

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**DESARROLLO DE LA GESTIÓN LOCAL Y PARTICIPACIÓN DE  
SUS ACTORES EN DOS DISTRITOS DE HUÁNUCO A PARTIR  
DE LOS PLANES DE ACCIÓN ARTICULADOS EN EL MARCO  
DEL PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA  
(PMLCA) EN LOS AÑOS 2018-2019**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN  
GERENCIA SOCIAL**

**AUTOR:**

JULIO ANDER MAYCA PÉREZ

**ASESOR:**

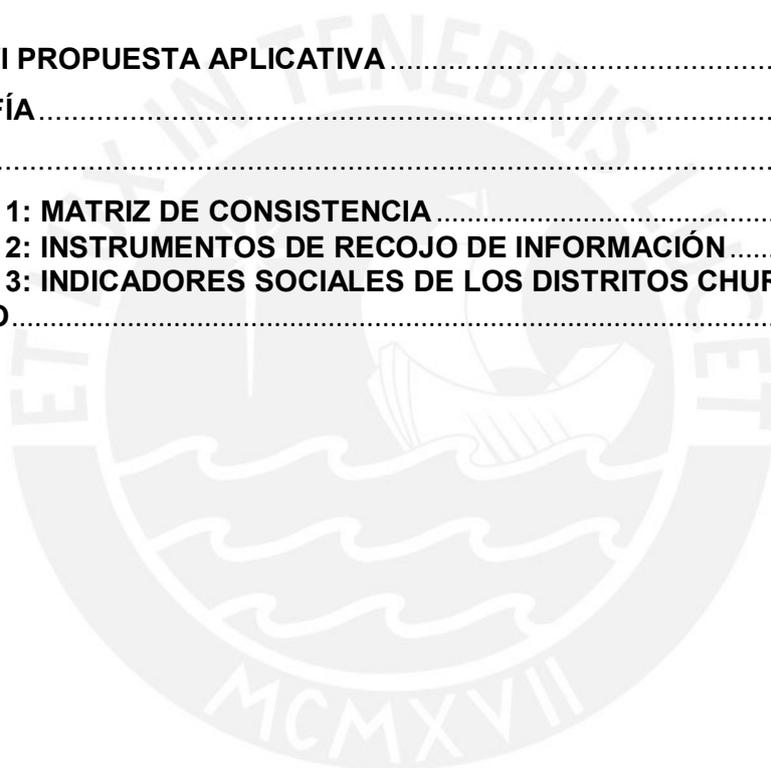
ALZAMORA DE LOS GODOS URCIA, LUIS ALEX

Octubre, 2020

## ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	4
ABREVIATURAS Y SIGLAS .....	5
RESUMEN EJECUTIVO .....	9
AGRADECIMIENTOS .....	11
DEDICATORIA .....	12
INTRODUCCIÓN .....	13
<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>15</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	15
1.2 Objetivos .....	17
1.2.1 Objetivo general .....	17
1.2.2 Objetivos específicos .....	17
1.3. Justificación .....	17
<b>CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>19</b>
2.1 Marco contextual social y normativo .....	19
2.1.1 Contexto social .....	19
2.1.2 Contexto normativo .....	24
2.2 Síntesis de investigaciones relacionadas .....	33
2.3.1 Documentos de consenso .....	40
2.3.2 Conceptos principales .....	62
<b>CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>67</b>
3.1 Naturaleza de la investigación .....	67
3.2 Forma de investigación .....	67
3.3 Variables e indicadores .....	67
3.4 Diseño muestral .....	70
3.5 Fuentes de información .....	73
3.6 Instrumentos de investigación .....	73
3.7 Recojo y procesamiento de la información .....	74
3.7.1 Procedimiento de levantamiento de datos .....	74
3.7.2. Procedimiento de procesamiento de datos .....	74
3.7.3. Procedimiento de análisis de información .....	74
<b>CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE HALLAZGOS 75</b>	
IV.1 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación de la <i>Instancia de Articulación Local</i> , dentro de las acciones del <i>Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA)</i> en dos distritos de Huánuco .....	75
IV.2 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Mapeo de actores, dentro de las acciones del <i>Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA)</i> en dos distritos de Huánuco .....	85

IV.3 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del diagnóstico local, dentro de las acciones del <i>Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA)</i> en dos distritos de Huánuco.....	97
IV.4 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Plan de acción, dentro de las acciones <i>del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA)</i> en dos distritos de Huánuco.....	106
IV.5 Nivel de desarrollo de la Gestión local articulada, en dos distritos de Huánuco.....	117
<b>CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>126</b>
5.1 Conclusiones.....	126
5.2 Recomendaciones.....	129
<b>CAPÍTULO VI PROPUESTA APLICATIVA.....</b>	<b>132</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO N° 2: INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO N° 3: INDICADORES SOCIALES DE LOS DISTRITOS CHURUBAMBA Y CHINCHAO.....</b>	<b>158</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: MAPA DEL DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO _____	19
Gráfico N° 2: MAPA TERRITORIAL DE LOS DISTRITOS DE CHINCHAO Y CHURUBAMBA	19
Gráfico N° 3: ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL “INCLUIR PARA CRECER” _____	24
Gráfico N° 4: PAQUETES INTEGRADOS DE INTERVENCIONES - FED _____	26
Gráfico N° 5: METAS DE REDUCCIÓN DE DCI Y ANEMIA AL 2021 _____	28
Gráfico N° 6: EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA _____	28
Gráfico N° 7: MODELO DE GESTIÓN: INSTANCIA DE ARTICULACIÓN LOCAL _____	29
Gráfico N° 8: HOJA DE RUTA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN LOCAL ARTICULADA _____	30
Gráfico N° 9: OPERACIÓN DE LA INSTANCIA DE ARTICULACIÓN LOCAL _____	31
Gráfico N° 10: FLUJOGRAMA DEL CUMPLIMIENTO META 4 MINSA _____	32
Gráfico N° 11: AUTORIDADES DE LA IAL Y PRINCIPALES RESPONSABLES DE LA VISITA DOMICILIARIA _____	33
Gráfico N° 12: CONDICIONES Y RESULTADOS PARA UNA BUENA NUTRICIÓN _____	36
Gráfico N° 13: TENDENCIA DE LA ANEMIA EN MENORES DE 6 A 35 MESES SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA _____	52
Gráfico N° 14: TIPO DE ANEMIA EN MENORES DE 6 A 35 MESES SEGÚN CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA _____	53
Gráfico N° 15: CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA EN LA PRIMERA INFANCIA _____	53
Gráfico N° 16: LA ANEMIA EN EL PERÚ AL 2018 _____	54
Gráfico N° 17: MODELO CONCEPTUAL (CADENA DE VALOR) PARA REDUCIR LA ANEMIA (PMLCA) _____	56
Gráfico N° 18: ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MARCO DEL PMLCA _____	56
Gráfico N° 19: ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS EN CHINCHAO _____	58
Gráfico N° 20: INDICADORES MULTISECTORIALES DE ANEMIA PRIORIZADOS - CHINCHAO _____	59
Gráfico N° 21: ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS EN CHURUBAMBA _____	60
Gráfico N° 22: INDICADORES MULTISECTORIALES DE ANEMIA PRIORIZADOS - CHURUBAMBA _____	61

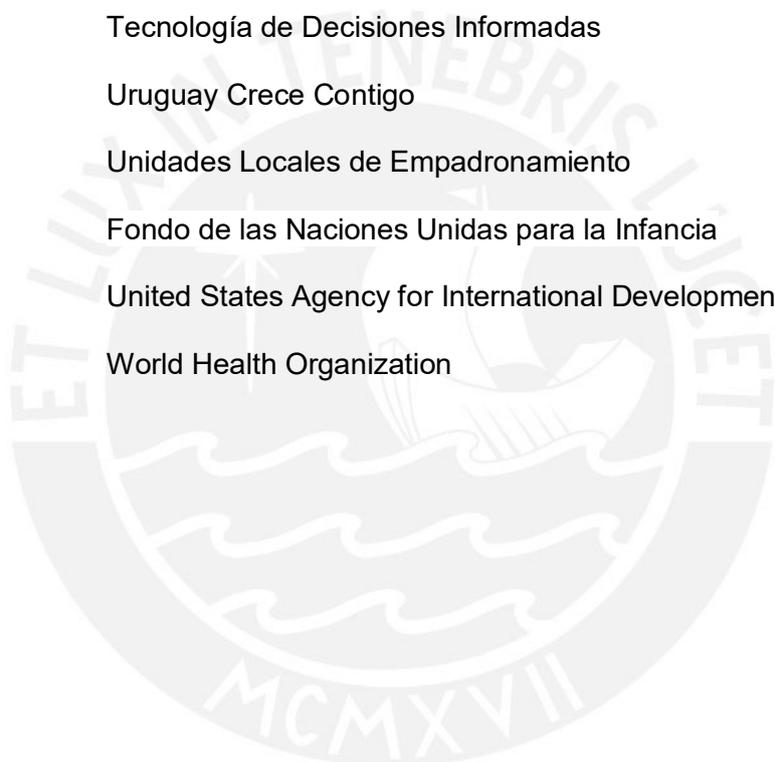
## ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitario de Salud
<b>AMPE</b>	Asociación de Municipalidades del Perú
<b>ANGR</b>	Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales
<b>AT</b>	Acompañante Técnico
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>CAD</b>	Convenio de Asignación por Desempeño
<b>CENAN</b>	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
<b>CENDI</b>	Centro de Desarrollo Infantil
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>CIAS</b>	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
<b>CISDIS</b>	Comisión Intergubernamental Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social
<b>CLAS</b>	Comunidad Local de Administración de Salud
<b>CODESOL</b>	Comité de Desarrollo Social local
<b>CRECER</b>	Estrategia Nacional CRECER
<b>Criança Feliz</b>	Programa Nacional Niño Feliz
<b>ChCC</b>	Chile Crece Contigo
<b>DCI</b>	Desnutrición Crónica Infantil
<b>DEMUNA</b>	Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente
<b>De Cero a Siempre</b>	Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia
<b>DIRESA</b>	Dirección Regional de Salud
<b>DIT</b>	Desarrollo Infantil Temprano
<b>DS</b>	Decreto Supremo
<b>ENDES</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
<b>ENDIS</b>	Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social

<b>ESNANS</b>	Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable
<b>FAO</b>	Food and Agriculture Organization
<b>FED</b>	Fondo de Estímulo de Desempeño y Logro de Resultados Sociales
<b>FONCODES</b>	Programa Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
<b>FONIPREL</b>	Fondo de Promoción de la Inversión Pública Regional y Local
<b>GL</b>	Gobierno Local
<b>GR</b>	Gobierno Regional
<b>GTZ</b>	Cooperación Alemana al Desarrollo
<b>HCBF</b>	Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar
<b>IAC</b>	Instancia de Articulación y Coordinación
<b>IAL</b>	Instancia de Articulación Local
<b>ICBF</b>	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
<b>INEI</b>	Instituto de Estadística e Informática
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>JUNTOS</b>	Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres
<b>MCLCP</b>	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
<b>MCS</b>	Municipios y Comunidades Saludables
<b>MDS</b>	Ministério do Desenvolvimento Social do Brasil
<b>MEF</b>	Ministerio de Economía y Finanzas
<b>MIDES</b>	Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay
<b>MIDIS</b>	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social de Perú
<b>MIMP</b>	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
<b>MINEDU</b>	Ministerio de Educación
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>MML</b>	Municipalidad Metropolitana de Lima
<b>MR</b>	Micro Red

<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>OMAPED</b>	Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad
<b>PAD</b>	Programas Articulados de Desarrollo
<b>PADB</b>	Programa Eje Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
<b>PAN</b>	Programa Articulado Nutricional
<b>PCM</b>	Presidencia del Consejo de Ministros
<b>PENSIÓN 65</b>	Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PMLCA</b>	Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia
<b>PNCM</b>	Programa Nacional CUNA MÁS
<b>PNDIS</b>	Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social
<b>PNSM</b>	Premio Nacional Sello Municipal
<b>PPSS</b>	Programas Sociales
<b>PpR</b>	Presupuesto por Resultados
<b>PROMSA</b>	Promoción de la Salud
<b>PRONEI</b>	Programa No Escolarizado de Educación Inicial
<b>PVL</b>	Programa del Vaso de Leche
<b>QALI WARMA</b>	Programa Nacional de Alimentación Escolar
<b>REMURPE</b>	Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú
<b>RIA</b>	Rutas Integrales de Atención
<b>RM</b>	Resolución Ministerial
<b>RSH</b>	Registro Social de Hogares
<b>SAF</b>	Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional CUNA MÁS
<b>SEDESOL</b>	Secretaría de Desarrollo Social
<b>SIAF</b>	Sistema Integrado de Administración Financiera
<b>SIEN</b>	Sistema Integrado de Evaluación Nutricional
<b>SIS</b>	Seguro Integral de Salud

<b>SISBEN</b>	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
<b>SISFOH</b>	Sistema de Focalización de Hogares
<b>SISMUNI</b>	Sistema de Información Comunitario para la Gestión de Salud y Desarrollo Local
<b>SMS</b>	Short Message Service
<b>SNIC</b>	Sistema Nacional Integrado de Cuidados
<b>TAREA</b>	Asociación de Publicaciones Educativas
<b>TDI</b>	Tecnología de Decisiones Informadas
<b>UCC</b>	Uruguay Crece Contigo
<b>ULE</b>	Unidades Locales de Empadronamiento
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>WHO</b>	World Health Organization



## RESUMEN EJECUTIVO

La anemia en menores de 36 meses de edad es un problema de salud pública nacional. En julio 2018, en el marco del “*Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia*” (PMLCA), se evidenció la necesidad de su implementación con una gestión territorial, donde el alcalde lidere y articule los esfuerzos locales. Se propuso conocer el desarrollo de la gestión local y participación de actores locales en dos distritos de Huánuco.

Se realizó una Investigación cualitativa en la región Huánuco, en los distritos de Churubamba (priorizado por el PMLCA) y Chinchao (no priorizado), ambos incluidos en la Meta 4 MINSA: “Acciones para promover la adecuada alimentación, prevención y reducción de la anemia”, que inició en marzo del 2019. En cada distrito, en función a la Instancia de Articulación Local (IAL) conformada se realizaron 8 entrevistas en profundidad y 3 grupos focales, considerando el mapeo de actores locales. La información recolectada corresponde a las acciones del PMLCA a partir del último trimestre del 2018, realizándose el trabajo de campo durante el mes de junio del 2019. Los resultados estuvieron agrupados en cinco dimensiones: Generación de la IAL, Mapeo de actores, Diagnóstico local, Plan de acción, y Gestión local articulada.

En relación con la **IAL**, en Chinchao ya estaba instalada no así en Churubamba. En ambos distritos el **Mapeo de actores** hizo énfasis en tres instituciones: Municipio, Salud y Programas Sociales (MIDIS), y en minoría a agentes comunitarios, quienes conocen la problemática local y desarrollan la Meta 4. El **Diagnóstico** incluyó en su mayoría solo problemas de salud y alimentación relacionados con Anemia, observando la necesidad de capacitar a los agentes locales y verificar el trabajo del personal de salud. Con relación al **Plan de acción**, este ha migrado a priorizar la Meta 4. En ambos distritos no se tuvo participación de la comunidad o sus líderes (se comunicó a los agentes comunitarios sobre las visitas domiciliarias). El desarrollo de la **Gestión local articulada** fue puntual, si bien ambos distritos reconocen la importancia del trabajo articulado y la IAL, solo se observa coordinaciones entre Municipio, Salud y Programas Sociales.

La voluntad y compromiso de autoridades permitió mayor sensibilización de la comunidad y apoyo a agentes comunitarios, considerando el incentivo de la visita domiciliaria. Pese a observar equipos comprometidos y sensibilizados, no queda claro el trabajo multisectorial ni la importancia de reducir la Anemia para el bienestar de los niños.

## ABSTRACT

Anemia in children under 36 months of age is a national public health problem. In July 2018, within the framework of the Multisectoral Plan to combat Anemia (PMLCA), the need for its implementation with territorial management was evident, where the mayor leads and articulates local efforts. It was proposed to know the development of local management and participation of local actors in two districts of Huánuco.

A qualitative investigation was carried out in the Huánuco region, in the districts of Churubamba (prioritized by the PMLCA) and Chinchao (not prioritized), both included in Goal 4 MINSa: "Actions to promote adequate nutrition, prevention and reduction of anemia", which began in March 2019. In each district, based on the Local Articulation Instance (IAL) formed, 8 in-depth interviews and 3 focus groups were conducted, considering the mapping of local actors. The information collected corresponds to the actions of the PMLCA as of the last quarter of 2018, and the fieldwork was carried out during the month of June 2019. The results were grouped into five dimensions: Generation of the IAL, Mapping of actors, Local Diagnosis, Action plan and articulated local management.

In relation to the IAL, it was already installed in Chinchao, but not in Churubamba. In both districts, the Mapping of actors emphasized three institutions: Municipality, Health and Social Programs (MIDIS), and in a minority, community agents, who know the local problem and develop Goal 4. The Diagnosis included mostly only health and food problems related to Anemia, noting the need to train local agents and verify the work of health personnel. In relation to the Action Plan, it has migrated to prioritize Goal 4. In both districts there was no participation of the community or its leaders (community agents were informed about home visits). The development of the articulated local Management was punctual, although both districts recognize the importance of the articulated work and the IAL, only coordination is observed between Municipality, Health and Social Programs.

The willingness and commitment of the authorities allowed for greater community awareness and support for community agents, considering the incentive for home visits. Despite observing committed and sensitized teams, the multisectoral work and the importance of reducing anemia for the well-being of children are not clear.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis compañeros de trabajo que de una u otra forma alentaron que renueve mi interés por la investigación y el poder desarrollar el presente estudio.

A los equipos de trabajo de los gobiernos locales de Chinchao y Churubamba, en Huánuco, por su apoyo, participación y compromiso para con sus respectivas comunidades, en el marco de la lucha contra la anemia.

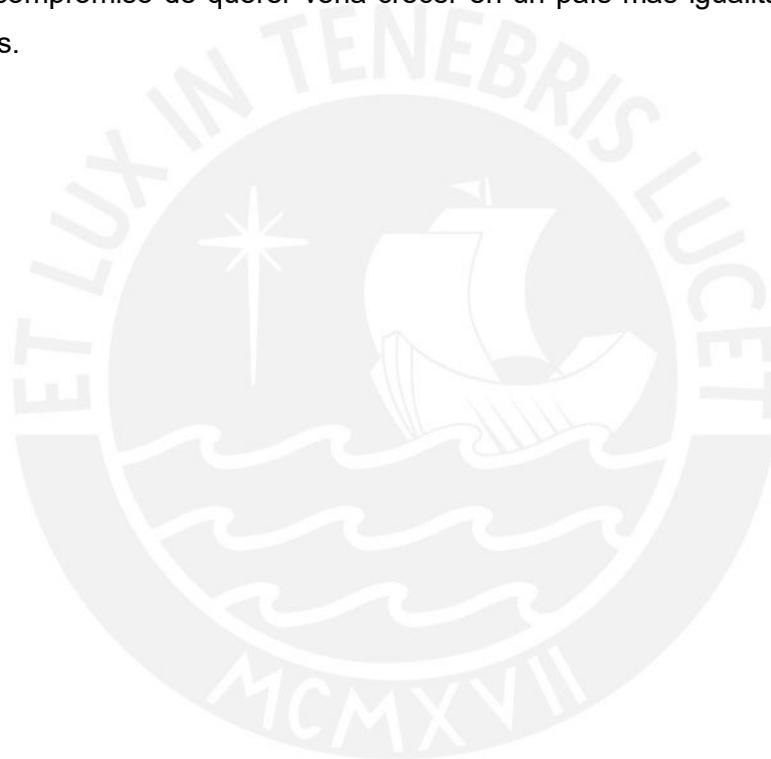
A las personas que me acompañaron de manera cercana al desarrollo del presente estudio, brindándome parte de su tiempo, motivación, ánimo y colaboración.



## DEDICATORIA

A mi familia y en especial a mi querida mamá, Inés, quien siempre me ha apoyado en todos mis estudios, mi desarrollo profesional y las diversas decisiones que he tomado en mi vida, ofreciéndome siempre todo su amor, cariño, paciencia y experiencia. Gracias a ella que cada día crezco más profesionalmente sin alejarme de los consejos e ideales que siempre me brinda, además de darme la oportunidad de conocer la importancia de la sensibilidad y compromiso social.

A mi adorada hija Emilia, que es mi inspiración diaria, mi alegría y quién me hace renovar cada día mi compromiso de querer verla crecer en un país más igualitario y con más oportunidades.



## INTRODUCCIÓN

La anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad a nivel nacional es un reto y un problema severo para una política sanitaria y social a nivel nacional. En los últimos cinco años, debido a la alta prevalencia a nivel nacional, se han generado diversos planes para combatirla, de naturaleza sectorial (MIDIS y MINSA) o a nivel regional. En el año 2018, en base a la “Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social”, que incluye los ejes estratégicos de intervención “*Nutrición Infantil y Desarrollo Infantil Temprano*”, el MIDIS formuló el Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA), que además de proponer los componentes técnicos e intervenciones necesarias, comprometía a quince sectores del Estado, considerando un trabajo articulado con los gobiernos regionales y locales, la sociedad civil y la comunidad organizada.

De esta forma el PMLCA priorizó componentes como la gestión territorial, proponiendo una “Gestión local articulada”, donde comprometió incluso a los siete programas sociales adscritos al MIDIS. La propuesta consistió en accionar la Instancia de Articulación Local (IAL), llamada a coordinar y monitorear la implementación de intervenciones para la prevención de anemia con participación y responsabilidad de todos los actores.

Este proceso de gestión territorial o gestión local articulada, no es algo nuevo en el país, de hecho, ha habido diversas experiencias de modelos de gestión local, algunas que han sido replicadas en diversas regiones por sus buenos resultados, pero mayormente con énfasis en la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), que ha sido un problema de salud pública en los últimos 20 a 30 años. La gestión local articulada para el PMLCA tiene en el alcalde a la autoridad máxima que lidera y articula los esfuerzos locales, y que requiere disponer de una propuesta de intervención que le permita prevenir y reducir la anemia en su jurisdicción, considerando los diversos determinantes ya conocidos y los problemas de pobreza, desigualdad, vulnerabilidad y riesgos en los niños hasta los 36 meses.

El nivel local de Gobierno es el espacio clave para la articulación multisectorial, la movilización y participación social, en el marco de una gestión local articulada para la reducción de la anemia, ya que permite acercar y visibilizar el Estado a los ciudadanos y compartir responsabilidades, además de consensuar y complementar actividades, con los diversos actores en el territorio, construyendo una visión conjunta.

Las experiencias sobre una gestión local articulada nos suelen indicar una participación multisectorial o multi actor de manera parcial o temporal, no evidenciándose claramente

el beneficio de una articulación en relación con esta gestión local y el cumplimiento de lo planificado de manera articulada. Esta participación puntual de los actores hace que no todos los gobiernos locales logren cumplir con su plan de acción y tener resultados visibles o cuantificables.

La gestión local articulada se inicia usualmente con la generación de una IAL y el mapeo de actores, la generación de un diagnóstico local y un plan de acción en función a ello. Esta serie de pasos, si bien se conocen, han sido poco examinados de manera que se vea que cuellos de botella o dificultades presentan, en qué momento es que se debilita esta articulación local, o qué otros pasos serían importantes de adicionar. Para el caso de la anemia, dicha gestión local debe contribuir a generar condiciones para que los integrantes de los hogares reciban y demanden diferentes prestaciones necesarias para la prevención y tratamiento de la anemia, contribuyendo al Desarrollo Infantil Temprano y a mejorar su calidad de vida de manera sostenible.

El presente estudio permitirá conocer y analizar el nivel de desarrollo de la gestión local articulada (que considera la generación de las IAL, el mapeo de actores, el diagnóstico local, y el Plan de acción), y la participación de actores locales en dos distritos de Huánuco a partir de las acciones articuladas desarrolladas en el marco del PMLCA, en los años 2018 y 2019, para así conocer los pasos necesarios para generarla, los diversos cuellos de botella que se dan en ellos, y, ver como esta gestión local articulada realmente se logró en el marco del PMLCA y de los resultados esperados. A partir de ello se formula un modelo de pasos en la gestión local para desarrollar una estrategia o política a futuro.

# DESARROLLO DE LA GESTIÓN LOCAL Y PARTICIPACIÓN DE SUS ACTORES EN DOS DISTRITOS DE HUÁNUCO A PARTIR DE LOS PLANES DE ACCIÓN ARTICULADOS EN EL MARCO DEL PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA (PMLCA) EN LOS AÑOS 2018-2019

## CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

La “Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social” establece como primer y segundo eje estratégico de intervención *“la Nutrición Infantil y el Desarrollo Infantil Temprano”* de niñas y niños de cero a cinco años en situación de pobreza y vulnerabilidad, respectivamente. A partir de ello se promueven acciones que mejoren la nutrición, cuidado y protección de niñas y niños desde el nacimiento, fortaleciendo entornos familiares y comunitarios seguros, para el *“desarrollo de sus capacidades y competencias físicas, cognitivas, emocionales y sociales, y así asegurar su bienestar y evitar la transmisión intergeneracional de la pobreza”* (MIDIS, 2012a; MIDIS, 2013a).

En el año 2016, el gobierno peruano aprobó los *“Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a promover el Desarrollo Infantil Temprano (DIT)”*, denominados “Primero la Infancia”. En ellos se define 7 resultados *para orientar las acciones del Estado, en base a las evidencias científicas sobre DIT: 1) Nacimiento saludable, 2) Apego seguro, 3) Adecuado estado nutricional, 4) Comunicación verbal efectiva, 5) Camina solo, 6) Regulación de emociones y comportamientos y 7) Función simbólica* (MIDIS 2016a). El resultado *“Adecuado estado nutricional”*, prioriza *“la disminución de la desnutrición crónica infantil (DCI) y anemia”* (MIDIS, 2014a).

La anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad a nivel nacional, *“sigue siendo un reto por atender y constituye uno de los problemas más severos de salud pública del país”* (MIDIS 2018a: 4), siendo la prevalencia de anemia para esa edad de 43.5% (INEI, 2019a). Este valor es mayor en niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, donde la anemia afecta al 59.5% (INEI, 2019a), siendo el período más crítico para el DIT, dada la acelerada evolución neurológica que se registra en dichos meses de vida (MIDIS, 2012a; MINSA, 2017a; WHO, 2016).

Frente al escenario de la prevalencia de anemia en el país, de manera consensuada con quince sectores del Estado que conforman la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), se aprobó en julio del 2018 el “Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia” (PMLCA), el cual *“establece acciones e intervenciones efectivas a ser implementadas de manera articulada, intersectorial e intergubernamentalmente, por las entidades del Gobierno Nacional, y de los Gobiernos regionales y los Gobiernos locales,*

*así como la sociedad civil, y la comunidad organizada, para la prevención y reducción de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses” (MIDIS 2018a: 7).*

El PMLCA establece cinco componentes estratégicos para su implementación, dos de ellos evidencian la necesidad del involucramiento de la sociedad civil: **la gestión territorial**, orientada a buscar “*atender las necesidades de la población, familias e individuos de manera integral*”, a partir del accionar de una Instancia de Articulación Local (IAL), llamada a coordinar y monitorear la implementación de intervenciones para la prevención de anemia con participación y responsabilidad de todos los actores; y **la movilización social**, orientada a la “*participación efectiva de todos los actores a nivel nacional, regional y local*”, con la finalidad de sensibilizar a la comunidad y ciudadanía a tomar acción conjunta para la prevención y reducción de la anemia en el país (MIDIS, 2018a; Salud sin Límites, 2012)).

Este proceso de gestión territorial o local, donde se observa la necesidad del trabajo entre los diversos sectores del gobierno, no es nuevo, pues ya se ha tenido diversas experiencias en años anteriores, algunas con mayor éxito que otras, en el momento de la priorización de la reducción de la DCI, lo cual fue incentivado por la creación del “Presupuesto por Resultados” y de la “Estrategia Nacional CRECER”, por ejemplo (PCM, 2007a; MEF, 2007).

La gestión local para la prevención y reducción de la anemia tiene en el alcalde a la autoridad máxima del Estado que lidera y articula los esfuerzos locales, por lo que requiere disponer de una propuesta de intervención que le permita prevenir y reducir de manera sostenida la anemia en su respectiva jurisdicción municipal, enmarcada en la reducción de pobreza, desigualdades, vulnerabilidades y riesgos especialmente en los niños hasta los 36 meses, priorizando los menores de 12 meses, además de las gestantes (MIDIS, 2018a).

El inicio de gestión en las provincias y distritos del país con las nuevas autoridades locales electas para el periodo 2019-2022, constituye una oportunidad para fortalecer, reactivar o iniciar, según sea el caso, procesos articulados y participativos de gestión local que contribuyan a la meta nacional de reducción de la anemia. A partir de ello es importante conocer qué grado de participación han brindado los diversos actores componentes del PMLCA y si esto ha influido en la mejora de la gestión local para la lucha contra la anemia.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Conocer y analizar el nivel de desarrollo de la gestión local y participación de actores locales en dos distritos de Huánuco a partir de los planes de acción articulados en el marco del “Plan multisectorial de lucha contra la Anemia” (PMLCA) en el año 2019.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Conocer y analizar el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la **generación de la Instancia de Articulación Local**, dentro de las acciones del “Plan multisectorial de lucha contra la Anemia” (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.
- ✓ Conocer y analizar el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la **generación del Mapeo de actores**, dentro de las acciones del “Plan multisectorial de lucha contra la Anemia” (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.
- ✓ Conocer y analizar el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la **generación del diagnóstico local**, dentro de las acciones del “Plan multisectorial de lucha contra la Anemia” (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.
- ✓ Conocer y analizar el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la **generación del Plan de acción**, dentro de las acciones del “Plan multisectorial de lucha contra la Anemia” (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.
- ✓ Conocer y analizar el **nivel de desarrollo de la Gestión local articulada**, en dos distritos de Huánuco.

## **1.3. Justificación**

El Estado Peruano ha priorizado dentro de su Política de Estado el DIT, donde uno de sus resultados clave es la reducción de la anemia infantil, con énfasis en menores de 36 meses. Desde que en los últimos tres años el valor de la prevalencia se ha mantenido sobre 43.5% (INEI, 2019a), se han generado Planes Nacionales y regionales que buscan luchar contra esta enfermedad, la mayoría a partir de las acciones que desarrolla el Sector Salud, a pesar de que se conoce la multicausalidad de la anemia.

El MIDIS, al lanzar el PMLCA, propuso no solo la participación de 15 Ministerios, sino que incluye la gestión territorial como un componente estratégico para esta intervención, es decir la participación de los gobiernos regionales, locales, participación comunitaria, entre

otros. El nivel local de Gobierno es el espacio clave para la implementación de la articulación multisectorial, la movilización y participación social en el marco de la gestión territorial para prevenir y reducir anemia, no solo porque acerca el Estado a los ciudadanos, sino porque permite compartir responsabilidades, consensuar y complementar estrategias y actividades, objetivos y construir una visión conjunta.

Si bien en el país se han desarrollado diversas experiencias en relación con una gestión local articulada, la participación multisectorial y multi actor ha sido usualmente parcial y las sistematizaciones de estas experiencias no suelen brindar una adecuada evidencia de los beneficios observados de un trabajo articulado, a favor de mejorar el acceso a servicios públicos, por ejemplo. Los actores locales participan de una u otra manera en el desarrollo de las acciones necesarias para su municipio, pero esta participación suele ser puntual y al final se reduce a un mínimo grupo de personas e instituciones que difiere en cantidad del grupo que inició. En dicho camino, que se inicia usualmente con la generación de una Instancia de articulación local y el mapeo de actores, se tiene una serie de pasos que, si bien se conocen, no han sido examinados de manera que se vea que cuellos de botella o dificultades presentan y en qué momento es que se debilita esta articulación local.

La gestión local articulada para la reducción de la anemia debe contribuir a generar condiciones para que los integrantes de los hogares reciban y demanden diferentes prestaciones necesarias para la prevención y tratamiento de la anemia, contribuyendo al Desarrollo Infantil Temprano y a mejorar su calidad de vida de manera sostenible. A partir del PMLCA se espera que el Estado genere mejores acciones a favor de la reducción de la anemia, lo que debe verse en la gestión local y en el desarrollo de los planes de acción distritales.

De esta forma, se considera importante realizar el presente estudio, en la medida en que permitirá conocer, por un lado, los pasos necesarios a generar en una Gestión local articulada y los diversos cuellos de botella que se dan en ellos, y por otro, ver como esta Gestión local articulada realmente se logra en el marco del PMLCA y permite generar los resultados esperados. Esto permitirá tener un modelo de pasos en la gestión local para desarrollar una estrategia o política a futuro.

## **CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1 Marco contextual social y normativo**

#### **2.1.1 Contexto social**

Se incluye una breve descripción de cada uno de los distritos seleccionados para el estudio, Chinchao y Churubamba, ubicados ambos en la provincia y departamento de Huánuco. Chinchao tiene 59.45% de su población en situación de pobreza y 21.35% en pobreza extrema, mientras que Churubamba tiene 72.07% y 37.58% respectivamente (INEI, 2015). Se incluye aquí un gráfico con el mapa del departamento de Huánuco y otro con la provincia que incluye a ambos distritos (Gráficos N° 1 y N° 2).

Gráfico N° 1: MAPA DEL DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO



Fuente: Municipalidad provincial de Huánuco, 2015

Gráfico N° 2: MAPA TERRITORIAL DE LOS DISTRITOS DE CHINCHAO Y CHURUBAMBA



Fuente: Municipalidad provincial de Huánuco, 2015.

### **Distrito de Chinchao:**

Chinchao, deriva del vocablo quechua chinchay, que significa “Tigrillo”. Aco = agua Mayo = vertiente Acomayo = vertiente de agua. Se localiza en la región Centro-Oriental del Perú, conformando una de las tres cadenas montañosas de los Andes septentrionales del país: “La Cadena Montañosa Central”. Asimismo, está ubicado en uno de los tres grandes conjuntos espaciales diferenciados: “Los Valles Interandinos”, con las manifestaciones de suni, quechua y yunga fluvial y boscoso. Tiene una altitud aproximada de 2700 m.s.n.m., y está a 25 kilómetros de distancia de la ciudad de Huánuco. Iniciándose desde el puente “Rancho” hasta el puente “Cayumba” unido por la carretera Huánuco – Tingo María, vía asfaltada en buen estado (Figuroa, 2015).

Su extensión o área territorial es de aproximadamente 1823.97Km<sup>2</sup>, representando el 44.58% en el territorio provincial y el 4.94% a nivel departamental o regional, determinándose como un distrito mediano. El medio ambiente del distrito va desde un Tropical muy lluvioso, hasta uno Templado. La temperatura media anual en el distrito, oscila entre los 23°C en verano y a 12°C en invierno (Figuroa, 2015).

Su población es de 26,351 habitantes (13,160 masculina y 13,191 femenina). Sus centros poblados, según lo indica la Municipalidad Provincial son: “*Huanchuyro, Huanipan, Agua Nueva, Challana, Chaupiyunca, Cushipamba, Chacamarca, Chinchinga (casa de labranza típica); Shiricalla, Huanucalla, Huallintusha, Tapra, Tullca, Tingo Pampa, Tungra, Túpac Amaru, Toldobamba, Pampamarca, Piedra Blanca, Pillco Pampa, Pachachupán, Papaypampa, Tingo Loma, Sogo Sogo, Sogobamba, San Martín de Porras, Huanipampa, Mallgo Tingo, Mayobamba, Micho, Minas, Mesapata, Villa Paraíso, Tuntun, Rucrun, Vista Alegre de Huachipa y otros*” (Mun. Prov. Huánuco, 2015).

Chinchao aparece como nombre del lugar “*en 1536, como integrante de la provincia encomendada por el Gobernador Francisco Pizarro a Nicolás de Rivera “El Mozo”. Además, en el Registro de la Visita de Ortiz de Zúñiga, en 1562, está considerado como Pueblo de Repartimiento de los Chupachos (en el dominio del IV Virrey Diego López de Zúñiga)*” (Figuroa, 2015). Ya en aquellos tiempos se escribía como hoy en día: CHINCHAO. El Libertador Ramón Castilla, a través de la Ley Transitoria s/n del 02 de enero de 1857, crea las primeras municipalidades del país, entre ellas la del Distrito de Chinchao, en el Departamento de Huánuco. En el Censo Nacional de 1940, figura el Pueblo de Acomayo, como capital del Distrito de Chinchao (Gobierno de Manuel Prado Ugarteche) (Figuroa, 2015).

Las instituciones existentes en este distrito son:

- |   |   |
|---|---|
| ✓ Municipalidad Distrital de Acomayo  | ✓ Notaría                                     |
| ✓ Gobernación   | ✓ Comisaría Policial                          |
| ✓ Juzgados de Paz   | ✓ Agencia Agraria                             |
| ✓ Juzgado de Paz Letrado  | ✓ Juntas vecinales de Seguridad Ciudadana.    |
| ✓ Comunidades Campesinas  | ✓ Club de Menores.                            |
| ✓ Centro de Salud   | ✓ Policía Escolar.                            |
| ✓ Liga Distrital de Fútbol  | ✓ Brigadas de Autoprotección Escolar.         |
| ✓ Institución Educativa Integrado “Nuestra Señora de Lourdes”   | ✓ Programa preventivo de Seguridad Ciudadana. |
| ✓ PRONEIs: Mayobamba, Pachachupán, Cochabamba, Acomayo, Taprag, Dos Aguas, Huaguin, Cochabamba, Tullca. | ✓ Red de Cooperantes de Seguridad Ciudadana.  |
| ✓ Parroquia “San Pedro”   | ✓ Patrullaje Mixto con Juntas Vecinales       |
| ✓ DEMUNA  | ✓ OMAPED                                      |

Fuente: Municipalidad Provincial de Huánuco, 2015.

Los programas sociales existentes son: Programa del Vaso de Leche, Juntos, Pensión 65, Qali Warma, Foncodes y Cuna Más. Las actividades económicas que realiza su población son:

- **Agricultura:** Produce pacay, lúcuma, níspero, cereza, guayaba, ciruela, durazno, chirimoya, limón, palta, anona, guaba, toronja, naranja, tuna, tumbo, papa, pallar, choclo, arveja, habas, camote, olluco, zapallo, calabaza, cacao, rocoto, trigo, café, cebada.
- **Comercio:** bodegas donde se expende abarrotes y productos agrícolas como verduras.
- **Minería:** Yacimientos de plomo, plata, cobre, zinc, bismuto, oro.
- **Artesanía:** Se hacen canastas, se tejen mantas, ponchos, manteles, objetos de arcilla, jarritas, urpos, urpitos, tazas, ollas, ollitas.
- **Industria:** Pequeñas y medianas plantas industriales de uvachado, cocona y maracuyá. (Mun. Prov. Huánuco, 2015).

Los medios de comunicación existentes son dos emisoras radiales: “Chinchao” y “La Poderosa”, en señales de televisión se tiene DIRECTV, TV PERU, CABLE CHINCHAO, en telefonía se dispone de operadores Claro y Movistar. Además hay disponibilidad de internet en establecimientos privados y la Municipalidad. (Mun. Prov. Huánuco, 2015).

### **Distrito de Churubamba:**

Churubamba, proviene de “los vocablos quechuas Churu, que significa Pequeño, y Bamba, planicie o llanura, por consiguiente, la forma literaria significa “Pequeña Llanura”. Se ubica en el departamento y provincia de Huánuco, alcanzó la categoría de distrito en mérito de la Ley N° 547 de 4 de octubre de 1921, en el gobierno de Augusto

B. Leguía. Tiene una superficie territorial de 552.27 km<sup>2</sup>, que representa el 1.50% del departamento de Huánuco y 13.38% con respecto a la provincia de Huánuco (Mun. Dist. Churubamba, 2012).

Churubamba es un pueblo antiguo, reconocido por los españoles, por esta razón en el volumen: "Descripción del Arzobispo de Lima del Dr. Cosme Bueno" aparece como "Santa Cruz de Churubamba" por el año de 1765, como *"uno de los pueblos de la provincia de Huánuco que dependía del Curato de Santa María del Valle, en el dominio español del S. XXXI-Virrey don Manuel de Amat y Juniet"*. Pero históricamente *"el nombre del distrito de Churubamba proviene de la palabra quechua CHURU que significa Caracol, y BAMBA que significa pampa; por lo tanto, literalmente significaría PAMPA DE CARACOL"* (Mun. Dist. Churubamba, 2012).

Cuenta con 3 regiones naturales: YUNGA, SELVA, QUECHUA, su topografía es accidentada pero apta para el cultivo, donde se tienen *"mesetas, bosques, ríos, quebradas, valles, montañas, riachuelos manantiales, etc"*. Su altitud oscila de entre los 1835 y los 3800 m.s.n.m. La capital de distrito se encuentra a una altitud de 1,983 m.s.n.m., en las faldas occidentales del cerro Ogatuma que separa la sierra de la selva (Micro Red Churubamba, 2014).

El clima varía entre templado a frígido debido a su topografía irregular; predominando el primero. Durante los meses de Abril a Noviembre el clima es caluroso, sobre todo en Churubamba y templado en zonas de mayor altura. Durante los meses de Diciembre a Marzo, correspondientes al invierno, el clima es templado en las zonas más bajas como Churubamba, llegando a frígido en zonas de mayor altitud. La temperatura oscila entre 15° a 27° C, con un promedio de 19°C y con una humedad relativa del 30 al 60%, siendo más intensa en los meses de Diciembre a Marzo (Micro Red Churubamba, 2014).

Las instituciones existentes en este distrito son:

- |   |  |
|---|--|
| ✓ Municipalidad Distrital de Churubamba | ✓ Institución Educativa Integrado          |
| ✓ Sub Prefectura                        | ✓ Comisaría Policial                       |
| ✓ Juzgados de Paz                       | ✓ PRONEI de Churubamba.                    |
| ✓ Comunidades Campesinas                | ✓ Juntas vecinales de Seguridad Ciudadana. |
| ✓ Centro de Salud                       | ✓ OMAPED                                   |
| ✓ DEMUNA                                | ✓ Parroquia                                |

Fuente: Municipalidad Provincial de Huánuco, 2015.

Los programas sociales existentes son: Programa del Vaso de Leche, Juntos, Pensión 65, Qali Warma, Foncodes y Cuna Más. Las actividades económicas que realiza su población son:

- Agricultura:** Produce lúcuma, níspero, guayaba, durazno chirimoya, limón, Lima, palta, guaba, tuna, tumbo, papa, choclo, habas, camote, olluco, zapallo, calabaza, rocoto, café
- **Comercio:** bodegas donde se expende abarrotes y productos agrícolas como verduras.
- **Minería:** Yacimientos de plomo, plata, cobre zinc.
- **Artesanía:** se tejen mantas y objetos de barro (Mun. Prov. Huánuco, 2015).

Los medios de comunicación más importantes a los que puede acceder la población son los medios televisivos, radios y periódicos que son llevados desde la ciudad de Huánuco. En lo que respecta a los medios de comunicación, el distrito de Churubamba es una zona donde se tiene cobertura para celulares tanto de la compañía Movistar y Claro; existen teléfonos monederos de Telefónica, disponible para quien lo requiera; también se cuenta con Teléfonos GILAT que funciona desde las nueve de la mañana hasta las seis de la tarde. Así mismo, se recibe señal satelital para televisión de las empresas Movistar, Claro, DirecTv y Telmex. (Mun. Prov. Huánuco, 2015).

#### **2.1.1.1 Descripción del tema de investigación**

Desde el segundo semestre del 2018, el Estado, a través del PMLCA (liderado por MIDIS), se ha propuesto mejorar la gestión local en un grupo de distritos (los más pobres y con alta prevalencia de factores relacionados con anemia), trabajando de manera conjunta con los diferentes ministerios y sus instancias respectivas en el nivel regional y local. La gestión local propuesta para el nivel distrital dispone de un grupo de elementos necesarios para poder generar un plan de acción, estos son la creación o reinstalación de la IAL (Instancia de articulación local), el mapeo de actores, la sectorización geográfica, el diagnóstico inicial, contar con una sala situacional, entre otros, que permitirán la generación del plan de acción distrital participativo.

El estudio se enfocará en conocer cómo los actores sociales de las diversas instituciones públicas y privadas incluidas en el PMLCA realmente participan en la gestión local, promoviendo los pasos para la generación y desarrollo del plan de acción, y ver cómo este realmente genera beneficios en la reducción de la anemia y sus determinantes. Esto implica ver su compromiso y participación en la IAL y en el desarrollo del plan de acción.

### 2.1.2 Contexto normativo

Si bien se han generado diversas Normas Políticas relacionadas con la DCI y Anemia en los últimos años, que incluyen normatividad regional, a partir de ellas se incluye aquí las más relevantes en el nivel nacional y que permitieron a su vez que se considere en las acciones a desarrollar el trabajo regional y local.

#### ENDIS y Lineamientos Primero la Infancia:

La “Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social” (ENDIS), nace como “una herramienta de gestión para articular inter-sectorial e intergubernamentalmente la política de desarrollo e inclusión social, orientada al logro de resultados” (MIDIS 2013a: 10). Parte de un enfoque de *ciclo de vida*, priorizando cinco ejes estratégicos (Gráfico N° 3): “Nutrición Infantil, DIT, Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia, Inclusión Económica y Protección del Adulto Mayor” (MIDIS, 2013a).

Esta Estrategia al implementarse en el territorio, enfatiza el trabajo desconcentrado del MIDIS “para asegurar que la política y los programas sociales tengan un impacto real en la población” (MIDIS 2013a: 9), y que los diferentes sectores y niveles de gobierno “actúen de manera coordinada y articulada, según sus competencias, para cerrar las brechas de acceso a servicios públicos” (MIDIS 2013a: 10). A la fecha, la ENDIS se mantiene vigente hasta su actualización conforme a lo establecido en el Reglamento y lista sectorial de Políticas Nacionales (PCM, 2018a, MIDIS, 2019a).

Gráfico N° 3: ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL “INCLUIR PARA CRECER”



Fuente: Estrategia Nacional Incluir para Crecer. MIDIS, 2013.

Para los lineamientos “Primero la Infancia”, aprobados mediante Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, el DIT “es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno

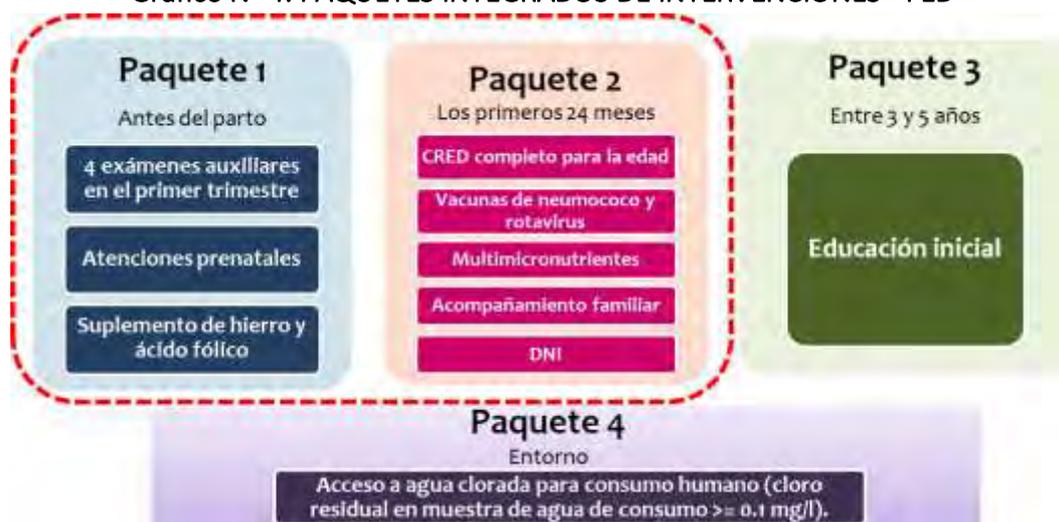
que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permiten a la niña y niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos” (MIDIS 2016a: 9). Reconociendo la importancia de este periodo de vida y en función a evidencias científicas recopiladas, los lineamientos priorizan siete resultados:

1. **“Nacimiento saludable:** Niñas y niños nacen entre 37 a 41 semanas y con peso mayor a 2500 gramos.
2. **Apego seguro:** Niñas y niños a los 24 meses establecen un vínculo afectivo con su madre, padre, cuidador o cuidadora.
3. **Estado nutricional adecuado:** Niñas y niños en sus primeros 36 meses de vida crecen sin anemia y desnutrición crónica.
4. **Comunicación verbal efectiva:** Niñas y niños de 9 a 36 meses desarrollan su capacidad para comunicar y expresar lo que sienten y piensan a través de su lengua materna.
5. **Camina solo:** Niñas y niños antes de los 18 meses de edad logran caminar libremente, por propia iniciativa y regulando su equilibrio.
6. **Regulación de emociones y comportamientos:** Niños y niñas entre los 2 y 5 años adquieren la capacidad para reconocer, expresar y comunicar sus emociones, manejando –poco a poco - sus reacciones ante diversas situaciones.
7. **Función simbólica:** Niñas y niños en sus primeros 5 años desarrollan la capacidad para representar sus vivencias y evocar en su mente un objeto o acontecimiento que no estén presentes” (MIDIS, 2016a: 16).

#### **Fondo de Estímulo al Desempeño:**

El “Fondo de Estímulo de Desempeño y Logro de Resultados Sociales” (FED), fue creado mediante la Octogésima Cuarta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30114 (Congreso de la República, 2014), con el fin de impulsar el logro de los resultados establecidos con relación al DIT (MIDIS, 2016b). El FED asigna fondos para que los gobiernos regionales cumplan compromisos de gestión y metas de cobertura de productos y servicios, a través de la implementación de intervenciones efectivas, y constituye en una herramienta para contribuir con el logro del compromiso de Lamay, Cusco (MIDIS, 2013b), donde diversos sectores acordaron lograr al 2016: “reducir la DCI al 10%, reducir la anemia al 20%, e incrementar el acceso a educación inicial y el acceso a agua y saneamiento al 85%”. En función a estos temas se generaron 4 paquetes integrados de intervenciones, enfocándose el FED a los paquetes 1 y 2 (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4: PAQUETES INTEGRADOS DE INTERVENCIONES - FED



Fuente: Fondo de Estímulo al desempeño – MIDIS, 2014.

Cabe precisar que no se transfiere competencias sectoriales, sino que se apoya la gestión de los Gobiernos Regionales a través de indicadores de compromisos de gestión y metas de cobertura. En ese sentido, se trata de un mecanismo de incentivo orientado a Gobiernos Regionales para que mejoren su eficiencia en procesos de gestión clave, como la cobertura de los servicios integrales dirigidos a la población de gestantes, y menores de 5 años (MIDIS, 2019b).

### **Plan sectorial MIDIS - Piloto 53**

En junio del 2017, el MIDIS aprobó el “*Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021*”, conocido como Piloto 53 debido a que la intervención se realizó en 53 distritos del ámbito del programa Juntos (RM N° 112-2017-MIDIS) (MIDIS, 2017). Como parte del Plan Sectorial, se destaca las siguientes actividades:

#### **a) Posicionamiento del DIT en la agenda pública:**

- Posicionamiento del DIT como prioridad en la política regional y local, que permitió el seguimiento de los paquetes integrados de intervenciones a niños y gestantes.

#### **b) Mecanismos de Incentivos:**

- Alineamiento con el FED que incluyó indicadores (diagnóstico y tratamiento de anemia, disponibilidad de insumos, acceso a agua clorada) que buscan comprometer en mayor medida a GR, además de metas de productos orientados a la reducción de anemia: cobertura de suplementación, tamizaje de anemia.

#### **c) Intervenciones de los PPSS:**

- Fortalecer el acompañamiento de las familias a fin de asegurar la adopción de prácticas saludables para contribuir a reducir anemia y DCI.

**d) Fortalecimiento de capacidades:**

- Cursos de Gestión Local con énfasis en la Primera Infancia y con participación comunitaria para el desarrollo e inclusión social.

**e) Innovación social e intervenciones piloto:**

- Dispositivo para la detección no invasiva de la anemia.
- Piloto de envío de mensajes SMS a usuarios del programa Juntos.

**Plan sectorial MINSA:**

Mediante RM N° 249-2017/MINSA (MINSA, 2017b), se aprobó el “*Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica en el Perú 2017-2021*”, cuya finalidad fue “*contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo, prioritariamente de la población infantil de menores de tres años y mujeres gestantes, como inversión pública en el capital humano, a través de la orientación y fortalecimiento de las acciones institucionales y concurrencia con intervenciones de diversas plataformas de contacto intersectorial, a nivel nacional, regional y local*” (MINSA, 2017b:

8). Sus objetivos fueron:

- a. “*Tratar y prevenir la anemia con suplementos de hierro y fortificación casera a niños menores de 3 años, gestantes y adolescentes como parte de la atención de la salud materno infantil.*”
- b. “*Mejorar las prácticas de alimentación infantil y de la gestante incorporando alimentos ricos en hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada a través de la consejería nutricional y educación demostrativa, brindada en el hogar, la comunidad y el establecimiento de salud.*”
- c. “*Concretar la concurrencia de intervenciones del sector salud en los mismos individuos y hogares y con sectores estratégicos como Educación, Inclusión Social, Agua y Saneamiento, Agricultura, Pesquería y otros para optimizar las oportunidades de contacto.*”
- d. “*Promover la disponibilidad de productos alimentarios de origen animal ricos en hierro y el desarrollo de productos fortificados ricos en hierro y micronutrientes para la alimentación infantil y la población en general para zonas críticas.*”
- e. “*Contar con un mecanismo de medición y seguimiento de las intervenciones prioritarias para la reducción y el control de la anemia materno infantil y DCI*” (MINSA 2017b: 8-9).

En agosto del 2016 se definieron metas al 2021 (Gráfico N° 5), proyectadas por el INEI a petición de la PCM y el MINSA, planteando una reducción anual de 4.6%. Sin

embargo, la prevalencia de Anemia en menores de 36 meses continuó en 43.5% (INEI, 2019a).

**Gráfico N° 5: METAS DE REDUCCIÓN DE DCI Y ANEMIA AL 2021**

Indicador	2016	2017 *	2018 *	2019 *	2020 *	2021 *
Tasa de desnutrición crónica (menores de 5 años, OMS).	13.1%	13,0%	11,4%	9,7%	8,1%	6.4%
Tasa de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad.	43.6%	37,9%	33,2%	28,5%	23,8%	19%

(\*) Proyección

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES. Marzo 2017

### **Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia - PMLCA:**

El gobierno actual confirma la lucha contra la anemia como una prioridad de la política social (PCM, 2018b), y, en julio del 2018, la CIAS aprobó el “*Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia*” - PMLCA (MIDIS, 2018a), que incluye los siguientes componentes (Gráfico N° 6):

**Gráfico N° 6: COMPONENTES ESTRATÉGICOS DEL PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA**



Fuente: Plan multisectorial de lucha contra la Anemia. MIDIS, 2018

**a. Componente de gestión territorial.** La gestión territorial en el “*espacio distrital y comunitario busca la atención de las necesidades de la población mirando a las familias e individuos de manera integral, incluyendo los recursos y brechas en su entorno, así como las oportunidades y limitaciones presentes en el territorio*” (MIDIS, 2018a: 62). Esto incluye:

- i. **Instancia de articulación intersectorial.** Conformación de un “*subgrupo de trabajo para la implementación del Plan*”.
- ii. **Instancias de Articulación Regional.** Se “*identificará, promoverá o reactivará una instancia de articulación a nivel regional*” que asuma la responsabilidad de

gestión de las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales para la reducción de la anemia.

- iii. **Instancia de Articulación Local.** Asume la “responsabilidad de coordinar y monitorear la implementación de las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales, destinadas a prevenir o disminuir la anemia, bajo el liderazgo del alcalde”, con la AT del MIDIS (gestor) (MIDIS, 2018a) (Gráfico N° 7).

**Gráfico N° 7: MODELO DE GESTIÓN: INSTANCIA DE ARTICULACIÓN LOCAL**



Fuente: Plan multisectorial de lucha contra la Anemia. MIDIS, 2018.

- b. **Movilización Social.** Promueve la sensibilización de las autoridades y actores regionales y locales y así “*movilizar a los ciudadanos y la comunidad*” para tomar acciones conjuntas en la prevención y reducción de la anemia. Incluye:
- Participación Multisectorial.** A través de promotores de desarrollo de los PPSS disponibles localmente, quienes participan en “*acciones de sensibilización a la población o visitas domiciliarias*”.
  - Fortalecimiento de capacidades.** Acciones para posicionar los contenidos básicos del problema a través de mecanismos informativos y/o formativos.
- c. **Estrategia de comunicación concurrente.** Propone una campaña a través de radio, televisión, redes sociales y otros medios. Productos:
- Programa radial de alcance nacional para la gestión articulada.
  - Sub-campaña social, que usar medios alternativos y vocería.
  - Acciones de responsabilidad social con las empresas.
- d. **Alineamiento a Incentivos por resultados.**
- Locales: Plan de incentivos Municipales, Sello Municipal, Fondo de Promoción de la Inversión Pública Regional y Local –FONIPREL.
  - Regionales: Convenio SIS, Fondo de Estímulo al Desempeño y Logros Sociales, Acuerdos de gestión (MINSA).

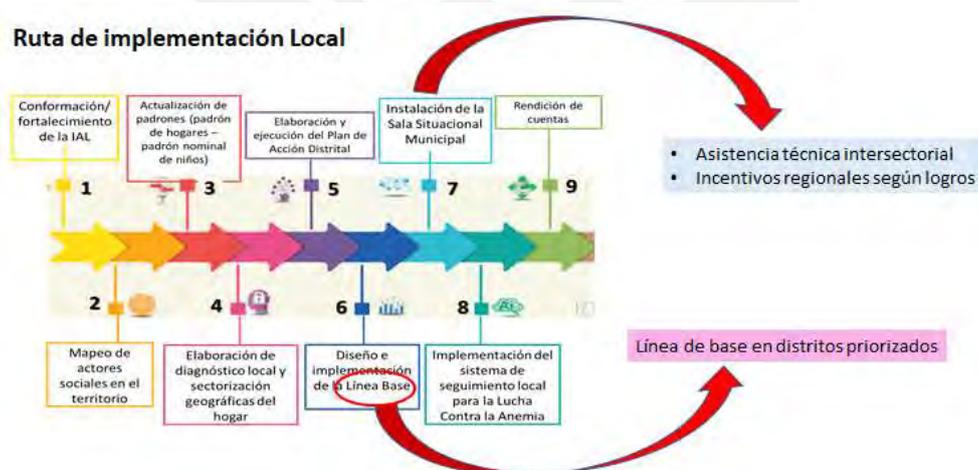
#### e. Seguimiento y evaluación.

- Implementación del Observatorio de anemia para “el seguimiento de indicadores intersectoriales vinculados al tema de anemia (niños y gestantes)”.
- Reporte de cumplimiento de los indicadores de resultado, inmediatos e intermedios semestral y anual.
- Padrón nominal de niñas y niños como un sistema de información nominal de ayuda en el seguimiento de la anemia. (MIDIS, 2018a).

Es importante señalar que el PMLCA generó el documento de trabajo: “*Pautas para la implementación de la hoja de ruta de la gestión local para la prevención y reducción de la Anemia*” (MIDIS, 2018b), donde se incluía como pasos a seguir (Gráfico N° 8):

- Conformación y/o fortalecimiento de la Instancia de Articulación Local
- Mapeo de actores sociales en el territorio
- Actualización de padrones (padrón de hogares - padrón nominal de niños)
- Elaboración de diagnóstico local y sectorización territorial de hogares
- Elaboración y ejecución del Plan de Acción Distrital
- Diseño e implementación de la línea base
- Instalación de sala situacional municipal
- Implementación del sistema de seguimiento local para la lucha contra la anemia
- Rendición de cuentas

**Gráfico N° 8: HOJA DE RUTA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN LOCAL ARTICULADA**

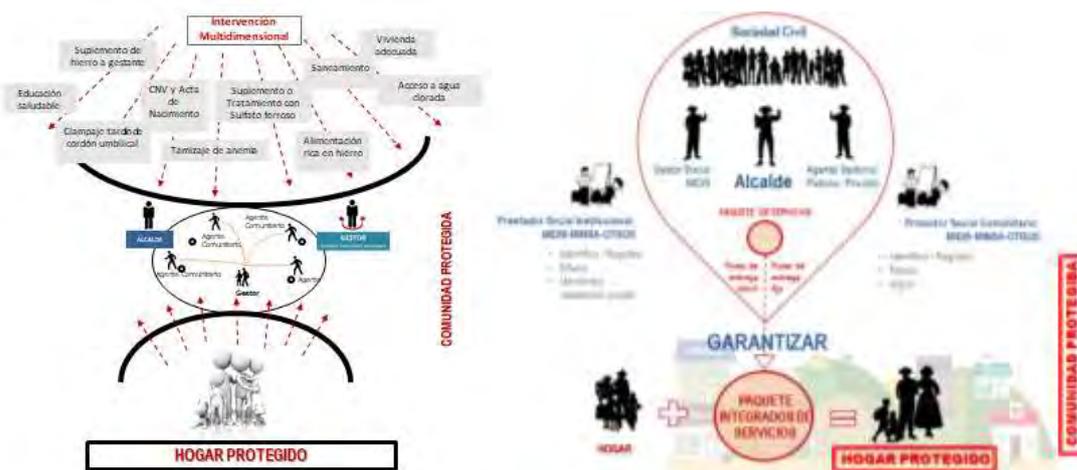


Fuente: Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia - PMLCA. MIDIS, 2018.

La propuesta del MIDIS para la articulación local considera como punto de inicio una intervención multidimensional, necesaria considerando la naturaleza multifactorial de la anemia y la prioridad de trabajar con los diversos sectores presentes en el territorio. Se

espera que de esta forma se canalice e identifique las necesidades, demanda, nudos críticos en relación al desarrollo e inclusión social con énfasis en intervenciones efectivas para la prevención y tratamiento de la anemia, se socialicen los avances y toma de decisiones. El aporte de las IAL permitirá entonces que se gestione esta articulación y se garantice la entrega de un paquete integrado de servicios que permita tener una comunidad y un hogar protegido (Gráfico N° 9).

**Gráfico N° 9: OPERACIÓN DE LA INSTANCIA DE ARTICULACIÓN LOCAL**



Fuente: Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia - PMLCA. MIDIS, 2018.

**META 4: Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación y la prevención y reducción de Anemia:**

Mediante RM N° 078-2019/MINSA (MINSA, 2019a), se aprobó los “Lineamientos para la implementación de Visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la Anemia y Desnutrición crónica Infantil” (Meta 4 – MINSA), cuya finalidad es de “contribuir a la prevención, reducción y control de la Anemia materno infantil y la DCI, a través del fortalecimiento de las acciones institucionales y concurrencia con intervenciones intersectoriales e intergubernamentales” (MINSA 2019a: 1) El grupo objetivo priorizado son los niños menores de 12 meses.

La visita domiciliaria por actores sociales está enmarcada en el Producto 3033251: Familias Saludables (MEF, 2017) del PAN, el cual se ejecuta en los tres niveles de Gobierno, y contempla dos actividades:

- a. “Acciones de municipios que promueven el cuidado infantil y adecuada alimentación”: i) Visitas domiciliarias a familias con menores de 12 meses; ii) Sesiones demostrativas a madres con niños de 6 a 8 meses; iii) Campañas de medicina preventiva y educación sanitaria; iv) Promoción de ferias de productos

con énfasis en alimentos ricos en hierro; y v) Concursos entre comunidades con énfasis en actividades para reducir la anemia.

- b. “Capacitación a Actores Sociales para promover cuidado infantil, lactancia materna exclusiva, adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses” (MINSa, 2019a).

Para la implementación de la visita domiciliaria por actor social, esta norma incluye una serie de fases para la Gestión Local, donde se tiene como pasos (Gráfico N° 10):

- Capacitación a facilitadores y personal de salud.
- Conformación de las Instancias de Articulación Local.
- Mapeo de actores.
- Sectorización.
- Convocatoria, selección, registro y Capacitación a actores sociales.
- Visita domiciliaria.
- Monitoreo, supervisión y registro de la visita domiciliaria.
- Reuniones mensuales de la IAL para el Diagnóstico y seguimiento local.

**Gráfico N° 10: FLUJOGRAMA DEL CUMPLIMIENTO META 4 MINSa**



Fuente: Presentación Meta 4 MINSa. MINSa, 2019

Mediante DS N°026-2019-EF (MEF, 2019), se transfirió al MINSa S/50'000,000.00 (50 millones de soles) a favor de los Gobiernos Locales para financiar “la organización y desarrollo de las visitas domiciliarias en sus jurisdicciones”, para el año 2019. La distribución fue realizada entre los distritos según información del “Padrón Nominal” de diciembre de 2018 (MINSa, 2019). El distrito de Chinchao recibirá 33,544 soles, y Churubamba 59,017 soles (MEF, 2019b). En función a implementar la visita domiciliaria, el MINSa propuso una conformación de la IAL, con un manejo entre el municipio y personal de salud, principalmente, sin mencionar participación de otros actores sociales

o actores locales como los líderes de la comunidad y agentes comunitarios (convocados para desarrollar las visitas domiciliarias) (Gráfico N° 11).

**Gráfico N° 11: AUTORIDADES DE LA IAL Y PRINCIPALES RESPONSABLES DE LA VISITA DOMICILIARIA**

INTEGRANTES	FUNCIONES	PERFIL – CARGO
Presidentes IAL	Convoca a reuniones ordinarias como mínimo mensualmente a través de la Secretaría Técnica.	Alcalde
Secretaría Técnica (ST-IAL)	Conduce las reuniones, hace seguimiento y lleva el registro de estas mediante actas.	Responsable de Gerencia de Desarrollo Social, Sub Gerencia de Salud u otro, dentro de la municipalidad.
Coordinador(es) de Visitas Domiciliarias (VD)	Planifica y organiza las VD junto con el equipo de salud local. Registra y mantiene actualizado el padrón de actores sociales en el distrito. Registra en el aplicativo las VD realizadas por los actores sociales en caso se requiera. Participa en el seguimiento y evaluación de las actividades.	Se recomienda que haya estado relacionado con temas de focalización de hogares (ULE/SISFOH).
Representante de los establecimientos de salud del distrito	Brinda lista de agentes comunitarios de salud para ser considerados como actores sociales del distrito. Valida y asiste a la ST-IAL en la convocatoria y selección de actores sociales.	Responsable de promoción de la salud
Instituciones u organizaciones del distrito	Ayudan en la implementación de las VD. Apoyan a la municipalidad con el mapeo de actores sociales	

Fuente: Guía para el cumplimiento de Visitas Domiciliarias – Meta 4. MINSA, 2019.

En función a lo revisado de la normativa actual en el marco de la lucha contra la Anemia en el Perú, incluido en esta sección, destaca el PMLCA y la Meta 4 - MINSA. Si bien ambos se encuentran activos, el MIDIS, encargado del PMLCA, indicó a partir de la nueva gestión ministerial (Marzo 2019) su apoyo a priorizar la Meta 4 – MINSA, toda vez que se necesita cumplir con las acciones en el nivel local que cuentan con presupuesto público asignado.

## **2.2 Síntesis de investigaciones relacionadas**

Existen diversos análisis de experiencias e investigaciones locales que han sido sistematizadas por organizaciones como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Banco Interamericano de desarrollo (BID). Estas experiencias, permiten conocer, comprender e identificar elementos relacionados con el desarrollo en el nivel local, como por ejemplo la participación de la comunidad, los agentes de

desarrollo e instituciones en dicho nivel, iniciativas locales, metodologías de participación y planificación locales, políticas y procesos territoriales, entre otros. En función a la teoría del desarrollo endógeno, se sostiene que el desarrollo económico local depende también de *“factores endógenos producidos en los territorios locales a partir de la iniciativa de los actores y/o agentes locales”*. Esto implica *“seguir estudiando los procesos de desarrollo territorial y la importancia de sistematizar iniciativas de desarrollo local, con el fin de facilitar investigaciones y aportar a la teoría del desarrollo”* (Quispe y Ayaviri 2012: 72).

A partir de este enfoque, *“se entiende que las acciones pueden resultar de la intervención activa de los diferentes actores y agentes locales de un territorio, siendo ellos mismos los impulsores de las iniciativas y del desarrollo de sus políticas locales”* (Quispe y Ayaviri 2012: 73). Esto implica entonces analizar de manera sistemática los procesos de desarrollo local y la ejecución de las políticas locales, considerando la participación de los diversos actores locales, y cómo ellos contribuyen con las políticas locales en el desarrollo y su articulación con el nivel regional. Las experiencias de desarrollo de una comunidad, permiten corroborar que el desarrollo depende de *“la actuación y participación de los diferentes actores locales que activen el conjunto de potencialidades para la acumulación de capital. La finalidad es responder a problemas como la pobreza, desigualdad, exclusión, desempleo y la mejora de la calidad de vida de la población”* (Quispe y Ayaviri 2012: 73).

A continuación, se incluyen un grupo de experiencias nacionales y regionales, relacionadas con la gestión articulada en el nivel local a favor de la reducción de la DCI y la anemia materno infantil.

#### **Sistematización de la experiencia Estrategia Nacional CRECER-PCM:**

En el 2007 se crea la Estrategia Nacional CRECER, mediante DS 055-2007-PCM (PCM, 2007a) que tuvo como objetivo *“articular a los sectores, programas y proyectos del gobierno nacional, regional y local a favor de la lucha contra la desnutrición infantil y la pobreza”* (González Simon 2016: 46). CRECER consideró dar prioridad a la atención de la salud y sensibilización de las gestantes y menores de 5 años de ámbitos rurales y urbanos marginales. Como indica González Simon (2016), la intervención *“se centró en mejorar las prácticas alimentarias y nutricionales, ampliar el acceso a identidad, promover municipios y comunidades saludables, incrementar la tasa de alfabetización de las madres, dar atención integral a niños y niñas menores de 5 años, aumentar la*

*cobertura de agua y saneamiento y fortalecer el programa de desarrollo y crecimiento de los niños y niñas” (González Simon 2016: 46).*

USAID Perú (2009), sistematiza la experiencia de la Estrategia CRECER en cuatro regiones (Ayacucho, Cusco, Huánuco y San Martín), a partir de un estudio cualitativo que consideró como actores clave: autoridades, miembros de la sociedad civil, funcionarios y operadores de cada ámbito regional en 14 municipalidades. Destaca *“el enfoque territorial, orientado a que los gobiernos locales potencien sus habilidades de conducción de los procesos de desarrollo en su territorio, a partir de un liderazgo basado en su capacidad de concertación y de movilización de recursos”* (USAID 2009: 11). Como avances en el ámbito local distrital, se consideró lo incluido en la Norma Técnica N° 01-2008 (PCM, 2008), que establecía *“una ruta operativa para la implementación de la estrategia bajo el liderazgo del gobierno local”* (USAID 2009: 11), que incluía:

- *“Proceso de Institucionalización de la “Instancia de Articulación y Coordinación”*
- *Proceso de Diagnóstico y Planeamiento*
- *Proceso de Gestión Operativa*
- *Proceso de Monitoreo y Evaluación”.*

Además, se resaltaron como nudos críticos, la falta de buena comunicación y difusión para la incidencia en autoridades, la movilización de actores locales y poca continuidad en la participación institucional, la carencia de una ruta operativa clara en el trabajo comunal, con menor involucramiento de autoridades y organizaciones, la dificultad para concretar planes por falta de presupuesto y la percepción de politización en algunas localidades (USAID 2009: 15).

Asimismo, el estudio de GTZ (2008), sobre CRECER en Huánuco y Ancash, también refiere otros nudos críticos adicionales, la falta de conducción de los programas sociales basados en un Padrón Unificado de Beneficiarios, la dificultad con el trabajo en función al Monitoreo Social como línea para implementar progresivamente acciones locales, el pasar del seguimiento a indicadores de coberturas y la articulación de los programas sociales a evaluar su efectividad y efectos sobre desnutrición y pobreza (que implica indagar por la calidad de los procesos de los programas sociales y de la Estrategia CRECER), y mejorar los mecanismos comunicacionales que utiliza la Estrategia, así como profundizar la transparencia en la información (GTZ, 2008).

Como podemos observar, CRECER ha sido una experiencia base que ha sido hasta cierto punto replicada por el PMLCA, considerando las fases de la gestión local

necesarias para la implementación de una política social, que en su momento fue la DCI y ahora es la Anemia. Es importante observar sus avances y cuellos de botella, pues mucho de esto responde al porque luego del cambio de gestiones municipales o falta de presupuesto, las Instancias de Articulación generadas y promovidas, así como los Planes de Acción, dejaron de realizarse en el nivel local, siendo muy pocos los distritos que continúan con la propuesta.

**Sistematización de la experiencia Tecnología Decisiones Informadas (TDI-CENAN):**

El “Centro Nacional de Alimentación y Nutrición” (CENAN), del “Instituto Nacional de Salud” (INS), propuso en el 2007, la “Tecnología Decisiones Informadas” (TDI), como un sistema de información local que recoge indicadores relacionados con DCI y sus determinantes, a nivel de la comunidad (INS, 2018). TDI contribuye con la gestión local proporcionando información al alcalde, funcionarios y operadores locales, en relación con las principales condiciones observadas a través de indicadores nutricionales; y en base a ellos priorizar acciones para reducir la DCI y anemia (INS, 2017). Para proteger a niños y niñas debe generarse en el distrito condiciones, oportunidades y resultados que les permitan crecer sanos y bien nutridos. Para ello es necesario tomar “decisiones informadas” e invertir en lograr que las seis condiciones que se proponen permitan prevenir la desnutrición crónica y lograr como resultado niñas y niños bien nutridos. Esto se explica con el gráfico siguiente (Gráfico N° 12):

**Gráfico N° 12: CONDICIONES Y RESULTADOS PARA UNA BUENA NUTRICIÓN**



Fuente: Tecnología Decisiones Informadas. INS/CENAN, 2017

Los pasos para la implementación de TDI fueron:

1. Presentación de TDI al alcalde y equipo de gestión.
2. Taller de socialización e inducción, con actores sociales identificados.
3. Medición y vigilancia de las condiciones de los niños.
4. Conocer los resultados y priorizar acciones que disminuyan la DCI.
5. Monitoreo y evaluación de la implementación del Plan Concertado Local.

TDI se logró implementar en más de 100 distritos a nivel nacional, permitiendo tener información actualizada de determinantes sociales en el nivel local, relacionados con la DCI, y que permitía fomentar la planificación y toma de decisiones oportunas a partir de un plan de trabajo. A partir del PMLCA, el MIDIS de manera conjunta con el CENAN, actualizaron la herramienta TDI para su uso en el nivel local considerando determinantes relacionados tanto con DCI y Anemia.

#### **Sistematización de la experiencia SISMUNI – USAID:**

En el 2006, USAID y Management Sciences of Health (USAID, 2006) iniciaron el Proyecto “*Municipios y Comunidades Saludables*” (MCS), centrando su implementación a través de la estrategia “*Familias, Comunidades y Municipios Saludables*”. En este sentido, las líneas de acción estuvieron orientadas a “*fomentar y proteger la salud de las personas a partir del empoderamiento de éstas para el autocuidado y control de su salud, involucrando la participación de líderes comunitarios organizados y fortalecidos en gestión comunal de la salud y de sus determinantes, bajo el liderazgo de las autoridades del gobierno local*” (USAID 2006: 4). En este proceso, los establecimientos de salud y sus gobiernos locales reorientaron sus actividades priorizando el acompañamiento a familias, líderes comunales y autoridades locales a través de acciones educativas y asistencia técnica y (USAID, 2006).

En el caso de la región Ucayali, por ejemplo, la “*Sistematización de la Red de Municipios y Comunidades Saludables*” (RED MCS) de dicha región (MSH, 2015) mostró lecciones de posicionamiento y consolidación de su constitución, además del liderazgo e incidencia de las juntas directivas de la Red, que han sido claves integrando capacidades y recursos municipales para “*colocar en agenda pública las prioridades sanitarias como la DCI, la anemia y mortalidad materna, propiciando acciones de promoción de la salud y el abordaje de los determinantes sociales, desde la gestión territorial en salud*” (MSH 2015: 7).

Se pudo mostrar un trabajo articulado y empoderado que se replicó y contribuyó con mejorar la calidad de vida de la población. Como factores de éxito en el funcionamiento de la RED MCS, se tuvo la institucionalización que permitió posicionar y dar continuidad a las acciones en salud, *“manteniéndose compromisos y el alineamiento social”*, considerando las políticas nacionales orientadas a la disminución de la DCI, anemia infantil y mortalidad materna, acercando así a las municipalidades en *“un trabajo sinérgico y en alianza”* (MSH, 2015).

### **Sistematización de las experiencias de Articulación MIDIS:**

En el marco del inicio de las acciones del PMLCA, el MIDIS generó una sistematización de experiencias locales en gestión articulada, de “19 distritos de los departamentos de Amazonas, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Huánuco, La Libertad, Lima, Moquegua, Piura, Puno y Tacna” (MIDIS, 2018c). Dichos distritos trabajaron en los últimos 4 años de manera articulada “la reducción de la DCI y Anemia”, aunque básicamente, las instituciones que más participaron fueron los municipios, los establecimientos de salud, programas sociales del MIDIS y los colegios.

Entre las lecciones aprendidas se observó que a partir de la rectoría territorial de los Gobiernos Regionales favoreció la gestión articulada a nivel local y facilitó el *“alineamiento de esfuerzos y toma de decisiones orientada a la prevención y reducción de la anemia”*, además de la conformación de Instancias de Articulación Local (IAL), en varios de los casos. El contar con asistencia técnica e información, permitió *“la planificación participativa, el monitoreo de metas compartidas y seguimiento a las acciones territoriales”*. Esto contribuyó a fortalecer las capacidades técnicas locales, considerando una interacción con respeto y pertinencia cultural con familias y comunidad (MIDIS, 2018c).

Las experiencias de cogestión con promotores y autoridades comunales demostraron resultados importantes en la efectividad del *“acompañamiento familiar a hogares con gestantes y niñas y niños menores de 36 meses”*, facilitando el cumplimiento de los compromisos de las familias y la comunidad. Los mecanismos de incentivos muestran resultados importantes en cambiar la inercia de los actores comunitarios, favoreciendo la acción articulada. Además, se observó como principales desafíos incrementar y desarrollar estrategias de mejora de la disponibilidad y acceso a alimentos ricos en hierro de origen animal y mejorar las condiciones de acceso a agua de buena calidad y saneamiento básico en el hogar (MIDIS, 2018c).

### **Sistematización de la experiencia de la MCLCP:**

La “Mesa de Concertación de lucha contra la Pobreza” – MCLCP, a partir del grupo de trabajo de nutrición “Anemia NO”, analizó experiencias exitosas regionales y locales en relación con DCI y Anemia, que fueron implementadas por el sector público y privado (MCLCP, 2018). De 32 experiencias recibidas, analizaron 15 de ellas, a través de un trabajo conjunto entre la MCLCP, PMA y UNICEF, donde se consideró:

#### ***“Articulación intergubernamental”:***

- Importancia de la coordinación entre los tres niveles del Estado para generar logros y compromisos de la Gobernación Regional y alcaldes locales, en función a un “plan de intervención”.
- Considera brindar asistencia técnica al alcalde, IAL y generar instrumentos para la “articulación y mecanismos de incentivos”.

#### ***“Articulación sectorial e intersectorial con enfoque territorial”:***

- La IAL articula instituciones que brindan servicios a la comunidad.
- Para el logro de resultados son importantes los incentivos institucionales y la generación de espacios de análisis y reflexión de lo propuesto.
- Tener un sistema de información para toma adecuada de decisiones (“padrón nominal, coberturas de suplementación, suministros, indicadores, etc.”).

#### ***“Fortalecimiento e intervención de los servicios públicos ligados a la comunidad”:***

- El PAN es importante para financiar intervenciones claves en la reducción de anemia.
- El padrón nominado requiere mayor difusión y promoción, para un “uso efectivo en el seguimiento de las mejoras logradas”.
- Es indispensable la organización de los servicios de salud para: captar oportunamente, y hacer” seguimiento y acompañamiento familiar”.

#### ***“Participación comunitaria y social para la promoción de conocimientos y prácticas dirigidas a las madres y familias”:***

- A través de la vigilancia nutricional contribuir con la reducción de la DCI a través de “la identificación de casos, reflexión y acción a nivel comunal”.
- Los actores sociales tienen un papel importante en la “vigilancia comunitaria”. Un ejemplo son las “madres de vaso de leche” (MCLCP 2018: 3,4).

## **2.3 Marco teórico**

### **2.3.1 Documentos de consenso**

#### **1. Planes y políticas públicas y su relación con la anemia, niñez o desarrollo local articulado.**

La política pública puede conceptualizarse como un curso o una serie de acciones o inacciones que el Estado asume como respuesta a los problemas sociales (Kraft y Furlong, 2004). Este concepto destaca la figura de un Estado que genera acciones a partir de su figura como autoridad pública, en función al poder que se le ha conferido. Asimismo, porque goza de legitimidad (Lahera, 2002). Este tipo de respuesta es el que se observa en la generación o desarrollo de Estrategias nacionales, como la “Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable” (ESNANS) donde se incluía acciones que actualmente viene desarrollando el PMLCA. La ESNANS buscó resolver el problema social de la anemia, desnutrición, sobrepeso y obesidad mediante la intervención de los agentes institucionales, liderado por el Ministerio de Salud, generando diversas acciones con resultados también diversos (Reynoso, 2017).

La implementación de políticas, estrategias o planes, comprende las acciones de las personas o grupos públicos y privados para el logro de los objetivos que se han establecido. En el caso de la Meta 4 – MINSA y el PMLCA del MIDIS, ambos consideran partir de un rol articulador, que conlleva a generar esfuerzos integrados para operativizar las decisiones tomadas en acciones e intervenciones. La formulación de políticas públicas de aproximación formal – institucional, que incluyan el trabajo multisectorial y multinivel, deben de dirigirse a lograr un resultado o meta relacionado con el bienestar social de la población o la “mejora de la calidad de vida” de la misma (Lahera, 2004).

#### **Programas relacionados con la niñez en Latinoamérica:**

A continuación, se añade parte de las experiencias sobre programas en Latinoamérica relacionados con la niñez en los últimos años, considerando un documento de trabajo del MIDIS (2019d) relacionado a la política de Desarrollo Infantil Temprano.

#### **Brasil:**

El programa “Bolsa Familia” fue creado el 2004, adscrito al Ministerio de Desarrollo Social. En su implementación también intervienen los gobiernos estatales y municipales. Este programa busca *“combatir la pobreza y la desigualdad en el país, a través de transferencia monetaria condicionada, asistencia social y seguridad alimentaria y nutricional, orientadas a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema”* (MDS,

2016). Consiste en un estímulo económico sujeto a ciertas condicionalidades que las familias deben cumplir, como la concurrencia a los centros de salud para mujeres gestantes y menores de 7 años. Las familias del programa con niños de hasta 7 años tienen acompañamiento de peso y altura para cada fase de crecimiento, además de la exigencia de estar al día en las vacunaciones. Las gestantes beneficiarias también reciben seguimiento de su periodo prenatal y orientaciones durante toda la fase de lactancia. En el marco de esta política hacia el 2016 se inició la implementación del programa Criança Feliz (Niño Feliz) a nivel nacional (MDS, 2016).

El programa nacional Niño Feliz surgió como una importante herramienta para que familias con niños menores de seis años puedan contar con herramientas para promover su desarrollo integral. Niño Feliz consolidó la oferta intersectorial e interinstitucional de servicios de protección, cuidados y educación dirigidos a los beneficiarios del Programa Bolsa Familia. Su finalidad es “*promover y defender los derechos de los niños*” y ampliar las políticas que promuevan el “*desarrollo integral de la primera infancia*”, brindando seguimiento y orientaciones importantes para fortalecer los vínculos familiares y comunitarios y estimular el desarrollo infantil (MDS, 2016).

Está centrado en la orientación a las familias sobre las mejores formas de estimular el desarrollo de los hijos mediante visitas domiciliarias que apuntan al perfeccionamiento de las competencias de las familias para romper la “*transmisión de la pobreza intergeneracional*”, reducir la violencia y el abandono escolar y mejorar la escolaridad infantil. La atención prioriza gestantes y niños de hasta 3 años beneficiarios de programa social Bolsa Familia, y de hasta 6 años con discapacidad. Los objetivos del programa Niño feliz son:

- a) Promover el desarrollo infantil integral;
- b) Apoyar a la gestante y a la familia en la preparación para el nacimiento del niño;
- c) Cuidar al niño en situación de vulnerabilidad hasta los seis años de edad;
- d) Fortalecer el vínculo afectivo y el papel de las familias en el cuidado, la protección y la educación de los niños;
- e) Estimular el desarrollo de actividades lúdicas;
- f) Facilitar el acceso de las familias atendidas a las políticas y servicios públicos que necesiten (MIDIS, 2019d).

#### **Chile:**

El año 2006 el gobierno chileno creó el subsistema Chile Crece Contigo (ChCC, 2018) con el objetivo de “*garantizar un ambiente saludable para el desarrollo de los niños y*

*niñas y la realización de sus derechos mediante intervenciones intersectoriales”* (ChCC, 2018). Este subsistema incluye controles de salud desde el período de gestación hasta su acceso del niño o niña al sistema educativo. Atiende temas relacionados con salud, educación, ámbito familiar y desarrollo comunal. Se desarrolla por medio de servicios sociales municipales coordinados por el Ministerio de Desarrollo Social, el cual es responsable de su administración, coordinación, supervisión y evaluación de su implementación. ChCC tiene tres componentes principales:

- a) Programa Eje denominado Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB).
- b) Prestaciones Garantizadas.
- c) Acceso preferente a las familias de los niños y niñas beneficiarias del Subsistema a la Oferta de Servicios Públicos.

Además de estos tres componentes, el sistema considera iniciativas educativas y legales pensando en desarrollar una cobertura universal para proteger a los niños y niñas frente a riesgos de diversa índole (MIDIS, 2019d).

Tempranamente Chile adoptó el enfoque de integralidad para la medición del DIT pues no solo hacen seguimiento a los indicadores de crecimiento de los niños y niñas, sino también a los indicadores de su desarrollo psicoafectivo. El sistema de seguimiento también prevé evaluaciones para medir los efectos de las intervenciones (tanto en lo poblacional como en lo nominal) incorporando de esa manera el enfoque preventivo del seguimiento pues les permite identificar riesgos potenciales o posibles alteraciones que interfieran con el DIT y tomar acciones para atenderlas. Esto guarda relación con el propósito del sistema que es asegurar que los niños y niñas que presenten algunas alteraciones en su desarrollo puedan recibir una atención adecuada en salud, lo más integral posible. El sistema reconoce que algunos factores que pueden alterar el desarrollo no son solamente aspectos de salud sino también aspectos como la calidad de la vivienda, el empleo y nivel educacional de los padres, entre otros factores; es por ello que para el seguimiento y la evaluación de ChCC también se toma en cuenta la información del Registro Social de Hogares (RSH) (MIDIS, 2019d).

### **Colombia:**

En el marco del “sistema de protección social” colombiano, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es la institución que viene coordinando la mayoría de programas que brindan asistencia social infantil, incorporando las intervenciones de guarderías y Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar (HCBF). Los HCBF atienden las necesidades básicas desde los seis meses hasta los cinco años (salud, nutrición, afecto, protección y desarrollo psicosocial), cuando pertenecen a *“familias clasificadas*

en los niveles uno y dos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales” (SISBEN) (MIDIS, 2019d).

El ICBF lidera la implementación territorial de la *Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia “De Cero a Siempre”* y *“promueve la participación y movilización social en torno a la protección integral de la primera infancia como prioridad social, política, técnica y financiera”*. *“De Cero a Siempre”* busca *“aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, sociedad civil y cooperación internacional, en favor de la Primera Infancia de Colombia”*. Esta estrategia reúne acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, para brindar una atención Integral efectiva, en relación con los derechos de niños y niñas menores de cinco años. Sus objetivos generales son:

- “a) Garantizar el cumplimiento de los derechos de niñas y niños en primera infancia;*
- b) Definir una política pública de largo plazo en materia de sostenibilidad técnica y financiera, universalización de la atención y fortalecimiento de los territorios,*
- c) Garantizar la pertinencia y calidad en la Atención Integral a la Primera Infancia;*
- d) Sensibilizar y movilizar a toda la sociedad colombiana; y*
- e) Hacer visible y fortalecer la familia como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano”.* (De Cero a Siempre, 2018).

Los pilares de esta política son: a) el desarrollo integral, b) la acción intersectorial y c) el enfoque territorial. Asimismo, la política concibe al niño y la niña como seres sociales, seres singulares y seres en la diversidad lo cual implica un abordaje de gestión pensado más desde la demanda que desde la oferta de servicios. La atención integral comprende *“el cuidado y crianza; el ejercicio de la ciudadanía y participación; Salud, alimentación y nutrición; Recreación; y Educación inicial”*. Al igual que el DIT en Perú, la política propone el logro de siete aspectos: *“a) Crece en entornos que favorecen su desarrollo; b) Construye su identidad en un marco de diversidad; c) Expresa sentimientos, ideas y opiniones y estos son tenidos en cuenta; d) Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante situaciones de riesgo o vulneración; e) Cuenta con padre, madre o cuidados que lo acoge y favorece su desarrollo integral; f) Vive y disfruta del nivel más alto de salud; y g) Goza y mantiene un estado nutricional adecuado”* (MIDIS, 2019d).

### **México:**

Si bien no cuenta con una “estrategia nacional de atención a la primera infancia”, existen programas sociales con varios años de implementación que atienden el DIT. Se tiene tres servicios de atención con más de 10 años de antigüedad:

- El Programa Estancias Infantiles (2007) de la “Secretaría de Desarrollo Social” (SEDESOL), *“financia servicios de cuidado para niños de 13 a 72 meses en 2.004 localidades, de madres que trabajan o que buscan empleo y de padres solteros”*.
- Las Guarderías Instituto Mexicano del Seguro Social (1974), atienden a *“205.203 niños en 320 municipios y provee servicios de cuidado para personas afiliadas al seguro social”*.
- El Programa de Educación Inicial (1982), que trabaja *“con madres o cuidadoras de niños de 0 a 48 meses en 27.903 localidades rurales o urbano-marginales. Se enfoca en niños sin acceso a otros servicios de desarrollo infantil y atiende a 452.599 familias en cuatro ejes temáticos: cuidado y protección infantil; desarrollo personal y social; lenguaje y comunicación; y exploración y conocimiento del medio”*. (Araujo 2013: 113-114; MIDIS, 2019d).

Asimismo, el *“Programa de Transferencias Condicionales a familias en condiciones de Pobreza”*, PROSPERA, ya incluye un componente de DIT en sus talleres comunitarios dirigidos a madres y padres de familia. Otra estrategia identificada son los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI). Los CENDI eran originalmente llamadas “guarderías” y tenían como objetivo *“cuidar y proteger a los hijos de las madres trabajadoras durante su jornada laboral”*; en la actualidad brindan los servicios de cuidado, desarrollo y crecimiento, mediante dos modalidades de atención a niños de 0 a 6 años. La primera es la modalidad institucional que atiende a los niños 40 horas semanales y la segunda es la modalidad no escolarizada en la que los niños y niñas asisten 2 veces por semana y son atendidos de forma integral (MIDIS, 2019d).

### **Uruguay:**

En 2012, la “Oficina de Planeamiento y Presupuesto” crea el programa “Uruguay Crece Contigo”, que paso luego a ser una dirección nacional dentro del MIDES. En el 2015 se crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), con el objetivo de *“generar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado”*, que tiene como uno de sus cuatro grupos poblacionales objetivos, a la infancia (Sistema de Cuidados, 2015).

Uruguay Crece Contigo (UCC) es *“una política pública de cobertura nacional que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia que promueva, fortalezca y articule respuestas integrales que garanticen a todas las mujeres embarazadas, los niños y las niñas el pleno ejercicio de todos sus derechos”* (MIDES,

2019). Para ello desarrolla *“acciones universales y focalizadas que garantizan los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones”* (MIDES, 2019).

Cuenta con cuatro líneas estratégicas asociadas al cumplimiento de los ejes estratégicos del MIDES: *“a) Derechos desde el comienzo de la vida y plan de crianza, b) Programas de atención temprana, c) Barrios para crecer, y d) Gestión del conocimiento e innovación para la primera infancia”*. Se organiza en tres componentes:

1. **Protección Integral a la Primera Infancia:** promueve condiciones necesarias para brindar a los niños su derecho al buen comienzo de la vida, contribuyendo a consolidar un “Sistema de Protección Integral” basado en la intersectorialidad.
2. **Territorios para Crecer:** Para promover el DIT con un enfoque territorial con énfasis en la igualdad de oportunidades desde el comienzo de la vida.
3. **Gestión del conocimiento e innovación para la Primera Infancia:** Para promover la gestión social del conocimiento al servicio del DIT y la generación de respuestas innovadoras (MIDES, 2019).

UCC busca *“disminuir la incidencia de los factores de riesgo socio sanitarios que condicionan el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 4 años”*, trabajando en cinco áreas: *“i) control de salud desde el embarazo; ii) monitoreo del estado nutricional de madres y niños; iii) orientación sobre pautas de crianza y estimulación del desarrollo infantil; iv) consejería sobre lactancia materna y prácticas de alimentación, entornos saludables y prevención de enfermedades y accidentes; v) involucramiento paterno en la crianza de niños y niñas”* (MIDIS, 2019d).

En función a estas experiencias internacionales señaladas, se observa que los gobiernos regionales y locales deben promover el desarrollo teniendo especial énfasis en el DIT, y deben poder contar con políticas sectoriales y territoriales diseñadas y adaptada para cada nivel, además de contar con la participación de la población. El desarrollo regional debe darse a partir de una propuesta articulada con las provincias y distritos, pero también con las políticas interregionales de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. Esta misma propuesta debe ocurrir en el nivel local, donde no se debería de repetir las políticas regionales, sino tener una mejor adaptación de las mismas, priorizando las diversas necesidades locales (Ottone, 2018).

## **2. Descentralización del Estado y la Gestión territorial en el nivel local**

Como indican Antúnez y Galilea (2003), *“En América Latina y el Caribe, la descentralización se encuentra apoyada en dos visiones, una primera ... plantea que al disminuir la influencia del Estado los servicios se vuelven más eficientes y se reduce el tamaño y el peso del Estado. La segunda visión sostiene que al descentralizar se aumenta la participación ciudadana, se democratizan los procesos políticos y sociales, acercando las políticas sociales a la comunidad”* (Antúnez y Galilea 2003: 17). A través de la descentralización, se puede observar cómo se accionan las políticas públicas generadas con la participación de la población de manera directa, como son las juntas vecinales u organizaciones de base, por ejemplo (Antúnez y Galilea, 2003).

Sobre la descentralización a nivel nacional, Torres (2016), indica que *“los desafíos consisten en establecer mecanismos que viabilicen los canales de coordinación intergubernamental, que propicien la autonomía y acompañen los procesos de gestión local para fomentar la apropiación de los actores locales involucrados en las nuevas perspectivas de relacionamiento entre el Estado y la sociedad civil”* (Torres 2016: 13). Este tipo de procesos se dan tanto en el nivel regional como el local, y en ambos casos se resalta mucho la voluntad política, notoriedad y liderazgo que pueda tener la autoridad, no dejando de lado la importancia de involucrar a los diversos actores en el territorio y las acciones a generar de coordinación o articulación (Torres, 2016).

Por otro lado, Alcázar y Lobatón (2006), señalan que, en *“el nuevo esquema de gestión local..., los municipios participan en la definición de planes de adquisiciones, en la refocalización, en el planeamiento de los sistemas de distribución, en la supervisión de la operación y los resultados de los programas, así como en los procesos de adquisición. Además,...los municipios distritales... asumen algunas funciones específicas en la gestión de programa (por ejemplo, en cuanto a la distribución de productos)”* (Alcázar y Lobatón 2006: 40). En ese sentido, los procesos de transferencia de planes y recursos generan también algunos cambios en la estructura de los gobiernos locales para poder adaptarse a desarrollar estas funciones, lo que ha implicado que se generen más diferencias en relación a municipios que puedan abordar estos temas y otros que todavía no lo hacen (Alcázar y Lobatón, 2006).

Asimismo, en relación a la normatividad, Rojas (2015), señala que la Ley Marco del Presupuesto Participativo, tiene como finalidad *“recoger aspiraciones y necesidades de la sociedad, considerarlas en los presupuestos y promover su ejecución a través de*

*programas y proyectos prioritarios, de modo que les permita alcanzar objetivos estratégicos de desarrollo humano, integral y sostenible”* (Rojas 2015: 39-40). Así, se observa la importancia del rol de los agentes participantes en el sentido de conocer si están realmente preparados para asumir esta responsabilidad, pues luego en el futuro se les exigirá mostrar resultados. La toma de decisiones y de poder político ciudadano están ligados al problema de débil acceso a información y a capacitación, en el que los actores sociales demandan mayor conocimiento y socialización de la base normativa y técnica, reconociendo que esto retarda el empoderamiento que la ciudadanía viene adquiriendo paulatinamente (Rojas, 2015).

Hernández (2012), señala que *“los procesos de desarrollo local transcurren en un territorio específico”*, es decir, el desarrollo local es el desarrollo territorial, y el territorio no es solo un espacio físico, sino que debe ser visto como *“un lugar donde suceden las cosas como una construcción social”* (Hernández 2012: 15). Este autor destaca lo dicho por Pino (2008) en relación a que *“El territorio es a la vez condicionador y condicionado por y desde las acciones de los actores y las comunidades”*. El territorio entonces requiere *“de la animación y movilización de los actores, pero no se puede reducir a proyectos y no depende de datos, estadísticas, informes, proyectos o valoraciones de expertos”* (Hernández 2012: 16). Se habla entonces de un efecto dinámico, que se da a partir de la sensibilización, formación, y persuasión, a los actores, decisores y beneficiarios, para que puedan *“agentes conscientes y conciencia colectiva del desarrollo”* (Hernández, 2012).

Hernández (2012), destaca también la gestión territorial, sustentada en la gestión del liderazgo de su autoridad y en los procesos de articulación que éste pueda generar, y señala lo indicado por Pino (2008), que *“alienta, conduce, controla, evalúa y ajusta con una política democráticamente compartida, de acción participativa, que propenda conscientemente el equilibrio dinámico entre eficiencia, equidad y ecología, ... que potencien solidaridad, justicia social, calidad de vida y uso racional de los recursos endógenos, de modo que se garantice el desempeño ascendente del bienestar social presente y futuro”* (Hernández 2012: 16).

De esta manera, el enfoque de gestión territorial ha cobrado importancia en el país en los últimos años, y es a partir de aquí que se puede implementar las diversas políticas o prioridades, considerando diversos aspectos, como los observados por TAREA y UNICEF (2017), en relación con el trabajo en “Educación Intercultural Bilingüe” (EIB) del Ministerio de Educación (MINEDU). Aquí se destaca *“al territorio no solo como espacio*

físico y geográfico, sino como espacio social en el que familias y comunidades interactúan poniendo en juego valores culturales, saberes útiles para el desarrollo de actividades económicas y sociales, lo que configura una **identidad**” (TAREA y UNICEF 2017: 7). Este enfoque territorial plantea comprender y valorar la situación y los procesos sociales y culturales que impactan en las acciones a desarrollar. También ayuda a ver al territorio como “espacio de interacción entre diversos actores sociales poseedores de valores y conocimientos que crean una forma de ser comunidad”, y que a partir de ello se da la participación social y comunitaria (TAREA y UNICEF, 2017).

### **3. Gestión y Articulación local**

Leyton (2018) recoge lo indicado por la FAO (2013), en relación con “La articulación local de los distintos programas públicos y privados es uno de los principales desafíos para promover el enfoque territorial del desarrollo rural, destacando que la participación de distintos actores estimula los procesos de aprendizaje por interacción” (Leyton 2018: 10), así como la generación de acciones conjuntas. En ese sentido, analizar la realidad y acciones de actores locales e institucionales en el nivel local permite identificar oportunidades de cooperación pensando en mejores resultados en el desarrollo de las acciones a proponer en función al problema detectado (Leyton, 2018).

Leyton (2018) destaca los seis niveles de la articulación, propuestos por Corbett y Noyes (2008), “según la intensidad de la coordinación de los programas:

- (i) *comunicación, el nivel en el que se discute e intercambia información;*
- (ii) *cooperación, donde se establecen grupos de trabajo o comités que se prestan apoyo general y que intercambian información sobre los programas, servicios y objetivos de otros;*
- (iii) *coordinación, que se caracteriza por la presencia de acuerdos interinstitucionales formales para coordinar, y donde las agencias e individuos se involucran en la planificación conjunta y en la coordinación de agendas, actividades, objetivos y eventos;*
- (iv) *colaboración, donde agencias, individuos o grupos renuncian voluntariamente a una parte de su autonomía con el fin de alcanzar ganancias mutuas o resultados, lo que implica una administración funcional centralizada;*
- (v) *convergencia, que es la real reestructuración de los servicios, programas, membrecías, presupuestos, misiones, objetivos y personal, con disposiciones contractuales de reasignación de fondos, recursos compartidos y una agencia rectora, y*
- (vi) *consolidación, en que se cuenta con planes y presupuestos multiagenciales y multidisciplinarios, equipos interagenciales para el suministro continuo de*

*servicios, una planificación fusionada, capital humano y activos fijos compartidos*” (Leyton 2018: 15).

Acuña y Repetto (2006), definen a los actores que interactúan (ya sea del sector público, privado, o sociedad civil), como: *“sujetos individuales o colectivos con capacidad de acción estratégica, lo que implica la capacidad de identificar intereses, definir objetivos en función de los mismos, diseñar un curso de acción para alcanzar estos objetivos y contar con relativa autonomía para implementar dicho curso de acción”* (Acuña y Repetto 2006: 9). Asimismo, señalan que estos actores cuentan con capacidades de negociación, para *“influir en espacios de formulación y gestión de acciones político/gubernamentales”*; capacidades para comprender el contexto y recoger información clave para realizar un diagnóstico político-social que permita luego planificar sus acciones y representar a su comunidad en *“espacios de liderazgo expresando legitimidad, autoridad y representación de un grupo”*; capacidades de movilización social para convocar diversos actores y expresar sus intereses, además de capacidades de acción colectiva (Acuña y Repetto, 2006).

Además, mencionan que estas capacidades, a su vez, deben reflejarse o conllevar a que se generen, tres capacidades importantes en la gestión local, como son la *“capacidad organizacional”* que permite definir roles, funciones, procedimientos y mecanismos administrativos para la gestión de las acciones y los recursos humanos; la *“capacidad presupuesta”* para llevar adelante su labor y enfrentar los problemas sociales; y la *“capacidad política”* vista como la responsabilidad de liderar y coordinar un sistema de políticas, programas y planes, definiendo objetivos, recursos, estrategias y acciones, y teniendo la autoridad de gestionar adecuadamente procesos y coordinar acciones (Acuña y Repetto, 2006).

De esta forma, los esfuerzos desarrollados en el nivel local para aliviar la pobreza, *“no solo se deben emprender acciones multidimensionales dirigidas a individuos o familias, sino también nivelar las capacidades en el territorio y ampliar la estructura de oportunidades que hay en él”* (Leyton 2018: 23). En ese sentido, una propuesta de articulación en el ámbito local no solo debe incluir la capacitación de gestores o profesionales que estén informados de la oferta pública local disponible y trabajar con las familias y comunidad para que accedan a ella, sino que además debe hacer un uso eficiente y adecuado de los recursos existentes y la oferta debe de adecuarse a las necesidades observadas en el territorio (Leyton, 2018).

Como lo señala Vargas Machuca (2014), en el marco de las funciones y transferencias económicas realizadas a los gobiernos subnacionales en el país, se han promovido acciones de articulación intergubernamental e intersectorial para la acción de la política social, y una de las más importantes fue la “Estrategia Nacional Crecer” que se autodefinía como una *“intervención articulada de las entidades que conforman el gobierno nacional, regional y local vinculados a la lucha contra la desnutrición crónica infantil de los menores de cinco años”* (Vargas Machuca 2014: 48). En este sentido, Acuña y Repetto indicaron que la *“articulación es asumida como un proceso que suma actividades que posibilita sinergias institucionales en base a objetivos específicos”* (Acuña y Repetto, 2009).

Dentro de un modelo de gestión local articulada destacan, como hemos visto, una serie de pasos que inician con la conformación de una IAL y el mapeo de actores. Ambos componentes necesitan de la figura del alcalde y de su liderazgo como gestor de la política pública. El liderazgo es lo que permite una mejor coordinación entre las distintas instituciones públicas. Para el caso de los *Programas Articulados de Desarrollo (PAD)*, del FONCODES, Vildoso (2001) reconoce que el liderazgo del alcalde era un factor de éxito. Cuando el alcalde estaba involucrado en el proyecto, este avanzaba eficientemente; pero cuando cambiaba el alcalde, afectaba negativamente el proceso (Vildoso, 2001). Asimismo, Reátegui (2018) señala que, a partir de su revisión del Programa Tambos (actualmente PAIS), es necesario que haya voluntad política a nivel multisectorial, desde los ministerios hasta los funcionarios públicos, para que la política pública tenga éxito. También refiere que en los programas de Primera Infancia se recomienda que haya un liderazgo fuerte, con voluntad política constante que permita que el proyecto tenga visibilidad y respaldo en la opinión pública (Reátegui, 2018).

Las IAL han funcionado en diversos momentos, con diferentes nombres y para diversos fines o políticas. Así, Reátegui señala que como mesas de trabajo han sido relevantes para entender cómo es que funciona la articulación entre los distintos actores de la política pública. Para la “política pública” del MIMP, estas se reunían trimestralmente con todos los representantes para discutir el avance del Plan de Acción. Esta discusión tenía que ser evaluada con indicadores y matrices definidos anteriormente (MIMP, 2015). En el caso del PAD, las Mesas de Concertación entre los distintos niveles de Gobierno servían para que los representantes traten directamente con los Gobierno Regionales. De esta manera se podía ejecutar el presupuesto de manera eficiente. En los Programas de Primera Infancia, los grupos técnicos se juntaban cada quince días; mientras que los grupos políticos solo se juntaban una vez al año (Reátegui, 2018).

Asimismo, sobre el plan de trabajo, Reátegui indica que también es útil para entender la coordinación intergubernamental en las políticas públicas. Los aprendizajes que se pueden sacar de la experiencia brasilera es que es más importante tener mecanismos operacionales y con respaldo político que estructuras súper-burocráticas centralizadas cuando se realizan políticas públicas intergubernamentales. En el Programa Hábitat, por ejemplo, había un Acuerdo de Coordinación, en donde los tres niveles de Gobierno tenían que suscribirlo, y donde los mecanismos de coordinación están en regla con una serie de procedimientos claramente establecidos (Reátegui, 2018).

A partir de la articulación en el nivel local, se puede conocer y comprender la pobreza y la vulnerabilidad social como *“un fenómeno complejo y multidimensional, cuya solución requiere de la acción conjunta de distintos sectores del Estado. Asimismo, se entiende que tales problemáticas comprenden dimensiones que superan al individuo, siendo necesario abordar otros elementos como el contexto familiar y entorno”* (Leyton 2017: 4). La creciente amplitud y diversificación de funciones del Estado, con una prioridad al tema social y las problemáticas sociales, genera la necesidad de integrar las diversas acciones en función a desarrollar planes o estrategias multisectoriales, por lo que estos aspectos han sido considerados en la elaboración del PMLCA (Leyton, 2017).

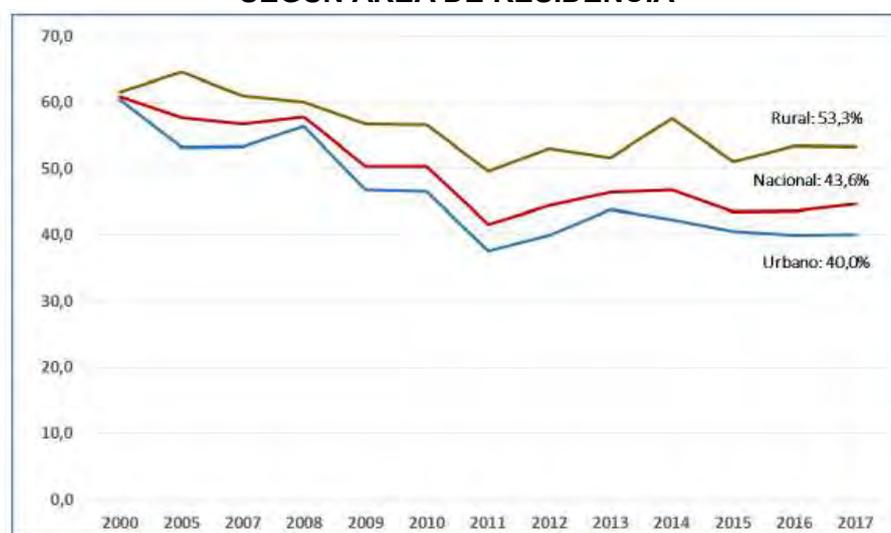
Bajo esta constatación realizada por Leyton (2017), la coordinación o articulación vendría a ser *“el proceso mediante el cual se genera sinergia (...acción conjunta de dos o más actores, y cuyo valor supera su simple suma) entre las acciones y los recursos de los diversos involucrados en un campo concreto de gestión pública, al mismo tiempo que se construye... un sistema de reglas de juego, formales e informales, a través de las cuales los actores involucrados encuentran fuertes incentivos para cooperar, más allá de sus intereses e ideologías particulares, por lo general, en conflicto”* (Leyton, 2017).

A partir de lo indicado, se puede observar que la articulación intersectorial debe tener como objetivo brindar servicios integrales que respondan al conjunto de necesidades de las personas, familias y comunidades. Esta integración, según Martínez Nogueira (2007), citado por Leyton (2017), *“procura darle a la intervención del Estado una mayor coherencia e impacto, a través de la convergencia de las diversas intervenciones a favor del receptor”* (Leyton, 2017).

#### 4. La evolución de la anemia, factores determinantes y modelo conceptual

A continuación, se incluye en esta sección parte de la información descrita en el documento técnico del PMLCA, en el capítulo 2 relacionado con Anemia Infantil (MIDIS, 2018a). En el Perú, considerando que a nivel nacional en el 2018 la anemia afectó al 43.5% (INEI, 2019a) de niñas y niños menores de 36 meses de edad, se ha priorizado las intervenciones y acciones que realiza el Estado para su reducción. La “prevalencia de la anemia es más alta en el área rural, afectando al 53.3% de niñas y niños menores de 36 meses y en la zona urbana al 40% en promedio” (INEI, 2018b) (Gráfico N° 13).

**Gráfico N° 13: TENDENCIA DE LA ANEMIA EN MENORES DE 6 A 35 MESES SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA**

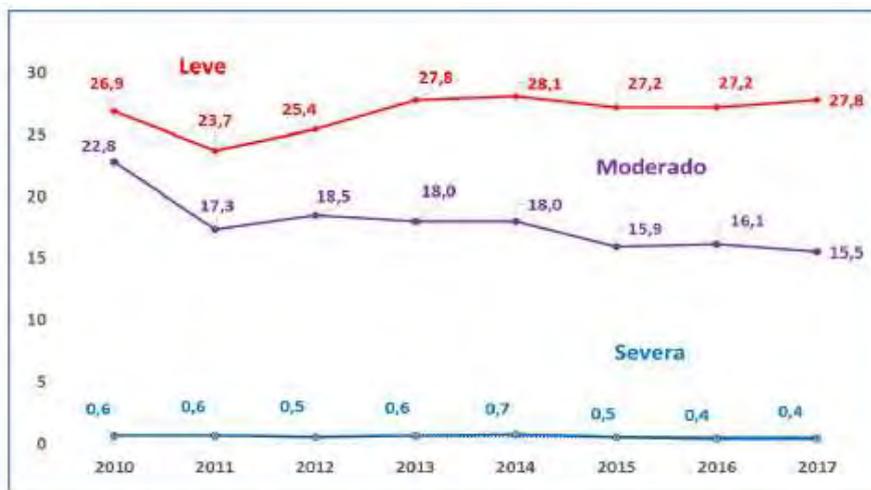


Fuente: INEI, 2018. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017.

La anemia en la sierra y selva afecta al 52% y 53.6% de los niños y niñas, respectivamente, y en la costa al 36%. Es evidente que “este problema afecta en mayor dimensión a hogares del quintil más pobre (55.3%) que del quintil menos pobre (26.3%)” (INEI, 2018a). Otro factor determinante es que afecta más en hogares con madres sin nivel educativo o nivel de educación primaria (52%), que en hogares con madres con educación superior (34%) (INEI, 2018b, MIDIS, 2018a).

Del 43,6% de niñas y niños con anemia de 6 a 35 meses, el 27,8% presenta anemia Leve, el 15,5% anemia en condición moderada y sólo 0,4% tiene anemia grave (INEI, 2018b) (Gráfico N° 14). No obstante, es preciso notar “que la anemia moderada se ha venido reduciendo en los últimos siete años al pasar de 22,8% a 15,5%, para el 2010 y 2017, respectivamente. Por el contrario, la anemia leve y severa se han mantenido en los valores de 27,0% y 15,5% para los mismos años de referencia” (MIDIS 2018a: 31).

**Gráfico N° 14: TIPO DE ANEMIA EN MENORES DE 6 A 35 MESES SEGÚN CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA**



Fuente: INEI, 2017. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017.

El “grupo etario más afectado son las niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, donde alcanza cifras del 59.6%, siendo el período más crítico para el DIT, dada la acelerada evolución neurológica que se registra en esta etapa de vida” (MIDIS 2018a: 32) (Gráfico N° 15). Esto podría estar relacionado con “las reservas de hierro formadas durante la gestación y el momento del parto. Asimismo, el bajo peso al nacer (inferior de 2,500 gr), el nacimiento prematuro antes de las 37 semanas de gestación, el embarazo adolescente, son condiciones de riesgo que podrían favorecer la prevalencia de anemia en niños menores de 12 meses de edad” (MIDIS 2018a: 32).

**Gráfico N° 15: CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA EN LA PRIMERA INFANCIA**

La deficiencia de hierro afecta:



Fuente: Barth, R.P., Scarborough, A., Lloyd, E.C., Losby, J., Casanueva, C., & Mann, T. (2008).

Además, las niñas y niños de 4 y 5 meses presentan valores de anemia de 5,3% y 10,1% respectivamente, lo que se incrementa a los 6 meses a 58,6% (INEI, 2018b). Esta situación “conlleva a trabajar de manera temprana en los niños con 4 meses, incrementando la oferta de hierro a través de la suplementación” (MIDIS 2018a: 32). En relación con la prevalencia de anemia por regiones, tal como se aprecia en el Gráfico N° 16, Puno sigue siendo la región con mayor prevalencia con 67,7% de niñas y niños

con anemia, seguida de Pasco con 58,7%, Loreto con 57,4%, Junín con 57,0%, Ucayali con 56,4%, Huancavelica con 55,8%, Madre de Dios con 54,8%, Cusco con 54,2% y Apurímac con 53,2% (INEI, 2018b).

**Gráfico N° 16: LA ANEMIA EN EL PERÚ AL 2018**



**Acciones tomadas para enfrentar la Anemia**

En el marco del “Pacto Nacional para la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil” (PCM, 2017), todos los Gobiernos Regionales suscribieron pactos regionales y/o aprobaron Ordenanzas Regionales para “asegurar la voluntad política de las autoridades regionales y locales, oficializando metas regionales anualizadas al 2021 para la reducción de la DCI y Anemia” (MIDIS 2018a: 35). Sin embargo, según el último reporte de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” - ENDES 2017 (INEI, 2018); sólo las regiones Callao y Arequipa cumplieron con dicha meta mencionada en los pactos regionales.

Como ya se ha señalado, desde los sectores de Salud y Desarrollo e Inclusión Social, se han formulado planes sectoriales para reducir la anemia y DCI en el país. El “Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, 2016-2021” (MINSAs, 2017b), plantea 15 intervenciones efectivas en el marco de los Programas Presupuestales “Articulado Nutricional” y “Salud Materno Neonatal”. Por su parte, el “Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores

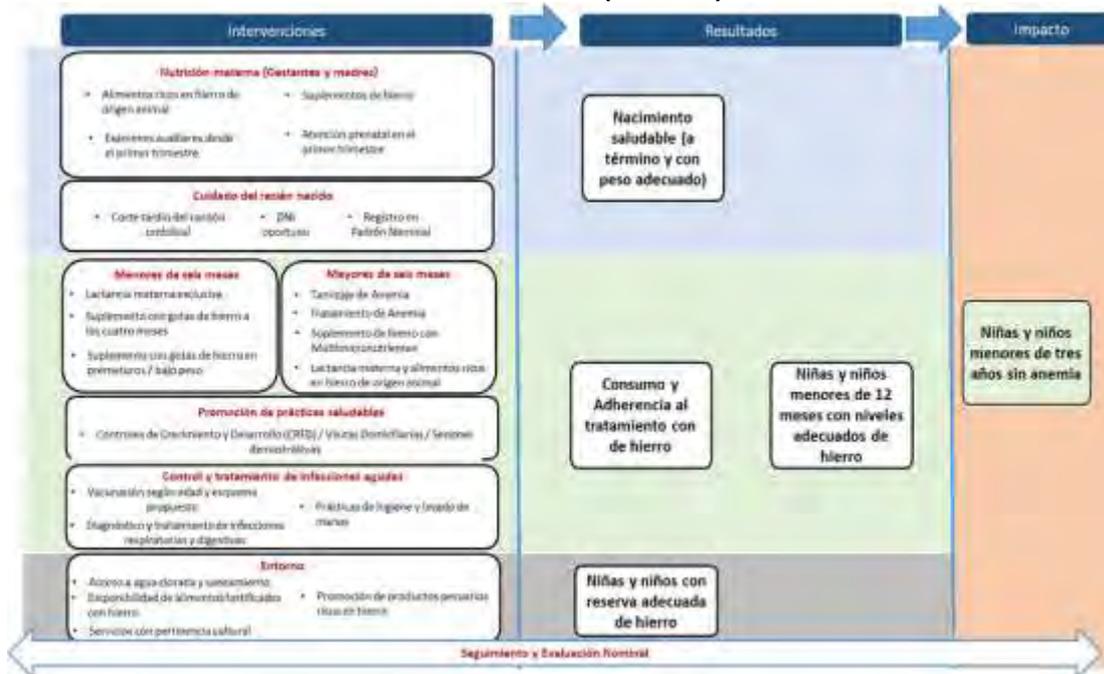
de 36 meses, 2017-2021” (MIDIS, 2017), promueve “12 intervenciones efectivas en el marco de los Lineamientos “Primero la Infancia” correspondientes a los resultados “Nacimiento Saludable” y “Adecuado estado nutricional”” (MIDIS 2017: 15).

A ello se suma, las “Campañas para la reducción de la anemia infantil” organizadas por el MINSA en el marco de su “Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia materno infantil y la desnutrición crónica en el Perú” (MINSA, 2017b), y, desde el MIDIS, el MEF y las regiones del país, se viene dando el “Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales” (FED) (MIDIS, 2016b), que *“incentiva que las entidades entreguen un paquete de servicios adecuado y oportuno, de manera articulada”*. Las acciones antes señaladas, constituyen un conjunto de acciones importantes que han permitido tener un abordaje para la prevención y reducción de la anemia en el país, sin embargo, este tipo de acción sectorial (cada institución o sector generó su propio Plan, antes del PMLCA) no ha sido suficiente para disminuir la prevalencia de anemia en el país durante el año 2018.

### **Factores determinantes y modelo conceptual de la anemia**

Como indica el PMLCA, “las causas de anemia son múltiples y existe una extensa evidencia que demuestra que la prevalencia de anemia puede explicarse por diversos factores y determinantes sociales” (MIDIS 2018a: 38). En el Perú la anemia se produce principalmente por la falta de hierro, lo que implica que la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de los valores normales esperados según la edad y sexo básicamente. Ello ocurre *“a consecuencia de múltiples factores, entre los cuales destaca de manera directa la ingesta inadecuada de hierro en la dieta, así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas como diarreas y parasitosis. Otros factores determinantes asociados que agudizan el problema de la anemia son la pobreza, las condiciones de vivienda y saneamiento, prácticas de higiene, conocimiento y educación sobre anemia, entre otros”* (MIDIS 2018a: 38) (Gráfico N° 17).

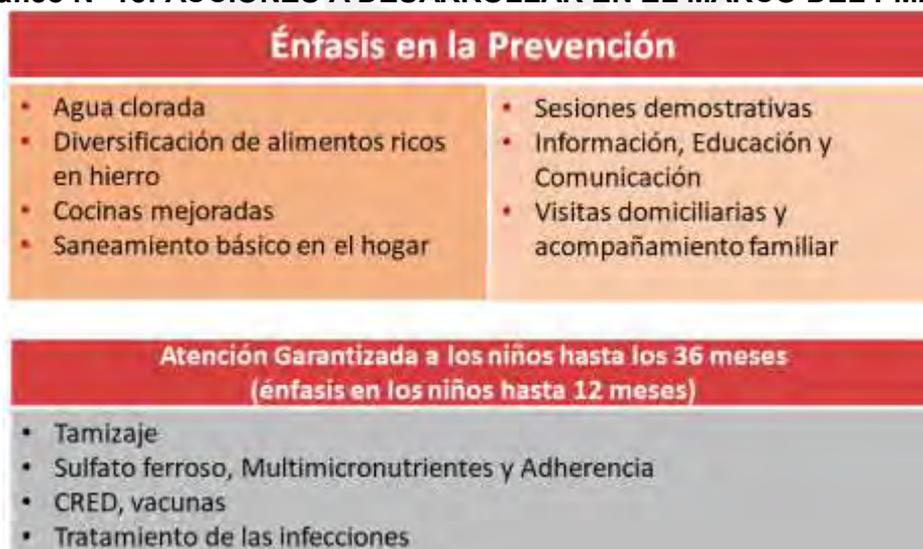
**Gráfico N° 17: MODELO CONCEPTUAL (CADENA DE VALOR) PARA REDUCIR LA ANEMIA (PMLCA)**



Desarrollado por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación – DGSE, MIDIS, 2018.

Como refiere el PMLCA, “conocer cuáles son los determinantes relacionados con la anemia, es una condición necesaria para comprender la magnitud del problema e identificar políticas públicas basadas en intervenciones efectivas que aborden de una manera eficiente la reducción de la anemia en el Perú” (MIDIS 2018a: 38). Como se mencionó anteriormente, el PMLCA en función a estos factores determinantes propuso el trabajo conjunto en función a los siguientes temas (Gráfico N° 18):

**Gráfico N° 18: ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MARCO DEL PMLCA**



Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia, MIDIS 2018.

En función a los ejes temáticos y acciones que propone el PMLCA, se incluye un breve análisis situacional de ambos distritos, considerando básicamente dos temas clave, “el acceso a los servicios de salud y el acceso a los servicios básicos”. Se dispone de una serie de indicadores para el nivel distrital con información de diversos sectores del Estado, agrupados en indicadores sociales, de salud, de educación y de acceso a servicios, a partir de la plataforma web MiDistrito, generada por el MIDIS, que brinda esta información de manera libre. Se incluye en el Anexo N° 3, la información de indicadores sociales de Chinchao y Churubamba.

De esta plataforma se puede obtener los indicadores relacionados con acceso a servicios básicos (4 servicios: agua, saneamiento, electricidad y acceso a internet) y los indicadores de salud priorizados por el PMLCA, que fueron 4 y que posteriormente, al aparecer la Meta 4 MINSa, se añadieron 3 más, relacionados con las visitas domiciliarias. Estos indicadores se encuentran disponibles en la web del MINSa, en el repositorio REUNIS, y son:

- ✓ *“% niños de 4 meses que inician gotas de hierro*
- ✓ *% niños de 6 a 8 meses con tamizaje de anemia*
- ✓ *% niños de 6 a 11 meses sin dx de anemia que recibieron suplementación de hierro*
- ✓ *% niños de 6 a 11 meses con anemia que inician tratamiento con gotas o jarabe de hierro*
- ✓ *% niños de 4 a 5 meses con alguna visita domiciliaria*
- ✓ *% niños de 6 a 11 meses con anemia con alguna visita domiciliaria*
- ✓ *% niños de 6 a 8 meses cuyos padres o cuidadores han asistido a una sesión demostrativa de alimentos” (MINSa, 2020).*

#### **Indicadores Chinchao:**

En relación con los indicadores de acceso a servicios básicos, se observa que solo el 3% de centros poblados dispone de los cuatro servicios. El acceso a electricidad es el mejor indicador, aunque se encuentra en amarillo (menor a 80%), mientras que los otros indicadores están por debajo de 60%, es decir, en rojo (Gráfico N° 19).

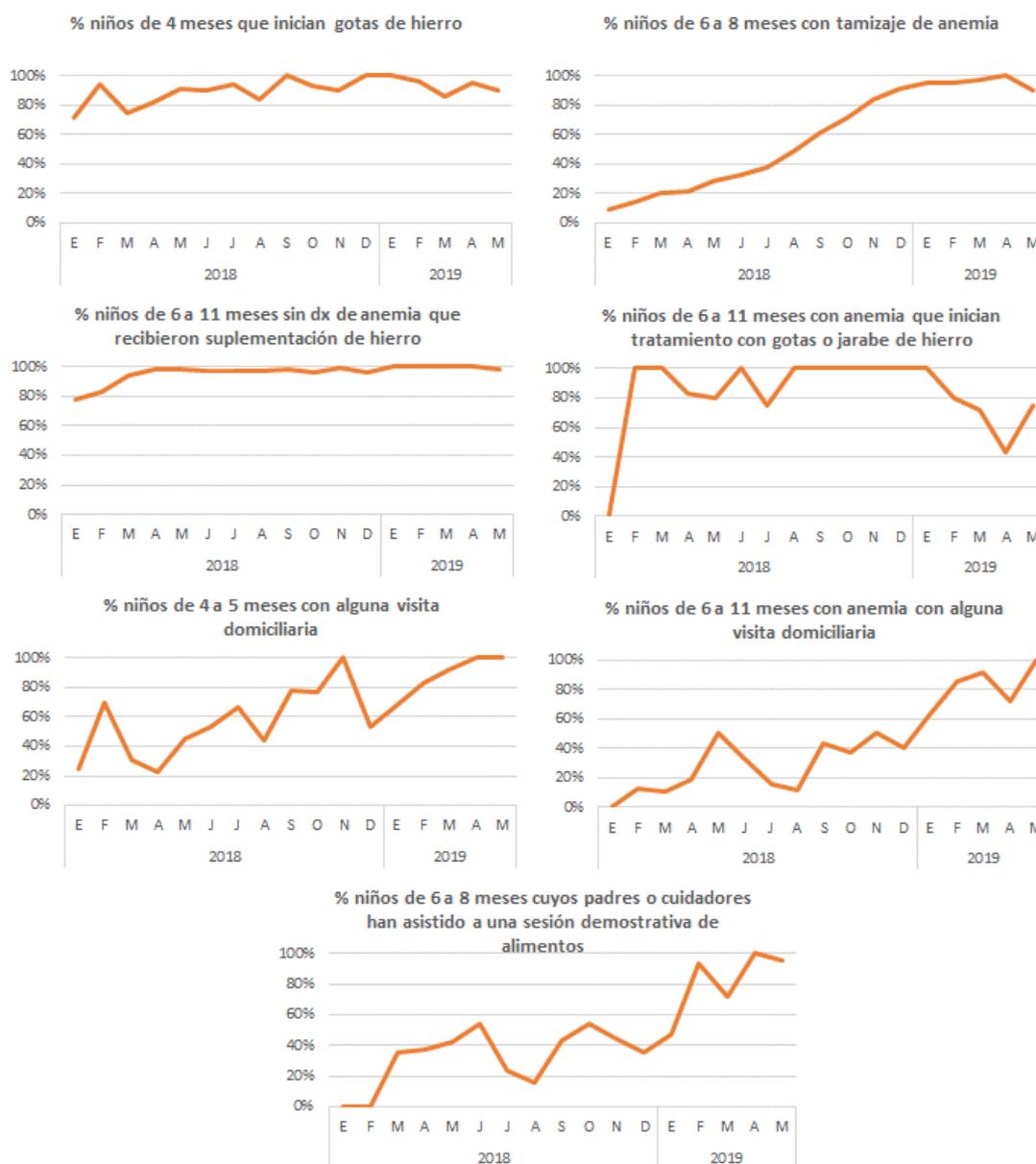
## Gráfico N° 19: ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS EN CHINCHAO



Fuente: REDINFORMA/MIDISTRITO, 2019

Sobre los indicadores relacionados con el acceso a los servicios de salud, podríamos hacer una comparación entre un primer grupo de 4 indicadores, relacionados con el tratamiento y tamizaje para anemia, y uno segundo en relación a las visitas domiciliarias. Si bien los porcentajes de los indicadores relacionados al tratamiento son altos, sobre todo a partir del segundo semestre 2018 (con las acciones del PMLCA), estos no han tenido ningún cambio o mejora ya con el inicio de la Meta 4 MINSa. Los indicadores relacionados con las visitas domiciliarias si vemos que para los dos últimos meses (coincidente con el primer pago), se logra llegar al 100% (Gráfico N° 20).

## Gráfico N° 20: INDICADORES MULTISECTORIALES DE ANEMIA PRIORIZADOS - CHINCHAO



Fuente: MINSA, 2019: [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Indicadores\\_Multisectoriales\\_Anemia.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Indicadores_Multisectoriales_Anemia.asp)

### Indicadores Churubamba:

En relación con los indicadores de acceso a servicios básicos, se observa que solo el 1% de centros poblados dispone de los cuatro servicios. El acceso a electricidad es el mejor indicador, y se encuentra en verde (mayor a 80%), mientras que los otros indicadores están por debajo de 60%, es decir, en rojo (Gráfico N° 21).

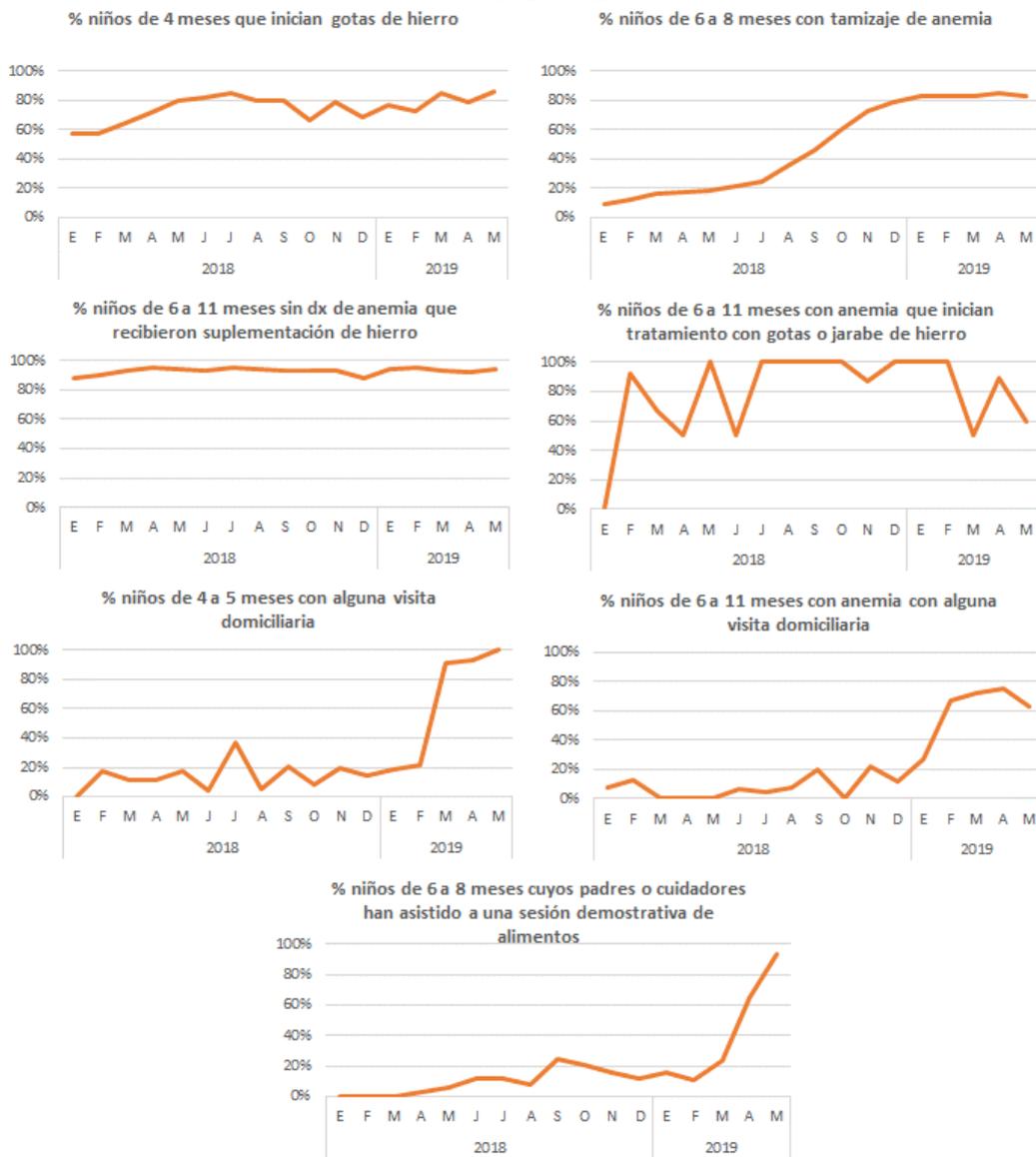
**Gráfico N° 21: ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS EN CHURUBAMBA**



Fuente: REDINFORMA/MIDISTRITO, 2019

En relación con el acceso a los servicios de salud, Si bien los porcentajes de los indicadores relacionados al tratamiento de anemia son altos también en este distrito, sobre todo a partir del segundo semestre 2018 (con las acciones del PMLCA), estos no han tenido ningún cambio o mejora ya con el inicio de la Meta 4 MINSA. Se observa también que este grupo de indicadores si bien tienen tendencias similares a los de Chinchao, sus valores son un poco inferiores. Los indicadores relacionados con las visitas domiciliarias si vemos que para los dos últimos meses (coincidente con el primer pago), se logra tener una subida cercana al 90% en promedio, pero también podemos ver que estas curvas ascendentes demoraron en darse (recién entre febrero a marzo), a diferencia de Chinchao (Gráfico N° 22).

## Gráfico N° 22: INDICADORES MULTISECTORIALES DE ANEMIA PRIORIZADOS - CHURUBAMBA



Fuente: MINSA, 2019: [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Indicadores\\_Multisectoriales\\_Anemia.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Indicadores_Multisectoriales_Anemia.asp)

### **2.3.2 Conceptos principales**

A continuación se incluyen conceptos relacionados con el tema de interés del presente estudio y que han sido propuestos o refrendados por diferentes instituciones a nivel nacional e internacional.

**Gestión local o territorial:** Se ha considerado el concepto brindado por USAID (2015), *“donde un territorio además de una “demarcación geográfica”, es considerado también “un espacio físico donde habitan un conjunto de personas que interactúan entre ellos y ejercen actividades sociales, económicas, culturales.... En este espacio también actúa el Estado brindando servicios públicos desconcentrados o descentralizados, asegurando los derechos de las personas y buscando convergencias o sinergias con otros sectores y con la población para brindar servicios que beneficien a toda la población.., en forma eficiente y segura”* (USAID 2015: 1). La gestión territorial permite:

- a. *Definir el ámbito territorial de responsabilidad para el ejercicio de funciones de salud y, dentro de ella, la delimitación en espacios menores para el mejor conocimiento de la población, la que puede ser estratificada para el análisis de inequidades y necesidades;*
- b. *Observar las interacciones sociales que suceden en un territorio y analizar las vulnerabilidades y riesgos que merezcan una respuesta;*
- c. *Identificar las potencialidades de la población y su entorno para realizar acciones encaminadas a cerrar brechas y corregir deficiencias en los servicios;*
- d. *Ofrecer una gran posibilidad para la participación activa de la población en la cogestión de servicios”* (USAID 2015: 1).

**Articulación:** *“Proceso mediante el cual se genera sinergia (entendida como aquello que resulta de la acción conjunta de dos o más actores, y cuyo valor supera su simple suma) entre las acciones y los recursos de los diversos involucrados en un campo concreto de gestión pública”* (Leyton 2018: 14, en base a lo definido por Repetto y Nejamkis 2005). Se produce *“cuando dos o más organismos desarrollan actividades en función de objetivos en común o complementarios; donde los actores mantienen su individualidad, con pautas de actuación conjunta”* (Ilari 2010: 4).

**Instancia de Articulación local:** La Instancia de Articulación Local (IAL) *“permite fortalecer el trabajo articulado entre las municipalidades y otras organizaciones e instituciones. Como parte de sus funciones, la IAL se encarga de impulsar estrategias, monitorear y evaluar el cumplimiento adecuado de las visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales. Su primera tarea es el registro del padrón sectorizado de actores sociales potenciales”* (MINSA, 2019b: 18). Además, dicho documento incorpora

en las IAL a las organizaciones locales, indicando que *“la IAL debe estar conformada por diversas organizaciones o instituciones locales que trabajen en temas de primera infancia y tengan rango de acción en el distrito o capital provincial durante el año en curso”* (MINSA, 2019b: 18).

**Plan de Acción:** Documento que permite organizar y planificar las intervenciones a implementar, a lo largo de un periodo de tiempo, ya que presenta en detalle las actividades vinculadas a cada intervención propuesta, los productos asociados, las metas e indicadores, los responsables, el presupuesto para la implementación y los tiempos de cumplimiento que se proyectaron para alcanzar los resultados esperados. El Plan de Acción Distrital de prevención y reducción de anemia *“debe asegurar un abordaje integral y participativo liderado por la IAL, tomando como referencia las intervenciones existentes en el territorio en torno a los determinantes sociales de la anemia”* (MIDIS, 2018b).

**Sectorización:** Es el *“proceso mediante el cual el ámbito territorial del distrito, en este caso, se subdivide en sectores con el propósito de identificar las características comunes de su población para planificar acciones de manera articulada y participativa con los actores sociales de las localidades”* (USAID 2015: 1-2). En esa línea, también refieren que *“la división territorial se considera a partir de las barreras geográficas y límites naturales de una determinada población, que reconoce como componentes: Una superficie determinada, Un número determinado de habitantes, La identificación del equipamiento e infraestructura comunitaria y la manera cómo se organizan los recursos”* (USAID 2015:2).

**Mapeo de actores:** Para una adecuada implementación de la ruta local del PMLCA, es imprescindible el involucramiento de los actores que habitan, conocen y laboran en el territorio. Son ellos los llamados a conformar la IAL que pone en marcha las actividades que permitan luchar contra la anemia. En ese contexto, un mapeo de actores es una herramienta dinámica que permite categorizar a las organizaciones que intervienen en el entorno local, con el fin de afinar las estrategias para su participación en el cumplimiento de un objetivo, que para el caso es reducir la anemia en los distritos priorizados (MIDIS, 2018b).

**Diagnóstico local:** Este paso sirve para identificar las brechas de cobertura de servicios necesarios para impulsar la lucha contra la anemia y sirve de insumo para acciones posteriores que nos permitan priorizar, planificar y hacer seguimiento a intervenciones

articuladas con este fin. Con la información revisada, los actores pueden identificar, ordenar y jerarquizar los problemas de su distrito asociados a la anemia, y planificar acciones concertadas que comprometan activamente a las diversas autoridades distritales (MIDIS, 2018b).

**Política pública:** Subirats (2008), citado por Gonzáles Simon (2016), define la política pública como *“el conjunto de decisiones o acciones coherentes, decididas y aplicadas mayormente por quienes ejercen un mandato público, con el fin de solucionar un problema o atender una necesidad colectiva. Implica una visión del interés público, asignación de recursos y definición de roles y nexos institucionales”* (Gonzáles Simon 2016: 10). En el mismo sentido, cita a Meny y Thoenig (1992), quienes indican que *“tomar una decisión política conlleva necesariamente a jerarquizar la ejecución de acciones públicas, a establecer alternativas, seleccionar las propuestas de intervención y asignar recursos y responsables administrativos para su ejecución, todo lo cual tiene efectos en la población incluida en la política pública”* (Gonzáles Simon 2016: 11). Subirats indica también que *“la política pública tiende a modificar la situación y conducta del grupo atendido y sus resultados se pueden medir en las personas”* (Gonzáles Simon, 2016).

**Desarrollo Infantil temprano:** UNICEF lo describe como *“los diversos servicios que requiere el niño para su buen desarrollo: salud, educación, apoyo familiar, protección y bienestar social”* (Gonzáles Simon 2016: 17). A esto, Molina y Torres (2013), añaden el *“concepto de hitos en el desarrollo y los condicionantes para el desarrollo infantil, ya que en este periodo se generan los principales cambios físicos, cognitivos y socioemocionales que son influidos por las características familiares y del entorno social ambiental, además de un aprendizaje más acelerado”*. Araujo (2013), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), considerando la política pública y el rol preponderante de la familia, añade *“la oportunidad de atención y el trabajo articulado planteando un conjunto de acciones que ponen al niño o niña y a su familia en el centro, y que garantizan la atención de sus necesidades en el momento oportuno”* (Gonzáles Simon 2016: 18). Esto nos dirige a dos desafíos complejos, la coordinación intersectorial y la oportuna de desarrollar una intervención para los niños y niñas que iría *“desde la concepción hasta los primeros mil días de vida”* (Gonzáles Simon, 2016).

**Enfoque de Derechos:** Como indican Faúndez y Wenstein (2012), el enfoque de derechos permite *“identificar y analizar las desigualdades que forman parte de los problemas más importantes del desarrollo, y de esa forma, corregir las prácticas de*

*carácter discriminatorio y de injustas relaciones de poder que dificultan el progreso”* (Faúndez y Wenstein 2012: 21). El concepto de derecho es más amplio que la visión jurídica pues implica necesidades, posibilidades y estrategias a desarrollar para que estos se cumplan.

En este sentido, el enfoque basado en los derechos humanos *“se centra en la discriminación, desigualdad y la marginación que afectan el proceso de desarrollo”*, las que deben confrontarse en búsqueda de respuestas considerando los cambios estructurales necesarios en un entorno político y social que disminuyan esta exclusión y marginación. *“En la medida que los derechos tienen el carácter de obligatorios, las instituciones y el Estado tienen el deber de hacerlos valer y asegurar el bienestar en condiciones de igualdad, independientemente de variables económicas como la escasez de recursos”* (Faúndez y Wenstein 2012: 21).

**Enfoque de Género:** Sobre este enfoque, Faúndez y Wenstein (2012), indican que *“está orientado a observar, estudiar y transformar las diferencias culturales, económicas y políticas en la construcción de la condición y posición de hombres y mujeres, niños y niñas, que generan desigualdades y se expresan en situaciones de discriminación y exclusión social”* (Faúndez y Wenstein 2012: 23). La continua incorporación de este enfoque en el ámbito de políticas y planes en la gestión pública, se da por la necesidad de apreciar la realidad a partir de la justicia e igualdad, indicando que se *“intenta controlar los posibles efectos e impactos adversos que dejan a unas u otros en situación de desventaja –cuidando de no incurrir en discriminación por género–; y por otro, promueve la promoción de la igualdad de oportunidades con especial énfasis en el fortalecimiento de las capacidades y competencias de las mujeres y las niñas a través de su empoderamiento como titulares de derechos”* (Faúndez y Wenstein 2012: 23).

**Enfoque Intercultural:** En línea con Faúndez y Wenstein (2012), se orienta al *“reconocimiento de la coexistencia de diversidades culturales en las sociedades actuales, las cuales deben convivir con una base de respeto hacia sus diferentes cosmovisiones, derechos humanos y derechos como pueblos”*. En términos del desarrollo global, ha adquirido importancia *“la diversidad y las cuestiones relativas a la identidad cultural, en el marco del desarrollo, más allá de variables asociadas a cuestiones socioeconómicas, haciéndose universales los derechos económicos, sociales y culturales”*, (Faúndez y Wenstein 2012: 24). A partir de estos principios, *“los pueblos indígenas en América Latina forman parte de manera igualitaria de la ciudadanía moderna, la cual debe ser inclusiva con formas de hacer y pensar*

*particulares que definen la identidad de la región. Esta identidad se basa en múltiples y diversas identidades específicas que... entrega vastas posibilidades de crecimiento y desarrollo en consonancia con procesos de integración y cohesión social interculturales”* (Faúndez y Wenstein 2012: 24-25).

**Gestión de la Política Social:** Como lo indica la ENDIS del MIDIS (2013), es el trabajo orientado en función a tres horizontes temporales (corto, mediano y largo plazo). *“Para el corto plazo el esfuerzo está centrado en el alivio temporal de los hogares a través de programas de asistencia directa”* (función de los programas sociales); *“en el mediano plazo el énfasis está colocado en el desarrollo de capacidades orientadas a mejorar el acceso de los hogares a servicios e infraestructura básica”,* así como incrementar el ingreso autónomo; *“y en el largo plazo, las intervenciones están orientadas a generar oportunidades para la siguiente generación con énfasis en la promoción de la protección y mejora del capital humano (nutrición, salud y educación de calidad)”* (MIDIS 2013a: 14).



## **CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1 Naturaleza de la investigación**

La investigación desarrollada es de orden cualitativo, donde se empleó técnicas de recojo de información como la entrevista en profundidad y grupos focales, como herramientas para conocer las diversas características del accionar de los actores sociales en el nivel distrital que permita generar aportes en la gestión articulada local en los distritos priorizados por el PMLCA.

### **3.2 Forma de investigación**

Estudio de caso, porque se recolectó información que permita analizar en profundidad y de manera detallada la gestión local articulada propia de cada distrito (Chinchao y Churubamba, ambos en la región Huánuco), en función a lo realizado para el PMLCA, a través de los actores sociales que representan a cada municipio.

A partir de los estudios de caso generados en cada distrito se podrá conocer que factores dentro de la gestión local favorecen o dificultan dicha gestión, cómo es que estas limitaciones observadas se vienen solucionando o como a futuro se verá que afectan la gestión desarrollada.

### **3.3 Variables e indicadores**

Variable 1: Participación de los actores locales y avance en la gestión local en la generación de la Instancia de Articulación Local.

Sub-Variable 1: Desarrollo de reuniones de articulación local sobre anemia y el PMLCA en el distrito

Indicadores:

- Existencia de espacios de articulación local con anterioridad al PMLCA.
- Tipo de naturaleza (origen) de estos espacios.
- Número de documentos que acrediten la existencia de la IAL.

Sub-Variable 2: Participación multisectorial en las IAL conformadas

Indicadores:

- Número de personas y/o Instituciones que participan en la IAL.
- Grado de involucramiento de las personas y/o Instituciones que participan en la IAL.

Sub-Variable 3: Temas que han sido vistos a partir de esta IAL generada

Indicadores:

- Nivel de reconocimiento de la gestión local articulada para implementar el PMLCA.
- Calidad de desarrollo de reuniones de trabajo.
- Calidad de desarrollo de instrumentos de gestión.

Variable 2: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Mapeo de actores.

Sub-Variable 1: Características o cualidades de los actores locales e institucionales incluidos en el Mapeo de actores

Indicadores:

- Caracterización de los perfiles de los actores locales e institucionales.
- Tipo de rol que desempeñan los actores locales e institucionales.

Sub-Variable 2: Actividades que realizan dentro de la parte operativa del PMLCA

Indicadores:

- Grado de cumplimiento de los roles asumidos dentro de la IAL.
- Grado de sensibilización para realizar las actividades en el marco del PMLCA

Sub-Variable 3: Igualdad de oportunidades de hombre y mujeres, considerando que actividades puedan desarrollar dentro de las IAL:

Indicadores:

- Nivel de valoración del enfoque de género en el ejercicio de roles.
- Grado de machismo presente en ambos distritos.

Sub-Variable 4: Importancia de la adecuación cultural y el respeto por las normas culturales, costumbres y creencias de la población y que influyen en el trabajo que realizan las IAL

Indicadores:

- Nivel de valoración del enfoque de interculturalidad en el ejercicio de roles.
- Tipo de consideraciones interculturales observadas.

Variable 3: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del diagnóstico local.

Sub-Variable 1: Involucramiento en la generación del diagnóstico local

Indicadores:

- Tipo de participación de los actores sociales locales para la implementación del PMLCA.
- Grado de involucramiento de los actores locales en la generación del diagnóstico local.

Sub-Variable 2: Temas discutidos en las reuniones de trabajo para el Diagnóstico local

Indicadores:

- Número de temas incluidos en el diagnóstico local.
- Grado de importancia de los temas incluidos en el diagnóstico local.

Sub-Variable 3: Sobre el proceso de sectorización, dentro del diagnóstico local

Indicadores:

- Grado de uso de fuentes de información para sectorizar los distritos

- Grado de importancia de la sectorización en el diagnóstico local

Sub-Variable 4: Discusión de los ejes del PMLCA: acceso a identidad, prestación de servicios para la primera infancia, acceso al agua segura, y seguridad alimentaria

Indicadores:

- Nivel de desarrollo del diagnóstico local.
- Número de ejes del PMLCA incorporados en el diagnóstico local.

Variable 4: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Plan de acción.

Sub-Variable 1: Compromiso y participación de los actores en el Plan de Acción

Indicadores:

- Número de acciones generadas por la IAL para promover la participación comunitaria en la gestión articulada local.
- Grado de cumplimiento de las responsabilidades asumidas por los actores sociales comunitarios en la implementación del Plan de acción del PMLCA a nivel local.

Sub-Variable 2: Enfoques de género e interculturalidad en el marco del Plan de acción

Indicadores:

- Número de actores según sexo participantes en el plan de acción
- Nivel de importancia de los enfoques de género e interculturalidad en el plan de acción

Sub-Variable 3: Elementos que facilitan la ejecución de los trabajos de la IAL

- Número de elementos que facilitan la ejecución del plan de acción

Sub-Variable 4: Elementos que dificultan la ejecución de los trabajos de la IAL

- Número de elementos que dificultan la ejecución del plan de acción

Variable 5: Nivel de desarrollo de la gestión local articulada del PMLCA.

Sub-Variable 1: Pasos de conformación de la gestión local en el marco del PMLCA

Indicadores:

- Nivel de conformación de la IAL.
- Grado de generación del mapeo de actores.
- Nivel de desarrollo del diagnóstico local.
- Grado de generación del plan de acción.

Sub-Variable 2: Desarrollo de la gestión local articulada

Indicadores:

- Nivel de avances en las acciones programadas en el plan de acción.
- Grado de compromisos inter institucionales generados

Sub-Variable 3: Aciertos del trabajo articulado para implementar el PMLCA

Indicadores:

- Número de acciones articuladas propuestas o realizadas
  - Grado de involucramiento de las instituciones o actores en el trabajo conjunto
- Sub-Variable 4: Importancia de la gestión local articulada con el bienestar de los niños

Indicadores:

- Grado de avances en el trabajo articulado a nivel distrital
- Número de actores que relacionan la gestión local articulada con el bienestar de los niños

### **3.4 Diseño muestral**

Se plantea realizar el presente estudio cualitativo en la región Huánuco, en un distrito priorizado y otro no priorizado, por el PMLCA. Se ha seleccionado los distritos de Churubamba y Chinchao, ambos en la provincia de Huánuco, de la Región Huánuco. En la primera etapa del PMLCA (hasta marzo del 2019), se priorizaron 100 distritos entre los cuales estaba Churubamba. Luego, desde el mes de marzo, por el lado del MIDIS se amplió la lista a 1226 distritos que incluyó a Churubamba, por el del MINSA se generó, en el marco del “Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal del año 2019” para implementar las IAL, un listado de 865 distritos que incluyó a ambos. En relación a los criterios de selección de ambos distritos, cabe resaltar además que la priorización del PMLCA permitió incluir distritos con la mayoría de las características siguientes (mayor porcentaje de las mismas):

- *% de población en situación de Pobreza total*
- *% de población en situación de pobreza extrema*
- *% de población sin agua en red pública o pilón*
- *% de población sin servicios higiénicos en red pública*
- *% de niños sin paquete completo de servicios de salud*
- *% de niños 6 a 8 meses sin pruebas de hemoglobina*
- *% de gestantes sin paquete de servicios*
- *% de gestantes con anemia*
- *% de gestantes no afiliadas en el Primer trimestre de gestación*
- *% de niños sin entrega de micronutrientes*
- *% de niños sin CRED para su edad*
- *% de niños sin vacuna contra rotavirus y neumococo*
- *% de Gestantes sin 4 pruebas en el Primer trimestre*
- *% de Población rural (REDINFORMA (MIDIS, 2020).*

Estos datos administrativos se dieron a partir del Censo Nacional 2017 (INEI, 2019b) y de la data del “Seguro Integral de Salud” (SIS), indicadores disponibles en el Repositorio REDINFORMA (MIDIS, 2020).

En cada distrito, en función a la IAL conformada se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales, considerando el mapeo de actores locales participante. Así, se realizó 8 entrevistas y 3 grupos focales por distrito. La información recolectada corresponde al periodo de inicio de las IAL desde el último trimestre del 2018, hasta información del mes de junio del 2019, donde ya empezó a funcionar el Plan de Incentivos del MINSA o Meta 4 MINSA.

El universo está conformado por todos los actores sociales que residen en el Distrito y que tiene relación con las IAL, es decir, han participado en la mayoría de las reuniones desde su inicio. A continuación, se indican las personas participantes por distrito:

***Entrevistas en profundidad:***

**Churubamba:**

1. Acompañante técnico Programa Nacional Cuna Más (MIDIS).
2. Gestor institucional del Tambo – Programa Nacional PAIS (MIDIS).
3. Agente Comunitario CLAS Churubamba.
4. Agente Comunitario CLAS Churubamba.
5. Alcalde del Distrito.
6. Coordinador de Promoción de la Salud de la Microred Churubamba.
7. Gerente de Desarrollo Social.
8. Responsable del “Programa Vaso de Leche”.

**Chinchao:**

1. Alcalde del Distrito.
2. Sub Gerente de Programas Sociales
3. Acompañante técnico Programa Nacional Cuna Más (MIDIS).
4. Agente Comunitario CLAS Chinchao.
5. Agente Comunitario CLAS Chinchao.
6. Coordinador de Promoción de la Salud CLAS Chinchao.
7. Gerente de Desarrollo Social.
8. Gestor local del Programa JUNTOS (MIDIS).

***Grupos focales:***

**Churubamba:**

Grupo focal agentes comunitarios y actores sociales:

- Agente Comunitario de Salud de la Comunidad de san Miguel de Churubamba.
- Agente Comunitario de Salud del Centro Poblado de Pacsha.
- Vicepresidente de la Comunidad de San Pedro de Pecer.
- Agente Comunitario de Salud de la Comunidad de San Pedro de Pecer.
- Presidente de la Comunidad de Chinobamba.
- Presidente de la Comunidad de Chogobamba, Centro Poblado de Cochabamba.
- Agente Comunitario de Salud y Teniente Gobernador de la Comunidad de Chogobamba.

Grupo focal autoridades:

- Teniente Gobernador del Centro Poblado de Chullqui.
- Teniente Gobernador del Centro Poblado de Simón Bolívar de Quenra.
- Teniente Gobernador del Centro Poblado de Utao.
- Sub Prefecto del distrito de Churubamba.
- Accesitaria del Teniente Gobernador del Caserío de Choquecalla.

Grupo focal personal de salud (CLAS Churubamba):

- Obstetra del Puesto de Salud de Churubamba.
- Técnica en laboratorio del Puesto de Salud de Churubamba.
- Técnica en Enfermería del Puesto de Salud de Churubamba.
- Obstetra, Jefe del Puesto de Salud de Churubamba
- Médico Cirujano del Puesto de Salud de Churubamba
- Enfermera del Puesto de Salud de Churubamba.

**Chinchao:**

Grupo focal personal de salud:

- Técnica de Enfermería del Puesto de Salud Pueblo Libre de Mayobamba.
- Licenciada en enfermería del Puesto de Salud Puente Durand.
- Licenciada en enfermería, coordinadora del Programa Promoción de la Salud CLASS Chincha.
- Técnica de Enfermería del Puesto de Salud Santo Toribio de Mogrovejo.
- Técnico de enfermería del Centro de Salud de Acomayo.
- Jefe de Microred de Salud del Centro de Salud de Chinchao.

Grupo focal agentes comunitarios y actores sociales:

- Agente Comunitaria del Centro de Salud de Chinchao.
- Promotor Social del Puesto de Salud de Puente Durand.
- Promotor Social del Puesto de Salud de Puente Durand.
- Agente Comunitaria del Puesto de Salud de Mayobamba.

- Agente Comunitaria del centro de Salud de Acomayo.

Grupo focal autoridades:

- Alcaldesa de la Municipalidad del Centro Poblado de Puente Durand.
- Alcalde de la Municipalidad del Centro Poblado de Huallintusha.
- Alcalde de la Municipalidad del Centro Poblado de Pachachupán.
- Alcalde de la Municipalidad del Centro Poblado de Taprag.
- Alcalde de la Municipalidad del Centro Poblado de Sogobamba.

### **3.5 Fuentes de información**

La investigación considera el uso de fuentes primarias y fuentes secundarias. Las fuentes primarias de información lo constituyen los actores: Alcalde y miembros de la Instancia de Articulación Local de los distritos de la muestra, Actores sociales comunitarios, de los distritos de la muestra. Las fuentes secundarias serán informes semestrales, cuadernos de actas y bases de datos secundarias.

### **3.6 Instrumentos de investigación**

Se generó guías de entrevistas a actores sociales institucionales (alcaldes o miembros de la IAL) y de grupos focales para personal de salud (considerando la importancia del sector Salud en la implementación del PMLCA) y actores de la comunidad. Se verificará con los actores las dimensiones de compromiso y participación además del seguimiento. Para esto último, además se verificará información cuantitativa en dos momentos, al inicio de las actividades (al menos 6 meses antes del recojo de información) y al momento de realizar el trabajo de campo.

Entrevista semiestructurada: Se plantea como técnica las entrevistas semiestructuradas, con fuente en los actores involucrados, dependiendo del nivel de participación (funcionarios, personal técnico de los programas sociales adscritos al MIDIS o de la sede central) en las acciones del PMLCA

Grupo focal: de manera similar a la entrevista semiestructurada, se plantea desarrollar grupos focales con la participación de no menos de 6 actores locales ya definidos, grupos de personal de salud y de promotores locales, considerando la similitud en sus actividades para con el PMLCA.

El detalle de qué se obtendrá con cada técnica y a qué fuente se aplicará el instrumento se contempla en la matriz de consistencia adjunta en el Anexo N° 1. Además, se realizó la Revisión documental, de información disponible en cada establecimiento de salud,

indicadores de salud y socio económicos de cada distrito, planes de capacitación, oficios y documentos de cada IAL, entre otros.

Previo al trabajo de campo, se validaron los instrumentos generados con la finalidad de constatar si tenían correspondencia con los objetivos del estudio y, además, validar la redacción, claridad, precisión y contenido de las preguntas. Esto sirvió para hacer los ajustes respectivos en la guía de entrevista y de grupo focal. La validación fue en un distrito en otra provincia de Huánuco.

### **3.7 Recojo y procesamiento de la información**

#### **3.7.1 Procedimiento de levantamiento de datos**

En función a los instrumentos utilizados, se elaboraron dos guías, para la entrevista semiestructurada y para el grupo focal. Los instrumentos de recojo de información constan en el Anexo N° 2 y se dispone de la información sistematizada derivada de la aplicación de tales instrumentos.

El trabajo de campo se realizó durante todo el mes de junio del 2019. El total de entrevistas y grupos focales fue coordinado de manera anticipada con los actores, de manera que se pueda disponer de tiempo y espacio para realizar cada entrevista. En cada actividad se pidió el permiso o consentimiento para realizar la entrevista o grupo focal así como para proceder a la grabación. El total de actividades fue desarrollado por una especialista en gestión local y con experiencia de campo. Cada entrevista en promedio duro 60 minutos, mientras que los grupos focales en promedio duraron 90 minutos.

#### **3.7.2. Procedimiento de procesamiento de datos**

Se utilizó el procesador de textos Microsoft Word para el ingreso de la redacción de los audios recolectados en campo. El ingreso de los datos mantendrá el orden generado en los instrumentos semi estructurados en función a las cinco dimensiones del estudio. Luego se dará el posterior análisis según los ejes temáticos e ideas centrales propuestas, así como para cada tipo de actor seleccionado.

#### **3.7.3. Procedimiento de análisis de información**

La información recolectada de manera cualitativa y transcrita, ha sido revisada de manera minuciosa detectando los principales argumentos y temáticas brindadas por cada actor participante y que han servido como hallazgos relevantes en función de cada dimensión del estudio.

## **CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE HALLAZGOS**

A continuación se presentan los resultados del estudio en función a las dimensiones propuestas y considerando para cada una de ellas lo recogido en cada distrito, generando las comparaciones respectivas al momento del análisis de los hallazgos. Es importante mencionar la forma como se desarrolla esta sección, para su mejor entendimiento:

- a. A partir del objetivo específico se empieza a incluir la información en función a los ítems o indicadores más significativos y representativos (considerando agrupar indicadores en algunos casos por afinidad) observados en el desarrollo del estudio.
- b. En cada ítem se presenta la información observada en ambos distritos, primero la de Chinchao y luego la de Churubamba. Al inicio de lo observado en cada distrito se brinda un párrafo resumen de lo observado, luego los hallazgos descritos por los actores participantes del estudio, indicando el cargo del actor.
- c. Luego se incluye párrafos que comparan y concluyen lo observado en ambos distritos, para luego discutir esto con lo observado en la literatura. Con esto se cierra la información del ítem o indicador y se continúa con el siguiente ítem.
- d. Luego de terminar con los ítems o indicadores del primer objetivo, se continúa con el siguiente y así hasta llegar al quinto objetivo.

### **IV.1 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación de la *Instancia de Articulación Local*, dentro de las acciones del *Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA)* en dos distritos de Huánuco.**

4.1.1 En relación con el desarrollo de reuniones de articulación local antes del *Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia* en el distrito:

#### **Chinchao:**

Se observó que, en años anteriores, en este distrito se tuvo la presencia del Comité de Desarrollo Social, similar a la actual IAL, donde se veía los problemas de DCI (principalmente) y Anemia. Este comité estuvo más relacionado y conformado con las acciones del personal de salud del distrito. Sin embargo, los actores locales indican que en los últimos años este comité ha sido multisectorial, considerando el aporte de los programas sociales como el PNCM y el programa Juntos, además de los actores municipales, pero no se incluye a autoridades de la comunidad, tal como ellos mismos lo indican.

*“...Si, ya venimos trabajando desde el 2014 donde está integrado el comité de desarrollo social local CODESOL, todos los programas sociales y de salud, en el cual me honro de ser el responsable de dicho comité. Nosotros nos habíamos reunido previamente cada mes para hacer un análisis del trabajo que vamos a programar...”. (Acompañante Técnico - PNCM)*

*“El distrito de Chinchao cuenta con una población de 11,483 habitantes, de las cuales 1,171 son niños menores de 5 años. Nosotros venimos trabajando desde antaño, pero con la resolución de consejo que fue en el año 2014, formamos nuestro comité de desarrollo local social de Chinchao, quienes nos veníamos reuniendo constantemente para ver cómo está el avance, como está la incidencia de la anemia, la desnutrición crónica infantil y de acuerdo a ello tomar estrategias de trabajo”. (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao)*

*“Sí, efectivamente el trabajo de la gestión anterior tenía un comité de desarrollo local que estaba integrado por diferentes actores sociales, multisectorial, se venían reuniendo cada cierto tiempo. Y asumiendo la nueva gestión, teniendo conocimiento de ese comité, también seguimos reuniéndonos para poder seguir con los acuerdos y el seguimiento de algunos indicadores de salud, como se viene mencionando la disminución de la anemia, la desnutrición crónica”. (Gerente de Desarrollo Social)*

*“En el distrito de Chinchao se viene trabajando la multisectorialidad o gestión territorial desde el año 1995 que yo recuerde a la fecha, pero en el 2014 se conformó el Comité de Desarrollo Local del distrito de Chinchao (CODESOL), fortaleciendo con la Instancia de Articulación Local en el 2019, para el cumplimiento de la meta cuatro, en disminución de la anemia. Todos estamos uniendo esfuerzos para continuar el trabajo.... todos los alcaldes, todas las gestiones anteriores han dado su apoyo, pero con mayor énfasis en este periodo (2019-2022)” (Grupo focal Personal de Salud).*

*“En toda reunión de la municipalidad hacen el acta y el compromiso. Tengo entendido que nosotros no participamos que ellos lo manejan como equipo técnico, cabe decir que solamente están los profesionales. En mi caso que soy profesional y soy una autoridad, tampoco se me convoca. Yo creo que eso no debe ser una pared para no pertenecer. Muy por el contrario, creo que es importante que los*

*tengamos estudios aportemos, ...los alcaldes de Centros Poblados debemos ser llamados a todos los comités y que nos tomen en cuenta, porque las necesidades solo las sabemos nosotros” (Grupo focal Alcaldes Centros Poblados).*

### **Churubamba:**

A pesar de haber sido sensibilizada desde el año anterior y ya contar también con una instancia conformada, al parecer, por el cambio de gestión, las nuevas autoridades vuelven a convocar el trabajo de la IAL al generar un nuevo plan. Sin embargo, si se genera una convocatoria pública y participativa, con oportunidad de participación de los líderes de la comunidad. De manera similar a lo visto en Chinchao, también aquí la participación mayormente es del sector Salud y de los programas sociales del MIDIS.

*“En este caso, nos enteramos de este plan cuando ya recién se inicia. El alcalde nos cita y nos da a conocer del plan, nos enteramos cuando se empieza a implementar. Antes de esto, desconocíamos”. (Coordinador PROMSA MR Churubamba).*

*“Las reuniones de la IAL las realizamos en forma mensual. Los temas en un inicio fue el diagnóstico de la situación actual de la anemia en el distrito. Al inicio no enteramos de la situación alarmante. Es triste decirlo, pero estamos liderando en cuanto se refiere a anemia. El tema para nosotros como IAL fue hacer un diagnóstico, una evaluación para poder establecer nuestras estrategias y acciones. Documentos que acreditan estas reuniones por supuesto que existen. En las reuniones de la IAL se realizan actas que todos los miembros firman”. (Gerente Desarrollo Social).*

*“Bueno, las reuniones han sido de forma pública en las instalaciones de la municipalidad, en las cuales han sido invitados diferentes sectores, como el sector salud, el sector de programas sociales, también estaba Juntos, todos los representantes el MIDIS que tenemos intervención en este distrito. Primero no has explicado de qué se trata este plan y luego sobre la Instancia de Articulación Local y nos han pedido información del trabajo que realizamos. Y ha sido de forma verbal, pública y muy participativa” (Acompañante Técnico PNCM).*

*“Bueno, en las reuniones se trataron todo lo concerniente a la lucha contra la anemia, para reducir, para prevenir la anemia en las comunidades. Tanto así que en el distrito hay un 43%, también se tocaron sobre las diversas enfermedades en*

*el distrito, que se han visto con la microred de salud del distrito, más que nada anemia y desnutrición crónica". (Gestor Tambo Huarapa).*

Observamos que, en relación con el desarrollo de reuniones de articulación local en ambos distritos, por un lado en el primero Chinchao, si se tenía ya esta experiencia en años anteriores, con diversas instancias conformadas en función a la DCI y Anemia, y con participación multisectorial pero no de líderes comunitarios, no así en Churubamba, donde la experiencia se inicia con el PMLCA, el año pasado, y este año con el cambio de gestión municipal se desarrolló la IAL. El trabajo en Chinchao ha sido hasta cierta medida una continuación de lo que ya habían desarrollado, cambiando aspectos propios de una nueva gestión, tanto municipal, como del PMLCA en un inicio y luego con la Meta 4 MINSA. Esto no se refleja propiamente en la generación de la IAL sino más bien en sus acciones y la gestión en sí de éstas. Algo similar ocurre en Churubamba donde se ve la experiencia más directa, en este momento, del trabajo del sector Salud para con la Meta 4 MINSA.

Cabe señalar, para ambos distritos, que tanto las experiencias anteriores registradas en la gestión local articulada, además de la del PMLCA y la de la Meta 4 MINSA, han dispuesto la generación de las IAL relacionada con el tema de salud y con las mismas características propias de una instancia o plataforma de articulación y concertación, en función a los conceptos conocidos al respecto, ya descritos en el marco teórico y relacionados sobre todo con la capacidad de gestionar acciones y la participación multisectorial.

Es importante observar que en ambos casos los cambios de gestión y de actores involucrados para la IAL no impidieron que estas continúen o se mejoren, esto gracias a la participación de actores que ya conocían los temas y las prioridades en relación a anemia. En una IAL los actores sociales son responsables de generar el ambiente que propicie esta moderación, facilitación e intercambio de experiencias, e incentive la colaboración y creatividad de los participantes, así como su sensibilización y capacitación continua. Las IAL deben permitir la transferencia de conocimiento y definir los roles de cada actor, minimizando las posibles confusiones o ruidos en la comunicación. Las IAL deben empoderarse de los temas propios de la gestión, en este caso sobre Anemia, y transmitir de una manera clara y oportuna a la comunidad, por lo que deben estar convencidos que transmiten y conocen el mensaje adecuado (Hernández, 2012).

#### 4.1.2 En relación a la participación multisectorial en las IAL conformadas:

##### **Chinchao:**

Se indagó al respecto, en la búsqueda de otros actores además del Municipio, los programas sociales y el personal de salud, eje habitual de las IAL conformadas en el marco del PMLCA. Se mencionó a autoridades de centros poblados y a personal del sector Educación, además de otros programas sociales fuera del MIDIS, como el Vaso de Leche. En el caso del Municipio, no solo se observa el involucramiento de la Gerencia de Desarrollo Social, sino también, de las Unidades Locales de Empadronamiento (ULE) que trabajan de manera conjunta con el equipo del SISFOH-MIDIS (permitiendo una más rápida identificación de los niños), y la Gerencia de Medio Ambiente.

*“Todos los que están vinculados a desarrollo social, desarrollo humano, los programas sociales que son varios. Nosotros tenemos un área que se dedica justamente a desarrollar actividades y acciones en ese sentido, como son la Gerencia de Desarrollo Social y los que depende de ellos, Vaso de Leche, el SISFOH y también hemos tenido la intervención de la autoridad política, en este caso de la subprefectura. Y así diversas entidades que ven el tema, como Salud, que es el ente que monitoreo y de algún modo apoya tremendamente en esta labor”.* (Alcalde Municipalidad de Chinchao)

*“Del gobierno local está el alcalde, el gerente de desarrollo social de la municipalidad y en el sector salud mi persona. También participan de los otros establecimientos de salud y los representantes de los programas sociales Juntos y Cuna Más”.* (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao)

*“Sector salud, los gestores de los programas sociales, presidente del Vaso de Leche, directores de algunas instituciones educativas, alcaldes de centro poblados, subprefecta del distrito. Presidido todo esto por el alcalde, el secretario vendría a ser mi persona”.* (Gerente de Desarrollo Social)

*“En el distrito de Chinchao venimos trabajando desde hace más de tres años, tenemos un comité de articulación local que llamamos CODESOL. Entonces, ese comité nomás nos adaptamos a la articulación local. A inicios de años nos reunimos salud, la municipalidad y todos los programas sociales para ver los nuevos representantes del nuevo comité, porque algunos colegas ya no estaban, en salud también algún personal ya no estaba y en la municipalidad igual. En el mes de enero*

*tuvimos la primera reunión y ya en febrero se formó la IAL*". (Gestora local Programa Juntos)

*"Quienes los conforman son el señor Alcalde; gerente de Desarrollo Social; Subprefectura; las diferentes áreas como Padrón Nominal, Vaso de Leche; las áreas de las Gerencia de Medio Ambiente, las instituciones educativas, los programas sociales. Es decir, todos intervienen en la IAL*". (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao)

*"Justo lo que te acabo de comentar, eso lo que conocemos nosotros que los que conforman esto es el alcalde, regidores, gerente, sector de salud y en algunos casos los agentes comunitarios, y en algunos casos también nosotros. Pero no es que nosotros estemos presentes y tengamos voz y voto. Porque en un comité podemos ser como veedores, tener presencia, pero no voz ni voto"* (Grupo focal Alcaldes de Centros Poblados).

#### **Churubamba:**

Los actores locales entrevistados si bien refieren participación de otros sectores además del Municipio, Salud y programas sociales, indican que esta es incluso menor a la observada en Chinchao, pues se circunscribe más solo a estos tres tipos de actores. Se destaca también la participación de los representantes de centros poblados. Llama la atención que a pesar de indicar documentos o resoluciones sobre las IAL, no se mencione la participación de otras instituciones públicas.

*"La IAL tiene instalada desde el mes de marzo. Tenemos la resolución de alcaldía N° 084 del 2019, con fecha 04 de marzo del 2019, donde se encarga y se designa a las instancias que van a velar por este fin: la Gerencia de Desarrollo Social, la Secretaría Técnica, jefe de la microred de Salud de Churubamba, representante del programa Juntos, representante del programa Cuna Más, representante del programa Qali Warma, representante del programa País, representante de la DEMUNA de la municipalidad distrital de Churubamba, representante del programa Vaso de Leche de la municipalidad, representante del Padrón Nominal de la municipalidad, representante de FONCODES, el subprefecto del distrito del Churubamba como miembro, y el presidente de la comunidad del distrito de Churubamba como miembro"* (Alcalde Churubamba)

*“Tenemos un acta redactada en la participación de todos, inclusive participa el alcalde, liderando, como presidente del IAL, luego el representante de la Gerencia de Desarrollo Social, el representante de programas sociales, como es Cuna Más, Juntos, Qali Warma. Estaba también el subprefecto de la comunidad, el presidente de la comunidad, que también estaban por ahí. También un representante de acá de la promoción de la Salud. Son los que están conformando el IAL. Ahí en el acta están todos”. (Coordinador PROMSA MR Churubamba).*

*“... en primera instancia está la municipalidad, a través de la Gerencia de Desarrollo Social, la licenciada Martha y también en compañía de los otros gerentes y del alcalde, que se ha presentado en varias reuniones; los representantes de programas sociales; representantes del puesto de salud; la microred de Churubamba; también han participado alcaldes de los centro poblados; han participado autoridades que representan al grupo familiar, como son las agentes de salud; algunos padres y madres que se han visto interesados por este tema”. (Acompañante Técnico PNCM)*

*“Participan el alcalde como presidente; el secretario viene a ser el gerente de Desarrollo Social y los demás integrantes son personal de salud, los de los programas sociales, también presidentes de comunidades, todo están involucrados”. (Gestor Tambo Huarapa).*

En ambos distritos se menciona a los diversos actores sociales que participan de las actividades propias de este nivel. Sin embargo, llama la atención dos aspectos, por un lado se empieza a ver la centralización de actores a partir de equipos de trabajadores de los municipios, de los establecimientos de salud, y de los programas sociales; y, además, por otro lado, la poca mención que se hace a los actores de la comunidad, como los líderes o los agentes comunitarios, lo que da a entender también su poca participación en la generación del plan de acción. Esto es mayor en Chinchao donde incluso refieren los actores comunitarios que participan en las reuniones, pero no tienen “derecho a voto”, mientras que en Churubamba si se observa mayor involucramiento en la gestión por parte de estos actores.

Ambos aspectos empiezan a adquirir importancia en la medida que se necesita una participación no solo multisectorial, que no se ve en ambos distritos (recordemos que la anemia es un problema multifactorial ampliamente reconocido por la evidencia), sino que además se visualiza un posible poco aporte de la comunidad, que como bien

sabemos, sus líderes en la mayoría de los casos son los que más conocen a su propia comunidad, y deberían ser considerados en las tomas de decisiones en temas como la Anemia por ejemplo.

Como lo indica Hernández (2012), un punto de inicio para la generación de una instancia o espacio articulador en el nivel local, es partir del reconocimiento y respeto mutuo de los diversos actores existentes en una localidad, lo cual suele ser un reto en las dinámicas territoriales actualmente. Se hace necesario entonces identificar con que actores sociales (y sus roles) podemos contar que contribuyan a lograr el bienestar y desarrollo sostenible deseado para la comunidad, siendo lo ideal lograr agrupar a la totalidad o diversidad de instituciones y representantes locales (Hernández, 2012).

El rol de estos actores incluye sus funciones, comportamientos y derechos, que deben estar en función a las diversas necesidades y propósitos de la comunidad, considerando los aspectos sociales y culturales de la misma (lo que incluye la vocación de servicio a la comunidad), y cuyas características propias de cada actor deben ser asumidas y aceptadas por los miembros que decidan trabajar en una instancia articulada (que es la IAL), lo que permitirá generar un proceso de intercambio de experiencias que conlleva a nuevos conocimientos, potenciar iniciativas, intercambiar recursos y generar prácticas y modelos a desarrollar en la comunidad (Hernández, 2012).

4.1.3 En relación con los temas que han sido vistos a partir de esta IAL generada:

#### **Chinchao:**

Si bien en un primer momento la IAL conformada estaba dirigida a ver DCI y Anemia, luego se vio también en función a estos temas, el manejo de residuos sólidos para evitar enfermedades (que conlleven luego a DCI o Anemia), y temas como la captación temprana de niños y gestantes (que acuda al establecimiento de salud desde el primer mes de vida en el niño o primer trimestre de gestación en la gestante), embarazo adolescente, entre otros; y también se discutió la operatividad de la Meta 4 del MINSA, punto crítico dentro de la lucha contra la Anemia en el nivel local.

*“Fue basado a una organización de nuestra comunidad. Hicimos un plan de trabajo, una planificación de las actividades del año y luego la ejecución. Incluimos a las autoridades, incluso de los gobiernos de los centros poblados y a los programas sociales como Juntos, Vaso de leche y Qali Warma” (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao)*

*“Primero, lo que es sobre residuos sólidos, su tratamiento. Se trató también sobre la anemia y las enfermedades que hoy en día nos están dando, cómo prevenirlas. Así mismo, sobre los programas sociales, cómo están interviniendo en el distrito, Vaso de Leche, Juntos y los otros programas que existen en el distrito”* (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao)

*“Las coordinaciones lo hacemos de manera mensual, si bien tenemos como tema central la reducción de la anemia, también tenemos 5 problemáticas más in situ, como es la captación temprana en las gestantes, el cáncer, el embarazo adolescente, la lucha contra las enfermedades transmisibles, etc.; en base a eso se elaboró el plan de trabajo del IAL”* (Acompañante Técnico PNCM)

*“Debido a las directivas o resoluciones para el cumplimiento de metas, meta 4, que es de la implementación de acciones de los municipios para promover la adecuada alimentación de prevención y reducción de la anemia, se ha venido sectorizando para asignar a cada actor social para que hagan las visitas domiciliarias”.* (Gerente de Desarrollo Social)

*“Los temas que se han venido tratando son la anemia y la desnutrición infantil. Otros temas también de acuerdo a las necesidades de cada localidad. Lo que preocupa es el deficiente saneamiento básico que tiene el distrito de Chinchao. No tenemos un modelo a nivel del distrito. También ver de qué se hace proyecto sostenible, no solo se debe buscar la disminución de la desnutrición, sino ver los ingresos de la población”* (Grupo focal Personal de Salud).

#### **Churubamba:**

Se observa el trabajo centralizado para combatir la anemia, centrado en acciones propias del personal de salud (capacitación y atención) y con apoyo para algunas actividades como la focalización o búsqueda de niños con anemia, con el personal de los programas sociales y agentes comunitarios. Estos últimos sobre todo vienen trabajando en relación con la Meta 4 MINSa. Incluso observan una mayor prioridad en la capacitación que realiza el personal de salud a estos agentes, para cumplir la función de las visitas domiciliarias.

*“Haciendo visita a esa persona que tiene anemia. Nos dan una ficha para poder rellenar y luego íbamos a esa casa, le preguntábamos a la mamá del niño, le*

*pedíamos su tarjeta, le preguntábamos qué le está dando para la anemia y cuántas cuotas le debe dar. Le decimos que le lleve puntual a su control, también a sus vacunas y luego le explicamos qué alimentos debe darle para que salga de la anemia” (Agente Comunitario Churubamba).*

*“Bueno, en esa parte es un trabajo articulado, interviene salud, intervienen todos los programas sociales, interviene la municipalidad. Y siempre nos estamos reuniendo para ver de qué manera podemos fortalecer, qué debilidades se están encontrando y de esa manera tratar de subsanar algunos inconvenientes que se puedan dar. Más que nada es un trabajo articulado”. (Coordinador PROMSA MR Churubamba).*

*“Lo que se está haciendo es brindar, capacitación, a las personas de parte de los agentes comunitarios, como también de la posta médica de acá, realizando visitas a los centros poblados, llegando a los lugares más lejanos”. (Responsable PVL)*

*“Se han establecido algunas comisiones, de acuerdo a los alcances que tiene cada participante en su sector. Por ejemplo, de acuerdo a los componentes que posee este plan se han distribuido las tareas, como las actividades relacionadas a la capacitación de agentes comunitarios, de esto se encargad el sector salud, que es la microrred a través de sus colaboradores en diferentes puestos de salud. También nosotros estamos apoyando en el tema de focalizar a las familias, de detectar a los niños con anemia, en este caso los que estamos en la misma comunidad, los que somos de programas sociales, tanto Juntos, Qali Warma, Cuna Más”. (Acompañante Técnico PNCM).*

*“Se viene trabajando de manera articulada con las metas que pide la AL, que pide la DIRESA. Hasta el momento se viene realizando la meta 4, que es la meta de visitas domiciliarias, el porcentaje de niños que se visita al mes. Entonces, se trabaja bastante con facilitadoras, con agente que contrata la municipalidad, para que realicen esas visitas, pero a través del monitoreo de salud, de la microrred de salud”. (Gestor Tambo Huarapa).*

Aquí es interesante observar en ambos distritos, como la experiencia del PMLCA, que indicaba el trabajo multisectorial para reducir la anemia, basado en cuatro ejes temáticos (identidad, alimentación, prestaciones de salud, y agua y saneamiento), poco a poco se va reduciendo o cambiando el esquema a un tema (nuevamente, considerando las

experiencias de articulación pasadas relacionadas con desnutrición por ejemplo) relacionado más con el trabajo del sector Salud, esto gracias a la aparición de la Meta 4 MINSA. Esto es más visible en Churubamba que en Chinchao. De esta manera se observa que los temas se empiezan a circunscribir en función a la visita domiciliaria y en algunos casos se continúa observando las acciones del personal de salud también, quienes son los encargados de capacitar a los agentes comunitarios para que realicen dichas visitas.

Como indica Cravacuore (2004), *“la articulación se produce cuando dos o más organizaciones públicas, privadas o de la sociedad civil acuerdan y coordinan políticas que se traducen en acciones concretas, cada una asume una o más tareas específicas y aporta su propio know how, sin que entre ellas existan relaciones de subordinación”* (Cravacuore 2004: 18). Sin embargo, el caso de la anemia implica políticas multisectoriales que agrupan más de dos sectores, y, como bien indica este autor, las acciones concretas que se deben traducir de una articulación, tiene como resultado un proceso de cooperación horizontal, que manifiesta un aspecto cuantitativo y otro cualitativo. Ambos son necesarios de revisar en el nivel local en función a que la mayoría de experiencias a este nivel han tenido la cooperación de solo un pequeño grupo de actores, no demostrando una articulación en función al problema entendido como multisectorial (Cravacuore, 2004).

#### **IV.2 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Mapeo de actores, dentro de las acciones del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.**

4.2.1 En relación con las características o cualidades de los actores locales e institucionales incluidos en el Mapeo de actores:

##### **Chinchao:**

El mapeo de actores en Chinchao considero solo, como se observó también en la participación en la IAL, a personal de salud y de programas sociales del MIDIS. Los actores dan a entender que solo estos dos grupos son los que participan de la mayoría de actividades, y, en la actualidad, los protagonistas son los ACS que participan de la Meta 4 MINSA. Lo que más se ha valorado es el compromiso de los participantes y su responsabilidad para cumplir las visitas domiciliarias.

*“Para mí, le diría que acá la mayoría de los miembros somos conocedores de la problemática del distrito, empezando desde el responsable de PROMSA, la jefa del centro de salud y mi persona. El conocimiento nos ha valido bastante para la realización del diagnóstico. Por la parte de los actores sociales son personas comprometidas, que tiene experiencia, son actores comunitarios, otros son facilitadores del programa Cuna Mas, ellos conocen esa zona y nos sirve como ayuda para trazar la meta”. (Acompañante Técnico PNCM)*

*“Los actores sociales en el distrito de Chinchao son los agentes comunitarios de salud, ellos fueron elegidos por el perfil y las cualidades que maneja como el liderazgo, la responsabilidad, la puntualidad y la confianza con la comunidad. Pero cuando tenemos que cumplir la meta 4 piden actores sociales, entonces incluimos a los de Cuna Más” (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao)*

*“Los actores sociales somos todos, pero para la IAL tenemos designados a nivel de puestos de salud, tenemos actores sociales que van a hacer las visitas en coordinación con el personal de salud, de Cuna Más tenemos los que hacen visitas y de Juntos son las madres líderes. Por acuerdo con el personal de salud, hemos quedado que las madres líderes de Juntos son las agentes comunitarias del puesto de salud, para poder impulsar con las madres líderes”. (Gestora local Programa Juntos).*

*“Como lo decimos, las características son que deben ser personas profesionales en el tema porque son ellos los que van a determinar cómo vamos a trabajar y cómo vamos a bajar los porcentajes de anemia y desnutrición en el distrito. Creo que por esto en el comité no nos toman en cuenta pues no estamos relacionados con el tema de salud” (Grupo focal Alcaldes de Centros Poblados).*

#### **Churubamba:**

Aquí se destaca también la participación del personal del municipio, además del personal de salud y de los programas sociales adscritos al MIDIS. También se destaca o valora el liderazgo y actitud positiva de las ACS elegidas para realizar las actividades de la meta 4 MINSAs.

*“Tengo conocimiento que los actores sociales tienen diferentes carreras, encontramos desde médicos hasta sociólogos, psicólogos. En cuanto a los programas sociales no viven en el distrito, están acá interdiario, a la semana dos o*

*tres veces y vuelven a Huánuco. Lo que es salud, por el tema de su trabajo, si permanecen acá, por su trabajo, la atención que tienen que realizar”, (Gerente Desarrollo Social)*

*“El caso de la Gerencia Municipal, es un ingeniero. El caso de la Gerencia de Desarrollo Social es la licenciada en administración pública. En caso de los programas sociales son de diferentes especialidades. En el caso de la posta médica, todos son enfermeros, obstetras, médicos también. El alcalde tiene secundaria completa”. (Responsable PVL)*

*“Por lo general Churubamba es considerado un distrito extrema pobreza por lo que es difícil encontrar personas con profesión, pero sí algunas han desarrollado profesión de educación, técnicos de enfermería, técnicas en contabilidad. Por lo general son madres de familia que poseen competencias de liderazgo, de interrelación profesional y que no necesariamente tienen una carrera, sino que por sus competencias y sus actitudes positivas han sido elegidas. Suelen ser mamitas que viven, han nacido en la comunidad y conocen a las que han vivido en esta”. (Acompañante Técnico PNCM)*

*“Diversas carreras. En lo que es salud, tenemos enfermeros, médicos, obstetras, odontólogos, como el jefe del PROMSA; tenemos la Gerencia de Desarrollo Social, la licenciada María; la responsable de las visitas domiciliarias a una magister. Ahora en los diferentes programas sociales varían las carreras, tenemos docentes, obstetras, enfermeros, psicólogos, sociólogos”. (Gestor Tambo Huarapa)*

Como se observa, en ambos distritos la prioridad de generar acciones coordinadas y articuladas no se ha logrado. Así, a pesar de contar con varios años de experiencia en instancias de articulación, vemos que en Chinchao se dejó de lado mantener una gestión articulada y los actores se centraron en el municipio, salud (MINSA) y programas sociales (MIDIS). Por su lado, en Churubamba observamos un esquema similar, con la diferencia que si cobra más importancia el agente comunitario. Nos queda más claro como el mapeo de actores hace énfasis a un equipo de tres instituciones ya mencionado, y que algunos de estos actores menciona también a actores sociales como los agentes comunitarios, quienes conocen la problemática de su localidad, y de ellos rescatan su compromiso y esfuerzo para con la actividad de la Meta 4 MINSA, incluyendo además su capacidad de liderazgo.

Rofman (2007), afirma que *“para la confección de un mapa de este tipo es necesario tener en cuenta a los actores locales y extralocales, estatales, sociales y políticos. Además, es pertinente reconocer el papel de los intereses sectoriales en relación al proyecto de desarrollo local que se adopte”*. A partir de esto podemos observar la importancia que las IAL tengan una convocatoria amplia multisectorial, que permita la participación del total de instituciones y de las diversas zonas geográficas que contiene el distrito. Con ello, se identificará rápidamente los principales problemas que aquejan a la localidad y que sin embargo tendrán varias teorías o posibles soluciones, según sea la propuesta que brinden los diversos actores participantes. El llegar a un consenso de estos intereses es lo que enriquece una IAL con diversos actores (Rofman, 2007).

El enfoque de la temática del desarrollo local y la priorización de acciones otorga entonces *“un lugar destacado al papel de los actores en tanto el problema que se ha identificado como fundamental del territorio no puede ser pensado en abstracto, sin vincularlo con el sistema de actores”* (Rofman, 2007), que van a intervenir desde la definición del mismo, su diagnóstico y el desarrollo del plan de trabajo para reducirlo (como sería el caso de la anemia). Así, al observar los temas o determinantes relacionados a Anemia sabemos que se necesita un trabajo de sectores como Educación, Vivienda, Transportes. Cultura, etc.

4.2.2 En función a los actores participantes en la IAL e identificados en el mapeo, se preguntó sobre las actividades que realizan dentro de la parte operativa:

#### **Chinchao:**

Los actores sociales tienen en claro la responsabilidad de la meta 4 MINSA y la importancia de las visitas domiciliarias como parte de las acciones para reducir la Anemia y DCI. También mencionan las campañas de salud, el trabajo de los programas sociales, la difusión y sensibilización, la actualización del padrón nominal, como principales acciones.

*“Tenemos una coordinadora del IAL y en la parte de salud están los capacitadores, los actores sociales hacen las visitas domiciliarias, mi persona y el equipo hacemos un seguimiento del trabajo”* (Acompañante Técnico PNCM).

*“Básicamente trabajan con las familias, las visitan, las acompañan en sus actividades diarios, hacen actividades masivas también, a veces en la Plaza de Armas le damos permiso para sus actividades, campañas conjuntas a veces con*

*Salud, que hacen que las familias vengan en gran cantidad en fechas determinadas”* (Alcalde Municipalidad Chinchao).

*“Mayormente nuestro trabajo es apoyar a los actores sociales a que cumplan con las visitas. Nosotros como gestores sociales hacemos las visitas a los hogares priorizados de niños que tienen anemia y desnutrición. Igual los de Cuna Más apoyan en visitas, la sensibilización; el personal de salud, igual. Los compromisos que hacemos en las reuniones, tratamos de cumplir con tal que los hogares sean visitados y la municipalidad cumpla con sus metas”* (Gestora local Programa Juntos).

*“Respecto a los actores que trabajan en la IAL, tenemos al señor alcalde, quien preside las reuniones; al secretario, que presenta las diferentes problemáticas; a los responsables de PROMSA; yo, como Coordinadoras de Visitas Domiciliarias, doy a conocer los avances en el sistema o algunos inconvenientes que suceden; también participa la responsable del Padrón Nominal, quien está en constante coordinación con los de PROMSA para actualizar la lista de los niños que están en el grupo etario; así también los responsables de los programas Cuna Más y Juntos, quienes también apoyan en la homologación de los nuevos niños”* (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao).

**Churubamba:**

Se destaca las acciones de capacitación y sensibilización en el marco del PMLCA y que incluyen además del componente salud y alimentación, el del uso del agua. Además se menciona el trabajo de los programas sociales en la búsqueda de los niños con anemia y las actividades de seguimiento a las actividades del PMLCA desde la Gerencia de Desarrollo Social del Municipio.

*“Especialmente hemos tratado de realizar más trabajos de sensibilización, porque es la única forma de que, si solucionamos el problema, de acá en adelante no vuelva a suscitarse, por eso más estamos trabajando en sensibilizar a nuestra población que a veces es carente de conocimientos educativos. También sobre la utilización del agua, el consumo del agua limpia. Incidir bastante en que consuman alimentos ricos en hierro. Pero dentro del trabajo que venimos cumpliendo todos han asumido esa responsabilidad y notamos que estamos trabajando todos en conjunto”* (Alcalde Churubamba).

*“En este caso, según tengo entendido, existe un sistema de seguimiento de actividades. En este caso está liderado por la Gerente de Desarrollo Social y por la encargada del programa País. Entonces, estas dos personas nos hacen seguimiento de las actividades y de las tareas que se van dejando mes a mes cuando nos encontramos. Se hace un seguimiento del avance y ya el día que nos volvemos a encontrar, se hace el análisis respectivo de lo que se ha logrado y de las tareas que se han cumplido” (Acompañante Técnico PNCM).*

*“Sí cumplen el trabajo. Cada programa tiene su función, cada uno dentro del IAL sabe qué tiene que hacer: articular, trabajar, empoderar, ver qué falencias hay en una comunidad. Así como el sector salud, ¿qué está haciendo el sector salud? Está capacitando a los agentes, a los facilitadores, que han sido contratados a través de la municipalidad. ¿Qué están haciendo los programas sociales? Están articulando para ver qué niños tienen anemia, viendo qué niños necesitan visitas, tanto de Cuna Más, Juntos y otros, a través del trabajo articulado, convocatorias, sensibilizar a las personas para que acepten. A través del programa País también que facilita los ambientes para que se hagan los talleres de sensibilización”. (Gestor Tambo Huarapa).*

En ambos distritos se destaca el trabajo de difusión y sensibilización que se da para combatir la anemia a partir de las visitas domiciliarias, centrándose en esta actividad la mayoría de respuestas de los actores sociales entrevistados. Esto nos indica que a pesar que se generó un mapeo de actores que debería permitir enfocar los diversos problemas de la comunidad en la lucha contra la anemia, la actividad que empieza a destacar como la más importante es la visita domiciliaria, eje de la Meta 4 MINSA. Se mencionan otras actividades que a se venían dando en los distritos en función, por ejemplo, al trabajo de los programas sociales, que consideran vienen ‘articulando’ con Salud. Es importante observar entonces como las IAL siguen considerando los determinantes de la Anemia considerados por el PMLCA y que el mensaje de la Anemia como un problema multifactorial se mantiene vigente.

El análisis de los actores locales debe permitir identificar sus capacidades para actuar e intervenir, y como éstas van a repercutir en los procesos de gestión de las acciones que vayan a proponer, en este caso en el marco de la reducción de la prevalencia de anemia. Así, se observa la importancia que los actores brindaron a los diversos aspectos necesarios a incluir en la lucha contra la anemia, más allá de luego priorizar las visitas domiciliarias, actividad que se viene implementando con recursos económicos en

ambos distritos. De esta forma, Acuña y Repetto (2006) distinguen “tres tipos de capacidades de los actores estatales:

- **Política:** la fuerza relativa que posee la/s instancias con responsabilidades de gobernar y coordinar el sistema de políticas y programas de combate a la pobreza, lo cual implica fijar objetivos, movilizar ciertos recursos, llevar adelante acciones y liderar procesos de coordinación.

- **Presupuestal:** la relación entre la dotación de recursos financieros que el Ministerio u área de acción social obtiene en la distribución del presupuesto a fin de llevar adelante sus tareas y los problemas sociales que deberá enfrentar con esos recursos

- **Organizacional:** el modo en que la definición de roles y funciones, los procedimientos administrativos y los recursos humanos permite, o no, hacer frente a los problemas de gestión que tiene el área social que se esté analizando” (Leyton 2017: 8).

Definitivamente, estas capacidades no son las que más han desarrollado usualmente nuestros gobernadores locales ni los actores en el nivel local, reconociendo ellos mismos sus deficiencias en el manejo o abordaje de programas o acciones, la dificultad de organizar actividades entre varios sectores y sobre todo, la capacidad de poder tener o solicitar un mayor presupuesto para ello. De esto se desprende lo observado en los distritos al momento de llegar el presupuesto de la Meta 4 MINSA en comparación a las acciones anteriores del PMLCA, sin un presupuesto preciso.

4.2.3 Igualdad de oportunidades, tanto de hombres como mujeres, considerando que actividades puedan desarrollar dentro de las IAL:

#### **Chinchao:**

En general se observa la mayor participación de la mujer en las actividades de lucha contra la anemia y de desarrollo infantil, y además se observa una menor oportunidad laboral en general para las mujeres. Sin embargo, los actores rescatan la importancia de la igualdad de capacidades, por ejemplo, esto relacionado con el PMLCA.

*“Nosotros entendemos que la mujer y el hombre son iguales en cuanto a capacidades. Si bien es cierto en este distrito hay mucho machismo, estamos tratando que ese pensamiento cambie un poco y consiguiéndolo a partir de dar oportunidad a las mujeres, no solo en la parte laboral, sino también en las diferentes actividades que realiza la municipalidad”.* (Alcalde Municipalidad Chinchao)

*“Mujeres mayormente. Sí también hay hombre, pero mujeres mayormente”* (Agente Comunitario CLAS Chinchao)

*“Para mí es muy importante que haya las mismas oportunidades para hombre y mujeres, porque creo que en el momento no nos diferenciamos, cada uno sabemos qué rol cumplimos y es muy importante la participación de ambos”.* (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao)

### **Churubamba:**

De manera general se observa que los actores mencionan el machismo existente en el distrito. Así como en Chinchao, también se observa la mayor participación de las mujeres en las acciones de lucha contra la anemia. Sin embargo, si se ve el involucramiento de autoridades masculinas en estas acciones lo que se espera cause una mayor participación masculina a futuro.

*“Es muy importante debido a que ahora que nos encontramos en el siglo XXI y tanto las mujeres como los varones tienen que tener los mismos derechos y tiene que haber igualdad... en nuestras reuniones hay más participación de mujeres que de varones”.* (Responsable PVL)

*“Sí, la importancia del trabajo coordinado, trabajo por género, para nosotros es muy importante porque vemos la participación activa de la mujer, de nuestras madres y mujeres churubambinas, de que sí están teniendo oportunidad. Y para nosotros es importante la labor igualitaria en esta acción, más aún en las mujeres porque son las que atienden más a los niños y con ellas se debe trabajar más”.* (Alcalde Churubamba)

*“Creo que tanto el hombre como la mujer tienen la misma capacidad, sino que el tema quizá va por el lado de la confianza. Por ejemplo, en un hogar si va una visita, les genera más confianza la mujer, por la misma creencia que tienen ellos. Van a tener más confianza de contarles sus cosas a las mujeres. Por el mismo hecho de que en las reuniones vengan puras mujeres, entonces ven más intereses de ellas, más involucradas”.* (Coordinador PROMSA MR Churubamba)

*“En este caso, las veces que he intervenido, he sido muy enfática con la participación masculina, ya que en distrito como Churubamba todavía existe el machismo. En mi caso, como acompañante técnico de Cuna Más, muchas veces*

*me he tenido que rozar con papás, padres de familia, jefes de hogar, que se han mostrado resistentes a que podamos intervenir dentro de sus familias, por algunas creencias machista que existe en ellos. Creo yo que la participación masculina es bastante importante, porque de alguna forma va a ser un efecto cascada en otros hombres de la comunidad. Al ver que un alcalde de centro poblado está apoyando esta iniciativa de lucha contra la anemia, que no es algo común, pues están más acostumbrados a temas de infraestructura; pero si ven este interés, van a pensar que es algo importante, y más aún si se habla de sus hijos, de niños que van a ser el futuro de sus familias. Entonces, me parece bastante importante el poder incidir y poder sensibilizar a la parte masculina. Creo que lograríamos un mejor efecto si logramos este objetivo con esta parte también interesada". (Acompañante Técnico PNCM)*

Ambos distritos reconocen que si existe el machismo (además de menos oportunidades para las mujeres) y está arraigado en las mismas comunidades, observando que este tipo de trabajo (básicamente las visitas domiciliarias) debe ser generado mayormente por las mujeres y por ende, son ellas las que más participan, considerando las visitas a los hogares y el diálogo con otras madres de familia. Al respecto no se mencionó si hay acciones tomadas por la IAL o el municipio sobre la sensibilización en el enfoque de derechos. Resalta además el aspecto que se ve más a la mujer relacionada con las labores de la casa y de la atención del niño por lo que ello le permite tener un mejor rol en la Meta 4 MINSA para las visitas domiciliarias.

Además, también en ambos distritos se menciona el reconocimiento que ambos, hombres y mujeres deben de tener igualdad de oportunidades y que los hombres al apoyar pueden hacer que más hombres también lo hagan, no se observa una propuesta precisa de como poder hacer que los hombres tengan una mayor participación, pero sí, como se destaca en Churubamba, el hecho que las autoridades hombres se involucren en las acciones contra la anemia, permite que la sensibilización sea mejor recibida por el público masculino.

Como indica Massolo (2006), *"hay que reconocer las identidades que se resisten a ciertos cambios y actúan en consecuencia, aunque contradictoriamente con otras identidades propias favorables al cambio: el ejemplo típico es la identidad masculina machista resistente a los cambios y los derechos de las mujeres..."*. (Massolo 2006: 6-7). Estas identidades de cada uno de los actores de las IAL, deben ser reconocidas en el marco de poder generar acciones en el desarrollo local, que dejen de lado

comportamientos puntuales que no suman en la socialización de hombres y mujeres en el territorio. Es importante entonces considerar el enfoque de género e incluir esto en las acciones de sensibilización, sobre todo, a nivel de la comunidad (Massolo, 2006).

Esta autora indica además que *“la equidad de género debe ser una de las bases del desarrollo local, al brindar una equivalencia en términos de derechos, beneficios, oportunidades y obligaciones, así como en los bienes sociales, de hombres y mujeres”* (Massolo 2006: 8). Esta equivalencia o igualdad de oportunidades responde a la necesidad de corregir desigualdades y desventajas existentes. Así, considerar el territorio y la comunidad, es una buena oportunidad para el *“empoderamiento individual y colectivo de las mujeres”*, y el impacto que pueden tener sus acciones no solo en las actividades de campo (visitas domiciliarias en este caso), sino también su rol dentro del ciclo de una gestión local, que incluye su participación en el diseño, formulación, planificación, programación, etc. (Massolo, 2006).

4.2.4 Importancia de la adecuación cultural y el respeto por las normas culturales, costumbres y creencias de la población y que influyen en el trabajo que realizan las IAL:

**Chinchao:**

Los actores entrevistados rescatan la importancia de conocer y comprender la cultura de las familias, más aun considerando que el distrito tiene zona de sierra y de selva, y valoran esta diferencia. Los ACS además, han sido seleccionados según su lugar de residencia, teniendo esta consideración para que puedan tener un mayor entendimiento y empatía con las familias que les toque visitar.

*“Por supuesto, es la identidad. Todas las familias acá tienen sus propias formas de pensar, tienen sus creencias, sus costumbres. Eso hay que aprovecharlo, no rechazarlo ni menospreciarlo; hay que aprovechar eso que conocen y vincularlo a lo que nosotros queremos hacer”* (Alcalde Municipalidad Chinchao).

*“Sí, por ejemplo, tratamos de respetar sus creencias, sus costumbres. Hay hogares en los que en el día no están en sus casas, se van a sus chacras. Nosotros tratamos de adecuarnos a sus horarios, a sus tiempos, y los que hacen las visitas están orientados a ello”* (Gestora local Programa Juntos).

*“Sí, es muy importante porque cada caserío, centro poblado, aquí en el distrito de Chinchao, nos dividimos entre zona sierra y selva. Entonces, los actores sociales que se han escogido son de la misma comunidad, porque cada uno tiene sus propias costumbres y eso se tiene que respetar”. (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao)*

**Churubamba:**

Aquí además de identificar el respeto y valoración por la cultura de la población, incluyendo las creencias religiosas, también se reconoce que estos aspectos no necesariamente suelen ser positivos para la salud, sobre todo en niños y gestantes, pues incluso se puede poner la vida en peligro, por creencias relacionados con el parto por ejemplo.

*“Sobre costumbres, son importantes las costumbres, creencias, religiones porque nos da un accionar mejor o no sea considerado. Por ejemplo, en las creencias religiosas, algunas madres o familias, de ciertas sectas religiosas o grupos evangélicos no acuden al centro de salud y ven que los males de sus hijos solo van a ser sanados por oraciones. Un tema ocupado. En esto, nuestras costumbres en parte nos mantienen bien, pero yo veo que las creencias religiosas pueden perjudicar la salud de las familias”. (Alcalde Churubamba)*

*“... es básico que nosotros podamos respetar y valorar las creencias, hábitos, costumbres de los pobladores. Pero también es cierto que existen algunas costumbres que debemos tomarlas con pinzas, en el sentido de que estas costumbres conllevan a poner en peligro muchas veces la vida de niños, gestantes, madres, padres, sobre tema en relación a salud. Por ejemplo, la creencia de que es mejor que una mujer dé a luz en casa, con una partera; pero ya está demostrado que este es un acto inseguro. Creencias como esta es un trabajo muy arduo y tenemos que focalizarnos más, y tomarlo con pinzas, porque tampoco podemos imponer nuevos hábitos, cuando ellos ya tienen estos hábitos arraigados de generaciones anteriores... He visto muy importante el trabajo que ha hecho la municipalidad, incluso con videos, en los que se ve actuando a los pobladores de Churubamba, a los mismos médicos que asisten dentro del hospital... ayuda a sensibilizar a nuestras familias”. (Acompañante Técnico PNCM)*

*“Desde mi punto de vista, sí. Tenemos que conocer primero cómo son las costumbres. Por más que estemos en un solo distrito, de una localidad a otra, de*

*un centro poblado a otro, es diferentes. Entonces, nosotros como actores sociales tenemos que conocer para poder volcar nuestros conocimientos y ver de qué manera entrar. Aquí tenemos otro problema, la religión a veces es un poco chocante. Todo eso tenemos que conocerlo bien”* (Grupo focal Personal de Salud).

Un tema prioritario en el trabajo con comunidades andinas o amazónicas (Huánuco tiene distritos con ambas características) es la adecuación cultural de los servicios prestados. Si bien se observa que los actores de ambos distritos reconocen este aspecto y ven la necesidad que los agentes comunitarios que realizan las visitas domiciliarias sean de las propias zonas donde se debe intervenir, no se menciona si los mensajes o las acciones en sí, que se desarrollan en función a la reducción de la anemia (incluyendo los mensajes para las visitas domiciliarias) han podido tener una adecuación cultural propia para las características de la región, considerando que las normativas actuales (PMLCA y Meta 4 MINSA) han sido dadas desde el nivel central.

Es importantes incluir aquí el concepto de “*servicios públicos con pertinencia cultural*”, del Ministerio de Cultura: “*aquellos que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención*” (MINCUL, 2015). De esto se desprende la necesidad de adaptar culturalmente las diversas acciones a proponer en el nivel local. De manera similar a lo descrito por Medina (2006), que observa la necesidad de “*adaptar los procedimientos técnicos de la intervención en salud a las concepciones, actitudes y prácticas de las comunidades culturalmente diversas, de modo que las atenciones brindadas sean más familiares a sus costumbres y tradiciones propias*” (Medina, 2006), un concepto muy relacionado a lo que debe hacerse con las acciones del PMLCA.

Acuña y Repetto (2006), también reconocen una serie de capacidades que deben poseer los actores sociales estatales, donde destaca las capacidades de representación, relacionada con el liderazgo y el respaldo de su comunidad, y la capacidad de movilización social, que considera el apoyo de esta comunidad en las decisiones que estos actores sociales tomen. Es importante entonces que el alcalde y la IAL consideren los diversos aspectos culturales y de género que tengan sus comunidades y logren un mayor involucramiento con ellas (Acuña y Repetto, 2006).

### **IV.3 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del diagnóstico local, dentro de las acciones del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.**

4.3.1 Involucramiento en la generación del diagnóstico local, no solo del grupo Municipio, Salud y Desarrollo Social, sino también otros actores, como los líderes comunitarios y usuarios, se observó:

#### **Chinchao:**

Como ya se ha mencionado, los actores entrevistados destacan particularmente el trabajo realizado por el equipo de profesionales del Municipio y de los sectores del MINSA y MIDIS. No se hace referencia a otros actores participantes en la discusión del diagnóstico local, a pesar que tenían experiencia anterior sobre procesos de articulación local.

*“Por supuesto, sino directamente, por lo menos indirectamente, porque los trabajadores de los programas sociales, nuestros trabajadores también, conocen a estas personas, saben cómo piensan, sus opiniones, sus pareceres. Y a partir de lo que han dicho estas personas que forman parte de la instancia, se ha podido obtener una idea general de la idiosincrasia y la forma de pensar de la gente”.*  
(Alcalde Municipalidad Chinchao)

*“El interés nació no solo este año sino desde el 2014, incluso teníamos conformado un comité de desarrollo local del distrito. El interés es de todos los sectores, pero durante mi experiencia el representante de Cuna Mas y del gobierno local han sido lo que más apoyo nos han brindado pese a los distintos periodos”* (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao)

*“En primer lugar, nuestro alcalde, que se preocupó desde el inicio de su gestión y al llamado de él fue que nos reunimos con el sector salud para poder ver los indicadores, cómo vamos y qué vamos a hacer...”.* (Gerente de Desarrollo Social)

*“Bueno, el diagnostico local de cada establecimiento, hicimos una reunión en Acomayo. Si mal no recuerdo fueron tres o cuatro reuniones seguidas para poder armar el diagnóstico de cómo nos encontrábamos con las familias, cuántos niños con anemia y cuántos con desnutrición, incluso para ver qué actores nos van a*

*ayudar. Todo eso se hizo en una reunión con priorización de los problemas con el gerente de Desarrollo Social” (Grupo focal Personal de Salud).*

### **Churubamba:**

De manera similar a lo observado en Chinchao, aquí también se destaca la labor y participación del Municipio, Programas sociales y sector Salud, y además, en relación a las acciones de la IAL, se incluye la participación de actores como el sector Educación y líderes comunitarios, a diferencia de lo observado en Chinchao.

*“En ese sentido sí, nosotros somos lo principales preocupados en solucionar este problema... hemos tenido que solicitarle drásticamente, por decirlo así, al sector salud en nuestro distrito a que trabaje responsablemente porque hemos visto bastantes inconvenientes..., donde el sector salud estaba cada uno por su lado, no había una atención adecuada para el pueblo... Han tomado conciencia y han entendido el problema... En los colegios estamos promoviendo a los docentes para que hagan charlas de sensibilización con los padres de familia y que orienten sobre la problemática de salud... Todos los sectores están participando activamente y vale la pena recalcar la buena voluntad y la atención debida a las recomendaciones que estamos dando”. (Alcalde Churubamba)*

*“... se ha visto mucho interés de parte de los programas sociales porque pienso que ellos son los que tienen más contacto con la población en campo. Y por supuesto los intereses prioritarios por parte del alcalde, y que ellos lo han tomado en cuenta, que desde el inicio ha dado a conocer su compromiso de apoyar en temas sociales: disminución en anemia y temas sociales en el distrito. Para esto hemos involucrado a los líderes comunitarios. Hemos iniciado con la sensibilización y de esta manera poder articular con ellos. Ya que consideramos a los líderes comunitarios, usuarias y usuarios como un nexo muy importante” (Gerente de Desarrollo Social)*

*“En realidad me ha sorprendido mucho que en este distrito se ha visto la participación y el interés de nuestro alcalde y también de la municipalidad... Ellos han tomado la batuta de la implementación de este plan con apoyo del programa País y además creo que, por una motivación, ya que ahora en las municipalidades existe una meta... Este tipo de incentivos de alguna forma motivan y también ayudan a que se concienticen y sean partícipes de esta lucha... La anemia atrae pobreza, si partimos de ese punto, es necesario que la municipalidad continúe con*

*ese trabajo y que nos siga haciendo ese llamado y que sigamos articulando...”*  
(Acompañante Técnico PNCM)

*“Los que tuvieron más interés fue el MIDIS, porque fue el ente que involucró a todos para poder realizar este plan multisectorial y conformar la IAL, por esa razón se hizo la primera reunión el año pasado en diciembre y sacar la IAL. Luego de esto se dio una ordenanza y posteriormente una resolución”. (Gestor Tambo Huarapa)*

Si bien de lo comentado por los actores entrevistados se desprende una mayor participación del Municipio, personal de salud y de programas sociales, en la generación del diagnóstico local, algunos actores mencionaron la importancia de considerar la opinión de la comunidad recogida usualmente por estos equipos de trabajo (sobre todo personal de establecimientos de salud y del programa Cuna Más, que brinda el acompañamiento familiar). Se desprende el desarrollo en ambos distritos de su diagnóstico, que incluyó además el proceso de sectorización según responsabilidades de las instituciones involucradas y prevalencias de niños con anemia, información brindada por el personal de salud.

Esto nos aclara un poco más que la generación del diagnóstico local no tuvo una participación articulada por no tener presencia, sobre todo en Chinchao, de otros actores además de los tres ya conocidos, pero sin embargo, en la práctica muchos de estos actores si tienen un contacto con los líderes comunitarios y la comunidad en sí, pues es parte de su trabajo cotidiano, como es el personal de salud que atiende a las madres y niños y que hacen charlas y visitas extramurales, o los promotores y facilitadores de los programas como Cuna Más, Juntos y Pensión 65, que en cada hogar visitado sensibilizan en función a combatir la anemia.

Para poder realizar un análisis diagnóstico en el nivel local y reconocer los problemas territoriales, se debe considerar que tan complejo puede ser esta problemática (hemos mencionado ya que el tema de la anemia es un problema multifactorial) y la necesidad de información que se pueda necesitar, siendo un primer momento entonces, para *“la construcción de una política y gestión local”*, identificar y caracterizar la situación de la localidad (tema también relacionado con la sectorización), lo que conocemos como diagnóstico, que permitirá conocer los problemas de la comunidad, sus necesidades básicas y otras afecciones, organizarlos según prioridad, y, de esta manera, asignar responsables según los fundamentos y análisis observado, para definir actividades en función a un plan de acción (Rofman,2007).

4.3.2 Temas discutidos en las reuniones de trabajo que permitieron generar el Diagnóstico local, se observó lo siguiente:

**Chinchao:**

Un primer ejercicio observado es la división por grupos afines según territorio adscrito, en relación a la sectorización propia del personal de salud. En función a ello, se priorizaron las acciones ya descritas vistas como problemas en el distrito, las cuales no necesariamente reflejaban lo identificado en el PMLCA (identidad, alimentación, prestaciones de salud, y agua y saneamiento), pues se incluyó enfermedades como el cáncer y el dengue.

*“En las reuniones siempre hay trabajos de grupos. Más que todo nos juntaron por puesto de salud y como tenemos zonas del personal de salud y Cuna Más. Igual en las autoridades se les junta por comunidad y puesto de salud al que pertenecen. En el distrito de Chinchao tenemos tres o cuatro puestos de salud que conforman la microred Chinchao”. (Gestora local Programa Juntos).*

*“Bueno, solamente sé de la primera reunión en la que se tomó los acuerdos, donde se presentaron los planes que se iba a trabajar durante el año. Y una de nuestras actividades principales era instalar nuestra sala situacional municipal para ver los avances a nivel de sectorización el tema de salud en Chinchao”. (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao)*

*“Lo que se priorizó fue la anemia y la desnutrición de los niños y madres gestantes. Uno de los temas también fue el del agua. En el distrito de Chinchao la gran mayoría de los centros poblados solo tienen agua entubada, no es agua segura”. (Gestora local Programa Juntos).*

*“Tenemos cinco temas que hemos priorizado: disminución de la anemia, desnutrición infantil, captación tardía de gestantes, embarazo en adolescentes, cáncer y altos riesgos transmitidos por el vector del dengue. Esos son los cinco que estamos priorizando”. (Gerente de Desarrollo Social)*

*“Sí, los más discutidos fueron la anemia y desnutrición crónica. Dentro de eso se priorizó lo que es saneamiento básico. Además como estamos en zonas de riesgo de enfermedades metaxénicas como el dengue, chikunguya, bartonelosis, que*

*hemos tenido en años anteriores; también se ha priorizado esos temas” (Grupo focal Personal de Salud).*

*“Se tocaron estos dos puntos (anemia y desnutrición), que están prevaleciendo, creo que en todo el Perú. Por otro lado, un problema que tenemos que solucionar es el del agua. El agua debe ser saludable; si no lo es, de nada sirve que a los niños les den comida nutritiva hecha con esa agua no segura. Lo que el MIDIS debe presionar es que todos, incluso los centro poblados más alejados deben tener acceso al agua saludable. El gobierno local ha dicho que será prioridad, pero está en el papel, debemos presionar un poco” (Grupo focal Alcaldes de Centros Poblados).*

#### **Churubamba:**

En función a los temas de anemia, se vio la importancia de generar una buena sensibilización en la comunidad que incluya el tema de la limpieza. También, a partir de la sectorización se vio el reconocimiento de los agentes locales que participarían en las visitas domiciliarias, priorizando este tema (considerando que esta actividad tiene el presupuesto de la Meta 4 MINSa).

*“...se ha informado sobre la elaboración del diagnóstico comunal, para ello hemos tenido la participación de los sectores y de las autoridades comunales, con ello se ha trabajado. En algunas reuniones se ha llegado a intercambio de ideas, propuestas, discusiones, pero hemos llegado a entendernos y los logros los estamos notando... lo primero que tratamos es el problema de la anemia... les estoy dando una responsabilidad, a cambio la municipalidad les da atenciones debidas a su comunidad, van a tener algunos premios o reconocimientos de parte de nosotros, para que se preocupen en limpieza, aseo, tener limpias casas y locales... cuando viene algo de una primera autoridad, ellos escuchan, pero cuando va el personal de salud y explica rápidamente o de un modo que no entienden... Esto nos va a ayudar a con el problema de la anemia y otros que nos aquejan...”. (Alcalde Churubamba)*

*“El diagnóstico local se hizo en enero y febrero, hemos tenido unas tres o cuatro reuniones, hemos invitado a los actores comunales para que den a conocer sus deficiencias y por supuesto en el afán de lograr un diagnóstico se dieron una serie de discusiones sobre todo con el sector salud, se ha podido observar el tema de la sectorización, como que no se había dado como debía ser, no había compromiso en el tema de las visitas domiciliarias...”. (Gerente de Desarrollo Social)*

*“El diagnóstico se realizó a través del análisis de la información que se tenía del sector salud, quienes manejan una información anual de todos los niños y personas que asisten. Se hizo un cruce de información con los programas sociales, ya que somos nosotros quienes manejamos unos padrones de las familias y niños a los que intervenimos, sabemos qué niños tienen anemia, los que han superado y los que están en tratamiento... El tema más discutido que recuerdo fue el de reconocimiento de los agentes locales. En este caso el distrito de Churubamba venía manejando una cantidad de agentes, pero al ver la necesidad, esta meta, se ha visto conveniente solicitar el aumento de agente locales; pero esto implicar aumentar el presupuesto... Ahí hemos tenido alargamiento de la reunión porque teníamos que analizar el tema de presupuesto, el tema de la capacitación de las agentes comunales, porque no sabíamos bajo qué sector iba a caer esta responsabilidad de la capacitación...”.* (Acompañante Técnico PNCM)

Como indicaba el PMLCA, el diagnóstico debería permitir reconocer los problemas relacionados con los cuatro ejes temáticos, sin embargo, en las reuniones de diagnóstico se ampliaron los temas incluso a otros no relacionados con anemia. Se rescata de estas reuniones la generación de debates al respecto, en ambos distritos, pero que usualmente llevaron a conocer y priorizar las acciones de la Meta 4 MINSA y de capacitar a los agentes locales, además de observar mejor el trabajo del personal de salud, encargado de este tema. Llama la atención en ambos casos, como se da un reconocimiento de diversos problemas en la comunidad que luego se quedan de lado por temas de actores, presupuesto o planificación.

Cada comunidad o distrito, en este caso a partir de sus IAL, reconocen sus problemas y les dan una prioridad, la cual más allá de estar relacionada con las personas que pudieran encargarse de ella y la gravedad que representa en la población, se relaciona con el presupuesto a invertir. Como indica Rofman (2007), *“no existe una única definición posible de los problemas, y cada uno de los sectores involucrados en esta cuestión tendrá su propia perspectiva acerca de los términos en que se caracteriza la situación”*. De esta manera, se logra observar que los problemas no son situaciones aisladas o arbitrarias, sino que los equipos de trabajo poco a poco reconocen la secuencia causal que tienen ellos y la posible trama de relaciones, que se visualizan a través de un diagnóstico. Además, esta cadena de determinantes se da en un espacio geográfico determinado, por lo que los factores observados en un distrito no necesariamente son iguales a los de otro (Rofman, 2007).

4.3.3 Desarrollo del proceso de sectorización, como forma de distribuir a la población del distrito en función a un mejor seguimiento de los niños; al respecto:

**Chinchao:**

Como ya se ha mencionado, en las reuniones del diagnóstico local, si se trabajó la sectorización distrital considerando lo ya elaborado por los establecimientos de salud del distrito, en el marco del PMLCA, que en este caso serían 4 sectores en los que se dividió a Chinchao, y se designó responsables para cada sector.

*“Sí, la sectorización es una herramienta importante porque permite tener una idea de la población o el distrito por sectores y organizar mejor nuestro trabajo”. (Alcalde Municipalidad Chinchao)*

*“Sí, se trabajó primero con los mapas sectorizados que manejaban cada uno de los puestos de salud. Tenemos cuatro en el distrito y a base ello hemos realizado nuestra sectorización para trabajos de los actores sociales en cuanto al cumplimiento de la meta cuatro”. (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao)*

**Churubamba:**

Aquí se observó, además de utilizar la propuesta de sectorización ya generada por el personal de salud, utilizada para el PMLCA, que la sectorización permite identificar que las zonas más alejadas tienen mayor cantidad de niños con anemia.

*“Sí, de acuerdo a la forma geográfica, pero también una sectorización a la cantidad de niños con anemia. Lo que hemos detectado es que tenemos mayor cantidad de niños con anemia menores de tres años en la comunidad más alejadas del centro de Churubamba. En esas comunidades tenemos una gran cantidad de niños en tratamiento y otros que no aun no la superan”. (Acompañante Técnico PNCM)*

Es importante poder sectorizar un distrito para facilitar las acciones a realizar y reconocer en qué zonas se necesita priorizar más una actividad o en qué zonas hay más niños con anemia. Future Generations (2012), indica que esta subdivisión del territorio permite identificar a la población y tener una descripción de ésta, que luego ayudará para la organización de equipos de trabajo y planificación de las intervenciones, considerando sobre todo a la comunidad organizada (como el caso de los agentes

comunitarios para las visitas domiciliarias), siendo este trabajo coordinado con la comunidad una de las finalidades de la sectorización (Future Generations, 2012).

USAID (2015), refiere al sector como *“un espacio socialmente vivo, donde se generan un conjunto de interacciones demográficas, sociales, epidemiológicas y de relacionamiento entre los pobladores, por afinidades históricas, tradiciones culturales, actividades económicas, o de otro tipo”* (USAID, 2015). La interacción en el territorio considerando los actores propios de cada sector ayuda a un mayor acercamiento de la comunidad, que debe encontrar una respuesta en el servicio que le brindan, en este caso en el servicio de salud que pueda darle el tratamiento necesario para la anemia. Este proceso de conocer las interacciones en el territorio local, brinda información importante para entender el relacionamiento con las personas y la comunidad (USAID, 2015).

4.3.4 Revisión de los ejes del *Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia*, el acceso a identidad, la prestación de servicios para la primera infancia, acceso al agua segura, seguridad alimentaria. Al respecto:

**Chinchao:**

De acuerdo con lo descrito por los actores entrevistados, si se observa que se tocaron los diversos ejes temáticos del PMLCA, planificándose incluso desde ese momento acciones al respecto, como campañas de identidad, sensibilización en lavado de manos, entre otras. Es notorio que lo primero que se observa son las acciones propias de salud, relacionadas con la atención y sensibilización a las familias.

*“Sí, es la prioridad de los programas sociales, cumplir con ese paquete. Y ahora le hemos hecho entender al gobierno local que se debe seguir con esa idea”.*  
(Acompañante Técnico PNCM)

*“Sí, claro, como a nosotros también acá nos capacitan, lo primero que hacemos al llegar a las casas como actor social es preguntarles en primer lugar las mamás, sobre sus deberes, ¿qué hacen ellas a primera hora? Por ejemplo, la lavada de mano a primera hora para los niños, tener su agua hervida en la cocina en la jarra. Nosotros como actores sociales debemos encontrar a quiénes no saben lavar las manos. Ese es el trabajo que nos dan a nosotros”.* (Agente Comunitario CLAS Chinchao)

*“Sí, ya hicimos incluso dos campañas de identidad. Hicimos una a nivel del distrito y otra campaña que es por parte selva, pues muchos niños no cuentan con beneficios a los programas sociales y esa es la única prioridad. En cuanto a la alimentación, tenemos un tambo pesquero que brinda a la población pescado a un costo módico, sin embargo, esto no ha estado funcionando”* (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao)

*“Yo creo que sí está dentro del plan. Cuando vemos para combatir la desnutrición o anemia, está la seguridad alimentaria, y también ahí está el agua segura, porque si no vemos el agua segura vamos a seguir arrastrando la anemia y la desnutrición. Porque una de las primeras causas, yo creo, que es tomar un agua no segura”.* (Gestora local Programa Juntos).

#### **Churubamba:**

También se discutieron los ejes temáticos del PMLCA y, además de los servicios de salud en la primera infancia, sobretodo se concentró en el problema del agua segura en las comunidades alejadas y la identificación del niño recién nacido.

*“Claro, en esa parte sí. Inclusive se trabajó con el RENIEC para ver que el niño ni bien nazca o máximo en un mes tenga su DNI. Sobre la prestación de servicios, a través del puesto de salud se está incorporando con ayuda de los actores sociales. Se trabajó también con el sistema de agua de la municipalidad y diariamente nosotros hacemos la visita para ver la clorificación....”* (Coordinador PROMSA MR Churubamba)

*“Sí, debido a que en el distrito de Churubamba, una de las causas de la anemia es que las personas no consumen agua clorificada. Es uno de los temas que se ha discutido en las reuniones”* (Responsable PVL).

*“Sí, justamente la participación de JASS (Juntas Administradoras de Servicios y Saneamiento) ha sido importante. El gerente de la municipalidad, encargado de este tema, ha estado en las reuniones y ha hecho diversos compromisos en este punto, en el sentido de poder hacer más seguimiento a las personas encargadas del JAS (?) para que se haga la limpieza oportuna de los tanques, para que se puede detectar a tiempo si hubiera alguna dificultad en el funcionamiento del agua para las familias. De la misma manera ha habido un compromiso por parte del alcalde para mejorar las comunidades que no cuentan con agua segura. En el caso*

*de los niños, se han planteado actividades para estar presente. El gerente se ha comprometido a participar en las reuniones de socialización que tenemos con las madres de familias que tenemos en comunidades más alejadas para poder sensibilizar e informarlas a todas ellas". (Acompañante Técnico PNCM)*

Es importante reconocer que en ambos distritos se pudo realizar reuniones para discutir el diagnóstico y en ellas se tocaron los diversos componentes del modelo causal de la anemia, resumido en los cuatro ejes temáticos que incluye el PMLCA (identidad, alimentación, prestaciones de salud, y agua y saneamiento). De ellos lo primero a priorizar ha sido el tema de salud, la atención brindada al niño y la gestante y sobretodo la sensibilización que se realiza. También se ha destacado el problema del agua segura, muy común sobretodo en las zonas alejadas de cada distrito, y el de la identificación de los niños. Este ejercicio ha podido servirle a cada IAL y municipio para conocer de que información dispone en temas sociales, económicos y de salud de su distrito, y saber la importancia de la información para generar su plan de acción.

Debe de ser usual el realizar un diagnóstico previo, considerando *"que los municipios carecen de información diagnóstica suficiente y confiable para la toma de decisiones"* (Cravacuore 2004: 30), y esta información usualmente es escasa y de poco conocimiento de los diversos actores sociales. La data administrativa disponible a este nivel usualmente es utilizada por sectores como Salud, Educación o Desarrollo Social, en sus propias actividades y no suele producirse actividades de retroalimentación. En este contexto *"el diagnóstico resulta sustancial para la recolección de la información"* de cada uno de los sectores, ya que partir de ella se formularán acciones, objetivos y metas, así como los indicadores de seguimiento (Cravacuore, 2004).

#### **IV.4 Grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Plan de acción, dentro de las acciones del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.**

4.4.1 En relación con el compromiso y participación de los actores en las acciones del Plan de Acción, se recogió lo siguiente:

##### **Chinchao:**

Se evidenció que el compromiso actual para las actividades de la IAL pasa por priorizar las acciones del plan de acción en función al presupuesto, y más, específicamente, por el presupuesto de la Meta 04 MINSA, por ello las acciones del Plan se han reducido a

las relacionadas con Salud y particularmente con el cumplimiento de las Visitas Domiciliarias, a pesar que se tenía un diagnóstico previo con otros temas adicionales como hemos observado.

*“Si, tienen bastante interés en que se cumplan los objetivos y obviamente eso contagió en ánimo y compromiso. Solo tengo entendido que tenemos el presupuesto que ha mandado el MEF. Cada miembro tiene sus propias funciones, nosotros verificamos la constatación de las visitas” (Acompañante Técnico PNCM)*

*“En la medida de lo posible, nosotros hemos aportado con presupuesto. Algunas entidades tienen y otras no. Entonces, nosotros en la medida de nuestros recursos, hemos estado apoyando. La Gerencia tiene el encargo de llevar adelante esta instancia, de apoyarlo y lograr las metas”. (Alcalde Chinchao).*

*“Si, nosotros tenemos la meta de ingresar al SIAF (Sistema Integrado de Administración Financiera) que es la cadena presupuestal. Incluso ya tenemos en la meta 1 que es programa articulado nutricional que lo trabajamos con presupuesto aparte del IAL. Bueno tenemos que hacer el taller de fortalecimiento de capacidades que va orientado a las familias en riesgo, en niños menores de 5 años haremos sesiones educativas y demostrativas y eso se viene cumpliendo mensualmente al igual que las visitas domiciliarias. Tenemos una programación con cada comunidad, con fechas y cronograma, cada sector sabe qué fecha le toca su unidad y que actividades cumplir dentro de ello” (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao).*

#### **Churubamba:**

De manera similar, el Plan se ha visto dirigido a las acciones de la Meta 4 MINSA, con amplio involucramiento del Municipio, que financia esta actividad. A diferencia de Chinchao, si mencionan los actores las sesiones demostrativas como actividad adicional para mejorar la alimentación de los niños.

*“En cuanto a nosotros como autoridades sí hemos hecho el trabajo coordinado y articulado con todas las instancias, hemos exigido en todas las reuniones que hagamos, que todo lo que se acuerde se cumpla y en el plazo establecido... Los resultados han sido positivos en la medida de lo que hemos trabajado... la gran mayoría sí ha cumplido estrictamente. El problema es que en cada reunión siempre nos damos tiempo para forzar más al sector salud, para que asuma y no olvide que esto no es solo por el trabajo que ellos hacen durante las horas del día, sino que es*

*un plan que se tiene cumplir y debe salirse del horario de trabajo para cumplir las metas. Tenemos la participación de los agentes comunitarios, facilitadores; ...tenemos más de 150 personas que son retribuidos por la municipalidad, y en este caso sí podemos decirle que presupuestalmente asume la municipalidad al 100% los gastos que originen estas actividades". (Alcalde Churubamba)*

*"Como le decía, cada instancia o cada institución, como parte del IAL, está cumpliendo sus funciones. En este caso, como Salud, nosotros lo que hacemos son las visitas a los niños con anemia, a los identificados. Por eso parte estamos comprometidos y cada mes entregamos lo que son nuestras visitas domiciliarias a los niños de cuatro y cinco meses, y de seis a once meses. Ya hicimos llegar nuestro informe y ahora en la reunión que vamos a tener, vamos a ver si se cumplió o no, pero ya todos tenemos el compromiso. Por nuestra parte sí cumplimos con la entrega de las visitas". (Coordinador PROMSA MR Churubamba)*

*"Bueno, hemos integrado a las autoridades del distrito para que nos apoyen en la ejecución de estas acciones de IAL. Se han comprometido, pero no ha cumplido este compromiso al 100%, ha habido deficiencias... Si hay alguna actividad que no se hizo en mayo, junio, se tiene que cumplir quizá con algunos retrasos, pero se realiza en un mes. Sobre las acciones que hemos efectuado, se han hecho con presupuesto mayormente de la municipalidad. Por supuesto Salud también apoya sobre todo en la realización de sesiones demostrativas de alimentos, ellos trabajan con líderes madres y líderes comunitarias, y las madres apoyan con la compra de víveres para poder hacer estas sesiones, donde dan a conocer a las madres la preparación de alimentos saludables para sus niños y también para las gestantes. En cuanto a los trabajos, hubo compromisos, desde un inicio sobre todo para elaborar el plan". (Gerente Desarrollo Social)*

*"Bueno, en este caso, los que han liderado han sido los de la municipalidad. Ellos han venido haciendo todo un trabajo de seguimiento. Las actividades las hemos puesto en debate, se ha logrado determinar qué actividades priorizar. Entonces, eso de acuerdo a lo que íbamos encontrando en la sectorización, por ejemplo, si había comunidades más alejadas con mayor cantidad de niños con anemia, se priorizaba esas comunidades para que tuvieran dos o tres agentes comunitarios para que hicieran un trabajo más eficiente". (Acompañante Técnico PNCM)*

Se observa en este punto, como el plan de acción en ambos distritos, al momento de las entrevistas, ha migrado y se ha reducido a la priorización de la Meta 4 MINSA. En las dimensiones anteriores si bien observamos que las IAL manejaron los ejes temáticos relacionados con la anemia, aquí podemos ver que el Plan de Acción formulado ha cambiado y ha priorizado básicamente el cumplimiento de esta meta, es decir el trabajo de los agentes comunitarios en realizar las visitas domiciliarias a los niños identificados con anemia.

Al respecto, es importante relacionar los planes de acción local como un paso fundamental en el ejercicio de la gestión local participativa, pues en ellos está plasmado la problemática de la comunidad, en este caso en el marco de los diversos factores que causan la anemia, más allá de un tema solo relacionada a Salud. Llona (2001), refiere *“que cada vez más gobiernos locales apuestan por una gestión participativa. La participación de la población en las diferentes etapas de un proceso de elaboración y gestión de un plan de desarrollo, legitima las acciones de la municipalidad y fortalece las capacidades de los actores”* (Llona, 2001). Esto nos acerca a la necesidad de generar un *“plan de desarrollo local participativo”*, de manera que sea reconocido por su población. Si bien se reconoce la presencia de tres sectores (Municipio, Salud y Desarrollo Social) en la generación de los planes de acción en los distritos seleccionados, esta articulación deseada no asegura que se facilite *“la construcción de un objetivo común para la comunidad, ni mucho menos la sostenibilidad del proceso”* (Llona, 2001).

4.4.2 En relación con los enfoques de género e interculturalidad para orientar o adecuar los trabajos y acciones incluidas en el Plan de acción:

#### **Chinchao:**

En general, como incluso ya se ha mencionado, los actores sociales sí reconocen la importancia de trabajar los enfoques de género e interculturalidad dentro de las IAL y el trabajo con la comunidad. Destacan la mayor participación femenina en las IAL y acciones del Plan, además de considerar el respeto por la cultura del otro.

*“Para nosotros, hemos visto que las mujeres y los hombres tienen las mismas capacidades y fomentamos que en nuestras actividades participen más las mujeres, sobre todo las mujeres de las zonas rurales”.* (Alcalde Chinchao).

*“La interculturalidad se tomó en cuenta, pues respetamos todas las culturas; podemos darles conocimientos que poco a poco lo pueden acoger, pero de la noche a la mañana es muy probable que no pase”* (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao).

*“Yo creo que sí, en esta parte por ejemplo en el trabajo de la IAL vemos las costumbres de las mamás, los de Salud están aplicando en el parto. Ellos dicen que vayas y das a luz como en tu casa. Se adecuan a cómo las mamás quieren dar a luz. En las visitas también, estamos priorizando que los que hacen las visitas sean de la misma comunidad para que estén cómodos y en confianza”.* (Gestora local Programa Juntos).

*“...Desde hace muchos años trabajamos con el tema de equidad de género, interculturalidad y respeto a las costumbres de la población. Por ejemplo, los partos terminaban en domiciliarios, ahora hacemos lo que es la atención del parto vertical, el parto con acompañamiento... ellas llegan a su parto con una acompañante, respetando todas las costumbres... antes veíamos que solo las mamás traían a sus niños para el control o las vacunas, pero hoy en día nos da satisfacción ver que vienen acompañadas o incluso vienen solos los papás. Incluso en las sesiones educativas y demostrativas, hay participación del género masculino”* (Grupo focal Personal de Salud).

### **Churubamba:**

Al igual que Chinchao se observó que los actores sociales si consideran ambos enfoques en el trabajo de la IAL y el desarrollo del plan de acción. Se ha considerado una mayor cuota laboral femenina y además se tomó en cuenta las creencias de las familias del distrito.

*“Sí, se tomó en cuenta el enfoque de género, de todas maneras, para orientar mejor y trabajar mejor, encargando a las personas responsables. Se aplicaron de la manera siguiente: en las reuniones que hemos tenido, en las que se ha dicho que las oportunidades de atención y trabajo, deben ser ambos equitativamente. Por ejemplo, sin son 80 personas las que van a tener algún accionar en este fin, que sean 50 mujeres y 30 varones. Le estamos dando prioridad a la mujer en este momento”* (Alcalde Churubamba).

*“Cada centro poblado o comunidad tiene diferente cultura, tiene diferentes formas de ver las cosas, por lo que no podemos tomar una acción o establecer algo para todos en general. Tenemos que definir para esto sí, para esto no”* (Responsable PVL).

*“En el caso del enfoque de género e interculturalidad, hemos tenido que analizar cuáles de estos hábitos y costumbres ayudarían a poder lograr la meta, y cuáles serían como puntos débiles. Los hemos tomado de una forma equitativa. El claro ejemplo es la formación de la IAL, no tenemos mayor presencia ni masculina ni femenina, básicamente equitativa. En el caso de agentes comunitarias, se ha tomado mucho en cuenta las creencias que ellas tienen y es a través de estas creencias que nosotros vamos moldeando la estrategia para poder lograr los objetivos dentro de las familias”* (Acompañante Técnico PNCM).

Sobre estos dos enfoques, observamos ya en la dimensión del Diagnóstico que en ambos distritos los habían considerado y discutido en las reuniones sostenidas en el marco de la IAL y que, así como los vieron en el diagnóstico, los consideraron en sus Planes de acción. De esta manera, en función a la priorización hecha de la actividad de la visita domiciliaria, se consideró que esta actividad la realicen los agentes comunitarios propios de cada zona, que conozcan su propia cultura y que tengan un mayor relacionamiento con la comunidad y las familias, en este caso casi la totalidad de agentes seleccionados han sido mujeres. En ambos distritos no se han mencionado acciones claras o disposiciones específicas en relación a dar a conocer los enfoques de género e interculturalidad.

Como indica Massolo (2006), *“el desarrollo local es un concepto y proceso complejo de naturaleza multidimensional, que supone aspectos como, a) Visión estratégica del territorio, b) Actores articulados y con capacidad de iniciativa, c) Identidad cultural, d) Enfoque de género, e) Cooperación y negociación entre actores, y f) Actores y agentes de desarrollo”* (Massolo 2006: 5-6). Este desarrollo local implica recuperar y revalorar las identidades territoriales y de esta forma *“ser un instrumento de gestión de las diferencias entre mujeres y hombres, las comunidades, y los territorios”*. Y esto dependerá de la capacidad de decisión que puedan tener sus actores locales, e ir más allá de solo reconocer los problemas de género o culturales, y pasar a la generación de acciones para disminuir éstos (Massolo, 2006).

#### 4.4.3 Sobre los elementos que facilitan la ejecución de los trabajos propuestos a partir de la Instancia de Articulación Local

##### **Chinchao:**

Los actores refieren la buena predisposición y compromiso de los agentes comunitarios que viene participando con las visitas domiciliarias, como un aspecto facilitador para las acciones de sensibilización en relación a Anemia.

*“La predisposición, la voluntad de querer hacerlo, el compromiso que ellos asumen y nuestro apoyo. Si ellos ven que los estamos apoyando, van a continuar con su trabajo y hacerlo con bastante esfuerzo”.* (Alcalde Chinchao).

*“Nos facilita el que ya venimos trabajando años. Como ya nos conocemos y también el personal de Salud de Cuna Más, ya conocemos a las comunidades y a las madres líderes. Yo creo que eso nos facilita”.* (Gestora local Programa Juntos).

##### **Churubamba:**

Destacan como elementos facilitadores, la importancia de la comunicación y trabajo articulado, con la participación de los líderes comunitarios y el compromiso de las autoridades, con énfasis en las del Municipio y del sector Salud.

*“...la conversación, el trabajo articulado. Que todos los sectores comprometidos participen activamente y ello está facilitando a que esta organización camine y logre los resultados esperados. Quizá algunos... están flaqueando un poco, pero ya con el accionar que están viendo de las demás personas comprometidas, se están sumando y preocupando más...”.* (Alcalde Churubamba).

*“...se podría considerar la participación de nuestros líderes comunitarios, nuestros actores sociales... son personas, pobladores de nuestro distrito. Nos apoyan en visitas domiciliarias, sesiones demostrativas, visitas a niños con anemia. Claro que de alguna manera tratamos, a parte del presupuesto del Estado, intentamos darle un incentivo no monetario, como canasta de víveres, algo que los motive a seguir apoyándonos en estas acciones. El trabajo articulado con estos actores sociales es muy importante”* (Gerente Desarrollo Social).

*“...Ha sido bastante importante la participación de los alcaldes, tenientes alcaldes, representantes de centros poblados, quienes han venido concientizándose mes a*

*mes y han informado a sus comunidades en las reuniones que han tenido. Otro elemento importante ha sido el compromiso del sector salud, al elaborar el diagnóstico, que nos ha permitido conocer en qué situación nos encontramos en el distrito de Churubamba” (Acompañante Técnico PNCM).*

Como bien lo mencionan los actores entrevistados en ambos distritos, los elementos facilitadores en el desarrollo del plan de acción se dan con la participación de las autoridades por un lado y por otro la predisposición y voluntad de los agentes comunitarios, quienes no participan en las reuniones ni compromisos formulados por las IAL, y que han permitido que se venga desarrollando las visitas domiciliarias según lo planificado. Aquí los actores ya han considerado como acciones del Plan lo referente a las visitas domiciliarias de la Meta 4 MINSA y se enfocan en cumplir con dicha meta, por lo que sus respuestas se dan en función a que es lo mejor para lograr la sensibilización de las familias.

Como refiere Tristán (2008), las IAL deben de promover *“los procesos participativos, que fomenten el diálogo entre los gestores municipales y la ciudadanía, organizaciones locales y empresas, cuyas aportaciones servirán para tomar mejores decisiones basadas en las necesidades de la población”* (Tristán 2008: 186). Así, se debe generar modelos de participación distrital según la realidad observada, consensuando con la comunidad esta estrategia de gestión local priorizando el plan de acción. Esto incluye las acciones de sensibilización por parte de los gestores locales, quienes también deben permitir la participación de la población y actores locales en las decisiones de gestión local.

Llama la atención que en ambos distritos no se tuvo una participación de la comunidad o sus líderes (se les comunicó las actividades a realizar a los agentes comunitarios, pues ellos se convirtieron en los actores clave para las visitas domiciliarias), acción discutida como hemos visto en las reuniones de las IAL donde los participantes, fueron mayormente el municipio, el personal de salud y el personal de los programas sociales (éstas últimas con poca o ninguna participación). Los actores de la comunidad permiten conocer las necesidades de la población, y enriquecer con sus aportes e informaciones las acciones que se desarrollan en una gestión local, lo que aumenta la posibilidad de que estas acciones sean exitosas en el tiempo, sin embargo han sido dejados de lado en la gestión y planificación de actividades, cumpliendo solamente su rol de desarrollar la visita (Tristán, 2008).

#### 4.4.4 Sobre los elementos que dificultan la ejecución de los trabajos propuestos a partir de la Instancia de Articulación Local

##### **Chinchao:**

Se destaca como dificultades el tema presupuestario para generar o realizar otras actividades (por ello se ha priorizado la Meta 4 MINSA que si cuenta con presupuesto), lo que como se ha visto ha redundado en el dejar de lado las acciones del PMLCA, y además se observó la dificultad en el acceso geográfico por lo lejano de algunas viviendas.

*“A veces el presupuesto, a veces la carga laboral. Uno, como autoridad, no puede estar en todos los lugares, tengo que delegar que haga esto mi gerente y yo gestionar otras cosas de otros sectores, viajar”.* (Alcalde Chinchao).

*“Me facilita hacer las visitas, aunque un poco nos incomoda las distancias, a veces es muy lejos. Mayormente los niños que tienen anemia no son los que viven en el centro, sino los que viven alejado en más altura. Eso un poco nos incomoda en cuanto a los viáticos”.* (Agente Comunitario CLAS Chinchao).

*“Nosotros tenemos toda la voluntad de trabajar, estamos bien comprometidos, sin embargo, lo que nos restringe un poco es la poca aprobación de los proyectos de gran envergadura, los que necesitan un fondo económico fuerte. En Chinchao contamos con 80 familias y solo 10 o 15 toman agua apta para el consumo humano, entonces es esa la Impotencia que nosotros tenemos”* (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao).

*“Hasta mes de abril, mayo el factor climático. Otro, es que tenemos comunidades a las que no llega el transporte y tenemos que caminar y no es fácil de llegar para las que hacen las visitas. También en algunos puestos de salud nos hace falta personal de salud. Esto nos dificultaría en cumplir las metas. En algunos puestos solo atienden hasta la 1 p.m. por falta de personal”.* (Gestora local Programa Juntos).

*“En algunas ocasiones es el horario y la distancia. Como ya le explicamos, a nosotros nos perjudica en lo económico estas reuniones. Por ejemplo, el puesto de salud de Puente Durand pertenece a la red Leoncio Prado..., que es otra provincia, nosotros estamos en Huánuco. Entonces, ellos tienen que viajar y el costo es, entre ida y vuelta, más o menos 30-40 soles. Igual el puesto de salud de Chinchao, que*

*está en la parte selva. Esto dificulta en lo económico” (Grupo focal Personal de Salud).*

**Churubamba:**

Al igual que Chinchao se observa también el tema presupuestario y el dejar de lado las acciones del PMLCA. También destaca la falta de voluntad por parte de las madres de las familias visitadas, que no aceptan la visita domiciliaria, y en algunos casos, los aspectos culturales que impiden el entendimiento del problema de la anemia. Se reconoce como parte del problema el accionar del sector Salud, que no ha podido combatir la Anemia en el distrito.

*“A veces nos quita la moral cuando llegamos las mamás reniegan, dicen que no tienen tiempo, nos reclaman porqué vamos en ese caso. Nuestra visita es solo veinte minutos. Pero a veces se molestan” (Agente Comunitario CLAS Churubamba).*

*“No, hay otras personas que son malas, no te reciben bien. Como nos dijeron, el trabajo consiste en estar veinte minutos con ellos, para poder explicarles, orientarles cómo va a salir su niño de la anemia, para que le pueda dar alimentos, pero hay madres que no te aceptan. Solo te dicen que las atiendas rápido, también responden que se va a salir del seguro porque mucho la molestan del puesto de salud. Así me han respondido la madre a la que le hago su visita” (Agente Comunitario CLAS Churubamba).*

*“Bueno, los elementos que no facilitan el accionar un poco se están demorando. Nuevamente responsabilizo al sector salud. Nosotros no estaríamos discutiendo esta problemática, si el sector salud hubiera trabajado desde un inicio desde su creación estos sectores, estas postas, estos médicos, estos enfermeros, estos obstetras hubieran trabajado responsablemente desde sus áreas, no tendríamos este problema ahorita. Nace el problema por la poca atención que ha tenido la población. Yo insisto, el sector salud es parte del problema que no permite llegar al fin que nosotros esperamos” (Alcalde Churubamba).*

*“Lo que ahorita está dificultando es el tema de la remuneración, es el tema de pago; porque ha habido un inconveniente. Desde un principio a los actores sociales se les dijo que se les iba a pagar 320 al mes. La verdad no sé de dónde salió esa versión, pero ellos decían eso. Pero después leyendo el plan, este dice que son siete soles*

*por visita. Se le explicó eso al actor social, siete soles por visita, en tres visitas le salía más o menos veintiún soles. Y esa la única dificultad, la gente no quiere trabajar porque piensa que es muy poco el pago” (Coordinador PROMSA MR Churubamba).*

*“...Otro elemento que traba es el presupuesto, pues muchas veces el presupuesto no está acorde a la realidad y hace falta para materiales, incentivos para los agentes. Incluso el sector salud ha solicitado más personal, como enfermeros u obstetras para poder hacer una mejor intervención. Ese también ha sido un punto débil que hemos tenido” (Acompañante Técnico PNCM).*

Se observaron más comentarios relacionados con los aspectos que dificultan el trabajo propuesto que comentarios que favorecen ello. Un primer tema de importancia visto en ambos distritos es el presupuesto, que al final, como se ha podido observar, ha conllevado a que las actividades dependan o giren en torno a la Meta 4 MINSA, que es la que ha brindado presupuesto a ambos distritos. Otro tema observado es la accesibilidad geográfica, que lo han considerado en el momento de la sectorización y el diagnóstico.

La Meta 4 MINSA ha permitido que los municipios puedan acceder a un presupuesto para el 2019, que como ya se mencionó es de 33,544 soles para Chinchao, y 59,017 soles para Churubamba (MEF, 2019b). Sin embargo, como bien lo indican las autoridades esto sería insuficiente si lo relacionamos con el acceso geográfico y los casos de niños con anemia en las comunidades más lejanas de los distritos. Esto hace que del poco presupuesto que además pueda disponer el municipio, deba derivar también a cubrir el traslado de los agentes comunitarios, lo que representa menores desembolsos para otras actividades a favor de la comunidad.

Llama la atención lo evidenciado en Churubamba donde se observa casos de mala comunicación con las familias por parte de los agentes comunitarios. Esto, se había entendido, era algo no previsto, pues se había tenido buen cuidado en la selección del personal que realiza las visitas domiciliarias.

Implementar modelos de gestión a nivel local conlleva también a encontrar dificultades, que se dan en cualquiera de los pasos observados. Así, desde la elaboración del Plan de acción se puede ver esto, que pasa sobre todo por la resistencia al cambio de algunos actores, o que los actores que participan en el diseño no son necesariamente los que

implementan el Plan, lo cual vemos sucede en ambos distritos con los agentes comunitarios. Otro aspecto observado es el de tener una organización clara en cuanto a funciones y responsabilidades de todos los involucrados. Esto también ha variado pues en un inicio se esperó desarrollar un Plan de acción en función a los ejes temáticos de la Anemia y luego esto viró a una propuesta específica, y con presupuesto, de las visitas domiciliarias de la Meta 4 MINSA (Reátegui, 2018).

También, se observa la necesidad que los actores sociales, sobre todo el Alcalde y la IAL, puedan desarrollar habilidades de negociación, comunicación y liderazgo. Esto les podrá permitir tener una mayor capacidad de decisión, de convencimiento y, por ende, mayor voluntad política. Así, por ejemplo, es clave la capacidad de negociación que puedan desarrollar el alcalde y su equipo para poder conseguir más fondos para la lucha contra la anemia, al ser evidente que los recursos que se les han asignado son insuficientes. Para ello es importante que este equipo pueda capacitarse y pueda desarrollar habilidades analíticas, así como el uso de herramientas cuantitativas, pues recordemos que se tiene una serie de indicadores distritales representativos de las acciones que se vienen realizando en relación a la reducción de la Anemia, que permitirán ver los resultados obtenidos y en función a ello tener opción de demostrar que han hecho un buen uso de los recursos. Es importante entonces el tema del presupuesto, que permite implementar las acciones y pensar en un mediano o largo plazo. En este caso el presupuesto ha sido fundamental para priorizar la visita domiciliaria (Reátegui, 2018).

#### **IV.5 Nivel de desarrollo de la Gestión local articulada, en dos distritos de Huánuco.**

4.5.1 Sobre los pasos de conformación de la gestión local en el marco del *Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia (PMLCA)*:

##### **Chinchao:**

De acuerdo a lo ya observado en las dimensiones anteriores, se evidencia que esta IAL está ejecutando su Plan de Acción, sin embargo, se prioriza las visitas domiciliarias, es decir, el distrito avanzó con los pasos descritos (generación de la IAL, mapeo de actores, diagnóstico local y plan de acción), sin embargo, hubo un cambio o viraje en el último paso, pues el plan de acción quedó reducido al desarrollo de las visitas domiciliarias y las acciones regulares del personal de salud.

*“La conformación está hecha, ahorita estamos en las visitas, solo nos falta la reunión para ver los análisis” (Acompañante Técnico PNCM)*

*“En estos momentos, respecto al plan, venimos ejecutando las actividades conforme los planes que se presentaron y cada mes nos reuniones para ver los indicadores, avances y trabajos que se vienen realizando”. (Sub gerente PPSS Municipalidad de Acomayo en Chinchao)*

*“Ya estamos en la ejecución. Primero hemos hecho la organización, la planificación y luego la ejecución. Toda esta temporada estamos en plena ejecución de las actividades programadas de acuerdo a plan anual de trabajo que tenemos” (Grupo focal Personal de Salud).*

#### **Churubamba:**

De manera similar, se observa que el distrito también viene avanzando en su Plan de Acción, pero priorizando las visitas domiciliarias y las acciones propias del equipo de salud. Destaca como ellos han notado la importancia de los pasos de la gestión local para generar el Plan y la crítica que se hace a la labor del sector Salud que no siempre logra cumplir con los plazos propuestos para sus actividades.

*“Sí, estamos trabajando. Esté comité está obteniendo los resultados que nosotros estamos planificando en el tiempo. Se mantiene el equipo inicial de a principios de años. El mapeo ha variado en algunas zonas, para nosotros es mejor, se está notando la mejora... El trabajo articulado es muy importante, pues es la base para entendernos y hacer que se solucione esta problemática. Todos damos ideas, se discuten y de ahí salen las propuestas... siempre tenemos la participación de autoridades comunales” (Alcalde Churubamba).*

*“Desde que se inició el plan, nos contaron que existen como tres pasos. El primer paso es la socialización del plan a todos. La segunda es la conformación que es el plan. Entonces, ahorita estaríamos trabajando en el tercer paso que son las visitas a los niños netamente. Ahora, sobre el mapeo de actores, no ha cambiado. Hasta fecha estamos trabajando con la misma sectorización que se realizó, los mismos actores sociales...” (Coordinador PROMSA MR Churubamba).*

*“Bueno, se podría decir que en cuanto al nivel de avance del plan de acción estamos ya en la ejecución de las actividades... Sobre los problemas, es lamentable decirlo,*

*pero han sido con el sector salud; muchas veces se comprometen, pero no se cumple la ejecución por parte de ellos... Pues de acuerdo al diagnóstico que hemos hecho en febrero, ahí se encuentre por decirlo de alguna manera el “cuello de botella”, por el cual el tema de salud en el distrito se da de manera deficiente. Sobre el equipo inicial del IAL, continuamos con este equipo... En cuanto al mapeo de actores, lo hemos tenido que actualizar, variar de alguna manera, sobre todo con las visitas domiciliarias; ...se podría decir que es mejor ahora, con el tema de la meta se ha fortalecido, con algunas deficiencias, claro” (Gerente de Desarrollo Social).*

Ambos distritos reconocen haber realizado los pasos de la gestión local para generar su plan de acción y lo vienen implementando, aunque estos planes están actualmente representados por la actividad de las visitas domiciliarias, las cuales son dirigidas por el sector Salud que lleva un registro y seguimiento mensual de las mismas.

De manera similar a lo indicado en secciones anteriores en relación con la gestión local articulada y sus pasos a seguir (Conformación de la IAL, mapeo de actores, diagnóstico y plan de acción, además del seguimiento a este plan), se observa que la planificación en el nivel local debe partir de un diagnóstico que releve las necesidades sociales insatisfechas de las comunidades territoriales, que dé cuenta por una parte de información de las condiciones de vida a través de indicadores objetivos (información brindada por los sectores participantes), y por otra de indicadores subjetivos, brindados de la consulta familiar (la que brindan los líderes comunales). Si bien, estos aspectos se han considerado en ambos distritos, sobre todo en Churubamba donde hubo mayor involucramiento en la IAL por parte de los actores comunitarios, y han servido para una reflexión de los diversos temas o problemas que aquejan, el problema presupuestal ya referido ha incidido en la priorización de acciones, puntualmente la visita domiciliaria (GIZ, 2013).

De esta forma, la ejecución de las acciones involucrará a todos los participantes en el diagnóstico, lo que incluye al municipio, instituciones del Estado, organizaciones sociales y comunidades locales, todos representados en el Plan de Acción. Esto permitirá desarrollar la articulación o coordinación territorial. Y a esto se añade la importancia del seguimiento a estas acciones, que pueda apoyar a observar los cuellos de botella y generar las soluciones respectivas en el breve plazo, sino ello implicará que las acciones queden truncadas y se reduzca el plan de acción, lo que también reduce

actores y por ende se deja de observar opciones de articulación o coordinación en el nivel local (GIZ, 2013).

4.5.2 El trabajo articulado para el desarrollo de una gestión local articulada. Al respecto:

**Chinchao:**

Se reconoce la importancia del trabajo con diferentes actores de diferentes instituciones, que es lo que se reconoce como un trabajo articulado y que va dando sus frutos con el trabajo coordinado entre el sector Salud y el sector Desarrollo e Inclusión Social (a través de programas sociales como Cuna Más) y en el porcentaje de reducción de la anemia (dato brindado no es exacto pues no se tiene una medición a nivel distrital de anemia).

*“Es muy importante pues todos estamos enfocados en un solo objetivo y nos va muy bien este tipo de trabajos articulados, antes teníamos un 63% de anemia hoy tenemos un 33% y es gracias al trabajo articulado”* (Acompañante Técnico PNCM).

*“Es una buena instancia porque te permite tener a muchas personas de diferentes entidades, opinar, pensar, planificar sobre estos aspectos. Yo creo que sí está marchando bien”* (Alcalde Chinchao).

*“Yo considero que es muy importante, en el sector salud no habíamos tenido ese resultado antes, ahora es mucho mejor”* (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao).

*“Sí es importante porque de esa manera sabemos qué estamos haciendo cada sector social, cada sector, cada programa. Si tenemos que hacer una misma actividad nos apoyamos. Por ejemplo, las sesiones demostrativas nosotros las hacemos, también Salud y Cuna Más. Para no duplicar esfuerzos estamos lo hacemos en Juntos”* (Gestora local Programa Juntos).

**Churubamba:**

También reconocen la importancia del trabajo articulado y la participación de diversos sectores (salud, Desarrollo y Municipio), lo que permite llegar a las diversas comunidades al sumar fuerzas y poder tener resultados a favor de la población. Se reconoce la importancia del trabajo con los líderes comunitarios y los agentes comunitarios que apoyan en las vistas domiciliarias.

*“...En cuanto al trabajo articulado, sí lo estamos realizando con todas las instancias. Creo que somos una agrupación bastante grande, creo que somos suficientes. Solo que cada integrante de esta IAL se compromete a un mayor esfuerzo para cumplir este trabajo...”* (Alcalde Churubamba).

*“Por supuesto, el trabajo en forma articulada es muy importante; porque cuando articulamos, diagnosticamos, evaluamos un compromiso y nos involucramos, sobre todo. Se podría decir que solo con un trabajo articulado se pueden lograr los objetivos... La gestión del IAL se ha venido desarrollando de manera regular, con algunas deficiencias, pero con toda predisposición, las ganas de lograr los objetivos propuestos. Uno de los principales aciertos del trabajo articulado es lograr la participación de los líderes comunitarios y actores sociales, los cuales apoyan en las visitas domiciliarias”* (Gerente de Desarrollo Social).

*“El trabajo articulado nos permite sumar fuerzas. Es decir, cada uno tiene un centro de intervención, una comunidad o una forma de actuación dentro de la comunidad. Al momento de sumar fuerzas, de articular, logramos un mejor trabajo y más cuando las personas en la comunidad ven que la municipalidad, centro de salud y programas sociales están juntos bajo un mismo objetivo, entonces ellos notan la importancia y se suman a este esfuerzo”* (Acompañante Técnico PNCM).

Ambos distritos reconocen la importancia del trabajo articulado, y de la IAL generada, rescatan la importancia del trabajo desarrollado entre el Municipio, el Sector Salud y los programas sociales, además de los actores comunales que vienen permitiendo desarrollar las visitas domiciliarias. Estos son parte de los actores en un territorio, y quizás los que tiene mayor preponderancia para el caso de la anemia, pero no son los únicos. Se reconoce entonces un principio de articulación y coordinación en ambos distritos, que pudo ser más amplio y que ya no lo es, pero que, sin embargo, es un buen avance para pensar en una gestión local articulada.

Como indica la literatura, la articulación debe de estar relacionada con una mejora de la gestión, a partir de un trabajo analizado, entendido y participativo, y esto además implica que la articulación ayude a transitar a un gobierno local basado en la cooperación y la horizontalidad. Esto significa realizar una tarea de coordinación e integración entre los diversos actores participantes, evitando contradicciones o disfunciones y conociendo las capacidades y objetivos de cada uno de ellos, para luego ordenar en un plan las tareas

en tiempo y espacio que realizarán Mucho de este trabajo ha sido parcial, según lo observado en ambos distritos (Cravacuore, 2004; Leyton, 2018).

#### 4.5.3 Aciertos del trabajo articulado para implementar el *Plan multisectorial de lucha contra la Anemia* (PMLCA):

##### **Chinchao:**

Se destaca el poder sensibilizar a la población en un tema tan poco visto como la anemia y su tratamiento. Otro acierto es que el trabajo coordinado y articulado permitió generar el Plan de acción. El otro acierto sería el poder identificar a los niños con anemia, gracias a las visitas domiciliarias, y poder brindarles tratamiento.

*“Vamos sensibilizando a la población, el programa Juntos hace lo mismo, al igual que Cuna Más, el gran problema es las familias reacias, uno en el consumo o la prevención de la anemia. Nosotros en cada visita semanalmente les concientizamos sobre la importancia y el tratamiento. El año pasado haciendo un análisis veíamos que los 110 niños que recibían sus tratamientos solo 50 mejoraban, entonces lo que faltaba era el seguimiento a las familias”* (Acompañante Técnico PNCM).

*“Bueno, la elaboración de los planes que ya están haciendo. Pero más adelante los resultados nos van a dar una muestra de si ha sido efectiva o no, de acá a un tiempo”* (Alcalde Chinchao).

*“...debemos tener niños con anemia, ese es un flagelo de atraso tanto para el nivel distrital y provincial, entonces es muy importante trabajar coordinadamente, multisectorialmente o territorialmente para mejorar la calidad de vida de nuestra población”* (Coordinadora PROMSA CLAS – Chinchao).

*“Respecto a las visitas domiciliarias que están haciendo los actores sociales, donde se ha podido constatar que madres que tienen niños de 4-5 meses y a las que se les han entregado sus gotas de sulfato ferroso, no le han dado en el debido momento a sus niños, uno por desconocimiento o porque el personal de salud no le ha explicado bien. Con las visitas domiciliarias se viene fortaleciendo esto”* (Gerente de Desarrollo Social).

*“Creo que el principal acierto es tener identificado a nuestros niños que tienen anemia, desnutrición, porque antes no sabíamos si el niño con anemia estaba en*

*Juntos, Cuna Más o algún programa social. Ahora con esta IAL sabemos qué niños son de cada programa para poder trabajar con ellos” (Gestora local Programa Juntos).*

### **Churubamba:**

Aquí se destaca como aciertos el trabajo articulado y coordinado con los diferentes actores de la IAL, lo que permitió tener un diagnóstico local con el cual se ha podido identificar a los niños, brindarles atención en salud y visitas domiciliarias, y recuperarlos de la anemia.

*“El trabajo articulado siempre es importante siempre y cuando cada sector cumpla con su compromiso. ¿A quiénes se les debería llamar? Creo que ahora están involucradas todas las instituciones... Ese sería el gran acierto: involucrar a todos y trabajar en el mismo sentido... Ojalá funcione este plan que hasta la fecha veo bien encaminado y al culminar el plan tengamos buenos resultados” (Coordinador PROMSA MR Churubamba).*

*“Creo que el mejor avance es el tema de diagnóstico, que nos ha ayudado a conocer la realidad. Con la articulación hemos logrado que más personas se sumen y entiendan la importancia de asistirse en un centro de salud. Aquí hay muchas personas que aún se resistían a ir a un centro o llevar a sus hijos a controles preventivos. A través de esta articulación hemos detectado qué niños no están asistiendo a su control. Hemos ido a su casa invitarlos, a llevarlos tal vez al centro de atención. Y se ha logrado captar a estas familias, recuperar a ese niño, ponerlos al día en sus vacunas. Ha sido un trabajo que ha beneficiado a muchas familias y sobre todo a niños menores de tres años” (Acompañante Técnico PNCM).*

Como acierto del trabajo articulado se destaca el poder haber llegado a reconocer por parte de la comunidad a *“la anemia como un problema de salud en los niños”*, que tanto autoridades como la comunidad reconozcan el problema y colaboren de manera conjunta con poder identificar qué niños la padecen. El poder realizar las visitas implica que las familias de los niños que tienen la enfermedad se sensibilicen (trabajo articulado donde participan diversos sectores) y lleguen a acudir a los establecimientos de salud y en el corto plazo puedan recuperarse de la anemia. Este enfoque es netamente curativo, aunque también se desarrolla la parte de prevención, sin embargo, dista mucho de lo discutido en un inicio en cada IAL en relación a los ejes temáticos del PMLCA.

Diferentes condiciones facilitan la articulación, entre ellas destaca la predisposición e iniciativa de los decisores políticos, el apoyo de los actores públicos y privados, el conocimiento del personal sobre el tema (soporte en el personal de salud), entre otros. Esto se ha observado en varios de los discursos de los actores entrevistados, donde destacan la importancia del liderazgo de los alcaldes, por ejemplo, y la capacidad de sensibilización que pueden tener los actores miembros de la IAL. La gestión articulada implica una mayor inversión en tiempo, recursos humanos y económicos, del grupo que conforma la IAL, para resolver los problemas, pero esto permitirá un resultado identificable a partir de legitimidad ganada. La gestión articulada permite también *“la construcción de un ambiente de confianza entre los distintos actores, lo que supone un proceso de aprendizaje y reconocimiento mutuo, de acuerdo a las características espaciales, socioeconómicas, culturales e institucionales propias de cada realidad local”* (Cravacuore 2004: 49).

4.5.4 Relación de la gestión local articulada con el bienestar de los niños en cada distrito, se obtuvieron las siguientes opiniones:

**Chinchao:**

Se reconoce el buen trabajo articulado, sin embargo, se menciona el poco avance en temas relacionados con el agua y saneamiento, a pesar que estos temas son también prioritarios para el desarrollo y bienestar de la comunidad y sus niños.

*“Hasta la fecha sí, pero faltaba que el gobierno local se programe más en metas como agua y desagüe en comunidades y mejorar su instalación en sus sistemas de cloración”* (Acompañante Técnico PNCM).

*“Bueno, la IAL ha venido funcionando desde el mes de febrero y podemos calificarlo de bueno, ha sido de bastante ayuda puesto que tenemos la intervención de muchos sectores: educación, salud y gobierno local”* (Gerente de Desarrollo Social).

**Churubamba:**

Consideran que el trabajo articulado y las acciones propuestas que vienen desarrollando permitirán reducir la anemia y otras enfermedades, lo que alcanza a un mejor bienestar y crecimiento del niño.

*“Creo que con el compromiso que se está planteando con la IAL y con el plan, del que ellos han tomado la batuta, sí están colaborando y en cumplimiento de la meta”*

*que ellos poseen como municipio. Ellos ya lo ven como parte de sus actividades diarias. El hecho de estar presentes, participar de las actividades que se realizan en la comunidad, implica un compromiso y participación por parte de las autoridades” (Acompañante Técnico PNCM).*

*“Sí, porque a través de la IAL se está realizando varias actividades, sesiones demostrativas, vacunaciones, campañas integrales, tamizajes. La municipalidad también participa, pues hace reconocimiento de niños, en cuanto a la ULE, actualización del padrón, para saber más de los niños” (Gestor Tambo Huarapa).*

*“En cuanto a la gestión local, nosotros como gobierno local, habiendo conformado nuestra IAL, desarrollando nuestras reuniones de forma mensual, integrando nuestros actores sociales y líderes comunitarios, ... estamos logrando reducir estos índices alarmantes de anemia en el distrito... De esta manera estamos apoyando en el tema social, uno de los objetivos como gobierno local” (Gerente de Desarrollo Social).*

De las respuestas de los actores, no todos tienen claro que el grado de bienestar que pueda generarse en los niños y niñas no depende necesariamente solo de estar bien de salud o libre de anemia. Hay opiniones diversas al respecto, siendo más notoria la brindada en Chinchao sobre la falta de acciones para mejorar el acceso a Agua segura. Si se observa una perspectiva positiva en relación con el trabajo realizado por las IAL y que pueden servir como un espacio articulador a favor del compromiso y participación de los sectores en acciones que permitan lograr un mejor desarrollo del distrito, ya sea en favor de la mejora de la salud de la comunidad, en la mejora en generación de ingresos, u otros.

El Estado Peruano en el DS N° 004-2014-PCM, aprobó la *“Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021”*, cuyo objetivo general es el de *“orientar, articular e impulsar, en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública con resultados que impacten positivamente en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país”* (PCM, 2014). De esta manera, el Estado asigna sus recursos en función a las necesidades de sus ciudadanos, adecuándose a dichas necesidades y a los cambios políticos y sociales del momento. Un *“Estado orientado al ciudadano, eficiente, descentralizado e inclusivo, será capaz de garantizar el acceso a sus ciudadanos a bienes y servicios públicos de calidad, de manera equitativa, oportuna y pertinente”*, lo que permitirá reducir las desigualdades sociales (PCM, 2014).

## **CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

1. En el nivel distrital se observa un amplio reemplazo de las acciones desarrolladas e implementadas en el marco del PMLCA, iniciados en el segundo semestre del 2018, por las acciones de la Meta 4 MINSA, iniciadas en marzo del 2014. Esto llevó a que los esfuerzos de articulación y gestión local se enfoquen, luego de haber desarrollado un modelo de gestión local basado en las pautas del MIDIS bajo un enfoque causal de la anemia y agrupado en cuatro ejes temáticos (identidad, alimentación, prestaciones de salud, y agua y saneamiento), en la generación de un modelo de articulación local más reducido que priorizó la visita domiciliaria.
2. En relación con la generación de la Instancia de Articulación Local (IAL) en los distritos estudiados, se pudo en ambos casos generar diversas reuniones con participación de actores con experiencia en ello y en salud, considerando que ya se había desarrollado instancias a partir del PMLCA, y se concretaron nuevas IAL en base a éstas, para poder responder a lo solicitado en la Meta 4 MINSA. El trabajo que en un inicio fue articulado con diversos sectores en el marco del PMLCA, ha quedado actualmente desarrollado por el sector Salud trabajando de manera conjunta con el equipo técnico del Municipio, y considerando el apoyo del PNCM del MIDIS. Esto es lo que más se observa a nivel de las IAL conformadas.
3. En relación con la generación del Mapeo de Actores en los distritos estudiados, se observa que, si bien en un inicio se tuvo una mayor participación multisectorial, esta se redujo luego y ya para las reuniones luego de la implementación de la Meta 4 MINSA se dieron básicamente con la participación de los equipos técnicos del Municipio, de los establecimientos de salud y de los programas sociales adscritos al MIDIS. Si bien en el mapeo se identifica a líderes comunales y agentes comunitarios, éstos no participan de las reuniones de la IAL.
4. En relación con la generación del Diagnóstico local en los distritos estudiados, se tuvo la participación de los actores más relacionados con el tema de Anemia (personal de salud y de programas sociales como *Cuna Más* y *Juntos*) quienes apoyaron con la información necesaria sobre el problema. Asimismo, los actores municipales contribuyeron también con información en relación a la población. El

diagnóstico permitió conocer las acciones de la Meta 4 MINSA y la necesidad de trabajar y capacitar a los agentes locales.

5. En relación con el desarrollo de la sectorización en los distritos estudiados, se reconoció la importancia de distribuir actividades a partir de sectores y aprovechar lo ya trabajado al respecto por los establecimientos de salud. Es importante también poder contar con recurso humano que conozca el sector y así tengan una mejor relación con la población.
6. En relación con la generación y desarrollo del Plan de Acción en los distritos estudiados, se observa que han sido puntualizados en función al objetivo de la Meta 4 MINSA, alejándose de la gestión participativa inicial, y de las acciones multisectoriales que respondían a los diversos factores causales de la anemia. Se observó en ambos distritos que las discusiones al inicio del año en función al diagnóstico y plan de acción si contenían información en relación a los ejes temáticos propuestos por el PMLCA. Ambos distritos han logrado implementar sus planes de acción, considerando los pasos aquí descritos, y enfocándose a la visita domiciliaria, la misma que es realizada por los agentes comunitarios y supervisada por el personal de salud de los establecimientos de cada distrito.
7. En relación con el desarrollo de la Gestión local articulada, esta si bien fue puntual, y se vino desarrollando en la medida que el PMLCA era entendido y puesto en práctica en ambos distritos, quedo luego reducida o minimizada (incluso se diría que no hay articulación) a sólo la acción del personal de salud y el municipio, dejando de lado tanto a los promotores de la salud, a pesar que ellos hacen las visitas domiciliarias, y a los programas sociales del MIDIS que venían aportando con diversas acciones en el marco de la reducción de la anemia.
8. Considerando la información descrita para el distrito de Chinchao, en función al nivel de desarrollo de la Gestión local articulada, se considera que se tiene una base a partir de las IAL conformadas anteriormente, lo que permitió desarrollar luego los pasos propuestos (IAL, mapeo, diagnóstico y plan de acción), pero sin embargo se vio la poca participación de los actores comunitarios por un lado, y la reducción del plan a las actividades de la Meta 4 MINSA, considerándose una gestión local articulada incompleta.

9. De manera similar, para el distrito de Churubamba, en función al nivel de desarrollo de la Gestión local articulada, se vió el desarrollo de los cuatro pasos propuestos (IAL, mapeo, diagnóstico y plan de acción). Si bien hubo mayor participación de actores, el desenlace del plan de acción implica hablar también de una gestión local articulada incompleta.
10. Se observó que ambos municipios consideraron los enfoques de género e interculturalidad, respetando de esta manera valores y costumbres de sus comunidades y la propia identidad territorial. El contar con agentes comunitarios propios de cada zona e identificados y reconocidos por las familias, la mayor parte de sexo femenino, ha ayudado a que se venga desarrollando las acciones de la Meta 4 MINSA.
11. La predisposición, voluntad y compromiso de ambas autoridades han permitido una mayor sensibilización de la comunidad y un mayor apoyo a los agentes comunitarios para realizar sus actividades, considerando el incentivo económico que conlleva la visita domiciliaria, reconociéndose la importancia de la voluntad política para desarrollar las acciones relacionadas a la lucha contra la anemia, en ambos distritos. A pesar que ni los líderes de la comunidad ni los agentes comunitarios suelen participar de las reuniones de las IAL, ellos se muestran muy participativos y activos a favor de la visita domiciliaria y sensibilización de la población. Para ellos el principal acierto de este trabajo es que pueden identificar a los niños con anemia.
12. Destaca el problema del presupuesto para realizar las visitas domiciliarias, pues los agentes comunitarios indican que, a pesar de tener ya este incentivo, no es suficiente considerando las distancias que hay que recorrer en varios casos para poder llegar a las viviendas de los niños con anemia. En general el tema del presupuesto cobra importancia pues al tener ambos un presupuesto asignado por la Meta 4 – MINSA, permite el desarrollo de dicha actividad, mientras que las actividades que había propuesto el PMLCA se vienen dejando de lado.
13. A pesar de observarse un equipo de actores sociales comprometido y sensibilizado en relación con la necesidad de combatir la anemia, todavía se ve que no queda claro, por un lado, la importancia de reducir esta enfermedad para la mejora del bienestar de los niños, y por otro, que se sigue viendo en varios casos a la anemia como un problema solo de salud y no multifactorial y de responsabilidad multisectorial.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Es prioritario que se desarrolle la gestión local articulada en base a un mayor involucramiento y empoderamiento de los actores sociales en la IAL. Por un lado debe fomentarse la necesidad de un mayor trabajo en acciones para reducir la anemia, que van más allá de las sesiones demostrativas, y que pueden y deben considerar los ejes temáticos planteados por el PMLCA y por otro es importante que se reconozca a la IAL como un espacio de articulación multisectorial y que no solo sirve para una prioridad como la anemia sino para cualquier necesidad reconocida y sentida por la población, así por ejemplo se pueden proponer proyectos productivos.
2. Si bien no se ha indicado que una normativa reemplace a otra (Meta 4 MINSa reemplaza a PMLCA), esta idea se tiene en el nivel local y no se ha dicho lo contrario. Por un lado, el mensaje del MIDIS ha sido de apoyo a esta actividad, pero por otro el MINSa ha dejado de lado el PMLCA y ha generado que la gestión local se centre en la visita domiciliaria, considerando que ésta maneja un presupuesto determinado. Se hace necesario tener una mayor transparencia en los discursos de cada sector de manera que no se confunda ni a la IAL ni a la comunidad y se rescate sobre todo el trabajo articulado.
3. Cada distrito debe fomentar a partir de las IAL el desarrollo del plan de acción multisectorial que priorice las necesidades detectadas (en agua y saneamiento, por ejemplo). Si bien hay una concentración de trabajo en la visita domiciliaria no puede dejarse de lado lo ya trabajado anteriormente y las necesidades observadas en la población (incluso el tema de enfermedades metaxénicas que también necesitan el apoyo en difusión y sensibilización). Debe quedar claro que no todo el trabajo se relaciona con anemia y que las visitas domiciliarias por sí solas no reducirán las cifras de anemia en los niños menores de 3 años. El trabajo de la IAL debe favorecer a que los diversos actores apoyen y participen, incluso buscando fuentes de financiamiento, para poder desarrollar acciones concretas adicionales para la reducción de la anemia.
4. El mapeo de actores debe considerar a los actores que representan a la comunidad, como los líderes comunales, madres líderes, agentes comunitarios, entre otros. Desde el inicio y conformación de las IAL se debe tener este mapeo que permita luego darles responsabilidades y participación activa en las reuniones propuestas.

Como se ha visto, si bien los agentes comunitarios no intervienen en las reuniones de las IAL y desarrollan las visitas domiciliarias, trabajando de manera coordinada con las familias y el personal de salud, este escenario podría cambiarse y hacerlos partícipes de las reuniones y otras acciones generadas desde las IAL.

5. Es importante un mayor involucramiento de los diversos sectores que generan información y data administrativa del nivel local para que den a conocer el estado situacional o diagnóstico local y ayuden a implementar el sistema de seguimiento de las acciones en función a indicadores de procesos y resultado. Sería conveniente que se disponga de reportes sencillos (tipo semáforo por ejemplo, que permita reconocer indicadores críticos o en rojo) y entendibles que permitan ver los diversos aspectos relacionados con la anemia y las cifras que maneja el distrito o si es posible sus sectores.
6. Los planes de acción deben proponer acciones (actividades y productos) que puedan ser medibles y que partan del diagnóstico situacional, que ha sido dado gracias a la información administrativa con la que cuenta los sectores del municipio. Tal como se señala en las intervenciones del PMLCA en función a los ejes temáticos, las acciones a proponer deben de basarse en un sustento técnico y evidencia comprobada, y a su vez, deben permitir generar una cadena de valor que permita el seguimiento incluso de los resultados de estas acciones.
7. Tanto la experiencia del PMLCA como la de la Meta 4 MINSA, han logrado tener varios aciertos en función a generar un modelo de gestión local articulada, sin embargo, también han tenido desaciertos y por un lado, el PMLCA ya ha sido dejado de lado, y por otro, la Meta 4 MINSA no ha priorizado la participación de los actores ni el desarrollo del plan de acción.
8. En función a los aciertos y desaciertos observados en los modelos de gestión local articulada propuestos por el MIDIS y el MINSA, es importante que se mejoren y precisen los futuros modelos territoriales, considerando los aspectos descritos en el presente estudio y relacionados con un plan de acción participativo y un modelo de gobernanza territorial. Esto y los factores clave necesarios para mejorar la gestión local articulada se describen en la propuesta aplicativa, donde además se observa ir un paso más allá que el enfoque multifactorial de anemia, pues corresponde ver al niño en función al Desarrollo Infantil Temprano (DIT).

9. Entre otros factores clave observados se tiene el de la voluntad política a partir del alcalde y el de poder contar con un presupuesto específico para las actividades propuestas en el marco de la lucha contra la anemia. Estos aspectos serán desarrollados en la propuesta aplicativa, y como hemos visto cobran un rol importante e imprescindible al momento de hablar de la gestión local articulada.
10. Tanto la evidencia internacional como la nacional nos refieren a la gestión local articulada como un modelo que debe llevar a la generación de un Plan de acción (el cual debe ser seguido o monitoreado), con la participación de los diversos actores sociales. Esto debe de desarrollarse en el nivel local, en todos los distritos, y debe partir de la generación de los comités, mesas de trabajo o instancias de articulación, donde participen los actores identificados (a través del mapeo de actores), y que puedan generar el diagnóstico local como insumo para este Plan, el mismo que debe tener un adecuado seguimiento.



## **CAPÍTULO VI PROPUESTA APLICATIVA**

En función a lo revisado para el presente estudio, se desprende una serie de acciones, planes y estrategias desarrolladas en los últimos diez años, a nivel nacional, que han querido trabajar un tema en común, la gestión local articulada, considerando un problema clave en la comunidad, con énfasis en los menores de tres años, que en un principio fue la desnutrición crónica y luego se le agregó el problema de la anemia. Estas acciones de articulación tuvieron el apoyo incluso de la cooperación internacional, en la mayoría de casos contaron con presupuesto para el desarrollo y apoyo de las actividades propuestas, y básicamente se puede desprender de ellas acciones favorables y limitantes en los procesos de gestión local articulada.

En relación con las acciones favorables o positivas de estas experiencias, se debe rescatar primero el compromiso de los diversos actores sociales involucrados que permiten el inicio de la articulación y el compromiso por generar esta gestión local a partir de un modelo de trabajo que les permite desarrollar los pasos visualizados en el presente estudio y en la literatura, que pasan por generar una instancia local donde el grupo de actores representativos de toda la comunidad empiece a generar un plan de acción en función al diagnóstico local, desarrollando acciones y compromisos que deberán ser medidos en el tiempo.

Es importante entonces que este compromiso de trabajo pase por una adecuada sensibilización y entendimiento del problema, en este caso la anemia, reconocer su naturaleza multifactorial y ver en ello la necesidad del trabajo multisectorial. Si bien es posible iniciar la articulación con el trabajo colaborativo de dos o tres sectores, el trabajo para poder luchar contra la anemia implica un mayor compromiso de actores, lo que se reconoce y evidencia al observar sus ejes temáticos.

Es a partir de ello que observamos los factores limitantes para lograr esta gestión local articulada deseada, destacando en primer lugar, dos factores clave observados en estos procesos y mencionados también en el presente estudio. Por un lado se observó la importancia de la voluntad política, donde el alcalde se convierte en líder de la IAL y hace suyo el plan de acción, y por otro, la necesidad de contar con el presupuesto necesario para desarrollar las actividades propuestas. Esto último incluso ayudaría a que la autoridad local pueda generar diversos espacios de coordinación y apoyo de diversos actores.

A partir de lo referido, esta propuesta considera cuatro factores clave para poder desarrollar una gestión local articulada:

1. Presupuesto
2. Voluntad política
3. Plan de acción
4. Trabajo articulado

Observando las dos últimas experiencias en gestión local, a cargo del MIDIS y el MINSA, se puede observar que en ambas no se ha podido obtener estos cuatro factores. Así, en el nivel local, en sus distritos priorizados, el MIDIS desarrolló su Hoja de ruta que permitió desarrollar un plan de acción articulado con diversos actores y que consideró los ejes temáticos del modelo multicausal de la anemia, que contó además con el apoyo de la autoridad y la generación de una IAL, pero que sin embargo, al momento de definir responsables y presupuestos, las acciones debieron quedar pendientes en varios casos pues los recursos propios de cada sector para ese nivel o ya estaban comprometidos o eran insuficientes, esto a pesar que el problema ya se ha venido viendo desde años anteriores. Esto hace que en el tiempo se genere menos interés y se deje de lado los compromisos y el plan de acción.

En este escenario sensibilizado por el MIDIS, es que se inicia la propuesta del MINSA, que considera los cuatro pasos mencionados, y que sobretodo, incluye un presupuesto para los distritos y la lucha contra la anemia. Sin embargo, a pesar de contar además con la voluntad política, no aprovechó el escenario ya generado por el MIDIS y más bien ha dado una imagen descrita en el nivel local a manera de desconocer las acciones que hizo el PMLCA, considerando que el liderazgo de las actividades relacionadas con la anemia debió haber sido siempre del sector Salud y no es posible que lo lidere otro sector.

Así, la propuesta de la Meta 4 MINSA propone la generación de una “nueva” IAL en cada distrito, lo cual ha sido un proceso que ameritó una nueva inversión de tiempo para los actores pues se pidió tener una Resolución de Alcaldía. De esta manera el involucramiento de los gestores sociales del MIDIS fue poco a poco reemplazado por el personal de salud de los establecimientos de salud de cada distrito, quienes reiniciaron el mapeo de actores, la sectorización y el plan de acción, pero todo esto básicamente con el fin de desarrollar las visitas domiciliarias.

En este marco se viene observando, a partir del estudio, que no se consideró al total de actores sociales (otros sectores como Vivienda, Agricultura, ni tampoco a los líderes de la comunidad), y que el plan de acción se redujo a la visita domiciliaria, actividad que cuenta con presupuesto y que forma parte de las acciones del sector Salud para reducir la anemia. Es importante mencionar aquí que el Programa Nacional Cuna Más también realiza visitas domiciliarias en el marco de su Servicios de Acompañamiento Familiar (SAF) y en algunos casos es visto como un aliado para este trabajo.

De la descripción de estas dos experiencias y de lo ya evidenciado en los antecedentes y marco teórico del presente estudio, queda claro que el apoyo desde el nivel central, para lograr una gestión local articulada, ha sido deficiente y efímero, pues no siempre se ha considerado al menos estos cuatro factores descritos, cayendo incluso en un “protagonismo” que no ha ayudado a los distritos a mejorar sus cifras de anemia. Una estrategia de intervención en el nivel local debe considerar el desarrollo de al menos estos cuatro factores, sin dejar de lado el seguimiento a estas acciones, además de corregir los posibles cuellos de botella que se observen en el camino, reducir los diversos riesgos internos y externos entre otros aspectos. A continuación, describimos estos factores son:

#### **1. Presupuesto.**

Se hace tan importante y necesario que la lucha contra la anemia tenga un presupuesto claro para el nivel distrital que enfoque los ejes temáticos incluidos en el PMLCA. Los factores relacionados a la anemia son multicausales y ello implica que se tengan presupuestos diferenciados por ejemplo, considerando la experiencia positiva actual de la Meta 4 con visitas domiciliarias. Es muy claro que para vencer la anemia se necesita una mayor inversión en proyectos de agua y saneamiento, y en una alimentación saludable, por lo tanto los presupuestos deben ser priorizados.

Más aún, no solo debemos centrarnos en la anemia, debemos ver el Desarrollo Infantil Temprano y considerar la importancia y prioridad para el Estado Peruano de tener niños con un adecuado desarrollo, centrándonos en esta política pública. El DIT es una prioridad pues, de la evidencia en la literatura, se sabe que esta es la etapa de mayor desarrollo neuronal, pero también la etapa de más vulnerabilidad y donde se dan las más grandes desigualdades, que a futuro causarán mayor propensión a enfermedades crónicas y abandono escolar.

Un buen inicio desde el nivel central al respecto, se ha dado con el DS N° 003-2019-MIDIS, que aprueba la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” para la *“articulación de las Entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local en la promoción del Desarrollo Infantil Temprano”*. Esta estrategia tiene el propósito de *“efectivizar el acceso al paquete integrado de servicios priorizados, que contribuyen al desarrollo de las niñas y niños desde la gestación hasta los 5 años de edad, a través de la gestión articulada de las entidades que conforman el Gobierno Nacional, Regional y Local, fortaleciendo sinergias y eliminando duplicidades, de acuerdo con sus roles y capacidades”* (MIDIS, 2019e).

Aunque de lo descrito en dicha norma, se observa que el financiamiento de las actividades para su implementación se darán de los programas presupuestales ya conocidos, sin demandar recursos adicionales, lo cual, en función a lo descrito aquí, no contribuiría de una manera observable en los resultados deseados para la gestión local articulada.

## **2. Voluntad política.**

Este escenario si suele ser el ideal al menos en el primer año de una nueva gestión de las autoridades elegidas, como es este 2019. De hecho, es importante generar y propiciar un escenario de sensibilización con las autoridades locales que permita que éstas y sus equipos técnicos reconozcan la necesidad de invertir en el desarrollo infantil. Es interesante el trabajo que se pudo hacer por ejemplo en el segundo semestre del 2018 con las autoridades que finalizaban su gestión y las nuevas autoridades elegidas, donde hubo participación de la sociedad civil a partir de la *“Mesa de Concertación de lucha contra la Pobreza”* (MCLCP), por ejemplo (cuya experiencia en relación a programas locales para combatir la Anemia y DCI han sido citada en el presente estudio), que a nivel nacional generó los compromisos o acuerdos para la gobernabilidad que incluía el trabajo en anemia en las diferentes regiones.

Disponer de un alcalde sensibilizado permite que este, como autoridad máxima del territorio se involucre en las diversas acciones propuestas por sus equipos de trabajo y solicite y demande conocer los avances y mejoras, siendo él el mejor supervisor de las mismas. Así mismo, el alcalde sabe que su comunidad espera la rendición de cuentas, como parte de la transparencia de su gestión. De esta forma un alcalde debe tener un rol gestor, de líder y comunicador, de conciliador y de negociador, entre otros aspectos aquí observados.

### **3. Plan de acción.**

Es importante que una gestión local articulada cuente con un plan de acción y genere los pasos que conlleven a este plan, es decir, como mínimo, la generación de la IAL, mapeo de actores, diagnóstico y generación del plan, y el seguimiento al mismo. En este estudio hemos podido apreciar la importancia de estos pasos en el territorio, así como las diversas dificultades que se pueden presentar y como, el no desarrollar uno de ellos o hacerlo de manera parcial o incompleta, puede alterar o reducir los posibles resultados deseados.

Generar el plan de acción entonces implica que el municipio genere una instancia de articulación donde participen los diversos sectores y actores del estado y la comunidad, pensando que el poder mejorar el desarrollo infantil amerita el esfuerzo e involucramiento de todos, pues se necesita una mejora de servicios públicos que pasa por infraestructura, servicios básicos, mejores alimentos, mejor educación y salud, entre otros aspectos. De manera similar a lo trabajado con el PMLCA, para un enfoque multicausal de la anemia, se tiene también ya conocido toda una serie de intervenciones en el territorio que favorecen el DIT, y que tienen un sustento en la evidencia nacional e internacional.

De esta manera se puede ir mapeando en función de lo que ya se ha realizado o se viene generando en procesos (actividades y productos) a nivel territorial, con los datos administrativos disponibles, como se van dando los resultados en la población, en los niños y niñas menores de tres años sobre todo, y empezar a diseñar un sistema de seguimiento a través de una cadena de valor, cuyas intervenciones, incluidas en el plan de acción, se sustenten en la evidencia y sean medibles con indicadores reconocidos.

### **4. Trabajo articulado.**

Hemos podido revisar lo difícil que es poder realizar un trabajo articulado en el nivel local, y como las propuestas de articulación se debilitan al tener solo a dos actores clave de por medio. Se han visto diversos escenarios de articulación, en los últimos años, considerando como prioridad la lucha contra la DCI y Anemia, y en la mayoría de ellos las IAL conformadas inician con una buena cantidad de actores participantes y acciones propuestas, pero el escenario al mediano plazo suele ser distinto y poco a poco las intervenciones no llegan a buen término.

Actualmente, a partir de la Meta 4 MINSA vemos que el escenario en el territorio en relación a acciones contra la anemia ha priorizado las visitas domiciliarias, que son

realizadas por los agentes comunitarios y supervisadas por el personal de salud de la zona. Las autoridades municipales participan de ello, considerando que el presupuesto ha sido asignado por el MEF a los municipios, y además otros actores como los programas sociales, que tuvieron un rol más protagónico con el PMLCA, también vienen apoyando esta actividad. Sin embargo, los ejes temáticos que muestran los diversos factores existentes detrás de la anemia indican la necesidad de fomentar un trabajo en relación a la mejora del servicio de agua y saneamiento, de generar una seguridad alimentaria que incluya proyectos productivos y también de una mejor sensibilización y educación de la comunidad, además de no dejar de lado procesos que se viene dando como son las prestaciones de los servicios de salud para la gestante y los niños, y el acceso a la identidad, procesos que si bien llegan a un alto porcentaje, deberían poder llegar a ser universales para el total de niños de los distritos pobres del país.

Estas acciones demandan un compromiso multisectorial como vemos, donde deben sumarse las instancias locales de los sectores Agricultura, Vivienda, Educación, entre otros. Es entonces que la propuesta se alinea con el concepto de Gobernanza territorial, descrito por Serrano (2011), como la *“capacidad de las sociedades de resolver sus asuntos y de contribuir al desarrollo de sus territorios mediante la articulación y participación de diversos actores territoriales, entre ellos (i) el Estado (gobernanza multinivel vertical), (ii) la sociedad civil, (iii) las agencias públicas localizadas territorialmente y (iv) el sector privado (gobernanza multinivel horizontal), en un contexto en el cual, el gobierno regional está enfocado en las oportunidades de los territorios, estimulado del crecimiento económico con inclusión social”* (Serrano, 2011).

Además, las conclusiones y recomendaciones clave en temas de gobernanza pública de la OCDE para el Perú se agrupan bajo *“los siguientes tres temas interrelacionados: i) Mejorar la vida de todos los peruanos: mejores políticas y servicios para un crecimiento más inclusivo. ii) Una administración pública que trabaja mejor para todos los peruanos: un gobierno más receptivo y responsable. iii) Descentralización para un crecimiento más inclusivo: mejor gobernanza para lograr regiones y ciudades más competitivas y resilientes”* (OCDE 2016: 2).

En tal sentido la presente propuesta plantea la estructura de gobernanza para su implementación acogiendo estas recomendaciones y propone trabajar sobre las siguientes premisas:

- Facilitar la articulación entre las instituciones del Estado para trabajar de manera coordinada y en interacción sistemática en los tres niveles de gobierno, para la implementación y mejora de las intervenciones asegurando que la prestación de servicios cumpla con las necesidades de las personas con un enfoque territorial.
- Promover la transparencia en las acciones y la rendición de cuentas a la ciudadanía en los tres niveles de gobierno respecto a las intervenciones y servicios brindados en el marco de la Estrategia.

Cada ministerio en su función dentro de un gobierno destaca por desarrollar una mirada particular desde su ámbito sectorial, pero resulta imprescindible establecer elementos que permitan implementar acciones conjuntas, coordinadas y conducidas desde la gestión local. El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) tiene el compromiso de establecer las orientaciones y prioridades de intervención para el Desarrollo Infantil temprano. En este contexto, se detalla la identificación de los involucrados y su interacción para la implementación de la Estrategia:

• **Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS):** como “*Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales*” (ST-CIAS) y ente rector del “*Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social*” (SINADIS), es la “*autoridad técnico-normativa a nivel nacional en materia de desarrollo e inclusión social*”. En el marco de la propuesta sería el llamado a asumir los siguientes roles:

- (i) Conducir el diseño y mejora continua de la Estrategia.
- (ii) Definir los mecanismos para la priorización y focalización de los territorios y hogares para la implementación de la Estrategia.
- (iii) Definir los mecanismos de articulación intersectorial e intergubernamental para la implementación de la Estrategia.
- (v) Fortalecer las capacidades de los actores públicos y privados en temáticas vinculadas con la implementación y el seguimiento de la Estrategia, con énfasis en los gobiernos regionales y locales.
- (v) Conducir el seguimiento y evaluación de la Estrategia.

• **Grupo de Trabajo:** conformado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento y el Ministerio de Agricultura. Se encargan de tomar decisiones a nivel estratégico y programático para asegurar el cumplimiento de metas de la estrategia al 2021.

- **Sectores Involucrados:** son todos los sectores vinculados a los resultados que se proponen en los Lineamientos Primero la Infancia. Son responsables de establecer las normativas sectoriales específicas según corresponda, para implementar los mecanismos de articulación intersectorial e intergubernamental, así como programar, ejecutar, hacer seguimiento y evaluar los recursos que permitan implementar las intervenciones a su cargo en el marco de la Estrategia, cumpliendo los plazos y metas establecidas.

- **Gobiernos subnacionales:** tienen la responsabilidad de establecer ordenanzas y actualizaciones de herramientas de gestión que den marco normativo y faciliten la implementación de los mecanismos de articulación intergubernamental, así como la programación y ejecución de los recursos para implementar las intervenciones, bajo sus competencias y en contextualización a sus territorios en el marco de la Estrategia, cumpliendo los plazos y metas establecidas.

- **Unidades a cargo de las intervenciones:** son las encargadas de las intervenciones establecidas respecto a los componentes de la pobreza urbana en los territorios priorizados en el plan de implementación. En ese sentido son los Sectores, Unidades Ejecutoras, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Empresas Privadas y Organizaciones de Sociedad Civil, que con o sin asignación presupuestal específica establecida por la Ley de presupuesto anual, implementan las intervenciones de manera total o parcial contribuyendo al cumplimiento de las metas establecidas.

## BIBLIOGRAFÍA

ACUÑA, Carlos y REPETTO, Fabián

*La Institucionalidad de las políticas y los programas de reducción de la Pobreza en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo – Diálogo Regional de Política.* Consulta: 15 de julio de 2019.

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-institucionalidad-de-las-pol%C3%ADticas-y-los-programas-de-reducci%C3%B3n-de-pobreza-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>

ACUÑA, Carlos y REPETTO, Fabián

*Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina.* Consulta: 16 de julio de 2019.

[http://old.clad.org/documentos/otros-documentos/material-didactico-curso-bogota-2011/5.-acua-y-repetto-2009/at\\_download/file](http://old.clad.org/documentos/otros-documentos/material-didactico-curso-bogota-2011/5.-acua-y-repetto-2009/at_download/file)

ALCÁZAR, Lorena Y LOBATÓN, Rodrigo

*Balace de los primeros años de la Transferencia de Programas Sociales a los Gobiernos Locales.* Consulta: 16 de julio de 2019.

[http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/Transferencia\\_de\\_Foncodes\\_y\\_Pronaa\\_-\\_completo.pdf](http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/Transferencia_de_Foncodes_y_Pronaa_-_completo.pdf)

ANTUNEZ, Ivonne y GALILEA, Sergio

2003 “Servicios públicos urbanos y gestión local en América Latina y el Caribe: problemas, metodologías y políticas”. *CEPAL – Serie Medio Ambiente y Desarrollo.* Santiago de Chile, número 69.

ARAUJO, María Caridad y otros

2013 *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil temprano en América Latina y El Caribe.* Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

AZAÑA TORREBLANCA, Patricia

2015 *Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de incentivos municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el distrito de Masisea, Ucayali. Bases para propuesta de estrategias.* Tesis de Maestría en Gerencia Social. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

CHILE CRECE CONTIGO (ChCC)

*La experiencia de Chile Crece Contigo y su posible aplicación en otros países.* Consulta: 15 de julio de 2019.

<http://www.crececontigo.gob.cl/noticias/la-experiencia-de-chile-crece-y-su-posible-aplicacion-en-otros-paises/>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2014 Ley N° 30114. Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014, que crea el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED). Lima, 02 de diciembre.

COOPERACIÓN ALEMANA AL DESARROLLO – GTZ

*Resultados de Monitoreo de la Intervención de la ESTRATEGIA NACIONAL CRECER en HUÁNUCO Y ÁNCASH.* Consulta: 16 de julio de 2019.

<https://www.bivica.org/files/estrategia-crecer.pdf>

COOPERACIÓN ALEMANA AL DESARROLLO – GTZ

*Desarrollo Social Articulado en el territorio. Modelo de gestión articulada en el territorio.* Consulta: 16 de julio de 2019.

<http://www.stp.gov.py/v1/wp-content/uploads/2019/02/Vol-1.-Modelo-de-Gestion-para-la-Articulaci%C3%B3n-de-Pol%C3%ADticas-Sociales-en-el-Territorio.pdf>

CRAVACUORE, Daniel y otros.

*La articulación en la gestión municipal. Actores y políticas.* Universidad Nacional de Quilmes. Consulta: 15 de julio de 2019.

<http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/agm.pdf>

DE CERO A SIEMPRE

*De Cero a Siempre.* Consulta: 15 de julio de 2019.

<http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/ComisionIntersectorial.aspx>

FAÚNDEZ, Alejandra y WEINSTEIN Marisa

2012 *Ampliando la mirada: la integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos en la programación para el desarrollo* Consulta: 27 de agosto de 2017.

<http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2013/Sep2013/UNFPA-Ampliando-la-Mirada.pdf>

FIGUEROA PONCE, Víctor Antonio

2015 *Conociendo el distrito de Chinchao, majestuosa y aliciente ceja de Selva Alta.* Huánuco: Editorial Grafitec.

FUTURE GENERATIONS

2012 *Guía Metodológica de la Estrategia de Sectorización para la Promoción de la Salud en Cogestión con la Comunidad.* Lima: Future Generations.

GÓNZALES SIMON, Patricia Elena

2016 *Políticas públicas de Desarrollo Infantil Temprano en el Perú: El caso de las intervenciones efectivas con familia.* Tesis de maestría en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

HERNÁNDEZ VALES, María Elena y otros

2012 “Los actores sociales y su rol ante los procesos del Desarrollo Sostenible a nivel local”. *Observatorio Latinoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social.* Málaga, año 6, número 12, pp. 5-29. Consulta: 15 de julio de 2019.

<http://www.eumed.net/rev/oidles/12/vdhc.pdf>

ILARI, Sergio

2010 “Los dispositivos de enlace y los grados de coordinación intermunicipal. El menú de alternativas”. En FERNÁNDEZ, Joaquín y TROCELLO, Gloria. *Municipios e integración territorial. Alternativa de la cooperación internacional.* Madrid: AECID.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)

*Mapa de Pobreza provincial y distrital 2013.* Consulta: 15 de julio de 2019.

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)

2018a *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2017.* Lima, INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)  
2018b *Perú: Indicadores de resultados de los Programas Presupuestales 2012 – 2017. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar*. Lima, INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)  
2019a *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2018*. Lima, INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)  
2019b *Censo Nacional de Población y Vivienda 2017*. Lima, INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
*Tecnología Decisiones Informadas – TDI*. Consulta: 16 de julio de 2019.  
[https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia\\_poblacion/tdi/4%20Brochure\\_TDI.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia_poblacion/tdi/4%20Brochure_TDI.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
*Tecnología Decisiones Informadas. Sistema de información para reducir la desnutrición crónica infantil en los gobiernos locales*. Consulta: 15 de julio de 2019.  
[https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia\\_poblacion/tdi/3%20Los\\_5\\_pasos\\_implementation\\_DI.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia_poblacion/tdi/3%20Los_5_pasos_implementation_DI.pdf)

LAHERA, Eugenio  
2004 “Política y políticas públicas en los procesos de Reforma en América Latina. Similitudes y Diversidades”. *CEPAL – Serie Políticas Sociales*. Santiago de Chile, número 95.

LEYTON, Cristian y otros  
2017 “Desafíos Institucionales para la Articulación de Políticas Públicas”. *Serie Documento de Trabajo*. Grupo de Trabajo Inclusión Social y Desarrollo – RIMISP. Santiago de Chile, número 229.

LEYTON, Cristian  
2018 “Mecanismos institucionales de articulación para programas de combate a la pobreza rural”. *Documento de Trabajo. Serie Estudios sobre desarrollo*. Lima, 25, número 248.

LLONA, Mariana  
*Gestión local participativa: Del Barrio a la Ciudad*. Consulta: 16 de julio de 2019.  
<http://www2.udec.cl/ecos/gestion%20local%20participativa.pdf>

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH – MSH PERU  
*Sistematización Red de Municipios y Comunidades Saludables en Ucayali*. Consulta: 16 de julio de 2019.  
<http://www.mshperu.org/wp-content/uploads/2016/08/Sistematizaci%C3%B3n-RED-de-MCS-Ucayali.pdf>

MASSOLO, Alejandra  
2006 “El Desarrollo Local en la perspectiva de género”. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*. Texcoco, volumen 3, número 1. Consulta: 15 de julio de 2019.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-54722006000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722006000100001&lng=es&tlng=es)

MEDINA, Armando  
Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud. Banco Interamericano de

Desarrollo. Consulta: 16 de julio de 2019.

<http://www.cpap.pe/sites/default/files/archivos/salud/ADECUACION%20CULTURAL%20ECUADOR%20AMI.pdf>

MESA DE CONCERTACIÓN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA (MCLCP)  
PERÚ. Análisis de experiencias regionales y locales en la lucha contra la Anemia y DCI  
-Conclusiones y Propuestas Concertadas. Consulta: 16 de julio de 2019.

<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2018-12-06/00-documento-de-trabajo-experienciasdereduciondeanemia-151018-vfinal.pdf>

MICRO RED CHURUBAMBA

2014 *Análisis Situacional de Salud de la Micro Red Churubamba*. Huánuco, Puesto de Salud Churubamba.

MINISTERIO DE CULTURA

2015 *Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Parte II: ¿Cómo implementar servicios públicos culturalmente pertinentes?* Lima: Ministerio de Cultura.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2012a *Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú*. Lima: MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2013a *Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS*. Lima: 26 de abril.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2013b *Compromiso intersectorial para promover el Desarrollo Infantil Temprano (MINSA, MINEDU, MVCS, MIMP, MIDIS)*. Cusco, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2014a *Documento Técnico de sistematización de evidencias para lograr el desarrollo infantil temprano, componente Estado de Salud y Nutrición. Comisión Multisectorial para proponer los Lineamientos "Primero la Infancia"*. Lima, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2016a *Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS*. Lima: 28 de julio.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2016b *Decreto Supremo N° 003-2016-MIDIS*. Lima: 15 de mayo.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2017 *Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021*. Lima, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2018a *Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia*. Lima, El Peruano.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2018b *Pautas para implementación de la hoja de ruta de gestión local para la prevención y reducción de la anemia. Documento de trabajo*. Lima, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2018c *Experiencias locales de Gestión Articulada para la lucha contra la Anemia. Avances en el nivel local*. Lima, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2019a *Lista sectorial de las Políticas Nacionales bajo la rectoría o conducción del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 163-2019-MIDIS*. Lima, El Peruano.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2019b *Plan Anual de Transferencia de competencias sectoriales a los gobiernos regionales y locales y desarrollo de la gestión descentralizada del año 2019*. Lima, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2019c *Revisión del Plan sectorial que contribuye con la reducción de DCI y Anemia y del PMLCA. Documento de trabajo*. Lima, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2019d *Estudio exploratorio sobre los sistemas de seguimiento y evaluación del desarrollo infantil temprano (DIT) en Latinoamérica. Consultora: Kimberly Alarcón Rojas. Informe final de consultoría*. Lima, MIDIS.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2019e *Estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia" para la articulación de las Entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local en la promoción del Desarrollo Infantil Temprano, aprobada mediante DS N° 003-2019-MIDIS*. Lima, El Peruano.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

REDINFORMA Repositorio Multisectorial. *Reporte MiDistrito*. Lima, MIDIS.

<http://sdv.midis.gob.pe/RedInforma/Reporte/Reporte?id=18>

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL - URUGUAY (MIDES)

*Uruguay Crece Contigo. ¿Qué es Uruguay Crece Contigo?* Consulta: 15 de julio de 2019.

<http://uruguaycrece.mides.gub.uy/41937/uruguay-crece-contigo-ucc>

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

2007 *Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto de los Programas Estratégicos en el marco del Presupuesto por Resultados, aprobada con Resolución Directoral N° 027-2007-EF-76.01*. Lima, El Peruano.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

Programa Presupuestal 0001 – Programa Articulado Nutricional. Consulta: 15 de julio de 2019.

[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_public/ppr/prog\\_presupuestal/articulados/0001\\_nutricional.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/prog_presupuestal/articulados/0001_nutricional.pdf)

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

2019a Autorización de Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año 2019 a favor del Ministerio de Salud y diversos Gobiernos Locales y dictan otras medidas. Aprobada mediante Decreto Supremo N° 026-2019-EF. Lima, El Peruano.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

Gobiernos Locales priorizados y distribución de recursos según lo dispuesto en los puntos (ii) y (iii) del párrafo 21.3 del artículo 21 de la Ley N° 30879. Consulta: 15 de julio

de 2019.

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/289023/Anexo\\_1\\_DS026\\_2019EF.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/289023/Anexo_1_DS026_2019EF.pdf)

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

2017a *Norma Técnica de Salud N° 134-MINSA/2017. Norma Técnica para el Manejo terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, aprobado con Resolución Ministerial N° 250-2017-MINSA.* Lima, MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD

2017b *Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la desnutrición Crónica en el Perú 2017-2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA.* Lima, El Peruano.

MINISTERIO DE SALUD

2019a *Lineamientos para la implementación de Visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la Anemia y Desnutrición crónica Infantil. Documento técnico aprobado mediante Resolución Ministerial N° 078-2019/MINSA.* Lima, El Peruano.

MINISTERIO DE SALUD

Programa de Incentivos a la gestión municipal 2019. Meta 04: Acciones de Municipios para promover la adecuada alimentación y la prevención y reducción de Anemia. Consulta: 16 de julio de 2019.

<http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2019/03/MUNI-Ica-Meta-N-04-Talleres-PI-2019.pdf>

MINISTERIO DE SALUD

2019b *Guía para el cumplimiento de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales Meta 4. Acciones de los municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y la reducción de la Anemia.* Lima, MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD

*REUNIS Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Indicadores multisectoriales de Anemia Priorizados.* Lima, MINSAL.

Consulta: 27 de octubre de 2020

[https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Indicadores\\_Multisectoriales\\_Anemia.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Indicadores_Multisectoriales_Anemia.asp)

Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

Programa *Criança Feliz*. Entender el Programa. Consulta: 16 de julio de 2019.

<http://mds.gov.br/crianca-feliz/entenda-o-programa>

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHURUBAMBA

2012 Plan de Desarrollo Local Concertado 2012-2021. Churubamba, Municipalidad Distrital de Churubamba.

<https://www.munihuanuco.gob.pe/intranetmunihco/archivos/PDLC%20MPHCO%202030.pdf>

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUÁNUCO

2015 Plan de Desarrollo Local Concertado "Huánuco al 2021" con prospectiva al 2030. Huánuco, Municipalidad Provincial de Huánuco.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE)

Reforma de la Gobernanza Pública. Perú Aspectos Claves 2016. Consulta: 15 de julio de 2019.

<https://www.oecd.org/gov/public-governance-review-peru-highlights-es.pdf>

OTTONE CASTAÑEDA, Gissela Esther

2018 *Implementación de Políticas Públicas Nacionales en Gobiernos Regionales: Caso del Programa Articulado Nutricional en Junín y Huancavelica periodo 2011 – 2014*. Tesis de Maestría en Ciencia Política y Gobierno con mención en Gestión Pública y Políticas Públicas. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (PCM)

2007a Decreto Supremo N° 055-2007-PCM. Lima, 01 de julio.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (PCM)

2008 *Norma Técnica N° 001-2008 de Implementación regional y local de la Estrategia Nacional CRECER, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 104-2008-PCM*. Lima, El Peruano.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (PCM)

2014 Decreto Supremo N° 004-2014-PCM. Lima, 09 de enero.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (PCM)

“Pacto Nacional para la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil”. Consulta: 15 de julio de 2019.

[http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2017/02/PACTO\\_3erGORE.pdf](http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2017/02/PACTO_3erGORE.pdf)

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (PCM)

2018a Decreto Supremo N° 029-2018-PCM. Lima, 20 de marzo.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (PCM)

2018b Decreto Supremo N° 056-2018-PCM. Lima, 24 de mayo.

QUISPE FERNÁNDEZ, Gabith Miriam y AYAVIRI NINA, Dante

2012 “Los actores en el desarrollo económico local. Un estudio en América Latina”. *PERSPECTIVAS*. Cochabamba, número 30, pp. 71-116.

REÁTEGUI MONTESINOS, Gonzalo Rafael

2018 *La Articulación sectorial como factor de éxito en los Centros Comunitarios de Salud Mental*. Tesis de Licenciatura en Ciencia Política y Gobierno. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales.

REYNOSO GUTIERREZ, Guillermo Francisco

2017 *La Política Pública de Alimentación y Nutrición Saludable: un análisis de su implementación en la zona rural de la provincia de Lima*. Tesis de Maestría en Ciencia Política y Gobierno con mención en Gestión Pública y Políticas Públicas. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

ROFMAN, Adriana y VILLAR, Alejandro

Metodología: Diagnóstico y mapa de actores. Diagnóstico de la problemática socioterritorial. Consulta: 15 de julio de 2019.

[https://www.academia.edu/8995427/Estrategias\\_para\\_el\\_desarrollo\\_local\\_Diagn%C3%B3stico\\_y\\_Mapas\\_de\\_Actores](https://www.academia.edu/8995427/Estrategias_para_el_desarrollo_local_Diagn%C3%B3stico_y_Mapas_de_Actores)

ROJAS GUTIÉRREZ, Catherine

2015 *Factores que limitan la participación ciudadana en el Presupuesto Participativo. Caso: Distrito de Mariano Melgar*. Tesis de Maestría en Gerencia Social. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

SALUD SIN LIMITES

2012 *Aportes para la operativización del modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el primer nivel*. Lima, Medicus Mundi Navarra y Salud sin Límites Perú.

SERRANO, Claudia

2011 *Gobernanza para el desarrollo económico territorial en América Latina*. Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural - RIMISP, Santiago de Chile.

Sistema de Cuidados

*Sistema de Cuidados*. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, Uruguay. Consulta: 15 de julio de 2019.

<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/75658/creacion-del-sistema-de-cuidados>

TAREA y UNICEF

2017 *Buenas prácticas en gestión local de la Educación Intercultural Bilingüe. Canchis, Cusco*. Lima, TAREA Asociación de Publicaciones Educativas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

USAID PERU

PROYECTO USAID/MCS II. Metodología de Municipios y Comunidades Saludables. Consulta: 15 de julio de 2019.

[http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/PROMOCIONA\\_SALUD\\_Guia\\_metodologica.pdf](http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/PROMOCIONA_SALUD_Guia_metodologica.pdf)

USAID PERU

Sistematización de experiencias: Asistencia técnica para la implementación de la Estrategia Nacional CRECER. Consulta: 15 de julio de 2019.

<http://iniciativacontradesnutricion.org.pe/wp-content/uploads/2018/11/ASISTENCIA-T%C3%89CNICA-PARA-LA-IMPLEMENTACI%C3%93N-DE.pdf>

USAID PERÚ

2015 *Guía técnica de implantación para la Sectorización: Sectoriza - Territorio. Proyecto Políticas en Salud*. Lima, USAID.

TORRES SAAVEDRA, John

2016 *Dificultades de los gobiernos locales para la cogestión de los Programas de Complementación Alimentaria. Caso: Municipalidad provincial de Huancavelica – Perú. Junio 2011*. Tesis de Maestría en Gerencia Social. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

TRISTÁN MOJICA, Melitza Anany

2008 “Análisis de los Stakeholders (actores) como instrumento potencial en los procesos de participación de las agendas 21 local. El caso de Soná (Panamá)”. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. Soná, número 22, pp. 181-202. Consulta: 16 de julio de 2019.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2934613.pdf>

VARGAS MACHUCA GUERRERO, Elizabeth

2014 *Corresponsabilidad y Articulación: Una mirada a los pilares de gestión del Programa JUNTOS*. Tesis de Maestría en Gerencia Social. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

VILDOSO CHIRINOS, Carmen

2001 *Una mirada a los PADs, cinco años después del primer diseño*. En: "Concertando para el desarrollo: lecciones aprendidas del FONCODES en sus estrategias de intervención". Lima: Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social - FONCODES.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Anemia ferropénica: Investigaciones para soluciones eficientes y viables. Consulta: 15 de julio de 2019.

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



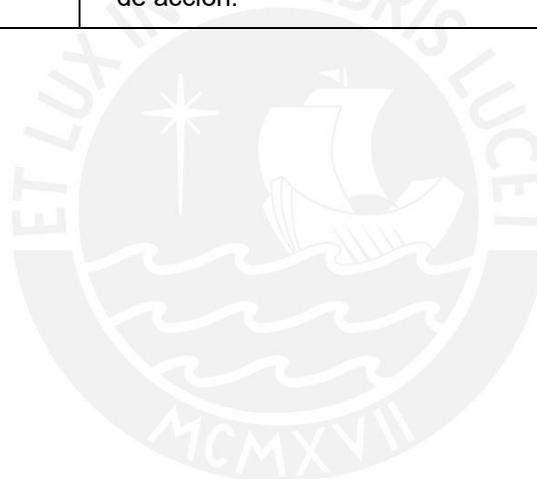
## ANEXOS

### ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Objetivo general	Objetivo específico	Variable	Indicadores	Unidad de análisis	Fuente	Técnica
Conocer el nivel de desarrollo de la gestión local y participación de actores locales en dos distritos de Huánuco a partir del desarrollo de planes de acción articulados en el marco del Plan multisectorial de lucha contra la	Conocer el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación de la Instancia de Articulación Local, dentro de las acciones del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.	Participación de los actores locales y avance en la gestión local en la generación de la Instancia de Articulación Local.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existencia de espacios de articulación local con anterioridad al PMLCA.</li> <li>▪ Naturaleza de estos espacios, si los hubiera.</li> <li>▪ Documentos que acrediten la existencia de la IAL.</li> <li>▪ Personas y/o Instituciones que participan en la IAL.</li> <li>▪ Reconocimiento de la gestión articulada en el nivel local para implementar el PMLCA.</li> <li>▪ Desarrollo de reuniones de trabajo.</li> <li>▪ Desarrollo de instrumentos de gestión.</li> </ul>	Actores Sociales del Distrito	Alcalde distrital, Gerente de Desarrollo Social, Sub Gerente Programas Sociales. Alcalde de centro poblado, Tenientes gobernadores. Gestores de Programas Sociales. Personal de Salud. Agentes comunitarios,	Entrevistas en profundidad. Grupos focales.
	Conocer el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Mapeo de actores, dentro de las acciones del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.	Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Mapeo de actores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caracterización de los perfiles de los actores locales e institucionales.</li> <li>▪ Tipo de rol que desempeñan los actores locales e institucionales.</li> <li>▪ Grado de cumplimiento de los roles asumidos dentro de la IAL.</li> <li>▪ Valoración de los enfoques de género e interculturalidad en el ejercicio de roles.</li> <li>▪ Mapeo de actores actualizado.</li> </ul>			

Objetivo general	Objetivo específico	Variable	Indicadores	Unidad de análisis	Fuente	Técnica
Anemia (PMLCA) en el año 2019.	Conocer el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del diagnóstico local, dentro de las acciones del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.	Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del diagnóstico local.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipo de participación de los actores sociales locales para la implementación del PMLCA.</li> <li>▪ Grado de involucramiento de los actores locales en la generación del diagnóstico local.</li> <li>▪ Desarrollo del diagnóstico local.</li> <li>▪ Uso de fuentes de información para el diagnóstico local.</li> <li>▪ Incorporación en el diagnóstico local de los ejes del PMLCA.</li> </ul>		Líderes de comunidades.	
	Conocer el grado de participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Plan de acción, dentro de las acciones del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en dos distritos de Huánuco.	Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Plan de acción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de acciones generadas por la IAL para promover la participación comunitaria en la gestión articulada local.</li> <li>▪ Grado de cumplimiento de las responsabilidades asumidas por los actores sociales comunitarios en la implementación del Plan de acción del PMLCA a nivel local.</li> <li>▪ Número de actores participantes en el plan de acción.</li> <li>▪ Número de ejes del PMLCA incorporados en el plan de acción.</li> </ul>			

Objetivo general	Objetivo específico	Variable	Indicadores	Unidad de análisis	Fuente	Técnica
	Conocer el nivel de desarrollo del Plan multisectorial de la gestión local articulada en dos distritos de Huánuco.	Nivel de desarrollo del PMLCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conformación de la IAL.</li> <li>▪ Generación del mapeo de actores.</li> <li>▪ Desarrollo del diagnóstico local.</li> <li>▪ Generación del plan de acción.</li> <li>▪ Avances en las acciones programadas en el plan de acción.</li> </ul>			



## ANEXO N° 2: INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN

### **Guía para Entrevista en Profundidad del Estudio: Desarrollo de la gestión local y participación de sus actores en dos distritos de Huánuco a partir del desarrollo de planes de acción articulados en el marco del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) en los años 2018-2019**

Buenos días Sr./Sra. (nombre de la persona). Mi nombre es Julio Mayca Pérez y me encuentro realizando una investigación para optar el grado académico de Magíster en Gerencia Social en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Muchas gracias por recibirme y haber accedido a participar en esta entrevista.

El objetivo de la investigación en mención es conocer el nivel de desarrollo de la gestión local y participación de actores locales en dos distritos de Huánuco considerando los planes de acción desarrollados en el marco del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) y así poder proponer acciones de mejora para dicha gestión.

Quisiera también hacer de su conocimiento que esta entrevista es confidencial y que usted ha sido seleccionado/a, toda vez que considero que su experiencia será de gran valor para esta investigación. Es muy importante que responda con sinceridad, dado que sus respuestas enriquecerán de sobremanera el documento. Si tienen alguna duda o no se entiende alguna de las preguntas por favor no duden hacérselo conocer y así podremos entender mejor.

**Nombre:**                      **Cargo:**                      **Institución:**  
**Fecha:**                      **Distrito:**

#### **Subtema 1: Participación de los actores locales y avance en la gestión local en la generación de la Instancia de Articulación Local.**

1. ¿Hubo reuniones de articulación local con anterioridad al PMLCA en el distrito?  
¿Cómo fueron estas reuniones? ¿Cuáles fueron los temas que trataron en esas reuniones? ¿Tiene usted documentos que acrediten se haya realizado esas reuniones anteriores?
2. ¿Usted tiene documentos donde indique que se ha conformado la IAL actual?  
¿Cuáles son estos documentos? ¿Qué personas y/o Instituciones participan en esta IAL.? ¿Cuánto tiempo tiene de instalada la IAL?
3. ¿Cómo viene realizándose el trabajo de la IAL para implementar el PMLCA?

4. ¿Tienen fechas programadas para las reuniones de trabajo? ¿Quiénes participan? ¿Hacen Actas? ¿Escriben sus acuerdos y compromisos? ¿Ustedes efectúan o elaboran documentos que sirvan para el buen funcionamiento de la IAL?

**Subtema 2: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Mapeo de actores.**

1. ¿Puede describir que características o cualidades tienen los actores locales e institucionales de la IAL? ¿Qué carrera o profesión tienen? ¿Cuánto tiempo se encuentran viviendo en el distrito?
2. ¿Entre las personas que forman parte de la IAL, quiénes son los que siempre vienen a las reuniones de coordinación y trabajo, hombres o mujeres?
3. ¿Cuál es el trabajo que realizan las personas que se encuentran dentro de la IAL (gestor, operativo, de apoyo)? ¿Cumplen o no con el trabajo o actividades que se les ha encomendado dentro de la IAL?
4. ¿Qué tan importante es para usted, que tanto el hombre como la mujer tengan las mismas oportunidades en el trabajo y actividades que tengan que desarrollar dentro de la IAL? ¿Eso usted lo puede percibir o notar? ¿Para usted son importantes las normas culturales, costumbres y creencias de la población e influyen en el trabajo que realizan las personas que se encuentran dentro de la IAL? ¿Eso usted lo puede percibir o notar?

**Subtema 3: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del diagnóstico local.**

1. ¿Quiénes fueron los que tuvieron más interés en trabajar en el proceso del diagnóstico local para implementar el PMLCA? ¿Se involucró en este trabajo a los líderes comunitarios, usuarias y usuarios de los servicios relacionados con la Primera Infancia?
2. ¿Hubo un mayor interés de trabajo por parte de las personas que se encuentran dentro de la IAL en la elaboración del diagnóstico comunal?
3. ¿Cómo se trabajó el diagnóstico local? ¿En cuántas reuniones? ¿Cómo se informaron para realizar o elaborar el diagnóstico comunal? ¿Las reuniones causaron discusión para priorizar temas sobre otros? ¿Qué temas fueron los más discutidos? ¿Se trabajó la sectorización?
4. ¿Incorporaron en el diagnóstico comunal los ejes del PMLCA (Acceso a identidad, Prestación de servicios para la primera infancia, Acceso a agua segura y Seguridad alimentaria)?

#### **Subtema 4: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Plan de acción.**

1. ¿Cómo fue el trabajo de las autoridades en el distrito para realizar acciones dentro de la IAL? ¿Se comprometieron a realizar acciones con colaboración de todas las personas que están dentro de la IAL? ¿Estas acciones han sido efectuadas con presupuesto compartido? ¿Cuáles fueron los trabajos a los que se comprometieron para realizar el Plan? ¿Usted se comprometió a realizar trabajos y a hacerse responsable por los resultados? ¿Cumplió con los trabajos que le corresponden de acuerdo a su competencia? ¿Las otras personas de la IAL cumplen con sus compromisos?
2. ¿Se tomó en cuenta los enfoques de género e interculturalidad para orientar o adecuar los trabajos encargados para la ejecución del PMLCA? ¿De qué manera se aplicaron?
3. ¿Qué elementos facilitan la ejecución de los trabajos propuestos a partir de la IAL? ¿Qué elementos dificultan dichos trabajos?
4. ¿Qué número de actividades o trabajos fueron incluidos en el PMLCA y se vienen cumpliendo o desarrollando? ¿Qué número de ejes del PMLCA se encuentran dentro del plan de acción? ¿Qué número de personas que se encuentran dentro del IAL participan en el plan de acción?

#### **Subtema 5: Nivel de desarrollo de la gestión local articulada**

1. ¿Hasta qué paso de conformación se encuentra la gestión local en el marco del PMLCA? ¿Qué dificultades o problemas han tenido para la realización de la IAL? ¿Se mantiene el equipo inicial que conformó la IAL? ¿Ha cambiado el mapeo de actores? ¿Es ahora mejor, igual o peor que antes?
2. ¿Los trabajos a realizarse fue con aceptación o participación de la mayoría de la IAL? ¿Lo conoce y apoya el alcalde? ¿Los avances de los trabajos programados en el plan de acción van de acuerdo a los tiempos planteados?
3. ¿Considera que es importante la gestión o el trabajo articulado? ¿Por qué? ¿A quiénes más se debe llamar para que trabaje en conjunto? ¿Cómo ha funcionado hasta ahora la gestión de la IAL para implementar el PMLCA? ¿Cuáles son los principales aciertos del trabajo articulado para implementar el PMLCA? ¿La gestión local contribuye a lograr el bienestar de los niños en su comunidad?
4. ¿Realizan reuniones para informar sobre los avances del trabajo que se viene realizando o Plan y/o rendición de cuentas del PMLCA, en los que participen los líderes comunitarios? ¿Cuáles?

## Guía para Grupos focales:

Buenos días Señoras y Señores. Mi nombre es Julio Mayca Pérez y me encuentro realizando una investigación para optar el grado académico de Magíster en Gerencia Social en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Muchas gracias por recibirme y haber accedido a participar en este grupo focal.

El objetivo de la investigación en mención es conocer el nivel de desarrollo de la gestión local y participación de actores locales en dos distritos de Huánuco considerando los planes de acción desarrollados en el marco del Plan multisectorial de lucha contra la Anemia (PMLCA) y así poder proponer acciones de mejora para dicha gestión.

Quisiera también hacer de su conocimiento que este grupo focal es confidencial y que usted ha sido seleccionado/a, toda vez que considero que su experiencia será de gran valor para esta investigación. Es muy importante que responda con sinceridad, dado que sus respuestas enriquecerán de sobremanera el documento.-Si tienen alguna duda o no se entiende alguna de las preguntas por favor no duden hacérselo conocer y así podemos entender mejor.

**Fecha:**

**Distrito:**

<b>Nombre:</b>	<b>Cargo:</b>	<b>Institución:</b>

### **Subtema 1: Participación de los actores locales y avance en la gestión local en la generación de la Instancia de Articulación Local.**

1. ¿Hubo reuniones de articulación local con anterioridad al PMLCA en el distrito?  
¿Cómo fueron estas reuniones? ¿Cuáles fueron los temas que trataron en esas reuniones? ¿Tiene usted documentos que acrediten se haya realizado esas reuniones anteriores?
2. ¿Usted tiene documentos donde indique que se ha conformado la IAL actual?  
¿Cuáles son estos documentos? ¿Qué personas y/o Instituciones participan en esta IAL? ¿Cuánto tiempo tiene de instalada la IAL?
3. ¿Cómo viene realizándose el trabajo de la IAL para implementar el PMLCA?

4. ¿Tienen fechas programadas para las reuniones de trabajo? ¿Quiénes participan? ¿Hacen Actas? ¿Escriben sus acuerdos y compromisos? ¿Ustedes efectúan o elaboran documentos que sirvan para el buen funcionamiento de la IAL?

**Subtema 2: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Mapeo de actores.**

1. ¿Puede describir que características o cualidades tienen los actores locales e institucionales de la IAL? ¿Qué carrera o profesión tienen? ¿Cuánto tiempo se encuentran viviendo en el distrito?
2. ¿Entre las personas que forman parte de la IAL, quiénes son los que siempre vienen a las reuniones de coordinación y trabajo, hombres o mujeres?
3. ¿Cuál es el trabajo que realizan las personas que se encuentran dentro de la IAL (gestor, operativo, de apoyo)? ¿Cumplen o no con el trabajo o actividades que se les ha encomendado dentro de la IAL?
4. ¿Qué tan importante es para usted, que tanto el hombre como la mujer tengan las mismas oportunidades en el trabajo y actividades que tengan que desarrollar dentro de la IAL? ¿Eso usted lo puede percibir o notar? ¿Para usted son importantes las normas culturales, costumbres y creencias de la población e influyen en el trabajo que realizan las personas que se encuentran dentro de la IAL? ¿Eso usted lo puede percibir o notar?

**Subtema 3: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del diagnóstico local.**

1. ¿Quiénes fueron los que tuvieron más interés en trabajar en el proceso del diagnóstico local para implementar el PMLCA? ¿Se involucró en este trabajo a los líderes comunitarios, usuarias y usuarios de los servicios relacionados con la Primera Infancia?
2. ¿Hubo un mayor interés de trabajo por parte de las personas que se encuentran dentro de la IAL en la elaboración del diagnóstico comunal?
3. ¿Cómo se trabajó el diagnóstico local? ¿En cuántas reuniones? ¿Cómo se informaron para realizar o elaborar el diagnóstico comunal? ¿Las reuniones causaron discusión para priorizar temas sobre otros? ¿Qué temas fueron los más discutidos? ¿Se trabajó la sectorización?
4. ¿Incorporaron en el diagnóstico comunal los ejes del PMLCA (Acceso a identidad, Prestación de servicios para la primera infancia, ¿Acceso a agua segura y Seguridad alimentaria)?

#### **Subtema 4: Participación de los actores locales y avance de la gestión local en la generación del Plan de acción.**

1. ¿Cómo fue el trabajo de las autoridades en el distrito para realizar acciones dentro de la IAL? ¿Se comprometieron a realizar acciones con colaboración de todas las personas que están dentro de la IAL? ¿Estas acciones han sido efectuadas con presupuesto compartido? ¿Cuáles fueron los trabajos a los que se comprometieron para realizar el Plan? ¿Usted se comprometió a realizar trabajos y a hacerse responsable por los resultados? ¿Cumplió con los trabajos que le corresponden de acuerdo a su competencia? ¿Las otras personas de la IAL cumplen con sus compromisos?
2. ¿Se tomó en cuenta los enfoques de género e interculturalidad para orientar o adecuar los trabajos encargados para la ejecución del PMLCA? ¿De qué manera se aplicaron?
3. ¿Qué elementos facilitan la ejecución de los trabajos propuestos a partir de la IAL? ¿Qué elementos dificultan dichos trabajos?
4. ¿Qué número de actividades o trabajos fueron incluidos en el PMLCA y se vienen cumpliendo o desarrollando? ¿Qué número de ejes del PMLCA se encuentran dentro del plan de acción? ¿Qué número de personas que se encuentran dentro del IAL participan en el plan de acción?

#### **Subtema 5: Nivel de desarrollo de la Gestión local articulada**

1. ¿Hasta qué paso de conformación se encuentra la gestión local en el marco del PMLCA? ¿Qué dificultades o problemas han tenido para la realización de la IAL? ¿Se mantiene el equipo inicial que conformó la IAL? ¿Ha cambiado el mapeo de actores? ¿Es ahora mejor, igual o peor que antes?
2. ¿Los trabajos a realizarse fue con aceptación o participación de la mayoría de la IAL? ¿Lo conoce y apoya el alcalde? ¿Los avances de los trabajos programados en el plan de acción van de acuerdo a los tiempos planteados?
3. ¿Considera que es importante la gestión o el trabajo articulado? ¿Por qué? ¿A quiénes más se debe llamar para que trabaje en conjunto? ¿Cómo ha funcionado hasta ahora la gestión de la IAL para implementar el PMLCA? ¿Cuáles son los principales aciertos del trabajo articulado para implementar el PMLCA? ¿La gestión local contribuye a lograr el bienestar de los niños en su comunidad?
4. ¿Realizan reuniones para informar sobre los avances del trabajo que se viene realizando o Plan y/o rendición de cuentas del PMLCA, en los que participen los líderes comunitarios? ¿Cuáles?

**ANEXO N° 3: INDICADORES SOCIALES DE LOS DISTRITOS CHURUBAMBA Y CHINCHAO (MIDISTRITO, Disponible en: <http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/reporte/rptmidistrito.aspx?tkn=v/TDaMjVMDgnD19n+3h+og==#no-back-button>)**



**¿QUE ES?**  
Una herramienta, que brinda información para los Gobiernos Locales, dando a conocer el estado actual y el comportamiento de los principales indicadores del distrito (indicadores de salud, educación y vivi..

**DATOS GENERALES DEL DISTRITO**

REGION: HUANUCO  
PROVINCIA: HUANUCO  
DISTRITO: CHURUBAMBA

**Nombre de Alcalde (1)**  
ELBER PEDRO LEANDRO ZUÑIGA  
**Dirección**  
Jr. Javier Lindo Zarate N° 110

**Distrito en Emergencia**  
D.S N° 040-2019-PCM

Centros Poblados (2)

Rurales	122
Urbanos	3

EESS (MINSA - Gobierno Regional) (3)

	8
--	---

Instituciones Educativas (4)

	114
--	-----

Sistemas de Agua (5)

	36
--	----

ACCEDER AL MAPA

**Focalizado por Heladas o Friaje**

Fuente: 1/ Directorio Nacional de Municipalidades Provinciales, Distritales 2/ INEI CENSO 2017 3/ RENIPRES (Junio 2019), 4/ Padrón Web - Junio 2019 - MINEDU, 5/ MVCS - Diciembre 2018

**INDICADORES DE SALUD**

**INDICADORES DE EDUCACIÓN**

**INDICADORES DE ACCESO A SERVICIOS**

**RESUMEN COMPARATIVO**

**POBLACIÓN DEL DISTRITO SEGÚN EDADES**

<b>Población Total</b>	0 a 5 años	1.921	18 a 44 años	5.795
<b>15.670</b>	6 a 10 años	1.592	45 a 64 años	2.570
	11 a 17 años	2.539	65 a más	1.253

Fuente: CENSO NACIONAL 2017 - INEI

**IDENTIFICACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS**

<b>Número de niñas y niños:</b>	Menores de 1 año	360	100%	<span style="color: green;">●</span>
	< 1 año con DNI	355	99%	<span style="color: green;">●</span>
	< 1 año con SIS	283	79%	<span style="color: yellow;">●</span>
	Niños c/ menos de 31 días de nacido	30	100%	<span style="color: green;">●</span>
	con DNI a los 31 días de nacido	26	87%	<span style="color: green;">●</span>

Fuente: Cubo Padrón - RENIEC - Actualizado al 30 de Abril 2019  
Nota: El semáforo se calcula del total de niños menor de 1 año y aquellos con menos de 31 días de nacidos.

**INDICADORES DE POBREZA**

Porcentaje de la población en situación de pobreza	72.07 %
Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema	37.58 %

Fuente: INEI-Mapa de pobreza 2013.

**INDICADORES PRIORIZADOS DE ANEMIA**

% de Niños que recibieron gotas de Sulfato Ferroso entre 110 y 130 días de edad	83%
% de Niños entre 6 y 11 meses con tamizaje Hemoglobina en los 3 últimos meses	83%
% de Niños entre 190-360 días de edad sin anemia que recibieron Suplementación con Hierro	93%
% de Niños de 6-11 meses con diagnóstico de Anemia en el mes anterior y que recibieron tratamiento	70%

BD Analítica HIS MINSA (Promedio de los últimos tres meses a Mayo 2019)  
Indicadores Aprobados en el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia

0% 60% 80% 100%

**INTERVENCIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES**

Intervención	Variable	Nº
contigo	Nº de usuarios	119
CUNA MAS	Nº de Fam. Atend en el Serv. Acompa...	676
	Nº de niños atend. en el Serv. Cuidad...	56
FONCODES	Hogares Haku Wiñay Proy. Culm.	0
	Hogares Haku Wiñay Proy. Ejec.	790
Juntos	Nº de Hogares abonados	2046
	Nº de Hogares afiliados	2158
PAIS	Atenc. a través de los Tambos	136
	Atendidos en los Tambos	130
	Nº de tambos prestando servicios	1
pensión65	Nº de Beneficiarios	1058
QaliWarma	Nº de IIEE atendidas	98
	Nº de niños y niñas atendidos	4181

Fuente: INFOMIDIS ABRIL 2019  
Información de QaliWarma/Juntos/Foncodes/Pensión 65/Contigo/PAIS  
Cuna Más: Información de acuerdo a la ubicación distrital de los Comités de Gestión

**CENTROS POBLADOS CON ACCESO A SERVICIOS**

**Centros Poblados con población** **121**

Centros Poblados con:

	Nº	%
Paq. Integrado de Servicios	1	1%
Agua Vía Red Pública o Pilón	58	48%
Saneamiento Vía Red Pública o Pozo Séptico	40	33%
Electricidad	103	85%
Acceso a internet	2	2%

Fuente: CENSO NACIONAL 2017 - INEI  
El Paquete Integrado de Servicios incluye los servicios de Agua Vía Red Pública y Pión, Saneamiento Vía Red Pública y Pozo Séptico, Electricidad y Acceso a Internet.



### ¿QUE ES?

Una herramienta, que brinda información para los Gobiernos Locales, dando a conocer el estado actual y el comportamiento de los principales indicadores del distrito (Indicadores de salud, educación y vivi..

### DATOS GENERALES DEL DISTRITO

REGION: HUANUCO

PROVINCIA: HUANUCO

DISTRITO: CHINCHAO



Nombre de Alcalde (2)

ADAIN ATAVILLOS CLEMENTE

Dirección

Av. Dos de Enero S/N - Plaza d

Centros Poblados (2)



Rurales

80

Urbanos

2

EESS  
(Minsa - Gobierno Regional)  
(3)



4

Instituciones Educativas (4)



93

Sistemas de Agua (5)



39

ACCEDER AL MAPA

Focalizado por Heladas o Frijaje

Fuente: 1) Directorio Nacional de Municipalidades Provinciales, Distritales 2) INEI CENSO 2017 3) RENIPRES (Junio 2019), 4) Padrón Web - Junio 2019 - MINEDU, 5) MVCS - Diciembre 2016

### INDICADORES DE SALUD

### INDICADORES DE EDUCACIÓN

### INDICADORES DE ACCESO A SERVICIOS

### RESUMEN COMPARATIVO

### POBLACIÓN DEL DISTRITO SEGÚN EDADES

<b>Población Total</b>	0 a 5 años	1.494	18 a 44 años	5.161
	6 a 10 años	1.295	45 a 64 años	2.259
	11 a 17 años	1.782	65 a más	1.144
<b>13.135</b>				

Fuente: CENSO NACIONAL 2017 - INEI

### IDENTIFICACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS

<b>Número de niñas y niños:</b>	Menores de 1 año	226	100%	
	< 1 año con DNI	222	98%	
	< 1 año con SIS	211	93%	
	Niños c/menos de 31 días de nacido	18	100%	
	con DNI a los 31 días de nacido	16	89%	

Fuente: Censo Padrón - RENIEC - Actualizado al 30 de Abril 2019  
Nota: El semáforo se calcula del total de niños menor de 1 año y aquellos con menos de 31 días de nacidos.

### INDICADORES DE POBREZA

Porcentaje de la población en situación de pobreza	59.45 %
Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema	21.35 %

Fuente: INEI-Mapa de pobreza 2013.

### INDICADORES PRIORIZADOS DE ANEMIA

% de Niños que recibieron gotas de Sulfato Ferroso entre 110 y 130 días de edad	91%	
% de Niños entre 6 y 11 meses con tamizaje Hemoglobina en los 3 últimos meses	95%	
% de Niños entre 190-360 días de edad sin anemia que recibieron Suplementación con Hierro	99%	
% de Niños de 6-11 meses con diagnóstico de Anemia en el mes anterior y que recibieron tratamiento	65%	

BD Analítica HIS MINSA (Promedio de los últimos tres meses a Mayo 2019)  
Indicadores Aprobados en el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia

0% 60% 80% 100%

### INTERVENCIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

Intervención	Variable	Nº	
	SI	Nº de usuarios	39
	SI	Nº de Fam. Atend en el Serv. Acompa..	793
	SI	Nº de niños atend. en el Serv. Cuidad..	55
	SI	Hogares Haku Wiñay Proy. Culm..	988
	SI	Hogares Haku Wiñay Proy. Ejec.	390
	SI	Nº de Hogares abonados	1254
	SI	Nº de Hogares afiliados	1384
	NO	Atenc. a través de los Tambos	-
	NO	Atendidos en los Tambos	-
	NO	Nº de tambos prestando servicios	-
	SI	Nº de Beneficiarios	749
	SI	Nº de IIEE atendidas	83
	SI	Nº de niños y niñas atendidos	3439

Fuente: INFOMIDIS ABRIL 2019  
Información de QaliWarma/Juntos/Foncodes/Pensión 65/Contigo/PAIS  
Cuna Más: Información de acuerdo a la ubicación distrital de los Comités de Gestión

### CENTROS POBLADOS CON ACCESO A SERVICIOS



Centros Poblados con población

78

Centros Poblados con:

	Nº	%
Paq. Integrado de Servicios	2	3%
Agua Via Red Pública o Pilón	41	53%
Saneamiento Vía Red Pública o Pozo Séptico	36	46%
Electricidad	61	78%
Acceso a internet	7	9%

Fuente: CENSO NACIONAL 2017 - INEI  
El Paquete Integrado de Servicios incluye los servicios de Agua Vía Red Pública y Pión, Saneamiento Vía Red Pública y Pozo Séptico, Electricidad y Acceso a Internet.