrecitos, cuantos sobrecitos te has comido, es ¿qué te pasó, tuviste problemas? Ha habido alguna razón por la que no le has podido dar?

Entrevistador 2: La razón en algunos estudios en la Sierra o en la Amazonia, en estos sectores aislados o rurales, es de que cualquier síntoma que tenía el niño después de, lo atribuían al micronutriente.

Entrevistador 1: Exacto, e inmediatamente lo dejaban y lo peor de todo es que después le decía a la vecina mira mi hijo le dio diarrea y ella ni siquiera lo probó pero dijo que daba diarrea, y eso no se maneja. Hay un estudio de Hillary Crick del Instituto de Investigación Nutricional, ella hizo un estudio para el niño sobre el multimicronutriente y fue muy interesante porque ella dio que el problema no es el suplemento sino el acompañamiento. Donde el personal de salud llegó oportunamente a la casa de la señora o cuando fue al establecimiento de salud y, oportunamente abordó el problema que tenía la señora, entonces la madre siguió consumiendo y eso nosotros también lo hemos notado. Entonces, cuando tú trabajas ese tema con la familia diciéndole bueno, tienes que evaluar si es que realmente ha sido por esto o si es que ha sido un problema de la higiene o algún problema de algún consumo de otra comida pero si por a o por b sí ha sido del micronutriente ten por seguro que si le vas dando poco a poco eso, la mama se anima a seguir probando y tú la acompañas.

Entrevistador 1: Pero, sí hay esa apertura de la mamá, a ¿pesar del tema de su educación?.

Entrevistado: Sí, claro que sí, hay apertura en la medida que entiendan por qué pero si solamente le dices tienes que tomar esto para que no te de anemia.

Entrevistador 1: Si lo adopta.

Entrevistado: Claro que sí. Si ustedes conversan con Nelly Zavaleta, que ahora está de directora del CENAN pero que también es investigadora del instituto de nutrición, ella ha hecho un estudio en Cajamarca, ha seguido un año a los niños, esos estudios lo que hacen normalmente es acompañar semanalmente para ver qué hacen. La aceptabilidad era altísima y la producción fue de 90% en niños que fueron acompañados un año, fue el estudio de Nelly Zavaleta el que influyó para que el esquema de suplementación cambiara de 6 meses a 1 año; pero que hay detrás de esto, más que el esquema y todo esto, es que cuando la mamá se siente acompañada, adopta, no es que se tenga que obligarla o que tengas que darles las razones por las cuales es importante tomar la decisión de hacerlo.

Entrevistador 2: ¿Siente usted que el Estado está en la capacidad de llevar ese nivel de acompañamiento?

Entrevistado: Sí, pero no de esa forma. En este momento hay una estructura muy debilitada de agentes comunitarios, pero es verdad también que en este momento hay programas sociales que trabajan con agentes comunitarios, no digo remunerados pero con incentivos, tienes Cunamás, tienes Juntos, tienes Pensión 65, tienes municipios, tienes que han empezado a trabajar con promotores, tienes instituciones u ONG. Lo que tiene que utilizar es la plataforma, qué le tocaría al sector, le tocaría organizar esta plataforma bajo el liderazgo de gobierno local, porque solo no va a poder, pero si el ministerio se convierte en una asesor cercano al gobierno local para liderar una plataforma comunitaria articulada entonces la posibilidad de llegar a las familias es mejor, no se tiene que llegar semanal, o sea no es una lógica como la que tiene Cunamás que llega semanalmente, con que a una familia le llegue una vez al mes o dos veces al mes, ya es bastante, pero a esas familias no le llega a veces ninguna vez al año.

Entrevistador 2: Vamos a suponer que podemos articular, eso sería, entiendo que la articulación sería del MIDIS.

Entrevistado: Si el MIDIS que es el que tiene un rol más articulador, pero lo cierto es que quien tiene dar el contenido técnico es el MINSA, entonces tiene que trabajarlo de la mano los dos, lo que pasa es que tú tienes que saber quiénes tienen la infraestructura instalada a nivel local, y los únicos son el MINSA y el MINEDU, son los únicos que llegan hasta ese nivel. Entonces con ellos es los que tienes que trabajar porque si bien el MIDIS tiene todos los programas sociales, no tiene un monitor o un trabajador puesto en las comunidades o en los distritos, a veces solo tiene a nivel provincial o a nivel de la región, en cambio ESSALUD y el de Educación si tienen docentes y personal de salud a nivel mucho más distrital

Entrevistador 2: Entonces entendemos que el MIDIS sería la articulación. Y este acompañamiento que se haría una vez al mes, qué tanto se puede monitorear, al mes o cada dos meses, o cómo se monitorea.

Entrevistado: Nosotros lo que trabajamos es un monitoreo en base al riesgo y la oportunidad, y por eso es muy importante realizar el trabajo con el MINSA, porque puede que a un niño se le dé una visita semanal pero otro niño necesite más, es que depende de la necesidad. Lo importante es que salud pública cumpla con su rol, de brindar un acompañamiento y desarrollo adecuado y de calidad, si es que el control está bien hecho, entonces lo que va a hacer es determinar con claridad qué necesita ese niño, si no está creciendo bien seguramente necesitará consejería para ver cómo está la alimentación, la nutrición. Si está pendiente el de infecciones habrá que ver el tema de la higiene, si está siendo violencia, o sea ellos son los que te van a dar las alertas sobre quien necesita más acompañamiento, si eso no funciona bien, igual funciona por lo menos un esquema de visita mensual mínima, con priorización, en el caso de las zonas rurales es más fácil porque tienes 8 a 10 niños por comunidad porque se tiene una tasa de natalidad mucho más baja, en las zonas urbanas es mucho más complicado. Para el tema de anemia, yo creo que por un lado está toda la organización del servicio de salud y por otro lado está el trabajo comunitario, si no hay eso, complicadísimo que haya resultado.

Entrevistador 1: Entonces va a ser más importante la visita, más que el tema de las campañas.

Entrevistado: Si tú me dices que tienes 10 mil soles, mételo en campaña o mételo para trabajo comunitario, opto por la segunda. Las campañas ayudan pero solamente para visibilizar, pero de ahí ¿para que la estrategia funcione?, no, para que la estrategia funcione necesita un monitoreo, que no es como que te vas y tomas tú antiparasitario una vez y ya está, si no que tienes que tomarlo todos los días durante un año, dime quién se toma todos los días un antiparasitario.

Entrevistador 2: ¿El antiparasitario?

Entrevistado: No, el antiparasitario es para toda la familia, pero el antiparasitario lo tomas una sola vez y ya está, o sea se toma toda la familia una vez o en un par de días y ya está, en cambio en la anemia hay que acompañar al niño todo el año, y eso es lo que está fallando, porque cuando empezó a descontar el tema de los micronutrientes lograron una cobertura altísima como de 90% en alguna vez en los que recibieron por única vez el micronutriente, pero de ahí cuando bajabas a la segunda dosis, dabas un salto de garrocha y a la tercera ya era un 10%.

Entrevistador2: Entonces eso podría explicar los bajos efectos de los micronutrientes en las zonas rurales.

Entrevistado: En general no solo en zonas rurales, en zonas urbanas también. En realidad siempre el cuello de botella ha sido adherente a nuestro sistema, y la mejor forma de abordarlo ha sido el acompañamiento, pero acompañamiento para dar consejos, para ayudar. A veces también se encuentra de que el personal no está completamente convencido, si no estás convencido ¿cómo vas a convencer a otros?, a veces ellos le convencen al personal de salud.

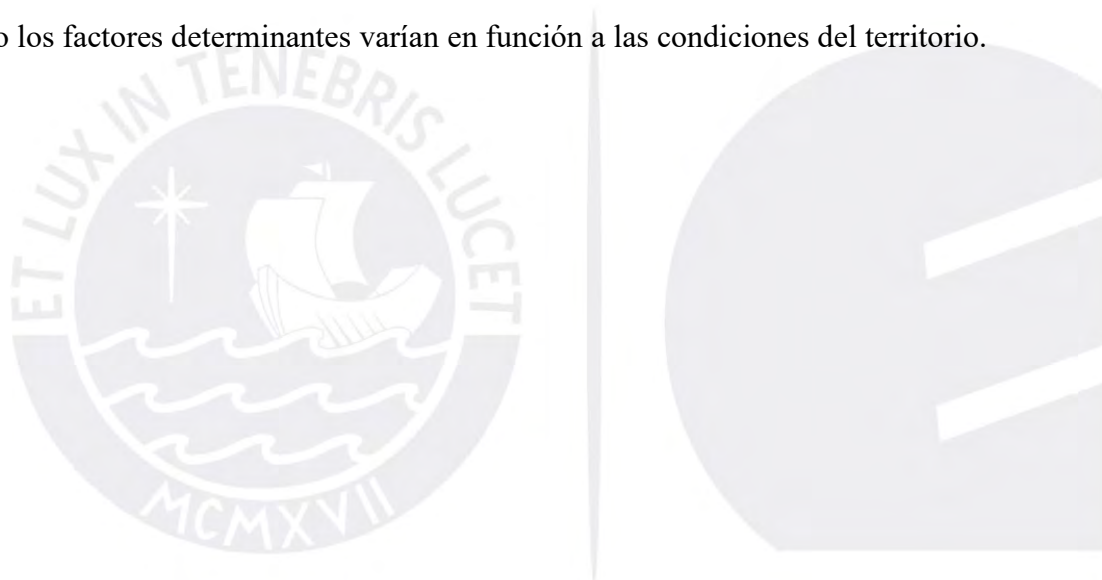
Entrevistador 2: Se sabe que está mapeado qué zonas del Perú tiene mayor índice de anemia, y usted me dice que la mayor causa de la anemia se combate con el hierro, entonces significa que ya no buscamos el origen, sino que solamente damos el suplemento de hierro?, ¿se tiene mapeado cuáles son las verdaderas causas de la anemia por zonas?.

Entrevistado: En realidad no hay un mapa de causas de anemias por zonas, porque en realidad hay casi como muchas investigaciones científicas, las causas son muy comunes, la diferencia es qué pesa más en unas y qué pesa más en otras. Definitivamente en la mayor parte del país el problema es el consumo de alimentos que tengan suficiente hierro, las causas de este consumo pueden variar, es decir, tenemos al 25% de la población más rica del Perú

con anemia, y la OMS te dice que por encima del 20% es un problema de salud pública, significa que se tienen poblaciones en las que lo que está fallando es el patrón, el hábito, la práctica, pero en otros lados además de la práctica es el acceso y la disponibilidad, en otras como en la selva en las zonas rurales con mucho problema de saneamiento, a eso se adiciona todo el tema de parásitos e infecciones, y hay otras zonas que para ser franca es muy complejo y no se está mapeando, pero no nos vamos a meter en eso porque si no nos vamos a tener que entrar a los metales pesados, hay zonas en las que hay un serio problema de metales pesados y hay anemia por los metales pesados.

Entrevistador 1: Pero entonces si esta de alguna manera mapeado.

Entrevistado. No hay un estudio específico para cada una, pero si hay un entendimiento de como los factores determinantes varían en función a las condiciones del territorio.



Apéndice D: Entrevista a FAO en Perú

Entidad: FAO - Perú

Nombre del entrevistado 1: Alberto García de Romaña

Cargo: Asesor Estratégico de Área de Programa

Nombre del entrevistado 2: Alicia de La Rosa

Cargo: Adjunta del Área de Programa

Lugar: FAO - Perú

Dirección: Calle Manuel Almenara 328 – Miraflores. Perú.

Medio: Presencial

Fecha y hora: 24 de Abril del 2018, 10:30 horas

Entrevistadores:

- **Entrevistador 1:** Rita Blancas
- **Entrevistador 2:** Paul Villar

Introducción: La entrevista se realiza con fines académicos para recabar información sobre la nutrición infantil en el Perú.

Características de la entrevista: Entrevista personal. Seguidamente se presentan los comentarios claves de la reunión.

Entrevistado 2: La FAO tiene como uno de sus principales objetivos la lucha contra el hambre, hambre cero. En ese sentido, contribuye con los gobiernos a desarrollar políticas de reducción de la desnutrición infantil. La intervención de la FAO en este campo se da en dos niveles, por un lado, el nivel de las Políticas Públicas Generales, impulsando Políticas Públicas vinculadas a la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Lamentablemente, la ley de Seguridad Alimentaria nunca se aprobó, hubo muchos intentos de poder promulgar esta ley, cuya importancia radicaba, entre otras, al establecimiento del derecho a la alimentación como

un derecho humano, y esto no está taxativamente mencionado en la Constitución Política; sin embargo, es parte desde el punto de vista de la FAO y de las Naciones Unidas como sustento de los Derechos Humanos. Por otra parte, en un nivel más operativo, el trabajo en apoyo a los sistemas de alimentación escolar con programas como Qali Warma y la promoción de huertos escolares.

Entrevistador 2: En su opinión, desde el punto de vista de la FAO, la desnutrición es asociada a la pobreza y a la extrema pobreza, ¿a qué asociarían esa malnutrición?, Puesto que hay muchos recursos en las zonas rurales y se tiene acceso a los mismos, quizá no a todo; sin embargo, el primer nivel que uno tiene cuando están en pobreza es la subsistencia, la alimentación pero ¿cuál es el factor por el cual no pueden salir de la pobreza? ¿Es falta de acceso a alimentos, o solo falta de recursos?

Entrevistado 1: La verdad es que no hay un solo factor, yo creo que ahí intervienen muchos factores, uno de ellos es información.

Entrevistador 1: La cultura.

Entrevistado 1: Claro, educación, educación alimentaria, información a la madre, lo que se ha demostrado en los estudios mundiales, seguro ustedes han repasado eso, es que el factor más importante, incluso, sí se puede decir que factor importante es la madre. Que la madre esté informada sobre cómo atender a los niños desde que nacen hasta los dos años. El PAN, el Programa Articulado Nutricional, es el programa más exitoso que ha tenido el país en esa materia e identifica eso como un factor crítico. El Perú todavía tiene algunas fortalezas, y una de esas fortalezas es que, junto con Bolivia, en el ámbito de Sudamérica, es de los países en los que todavía los mercados se abastecen, en su gran mayoría, de productos frescos, en otros países el consumo de alimentos frescos ha sido sustituido prácticamente en su totalidad por alimentos procesados.

Entrevistado 2: Es una pena que comunidades que producen granos andinos, como Puno, Ayacucho, las zonas de extrema pobreza de estos departamentos, consumen muy poco de los mismos, en cambio, consumen más alimentos que vienen de la costa como fideos y arroz.

Entrevistado 1: Claro, eso es una tendencia.

Entrevistador 2: El Comité Multisectorial de Seguridad Alimentaria no se está reuniendo.

Entrevistado 1: No se reúne muy frecuentemente, la última reunión fue el año pasado. La responsabilidad de la constitución de esta comisión es del Ministerio de Agricultura. En años anteriores, esta comisión estuvo a cargo de la PCM, y esto tenía su razón de ser porque la PCM es constitucionalmente un ente coordinador, se encuentra por encima de los sectores, tiene la capacidad de convocarlos y trabajar, y si eso se coloca en un solo Ministerio, sabemos cómo funciona.

Entrevistado 2: Estamos trabajando en sistemas alimentarios urbanos, donde hay que ponerle mucha atención también, porque la desnutrición, a pesar de que la incidencia es altísima en la zona rural, también se encuentra en las ciudades tiburizadas.

Entrevistador 2: Lo que dice usted es correcto, si bien hay mayor incidencia en otros lados, el mayor número de casos de desnutrición se produce en Lima.

Entrevistado 1: Y, además, la encuesta del MINSA demuestra que los niveles de desnutrición infantil y de malnutrición está en todos los quintales, incluso en los quintiles de mayores ingresos, es un problema de desinformación.