

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



“Articulación gubernamental y modelo de cogestión estado-comunidad en el monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes para la prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad entre los años 2015-2017”

Trabajo de investigación para optar el grado de Magíster en Gobierno
y Políticas Públicas

AUTOR

Oscar Gomez Portilla

ASESOR (A)

Patricia Jacquelyn Balbuena Palacios

LIMA - PERÚ

setiembre, 2019

RESUMEN

La anemia, según la (Organización Mundial de la Salud, 2011), es *“un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo”*.

En el Perú constituye un problema severo de salud pública¹ debido a que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el nivel de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses al 2017 fue de 43.6%, y durante los últimos 5 años esta cifra se mantuvo superior al 40%, siendo la deficiencia de hierro la causa más frecuente según refiere el (MINSA, 2017).

Frente a ello, el Estado peruano ha impulsado diversas estrategias de prevención y atención, mediante herramientas de gestión como: el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, liderado por el Ministerio de Salud (MINSA); y el Plan Multisectorial de Lucha contra la anemia 2018, coordinado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

Ambos planes actualmente se encuentran en proceso de implementación, en sus diferentes ejes de acción, una de ellas, por ejemplo, es la distribución universal de multimicronutrientes, cuya acción implica la ejecución de determinados

¹Según la (Organización Mundial de la Salud, 2011), “la clasificación de la importancia de la anemia para la salud pública en función de la prevalencia estimada a partir de la hemoglobinemias se clasifica en severo (40% o superior), moderado (20%-39.9%), leve (5%-19.9%) y normal (4.9% o inferior).

procesos que parte desde la adquisición de los multimicronutrientes hasta la evaluación y/o control del nivel de bienestar o estado de salud del menor.

En el presente proyecto de innovación, se analizó el eje de acción vinculada a la suplementación con multimicronutrientes a niños de 6 a 35 meses de edad como estrategia de prevención de los altos niveles de prevalencia de anemia; para lo cual, se ha establecido una cadena de valor en el que se identificó que una de las limitaciones de gestión se da en el monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes, lo cual no permite determinar un indicador sobre el consumo efectivo² por parte de la población en estudio.

Además, como parte del análisis del marco institucional y normativo realizado, se ha evidenciado que no todas las estrategias de intervención para la prevención de la anemia se encuentran vinculados a lo establecido por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, en el marco del proceso de planificación estratégica del Estado Peruano; lo cual limita el cumplimiento de procesos y/o mecanismos de coordinación y articulación (horizontal y vertical) en los tres niveles de gobierno y/o con los actores locales; dicho escenario constituye una de las causas directas del problema público identificado.

Frente a ello, en los últimos capítulos, se propone el desarrollo de ciertos mecanismos que permitan fortalecer los actores y espacios vinculados al proceso de monitoreo del consumo de multimicronutrientes, en el marco de la estrategia de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

²Según la Real Academia Española, el termino efectivo es sinónimo de real y verdadero, opuesto a quimérico, dudoso o nominal.

LISTA DE ACRONIMOS

- **CEPLAN** : Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.
- **CGR** : Contraloría General de la República.
- **DCI** : Desnutrición Crónica Infantil.
- **DGSP** : Dirección General de Salud Pública.
- **ENDES** : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- **INEI** : Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- **MCVS** : Ministerio de Construcción, Vivienda y Saneamiento.
- **MEF** : Ministerio de Economía y Finanzas.
- **MIDIS** : Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- **MINSA** : Ministerio de Salud.
- **ODS** : Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- **OMS** : Organización Mundial de la Salud.
- **ONU** : Organización de las Naciones Unidas.
- **PDCL** : Plan de Desarrollo Concertado Local.
- **PDCR** : Plan de Desarrollo Concertado Regional.
- **PEI** : Plan Estratégico Institucional.
- **PESEM** : Plan Estratégico Sectorial Multianual.
- **PNAIA** : Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.
- **POI** : Plan Operativo Institucional.
- **SINAPLAN** : Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.
- **UNICEF** : Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

INDICE

RESUMEN.....	2
LISTA DE ACRONIMOS.....	4
LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE GRÁFICOS	9
INTRODUCCIÓN	10
1. CAPITULO I: Descripción del problema.....	13
1.1. Identificación del problema.....	13
1.2. Marco conceptual del problema	16
1.3. Evidencia del problema	20
1.4. Estado de la cuestión	25
1.5. Marco normativo e institucional.....	28
1.5.1. Marco normativo	28
1.5.2. Marco institucional.....	33
2. CAPITULO II: Causas del problema.....	37
2.1. Las causas del problema.....	37
2.1.1. Análisis de causas del problema identificado.....	39
2.2. Selección de una causa materia de solución innovadora a través de criterios	50
3. CAPITULO III: Análisis de alternativas existentes	53

3.1. Alternativa 1: Gestión estratégica y sostenible de una política de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad	53
Descripción de la alternativa	53
Aspecto que aborda de la problemática identificada.....	64
Resultados alcanzados con la implementación de la alternativa	64
Las dificultades identificadas	66
3.2. Alternativa 2: Mecanismos de incentivos y acompañamiento a la política de prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses	67
Aspecto que aborda de la problemática identificada.....	74
Resultados alcanzados con la implementación de la alternativa	74
Las dificultades identificadas	75
3.3. Alternativa 3: Mecanismos de comunicación y sensibilización permanente a toda la población en general	76
Descripción de la alternativa	76
Aspecto que aborda de la problemática identificada.....	80
Resultados alcanzados con la implementación de la alternativa	80
Las dificultades identificadas	81
4. CAPITULO IV: Diseño de la intervención innovadora	85
4.1. Marco teórico de la intervención innovadora	85
4.2. Diseño específico de la intervención innovadora	104
4.1. Matriz e indicadores de la intervención innovadora.....	112

5. CAPITULO V: Viabilidad de la intervención innovadora.....	117
5.1. Viabilidad financiera: económica	117
5.2. Viabilidad organizacional: dentro de la institución	118
5.3. Viabilidad normativa: de acuerdo al marco legal existente	123
Conclusiones:	128
BIBLIOGRAFÍA.....	130

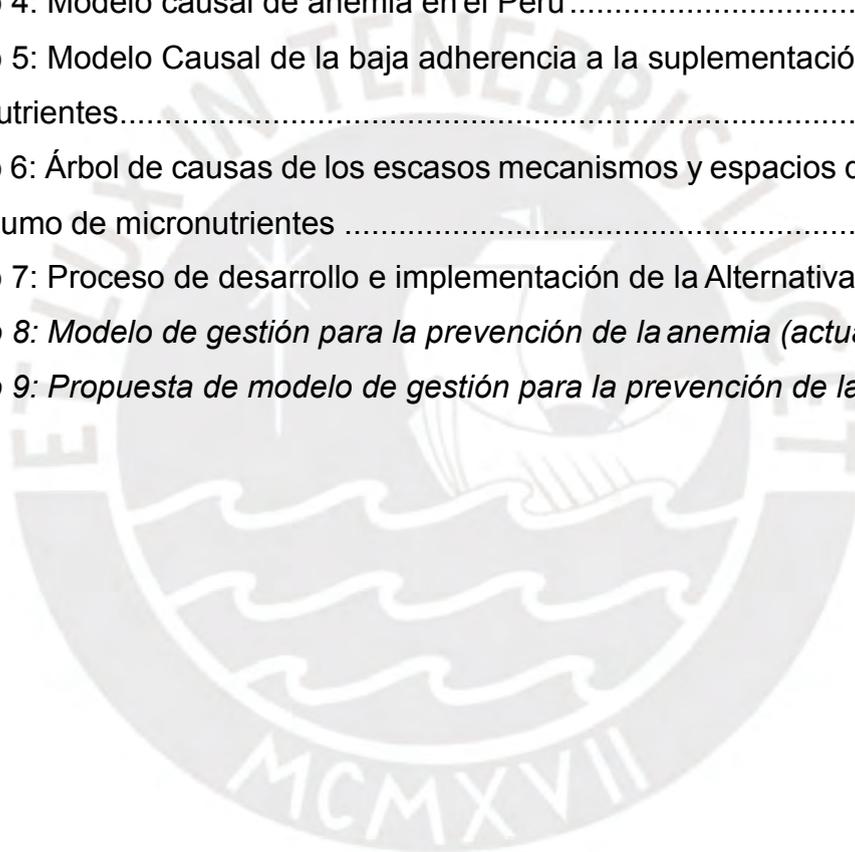


LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1: Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 35 meses de edad por departamentos</i>	24
Tabla 2: Proceso de implementación de decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver el problema público identificado	57
Tabla 3: Propuesta de programación para la elaboración de un modelo de Cogestión Estado-Comunidad.....	59
Tabla 4: Propuesta de cronograma para el desarrollo de herramientas técnicas de monitoreo	60
Tabla 5: Matriz del rol de las entidades involucradas en el proceso de implementación de la alternativa 1	62
Tabla 6: Periodo de implementación y el rol de actores de la alternativa 2	71
Tabla 7: Periodo de implementación y el rol de los actores en la alternativa de solución 3.....	79
Tabla 8: Matriz de selección de alternativa	83
Tabla 9: Anemia en niños de 6 a 35 meses que acudieron a los establecimientos de salud, por niveles según departamento del establecimiento de salud (Periodo: enero a marzo -2019).....	101
Tabla 10: Matriz de Innovación N° 01	113
Tabla 11: Matriz de costeo-indicadores N° 02	115
Tabla 12: Matriz de viabilidad de la alternativa de solución.....	127

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Cadena de Valor del proceso de suplementación con multimicronutrientes a niños de 6 a 36 meses de edad.....	19
Gráfico 2: Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 35 meses de edad 2015-2017	22
Gráfico 3: Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad según ubicación geográfica 2015-2017	22
Gráfico 4: Modelo causal de anemia en el Perú.....	38
Gráfico 5: Modelo Causal de la baja adherencia a la suplementación con micronutrientes.....	39
Gráfico 6: Árbol de causas de los escasos mecanismos y espacios de monitoreo al consumo de micronutrientes	52
Gráfico 7: Proceso de desarrollo e implementación de la Alternativa 1.....	61
<i>Gráfico 8: Modelo de gestión para la prevención de la anemia (actual)</i>	<i>108</i>
<i>Gráfico 9: Propuesta de modelo de gestión para la prevención de la anemia</i>	<i>109</i>



INTRODUCCIÓN

Según la (UNICEF, 2019), la infancia *“significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años”*; lo cual implica considerar esta etapa de la vida como el foco principal de despliegue de políticas de Estado o de gobierno a nivel mundial, ya que *“en los primeros años de vida se define, en gran medida, la capacidad de una persona para desplegar su potencial y consolidarse, en la adultez, como ciudadano responsable y productiva para sí misma, su familia y la sociedad”*, como se menciona en los “Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano” impulsado por el (MIDIS, 2016).

El Estado peruano en el marco de sus compromisos y responsabilidades con el desarrollo adecuado de la infancia, ha desarrollado e implementado determinadas herramientas de gestión pública como: la Estrategia de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia –PNAIA 2012-2021, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021, el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, el Plan Multisectorial de Lucha contra la anemia 2018, entre otras; dichas herramientas tienen como finalidad, garantizar un adecuado estado de salud y nutricional de los niños y niñas en el Perú, sin embargo, dichas finalidades, aún no se visibilizan en la realidad, ya que aún no se han podido superar los problemas de salud como la Desnutrición Crónica Infantil y la anemia, a pesar que durante los últimos años por ejemplo el problema de la DCI se ha logrado

reducir de un 31% en el 2004 a 13% en el 2017; sin embargo en el caso de la anemia, los índices de prevalencia en niños de 6 a 35 meses de edad, aún se mantiene en cifras que superan el 40% de casos, por ejemplo, al 2017 el nivel de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad fue de 43.6%, lo cual constituye a la anemia en el Perú como un problema severo de salud pública según los criterios técnicos de clasificación de dicha enfermedad establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por ello, el problema público desarrollado en el presente proyecto es, los altos niveles de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, y una de las causas principales consideradas para fines particulares del presente estudio es la baja adherencia a la suplementación con multimicronutrientes por parte de los padres o cuidadores de niños de 6 a 35 meses de edad.

Para lo cual, en el estricto marco de las estrategias de prevención de la anemia impulsadas desde el Estado, se analizó la estrategia de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad mediante la suplementación de multimicronutrientes, y como parte de la metodología de investigación utilizada en el presente proyecto, se ha revisado el marco normativo que rige esta estrategia, información estadística reportada por el INEI a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la auditoría de desempeño realizado por la Contraloría General de la República (CGR) al servicio de suplementación con micronutrientes, así como diferentes estudios de caso; los cuales han permitido definir una cadena de valor del proceso de suplementación con

multimicronutrientes, en donde se ha podido determinar que una de las limitaciones de la estrategia de suplementación es el escaso monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes por parte de los niños de 6 a 35 meses de edad y la limitada participación de actores del Estado y la comunidad en dicho proceso, así como las limitadas herramientas técnicas que se cuenta para realizar tal acción; frente a ello se propone alternativas de solución los cuales permitirán de manera transversal fortalecer los mecanismos de monitoreo al consumo de micronutrientes, así como, todo el proceso de suplementación y los niveles de coordinación y articulación entre los actores involucrados en dicho proceso.

Como parte de la metodología utilizada en el presente trabajo, se realizó dos entrevistas semi-estructuradas, el primero fue a un especialista que participó en la auditoria de desempeño que realizó la Contraloría General de la Republica sobre Suplementación con micronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses en el año 2016, y la segunda entrevista se realizó a la Socióloga Sandra Manrique Becerra quien laboró en el Ministerio de Inclusión Social como coordinadora de seguimiento del eje de infancia, niñez y adolescente, así mismo diseñó el tablero de control de la desnutrición crónica infantil y anemia y acompañó el proceso en el marco del desarrollo infantil.

Las entrevistas mencionadas en el párrafo anterior han permitido fortalecer la presente propuesta desde su desarrollo analítico descriptivo, así como la consistencia de la propuesta de innovación que se presenta en los capítulos finales del presente proyecto de innovación.

1. CAPITULO I: Descripción del problema

1.1. Identificación del problema

Una de las causas principales por las que en el Perú la anemia constituye un problema severo de salud pública, según el (MINSA, 2017) es la disminución de producción de eritrocitos debido a una inadecuada ingesta de absorción de micronutrientes del menor, lo cual a su vez es ocasionado por un deficiente acceso a servicios de salud e intervenciones por parte del Estado.

Entre las intervenciones más importantes y de alcance nacional, se tiene lo impulsado desde el gobierno nacional que en coordinación con los gobiernos regionales realizaron el Tercer GORE (febrero de 2017), en el que se suscribió el “Pacto Nacional para la Reducción de la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil”, donde se comprometieron a reducir la anemia en niños de 6 a 35 meses a 19%³; sin embargo según el seguimiento y evaluación que el INEI realizó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 pudo evidenciarse que solamente los gobiernos regionales de Arequipa y Callao cumplieron con las metas anuales propuestas.

Otra intervención importante por parte del gobierno nacional, en el marco de la prevención y atención de la anemia, es el “Fondo de Estímulo al

³ meta propuesta por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales al 2021, el cual es coordinado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Desempeño y Logro de Resultados” el cual lo liderada el MIDIS, quien en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y los Gobiernos Regionales desarrollan mecanismos de incentivos a las entidades a prestar servicios en coordinación y articulación con los involucrados de manera adecuada y oportuna; específicamente a madres gestantes, niños menores de 5 años que radican en gobiernos locales catalogados dentro de los quintiles 1 y 2; del cual, según el informe de verificación de los compromisos de gestión realizados para el periodo 2018, se ha determinado que el nivel de cumplimiento promedio de todos los gobiernos regionales a nivel nacional fue de 60.8%, y como estímulo a ello cada gobierno regional recibió transferencia presupuestaria, con excepción del gobierno regional de Puno quien no superó la meta mínima establecida.

Otra de las estrategias impulsadas y desarrolladas en el Estado peruano para la prevención de los altos niveles de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro, es la suplementación con micronutrientes a niños de 6 a 35 meses de edad dentro del marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia 2017-2021, y en ese marco, según refiere (de Althaus Guarderas, 2016), durante el año 2014 se compraron 164 millones de sobres de micronutrientes y el año 2015, 238 millones, para ser distribuidos mediante los establecimientos de salud de primer nivel de atención previa consejería nutricional; sin embargo, los resultados de dicha estrategia no se ha podido visibilizar en la realidad, ya que según reporta el INEI en la ENDES del 2017, los niveles de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses fue de

43.6%, dicha cifra en comparación con los años 2016 (43.6%) y 2015 (43.5%) no se ha reducido.

Paralelo al proceso de suplementación, durante el año 2015 y el primer semestre del año 2016, la Contraloría General de la República ente técnico rector del Sistema Nacional de Control, mediante el (Departamento de Auditoría de Desempeño, 2016) realizó una auditoría de desempeño a la “suplementación con micronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses” y como resultado de ello alcanzó un informe de auditoría en el que se determinan varias conclusiones, entre ella por ejemplo, se concluye que el proceso de entrega de micronutrientes a las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad no es eficaz debido a que durante el 2015 solamente se suplementó al 19% de la población objetivo; una segunda conclusión indica que los establecimientos de salud del primer nivel de atención no cumplen con brindar la consejería nutricional, puesto que por ejemplo el 87.6% de los niños que iniciaron el proceso de suplementación sin consejería nutricional durante el último trimestre del 2014, abandonaron el ciclo de suplementación desde la segunda entrega de micronutrientes; y como consecuencia de lo previamente descrito, se concluye que el problema principal de la anemia por deficiencia de hierro en el marco de las diferentes estrategias de prevención es la **baja adherencia a la suplementación con micronutrientes de parte de las madres, padres o cuidadores de los niños de 6 a 35 meses de edad**, ya que el nivel de cumplimiento con el proceso de suplementación según lo establecido por el MINSA, es muy bajo.

1.2. Marco conceptual del problema

Adherencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia consiste en consumir un producto médico tal cual estipula la indicación médica; sin embargo, en la actualidad la adherencia constituye un problema de salud pública, por lo que según recomienda la OMS, debería de ser un tema de prioridad en la agenda de un gobierno, para que a partir de ello se diseñe e implemente estrategias para mejorar la salud de la población.

Según se cita en (Pfizer, 2009), “los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud”, sin embargo su adherencia podría alterar los resultados del tratamiento médico; al respecto el doctor Javier Soto⁴ indica que “la mala adherencia es responsable de entre 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médica y 125.00 fallecimientos al año en Estados Unidos”.

Según la doctora Ana Pastor, vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), las principales causas de la no adherencia son:

- Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos)
- Instrucciones insuficientes
- Fallo en la relación médico-paciente
- Desacuerdo del paciente respecto al tratamiento
- Mala memoria

⁴Jefe del departamento de fármaco economía y resultados en salud de Pfizer España.

Para el caso del presente proyecto, la adherencia implica el cumplimiento, por parte de los responsables de los niños menores intervenidos, con el esquema de suplementación con multimicronutrientes según la consejería recibida en el centro de salud; es así que según (Munayco, y otros, 2013), la adherencia a los Multimicronutrientes se determina dividiendo el número total de sobres consumidos durante la suplementación y el número total de sobres recibidos del centro de salud multiplicado por cien, y se considera “buena adherencia” si por lo menos el niño consumió el 90% de sobres de multimicronutrientes.

Según la Directiva Sanitaria N° 069-MINSA/DGSP-V.01, se define a la adherencia como *“el grado en que el paciente cumple con el régimen terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos en las dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de las tabletas indicadas”* (MINSA, 2016).

Articulación vertical y horizontal del Estado

Según (Hevia, 2011, pág. 96), las políticas públicas con un enfoque de doble articulación, se refiere en primer término a la articulación vertical el cual implica el poder de control de una política pública desde el primer nivel de gobierno (federación), pasando por estados (gobierno regionales-segundo nivel de gobierno) y municipios (tercer nivel de gobierno), y la articulación horizontal hace referencia a la existencia de una “red territorial horizontal, donde se activan diversas temáticas sectoriales en un mismo territorio”, y según refiere el autor, las ventajas de este enfoque consiste en que permite lograr *“...una mayor densidad asociativa tanto temática como territorial, logrando así que las redes*

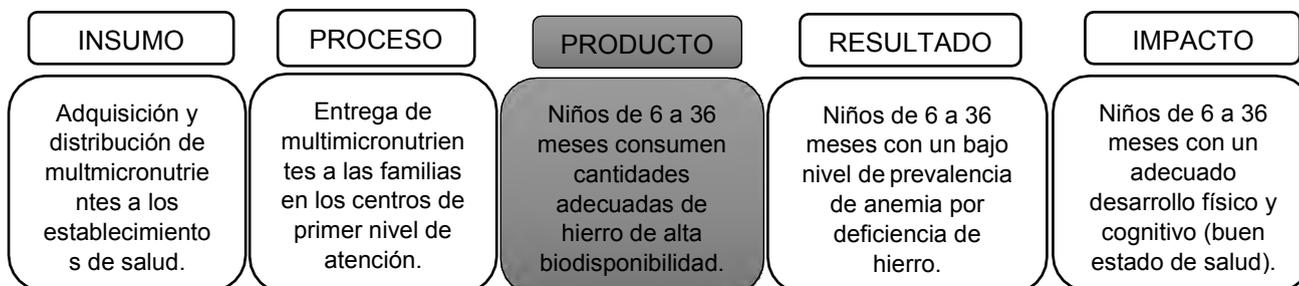
territoriales tengan conocimiento sobre las políticas implementadas en sus ciudades y que las redes sectoriales puedan, además de participar en los eslabones de la cadena de la ejecución de la política, conocer los impactos nacionales y locales de estas...”.

En ese sentido se puede definir la articulación vertical como el nivel de articulación entre los tres niveles de gobierno (gobierno nacional, gobierno regional y gobierno local) y la articulación horizontal, como el nivel de articulación entre las entidades comprendidas de un nivel de gobierno en la intervención dentro de un territorio o sector.

Monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes

La ingesta de multimicronutrientes en niños de 6 a 35 meses de edad, implica el desarrollo de un conjunto de procesos comprendidos desde la etapa de adquisición de los mismos, hasta la entrega a las familias, dichos procesos han sido aprobados mediante la Directiva N° 068-MINSA/DGSP, “Directiva Sanitaria para la prevención de la Anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses”; y el monitoreo al proceso de consumo específicamente, se desarrolla posterior a la entrega de multimicronutrientes a las familias desde los centros de salud de primer nivel de atención y previo a la evaluación de los resultados de este; según la cadena de valor se puede identificar a dicho proceso a nivel de producto, de la siguiente manera:

Gráfico 1 Cadena de Valor del proceso de suplementación con multimicronutrientes a niños de 6 a 36 meses de edad



Fuente: Elaboración propia, según Directiva N° 068-MINSA/DGSP.

Multimicronutrientes

Según el (Programa Nacional Cuna Mas, 2015), los multimicronutrientes, son una mezcla de Vitamina A, Vitamina C, ácido fólico y minerales (hierro, zinc), y constituyen un complemento alimenticio para los gestantes y los infantes, los cuales se distribuyen como parte de la estrategia utilizada y recomendada por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos, para prevenir la anemia.

Anemia

El Ministerio de Salud, en la Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, define a la anemia como "...un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar".

Según (U.S. Department of Health and Human Services, 2011), la anemia puede afectar la salud y la calidad de vida de la persona, y de acuerdo a ciertas características nutricionales y geográficas de la población, edad, sexo, etc., se puede distinguir varios tipos de Anemia, entre ellos se tiene: Anemia por

deficiencia de Hierro (ferropénica), la Anemia perniciosa, la anemia aplásica y la Anemia hemolítica; siendo la deficiencia de hierro la causa más común, sobre todo en niños en la edad preescolar (4-24 meses de edad), debido a que el recién nacido tiene reservas adecuadas de hierro hasta los 4 a 6 meses de edad aproximadamente, el cual proviene fundamentalmente del aporte del hierro materno durante la vida intrauterina, y a partir de los 4 a 6 meses de vida el niño se inicia con una dieta para mantener un balance adecuado de hierro, motivo por el cual en la mayoría de los casos la anemia ferropénica en el bebe lactante y en la primera infancia⁵ está determinada por una dieta insuficiente o mal balanceada⁶.

Según el (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016), a pesar de haberse identificado muchas causas de la anemia, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2016, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria (Anemia Ferropénica) constituye en el Perú más de la mitad del número total de casos de anemia.

1.3. Evidencia del problema

Las diferentes dificultades o limitaciones que el Estado peruano, presenta en el proceso de implementación de sus estrategias de prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses; como la débil articulación entre los diferentes actores

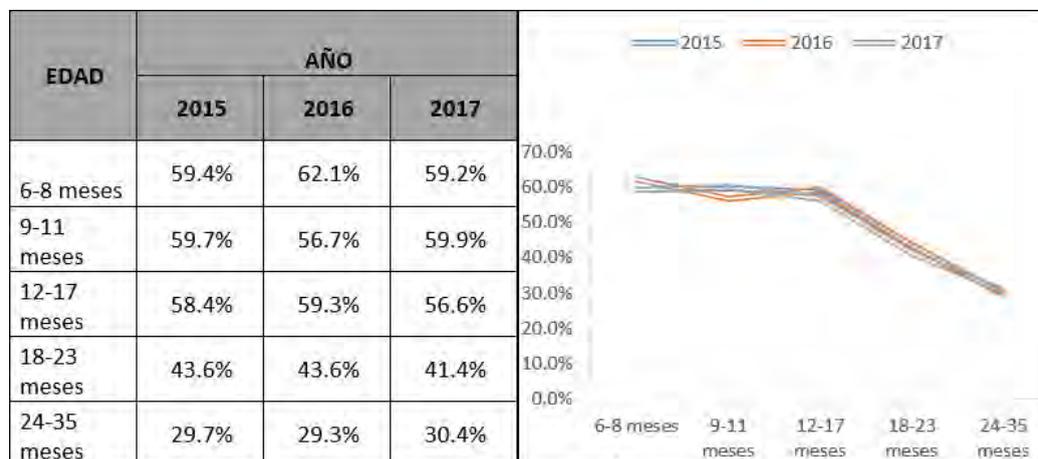
⁵Según la UNICEF, la concepción de la primera infancia es variable de país a país, de acuerdo a ciertas características particulares como: tradiciones locales y la forma de organizar los ciclos de educación, por ejemplo en algunos países se considera primera infancia hasta los 4 años de edad, sin embargo en otros hasta los 7 años, pero para motivos de trabajo y por recomendación del Comité de los Derechos del Niño (ONU), se considera la primera infancia desde la gestación, pasando por el nacimiento, hasta los 8 años de edad.

⁶ (SAP-Sociedad Argentina de Pediatría, 2017)

por parte del Estado y la Comunidad, que se encuentran involucrados en un determinado espacio y contexto; la falta de personal especializado y los deficientes mecanismos y herramientas de sensibilización y acompañamiento durante el proceso de prevención de la anemia; presentan resultados como el no cumplimiento de la meta de reducir el nivel de prevalencia de anemia a un 20% en niños de 6 a 35 meses, propuesto en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2014-2016; que se puede evidenciar según los reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) como resultado de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) realizado en el año 2016, en donde el nivel de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses ascendía a un 43.6%, 23.6 puntos porcentuales por encima de la meta estimada en la referida herramienta de gestión.

Para el periodo de estudio del presente proyecto de investigación (2015-2017), se ha identificado en el siguiente gráfico la evolución del nivel de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, según la ENDES realizada por el INEI durante los años 2015, 2016 y 2017; del cual se puede ver que los niños de 6 a 17 meses de edad son los más afectados por el problema de la anemia, ya que el 59% aproximadamente de niños de la edad en referencia presentan el mencionado problema de salud; mientras que los niños de 24 a 35 meses de edad relativamente presentan problemas de anemia en menor porcentaje, a pesar de ello el nivel de prevalencia durante el periodo en estudio se ha incrementado de un 29.7% a 30.4%.

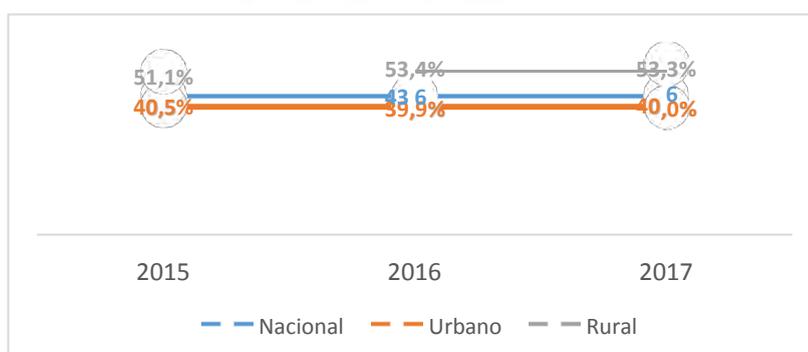
Gráfico 2: Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 35 meses de edad 2015-2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, según (ENDES 2015,2016 y 2017).

El nivel de prevalencia de anemia, así como varía según la edad del menor, también varía de acuerdo a su ubicación geográfica; es así que, en el siguiente gráfico, se puede evidenciar, por ejemplo, que el nivel de prevalencia de anemia en niños que viven en la zona rural del país, es más alto en comparación con los niños que viven en zona urbana, así mismo se puede ver que el nivel de prevalencia de anemia en niños que viven en la zona rural se ha incrementado en 2.2 puntos porcentuales del 2015 al 2017, sin embargo el promedio nacional así como el promedio de niños con anemia en zona urbana relativamente se mantuvo constante.

Gráfico 3: Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad según ubicación geográfica 2015-2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, según (ENDES 2015,2016 y 2017).

Otra evidencia en donde se puede visibilizar el problema del bajo nivel de prevalencia de la anemia y la poca efectividad de la estrategia de la prevención (mediante la distribución de micronutrientes), es a través del Oficio N° 00129-2016-CG/GAES, en donde la Contraloría General de la Republica, mediante el departamento de auditoria de desempeño, informa los hallazgos encontrados, producto de una auditoria de desempeño sobre “la suplementación con micronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses”, en el periodo de 01 de enero del 2015 al 30 de junio de 2016; entre los hallazgos más importantes de esta intervención, se ha encontrado lo siguiente:

- De 102, 051 niños de 6 a 35 meses de edad suplementados en el periodo octubre-noviembre del año 2014 a nivel nacional, solamente el 0.93% (944 niños) ha mantenido un nivel de consumo continuo y un 4.73% (4828 niños) logro un nivel de consumo completo, pero no continuo.
- En el año 2015 el MINSA, a través de sus establecimientos de salud de primer nivel de atención, había suplementado solamente a un 19% de niños de una población objetivo de 163, 269 niños de 6 a 35 meses.
- Solamente el 28% de niños de 6 a 35 meses de edad, que iniciaron suplementación en el periodo octubre a diciembre del 2014, recibieron algún tipo de consejería en la primera entrega de micronutrientes.
- El 87.6% de niños que iniciaron la suplementación en el periodo octubre a diciembre del 2014, abandonaron la suplementación desde la segunda entrega y solo el 2.2% de niños culminaron el esquema de suplementación.

Producto de las evidencias en mención, la Contraloría General de la República infiere que, “la entrega de micronutrientes a los niños y niñas de 6 a

35 meses en el Perú no es eficaz, por cuanto no se logra los objetivos propuestos o esperados”, así mismo se concluye que “los servicios de primer nivel de atención del MINSA, no cumple con brindar consejería nutricional adeudada y oportuna”.

A continuación, se puede ver que el nivel de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, según departamento es bastante variable; uno de los departamentos que presenta el mayor porcentaje de niños con anemia es el departamento de Puno 2015 (61.8%) y 2016 (62.3%), seguido por el departamento de Pasco y Madre de Dios, sin embargo en el departamento de Lambayeque presenta el menor porcentaje de niños con anemia 2015 (23.7%) y 2016 (26.9%) superando a los departamentos la Libertad y Lima Metropolitana quienes también presentan porcentajes relativamente bajos de niños con anemia.

Tabla 1: Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 35 meses de edad por departamentos

Departamento	2015	2016
AMAZONAS	35.0%	33.8%
ANCASH	37.1%	28.8%
APURIMAC	43.3%	39.7%
AREQUIPA	31.2%	32.2%
AYACUCHO	35.5%	41.1%
CAJAMARCA	25.8%	22.9%
PROV. CONST. DEL CALLAO	27.3%	34.6%
CUSCO	41.7%	46.8%
HUANCAVELICA	42.5%	45.4%
HUANUCO	33.4%	35.7%
ICA	33.4%	31.1%
JUNIN	40.3%	41.9%
LA LIBERTAD	24.7%	23.8%
LAMBAYEQUE	23.7%	26.9%
LIMA	26.8%	25.6%
PROVINCIA DE LIMA	25.7%	24.9%
LIMA PROVINCIAS	34.8%	30.4%
LORETO	44.0%	49.9%

MADRE DE DIOS	44.3%	42.9%
MOQUEGUA	28.6%	29.2%
PASCO	45.9%	49.4%
PIURA	26.9%	30.4%
PUNO	61.8%	62.3%
SAN MARTÍN	32.7%	35.8%
TACNA	27.9%	25.5%
TUMBES	36.8%	37.8%
UCAYALI	43.3%	47.2%

Fuente: Elaboración Propia, Según INEI (ENDES 2015-2016).

1.4. Estado de la cuestión

Identificación de medidas adoptadas hasta el momento por entidades del Estado Peruano frente al problema.

Según la (ONU, 2015, pág. 17), uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), es poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible, para ello uno de las metas propuestas en la resolución aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 25 de septiembre de 2015, es *“de aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación⁷ de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad”*; frente a ello, el Estado peruano durante la última década, ya cuenta con una agenda el cual viene siendo implementado ya desde ciertos años atrás, dicha agenda está siendo liderado por el Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector del sector, así como por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

⁷ Según la Real Academia Española, la emaciación en el campo de la medicina, se define como adelgazamiento morboso.

Para el caso específico del problema del nivel de prevalencia de anemia infantil, entre los esfuerzos más resaltante se tiene: La Estrategia Nacional Crecer, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2014-2016, el Plan Nacional de Reducción y control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021, el Programa Articulado Nutricional (PAN), El Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia 2018, etc. también se cuenta con la Directiva Sanitaria N° 056-MINSA/DGSP.V.01, “Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses”, en el cual se ha establecido “...*la universalización de la Suplementación con Multimicronutrientes para la prevención de Anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad como una de las líneas de acción prioritarias en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia...*”; asimismo el (Ministerio de Salud, 2017), a través de la Resolución Ministerial N° 342-2017/MINSA, estableció que “*la suplementación con hierro, por vía oral, en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas en dosis de prevención y tratamiento y con micronutrientes en niños, es una intervención que tiene como objetivo asegurar el consumo de hierro en cantidad adecuada para prevenir o corregir la anemia, según corresponda*”.

La estrategia de prevención de la anemia a través de la suplementación con micronutrientes en el Perú, supera ya los 8 años de haberse implementado, según (Junco Guillermo, 2015, pág. 12); lo cual ha permitido realizar acciones

de evaluación, por parte de diferentes entidades tanto del sector público, así como del privado; entre los trabajos más resaltantes se cuenta por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el cual de manera anual realiza el seguimiento cuantitativo a la evolución del nivel de prevalencia de anemia a nivel nacional; así mismo, otra de las evaluaciones más importantes, es la auditoría de desempeño sobre “el nivel de suplementación con micronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses”, realizado por la Contraloría General de la República, el cual buscaba determinar la eficacia y eficiencia del modelo de gestión del programa de entrega de multimicronutrientes, en el periodo 01 de enero del 2015 al 30 de junio del 2016.

Como resultado de las diferentes evaluaciones del nivel de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, se ha podido determinar que en el Perú más del 40% de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad son diagnosticados con anemia, lo cual según los criterios técnicos establecidos por la Organización Mundial de la Salud-OMS, este problema representa aún un problema de salud público severo.

La situación descrita previamente, constituye un gran reto para el Estado peruano y los gobiernos de turno, es así que, por ejemplo el 3 de Julio del 2018, a través del Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, se aprobó el Plan Multisectorial de lucha contra la anemia; lo particular de la mencionada herramienta de gestión, es que el ente quien lo lidera y coordina ya no es el MINSA, sino el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); ya que el objeto de este plan es realizar una intervención multisectorial, manteniendo el

mismo modelo de gestión que consta de acciones como: tratamiento y prevención de anemia en menores de 3 años con suplemento de hierro, fortificación casera y consejería por un periodo de 12 meses, control de crecimiento y desarrollo infantil y consejería desde el nacimiento, visita domiciliaria entre otras. La implementación de esta nueva herramienta de gestión responde a diferentes indicadores, mientras el primero se mide mediante indicadores de eficacia en cuanto a la prevención y estado de salud del menor, el segundo se sostiene en indicadores de coordinación, articulación y gestión territorial.

En el Plan Multisectorial de lucha contra la anemia, menciona a los gobiernos locales y comunales como parte de la estrategia de intervención del plan, sin embargo, no se ha desarrollado aún, mecanismos ni espacios que involucren a estos actores en el proceso de implementación del modelo de gestión de la lucha contra la anemia, lo cual dificulta el desarrollo de algunos procesos como el monitoreo o acompañamiento permanente a la población intervenida, limitando así la efectividad de la estrategia de intervención del tratamiento y prevención de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con suplemento de hierro.

1.5. Marco normativo e institucional

A continuación, se desarrolla el marco normativo e institucional que regula el proceso de gestión para la prevención y atención de la Anemia infantil.

1.5.1. Marco normativo

Desde el punto de vista normativo, el Estado peruano ha avanzado bastante, puesto que los procesos de gestión que implica la política de

prevención y atención de la anemia se encuentran con un vasto respaldo normativo; entre las más resaltantes se tiene: el Plan Nacional Concertado de Salud aprobado con Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, y uno de los objetivos de esta herramienta de gestión es reducir la prevalencia de Anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente en las regiones con mayor pobreza, y específicamente en lo que respecta a la anemia al 2020 en 40%.

Posteriormente en el año 2012, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, mediante el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la adolescencia-PNAIA 2012-2021, cuya finalidad era la de *“crear y reforzar las condiciones necesarias para que las y los peruanos menores de 18 años de edad accedan a servicios de calidad, atendidos por personal idóneo y debidamente equipado, contando con la participación de la familia y de las instituciones en general, sean públicas, privadas o asociadas para defender los derechos de este vasto segmento poblacional”*, esta herramienta de gestión establecía diferentes metas emblemáticas, como la referida a reducir a 5% la desnutrición crónica de la primera infancia, sin embargo, se ha podido ver que en esta herramienta de gestión en específico, no se había considerado una meta referida a la disminución de los altos niveles de prevalencia de anemia en niños.

Durante el mismo año (2012), el MINSA mediante Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA, aprobó la Norma Técnica “Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”, cuya finalidad es la de *“Contribuir al desarrollo y bienestar de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas en el marco de la atención integral de salud”*.

Asimismo, durante el mismo periodo 2012, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, mediante Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS, aprobó la Directiva N° 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”, cuya finalidad fue la de *“establecer, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social, los lineamientos que permitan la gestión articulada intersectorial e intergubernamental necesaria para acelerar la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú”*, sin embargo tampoco se ha podido identificar en dicha directiva objetivos específicos orientados a la disminución de los altos niveles de prevalencia de anemia en niños.

Posteriormente, en el año 2014, el MINSA mediante la Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA, aprobó la “Guía Técnica para la Implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa”, con la finalidad de *“contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil a través de la implementación de grupos de apoyo comunal que promuevan y proteja la lactancia materna exitosa”*, dicha acción de manera indirecta se encontraba vinculado a la mitigación del problema de anemia en niños en edad de lactancia.

Durante el mismo año referido en el párrafo anterior, el MINSA en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016, creó el programa NUTRIWAWA con la finalidad de *“fortalecer, mediante estrategias comunicacionales, las intervenciones que el Ministerio de Salud (MINSA) realiza en los*

establecimientos de salud (a nivel nacional), tanto en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) como las consejerías en 4 ejes: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes y lavado de manos”.

Paralelo a la creación del programa, el MINSA mediante Resolución Ministerial N° 706-2014-MINSA aprobó la Directiva Sanitaria que establece la suplementación con Multimicronutrientes y Hierro para la prevención de Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, cuya finalidad fue la de *“contribuir a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad; y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional”*, la directiva estableció los criterios técnicos para la implementación de la estrategia de suplementación con micronutrientes a niños menores de 36 meses de edad para prevenir los altos niveles de prevalencia de anemia.

El MINSA como ente rector del sector de salud, mediante Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, aprobó el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016, cuyo objetivo general fue la de reducir la Desnutrición Crónica Infantil a 10% y el nivel de prevalencia de anemia en niños menores de 3 años al 20% al año 2016, para lo cual se dispuso intensificar el control de crecimiento y desarrollo (CRED) oportuno y suplementación con hierro a niños menores de 3 años, fomentar la lactancia materna exclusiva, incrementar la proporción de niños menores de 3 años con vacunas completas según corresponda, disminuir la enfermedades prevalentes de los niños menores de 3 años, entre otros.

El año 2015 el Ministerio de Agricultura, mediante el Decreto Supremo N° 008-2015-MINAGRI, aprobó el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021, cuyo objetivo es la garantizar los requerimientos nutricionales de la población, dicha acción se encontraba vinculada de manera directa con la gestión del problema de la anemia desde el punto de vista del fortalecimiento y balanceo de la alimentación y la gestión de un adecuado estado nutricional, a pesar de que no se hacía una referencia directa.

En el año 2016, el MINSA mediante Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA aprobó la Directiva N° 068-MINSA/DGSP-V.01: Directiva Sanitaria para la Prevención de Anemia mediante la suplementación con micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses, donde se establecieron los esquemas de suplementación con micronutrientes y hierro, se definieron también los procedimientos técnicos para el cumplimiento del esquema de suplementación con micronutrientes y hierro, así mismo se estableció acciones para que los establecimientos de salud con participación de la comunidad implementen el esquema de suplementación con micronutrientes.

El año 2017, el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, aprobó el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, cuyo objetivo general es la de contribuir a nivel nacional, con la reducción de la prevalencia de anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil, mediante el fortalecimiento de intervenciones de manera intersectorial.

El año 2017 el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 506-2017/MINSA, aprobó el Documento Técnico: Lineamientos para la

Prevención, Reducción y Control de la anemia en niñas y niños hasta los 35 meses de edad de los usuarios del Programa Nacional Cuna Más en el Perú, en dicho documento técnico, se desarrollaron los procedimientos para el tratamiento de la anemia en niñas y niños que asisten al servicio de cuidado diurno del Programa Nacional CUNA MAS.

Y finalmente, uno de las ultimas herramientas técnico normativas desarrolladas para le gestión de los altos niveles de prevalencia de la anemia de alcance nacional, es el Plan multisectorial de lucha contra la anemia, aprobado por la Presidencia de Concejo de Ministros mediante Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, el cual tiene como objetivo *“prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños con énfasis en menores de 36 meses de edad, gestante y adolescentes a nivel nacional, a través de la articulación intersectorial e intergubernamental de intervenciones efectivas implementadas por el gobierno nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales en el territorio”*.

1.5.2. Marco institucional

Paralelo al proceso de la creación del marco normativo, también se ha desarrollado un marco institucional, que para el caso específico de la prevención y atención de la anemia, por ejemplo, se cuenta con: la Estrategia Nacional CRECER, aprobado con Decreto Supremo N° 055-2007-PCM, el cual busca el desarrollo de intervenciones articuladas de las entidades públicas, privadas, ONGs y la sociedad civil vinculados a la lucha contra la pobreza y las exclusiones; la referida estrategia establece tres ejes de gestión, la primera está vinculada al desarrollo de capacidades humanas y respecto de los derechos fundamentales, el segundo es la promoción de oportunidades y capacidades

económicas y el tercero se refiere al establecimiento de una red de protección social.

Se tiene también el Programa Nacional NUTRIWWAWA, cuya finalidad es la de *“fortalecer, mediante estrategias comunicaciones, las intervenciones que el Ministerio de Salud (MINSA) realiza en los establecimientos de salud (a nivel nacional), tanto en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) como las consejerías en 4 temas ejes: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes y lavado de manos”*.

Así también, se cuenta con lo establecido en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, que en sus títulos I y II, menciona que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, por lo tanto, es responsabilidad del Estado, regular, vigilar y promover.

La Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad establece que es de responsabilidad del Estado, vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, y los de salud ambiental, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social.

En la Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Legislativo N° 1161, se establece que el Ministerio de Salud es la autoridad de salud a nivel nacional; 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 normativa en materia de salud; así mismo en su respectivo reglamento de organizaciones y funciones, aprobado

mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, se establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de salud pública, entre otros, en materia de intervenciones por curso de vida y cuidado integral y promoción de la salud.

Se tiene también, al Acuerdo Nacional como política de Estado, que define ciertos lineamientos sostenidas en 4 objetivos: democracia y Estado de derecho, equidad y justicia social, competitividad del país y Estado eficiente, transparente y descentralizado.

En ese mismo marco, se tiene el Plan Bicentenario, aprobado con Decreto Supremo N° 054-2011-PCM, desarrollado por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), como una herramienta de gestión de largo plazo, en donde se puede encontrar las políticas nacionales que se debería de gestionar, entre ellos se tiene, por ejemplo, la política de acceso universal a servicios de salud y seguridad social.

Se cuenta también, con la Estrategia nacional “Incluir para Crecer”, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS, cuyo objetivo principal “*es establecer el marco general de la política de desarrollo e inclusión social para las intervenciones articuladas de las entidades de los tres niveles de gobierno vinculadas al sector, ordenándolas y orientándolas a los resultados prioritarios de desarrollo e inclusión social, reconocimiento de las competencias y procesos en marcha*”.

Se tiene a la Oficina de cumplimiento de gobierno de innovación sectorial y al Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, como encargados de dar seguimiento a la Política general de gobierno aprobado con mediante Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, el cual dentro de sus lineamientos prioritarios establece que, para el desarrollo social y bienestar de la población, es necesario reducir la anemia infantil en niños y niñas de 6 a 35 meses.



2. CAPITULO II: Causas del problema

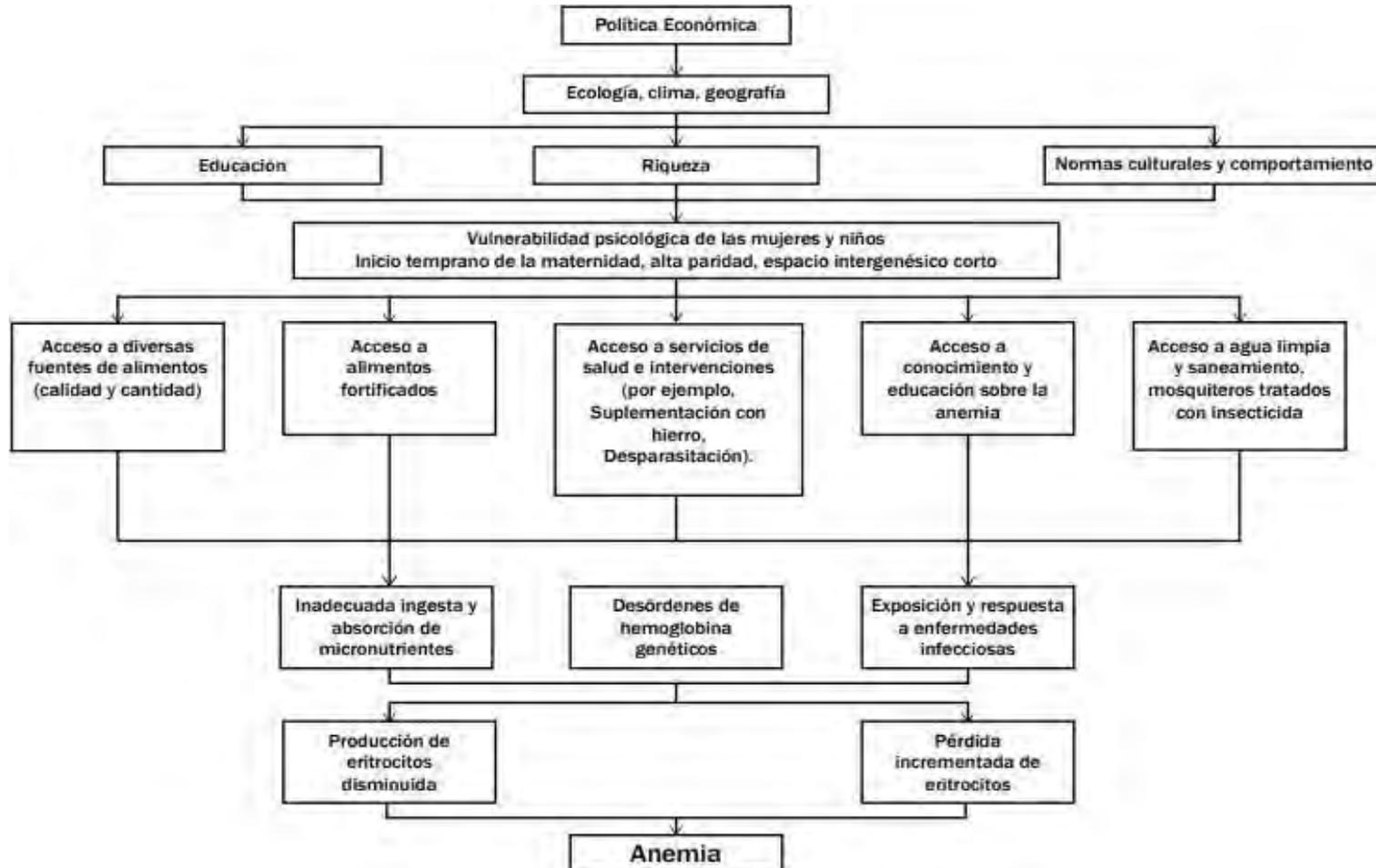
2.1. Las causas del problema

Para poder determinar la causa del problema identificado, **baja adherencia a la suplementación con micronutrientes de parte de las madres, padres o cuidadores de los niños de 6 a 35 meses de edad**, es imprescindible en primer lugar ver y describir el modelo causal de la anemia.

Dicho modelo, según se puede ver en el Gráfico N° 4, considera que el problema de la anemia responde a la variación de los niveles de glóbulos rojos en la sangre, es decir, disminución de la producción de eritrocitos y la pérdida incrementada de eritrocitos⁸, como consecuencia de una inadecuada ingesta y absorción de micronutrientes, desordenes de hemoglobina genéticos y exposición y respuesta a enfermedades infecciosas; lo cual a su vez, además de otros factores, se debe al acceso limitado a servicios de salud e intervenciones, ocasionado por los elevados costos que representa la prestación de dichos servicios por parte del Estado, por problemas de accesibilidad, niveles de educación o creencias por parte del ciudadano u otros aspectos.

⁸Según la Real Academia Española un eritrocito viene a ser el glóbulo rojo de la sangre.

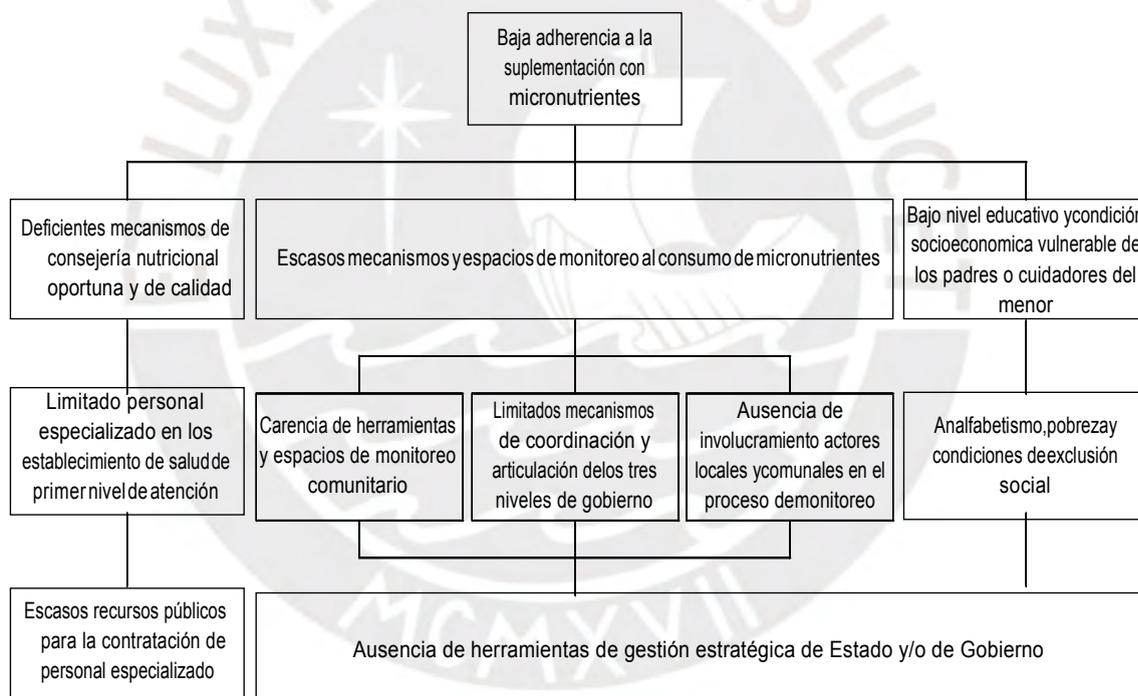
Gráfico 4: Modelo causal de anemia en el Perú



Fuente: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 (Balarajan Yarlini, Lancet 2011;378:2123-35).

Visto el modelo causal de la anemia en el Perú; a continuación, se propone otro modelo más específico, el cual define que, la baja adherencia a la suplementación con micronutrientes a niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, está determinado por: los deficientes mecanismos de consejería nutricional oportuna y de calidad; escasos mecanismos y espacios de monitoreo al consumo de micronutrientes y el bajo nivel educativo y condición socioeconómica vulnerable de los padres o cuidadores del menor, los cuales se desarrollan con mayor detalle en los párrafos siguientes:

Gráfico 5: Modelo Causal de la baja adherencia a la suplementación con micronutrientes



Fuente: Elaboración propia.

2.1.1. Análisis de causas del problema identificado

Causas directas:

Causa Directa 1 Deficientes mecanismos de consejería nutricional oportuna y de calidad: Según la Norma técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes

y púerperas, aprobado con Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, la consejería *“es un proceso educativo comunicacional entre el profesional nutricionista o profesional de la salud capacitado en consejería nutricional y [...]”* el paciente, en caso de ser menor de edad, con sus padres o las personas que tiene bajo su cargo al menor.

Los mecanismos de consejería nutricional, está determinado por el perfil del personal quien lo realiza, las herramientas y el método que utiliza para brindar la consejería; en ese sentido, según se pudo advertir en la segunda conclusión del Informe N° 606-2016-CG/ADE, de la Auditoria de desempeño a la suplementación con micronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses, *“el personal de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MINSA, incumple con brindar consejería nutricional cada vez que se inicia la suplementación con micronutrientes, [...]”*, puesto que, según se evidenció en la referida auditoria, solamente el 28% de niños que iniciaron la suplementación en el periodo octubre a diciembre del 2014 recibieron consejería nutricional en la primera entrega; así mismo, se evidenció que, del total de niños que recibieron la referida consejería, el 87.6% abandonaron, el ciclo de suplementación desde la segunda entrega, y solo el 2.2% culminó con el esquema de suplementación, generándose así bajos niveles de adherencia a la suplementación con micronutrientes.

Causa Directa 2 Escasos mecanismos y espacios de monitoreo al consumo de micronutrientes:

El (MIDIS, 2018) en el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia, indica que la baja adherencia al consumo de micronutrientes, entre otros factores

está vinculado a la limitada disponibilidad de recursos para realizar el seguimiento a través de las visitas domiciliarias; ya que, no es suficiente garantizar la distribución de micronutrientes mediante los establecimientos de salud de primer nivel de atención, sino que es fundamental verificar el consumo, para lo cual se sugiere las visitas domiciliarias (una vez por semana) para garantizar la adherencia; dicha acción se propone realizar mediante el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Cuna Más, con el personal de Salud y agentes comunitarios; es decir, para fortalecer el proceso de monitoreo al consumo de micronutrientes, se deberá establecer bajo el liderazgo de los gobiernos locales un trabajo articulado con los programas sociales (Cuna Más y Juntos), el sector salud y los agentes comunitarios.

Asimismo, en el citado Plan, se establece tres instancias de articulación: la primera instancia es de articulación intersectorial, mediante la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) cuya secretaría técnica designada es el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y es el encargado de *“facilitar la articulación de las acciones que realizan los sectores en el marco de la estrategia nacional para la reducción y prevención de la anemia”* (MIDIS, 2018); la segunda es la Instancia de Articulación Regional, mediante la Comisión Intergubernamental Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (CISDIS) quien es la encargada de dar seguimiento y evaluación de los indicadores del Plan Multisectorial; y la tercera es la Instancia de Articulación Local (IAL) que funciona bajo el liderazgo de cada gobierno local articulado a su respectivo Consejo de Coordinación Local.

En las dos herramientas de gestión para la prevención y atención de la anemia a nivel nacional, el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú 2017-2021 y el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia, mediante diferentes metodologías se ha identificado a todos los actores involucrados en el proceso de prevención y atención de la anemia, sin embargo, dichas herramientas de gestión no establecen de manera explícita espacios y mecanismos de coordinación y articulación en contextos locales legítimos, lo cual limita el desarrollo de ciertos procesos como el de monitoreo al proceso de consumo de micronutrientes.

La mencionado en el párrafo anterior, ha sido contrastado por la Socióloga Sandra Manrique Becerra, quien, en una entrevista realizada en el marco del presente trabajo, indicó que “el problema de ineficiencia e ineficacia de la estrategia de prevención de la anemia, no se debe a la adquisición, entrega por parte del centro de salud o a la recepción de multimicronutrientes por parte de las familias, sino a la falta de monitoreo al proceso de consumo de los mismos”.

Causa Directa 3 Bajo nivel educativo de los padres o cuidadores del menor:

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2017 publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el nivel de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad en el ámbito rural (53.3%) es la más significativa en comparación al ámbito urbano (40.0%) y al promedio nacional (43.6%).

Así como el nivel de prevalencia de anemia, difiere muy significativamente según la ubicación geográfica de la población, también sucede con el nivel de

educación, lo cual se puede validar con el documento “Perú: Indicadores de Educación por departamento, 2007-2017”, publicado por el (INEI, 2018), en donde ha evidenciado que la tasa de analfabetismo de la población de 15 a más años de edad ubicado en la zona rural (14.9%) es superior a la población ubicada en el ámbito urbano (3.5%) y al promedio nacional (5.9%); asimismo, en el referido documento se puede apreciar también que de la población de 15 a 29 años de edad ubicado en la zona rural solamente el 15 % lograron emprender algún tipo de educación superior, muy por debajo a lo sucedido en el ámbito urbano (53.7%).

Vinculado a la variación del nivel educativo según área de residencia, se puede apreciar también, que según la Encuesta Nacional de Hogares 2016 publicado por el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) la incidencia de pobreza en el ámbito rural (43.8%) es superior al ámbito urbano (13.9%) y al promedio nacional (20.7%).

Evidenciándose así, que la variación de la tasa de analfabetismo, el nivel de logro educativo y la pobreza son variables altamente dependientes de la ubicación geográfica de la población, por lo que se podría asumir que tienen una alta incidencia en los altos niveles de prevalencia de anemia y por ende sobre la baja adherencia a la suplementación con micronutrientes.

Causas subyacentes o causas indirectas de primer nivel:

Causa subyacente 1 Limitado personal especializado en los establecimientos de salud de primer nivel de atención: Según el documento “Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017”, publicado por el (MINSA, 2018), a nivel nacional se cuenta con un total de 1971

nutricionistas, el cual representa el 0.7% del total del personal del sector salud; asimismo, del total de profesionales nutricionistas, 1355 laboran en el MINSA y Gobiernos Regionales, del cual por ejemplo, se puede ver que en los establecimientos de salud del departamento de Pasco solamente se encuentra a 4 nutricionistas; similar situación se pudo apreciar también para el caso de los departamentos de Amazonas, Loreto y San Martín quienes cuentan con menor número de nutricionistas en comparación con otros departamentos.

En ese sentido, se puede advertir que, la evidente falta de personal profesional especializado en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, además del uso de mecanismos estandarizados de atención en una población con diferentes condiciones socioeconómicas y culturales, hace que la consejería nutricional en el proceso de suplementación con micronutrientes a niños de 6 a 35 meses no se realice de manera oportuna y con la calidad esperada.

Causa subyacente 2 Carencia de herramientas y espacios de monitoreo:

Según la Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses, aprobado con Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, el (MINSA, 2016) ha establecido que *“el personal de la salud que realiza la atención de salud de niñas y niños (médico, nutricionista, enfermera u otro personal de salud), es responsable del monitoreo de la suplementación intra y extramural [...]”*; asimismo, se establece que el monitoreo en el establecimiento de salud, se realizará de manera mensual o cuando los padres o cuidadores se apersonen al establecimiento, haciendo uso de la ficha de monitoreo, el cual contiene 5

preguntas con alto grado de sesgo a la subjetividad por parte del que brinda la información; y el monitoreo en el hogar y comunidad, se realizará en aquellos casos en que los padres o cuidadores no se apersonan al establecimiento o cuando es bajo o discontinuo el consumo de hierro, para ello realizarán la visita domiciliaria correspondiente.

Según el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021, la visita domiciliaria *“constituye un espacio fundamental para fortalecer la adopción de prácticas como parte del circuito entre la consejería en el servicio de salud y la sesión demostrativa de preparación de alimentos [...]”*; asimismo, en el referido Plan y el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia, se hace mención a los actores comunales en el proceso de las visitas domiciliarias, sin embargo su proceso de involucramiento es muy superficial, ya que no se establece de manera tácita su rol y sus mecanismos de involucramiento en el proceso de monitoreo.

En síntesis, la visita domiciliaria y el establecimiento de salud, son dos espacios establecidos para monitorear el proceso de consumo de micronutrientes; y entre las herramientas más importantes para realizar dicha acción, se tiene una ficha de monitoreo que recopila información muy general con alto grado de subjetividad; lo cual evidencia, la carencia de herramientas de monitoreo y espacios de monitoreo comunitario para la suplementación de micronutrientes.

Causa Subyacente 3 Limitados mecanismos de coordinación y articulación de los tres niveles de gobierno: según la Política Nacional de Modernización

de la Gestión Pública al 2021, elaborado por la Presidencia de Consejo de Ministros (PCM, 2013), se establece que una de las principales deficiencias de la gestión pública en el Perú, es la débil articulación intergubernamental e intersectorial, puesto que constituye un proceso escaso, difícil, costoso y muy poco efectiva.

En el caso peruano son limitadas las experiencias de articulación a nivel de los tres niveles de gobiernos, por ello es que las políticas nacionales no necesariamente cumplen con satisfacer las necesidades de los ciudadanos con eficacia y de manera oportuna.

En el proceso de prevención y atención de la anemia en niños de 6 a 35 meses, la coordinación y articulación a nivel de los tres niveles de gobiernos es fundamental, puesto que es un problema de salud pública de competencia transversal, puesto que según la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, la salud pública es una competencia compartida.

Por lo que, se puede mencionar que, los limitados espacios y mecanismos de coordinación y articulación de los tres niveles de gobierno, inciden en la ausencia del Estado en la vida de los ciudadanos y su calidad de vida, lo cual en algunos casos limita la optimización de recursos presupuestales y de personal, ocasionando muchas veces una doble y débil intervención.

Causa subyacente 4 Ausencia de involucramiento de actores locales y comunales en el proceso de monitoreo: Según el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, coordinado por el MIDIS, se establece tres instancias de articulación, específicamente en la Instancia de Articulación Local (IAL), se ha considerado desarrollar este espacio de coordinación con un enfoque articulado

a los Consejos de Coordinación Local, sin embargo, este órgano de coordinación y concertación se ha deslegitimado significativamente durante los últimos años, debido a factores como: altos niveles de corrupción, falta de cumplimiento de compromisos y acuerdos, carencia de liderazgo por parte de las autoridades locales, etc. Por lo que esta instancia representa un espacio débil de articulación, ya que además de no haber establecido un modelo de gestión, no especifica mecanismos claros de involucramiento y articulación de actores locales y comunales.

Asimismo, en el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, se hace referencia a la participación de actores locales en espacios de coordinación local mediante talleres de capacitación a los agentes locales y el desarrollo de espacios para compartir experiencias exitosas; sin embargo, tampoco se puede ver en esta herramienta de gestión, mecanismos de involucramiento y/o articulación claros de los actores locales y comunitarios en el proceso de monitoreo al consumo de micronutrientes.

Causa subyacente 5 Analfabetismo, pobreza y condiciones de exclusión social: El analfabetismo, la pobreza y la condición de exclusión social de los padres o cuidadores de los niños de 6 a 35 meses de edad, es una causa de un bajo nivel educativo y de su estado socioeconómico vulnerable, lo cual ocasiona que, en hogares con padres o cuidadores con las condiciones descritas, el nivel de adherencia a la suplementación con micronutrientes sea baja.

Lo indicado se puede respaldar en lo referido por la Dra. Margaret Chan Directora General de la Organización Mundial de la Salud en la Cumbre sobre

los Objetivos de Desarrollo del Milenio realizado en Nueva York el 20 de setiembre de 2010, donde indicó además de otras cosas que “...la educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria [...] y que la educación y la salud está hermanadas y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a sacar a la gente de la pobreza y a ofrecerle la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano” (OMS, 2010).

Causas indirectas de segundo nivel:

Causa indirecta 1 Escasos recursos públicos para la contratación de personal especializado: Según el (Diario Gestión, 2017), el presupuesto del sector salud se redujo del 10.5% del presupuesto general de la república en el 2015 a 9.5% en el 2017, por lo que según refiere Oscar Ugarte ex ministro de salud, citado en el (Diario Gestión, 2017), *“no solo se debe recuperar los niveles de presupuesto que había hasta el 2015, sino también ampliarse, ya que la demanda sigue creciendo”*.

Asimismo, Lilibiana Cabani Decana Nacional del Colegio Médico del Perú, en un artículo en el diario Peruano, indica que *“Alcanzar una salud universal demanda una adecuada asignación de recursos para salud, los cuales deben ser gestionados de una manera moderna, que asegure eficacia y calidad, con el fin de cubrir a las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, buena parte de las cuales siguen excluidas de nuestro sistema sanitario”* (Cabani, 2019).

Así mismo, según la Organización Mundial de la Salud, citado por (Cabani, 2019), en el artículo mencionado en el párrafo anterior, se debe asignar como mínimo al gasto público en salud un equivalente al 6% del Producto Bruto Interno (PBI); en el caso peruano, según lo reportado por el Ministerio de Economía y

Finanzas, para el año 2019 el presupuesto del sector salud aumenta en 13.7%, dicho monto representa el 2.2.% del PBI (Diario Gestión, 2018), lo cual según el porcentaje mínimo recomendado por la OMS, aún es insuficiente para la gestión de la salud pública en el Perú.

Causa indirecta 2 Ausencia de herramientas de gestión estratégica de Estado y/o de Gobierno: Según la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 establecido por la (PCM, 2013), la gestión pública deberá estar orientado al logro de resultados con impactos positivos en el bienestar del ciudadano y el desarrollo del país, por lo que se establece como objetivo específico el de *“promover que las entidades públicas en los tres niveles de gobierno cuenten con objetivos claros, medibles, alcanzables y acordes con las Políticas Nacionales y Sectoriales”* y en ese marco se establece que el primer componente de la gestión pública orientada a resultados es el Planeamiento del Estado: Políticas de Estado y de gobierno, ya que *“en un Estado unitario y descentralizado, las Políticas Públicas son las que permiten integrar y dar coherencia a la intervención del Estado al servicio del ciudadano, a través de los objetivos establecidos en los Planes Gubernamentales, los Sectoriales, así como en los Planes Regionales y Locales de Desarrollo Concertado, y en los Planes Estratégicos y Operativos de todas y cada una de las entidades del sector público en los tres niveles de gobierno”* (PCM, 2013).

En ese sentido, (CEPLAN, 2018) en el documento Guía de Políticas Nacionales, indica que *“[...] en el marco de la modernización de la gestión pública, las políticas nacionales deben formularse sobre problemas priorizados de acuerdo a las necesidades y demandas ciudadanas, y reflejarse en los planes*

sectoriales, institucionales y operativos del SINAPLAN [...]”, asimismo, se establece que toda política nacional deberá aprobarse previa opinión técnica del CEPLAN.

En ese sentido, el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 y el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia, no constituyen políticas nacionales, sino instrumentos de gestión orientados a la prevención y atención de la anemia a nivel nacional, puesto que no se encuentran dentro de las herramientas desarrolladas en el SINPLAN y no cuentan con una opinión técnica del CEPLAN; por lo que se puede indicar que no se cuenta con una política nacional de prevención y atención de la anemia que permita desarrollar acciones de manera coordinada y articulada en los tres niveles de gobierno de manera sostenible.

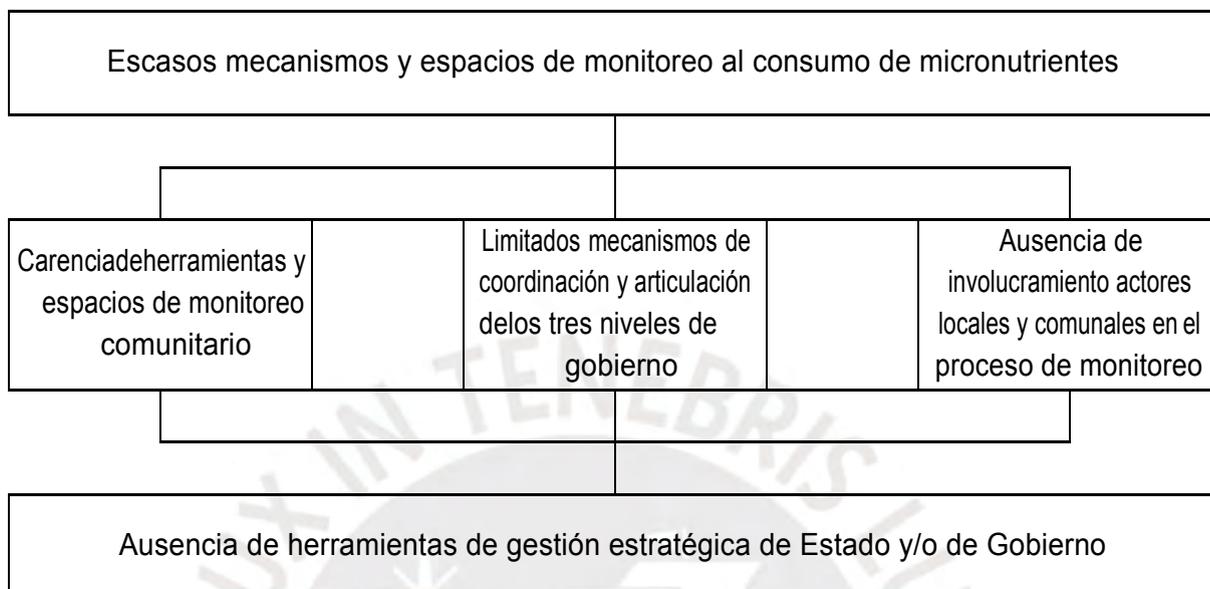
2.2. Selección de una causa materia de solución innovadora a través de criterios

La temática principal del presente proyecto de investigación, es la anemia, el cual, según se pudo evidenciar en capítulos anteriores, en el Perú se interviene mediante diferentes herramientas de gestión pública, diferentes instancias y estrategias con el objetivo de prevenir y atender los altos niveles de prevalencia de anemia que son reportados cuantitativamente de manera anual por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), y para el caso específico del proyecto se ha considerado profundizar la investigación solo en lo referido a las estrategias de prevención, más específicamente en la estrategia que consiste en la distribución de micronutrientes a niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

La estrategia de suplementación con micronutrientes para prevenir los altos niveles de prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, implica el desarrollo de ciertos procesos liderados por el Ministerio de Salud, que parten desde la adquisición de micronutrientes, hasta la evaluación y la determinación del estado de salud del menor como producto del proceso de suplementación.

Considerando que cada proceso podría presentar ciertas limitaciones o problemas, para el caso específico del presente proyecto de investigación, se ha determinado que uno de los problemas más importantes que ocasiona los altos niveles de prevalencia de anemia es **la baja adherencia a la suplementación con micronutrientes por parte de las madres, padres o cuidadores de los niños de 6 a 35 meses de edad**, lo cual según se ha podido visibilizar en el ciclo de producción de la suplementación con micronutrientes (adquisición, distribución y/o entrega, monitoreo y evaluación), además de otras causas, se debe a los escasos mecanismos y espacios de monitoreo al consumo de micronutrientes, lo cual a su vez, responde a la carencia de herramientas y espacios de monitoreo comunitario, a los limitados mecanismos de coordinación y articulación de los tres niveles de gobierno y a la ausencia de involucramiento de actores locales y comunales en el proceso de monitoreo; motivado por la ausencia de herramientas de gestión estratégica de Estado y/o de Gobierno en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, según se puede ver en el siguiente gráfico.

Gráfico 6: Árbol de causas de los escasos mecanismos y espacios de monitoreo al consumo de micronutrientes



Fuente: Elaboración propia.

3. CAPITULO III: Análisis de alternativas existentes

En el anterior acápite, se ha definido que el problema de la baja adherencia a la suplementación con multimicronutrientes, se debe principalmente a la ausencia de monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes; lo cual además está vinculado a un deficiente trabajo de articulación del nivel central a los distintos niveles de gestión y la toma de decisiones a cada nivel, así como la carencia de espacios y herramientas de cogestión Estado-comunidad en todos los procesos que implica la estrategia de prevención de la anemia, además, según lo investigado, estas limitaciones son una consecuencia de la falta de una ruta estratégica y de un alineamiento estratégico integral a nivel de todos los actores involucrados en la gestión de prevención de la anemia, y ello consecuentemente se debe a la falta de una política específica del Estado orientado a la prevención y atención de la anemia estratificado y focalizado al contexto peruano.

Frente a ello, a continuación, se proponen tres alternativas de solución, en los términos siguientes:

3.1. Alternativa 1: Gestión estratégica y sostenible de una política de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

Descripción de la alternativa

Objetivos: para esta alternativa se propone los siguientes objetivos:

- Desarrollar e implementar desde el Gobierno nacional decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver el problema público de **la baja adherencia a la suplementación con micronutrientes por parte de las madres, padres o cuidadores de los niños de 6 a 35 meses de edad** a nivel nacional en un determinado periodo de tiempo, en el marco de lo establecido por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN).
- Diseñar e implementar modelos de cogestión Estado-Comunidad según el contexto peruano, en el cual se considere la creación de espacios de coordinación y articulación horizontal y vertical del gobierno considerando e involucrando actores locales (que para fines del proyecto se les denomina promotores comunales de la salud).
- Desarrollar nuevas herramientas técnicas de monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes, que permitan realizar dicha acción con mayor objetividad según el contexto peruano.

Precisar si es una medida de política pública o de gestión pública.

La alternativa propuesta, es una medida de política pública, puesto que los tres objetivos de la alternativa implican el diseño de herramientas o insumos de gestión que permitan a los diferentes niveles de gobierno coordinar y articular esfuerzos a favor de monitorear los procesos de consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 35 meses de edad, en diferentes espacios.

Alcance de la alternativa:

El alcance de la alternativa de solución es a nivel nacional, puesto que la estrategia de suplementación con micronutrientes y hierro, para la prevención de

la anemia es de carácter universal, según se establece en las disposiciones generales de la “Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses” aprobado con Resolución Ministerial 055-2016/MINSA.

Público objetivo:

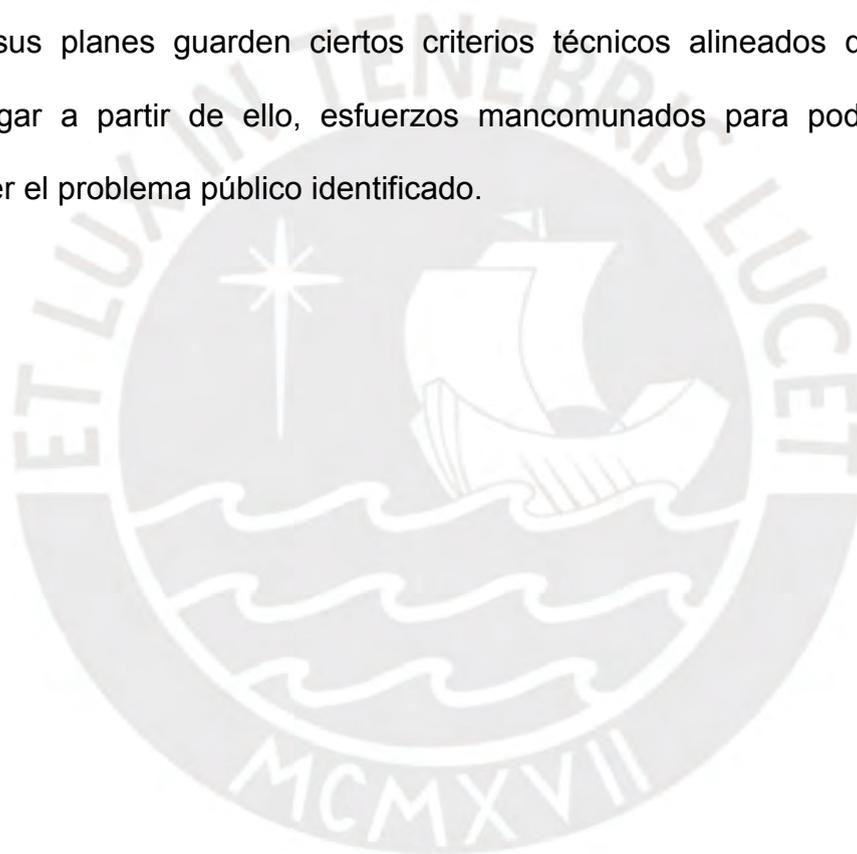
El público objetivo comprendido en el proyecto de investigación son los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

Periodo de implementación:

El periodo de implementación la propuesta de alternativa de solución N° 1, es de 3 años aproximadamente y está vinculada al cumplimiento de los objetivos establecidos para tal efecto, es decir, por ejemplo para Desarrollar e implementar desde el Gobierno nacional decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver el problema público identificado a nivel nacional, se sujetaría a lo establecido en la Guía de Políticas Nacionales aprobado con Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 00047-2018/CEPLAN/PCD, en el cual se establece 4 etapas del proceso de elaboración de una política nacional según se puede ver en el Tabla 2.

Asimismo, cabe precisar que para determinar el periodo de implementación del proceso vinculado a la actividad que comprende la articulación de la política nacional en los planes, se deberá realizar según el marco técnico normativo que rige el (CEPLAN, 2017), el cual en su Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD: Directiva para la Actualización del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, establece por ejemplo que, *“se puede realizar cualquier modificación en los planes institucionales si es que el objeto de modificación*

tiene una adecuada justificación y si sus efectos o el impacto es de alcance en la población"; en ese sentido se ha previsto que el proceso de articulación superaría un periodo fiscal, considerando que los involucrados en el problema público identificado son, el gobierno nacional, los gobiernos regionales, los gobiernos locales y actores comunales, quienes además de alinear su documentos de gestión a la política nacional, también deberán de gestionar que, entre sus planes guarden ciertos criterios técnicos alineados que permitan desplegar a partir de ello, esfuerzos mancomunados para poder mitigar o resolver el problema público identificado.



Respecto al segundo objetivo específico de la alternativa de solución, que es la de diseñar modelos de cogestión Estado-Comunidad según el contexto peruano, es responsabilidad del sector correspondiente, en este caso del Ministerio de Salud en coordinación con los diferentes sectores y gobiernos sub nacionales, proponer y facilitar diferentes herramientas técnico-normativas de gestión articulado entre el Estado y la Comunidad, considerando además cada nivel de gobierno y actor involucrado en dicho proceso.

Si bien es cierto el referido modelo de cogestión, podría ser elaborado como parte del primer objetivo, sin embargo se considera que lo más conveniente visto el desarrollo dinámico de la sociedad y la ciencia, es que debería de ser elaborado y propuesto de manera independiente, con la finalidad de brindar a los tres niveles de gobierno y a los actores locales mecanismos específicos de coordinación y articulación en el proceso de implementación de la estrategia de prevención de los altos niveles de prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

A continuación, se propone un programa de diseño, difusión, acompañamiento y evaluación de Modelos de cogestión Estado-Comunidad:

Tabla 3: Propuesta de programación para la elaboración de un modelo de Cogestión Estado-Comunidad

ETAPAS DE ELABORACIÓN	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO DE EJECUCIÓN														
			AÑO 1												AÑO 2		
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	
ETAPA PREVIA	Formalización de la elaboración de la propuesta	Acto administrativo	■														
	Identificación de actores involucrados en el modelo de cogestión	Mapa de actores	■	■													
	Elaboración de un plan de trabajo	Plan		■	■												
ETAPA 1 DISEÑO	Identificación y dimensionamiento del problema público	Entregable				■											
	identificación y análisis de las causas	Entregable				■	■										
	planteamiento de alternativas de solución	Entregable					■										
	Planteamiento de Modelos de cogestión de las alternativas de solución	Entregable						■									
	Propuesta de Espacios y actores responsables de la implementación del Modelo de cogestión	Entregable						■	■								
	Definir los recursos y los roles de los actores involucrados en la gestión del Modelo de cogestión	Entregable							■								
ETAPA 2 DIFUSIÓN	Propuesta de un plan de difusión de los modelos de cogestión	Plan								■							
	Propuesta de herramientas y mecanismos de difusión	Entregable								■	■						
ETAPA 3 ACOMPAÑAMIENTO Y/O ASISTENCIA TÉCNICA	Propuesta de un plan de acompañamientos y/o asistencia técnica	Plan										■					
	Elaboración de las herramientas técnico normativas de acompañamiento y/o asistencia técnica	Entregable										■	■				
EVALUACIÓN	Propuesta el periodo y un plan de evaluación	Plan													■		
	Elaboración de las herramientas técnico normativas de evaluación	Entregable													■	■	
	Diseñar los mecanismos de retroalimentación de los resultados de la evaluación.	Entregable														■	■

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al tercer objetivo de la alternativa de solución, que es desarrollar nuevas herramientas técnicas de monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes, que permitan realizar dicha acción con mayor objetividad y según el contexto peruano, es necesario que el sector involucrado en la temática, en este caso el Ministerio de Salud, deba impulsar mediante un documento normativo todo el proceso de monitoreo al consumo de multimicronutrientes así como las herramientas necesarias para tal efecto, considerando los objetivos de la política nacional y el modelo de cogestión establecido según nivel de gobierno y el contexto situacional; a continuación se establece una propuesta de cronograma para la elaboración de herramientas técnicas de monitoreo.

Tabla 4: Propuesta de cronograma para el desarrollo de herramientas técnicas de monitoreo

ETAPAS DE ELABORACIÓN	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO DE EJECUCIÓN						
			AÑO 1						
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
ETAPA PREVIA	Elaboración de un plan de trabajo para la elaboración del documento normativo	Plan							
ETAPA N° 1: DISEÑO	Revisión de antecedentes	Entregable							
	Definición del objetivo y finalidad	Entregable							
	Definición de la base normativa	Entregable							
	Definición del alcance y responsabilidad	Entregable							
	Determinación de las disposiciones generales y específicas	Entregable							
	Desarrollo de herramientas de monitoreo	Entregable							
	Validación de las herramientas de monitoreo	Informe							
ETAPA N° 2: DIFUSIÓN	Elaboración de un plan de difusión	Plan							
	Propuesta de herramientas y mecanismos de difusión	Entregable							
ETAPA N° 3: ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO	Elaboración de un plan de acompañamiento técnico	Plan							
	Propuesta de herramientas y el protocolo de acompañamiento técnico	Entregable							
ETAPA N° 4: EVALUACIÓN	Elaboración de un plan de evaluación	Plan							
	Propuesta de herramientas técnicas de evaluación	Entregable							

Fuente: Elaboración propia.

Rol de las entidades encargadas de su implementación: para determinar con mayor precisión el rol de las entidades en el proceso de implementación de la presente alternativa de solución, se ha identificado cada actor y su presencia en los procesos estipulados en la cadena de valor sugerido para ello según se puede ver a continuación:

Gráfico 7: Proceso de desarrollo e implementación de la Alternativa 1



Fuente: Elaboración propia.

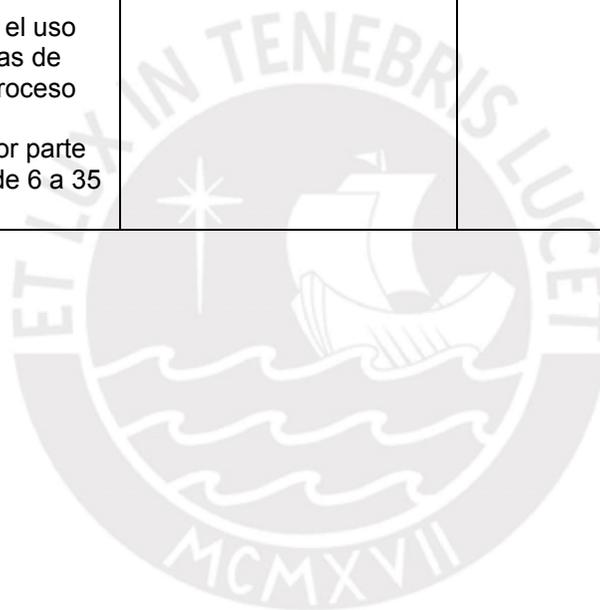
A continuación, se describe el rol de cada actor, en la matriz del rol de las entidades involucradas en el proceso de implementación de la alternativa 1.

Tabla 5: Matriz del rol de las entidades involucradas en el proceso de implementación de la alternativa 1

INSUMO	PROCESO	PRODUCTO	RESULTADO	IMPACTO
<p>MINSAs: como ente rector del Sistema Nacional de Salud deberá liderar el proceso de diseño de la política nacional orientado al fortalecimiento de la estrategia de prevención de la anemia, en coordinación con la PCM, el MEF y bajo la asistencia técnica del CEPLAN.</p>	<p>El MINSAs en coordinación con el CEPLAN, la PCM y el MEF, deberán liderar el proceso de implementación y el alineamiento estratégico de la política nacional orientada al fortalecimiento de la estrategia de prevención de la anemia, por parte de los diferentes sectores, entidades y organismos del gobierno nacional, de los GR y GL.</p>	<p>Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, los demás sectores, entidades y organismos del gobierno nacional, los Gobiernos</p>	<p>Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, los demás sectores, entidades y organismos del gobierno nacional, los Gobiernos Locales y los actores locales y comunales de manera coordinada y articula garantizan y dan seguimiento del consumo de cantidades adecuadas de hierro de alta biodisponibilidad.</p>	<p>El Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales de manera anual reportan datos estadísticos sobre el nivel de desarrollo físico y cognitivo de los niños de 6 a 35 meses de edad a nivel nacional, según departamento, provincia y distrito.</p>
<p>El MINSAs, en estricta coordinación con el MIDIS ente rector de las políticas de desarrollo e inclusión social a nivel intergubernamental, deberán proponer diferentes modelos de cogestión Estado-Comunidad orientado a fortalecer la presencia del Estado y de la Comunidad en el proceso de consumo de micronutrientes en espacios estratégicamente diseñados para tal efecto; y para su respectiva implementación deberá coordinarse con la PCM, el MEF, el CEPLAN, los GR y GL, buscando su adecuada implementación y</p>	<p>El MINSAs, en coordinación con el MIDIS, los GR y GL, deberán impulsar la creación de espacios estratégicos para la implementación de los modelos de cogestión Estado-Comunidad orientado a fortalecer la presencia del Estado y la comunidad en el proceso de consumo de micronutrientes por parte de los niños y niñas de 6 a 35 meses.</p>	<p>Regionales, los Gobiernos Locales y los actores locales y comunales de manera coordinada y articula tienen una adecuada presencia en el proceso de consumo de micronutrientes de los niños de 6 a 35 meses de edad.</p>		

asegurando su funcionamiento de manera sostenible.				
El Ministerio de Salud, mediante un documento normativo deberá diseñar herramientas de monitoreo que permitan medir de manera objetiva el proceso de consumo de micronutrientes.	El MINSA, en coordinación con los demás sectores, los GR y GL, así como con la Contraloría General de la República deberán impulsar la implementación y el uso de las herramientas de monitoreo en el proceso de consumo de micronutrientes por parte de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.			

Fuente: Elaboración propia.



Aspecto que aborda de la problemática identificada

De manera integral: modificar el modelo de gestión de la estrategia de prevención de la anemia a nivel nacional y la reestructuración del proceso de planificación de los diferentes niveles y sectores de gobierno.

De manera parcial: de acuerdo al problema específico identificado en el presente trabajo de investigación que es la limitada presencia del Estado en el proceso de consumo de multimicronutrientes como estrategia de prevención de la anemia, la alternativa de innovación 1, propone realizar ciertos ajustes al proceso de monitoreo, diseñando para ello herramientas técnicas que permitan realizar la acción de monitoreo con mayor objetividad, lo cual representaría un abordaje parcial de todo el proceso de la estrategia de suplementación con micronutrientes para prevenir la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.

Resultados alcanzados con la implementación de la alternativa

En el público objetivo: el resultado que se espera lograr es garantizar un adecuado estado de salud y nutrición de los niños de 6 a 35 meses de edad, según se puede ver en el Gráfico 7.

En la entidad pública: Como resultado del diseño e implementación de los objetivos propuestos en la alternativa de innovación 1, las entidades de los tres niveles de gobiernos deberán considerar en el proceso de su planificación estrategia como objetivo institucional abordar el problema público de los altos niveles de prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad como prioridad y necesidad institucional y territorial.

En la política pública: el cumplimiento de los objetivos de la presente propuesta alternativa de solución, implica que el proceso de planificación estratégica a nivel

de documentos de gestión institucional de los tres niveles de gobierno se reajuste según lo estipulado en la nueva política nacional orientado a fortalecer la estrategia de prevención de la anemia infantil; asimismo, se considera que como resultados de los reajustes de los documentos de gestión institucional, se deberá realizar también algunos reajustes a la estructura de distribución de los recursos institucionales, según lo establecidos como competencia compartida o exclusiva y la actualización de las metas y objetivos establecidos previamente en el proceso de reajuste de los documentos de gestión.

En la gestión pública: Como consecuencia de los ajustes correspondientes en el aspecto de políticas públicas, en el ámbito de la gestión pública, se deberá realizar también los reajustes correspondientes en lo referido a la designación de áreas o personal encargado de cada institución de desarrollar, monitorear y reportar el nivel de cumplimiento de lo establecido en el proceso de reajuste de sus herramientas de gestión correspondiente, así como la asignación de recursos correspondiente para desarrollar dichas acciones.

Se podría sugerir también, que cada institución en cumplimiento a lo dispuesto por la Política Nacional de Modernización de la Gestión pública al 2021, establecido por la (PCM, 2013), para un mejor cumplimiento de la implementación de las acciones en el marco de la nueva política nacional de fortalecimiento a la estrategia de prevención de la anemia, desarrolle su respectivo mapa de procesos (de nivel cero, nivel 1...nivel n) orientado a resultados, con la finalidad de institucionalizar el cumplimiento de las acciones establecidas en las herramientas de gestión de las instituciones involucradas.

Las dificultades identificadas

Capacidad institucional: según (Valdés Rodríguez, 2016), la capacidad institucional está vinculado a la capacidad del modelo actual de gobierno, tanto en sus atribuciones, en sus recursos frente a dimensiones del Estado como: Población, territorio, gobierno y espacio. La capacidad institucional comprende entre otras 5 capacidades: la capacidad de gobierno, la capacidad política, la capacidad administrativa, la capacidad legal y la capacidad financiera; las cuales de manera indistinta presentan ciertas dificultades que podrían incidir en el nivel de cumplimiento en el proceso de desarrollo o implementación de los objetivos establecidos en la alternativa de solución N° 1, según se detalla a continuación:

- **Capacidad de Gobierno:** cada entidad de los tres niveles de gobierno, desde el ámbito de sus competencias establecidas desarrollan acciones orientados a una determinada población, territorio y/o espacio, y su capacidad está determinada por variables como nivel de transparencia de gestión, capacidad de liderazgo, legitimidad política, etc. Los cuales, al ser variables exógenas a lo dispuesto en las políticas nacionales, podrían dificultar el proceso de implementación de los productos establecidos a partir de la alternativa de solución N° 1.
- **Capacidad política:** cada entidad tiene una política de gobierno ya establecido en muchos casos legitimados en espacios electorales, los cuales, debido a una débil capacidad del gobierno para formular, implementar, evaluar y obtener resultados vinculados a su política de gobierno, motivado por factores como voluntad política, legitimidad del partido político al cual representa el gobierno, etc. Podría limitar el proceso

de ajuste e implementación de los productos establecidos como parte de la alternativa N° 1 del presente proyecto.

- **Capacidad Administrativa:** los altos niveles de corrupción, la falta de confianza de la población en las instituciones pública y su limitado involucramiento, el abuso de procedimientos burocráticos innecesarios establecidos en las instituciones, entre otros factores administrativos, podrían limitar el desarrollo e implementación de los objetivos establecidos en la alternativa N° 1 del presente proyecto.
- **Capacidad Presupuestaria o financiera:** el presupuesto al ser un recurso escaso en la administración pública, podría su falta de disponibilidad tener serias incidencias en el logro de diseño e implementación de los objetivos establecidos en la alternativa de solución N° 1. Las limitaciones actuales en cuanto al tema presupuestal se encuentra referido a la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto (MEF, 2012), en donde se definen los criterios para la asignación y distribución de presupuesto de todas las entidades públicas que operan con fondos públicos.

3.2. Alternativa 2: Mecanismos de incentivos y acompañamiento a la política de prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses

Objetivos: para la alternativa de solución N° 2, se ha propuesto los siguientes objetivos:

- Incentivar el involucramiento y el liderazgo de los gobiernos locales, mediante la asignación de metas vinculadas al desarrollo de acciones de coordinación y articulación en el proceso de monitoreo al consumo de

micronutrientes en niños de 6 a 35 meses de edad, en el marco del Programa de Incentivos Municipales coordinado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

- Desde el Ministerio de Salud, impulsar la contratación de coordinadores territoriales de salud, quienes acompañarán la labor del gobierno local y fortalecerán los mecanismos de coordinación y articulación con actores locales y comunales para el desarrollo de acciones conjuntas de monitoreo al consumo de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

Precisar si es una medida de política pública o de gestión pública: es una medida que parte de un proceso de política pública, puesto que a partir de una decisión política y asistencia técnica se precisa la propuesta técnica de las metas del programa de incentivos a nivel de gobierno nacional y se desarrolla los instrumentos técnico-normativos (sustento técnico-normativo) a nivel de gobierno nacional para sustentar la contratación de coordinadores territoriales de la salud en el marco de las estrategias nacionales, regionales y locales establecidas para prevenir los altos niveles de prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad; sin embargo, desde el escenario de las políticas públicas hasta el proceso de su implementación que consisten en la asignación de la meta en el programa de incentivos y el proceso de contratación de los coordinadores territoriales de salud, aterriza en procesos dentro del ámbito de la gestión pública.

Alcance de la alternativa: Los objetivos establecidos para el cumplimiento de la alternativa 2, son de alcance nacional, sin embargo, su implementación se

realizaría de manera progresiva, considerando ciertos criterios como: nivel pobreza, ubicación geográfica, tamaño poblacional, etc.

En ese sentido, se prevé que su implementación progresiva iniciaría en municipalidades con más de 500 viviendas urbanas y municipalidades con menos de 500 viviendas urbanas, debido a que los altos niveles de prevalencia de anemia se concentran en las poblaciones ubicadas en el quintil 1 y 2, en la mayoría de los casos poblaciones ubicadas en zonas rurales.

Público objetivo: El público objetivo de la alternativa de solución sería los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad que se encuentran en un proceso de suplementación en el marco de la estrategia nacional de prevención de la anemia, mediante la distribución de micronutrientes.

Sin embargo, los actores responsables directos involucrados en la implementación de la alternativa 2 para el logro de sus objetivos planteados serían los siguientes:

Para el Objetivo 1:

- El Ministerio de Salud previo desarrollo de la propuesta técnica, gestionará ante el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) la creación de metas en el marco del programa de incentivos municipales que busque la gestión de espacios y mecanismos de monitoreo al consumo de micronutrientes en el proceso de suplementación; dicha meta estará orientado a los gobiernos locales según la tipología establecida para tal efecto, quienes, una vez implementado el Programa de Incentivos Municipales, previa designación del coordinador del programa de incentivos municipales, deberán elaborar e implementar un plan de

cumplimiento de las metas establecidas, y al finalizar el primer semestre y el ejercicio fiscal, se deberá de realizar una evaluación de cumplimiento de las metas establecidas.

Para el Objetivo 2:

- Desde el Ministerio de Salud, se deberá de elaborar todo el sustento técnico y legal que permita establecer la estrategia de contratar Coordinadores territoriales de salud, dicha propuesta deberá implementarse en estricta coordinación con los demás sectores de presencia nacional, los gobiernos regionales y gobiernos locales.
- El coordinador territorial de salud, una vez contratado, de manera mensual reportará además de acciones de monitoreo al consumo de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, acciones de creación de espacios de gestión Estado-comunidad.

Periodo de implementación: el periodo de implementación de la alternativa de solución en una primera etapa es de dos años y 4 meses aproximadamente, lo cual se sustenta en el Tabla 6.

Rol de las entidades encargadas de su implementación: las entidades encargadas de la implementación de la alternativa de solución son el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, los gobiernos regionales y las municipalidades quienes en espacios de coordinación desarrollaran actividades para fortalecer la estrategia de prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad mediante la distribución de micronutrientes. La identificación de los actores y el desarrollo del rol que cumplen se detalla en el Tabla 6.

Aspecto que aborda de la problemática identificada

De manera integral: Una meta establecida en el Programa de Incentivos Municipales, según la propuesta técnica realizada, podría incidir de manera integral en mitigar los altos niveles de prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

Por otro lado, la gestión de los Coordinadores territoriales de salud, según lo establecido en el marco técnico y legal que establece y justifica su implementación podría incidir de manera integral en todo el proceso de la estrategia de suplementación de micronutrientes y mitigar los altos niveles de prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

Resultados alcanzados con la implementación de la alternativa

En el público objetivo: el resultado que se espera lograr es garantizar un adecuado estado de salud y nutrición de los niños de 6 a 35 meses de edad, disminuyendo los altos niveles de prevalencia de anemia y monitoreando el proceso de suplementación con micronutrientes se asegurará que más niños en proceso de suplementación consuman cantidades adecuadas de hierro de alta biodisponibilidad.

En la entidad pública: La salud pública al ser una competencia compartida de los tres niveles de gobierno, el desarrollo de mecanismos de incentivos y acompañamiento permitirá el cumplimiento de sus respectivas funciones.

En la política pública: El proceso de implementación de la alternativa de solución, al encontrarse en el ámbito de la gestión pública, una vez determinado los resultados y el impacto logrado, podría constituir insumo importante para el

desarrollo de políticas públicas a favor de la estrategia de prevención de la anemia.

En la gestión pública: El gobierno nacional, los Gobiernos Regionales y Locales, posterior a la implementación de la alternativa de solución evaluarán sus aportes en el resultado y el impacto logrado, lo cual podría respaldar los ajustes a ciertas estrategias que cada institución realice en el ámbito de la gestión pública.

Las dificultades identificadas

Capacidad institucional: así como se definió para la alternativa 1, la capacidad institucional hace referencia al potencial que tiene una institución en el logro sus objetivos de manera eficiente, efectiva y transparente. Sin embargo, podría considerarse que una de las limitaciones para implementar la alternativa 2 es la baja capacidad institucional si no se ha fortalecido las siguientes capacidades:

- **Limitada capacidad de gobierno:** sucede cuando las acciones de coordinación y articulación en los tres niveles de gobierno es débil, así como, cuando la respuesta del gobierno frente a las necesidades del ciudadano, no es efectiva debido a la escasa voluntad política, poca capacidad de liderazgo, etc. Los cuales al ser variables exógenas a la alternativa 2, podría constituir una seria limitación en cuanto al cumplimiento de los objetivos, ya que el cumplimiento de las metas del programa de incentivos, así como el desarrollo de una trabajo coordinado y articulado de los tres niveles de gobierno con los coordinadores territoriales de salud, depende en gran medida de variables que definen la capacidad de gobierno.

- **Limitada capacidad política:** esta capacidad, se visibiliza más en gobiernos elegidos por voto popular, quienes al no administrar su periodo de gobierno según los compromisos asumidos en una etapa preelectoral y con la debida transparencia del caso; perderían legitimidad y representatividad en la población, lo cual podría incidir de manera directa en la decisión de proponer mecanismos de incentivos para la estrategia de prevención de la anemia mediante la suplementación; similar situación podría suceder con el segundo objetivo de la presente alternativa, es decir, podría la poca capacidad política incidir en el trabajo de los coordinadores territoriales de salud, limitando el cumplimiento de sus objetivos para los cuales ha sido establecido.
- **Limitada capacidad administrativa:** la gestión con pocos mecanismos de transparencia, así como el bajo capital humano con el que cuenta una institución podría incidir en la capacidad de respuesta desde el enfoque administrativo al desarrollo de acciones en el marco de los objetivos de la alternativa 2.
- **Poca capacidad presupuestaria:** la falta de disponibilidad de recursos en un gobierno, podría limitar de manera significativa el desarrollo, la implementación, así como el monitoreo y evaluación de los objetivos establecidos para la alternativa de solución 2.

3.3. Alternativa 3: Mecanismos de comunicación y sensibilización permanente a toda la población en general

Descripción de la alternativa

Objetivos: para la alternativa N° 3, se ha propuesto el siguiente objetivo:

- Impulsar desde el gobierno nacional en coordinación con los gobiernos regionales y locales acciones permanentes de comunicación y sensibilización mediante diferentes soportes, para que los responsables de los niños de 6 a 35 meses de edad, se concienticen sobre el impacto que podría ocasionar la anemia en cuanto al desarrollo cognitivo de su menor hijo; y a partir de ello lograr que el padre, madre o cuidador del menor busque acciones de prevención de la anemia, mediante el consumo de alimentos naturales fortificados con hierro, y pueda visitar de manera permanente al centro de salud a solicitar la entrega de micronutrientes y la consejería correspondiente y cumplir con todo el proceso de suplementación, etc.

Precisar si es una medida de política pública o de gestión pública: En un primer escenario es una medida de política pública, ya que para desarrollar la alternativa 3 a nivel nacional, se requiere contar con un plan nacional que involucre a los tres niveles de gobierno, y su implementación podría definirse como una medida de gestión pública, desde el punto de vista de la realización de acciones vinculadas al desarrollo de contenidos, publicación de contenidos, la asignación de personal y recursos para el desarrollo de esas acciones, etc.

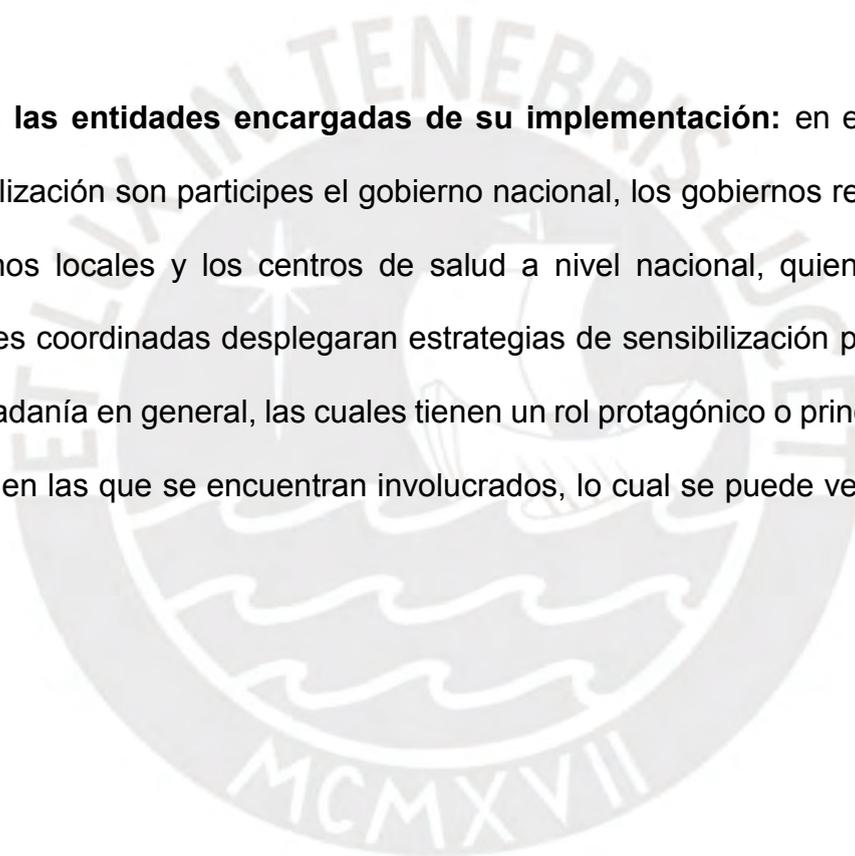
Alcance de la alternativa:

El alcance de la alternativa de solución es a nivel nacional, sin embargo, tendría que intensificar las campañas de sensibilización en localidades ubicadas dentro del quintil 1 y 2 de pobreza, así mismo dichas campañas de sensibilización deberán desarrollarse mediante soportes accesibles según el contexto de cada población.

Público objetivo: el público objetivo de la alternativa de solución son todos los ciudadanos en cuya responsabilidad se encuentran niños de 6 a 35 meses de edad, principalmente las que se encuentran en proceso de suplementación, así como aquellos que no se encuentran en ese proceso por falta de conocimiento.

Periodo de implementación: el periodo de implementación de la alternativa de solución es de un año aproximadamente, según se puede evidenciar en el Tabla 7.

Rol de las entidades encargadas de su implementación: en el proceso de sensibilización son partícipes el gobierno nacional, los gobiernos regionales, los gobiernos locales y los centros de salud a nivel nacional, quienes mediante acciones coordinadas desplegaran estrategias de sensibilización permanente a la ciudadanía en general, las cuales tienen un rol protagónico o principal en cada acción en las que se encuentran involucrados, lo cual se puede ver en el Tabla 7.



Aspecto que aborda de la problemática identificada

De manera integral: las estrategias de sensibilización y comunicación permanente, estaría orientado a incidir de manera positiva en la falta de conciencia ciudadana frente a la anemia y las consecuencias que este desencadena en el desarrollo cognitivo del menor, sin embargo, el contenido en específico o la temática podría desarrollarse sobre todo el proceso que ocasiona los altos niveles de prevalencia de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

De manera parcial: considerando que el problema de “altos niveles de prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad” es multicausal, la presente alternativa de solución buscaría incidir en un aspecto o causa específica del problema el cual es la falta de concientización.

Resultados alcanzados con la implementación de la alternativa

En el público objetivo: el resultado que se espera lograr es contar con una ciudadanía consciente y activa frente a los altos niveles de prevalencia de anemia.

En la entidad pública: institucionalizar las estrategias de sensibilización en cada entidad, debido a que el problema de la anemia es un problema permanente.

En la política pública: fortalecer los niveles de coordinación institucional del gobierno nacional con los gobiernos locales mediante el desarrollo estrategias de sensibilización y comunicación permanente en el marco de la planificación estratégica del Estado.

Las dificultades identificadas

Capacidad institucional: Una de las limitaciones más frecuentes de las políticas y estrategias de Estado o de Gobierno, es la limitada o deficiente comunicación, es decir, la capacidad institucional de los tres niveles de gobierno en el proceso de comunicación y sensibilización es bien limitada; lo cual podría tener cierta incidencia en el proceso de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de la presente alternativa, a continuación se detalla con mayor especificidad que evidencia la limitada capacidad institucional del estado peruano en acciones de comunicación y sensibilización:

- **Limitada capacidad de gobierno:** se evidencia cuando los espacios y mecanismos de coordinación y articulación en los tres niveles de gobierno es débil o incipiente, así como, también se puede evidenciar cuando las estrategias de comunicación o sensibilización no permiten captar y cubrir la atención de los ciudadanos, lo cual aún más podría complicarse cuando se tiene una frágil voluntad política, poca capacidad de liderazgo por parte del gobierno u otros aspectos que a pesar de lograr la implementación de la alternativa de solución, podría incidir de manera negativa en el logro de los resultados esperados.
- **Limitada capacidad política:** los gobiernos al ser autoridades en la mayoría de los casos electos mediante voto popular, al no demostrar la capacidad de gestión frente a las necesidades del ciudadano, podría perder cierta legitimidad y representatividad, lo cual podría incidir en la efectividad de las estrategias que pueda plantear en el marco de la implementación de la presente alternativa.

- **Limitada capacidad administrativa:** Los procedimientos administrativos establecidos en el estado peruano, carecen en gran medida de servidores y funcionarios públicos competentes y con la capacidad de respuesta adecuada para poder desarrollar la gestión pública orientado al logro de resultados en el ciudadano; en tal sentido, la falta de personal especializado en el diseño e implementación de estrategias de comunicación y/o sensibilización más los abrumadores procesos burocráticos que implica desarrollar una acción en una entidad pública, podría incidir en la calidad y efectividad de los productos de comunicación y sensibilización que se desarrollen en el marco de la presente alternativa de solución, y de esa manera, se correría el riesgo de no lograr los resultados programados.
- **Capacidad presupuestaria:** Los recursos al ser escasos en la administración pública, constituyen una de las limitaciones en el proceso de desarrollo y/o implementación de ciertas estrategias de gobierno, en ese sentido, para el caso de la implementación de la presente alternativa de solución, se advierte que se podría ocasionar tal situación descrita, si no se desarrolla acciones preventivas previo a la implementación de la alternativa, es decir, además de la ejecución del proyecto de comunicación y sensibilización por parte del gobierno nacional, también los gobiernos regionales y locales deberán articularse, para así poder optimizar la ejecución de recursos y garantizar el cumplimiento de la prestación de los productos (bienes o servicios de comunicación o sensibilización) en el periodo programado y con la calidad esperada.

Para desarrollar la matriz de selección de alternativas, se ha determinado un puntaje de calificación en el rango de 1 a 4, siendo 1 un valor que representa poca o limitada viabilidad de la propuesta, sin embargo el 4 es un valor que representa una alta viabilidad de la propuesta; bajo esta metodología, se selecciona a la alternativa N°1 como la alternativa más viable para poder solucionar el problema de la **baja adherencia a la suplementación con micronutrientes de parte de las madres, padres o cuidadores de los niños de 6 a 35 meses de edad.**

Tabla 8: Matriz de selección de alternativa

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
	Viabilidad política	Viabilidad Social	Viabilidad administrativa	Efectiva en cuanto al problema identificado
Gestión estratégica y sostenible de una política de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.	Esta alternativa guarda relación directa con la Política Nacional de Modernización de la gestión pública al 2021 y con la política de gobierno, asimismo, al involucrar de manera directa a los tres niveles de gobierno, cuenta con la voluntad política, puesto que al ser parte del proceso de gestión estratégica del estado permite a cada nivel de gobierno cumplir con sus funciones.	La presente alternativa, al involucrar a los tres niveles de gobierno y partir de un proceso de planificación estratégica está orientado a solucionar el problema identificado de manera integral con mecanismos de coordinación y articulación Estado-Comunidad, en espacios convencionales, lo que garantiza su viabilidad social respectiva..	La alternativa propuesta es viable administrativamente, puesto que para su desarrollo se utilizará herramientas técnico normativas ya establecidas, como la Guía de políticas nacionales y otras herramientas en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.	La alternativa es una propuesta efectiva, puesto que está orientado a solucionar el problema de manera directa, así mismo, al ser parte de una gestión estratégica planificada que involucra a los tres niveles de gobierno garantiza mayor fuerza y alcance del Estado en el proceso de su implementación.
Puntaje	3	3	4	3
Mecanismos de incentivos y acompañamiento a la política de prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses	La viabilidad política de la presente alternativa es media, puesto que si no se logra voluntad política para su aprobación y continuidad, así como para su cumplimiento en el proceso de su implementación podría no lograrse los objetivos esperados.	La viabilidad social de esta alternativa, está estrictamente vinculada a la contraprestación directa que la población recibiría además de la mejorar de la salud de niños de 6 a 35 meses como producto de su implementación	Administrativamente es altamente viable, puesto que ya existe un marco legal e institucional que viene desarrollando mecanismos de incentivos para los gobiernos regionales y locales.	La alternativa al no estar directamente vinculada con el problema público, no garantiza efectividad como producto de su implementación, además de que nos es sostenible mantener incentivos permanentes para los gobiernos locales.
Puntaje	2	2	4	2

Mecanismos de comunicación y sensibilización permanente a toda la población en general	La alternativa es políticamente viable puesto que además de concientizar a la población, permite visibilizar una acción de Estado y de Gobierno a nivel de los tres niveles de gobierno	La alternativa no garantiza su viabilidad social, puesto que, si no logra captar la atención de la población podría no lograr el cumplimiento de sus objetivos y generar cierto rechazo hacia los actores involucrados en la implementación de la alternativa.	La alternativa cuenta con una alta viabilidad administrativa, puesto que es una función del Estado y de gobierno, comunicar sobre sus acciones, por ende ya están establecidas todos los procesos y procedimientos para desarrollar mecanismos de comunicación y sensibilización.	La implementación de la alternativa, no garantiza efectividad en cuanto a la solución del problema, puesto que no está dirigido de manera directa a su población objetivo involucrado en el problema, asimismo depende del impacto que genere en el ciudadano.
Puntaje	4	2	4	1

Fuente: Elaboración propia.



4. CAPITULO IV: Diseño de la intervención innovadora

Para efectos del presente proyecto, se ha considerado que optar por una Gestión estratégica y sostenible de una política de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, es la alternativa más viable; en ese sentido, a continuación se desarrolla el marco teórico al respecto de lo establecido como objetivos principales de la alternativa seleccionada, es decir, se desarrolla en esta parte del capítulo lo realizado desde el aspecto teórico, normativo y científico concerniente a: desarrollo de decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver problemas públicos; diseño de modelos de cogestión Estado-Comunidad, y el desarrollo de herramientas técnicas de monitoreo a las estrategias de Estado o de Gobierno.

4.1. Marco teórico de la intervención innovadora

- **Decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver un problema público:**

En el marco de la gestión de políticas públicas para fortalecer la gestión pública y garantizar mediante un proceso de planificación estratégica mecanismos de coordinación y articulación de los tres niveles de gobierno a favor de satisfacer las necesidades del ciudadano, se cuenta con la Guía de Políticas Nacionales, cuyo objetivo es establecer una metodología estándar para el

diseño, formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas nacionales, así como el procedimiento a aplicar para su actualización.

En Primer lugar, se indica que toda política nacional deberá: enmarcarse en políticas de Estado y responder a un programa de gobierno, contar con objetivos que prioricen los problemas públicos del país, responder a los problemas de la agenda pública y sus objetivos establecidos deberán reflejarse en los Planes Sectoriales, en los Planes de Desarrollo Concertado y en los Planes Estratégico y Planes Operativos Institucionales de todas las entidades en los tres niveles de gobierno en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN).

Para poder desarrollar una política nacional, se recomienda realizar el análisis de pertinencia correspondiente, el cual consiste en la evaluación de la propuesta mediante tres criterios de exclusión los cuales son: Si el asunto de interés es un problema de carácter público, si el asunto de interés responde a una prioridad nacional y si el asunto de interés no es atendido por otro instrumento de gestión, normativos o de otro tipo (sin embargo se precisa que, al corresponder con el primer y segundo criterio, se recomienda evaluar dichas herramientas a fin de optimizarlos).

Posterior a la evaluación de pertinencia, el proceso de elaboración de la política tiene las siguientes etapas:

- Etapa preparatoria: se formaliza el proceso, se identifica a los responsables de los ministerios y sus roles, se identifica a los actores relacionados y determinar su participación, se diseña un plan de trabajo, y se solicita la asistencia técnica del CEPLAN.

- Etapa de Diseño: en esta parte, se delimita el problema público, se realiza la enunciación y estructuración del problema público, se determina la situación futura deseada y se selecciona las alternativas de solución.
- Etapa de formulación: en esta parte se elabora los objetivos prioritarios e indicadores, se elabora los lineamientos, se identifica los servicios y estándares de cumplimiento y se identifica las políticas relacionadas.
- Etapa de Implementación: en esta parte se identifican los niveles de intervención existentes, se gestiona la articulación de la política nacional en los planes.
- Etapa de seguimiento y evaluación: en esta parte según las herramientas diseñadas para tal efecto, se realizan todos los procesos de seguimiento y evaluación correspondiente.

Como parte del marco teórico del primer objetivo, también se cuenta con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021, aprobado con Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, el cual, identifica las principales deficiencias de la gestión pública en el Perú, y entre las más importantes se tiene: ausencia de un sistema eficiente de planeamiento y problemas de articulación con el sistema de presupuesto público; deficiente diseño de la estructura de organización y funciones; inadecuados procesos de producción de bienes y servicios públicos; infraestructura, equipamiento y gestión logística insuficiente; inadecuada política y gestión de recursos humanos y débil articulación intergubernamental e intersectorial.

La visión de la Política en referencia, es lograr un Estado moderno al servicio de las personas; para lo cual se espera lograr determinados objetivos;

entre las más importantes se puede resaltar lo siguiente: *“Promover que las entidades públicas en los tres niveles de gobierno cuenten con objetivos claros, medibles, alcanzables y acordes con las Políticas Nacionales y sectoriales; [...] implementar la gestión por proceso y promover la simplificación administrativa en todas las entidades públicas a fin de generar resultados positivos en la mejora de los procedimientos y servicios orientados a los ciudadanos y empresas; [...] monitorear y evaluar la eficiencia en la transformación de los insumos, en los productos y resultados que los ciudadanos demandan; [...] desarrollar un sistema de gestión del conocimiento integrado al sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de la gestión pública, que permita obtener lecciones aprendidas de los éxitos y fracasos y establezcan mejores prácticas para un nuevo ciclo de gestión [...]”* (PCM, 2013).

Se establece también, que las entidades públicas estarán en la capacidad de desarrollar una gestión pública orientada a resultados en el ciudadano, cuando: establezcan objetivos claros y articulados a nivel sectorial así como territorial; optimicen la gestión de recursos para maximizar el nivel de los productos (bienes o servicios) y resultados programados; reordenen o reorganicen en los tres niveles de gobierno las competencias y funciones en un enfoque de gestión por procesos; establezcan un sistema de indicadores de desempeño y resultados que permitan a las entidades monitorear y evaluar si se está cumpliendo con toda la cadena de valor de los procesos las cuales se encuentran en el ámbito de su competencia.

Finalmente, en la política en referencia, se establece los siguientes componentes de la gestión pública moderna: planeamiento de Estado (políticas

de Estado y de gobierno); planeamiento estratégico; presupuesto para resultados; gestión por procesos; servicio civil meritocrático; seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento. Así mismo se establece tres ejes transversales de la política de modernización, los cuales son: gobierno abierto, gobierno electrónico y articulación interinstitucional (horizontal y vertical).

- **Espacios y/o modelos de Cogestión Estado-Comunidad.**

En el ámbito de experiencia de desarrollo de modelos de cogestión, el Perú cuenta con la Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del ministerio de salud y de las regiones, cuyo objetivo es la ampliación de la cobertura, mejora de la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar adecuadas condiciones sanitarias con participación de la comunidad organizada.

En el reglamento de la Ley N° 29124, aprobado con Decreto Supremo N° 017-2008-SA, se establece que la Cogestión en Salud, “[...] *implica la acción conjunta en salud entre los diferentes niveles de gobierno del Estado y la comunidad organizada, bajo un convenio formal en condiciones reguladas, que establece las responsabilidades de cada instancia. [...]*” (MINSa, 2008); para efectos de lo establecido en el marco legal, se precisa que, la constitución de órganos de cogestión constituidos como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica (CLAS), son un modelo sugerido desde el gobierno nacional en el ámbito la gestión formal de la salud; y para el ámbito de los demás niveles de gobiernos, se establece que *“Los gobiernos regionales y Locales pueden promover y desarrollar en su ámbito, otras formas de cogestión en salud*

con participación ciudadana, que respondan a sus realidades para brindar mejores servicios; así como emitir los documentos normativos correspondientes” (MINSA, 2008).

Asimismo, en el Reglamento referido previamente, además de precisar las funciones y responsabilidades del ente rector del Sistema Nacional de la Salud, el Ministerio de Salud, como la de promover la participación ciudadana para la cogestión de establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención de todos los Gobiernos Regionales, emitir normas técnicas y directivas nacionales, brindar asistencia técnica a los Gobiernos Regionales y Locales en la adecuada aplicación de la cogestión CLAS; se estableció también responsabilidades en el marco del modelo de cogestión sugerido para los gobiernos regionales, los cuales además de otras, son:

- Proporcionar de una infraestructura adecuadamente implementada, que haga posible la ejecución del Plan de Salud Local⁹.
- Fiscalizar los recursos que irroque la ejecución del Plan de Salud Local, independientemente a la fuente de financiamiento.
- Brindar acciones de fortalecimiento de capacidades en coordinación con el MINSA.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud y la calidad de los servicios.
- Vigilar el cumplimiento de las funciones de las CLAS, según lo establece la norma.

⁹Es un documento de gestión participativa y concertada con vigencia anual, es elaborado por las CLAS y los jefes de los establecimientos de salud, su elaboración está vinculado al Plan Concertado de Desarrollo Local y a la política nacional de Salud.

- Asesorar y vigilar en coordinación con los Gobiernos Locales a los órganos de cogestión desde su proceso de constitución, la firma de convenio de cogestión y la aprobación del Plan de Salud Local, vigilar y asistir durante el proceso de ejecución del convenio de cogestión, entre otros.

Asimismo, se establece funciones específicas para los órganos de cogestión, y entre las más importantes se encuentran:

- Administrar los recursos humanos, financieros, bienes materiales y demás en el proceso de ejecución del Plan de Salud Local.
- Disponer del total de los recursos para el cumplimiento del Plan de Salud Local.
- Asegurar el mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles asignados a las CLAS.

Otra experiencia a nivel nacional respecto a modelos de cogestión, es lo estipulado en la Directiva N° 019-2014-MIDIS/PNCM¹⁰, en donde se establecen los lineamientos para la implementación del modelo de cogestión comunal del servicio de acompañamiento a familias del Programa Nacional CUNA MÁS y para la transferencia de recursos financieros a sus comités de gestión, el cual tiene como finalidad la de *“garantizar un adecuado proceso de implementación y funcionamiento del modelo de cogestión comunal en el servicio de acompañamiento a familias, así como el adecuado y correcto uso de los recursos financieros que se transfieren”* (Programa Nacional Cuna Más, 2014).

¹⁰Directiva aprobada con Resolución de Dirección Ejecutiva N° 820-2014-MIDIS/PNCM con fecha 19 de setiembre de 2014.

Así mismo, se establece que la articulación territorial pone de manifiesto las potencialidades y compromisos de los sectores de todos los niveles de gobierno y de la comunidad organizada, en el compromiso con el desarrollo de su localidad; el cual implica el fortalecimiento de los procesos de articulación territorial de los actores sociales, de las personas y de las estructuras organizativas que integran la localidad.

En el numeral 5.3.2 de la Directiva citada, se hace mención al Voluntariado social sustento de la cogestión, refiriéndose a este como al rol que cumplen los ciudadanos sin fines de lucro ni responsabilidad contractual, en el proceso de gobierno y al compromiso personal en proyectos comunales de desarrollo.

Más allá de la vigilancia social o ciudadana que sustenta el derecho a la participación en la vida política, social, económica y cultura de los ciudadanos en la gestión pública, el modelo de cogestión comunal, consiste en “ [...] *la participación organizada y voluntaria de la comunidad para la gestión eficiente del servicio de acompañamiento a familias [...]*” (Programa Nacional Cuna Más, 2014), el cual se plantea sobre el sustento del modelo ecológico del desarrollo infantil, que propone que el desarrollo depende de la interacción dinámica del niño con su entorno, el cual está representado por el Estado, la comunidad y la familia.

Según la directiva en mención, para potenciar la cogestión comunal, se requiere de ciertas condiciones básicas, entre ellas se tiene que: entender y manejar el territorio comunal como una unidad de análisis, planificación y gestión; promover procesos de articulación territorial de los actores presentes en el espacio comunal; desarrollar capacidades de los equipos técnicos y actores

comunales para una gestión orientada a resultados; promover el reconocimiento y valoración de los actores comunales.

Uno de los objetivos específicos más importantes identificados de la propuesta de cogestión comunal, es *“fortalecer capacidades de la comunidad para promover acciones que favorezcan el desarrollo infantil de los niños menores de 36 meses, a través de la incorporación de propuestas concertadas en espacios comunitarios y de la vigilancia comunitaria”* (Programa Nacional Cuna Más, 2014).

El rol de la vigilancia comunitaria en la calidad del servicio y en las acciones orientadas a promover el desarrollo infantil de niños y niñas menores de 36 meses de edad, abarca tres niveles: la vigilancia de la calidad del servicio; la vigilancia de acciones orientadas a promover el desarrollo infantil; la incorporación de propuestas concertadas para generar acciones que promuevan el desarrollo infantil en espacios comunitarios.

Según la Directiva en mención, la gestión comunal en el servicio de acompañamiento a familias, comprende dos fases:

1. Fase de generación de condiciones; cuyos procesos claves son: *“i) focalización y diagnóstico, y II) conformación de comités de gestión y consejos de vigilancia”* (Programa Nacional Cuna Más, 2014).
2. Fase de funcionamiento del servicio: comprende tres actividades específicas: *“I) gestión del servicio, II) vigilancia comunitaria en la calidad del servicio y en las acciones orientadas a promover el desarrollo infantil, e III) incorporación de propuestas concertadas para generar acciones que*

promuevan el desarrollo infantil en espacios comunitarios” (Programa Nacional Cuna Más, 2014).

Asimismo, según el numeral 5.9 de la directiva, se sugiere estrategias a implementarse para la cogestión comunal, las cuales son:

1. Desarrollo y fortalecimiento de capacidades: esta estrategia se ejecuta a través de procesos participativos, continuos y progresivos y de desarrollan a través de las siguientes modalidades: capacitación y asistencia técnica.
2. Incidencia pública para la movilización social y articulación pública y privada, esta estrategia busca influir en los tomadores de decisiones de manera directa o indirecta, con el fin de incorporar en la agenda pública algún tema de la problemática que afecta el desarrollo integral de la infancia.

Y finalmente, en el numeral 5.10. de la directiva en mención, se identifica a todos los actores involucrados en la cogestión comunal del servicio de acompañamiento a familias y se formula los roles, funciones y responsabilidades, con sus respectivos mecanismos de gestión, así como también se describe todos los procesos de implementación de estos espacios de cogestión comunal.

Una tercera evidencia sobre una experiencia de cogestión Estado comunidad, son los Centros de promoción y vigilancia comunal, el cual ha sido formulado en el 2012, como una meta del programa de incentivos municipales con el objetivo de potenciar la implementación de municipios y comunidades saludables frente a la desnutrición crónica infantil, a través de *“acciones de promoción de la salud orientada al mejoramiento de prácticas saludables y la*

generación de entornos favorables para propiciar un adecuado crecimiento y oportuno desarrollo de niñas y niños en una comunidad o localidad de las municipalidades pobres y extremadamente pobres del país (municipalidades con 500 o más viviendas urbanas y municipalidades con menos de 500 viviendas urbanas)” (Dirección General de Promoción de la Salud, 2012).

La (Dirección General de Promoción de la Salud, 2013), define a un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, como un “*espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de educación en prácticas saludables, acciones de vigilancia y toma de decisiones, orientado al desarrollo potencial, intelectual y económico en la primera infancia, con participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, de las autoridades locales y comunales, del personal de salud y otros actores sociales*”; en ese sentido, según indica la Dirección General de Promoción de la Salud, existe evidencia acerca “*del entorno familiar y comunitario que rodea al niño, para favorecer o no al adecuado crecimiento y desarrollo, por ello si las familias son apoyadas para aprender y mejorar las prácticas de cuidado de las gestantes, las niñas y niños menores de 36 meses; ellos pueden desarrollar su potencial humano a pesar de vivir en condiciones de pobreza, de allí la importancia de fomentar la participación activa de la comunidad a través de la promoción y vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo*” (Dirección General de Promoción de la Salud, 2012); por ello, se tenía programado que, a diciembre del 2012, se pueda contar con Centros de Promoción y Vigilancia

Comunal implementados en el país, para que a partir del año 2013, se pueda fortalecer estos espacios de cogestión buscando su funcionamiento de manera sostenible.

Así mismo, la (Dirección General de Promoción de la Salud, 2012), en el documento Criterios técnicos para la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado de la Madre y del Niño, para el ejercicio fiscal 2012 ha propuesto:

- criterios técnicos para elegir la comunidad o localidad en la que se ubicará el centro de promoción y vigilancia comunal.
- principales acciones para conformar el equipo de trabajo para el cumplimiento de la meta.
- Principales acciones del equipo de trabajo para el logro de la meta del centro al 31 de diciembre del 2012.
- Equipamiento para el desarrollo infantil.
- Capacitación básica a los agentes comunitarios de salud.
- Propuesta para reconocimiento y/o estímulos no monetarios para los Agentes Comunitarios de Salud.

Y para el 2013, se ha propuesto la continuidad de la meta “*funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño*” como una estrategia comunitaria que contribuye a la disminución de la desnutrición crónica infantil alineado a los objetivos del programa de incentivos municipales.

Entre las principales actividades propuestas para el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunitaria, se encuentra el desarrollo de 3 acciones:

- **Educación en prácticas saludables:** consiste en la interacción e intercambio de experiencias entre las familias, los agentes comunitarios y el personal de salud, a través de sesiones demostrativas, sesiones educativas y sesiones para el desarrollo de la niña y niño.
- **Vigilancia comunal:** consiste en realizar acciones de vigilancia a los acontecimientos en la comunidad, vinculada a aquellas situaciones que promuevan el buen crecimiento y desarrollo desde la gestación y los primeros tres años de vida, en los diferentes escenarios de la comunidad.
- **Toma de decisiones:** se lleva a cabo a través de reuniones mensuales o bimensuales con representantes de la comunidad, salud y municipalidad, para revisar y analizar la información de la vigilancia, tomar decisiones y asumir responsabilidades en acciones concretas que permitan la adopción de prácticas y generación de entornos saludables.

En el 2014, se ha propuesto como una meta del programa de incentivos municipales, la *Sostenibilidad del funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño*, según (Dirección General de Promoción de la Salud, 2014), debido a que en el 2012 se implementaron 1460 Centros de Promoción y Vigilancia comunal en el país, y para el año 2013 se ha programado su funcionamiento y en el 2014 se ha propuesto consolidar la ejecución de tres actividades principales para lograr el funcionamiento con calidad y avanzar hacia la integración, por lo que durante el

2014, se buscó la sostenibilidad del funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal.

Para el ejercicio fiscal 2015, se había establecido mantener una meta en el programa de incentivos municipales orientado al fortalecimiento del centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño, para lo cual se programó el desarrollo de las siguientes actividades:

- Planificación para trabajar la meta.
- Fortalecimiento y funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal.
- Registrar y programar recursos en el Programa presupuestal (PP) 0001 “programa articulado nutricional”.
- Reconocimiento o estímulo no monetario al agente comunitario de salud.
- Análisis de información para el abordaje de la desnutrición crónica infantil y la anemia.
- Implementación de más de 1 Centro de Promoción y Vigilancia Comunal.
- Entrega de resolución de alcaldía que aprueba la conformación o ratificación del equipo y plan de trabajo 2015.

Finalmente se resalta que, los Centros de promoción y vigilancia comunal, nacieron frente a la necesidad de lograr con uno de los objetivos del Plan de incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal, el cual consiste en “reducir la desnutrición crónica infantil en el país”, este espacio visibiliza el trabajo comunitario a favor de la salud de las madres y niños a nivel nacional, y cumplían con la generación de entornos a favor de la mejora de prácticas

saludables con participación activa de la municipalidad, comunidad y el sector salud.

Esta estrategia se desarrolló a través de un trabajo interministerial (MEF-MINSA) lo cual además involucraba a los tres niveles de gobierno promoviendo la corresponsabilidad en salud y a la comunidad.

Hecho las investigaciones del proceso de gestión de los Centros Promoción y Vigilancia Comunitaria (CPVC) se ha podido encontrar los siguientes resultados:

- Al 2012, se implementaron 1564 CPVC.
- Al 2013 se contaba con 1437 CPVC en funcionamiento y se benefició a 69590 niños y niñas menores de 36 meses.

Entre las lecciones aprendidas según el (MINSA, 2014) a partir de la experiencia expuesto en párrafos anteriores, se encuentra:

- Que lo gobiernos locales accedieron a recursos adicionales para el financiamiento de proyectos o acciones a favor de la primera infancia.
- Se ha fortalecido la relación de trabajo entre Salud-municipio-comunidad.
- Se logró en muchos casos, poner en la agenda de los gobiernos locales a la primera infancia.
- Se ha fortalecido el trabajo de los agentes comunitarios a través de reconocimiento y estímulos no monetarios.

- **Desarrollar nuevas herramientas técnicas de monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes que permitan realizar dicha acción con mayor objetividad según el contexto peruano.**

Al respecto de este objetivo, en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021, se establece que el **Seguimiento o Monitoreo** “es un proceso organizado para verificar que una actividad o una secuencia de actividades transcurre como se había previsto dentro de un determinado periodo de tiempo. Reporta las fallas en el diseño y la implementación de los programas y proyectos, permite comprobar si se está manteniendo la ruta hacia el objetivo establecido. Estima la probabilidad de alcanzar los objetivos planeados, identifica las debilidades que deben ser atendidas y oportunamente recomienda cambios y propone soluciones” (PCM, 2013).

Respecto al problema público de la anemia, el Instituto Nacional de Salud (INS), ha establecido un Sistema de Información del Estado Nutricional desde el 2003, el cual se sostiene en acciones continuas de registro, procesamiento, reporte y análisis de información del estado nutricional de niños menores de cinco años y madres gestantes que acuden a todos los establecimientos de salud públicos en el país.

En el cual, por ejemplo, según el informe sobre indicadores niños enero-marzo 2019, se ha podido encontrar la siguiente información:

Tabla 9: Anemia en niños de 6 a 35 meses que acudieron a los establecimientos de salud, por niveles según departamento del establecimiento de salud (Periodo: enero a marzo -2019)

DPTO	N° DE EVALUADOS	ANEMIA TOTAL		ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA SEVERA	
		N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%
AMAZONAS	6 883	2 084	30.3	1 535	22.3	544	7.9	5	0.1
ÁNCASH	10 030	4 980	49.7	2 966	29.6	1 987	19.8	27	0.3
APURÍMAC	9 021	3 251	36	2 254	25	994	11	3	0
AREQUIPA	9 854	3 666	37.2	2 568	26.1	1 090	11.1	8	0.1
AYACUCHO	14 033	4 010	28.6	2 823	20.1	1 173	8.4	14	0.1
CAJAMARCA	12 594	4 151	33	2 674	21.2	1 442	11.4	35	0.3
CALLAO	2 362	884	37.4	578	24.5	304	12.9	2	0.1
CUSCO	15 204	7 160	47.1	3 975	26.1	3 117	20.5	68	0.4
HUANCAVELICA	5 774	2 525	43.7	1 497	25.9	1 009	17.5	19	0.3
HUÁNUCO	8 172	1 633	20	1 100	13.5	530	6.5	3	0
ICA	5 181	1 467	28.3	1 060	20.5	402	7.8	5	0.1
JUNÍN	11 714	5 224	44.6	3 019	25.8	2 144	18.3	61	0.5
LA LIBERTAD	11 979	5 716	47.7	3 328	27.8	2 335	19.5	53	0.4
LAMBAYEQUE	2 750	1 308	47.6	741	26.9	550	20	17	0.6
LIMA	32 507	12 881	39.6	9 147	28.1	3 709	11.4	25	0.1
LORETO	9 767	4 191	42.9	2 814	28.8	1 368	14	9	0.1
MADRE DE DIOS	1 241	630	50.8	375	30.2	255	20.5	0	0
MOQUEGUA	1 300	362	27.8	268	20.6	94	7.2	0	0
PASCO	1 997	669	33.5	419	21	246	12.3	4	0.2
PIURA	10 736	2 905	27.1	2 042	19	850	7.9	13	0.1
PUNO	10 414	5 224	50.2	2 715	26.1	2 407	23.1	102	1
SAN MARTÍN	5 173	1 814	35.1	1 233	23.8	575	11.1	6	0.1
TACNA	1 594	323	20.3	224	14.1	97	6.1	2	0.1
TUMBES	866	300	34.6	208	24	91	10.5	1	0.1
UCAYALI	3 221	1 752	54.4	1 079	33.5	662	20.6	11	0.3
PERÚ	204 367	79 110	38.7	50 642	24.8	27 975	13.7	493	0.2

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional en niños que accede al establecimiento de salud, 2018. Instituto Nacional de Salud / Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.

En el Plan Multisectorial en contra de la anemia, hace referencia a que “el monitoreo y evaluación para el logro de los resultados en el territorio es responsabilidad de la instancia de Articulación local, bajo la conducción y coordinación del alcalde. Su liderazgo y la responsabilidad de cada uno de los actores involucrados son pilares para asumir de manera conjunta este desafío” (MIDIS, 2018), y en el marco del referido Plan, el MIDIS ha implementado el

Observatorio de anemia, el cual es una plataforma web que se encarga del seguimiento de los resultados inmediatos e intermedios de las estrategias implementadas por el gobierno central para prevenir y tratar la anemia.

Otro de los documentos más importante dentro del marco teórico en el marco del tercer objetivo de la alternativa de solución, se tiene al Documento Técnico “Lineamientos para la implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil” aprobado con Resolución Ministerial N° 078-2019/MINSA.

La finalidad del documento en referencia es *“contribuir a la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil, a través del fortalecimiento de las acciones institucionales y concurrencia con intervenciones intersectoriales e intergubernamentales”* (MINSA, 2019)

En el referido documento técnico, se establece que la implementación de las visitas domiciliarias por actores sociales a niños menores de 12 meses comprende 3 fases:

- Gestión local para la implementación de las visitas domiciliarias: para dicha acción, se realiza capacitaciones a facilitadores regionales y de Lima Metropolitana y al personal de salud de los establecimientos de salud local, se implementa bajo el liderazgo y el reconocimiento oficial de los gobiernos locales, la instancia de articulación local para la coordinación y seguimiento de las visitas domiciliarias con la determinación correspondiente de los niveles de responsabilidad de la visita domiciliaria por actor social, y posteriormente se realizará el mapeo de actores locales.

- Implementación de las visitas domiciliarias: implica realizar la convocatoria, selección y registro de actores sociales que realizaran las visitas domiciliarias; se desarrolla un aplicativo informático de registro de visitas domiciliarias por actores sociales, y se capacita sobre el aplicativo; luego se sectoriza el territorio, se capacita a los actores sociales, se identifica a los niños a ser priorizados para recibir las visitas domiciliarias, se ejecuta la visita domiciliaria por actor social y se le da la conformidad técnica de la visita domiciliaria por personal de salud, y finalmente se realiza el monitoreo y supervisión de las visitas domiciliarias y se realiza el registro correspondiente.
- Seguimiento a los indicadores de niños menores de 12 meses a nivel local: en primer lugar, se determina los indicadores a nivel distrital y se realiza reuniones mensuales de la Instancia de Articulación Local para monitorear la evolución de los indicadores previamente definidos.

Finalmente, se ha considerado resaltar también como un insumo importante lo estipulado en la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DGIESP-V.01 Directiva Sanitaria para la implementación de la visita domiciliaria por parte de personal de la salud para la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.

La referida Directiva tiene como finalidad “*Contribuir al desarrollo y bienestar de niñas, niños, gestantes y puérperas a través de la visita domiciliaria, fortaleciendo la adopción de prácticas adecuadas de nutrición y salud en el marco de la atención integral de la salud*” (MINSA, 2019).

Como parte de las disposiciones generales de la Directiva en mención, se define a la visita domiciliaria como “*una actividad extramural realizada por*

personal de la salud capacitado mediante la cual: acompaña y hace seguimiento a los acuerdos y compromisos asumidos por la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera; verifica y fortalece prácticas claves de lactancia materna, alimentación, suplementación y tratamiento de anemia y estado vacunal de acuerdo a la edad” (MINSA, 2019).

Asimismo, se especifica además de otros mecanismos del proceso previo, durante y posterior a la visita domiciliar que, dicha visita a los niños y niñas menores de 24 meses con diagnóstico de anemia, se deberá realizar de la siguiente manera: *“tres visitas entre 6y 11 meses: la primera visita dentro del primer mes, la segunda visita a los 60 días y la tercera visita a los 90 días de iniciado el tratamiento. Si el niño es diagnosticado después de los 6 meses debe cumplirse el esquema precitado” (MINSA, 2019).*

4.2. Diseño específico de la intervención innovadora

Considerando las experiencias ya descritas anteriormente, se propone como una intervención innovadora El desarrollo y la implementación de decisiones de política desde el gobierno nacional que priorice objetivos y acciones específicas para resolver el problema principal del presente proyecto de investigación, en el marco de un modelo de cogestión Estado-comunidad, que articule a los diferentes niveles de gobierno y a todos los actores de una localidad en espacios convencionales para asistir y monitorear el consumo de micronutrientes en niños de 6 a 35 meses de edad, para la prevención de la anemia, mediante el uso de herramientas técnicas de monitoreo que permitan realizar dicha acción con mayor objetividad según el contexto peruano.

Así mismo se considera que el modelo de cogestión permitirá cumplir con el monitoreo a un proceso que actualmente no cuenta con adecuadas estrategias de evaluación, es decir así como se ha podido identificar en el capítulo I, una de las limitaciones de los planes y/o estrategias de prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, es que el proceso de monitoreo no es transversal a toda la cadena de valor, peor aún en el proceso de consumo de micronutrientes, lo cual ocasiona que actualmente la estrategia de suplementación mediante la distribución de micronutrientes tenga baja prevalencia de adherencia en su consumo.

En ese sentido, antes del diseño e implementación de decisiones de políticas en el marco de un modelo de cogestión, es importante partir de ciertos contextos o escenarios iniciales:

- No existe una política nacional orientada a la prevención y/o atención de la anemia en el Perú, en el marco del proceso específico de suplementación con micronutrientes que permita coordinar y articular los tres niveles de gobierno.
- La estrategia de prevención difiere de la estrategia de atención de la anemia en el marco del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 y del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, para el caso específico del presente proyecto, la propuesta de innovación se enfatiza en uno de los procesos de la estrategia de prevención de la anemia mediante la distribución multimicronutrientes a niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

- Las diferentes estrategias actuales de prevención de la anemia, liderado por el MINSA y coordinado por el MIDIS, no cuenta con herramientas técnicas que permitan articular esfuerzos a los tres niveles de gobierno y los actores locales.
- Se cuenta con dos planes paralelos de lucha contra la anemia una que es el Plan Nacional de Reducción y control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021 y el otro es el Plan Multisectorial de lucha contra la anemia, el primero lo lidera el MINSA y el segundo lo coordina el MIDIS, lo cual debilita la efectividad de la intervención de Estado en la prevención de la anemia, puesto que los indicadores de resultado no necesariamente se complementan.
- Los planes de prevención de la anemia, no cuentan con una ruta estratégica que les permita articular los objetivos nacionales a los sectoriales y estos a los gobiernos regionales y finalmente a los gobiernos locales en el marco de lo establecido por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINPLAN).
- La estrategia de prevención de la anemia a través la suplementación con micronutrientes en una población no controlada es compleja y existen ciertas condiciones sociales, demográficas, culturales, religiosas, económicas etc. los cuales limitan el adecuado cumplimiento del proceso de suplementación.
- El proceso de planificación a nivel de los tres niveles de gobierno, dista considerablemente respecto a la priorización y asignación de presupuesto para fortalecer la gestión de prevención de la anemia.

- No existe aún una ruta estratégica que articule e involucre a los actores comunales, en la estrategia de prevención de la anemia más allá de los dos mecanismos de monitoreo establecido: el monitoreo intra mural (el cual se da cuando el menor acude al centro de salud) y el monitoreo extramural (se realiza mediante las visitas domiciliarias por parte del personal de salud).

A continuación, se presenta dos esquemas de gestión de la estrategia de prevención de la anemia, la primera es el modelo de gestión actual de gestión de la anemia y el segundo es una propuesta de esquema de modelo de cogestión Estado-Comunidad en la estrategia de prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, mediante la suplementación con micronutrientes.

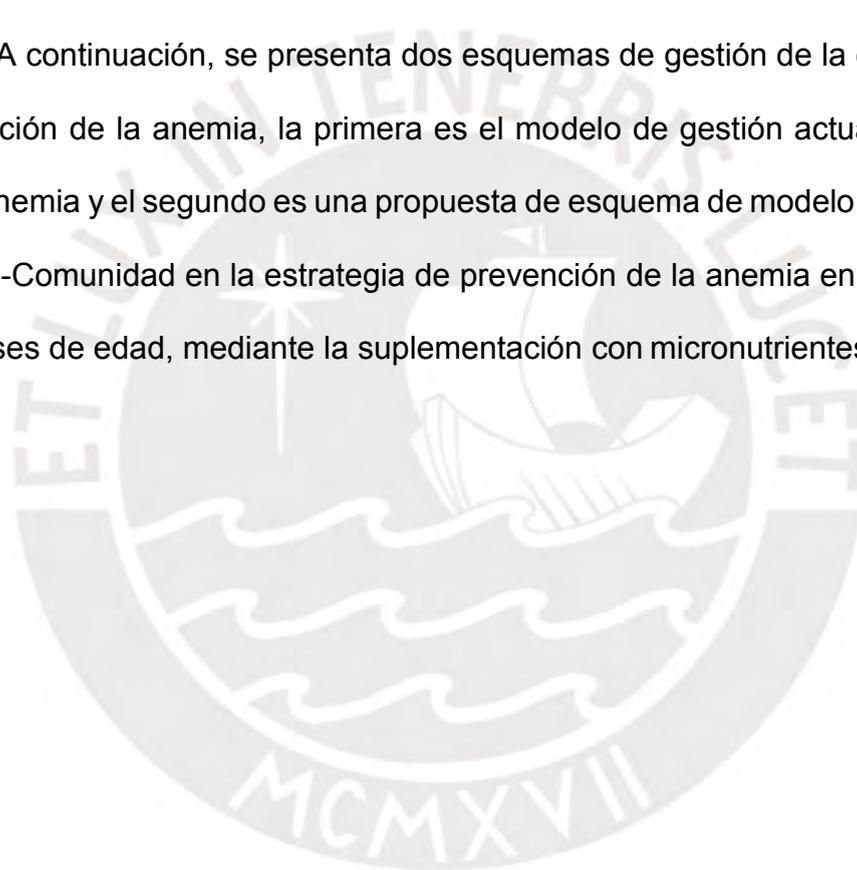
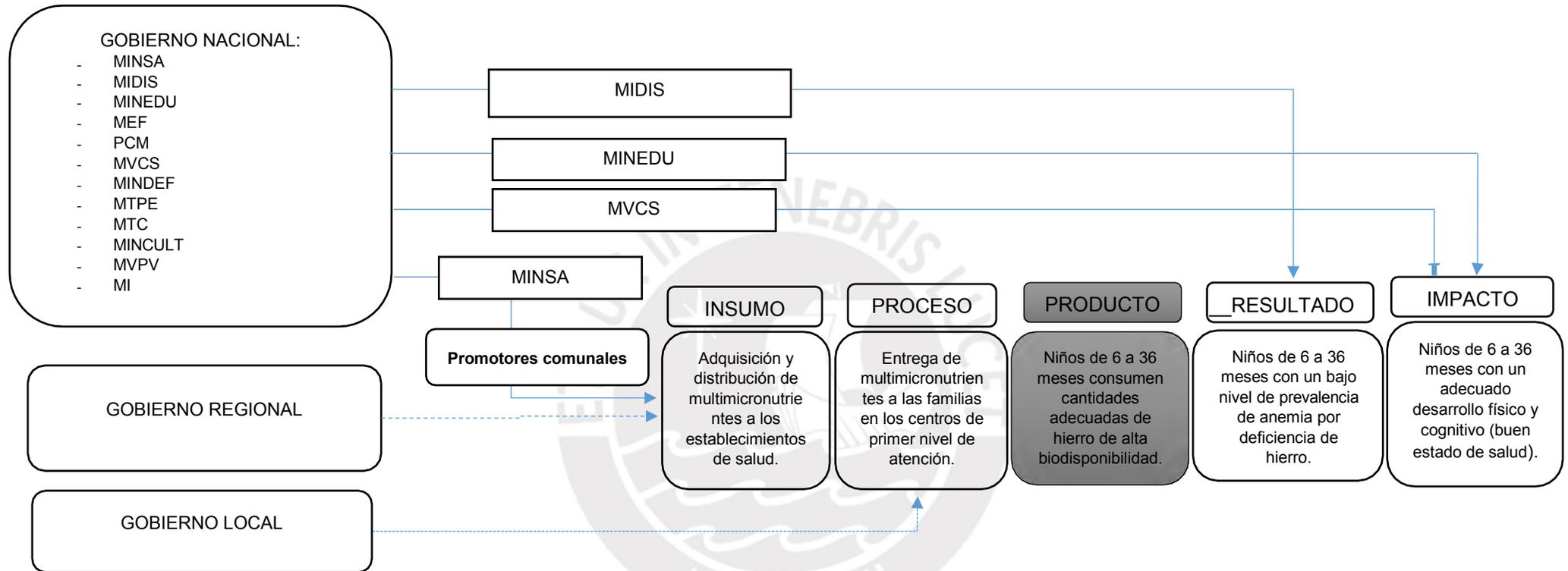
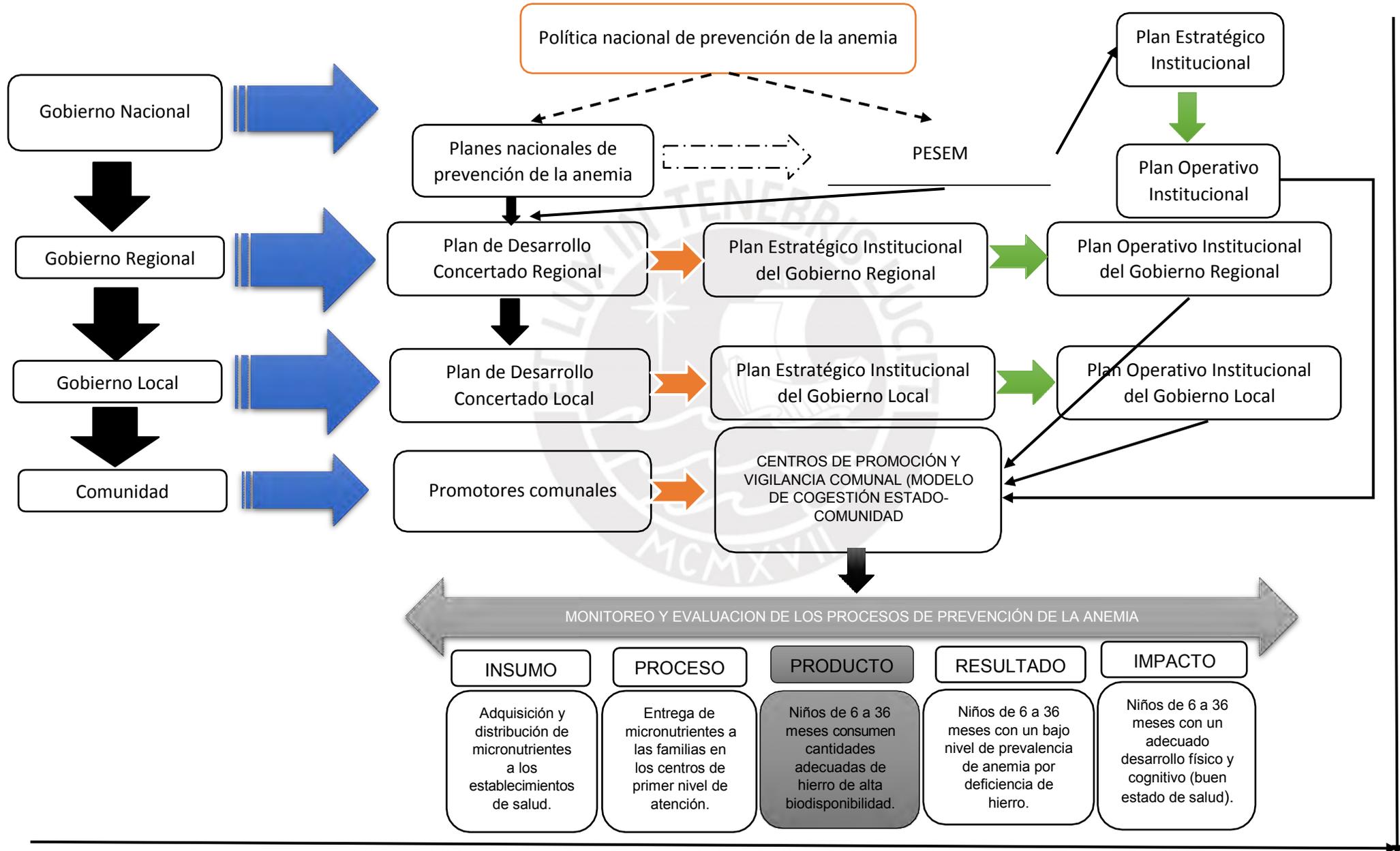


Gráfico 8: Modelo de gestión para la prevención de la anemia (actual)



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9: Propuesta de modelo de gestión para la prevención de la anemia



Articulación vertical

Articulación horizontal

Fuente: Elaboración propia.

Según se puede observar el modelo de gestión actual, no cuenta con mecanismos visibles de articulación de los tres niveles de gobierno; en ese marco, la Propuesta de modelo de gestión, permite articular al gobierno nacional a nivel de sus sectores, con los demás niveles de gobierno y con los actores comunales; y además, mediante el desarrollo de acciones permanentes de gestión del Estado con la comunidad, se busca institucionalizar al Centro de Promoción y vigilancia comunal como un espacio estratégico de ejercicio de una cogestión entre el Estado y la Comunidad en favor del bienestar de la población.

Para ello, en el marco de lo establecido por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, en el desarrollo e implementación desde el gobierno nacional decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver problemas públicos y lo sugerido por la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública el cual busca que el Estado moderno se encuentre al servicio de las personas, y que sus estrategias de gestión deben estar orientados a satisfacer una necesidad o problema público.

Por ello, para enfrentar el problema de los altos niveles de prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, debido a los bajos niveles de adherencia al consumo de micronutrientes en el proceso de suplementación, se deberá fortalecer el proceso de acompañamiento y monitoreo con herramientas técnicas de monitoreo en espacios convencionales y no convencionales para garantizar un adecuado consumo de micronutrientes, con la presencia de los diferentes actores involucrados por parte del Estado y la comunidad de manera permanente. Para lo cual, se sugiere el diseño e implementación de una política

nacional orientado específicamente a la prevención de la anemia infantil¹¹, y posterior a ello, imprescindiblemente se deberá gestionar el alineamiento de los planes nacionales o planes sectoriales según corresponda estableciendo indicadores y metas cuya estructura de estimación responda a un análisis objetivo de la situación; así mismo, se considera que los diferentes sectores del Estado deberán de articular sus objetivos, metas e indicadores contextualizados con la realidad de cada departamento, sin embargo dicha articulación deberá partir del PESEM y concluir en el POI del sector; a partir de ello cada gobierno regional deberá de alinear sus objetivos regionales a la política o a los planes nacionales, cuyo nivel de articulación de igual manera deberá de trascender el Plan de Desarrollo Concertado Regional, hasta aterrizar en el Plan Operativo Institucional del Gobierno Regional, y finalmente cada gobierno local deberá también alinear sus planes de desarrollo concertado local, Plan estratégico institucional y planes operativos institucionales; dicha articulación permitirá una intervención consensuada en la comunidad, en donde los promotores comunales de salud, sean los agentes intermediarios y/o mediarios estratégicos entre el Estado y la Comunidad.

La creación de espacios de cogestión Estado-Comunidad, no necesariamente deberá estar estrictamente relacionado a la voluntad políticas de cada gobierno, sino deberá responder a una estrategia nacional de cumplimiento obligatorio con componentes de estímulos y/o reconocimientos para los diferentes actores tanto por parte del Estado y a los de la comunidad,

¹¹El problema de la anemia es un problema de salud bastante recurrente, por lo que requiere acciones de prevención permanente.

en donde se impulse previos procesos de planificación la creación de los referidos espacios de manera coordinada y articulada con el respaldo técnico y político necesario para institucionalizar y gestionar su auto sostenibilidad.

El espacio donde se deberá desarrollar el modelo de cogestión en lo posible debería de ser un espacio convencional que no transgreda de manera significativa el *status quo* de la población; además como parte de la presente propuesta, se propone que la creación y funcionamiento de estos espacios, se realice de manera articulada, lo cual garantizará de alguna u otra manera sus sostenibilidad y operatividad no solo para el cumplimiento de acciones concretas previstas en el presente proyecto de innovación, sino para desarrollar acciones de monitoreo y evaluación a todos los procesos de la cadena de valor que comprende la estrategia de prevención de la anemia, para ello se deberá diseñar herramientas técnicas de monitoreo que permita realizar el desarrollo de esa acción de manera objetiva.

4.1. Matriz e indicadores de la intervención innovadora

Tabla 10: Matriz de Innovación N° 01

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	CAUSA SUBYACENTE	CAUSA RAIZ	MEDIO INNOVADOR	CAMBIO INNOVADOR PARA LOGRAR EL MEDIO	¿Quién ES EL RESPONSABLE DEL CAMBIO?	¿Cuáles SON LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LOGRAR EL CAMBIO?
Baja adherencia a la suplementación con micronutrientes por parte de las madres, padres o cuidadores de los niños de 6 a 35 meses de edad	Escasos mecanismos y espacios de monitoreo al consumo de micronutrientes	Ausencia de herramientas de gestión estratégica de Estado y/o de Gobierno	Gestión estratégica y sostenible de una política de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad	Desarrollar e implementar desde el gobierno nacional decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver el problema público objeto de la investigación	MINSA MIDIS CEPLAN PCM MEF Demás sectores GR GL	<p>Acciones previas: formalizar el proceso, identificar a los actores involucrados y sus roles, diseñar un plan de trabajo y solicitar asistencia técnica del CEPLAN.</p> <p>Diseño: delimitación del problema público, definición del problema público, determinación de la situación futura deseada, selección de alternativas de solución.</p> <p>Formulación: elaboración de los objetivos prioritarios e indicadores, elaboración de lineamiento, identificación de los servicios y estándares de cumplimiento e identificación de las políticas relacionadas.</p> <p>Implementación: identificación de los niveles de intervención existentes y articulación de la política nacional en los planes.</p> <p>Seguimiento y Evaluación.</p>
				Diseñar e implementar modelos de cogestión Estado-Comunidad según el contexto peruano, en el cual se considere la creación de espacios de coordinación y articulación horizontal y vertical del gobierno considerando e involucrando actores locales.	MINSA MIDIS MEF GR GL Promotores territoriales de salud	<p>Etapa previa: formalización de la elaboración de la propuesta, identificación de actores involucrados y elaboración de un plan de trabajo.</p> <p>Diseño: identificación y dimensionamiento del problema público, identificación y análisis de causas, planteamiento de alternativas de solución, planteamiento de modelos de cogestión a las alternativas de solución, y propuesta de espacios y actores responsables de la implementación del modelo de cogestión y definir los recursos y roles de los actores involucrados en la gestión del modelo de cogestión.</p> <p>Difusión: propuesta de un plan de difusión y de herramientas y mecanismos de difusión.</p>

					<p>Acompañamiento y/o asistencia técnica: propuesta de un plan y de herramientas técnico normativas de acompañamiento y/o asistencia técnica.</p> <p>Evaluación: definición del periodo, plan, herramientas técnico normativas de evaluación y mecanismos de retroalimentación de los resultados de evaluación.</p>
			<p>Desarrollar e implementar nuevas herramientas técnicas de monitoreo al proceso de consumo de micronutrientes, que permitan realizar dicha acción con mayor objetividad según el contexto peruano.</p>	<p>MINSA MIDIS GR GL Contraloría General Promotores territoriales de salud</p>	<p>Etapas previas: elaboración de un plan de trabajo.</p> <p>Diseño: revisión de antecedentes, definición del objetivo y finalidad, definición de la base normativa, definición del alcance y responsabilidad, determinación de las disposiciones generales y específicas, desarrollo y validación de las herramientas de monitoreo.</p> <p>Difusión: elaboración de un plan y propuesta de herramientas y mecanismos de difusión.</p> <p>Acompañamiento técnico: elaboración de un plan, de herramientas y el protocolo de acompañamiento técnico.</p> <p>Evaluación: elaboración de un plan y propuesta de herramientas técnicas de evaluación.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11: Matriz de costeo-indicadores N° 02¹²

CAMBIOS INNOVADOR	¿Quiénes DESARROLLAN EL CAMBIO?	ACTIVIDADES	¿Cuál ES EL COSTO POR ACTIVIDAD?	¿Cuál ES EL PLAZO A IMPLEMENTAR?	¿Cuál ES EL INDICADOR POR ACTIVIDAD?
Desarrollar e implementar desde el gobierno nacional decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver el problema público objeto de la investigación	MINS MIDIS CEPLAN PCM MEF Demás sectores GR GL	Acciones previas: formalizar el proceso, identificar a los actores involucrados y sus roles, diseñar un plan de trabajo y solicitar asistencia técnica del CEPLAN.	S/. 28,000.00	4 meses	Resolución ministerial
		Diseño: delimitación del problema público, definición del problema público, determinación de la situación futura deseada, selección de alternativas de solución.	S/. 168,000.00	6 meses	Entregables
		Formulación: elaboración de los objetivos prioritarios e indicadores, elaboración de lineamiento, identificación de los servicios y estándares de cumplimiento e identificación de las políticas relacionadas.	S/. 224,000.00	8 meses	Entregables
		Implementación: identificación de los niveles de intervención existentes y articulación de la política nacional en los planes.	S/. 1,140,000.00	19 meses	Entregables
		Seguimiento y Evaluación.	S/. 1,020,000.00	17 meses (seguimiento) 2 meses (evaluación)	Entregables
Diseñar e implementar modelos de cogestión Estado-Comunidad según el contexto peruano, en el	MINS MIDIS MEF	Etapa previa: formalización de la elaboración de la propuesta, identificación de actores involucrados y elaboración de un plan de trabajo.	S/. 21,000.00	3 meses	Acto administrativo

¹² Para las actividades de difusión, acompañamiento y/o asistencia técnica y evaluación del segundo y tercer cambio innovador, se está considerando solamente el desarrollo de los planes y herramientas correspondientes, mas no su implementación.

cual se considere la creación de espacios de coordinación y articulación horizontal y vertical del gobierno considerando e involucrando actores locales.	GR GL Promotores territoriales de salud	Diseño: identificación y dimensionamiento del problema público, identificación y análisis de causas, planteamiento de alternativas de solución, planteamiento de modelos de cogestión a las alternativas de solución, y propuesta de espacios y actores responsables de la implementación del modelo de cogestión y definir los recursos y roles de los actores involucrados en la gestión del modelo de cogestión.	S/. 84,000.00	4 meses	Entregables
		Difusión: propuesta de un plan de difusión y de herramientas y mecanismos de difusión e implementación	S/. 20,000.00	2 meses	Entregables
		Acompañamiento y/o asistencia técnica: propuesta de un plan y de herramientas técnico normativas de acompañamiento y/o asistencia técnica.	S/. 14,000.00	2 meses	Entregables
		Evaluación: definición del periodo, plan, herramientas técnico normativas de evaluación y mecanismos de retroalimentación de los resultados de evaluación.	S/. 21,000.00	3 meses	Entregables
Desarrollar e implementar nuevas herramientas técnicas de monitoreo al proceso de consumo de micronutrientes, que permitan realizar dicha acción con mayor objetividad según el contexto peruano.	MINSA MIDIS GR GL Contraloría General Promotores territoriales de salud	Etapa previa: elaboración de un plan de trabajo.	S/. 7,000.00	1 mes	Plan
		Diseño: revisión de antecedentes, definición del objetivo y finalidad, definición de la base normativa, definición del alcance y responsabilidad, determinación de las disposiciones generales y específicas, desarrollo y validación de las herramientas de monitoreo.	S/. 28,000.00	4 meses	Entregables
		Difusión: elaboración de un plan y propuesta de herramientas y mecanismos de difusión.	S/. 5,000.00	1 mes	Entregables
		Acompañamiento técnico: elaboración de un plan, de herramientas y el protocolo de acompañamiento técnico.	S/. 7,000.00	1 mes	Entregables
		Evaluación: elaboración de un plan y propuesta de herramientas técnicas de evaluación.	S/. 14,000.00	2 meses	Entregables

Fuente: Elaboración propia.

5. CAPITULO V: Viabilidad de la intervención innovadora

5.1. Viabilidad financiera: económica

La implementación del proyecto de innovación tiene un costo aproximado de s/. 2,685,000.00 soles a nivel del ámbito de política pública; por lo que, a continuación, se hace las precisiones del caso:

- Para el caso del primer cambio innovador, solamente se está considerando presupuesto para el pago de haberes, para desarrollar las acciones previas, el diseño, formulación y asistencia técnica desde la ciudad de Lima a los gobiernos regionales y gobiernos locales en el proceso de implementación y lo propio para la actividad de seguimiento, por lo que se advierte que no se estimaron costos de desplazamiento, difusión, coordinación u otras actividades que pudieran realizarse en el marco de la propuesta del cambio innovador.
- Para el caso del segundo cambio innovador; dentro de lo presupuestado solamente se está considerando acciones de formalización de la etapa previa, el diseño, el desarrollo de un plan y herramientas de difusión y evaluación; por lo que los gastos que irroque el desplazamiento de personal en el marco de la difusión, implementación y/o evaluación y de más acciones no previstas no se estimaron.

- Para el caso del tercer cambio innovador; se ha presupuestado para el desarrollo de la etapa previa, el diseño de la propuesta, y el desarrollo de un plan y herramientas técnicas para el acompañamiento técnico, así como para la evaluación; por lo que se advierte que, no se estimaron costos, sobre acciones posibles de difusión, implementación, evaluación u otras acciones que se considere pertinente en el marco de la propuesta de cambio innovador.

Hecho la atingencia, se podría concluir que las etapas previas, de diseño, de formulación, acompañamiento y/o asistencia técnica (solo para el caso del primer cambio innovador), y el desarrollo de herramientas de difusión y evaluación son propuestas presupuestalmente viables, ya que, por ejemplo según el Presupuesto Institucional de Apertura del Ministerio de Salud para el ejercicio fiscal 2019, el costo estimado de la propuesta innovadora representa solamente el 0.029% de su presupuesto, lo propio para el caso del Presupuesto Institucional de Apertura de la PCM representa el 0.038% y para el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social el 0.059%, por lo que se considera que es factible y viable la inversión para cualquiera de los sectores que tome la decisión de liderar la implementación de la presente propuesta; o en todo caso, también es viable desarrollar la implementación de la propuesta desde el ámbito intersectorial, en donde se optimizaría el uso de recursos de manera más significativa.

5.2. Viabilidad organizacional: dentro de la institución

Para determinar la viabilidad organizacional, se identificó a los actores principales, sus funciones y competencias, involucrados en el proceso de diseño,

difusión, implementación, monitoreo y/o evaluación de la intervención innovadora, de la siguiente manera:

- **Ministerio de Salud:** se define como un organismo del Poder Ejecutivo que ejerce la rectoría del sector salud, asimismo, es la Autoridad de Salud a nivel nacional y tiene a su cargo la formulación, dirección, coordinación, ejecución de la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, y actúa como la máxima autoridad en materia de salud, según lo estipulado en su Reglamento de Organizaciones y Funciones aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA.
- **Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social:** según su Reglamento de Organización y Funciones aprobado con Decreto Supremo N° 006-2017-MIDIS, se define como un organismo del Poder Ejecutivo que ejerce la rectoría del Sector Desarrollo e Inclusión Social, es competente en el ámbito de Desarrollo social, superación de la pobreza y promoción de la inclusión y equidad social, y protección social de poblaciones en situación de riesgo, vulnerabilidad y abandono; entre sus principales funciones se puede resaltar lo siguiente: *“el ejercicio de la rectoría de las políticas de desarrollo e inclusión social a nivel intergubernamental, ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, dictar normas y establecer procedimientos relacionado con la implementación de las políticas nacionales, coordinar su operación técnica y las formas de articulación entre las diversas entidades involucradas, [...], gestionar, administrar y ejecutar la política, planes,*

programas y proyectos de su competencia y articular las actividades que desarrollan las distintas entidades a cargo de los programas sociales, [...] establecer mecanismos de transparencia destinados a promover la participación activa del sector privado, del ámbito académico y de la sociedad civil en la formulación, ejecución, seguimiento, evaluación e impacto de los programas sociales [...]” (MIDIS, 2017).

- **Centro Nacional de Planeamiento Estratégico:** según lo establecido en su Reglamento de Organización y Funciones aprobado con Decreto Supremo N° 046-2009-PCM, se define como un organismo técnico especializado adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros, ente rector, orientador y coordinador del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico; entre sus competencias más importantes se tiene; “ [...] programar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la gestión del proceso; emitir opinión vinculante sobre la materia del Sistema; capacitar y difundir la normatividad del Sistema en la Administración Pública [...]” (CEPLAN, 2009) y una de sus funciones más importantes en el marco del presente proyecto es la “ [...] *desarrollar metodologías e instrumentos técnicos para asegurar la consistencia y coherencia del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional orientadas al desarrollo armónico y sostenido del país y al fortalecimiento de la gobernabilidad democrática en el marco del Estado constitucional de derecho, [...]*” (CEPLAN, 2009).
- **Ministerio de Economía y Finanzas:** según lo establecido por el Reglamento de Organización y Funciones aprobado con Decreto Supremo N° 250-2019-EF, se define como un organismo del Poder Ejecutivo, cuyo

ámbito es el Sector Economía y Finanzas, entre sus competencias se encuentra la inversión pública y privada, el presupuesto público, la programación multianual y gestión de inversiones, entre otros; asimismo entre sus funciones se puede resaltar lo siguiente: *“formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política económica y financiera a nivel nacional y sectorial, aplicable a todos los niveles de gobierno, en el marco de las políticas de Estado, [...] evaluar la integralidad y consistencia de las políticas públicas en relación con la política económica y financiera en general, en el corto, mediano y largo plazo; formular, proponer, ejecutar y evaluar las políticas, normas y lineamiento técnicos en materia de descentralización fiscal, con el objetivo de propiciar la responsabilidad fiscal y la equidad en la transferencia de recursos a los gobierno sub nacionales; [...]”* (MEF, 2019).

- **Presidencia de Consejo de Ministros:** según su Reglamento de Organización y Funciones aprobado con Decreto Supremo N° 022-2017-PCM, se define a la PCM como un organismo del poder ejecutivo, entre sus principales competencias se tiene *“ [...] la coordinación de las políticas nacionales de carácter sectorial y multisectorial del poder ejecutivo y de la coordinación de las relaciones con los demás Poderes del Estado, los organismos constitucionalmente autónomos, los gobiernos regionales, los gobiernos locales , y la sociedad civil. Es competente a nivel nacional en las materias de modernización de la gestión del Estado, desarrollo territorial, descentralización, demarcación territorial, diálogo y concertación social, [...]”*

es rector del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública, [...]” (PCM, 2017).

Entre sus funciones generales más resaltantes en el marco del presente documento, se tiene la de *“[...] coordinar las relaciones con los demás poderes del Estado, organismos constitucionalmente autónomos, gobiernos regionales, gobiernos locales y la sociedad civil, conciliando prioridades para asegurar el cumplimiento de los objetivos de interés nacional; formular, establecer, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materias de su competencia, asumiendo la rectoría respecto de ellas, [...]” (PCM, 2017).*

- **Gobiernos Regionales:** según la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, emanan de la voluntad popular, tienen por finalidad *“fomentar el desarrollo regional integral sostenible, promoviendo la inversión pública y privada y el empleo y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de sus habitantes de acuerdo con los planes y programas nacionales, regionales y locales de desarrollo” (Congreso de la República, 2008).*
- **Gobiernos Locales:** Según la Ley N° 27072, Ley Orgánica de Municipalidades, los gobiernos locales son *“entidades, básicas de la organización territorial del Estado y canales inmediatos de participación vecinal en los asuntos públicos, que institucionalizan y gestionan con autonomía los intereses propios de las correspondientes colectividades; siendo elementos esenciales del gobierno local, la población y la organización [...] los gobiernos locales representan al vecindario, promueven*

la adecuada prestación de los servicios públicos locales y el desarrollo integral, sostenibles y armónico de circunscripción” (Congreso de la República, 2003).

Según lo revisado la concepción, sus competencias y funciones de los diferentes actores detallados previamente, y al no encontrar ninguna inconsistencia con las alternativas de innovación propuesta y las competencias o funciones de los referidos actores, se define que la presente propuesta es viable organizacionalmente.

La salud pública al ser una competencia compartida según lo establecido en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, además del Ministerio de Salud, podría ser coordinado por otro sector más estratégico como es el caso del Ministerio de Economía y Finanzas o la Presidencia de Consejo de Ministros, para poder lograr mayor legitimidad e involucramiento por parte de los demás sectores y niveles de gobierno.

5.3. Viabilidad normativa: de acuerdo al marco legal existente.

Determinar la viabilidad normativa, implica definir si alguna de las propuestas de innovación se contradice con el marco legal vigente del Estado Peruano, para ello a continuación se define el marco legal que respalda a las propuestas de innovación:

- **Desarrollar e implementar desde el gobierno nacional decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver el problema público objeto de la investigación:** dicha propuesta se sostiene sobre lo estipulado por la Constitución Política del Perú de 1993, el cual en su capítulo II, artículo 7 sostiene que *“todos tienen derecho a la*

protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respecto de su dignidad y aun régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (Congreso Constituyente Democrático, 1993); asimismo, también se sostiene en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021, el cual establece que se debe de promover que las entidades públicas en los tres niveles de gobierno cuenten con objetivos claros, medibles, alcanzables y acordes con las Políticas Nacionales y Sectoriales; y uno de sus componentes es el planeamiento del Estado, mediante el establecimiento de políticas de Estado y de gobierno.

Para el diseño, formulación e implementación de una política pública en el marco de la propuesta innovadora, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico ha establecido la guía de políticas nacionales, dicho documento ha sido aprobado con Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 057-2018/CEPLAN/PCD.

- **Diseñar e implementar modelos de cogestión Estado-Comunidad según el contexto peruano;** esta propuesta se sostiene en la Ley N° 26300, Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos, el cual establece que los ciudadanos tienen además de otros, el derecho de tomar iniciativa en la formación de dispositivos municipales y regionales; y, otros mecanismos de participación establecidos por la presente ley para el ámbito de los gobiernos municipales y regionales.

La gestión del Estado en coordinación con la Comunidad se sostiene también, en la Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del MINSA y de las regiones; y su respectivo reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 017-2008-SA, establece que *“los gobiernos regionales y locales pueden promover y desarrollar en su ámbito, otras formas de cogestión en salud con participación ciudadana, que respondan a sus realidades para brindar mejores servicios, así como emitir los documentos normativos correspondientes”* (MINSA, 2008).

- **Desarrollar e implementar nuevas herramientas técnicas de monitoreo al proceso de consumo de micronutrientes:** esta propuesta se sostiene en el ámbito de competencia del Ministerio de Salud, ya que es competente para establecer normas y modelos organizacionales para la implementación de los objetivos estratégicos institucionales, como evidencia de ello, es que por ejemplo se cuenta con la Directiva Sanitaria N° 056-MINSA/DGSP-V-01 Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses, en donde se determina diferentes mecanismos de seguimiento y monitoreo por parte del personal de los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Así también, la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, establece que un elemento importante de la gestión por resultados *“es el proceso continuo de recolección y análisis de datos que tienen como objetivo el seguimiento y monitoreo de los indicadores de insumo, proceso y producto,*

así como la evaluación de los resultados e impactos de las actividades, programas y proyectos desarrollados por una entidad, con el propósito de mejorar o garantizar la provisión de productos o servicios a los ciudadanos” (PCM, 2013).

En síntesis, se podría inferir que la propuesta de la intervención innovadora no presenta ninguna inconsistencia frente al marco legal vigente, por lo que su implementación contará con el basto respaldo de todo el marco legal el cual establece la importancia de realizar seguimiento y monitoreo adecuado a todas las intervenciones pública para garantizar el cumplimiento de los objetivos para las cuales ha sido formulado.

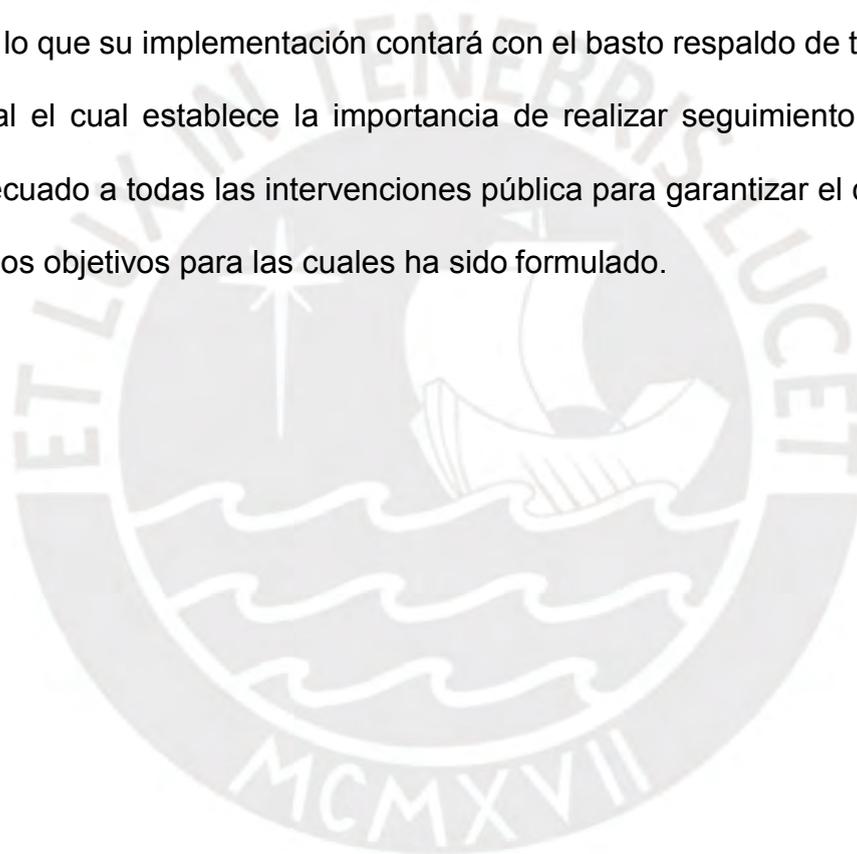


Tabla 12: Matriz de viabilidad de la alternativa de solución

Alternativa de solución	Objetivos Específicos	Viabilidad Económica	Viabilidad Normativa	Viabilidad Organizacional
Gestión estratégica y sostenible de una política de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad	Desarrollar e implementar desde el gobierno nacional decisiones de política que priorice ciertos objetivos y acciones específicas para resolver el problema público objeto de la investigación	Lograr el objetivo de la alternativa de solución, es altamente viable desde el punto de vista económico, puesto que actualmente el Estado se encuentra en un proceso permanente de planificación, por lo que su implementación no es muy significativo desde el punto de vista presupuestal, respecto a los Presupuestos Institucionales de Apertura de cualquiera de los sectores del gobierno nacional, que tome la iniciativa de liderar.	El desarrollo de actividades y acciones en el marco del logro del presente objetivo no contraviene con ningún marco legal, por lo que su viabilidad normativa es alta.	Con el desarrollo de actividades y acciones para lograr con el objetivo, no se contraviene con ninguna de las competencias y funciones de ninguna organización de los actores involucrados, por lo que se considera que el logro del objetivo es altamente viable desde el ámbito organizacional.
	Puntaje	Alta viabilidad	Alta viabilidad	Alta viabilidad
	Diseñar e implementar modelos de cogestión Estado-Comunidad según el contexto peruano	el desarrollo de actividades y acciones para lograr el objetivo, no requiere de una disponibilidad presupuestal significativa, por lo que su desarrollo es altamente viable	El desarrollo de actividades y acciones para el logro de los objetivos al con contraponerse con ningún marco normativo, su implementación tiene una viabilidad normativa alta.	El desarrollo de las actividades y acciones vinculadas al desarrollo del objetivo, no contraviene con las competencias y funciones de ningún nivel de gobierno, porque su viabilidad también se caracteriza alta.
	Puntaje	Alta viabilidad	Alta viabilidad	Alta viabilidad
	Desarrollar e implementar nuevas herramientas técnicas de monitoreo al proceso de consumo de micronutrientes	El desarrollo de actividades y acciones para lograr con el objetivo, no requiere de recursos significativos, puesto que el desarrollo es parte de la planificación estratégica del Estado peruano, por lo que su viabilidad es alta.	Las herramientas a desarrollar complementan a estrategias ya implementados, por lo que no representan ninguna contraposición con ningún marco normativo, por lo que su viabilidad normativa es alta.	Desarrollar este tipo de herramientas constituye una de las funciones del Ministerio de Salud, por lo que su viabilidad organizacional es alta.
Puntaje	Alta viabilidad	Alta viabilidad	Alta viabilidad	

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones:

Una vez finalizado el desarrollo del proyecto de innovación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Para fortalecer la presencia del Estado y la comunidad mediante mecanismos de coordinación y articulación (vertical y horizontal) de los tres niveles de gobierno en el monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes por parte de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, es necesario desarrollar herramientas de gestión en el marco del proceso de planificación estratégica del Estado peruano establecida en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 y bajo la asistencia técnica del Centro Nacional de Planificación Estratégica, debido a que es una de las vías más convincentes mediante las cuales es viable la alineación del proceso de planificación con el proceso de programación de presupuesto.
- La salud pública, al ser competencia compartida, requiere de la transferencia de competencias, recursos y funciones del MINSA a los gobiernos regionales y locales, estableciendo con precisión la responsabilidad a cada nivel de gobierno en cada materia; y los mecanismos de coordinación y articulación de los tres niveles de gobierno y a cada nivel; lo cual permitirá mitigar la limitada presencia del Estado y su nivel de coordinación con la comunidad en cada proceso de suplementación con multimicronutrientes a niños y niñas de 6 a 35 meses de edad en el marco de la estrategia nacional de prevención de la anemia.

- Para poder sostener los espacios y mecanismos de coordinación entre el Estado y la comunidad se requiere de herramientas y actores focalizados a cada contexto que eviten la fractura de la convivencia comunal, por lo cual cada nivel de gobierno deberá establecer un modelo de cogestión Estado-Comunidad alineado al proceso de planificación estratégica del Estado peruano.
- Los altos niveles de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, al ser un problema público altamente recurrente y multicausal, requiere del liderazgo de uno o varios sectores estratégicamente elegidos, para garantizar el alineamiento sostenible de los tres niveles de gobierno y el establecimiento de espacios y mecanismos institucionalizados de coordinación y articulación con los actores locales.

BIBLIOGRAFÍA

- AEFA-Asociación Española de Laboratorio Clínico. (05 de 12 de 2017). *www.aefa.es*.
Obtenido de <http://www.aefa.es/wp-content/uploads/2014/04/Anemia-perniciosa.pdf>
- Cabani, L. (19 de abril de 2019). La gestión de los recursos en salud. *El Peruano*.
Recuperado el 17 de setiembre de 2019, de <https://elperuano.pe/noticia-la-gestion-de-recursos-salud-77727.aspx>
- Castañeda Gonzales, V. (2012). *Elementos y consideraciones para la gestión descentralizada*. Lima: Consejo nacional de educación.
- CENARES. (2017). *Hospitales y establecimientos de salud están abastecidos de medicamentos*. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado el 12 de diciembre de 2018, de <http://www.cenares.minsa.gob.pe/Comunicaciones/Galeria/ID/41/Hospitales-y-establecimientos-de-salud-est%C3%A1n-abastecidos-de-medicamentos>
- CEPLAN. (2009). *Reglamento de Organización y Funciones del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico*. Lima. Recuperado el 19 de setiembre de 2019, de https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13103/PLAN_13103_Reglamento%20de%20Organizacion%20y%20Funciones_2009.pdf
- CEPLAN. (2017). *Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD: Directiva para la Actualización del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional*. Lima: CEPLAN.
- CEPLAN. (2018). *Guía de Políticas Nacionales*. Lima: Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Recuperado el 17 de setiembre de 2019, de https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2018/09/RS_PCD_0472018Anexo.pdf
- Congreso Constituyente Democrático. (1993). *Constitución Política del Perú de 1993*. Lima. Recuperado el 20 de setiembre de 2019, de http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp
- Congreso de la República. (6 de mayo de 2003). Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. Lima, Lima, Perú. Recuperado el 20 de setiembre de 2019, de http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp
- Congreso de la República. (8 de noviembre de 2008). Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. (*Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales*). Lima, Lima, Perú. Recuperado el 20 de setiembre de 2019, de http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

de Althaus Guarderas, J. L. (25 de Mayo de 2016). La desnutrición cayó pero aumentó la anemia en los últimos 5 años. *LAMPADIA*, única. Recuperado el 13 de Diciembre de 2018, de <https://www.lampadia.com/analisis/economia/la-desnutricion-cayo-pero-aumento-la-anemia-en-los-ultimos-5-aos/>

Departamento de Auditoria de Desempeño. (2016). *Suplementación con Micronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses*. Contraloría General de la República, Lima. Lima: Contraloría General de la República. Recuperado el 12 de Diciembre de 2018, de <file:///D:/PROYECTO%20FINAL%20III/PROYECTO%20FINAL%20II/marco%20teorico%20utilizado/informe%20contraloria%20sobre%20auditoria%20de%20desempeño%20anemia.pdf>

Diario Gestión. (30 de agosto de 2017). ¿Cuál es el presupuesto que necesita el sector salud en el 2018? *Gestión*. Recuperado el 17 de setiembre de 2019, de <https://gestion.pe/tendencias/presupuesto-necesita-sector-salud-2018-142582-noticia/>

Diario Gestión. (30 de Agosto de 2018). MEF: Presupuesto público para el 2019 es de s/ 168,100 millones. *Diario Gestión*. Recuperado el 17 de setiembre de 2019, de <https://gestion.pe/economia/mef-presupuesto-publico-2019-s-168-100-millones-243067-noticia/>

Dirección General de Promoción de la Salud. (2012). *Criterios técnicos para la implementación del centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño*. Lima: MINSA.

Dirección General de Promoción de la Salud. (2013). *Meta de salud: Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y del niño*. Lima: MINSA.

Dirección General de Promoción de la Salud. (2014). *Meta de salud: sostenibilidad en el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y del niño*. Lima: MINSA.

Hevia, F. J. (2011). Participación ciudadana institucionalizada y organizaciones civil en Brasil: articulaciones horizontales y verticales en la política de asistencia social. *Revista de Estudios Sociales N° 39*, 95-108.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL. (05 de 12 de 2017). www.hrc.es.

Obtenido de http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_3.html

- INEI. (2016). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES*. LIMA: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- INEI. (2018). *Perú: Indicadores de Educación por departamento, 2007-2017*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima, Lima. Recuperado el 15 de enero de 2019, de https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1529/libro.pdf
- INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2015). (05 de 12 de 2017). www.minsa.gob.pe. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/
- INS. (2014). *Plan Nacional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la prevención de la Anemia en el País 2014-2016*. Lima: MINSA-Instituto Nacional de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (05 de 12 de 2016). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Obtenido de https://proyectos.inei.gov.pe/endes/Informes/Libro_ENDES%202016.pdf
- Junco Guillermo, J. E. (2015). *Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del Programa de Suplementación con Multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años en el ámbito rural de Vinchos de Ayacucho*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- MedlinePlus- Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos. (12 de Diciembre de 2017). www.medicines.gov. Obtenido de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VnSvhTD-hUAJ:https://medlineplus.gov/spanish/aplasticanemia.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
- MEF. (2012). *Ley N° 28112, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- MEF. (2019). *Reglamento de Organización y Funciones*. Lima. Recuperado el 19 de setiembre de 2019, de https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/ROF_MEF_2019_Texto_Integrado.pdf

- MIDIS. (2016). *Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano*. Lima: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- MIDIS. (2017). *Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social*. Lima. Recuperado el 19 de setiembre de 2019, de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/160402/DS_N_006_2017_MIDIS.pdf
- MIDIS. (2018). *Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia*. Lima: Comisión Interministerial de Asuntos Sociales-Secretaría Técnica.
- Ministerio de Salud. (2017). *Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Lima: MINSA.
- MINSA. (19/09/2014). *Directiva Sanitaria 056-MINSA/DGSP*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2008). *Reglamento de la Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del ministerio de salud y de las regiones*. Lima. Recuperado el 20 de setiembre de 2019, de <http://www.saludarequipa.gob.pe/aclas/archivos/D.S.%20APRUEBAN%20EL%20REGLAMENTO%20DE%20LA%20LEY%20Nro.%2029124,%20QUE%20ESTABLECE%20LA%20COGESTI%C3%93N%20Y%20PARTICIPACI%C3%93N%20CIUDADANA%20PARA%20EL%20PRIMER%20NIVEL%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20LOS%20EE>
- MINSA. (2008). *Reglamento de la Ley N° 29124, Que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones*. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado el setiembre de 19 de 2019, de <http://www.saludarequipa.gob.pe/aclas/archivos/D.S.%20APRUEBAN%20EL%20REGLAMENTO%20DE%20LA%20LEY%20Nro.%2029124,%20QUE%20ESTABLECE%20LA%20COGESTI%C3%93N%20Y%20PARTICIPACI%C3%93N%20CIUDADANA%20PARA%20EL%20PRIMER%20NIVEL%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20LOS%20EE>
- MINSA. (2014). *Centros de Promoción y Vigilancia Comunal en el plan de incentivos municipales para la lucha contra la desnutrición crónica en Perú*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2016). *Directiva Sanitaria para la Prevención de Anemia mediante la Suplementación con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36*

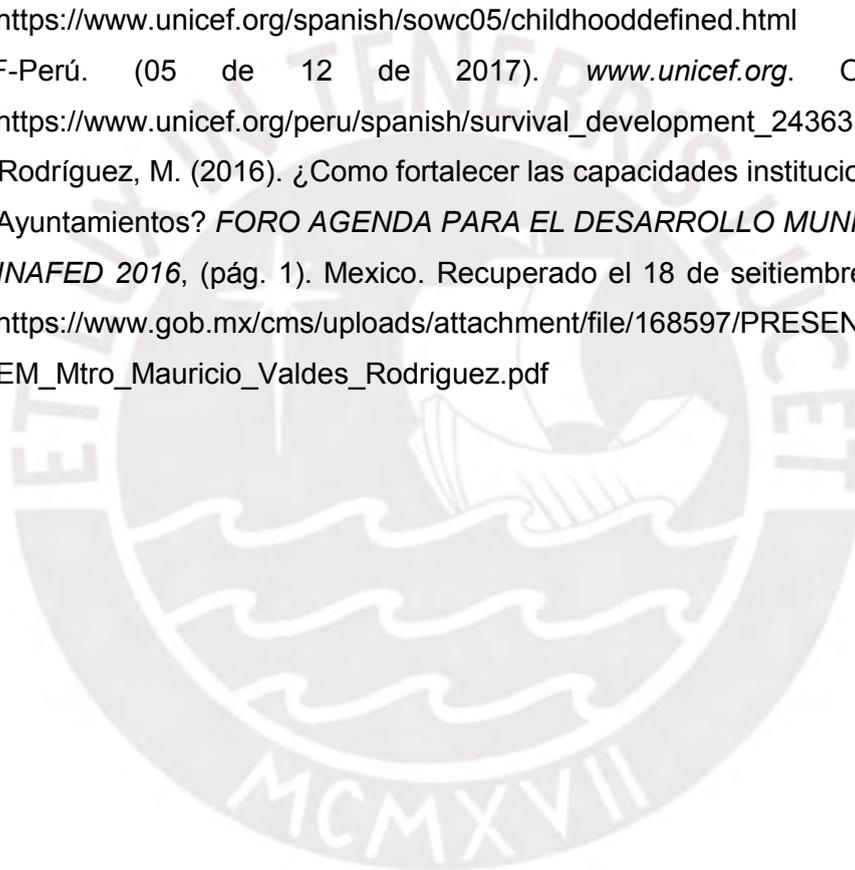
meses. Lima: Equipo tecnico: Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable.

- MINSa. (2016). *Directiva sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas*. Resolución Ministerial , Ministerio de Salud, Lima, Lima. Recuperado el 18 de diciembre de 2018, de <http://colegiodeobstetrasdelperu.org/wp-content/uploads/2018/01/DIRECTIVA-SANITARIA-PARA-LA.pdf>
- MINSa. (2017). *Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. Lima, Perú: Ministerio de Salud. Recuperado el 12 de Diciembre de 2018, de <file:///D:/PROYECTO%20FINAL%20III/PROYECTO%20FINAL%20II/MARCO%20TEORICO%20PROYECTO%20DE%20INNOVACION%20PUCP/plan%20nacional%20para%20reduccion%20y%20control%20de%20anemia%20y%20deci%202017-2021.pdf>
- MINSa. (2017). *Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSa. (2018). *Información de recursos humanos en el sector salud, Perú 2017*. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado el 15 de setiembre de 2019, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4559.pdf>
- MINSa. (05 de 07 de 2018). *Ministerio de Salud*. Obtenido de NUTRIWAWA-Plan para la reduccion de la desnutricion cronica infantil y prevencion de la anemia: www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/estrategias.html
- MINSa. (2019). *Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/22019/DGIESP-V.01 Directiva sanitaria para la implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de la salud para la prevención, reducción y control de la anemia amterno infantil y desnutrición crónica infanti*. Ministerio de Salud, Lima. Recuperado el 19 de setiembre de 2019, de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/361298/resolucion-ministerial-n-834-2019-minsa.PDF>
- MINSa. (2019). *Lineamientos para la implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil*. Resolución Ministerial N° 078-2019/MINSA, Ministerio de Salud, Lima, Lima. Recuperado el 19 de setiembre de 2019, de

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/287410/Resoluci%C3%B3n_Mini_sterial_N_078-2019-MINSA.PDF

- Munayco, C., Ulloa Rea, M., Medina Osis, J., Lozano Revollar, C., Tejada, V., Castro Salazar, C., . . . Arias, L. (2013). Evaluación de impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infnartil en tres regionaes andinas del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Públicas*, s/p.
- OMS. (20 de setiembre de 2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 17 de setiembre de 2019, de https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
- ONU. (27 de Mayo de 2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Nueva York, Estados Unidos: http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PCM. (2013). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*. Lima: Presidencia de Consejo de Ministros. Recuperado el 15 de 09 de 2019, de <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/05/PNMGP.pdf>
- PCM. (2017). *Reglamento de Organización y Funciones*. Lima. Recuperado el 20 de setiembre de 2019, de http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/02/DS_022_2017_ROF.pdf
- Pfizer. (2009). *III Foro la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Obtenido de https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Programa Nacional Cuna Más. (2014). *Directiva N° 019-2014-MIDIS/PNCM-Lineamientos para la implementación del modelo de cogestión comunal del servicio de acompañamiento familias del programa nacional Cuna Más y para la transferencia de recursos financieros a sus comités de gestión*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Lima, Lima. Recuperado el 15 de setiembre de 2019, de https://www.cunamas.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/RDE_820-2014-MIDIS-PNCM.pdf
- Programa Nacional Cuna Mas. (26 de noviembre de 2015). www.cunamas.gob.pe. Obtenido de <http://www.cunamas.gob.pe/?p=3255>

- RPP. (18 de abril de 2018). Salud inmovilizó más de 180 000 sobres de micronutrientes vencidos. *Radio Programas del Perú*, pág. s.p.
- SAP-Sociedad Argentina de Pediatría. (05 de diciembre de 2017). *www.sap.org.ar*.
Obtenido de <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/162.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (SEPTIEMBRE de 2011). *National Heart-Lung and Blood Institute*. Obtenido de NIH Publication No. 11-7629AS:
https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf
- UNICEF. (15 de Enero de 2019). *Definición de la Infancia*. Obtenido de
<https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
- UNICEF-Perú. (05 de 12 de 2017). *www.unicef.org*. Obtenido de
https://www.unicef.org/peru/spanish/survival_development_24363.html
- Valdés Rodríguez, M. (2016). ¿Como fortalecer las capacidades institucionales de los Ayuntamientos? *FORO AGENDA PARA EL DESARROLLO MUNICIPAL INAFED 2016*, (pág. 1). Mexico. Recuperado el 18 de setiembre de 2019, de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/168597/PRESENTACION_IAP_EM_Mtro_Mauricio_Valdes_Rodriguez.pdf



ANEXOS



Anexo N° 01: Guía de entrevista semi-estructurada para funcionarios y/o especialistas.

**GUIA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA FUNCIONARIOS Y/O
ESPECIALISTAS**

Herramienta: Entrevista

Instrumento: Guía de Entrevista

Técnica: Entrevista semi-estructurada

Objetivo de la Investigación: Determinar las causas de la Alta Incidencia de Anemia por deficiencia de hierro en Niños menores de 6 a 36 meses entre los años 2012-2016 y las estrategias de intervención fallidas y exitosas desde el Estado, así mismo conocer algunas experiencias exitosas a nivel comunitario, local, nacional o internacional.

Objetivo de la Entrevista: Conocer experiencias exitosas y o de fracaso en las intervenciones por parte del Estado en la lucha contra la Anemia en el Perú.

Elaboración individual realizada por el estudiante del curso Métodos Cualitativos de la Maestría en Gobierno y Políticas Publicas, en la Escuela de Gobierno y Políticas Publicas en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Lima, diciembre del 2017.

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito de este protocolo es brindar a los y a las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella. La presente entrevista es conducida por Oscar Gomez Portilla, estudiante de la Maestría en Gobierno y Políticas Públicas en la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas en la Pontificia Universidad Católica del Perú. El estudio se encuentra en el marco del curso de Métodos Cualitativos, a cargo del profesor Jaris Mujica, cuyo correo electrónico es: jaris.mujica@pucp.pe Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar de una entrevista, lo que le tomará alrededor de 45 a 60 minutos. La conversación será grabada, así se podrá transcribir las ideas que usted haya expresado. Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Antes de iniciar la entrevista, cada participante será notificado del código con el que será identificado para mantener en secreto su identidad. El almacenamiento de datos se codificará en un archivo digital con clave de acceso. En un archivo diferente, con una clave distinta, se guardará el nombre y código del entrevistado. Ambos archivos serán almacenados por un periodo de 1 mes como evidencia de campo. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere. Puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ identificado con

DNI _____

Doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio. Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con Oscar Gomez Portilla, al correo electrónico ogomez@pucp.pe.

Nombre completo del participante

Firma

Fecha

Nombre del Investigador Responsable

Firma

Fecha

Guía de Entrevista Semi-estructurada

INTRODUCCIÓN:

1. ¿Trabaja en la contraloría?
 - ¿en qué área estas laborando?
2. ¿Leónidas me comentó que trabajo con UD en la contraloría?
 - ¿hace cuánto tiempo trabajaron?

Sección 1: Experiencia sobre la Anemia

3. ¿mediante el correo me comentaste que fuiste jefe de una comisión auditora de la contraloría general de la república para evaluar el proceso de entrega de micronutrientes los niños entre 6 y 36 meses?
4. ¿hace cuánto tiempo realizaron la auditoria?
5. ¿en qué localidad realizaron la auditoria?
6. ¿Cuál fue el objetivo de la auditoria?
7. ¿la auditoria fue a iniciativa institucional o a petición del MINSA?
8. ¿Cuáles fueron los resultados obtenidos?
9. ¿básicamente cuáles fueron las recomendaciones que se realizó?
10. ¿hubo algún tipo de sanción para algún funcionario o trabajador como producto de la auditoria?
11. ¿existe alguna oficina o departamento de la contraloría que esté dando seguimiento en el levantamiento de observaciones que Ud. realizaron?
12. ¿Qué opinión tiene Ud. ¿Sobre la efectividad en cuanto a resultados del Programa Articulado Nutricional?
13. ¿Ud. Cree que las estrategias de intervención por parte del Plan Nacional de Lucha contra la Anemia son Efectivas?

14. ¿según Ud. Cree que el problema radica en el diseño de estrategias de intervención por parte de estado? ¿o más bien en la parte operativa de la estrategia de intervención?
15. ¿según Ud. Cuáles son las causas que permiten la alta incidencia de anemia en el Perú?
16. ¿cree que las chispitas son una estrategia efectiva en la lucha contra la anemia?
17. ¿De acuerdo al Plan Nacional de Lucha Contra la Anemia y el PPR PAN, las intervenciones más sugeridas son la de asistencia de personal técnico en los niños ya sea a través de los centros de promoción y vigilancia, a través de sesiones demostrativas, promotores comunitarios, la ingesta de micronutrientes, sean las más recomendables?
18. ¿Qué tipo de intervenciones sugeriría Ud. ¿Para ser más efectivo en la lucha contra la anemia?
19. Dentro de sus sugerencias, cree Ud. ¿Qué políticas sociales como transferencias condicionadas tengan un impacto en la reducción de la anemia?
20. Ud. Cree que los programas de asistencia social, de alguna u otra manera tienen incidencia en la disminución de la anemia?
21. ¿Por qué cree Ud. ¿Que la estrategia de lucha contra la DCI fue más efectiva que la de la Anemia?
22. ¿conoce alguna experiencia exitosa en la lucha contra la anemia, que Ud. sugeriría?

Sección 2:

23. ¿Qué le gustaría agregar para terminar la entrevista?

Anexo N° 02: Guía de entrevista semi-estructurada para especialistas**GUIA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA ESPECIALISTAS**

Herramienta de Investigación: Entrevista

Instrumento de Investigación: Guía de entrevista

Técnica de investigación : Entrevista semi-estructurada

Objetivo de la investigación: Determinar cuál es el rol y cuáles son los mecanismos de articulación de los gobiernos locales y promotores comunales al proceso de monitoreo y acompañamiento de la política nacional de lucha contra la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.

Objetivo de la Entrevista : Conocer experiencias sobre casos en donde los gobiernos locales y promotores comunales han participado en políticas de lucha contra la anemia infantil a nivel nacional o internacional.

Lima, octubre del 2018.

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por el Economista Oscar Gómez Portilla, estudiante de la maestría en Gobierno y Políticas Públicas en la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas en la Pontificia Universidad Católica del Perú. El estudio se encuentra en el marco del curso de Proyecto Final III, a cargo de la profesora Patricia Balbuena Palacios, cuyo correo electrónico es patriciabalbuena@gmail.com.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas como parte de la entrevista. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo: _____ identificado con DNI _____

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Economista Oscar Gómez Portilla. He sido informado (a) de que el estudio se encuentra en el marco

del curso de Proyecto Final III, a cargo de la profesora Patricia Balbuena Palacios, cuyo correo electrónico es patriciabalbuena@gmail.com.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y/o preguntas en una entrevista, lo cual durará aproximadamente 45 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Econ. Oscar Gomez Portilla, al correo electrónico ogomez@pucp.pe

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Dra. Patricia Balbuena Palacios al correo electrónico anteriormente mencionado.

Nombre del Participante	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

Nombre del Investigador	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Objetivo: Conocer experiencias sobre casos en donde los gobiernos locales y promotores comunales han participado en políticas de lucha contra la anemia infantil a nivel nacional o internacional.

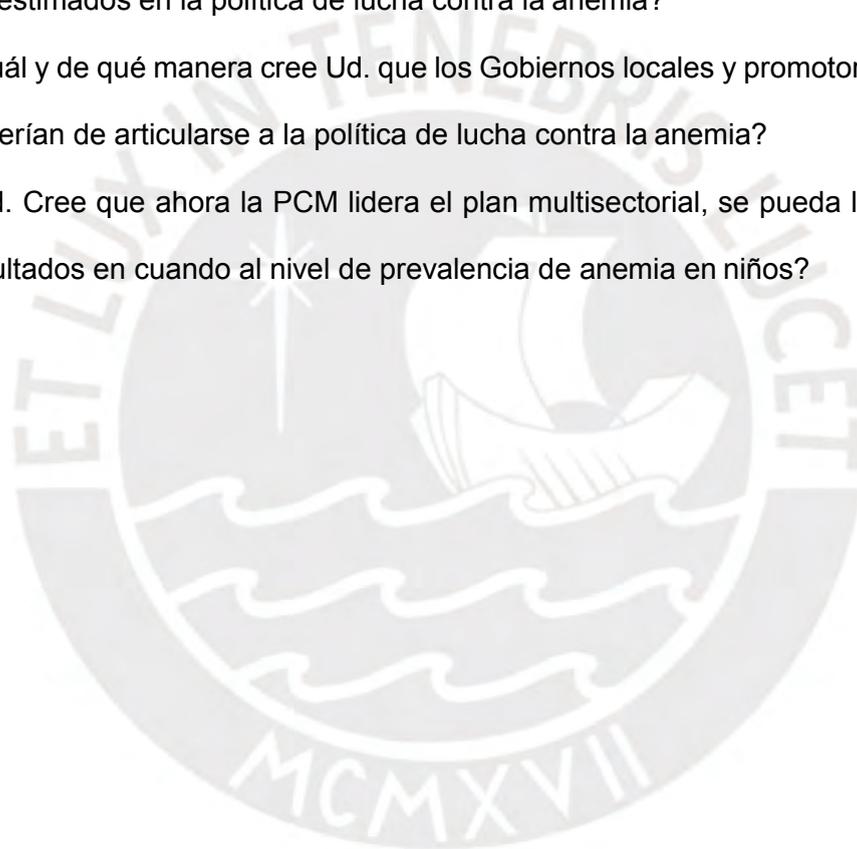
Datos generales:

1. ¿Cuáles son las entidades en las que Ud. laboró en los cuales tuvo algún vínculo con el tema de investigación que es la anemia infantil?
2. ¿Cuál(es) fue su cargo y sus acciones específicas en relación a la anemia infantil?
3. ¿Por cuánto tiempo laboró en esa entidad?
4. ¿En su actual vínculo laboral, Ud. Ve temas de salud (anemia)?

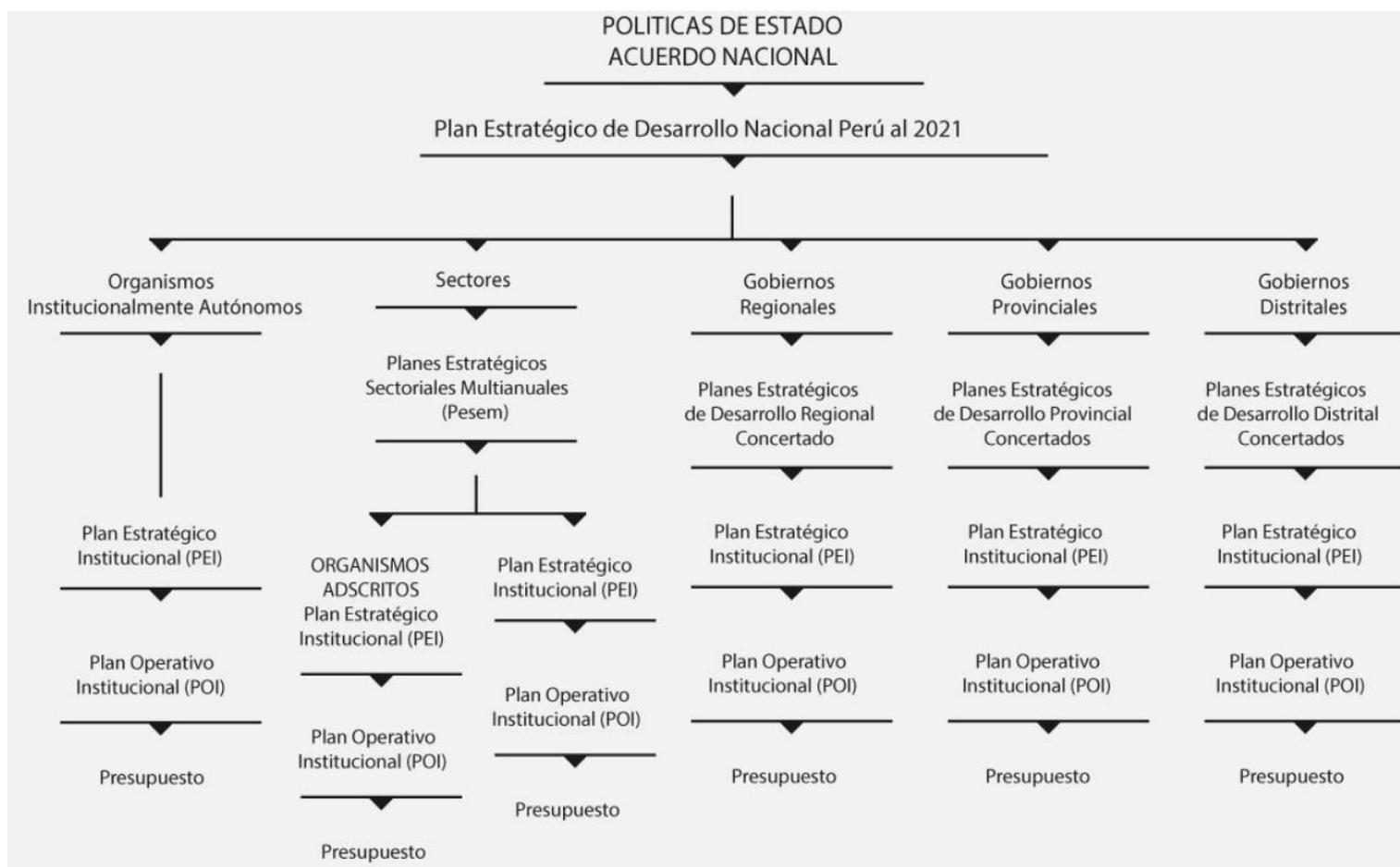
Sección I:

5. ¿Según su perspectiva en algún momento, hubo o hay voluntad política para combatir la anemia infantil en el Perú?
6. ¿Cuál cree Ud. ¿Qué es la limitación más importante por las que actualmente no se están logrando los resultados proyectados en cuanto al nivel de prevalencia de anemia infantil?
7. ¿está bien que el MINSA lidere la política de lucha contra la anemia infantil? ¿cuáles fueron sus limitaciones?
8. ¿esta Ud. ¿De acuerdo con que la PCM lidere el plan multisectorial contra la anemia?
9. ¿Según su experiencia profesional y laboral considera que la política de distribución de micronutrientes a menores de a 6 a 35 meses de edad, realmente está teniendo un impacto positivo en la prevención de la anemia infantil?

10. ¿Qué aspectos de la política considera Ud. cómo deficientes o limitantes para que la política nacional de lucha contra la anemia realmente logre el impacto que se espera?
11. ¿conoce Ud. Alguna experiencia específica sobre políticas distintas a la entrega de micronutrientes que quizá han podido lograr un mayor impacto?
12. ¿Ud. Cree que los gobiernos locales y promotores comunales son actores subestimados en la política de lucha contra la anemia?
13. ¿Cuál y de qué manera cree Ud. que los Gobiernos locales y promotores comunales deberían de articularse a la política de lucha contra la anemia?
14. ¿Ud. Cree que ahora la PCM lidera el plan multisectorial, se pueda lograr mejores resultados en cuando al nivel de prevalencia de anemia en niños?



Anexo N° 03: Articulación de planes en SINAPLAN



Fuente: Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.