

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ**

“La ausencia de capacidad estatal, liderazgos subnacionales, articulación territorial y coordinación institucional en la lucha contra la prevalencia de la anemia en el Perú: un estudio de caso, la región Amazonas”

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE
BACHILLER EN CIENCIAS SOCIALES CON MENCIÓN EN CIENCIA
POLÍTICA Y GOBIERNO**

AUTOR

Aguilar Mori, Brayan Didier

ASESOR

Tanaka Gondo, Ricardo Martín

Julio, 2020

RESUMEN

En los últimos años, el Estado peruano ha incrementado notablemente los esfuerzos por reducir la elevada prevalencia de anemia en el país. Es así, que se vienen implementado diversas políticas desde el MIDIS, MINSA y MEF. Sin embargo, tales esfuerzos no se han traducido en resultados satisfactorios. Por el contrario, la prevalencia de la anemia en el Perú se mantiene constante. En esa línea, la región Amazonas es representativa ya que posee el mayor incremento presupuestal e índices de cobertura del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), pero que no se ven reflejados en los resultados debido a que la prevalencia de la anemia no ha variado mucho en la región. Por ello, el presente estudio busca determinar cuáles son las explicaciones de que la prevalencia de la anemia se mantenga a pesar de los esfuerzos realizados. Entre las posibles causas del porqué los resultados esperados no son alcanzados se encuentran la limitada capacidad institucional, la falta de liderazgos, la ausencia de actores y alianzas estratégicas, los problemas de coordinación y articulación, la discrecionalidad de la burocracia, y la ausencia de enfoques territoriales e interculturales de las políticas. Para ello, el estudio va consistir en reconstruir el proceso de la política de lucha contra la anemia. Por lo cual se realizará entrevistas a todos los actores involucrados.

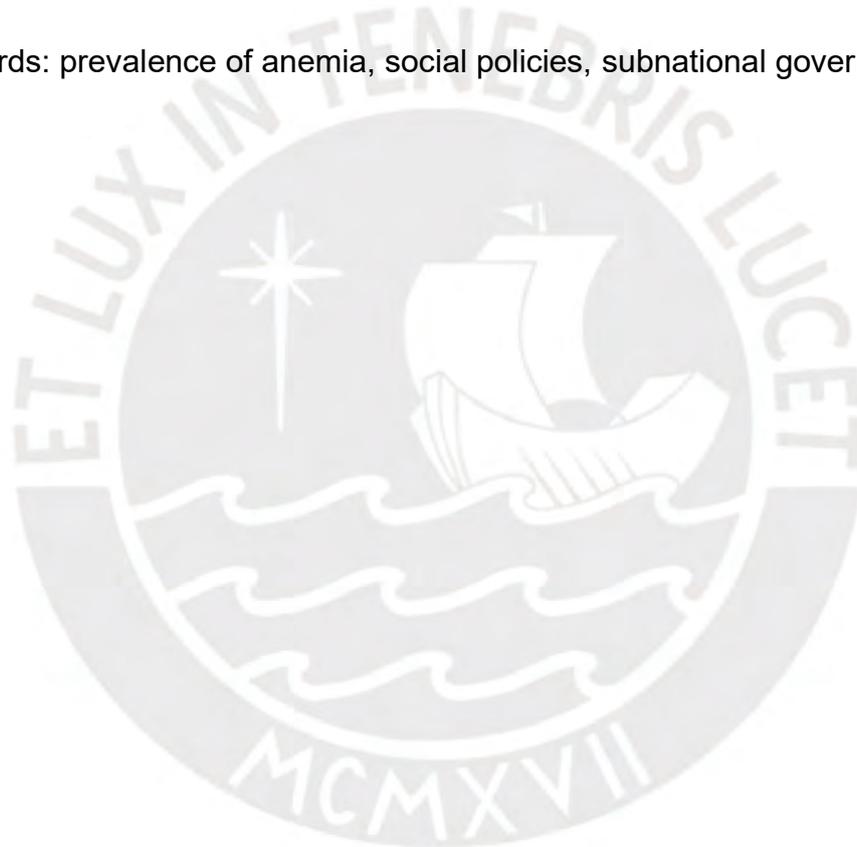
Palabras clave: prevalencia de la anemia, políticas sociales, gobierno subnacional.

ABSTRACT

In recent years, the Peruvian State has notably increased efforts to reduce the high prevalence of anemia in the country. Thus, various policies have been implemented from MIDIS, MINSA and MEF. However, such efforts have not been translated into satisfactory results. On the contrary, the prevalence of anemia in Peru remains constant. In this line, Amazonas region is representative since it has the largest budget increase and coverage indexes of the Programa Articulado Nutricional (PAN), but they are not reflected in the results because the prevalence of anemia has not varied much in the region. Therefore, the present study seeks

to determine what are the explanations that the prevalence of anemia is maintained despite the efforts made. Possible causes of why the expected results are not achieved include limited institutional capacity, lack of leadership, the absence of strategic actors and alliances, problems of coordination and articulation, the discretion of the bureaucracy, and the absence of territorial and intercultural approaches to politics. To do this, the study will consist of reconstructing the process of the policy to fight anemia. Therefore, interviews will be conducted with all the actors involved.

Keywords: prevalence of anemia, social policies, subnational government.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	6
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	9
3. MARCO TEÓRICO	16
4. HIPÓTESIS	20
5. METODOLOGÍA	21
6. CONCLUSIONES	28
7. BIBLIOGRAFÍA	29
8. ANEXOS	33



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Presupuesto Inicial Modificado del PAN según región	21
Tabla 2: Incremento de cobertura de los indicadores del PAN según región ..	23
Tabla 3: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad según región, Amazonas.....	24
Tabla 4: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad según provincia ..	25
Tabla 5: GORE-Amazonas, Presupuesto del PAN según unidad ejecutora, 2015-2019	25
Tabla 6: Redes y microredes de salud, según mayor número de casos de anemia de niños de 05 a 35 meses de edad.....	27



1. INTRODUCCIÓN

La anemia es el principal problema de salud y nutrición que afecta al mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 30% de la población mundial presenta algún grado de anemia. Entre las principales causas se encuentra la insuficiencia de hierro en la sangre, aunque en las regiones como América Latina las causas son más estructurales y se debe por la ausencia de servicios básicos como agua, saneamiento, educación y vivienda (OMS, 2008). Las principales consecuencias de esta enfermedad es la afeción cognitiva a los niños y la susceptibilidad de sufrir enfermedades infecciosas. Así, de acuerdo a Stoltzfus, Mullany y Black (2004) la anemia es un factor de riesgo que contribuye a la mortalidad infantil, a la mortalidad materna, a la mortalidad perinatal y al bajo peso al nacer.

En el Perú, es un problema público que afecta principalmente a los niños, seguido de las mujeres gestantes, el cual se agrava según el territorio y el estrato social (Colegio Médico del Perú, 2018). Según estudios de Lorena Alcázar (2012), en el 2012 el impacto económico de la anemia sobre el estado peruano fue aproximadamente de S/.2777 millones; 0,62% del PBI. Por ello, en los últimos años el gobierno ha asumido mayores esfuerzos para tratar de combatir la prevalencia de la anemia infantil a través de distintas políticas. Entre las principales, a lo largo de los años, se encuentra la Estrategia de Desarrollo e Inclusión social “Incluir para Crecer”, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2021, el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la Desnutrición Crónica en el Perú: 2017-2021, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021, Plan Nacional para Reducir la desnutrición y la anemia en niños y niñas 2017-2021, el Plan Multisectorial de lucha contra la anemia 2018, entre muchos más, que buscaban disminuir la prevalencia de la anemia de 44,5% en el 2012 a 19% al 2021. No obstante, tales resultados aún se encuentran muy distantes ya que hasta el 2019 la prevalencia de la anemia era de 40.1 % (Colegio Médico del Perú, 2018). Este panorama poco auspicioso sobre el limitado impacto positivo de las políticas de la lucha contra la prevalencia de la anemia, a pesar de los

numerosos esfuerzos, se pretende desarrollar en el presente estudio y buscar los motivos de tales resultados.

En la literatura sobre el porqué el Estado peruano no responde de manera adecuada a problemas previstos como la anemia se encuentra la limitada capacidad institucional, la falta de liderazgos, la ausencia de actores y alianzas estratégicas, los problemas de coordinación y articulación, la discrecionalidad de la burocracia y la ausencia de enfoques territoriales e interculturales de las políticas. E. Dargent y H. Peralta mencionan las grandes deficiencias que atraviesan las instituciones públicas peruanas al no contar con recursos humanos y fiscales necesarios para enfrentar problemas como la anemia. M. Remy y P. Mendoza observan la importancia de liderazgos políticos locales para la política como la anemia, pero que, generalmente, no se dan debido al poco rédito político que brinda las políticas sociales. R. Barrantes, R. Cuenca y J. Morel determinan la importancia de alianzas con actores estratégicos para que las políticas sociales sean efectivas. A. Fernández y D. López analizan los graves problemas que genera la falta de coordinación y articulación en la lucha contra la anemia. Es así, que son varias las posibles explicaciones de porqué la prevalencia de la anemia se mantiene en el país, aun cuando el presupuesto y la cobertura de la política se ha incrementado ya que hay problemas de fondo que limitan su aplicación.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar las posibles causas de que la prevalencia de la anemia se mantenga en el país. Por ello, las hipótesis planteadas son 1. La ausencia de espacios para actores estratégicos como las autoridades locales no permite a la política implementarse de manera satisfactoria ya que al carecer de capital político local la intervención no se adapta al contexto del local 2. La débil articulación y coordinación entre DIRESA, redes y microredes de salud, y autoridades locales no posibilita el flujo constante de recursos e información necesaria para la reducción de la anemia 3. El débil alcance y fuerza del Sector salud que se expresa en la ausencia de profesionales, infraestructura ineficiente y sobrecarga de funciones en los EE. SS limita la implementación de la política 4. Los burócratas de la calle (personal de EE. SS, encargados del tamizaje, monitoreo y talleres nutricionales) no

realizan correctamente sus funciones, a pesar de contar con los recursos necesarios. Para ello, el caso seleccionado es la región Amazonas la cual en los últimos años los esfuerzos por reducir la prevalencia de la anemia son muy superiores a otras regiones del país. Es así, que Amazonas entre 2015 y 2019 ha incrementado en 139% su presupuesto del Programa Articulado Nutricional (PAN), lo cual lo sitúa como la región con mayor presupuesto destinado. Además, sus índices de cobertura del PAN (tamizajes, niños con tratamiento, talleres nutritivos y visitas domiciliarias) son entre los más amplios de todas las regiones del país. A pesar de ello, la prevalencia de la anemia en la región entre 2015 a 2019 no ha variado mucho: 45% en 2015, 44.6% en 2016, 51.2% en 2017, 44.5% en 2018 y 40.1% en 2019. De hecho, el MIDIS y el MINSA habían estimado que la prevalencia de la anemia para el 2021 fuera de 19%, cifra muy distante de lograr.

Para determinar las causas de la prevalencia de la anemia en Amazonas a pesar del incremento de presupuesto y cobertura de la política se piensa reconstruir el proceso de la lucha contra la anemia en el territorio. Para ello, se han seleccionado las provincias de Chachapoyas, Bagua y Condorcanqui en las cuales el Gobierno Regional invierte más el PAN, pero que a la vez son las provincias con mayor índice de anemia dentro de la región en los últimos años. En ese sentido, se realizará entrevistas a las autoridades regionales, provincias y distritales; también a los funcionarios de la DIRESA, Redes y Microredes de Salud encargados de implementar la política; y los coordinadores y promotores del MIDIS encargados de articular la política entre todos los niveles de gobierno e instituciones involucradas.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La anemia es un problema público que afecta principalmente a los niños de 6 a 35 meses de edad en todos los países del mundo. Por ello, la Organización de la Salud (OMS) ha clasificado a los países por el grado de prevalencia de la enfermedad: severo (superior a 40%), moderado (20%-39.9%), leve (19.9%-5%) y normal (inferior a 5%). En el caso de los países europeos, según la OMS, la prevalencia de la anemia es leve o normal. Por el contrario, en los países de América Latina la situación es severa principalmente en Bolivia y Perú (OMS, 2008). De la misma manera, para la OMS (2017), la prevalencia de la anemia en niños se debe a diversas causas entre las cuales la falta de consumo de hierro y vitaminas, la falta de servicios de agua potable, saneamiento, cultura de higiene, bajos niveles de conocimiento de nutrición y la pobreza, son los principales indicadores que la convierten en un reto difícil de solucionar.

En el Perú la anemia es un problema severo según las últimas cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que muestran que en los últimos años la prevalencia de la anemia fue superior a 40% (46,8% en 2014; 43,5% en 2015; 43,6% en 2016; 43,6% en 2017; y 43,5% en 2018) situación que se agrava en diversas regiones y grupos étnicos (INEI, 2018). Ante las alarmantes cifras el estado peruano ha venido desplegando varios programas y políticas para combatir la anemia. Los primeros programas datan del 2002 y en los últimos años los esfuerzos se han incrementado con políticas sectoriales y multisectoriales del gobierno central. Asimismo, últimamente, diversas regiones y municipalidades se han sumado a los esfuerzos por tratar de disminuir la anemia en sus territorios. No obstante, a pesar de todo ello, las políticas emprendidas no han logrado los resultados esperados debido a que hasta la fecha la prevalencia de la anemia sigue siendo severa en 16 de las 25 regiones del país, incluso las 9 regiones que tiene tasas de anemia moderada sus índices de anemia son muy cercanos al 40%. Entonces, ¿Qué explica la prevalencia de la anemia en el país?

El primer punto de partida para tratar de explicar el desempeño de las políticas de lucha contra la anemia es el análisis de las respuestas del estado

peruano a problemas públicos previstos. En ese sentido, E. Dargent (2012) estudia el porqué el estado peruano no responde de manera adecuada y uniforme en todo el territorio a problemas que se les presenta de manera constante como las heladas, friaje, epidemias, etc. De acuerdo al autor, una posible explicación a las respuestas ineficientes de las instituciones públicas es su limitada capacidad estatal. Si bien, E. Dargent enfatiza la presencia de actores o “*retadores*” que imposibilitan la correcta implementación de las políticas públicas debido a la vulnerabilidad de las burocracias, también menciona que la ausencia de alianzas de las instituciones con actores estratégicos puede ser un factor que explique que una política no alcance los resultados esperados. Un ejemplo de ello es la investigación de R. Barrantes, R. Cuenca y J. Morel (2012), quienes estudian los factores que determinaron el éxito o fracaso de las políticas sociales de reducción de la desigualdad en las regiones de Arequipa y Cajamarca. Los autores concluyen que los insatisfactorios resultados de Cajamarca, a diferencia de Arequipa, se debe a la ausencia de alianzas con coaliciones que permitan a las instituciones estatales una efectiva implementación.

Otra posible causa de la limitada respuesta del estado peruano a problemas advertidos es su débil alcance y fuerza estatal. A partir de F. Fukuyama, E. Dargent (2015) toma otra visión sobre la capacidad estatal que se centra en la elaboración y aplicación de las políticas públicas en los diversos territorios. Para ellos, un grave problema que se presenta en el Perú es la existencia de agencias estatales poco capaces de implementar políticas debido a los pocos recursos financieros que cuenta, la ausencia de funcionarios profesionales y la sobrecarga de funciones designadas, que influyen en la mala implementación de las políticas que se expresa en la baja calidad de los bienes y servicios suministrados. Este problema, según Dargent, se debe a la brecha de implementación entre el contenido de la política y la que realmente se ejecuta. En muchos casos las intervenciones son diseñadas y formuladas sin considerar los recursos y las realidades de cada agencia y agente encargados de implementar. Esto genera la discrecionalidad de los burócratas de la calle que va a generar resultados diferentes entre los territorios. De esa manera, se explica

que ciertos territorios poseen mejores resultados que otros debido a que en uno los recursos estuvieron más disponibles para el trabajo de los burócratas. Un ejemplo de ello, son los profesores y médicos del sector público que en ciertos territorios tienen mejores recursos e incentivos que posibilita un mejor desempeño en su labor (Dargent, 2015).

La débil articulación y coordinación intersectorial e intergubernamental es una razón más para que las políticas en Perú fracasen. Según A. Fernández (2017), el estado peruano presenta una compleja y jerarquizada estructura organizacional que limita los canales de coordinación entre los ministerios, niveles de gobiernos, entre otras instituciones en la implementación de políticas públicas lo cual genera la aparición de nudos críticos que imposibilitan la correcta continuidad de la política. Asimismo, para J. Arroyo el poco desempeño de las políticas en el país se debe a la ausencia de un Estado multinivel coherente en el cual cada nivel y sector del estado posea funciones claras y recursos necesarios para garantizar la correcta aplicación de las intervenciones. Sin embargo, para el autor, en parte la articulación y coordinación no es posible debido a los procesos truncados de reforma estatal de la descentralización y la modernización de la gestión pública del aparato estatal (Fernández, 2017). Esto genera que en muchos casos las políticas emprendidas se ejecuten de manera aislada. Por un lado, políticas centrales sin los espacios necesarios para la participación de los gobiernos subnacionales. Por otro lado, políticas regionales y locales sin el respaldo de recursos necesarios por el gobierno central. Esta ausencia de coordinación y articulación para emprender e implementar políticas genera que se pierda actores importantes para el éxito de la política.

La ausencia o poca voluntad y liderazgo político es otra razón por la cual una política no logra los resultados satisfactorios. Más allá de las capacidades, relaciones y alcance del estado, es necesario que la clase política impulse y promueva las políticas y programas para que se ejecuten. En muchos casos, la implementación requiere que los actores políticos nacionales y subnacionales estén dispuestos a colaborar en el proceso para que la política no se estanque y continúe con su aplicación (Dargent, 2012). En ese sentido, en el Perú, M. Remy señala que muchas de las autoridades nacionales y subnacionales deciden no

intervenir en políticas sociales debido a que no les genera réditos políticos. La investigadora menciona que la clase política subnacional del país opta por ejecutar o apoyar proyectos de obras públicas como carreteras, lozas deportivas, etc ya que les es más útil para obtener el apoyo del electorado en próximas elecciones (Remy, 2010). Por ende, las políticas sociales son temas que no tienen la relevancia necesaria en las dinámicas regionales y locales lo cual genera que su implementación no cuente con actores muy importantes del ámbito local.

El segundo punto a tratar es el porqué de la prevalencia de la anemia en gran parte de los territorios del país. Son muy pocos los estudios que tratan de manera directa tal tema, sin embargo, existen estudios en los cuales se encuentran posibles explicaciones. H. Peralta (2019) investiga los roles en salud de 4 municipalidades distritales en Arequipa. La autora observa que las municipalidades locales y establecimientos de salud distrital presentan dos problemas: limitada capacidad institucional y débil coordinación y articulación entre ambas instituciones. Según ella, ambas instituciones no cuentan con los funcionarios profesionales requeridos. En el caso de las municipalidades no asume sus funciones básicas de salud como la prevención de la anemia ya que no cuenta con oficinas, fondos y funcionarios para tratar el tema. Mientras, los establecimientos de salud, dependientes del MINSA y la DIRESA, presentan personal no especializado e insuficiente para la tratar la anemia en los distritos. Además, la infraestructura de los establecimientos de salud es deficiente ya que no cuentan con salas situacionales adecuadas para el control y seguimiento de casos de anemia (Peralta, 2019). De igual manera, en la lucha contra la anemia ambas instituciones, tanto la municipalidad y los Establecimientos de Salud local, no coordinan y articulan los esfuerzos para tratar el problema. La duplicidad de funciones y la ausencia comunicación entre las autoridades locales y los funcionarios de salud no permite realizar un trabajo conjunto frente a la anemia lo cual se observa en la duplicidad de talleres realizados por ambas instituciones ya que ambos brindan talleres nutricionales de manera aislada sobre el mismo problema (Peralta, 2019). Esta situación es similar en otras regiones del país. Según, A. Medina (2015, 2019) en Amazonas y Huancavelica se observa los

mismos problemas de limitada capacidad institucional local y falta de coordinación y articulación entre las instituciones locales que condiciona la implementación de la política de lucha contra la anemia.

P. Mendoza et al (2015) estudian el Enfoque de Evaluación del Sistema de Salud en la reducción de la anemia y la desnutrición crónica en San Martín. Este enfoque fue parte del Programa de Acciones Integrales para mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI) que se implementó en diversas regiones del país, pero que solo en la región de San Martín obtuvo resultados satisfactorios; no obstante, tales resultados no se sostuvieron en el tiempo por la pérdida de liderazgo y voluntad política de las autoridades regionales. El programa entre 2009 y 2013 fue promovido por las autoridades regionales y municipales, quienes priorizaron recursos humanos y fiscales para combatir la anemia y la desnutrición crónica en la región lo cual generó resultados exitosos. Sin embargo, tras el cambio de autoridades regionales y locales luego de las elecciones del 2014, las nuevas autoridades no asumieron el liderazgo y la voluntad política de continuar con los esfuerzos para luchar contra la prevalencia de la anemia y desnutrición por lo que los resultados obtenidos retrocedieron al punto de inicio antes de la implementación del programa. Asimismo, los autores concluyen que para tener resultados sostenibles en la lucha contra la anemia es necesario formar alianzas con universidades e institutos locales en el cual las autoridades subnacionales asuman un rol central en la construcción de estos vínculos (Mendoza et al, 2015).

Otra investigación que brinda información de el porqué la prevalencia de la anemia se mantiene en diversas regiones del país es el estudio de D. López. La autora estudia la gestión municipal provincial de Ocos, región de Ancash, en la reducción de la anemia y desnutrición crónica. El principal problema que se observa es la débil articulación y coordinación entre niveles de gobierno que genera nudos críticos en la implementación de la política. Si bien, existe convenios y compromisos entre todos los niveles de gobierno para la implementación de la política de lucha contra la anemia, la burocratización de los gobiernos central y regionales genera que el flujo de recursos e información se vea interrumpido constantemente lo cual se evidencia en el retraso de envío de personal y la provisión de los multimicronutrientes que afecta a la cobertura del

programa a nivel local (López, 2018). También, se observa la presencia de nudos críticos dentro del sector salud que afecta a las microredes de salud en los distritos debido a la falta de coordinación y articulación entre los ministerios y sus dependencias. Uno de los principales problemas es la centralización del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) que genera el desabastecimiento de suplementos nutricionales en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), y las redes y microredes de salud (López, 2018).

Finalmente, es necesario observar otras posibles causas de la prevalencia de la anemia que se mencionan brevemente en investigaciones, pero que no se estudian a profundidad. Por un lado, la discrecionalidad de los burócratas de la calle como el personal médico de los establecimientos de salud, y los funcionarios del MIDIS, las regiones y las municipalidades no cumplen con su labor correctamente en la implementación de la política. Existen estudios en proceso que tratan de averiguar a los burócratas de la calle como variable explicativa de buenos resultados en la lucha contra la anemia (Castro, 2019). No obstante, también puede ser la causa de que los resultados no sean exitosos. Por otro lado, la ausencia de un enfoque territorial e intercultural pueden explicar el porqué del bajo impacto en la entrega de los suplementos nutricionales en diversas áreas del país. A. Medina (2015) menciona la limitación del consumo de los multimicronutrientes en poblaciones indígenas ya que no se adaptan a la cultura de estas comunidades que ven al bosque como fuente de alimento. Además, en muchos casos los sabores de los suplementos nutricionales resultan invasivos a las dietas de las poblaciones objetivo por lo cual dejan de consumirlo. Todo ello, podría explicar que la prevalencia de anemia se mantenga en los diversos territorios del Perú.

En suma, las distintas limitaciones del estado peruano y la política de la anemia pueden explicar por qué la prevalencia de la anemia se mantiene en gran parte de las regiones del país. Sin embargo, como se mencionó al inicio, en los últimos años, exactamente desde el 2015, los esfuerzos han incrementado notablemente en todas las regiones del país, pero a 5 años de la implementación y los esfuerzos realizados los resultados esperados aún siguen siendo muy distantes. Justamente, esta investigación trata de averiguar el porqué de las

políticas contra la anemia no son suficientes para reducir la prevalencia de anemia a pesar de los enormes esfuerzos realizados. Acaso, ¿Se debe a los viejos problemas del estado peruano? ¿La insuficiencia de recursos humanos, fiscales e infraestructura? ¿Ausencia de actores claves? ¿La discrecionalidad de los burócratas de la calle? ¿Falta de consideración de los contextos y realidades de los territorios? ¿Problemas de coordinación entre los actores involucrados? o ¿Es un problema no posible de solucionar?



3. MARCO TEÓRICO

En los últimos años, los diversos ministerios, gobiernos regionales y municipalidades han emprendido diversas acciones para reducir la anemia en los territorios. Sin embargo, hasta la fecha tales resultados no se han alcanzado en la mayoría de casos por lo que la prevalencia de la anemia se mantiene constante en el país. Entonces, a pesar de los esfuerzos ¿Qué factores explican la prevalencia de la anemia en los niños de 5-35 meses de edad?

La primera teoría que podría explicar tal problema es la capacidad estatal de las burocracias y tecnocracias que formulan e implementan la política. Si bien, los estudios de Bersh, Praga y Taylor (2009) se centran en ver la capacidad estatal como la habilidad de las burocracias para elaborar e implementar políticas públicas sin influencias. Otros autores como P. Evans (1996) brindan una teoría complementaria en la cual la influencia de actores en el proceso de políticas no es percibida de forma negativa, sino es una mayor posibilidad de alcanzar los resultados esperados. De acuerdo al autor, poca o demasiada autonomía de las burocracias es un problema en la formulación o implementación de las políticas, más bien, argumenta que una relativa autonomía o *autonomía enraizada* es la clave para obtener buenos resultados en las políticas ya que alianzas con actores estratégicos permite incrementar la eficacia de las burocracias y las instituciones lo cual posibilita una mayor probabilidad de resultados satisfactorios (Bersh, Praga y Taylor, 1996). De igual manera, para D. Carpenter (2001) la carencia de redes y alianzas con actores importantes para la política dificulta mucho la posibilidad de alcanzar los planes planteados. De esta manera, la ausencia de aliados estratégicos para combatir la anemia como autoridades locales o coaliciones de la sociedad pueden explicar la prevalencia de la anemia

Una segunda teoría es sobre el alcance y la fuerza del estado peruano. También suele denominarse capacidad institucional o estatal, no obstante, se centra en las funciones del estado y su poder para aplicarlas al margen de cualquier tipo de influencia. Según F. Fukuyama (2004) la capacidad institucional son las actividades necesarias y prometidas que comprenden las funciones del Estado las cuales debe tener la capacidad de elaborarlas e implementarlas en las diversas zonas de los territorios. Para el autor, una buena institución estatal

es aquella que atiende eficaz y eficientemente las necesidades de la ciudadanía. Sin embargo, ¿Qué explica que ciertas instituciones estatales respondan mejor en la estabilidad de la política monetaria que en la prestación de servicios básicos como salud y educación? En parte esta pregunta se responde por la capacidad de cada institución. Según H. Soifer y M. Van Hau (2008), instituciones mejor equipadas, es decir, con mayores recursos humanos, financieros, infraestructura, etc, van responder de manera más adecuada a los problemas que se enfrentan y con ello podrán proveer mejores servicios y bienes en cualquier área o territorio. Así, las débiles instituciones del estado peruano que tienen limitada fuerza y un sinnúmero de funciones puede ser la razón por la cual la prevalencia de la anemia persista.

Una tercera teoría que resulta útil para abordar el tema planteado es la coordinación y la articulación entre instituciones estatales. Para B. Guy Peters y A. Mawson (2016) la coordinación y la articulación son la “piedra filosofal” de la administración y las políticas públicas. Así, para ellos la coordinación consiste; por un lado, que todos los agentes involucrados en una determinada política tengan en cuenta su labor y la de los otros agentes; por otro lado, permite la cooperación y colaboración entre las distintas agencias y agentes que intervienen en una política. De esta manera, la coordinación posibilita la cooperación entre distintos niveles de gobierno para la elaboración e implementación de estrategias integrales para solucionar problemas públicos (L. Metcalfe 1994, como se citó en Peters y Mawson). Además, la coordinación y la articulación permite una mejor distribución y entrega de bienes y servicios, elimina nudos críticos en la implementación a través de la articulación entre sectores y niveles de gobierno, y facilita el acceso a servicios básicos como salud y educación. Asimismo, para E. Bardach (1977) el proceso de implementación es una máquina de partes que requieren cierto grado de coordinación para ir en la dirección correcta. La existencia de una multiplicidad de actores que busca tener control de la política genera que la articulación sea necesaria entre todos los niveles de gobiernos para controlar la dirección de la política. Así, de lo anterior se observa que la ausencia de coordinación y articulación entre niveles

y sectores del gobierno, como gobierno central, regional y local o dentro de cada nivel de gobierno, puede ser un grave problema para los resultados de la política.

Un factor importante que también puede influir en el desempeño de las intervenciones es el liderazgo político. Este concepto es complejo de abordar ya que presenta diversas conceptualizaciones desde la sociología, psicología y la ciencia política. Dentro de las ciencias sociales el liderazgo comparte tres ideas: entendida como una cualidad de una persona, como un atributo posicional o calidad de comportamiento (Delgado, 2004). En ese sentido, para S. Delgado el liderazgo político es entendido en dos dimensiones: alcance y profundidad, la primera hace referencia a la amplitud del poder o dominio político del líder; mientras, la segunda, se refiere al grado de cumplimiento de del líder de los programas y promesas. De igual manera, para C. Matus (2008) el liderazgo político constituye una cuota de confianza y continuidad a la política que se busca a través de la movilización de recursos, motivación a los funcionarios y guía de la sociedad a una cooperación entre todos los involucrados. Además, para el autor, por lo general las políticas requieren de liderazgos múltiples los cuales se expresan entre las autoridades, los equipos de funcionarios o actores de la sociedad civil que permiten nutrir la política de continuidad para lograr sus metas (Matus, 2008). De esta manera, la prevalencia de la anemia se puede deber a la ausencia de liderazgo de las autoridades, funcionarios o de miembros de la sociedad.

A partir de todo lo mencionado es importante revisar la teoría de los burócratas de la calle. El pionero de este estudio es M. Lipsky (1978) quien traslada la discusión de la política de niveles superiores a plano concreto de implementación donde se da las operaciones de los burócratas. En ese sentido, el autor define a los burócratas de la calle como los funcionarios que materializan las políticas públicas, es decir, son los verdaderos *policy makers* que se encargan de brindar el servicio o el bien directamente a la población objetivo. Asimismo, M. Lipsky enfatiza los cambios que la política sufre en la implementación debido a la discrecionalidad de los burócratas que modifican el diseño y la formulación de la política para adaptarla al contexto a partir de sus sesgos y recursos disponibles. En esa línea, R. Elmore (1979) complementa el

trabajo de Lipsky al evidenciar que mientras más rígidos son las estructuras de control para la implementación, mayor es el número de problemas que se presenta ya que los burócratas van a tener mayor dependencia de recursos, decisiones, etc del nivel superior lo cual limitará el desempeño de la política. De esta manera, el rol de los burócratas de la calle es esencial de considerar para determinar el desempeño de una política.

Finalmente, un aspecto importante de observar en las políticas sociales es el contexto local. P. Berman (1977) plantea el concepto de *Institutional setting* a través de dos niveles: la macroimplementación que consiste en brindar las condiciones necesarias para la ejecución de la política en el ámbito local y la microimplementación que se encarga del proceso concreto de la prestación del servicio por la burocracia local. Berman insiste en la importancia de la microimplementación del ámbito local en el cual se deben considerar sus particularidades para una correcta implementación. De igual manera, para W. Williams (1975) “La implementación debería ser el desarrollo realista de la decisión de acuerdos con las condiciones del contexto local”. Es así que los enfoques territoriales, interculturales y de género son necesarios para que la política responda al territorio en el cual se va implementar. Por ello, la ausencia de estos enfoques sobre los ámbitos locales será una gran limitación en el desempeño de políticas como la lucha contra la anemia, la cual se ejecuta en casi todos los territorios del país con realidades muy diferentes.

4. HIPÓTESIS

El presente trabajo busca determinar los factores que explican la prevalencia de la anemia a pesar de los notorios esfuerzos por reducirla (variable dependiente). Para ello, a partir de la literatura revisada se piensa presentar un conjunto de posibles factores que explican la elevada prevalencia de la anemia (variables independientes).

1. La ausencia de espacios para actores estratégicos como las autoridades locales no permite a la política implementarse de manera satisfactoria ya que al carecer de capital político local la intervención no se adapta al contexto del local
2. La débil articulación y coordinación entre DIRESA, redes y micredes de salud, y autoridades locales no posibilita el flujo constante de recursos e información necesaria para la reducción de la anemia
3. El débil alcance y fuerza del Sector salud que se expresa en la ausencia de profesionales, infraestructura ineficiente y sobrecarga de funciones en los EE. SS limita la implementación de la política
4. Los burócratas de la calle (personal de EE. SS, encargados del tamizaje, monitoreo y talleres nutricionales) no realizan correctamente sus funciones, a pesar de contar con los recursos necesarios.

De esta manera, varias son las posibles causas que pueden responder al problema planteado. Quizá, la respuesta no sea exclusivamente una de ellas, sino la combinación de ellas. Asimismo, puede existir otros factores no considerados que expliquen la prevalencia de la anemia.

5. METODOLOGÍA

En los últimos años, los esfuerzos del estado peruano por reducir la anemia se han incrementado ampliamente. De esta manera, 8 ministerios tienen entre sus responsabilidades combatir la desnutrición y la anemia en los niños. Entre los principales sectores se encuentran el MINSA, MIDIS y MEF. Es así que desde el 2015 se implementa el Plan Nacional Contra la Anemia 2014-2016 del MINSA, el primero en enfocarse exclusivamente en la reducción de la anemia en los infantes, luego el plan fue actualizado para el 2017-2021. Asimismo, el MIDIS también se ha enfocado en combatir la anemia en los niños a través del Plan Nacional para reducir la desnutrición y la anemia en niños y niñas 2017-2021. En el 2018, el gobierno decidió implementar el Plan Multisectorial de la Lucha contra la anemia para unir los esfuerzos de los sectores en reducir la anemia. El plan se encuentra bajo la rectoría del MIDIS quien trabaja en la coordinación y articulación del programa con los otros ministerios y gobiernos subnacionales, y se ejecuta a través del Programa Articulado Nutricional (PAN) del MINSA. Además, el MEF ha incorporado la denominada “Meta 4” en su programa de Plan de Incentivos Municipales (PI) para que los gobiernos locales se comprometan con la política de reducción de anemia en sus jurisdicciones.

Concretamente, en los últimos 5 años el presupuesto del PAN ha aumentado en todas las regiones, excepto en La Libertad (Ver Tabla 1). Asimismo, la cobertura de los indicadores del programa entre 2018 y 2019 ha aumentado en todas las regiones, excepto en el tamizaje de anemia a niños en San Martín y el inicio de tratamiento a niños con anemia en Tumbes (Ver Tabla2)

Tabla 1: Presupuesto Inicial Modificado del PAN según región.

REGIÓN	PIM - PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL					INCREMENTO 2015-2019
	2015	2016	2017	2018	2019	
AMAZONAS	49,368,205	49,813,884	49,980,395	78,849,576	110,141,429	123.10
ANCASH	52,435,481	59,663,029	62,284,807	71,634,618	85,048,543	62.20

REGIÓN	PIM - PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL					INCREMENTO 2015 - 2019
	2015	2016	2017	2018	2019	
APURIMAC	57,555,681	61,606,960	60,251,848	62,098,654	79,366,713	37.90
AREQUIPA	34,897,204	44,830,465	45,724,545	49,972,697	60,698,010	73.93
AYACUCHO	80,052,248	85,140,098	84,955,335	89,399,780	96,053,496	19.99
CAJAMARCA	92,848,726	105,815,416	106,051,715	117,258,518	140,963,839	51.82
CALLAO	34,527,913	34,312,506	29,354,931	31,923,285	38,989,306	12.92
CUSCO	51,977,292	63,337,156	71,842,712	70,953,170	80,295,996	54.48
HUANCAVELICA	73,275,295	75,396,009	90,466,963	85,188,206	91,857,772	25.36
HUANUCO	58,535,846	63,921,968	70,335,476	81,270,599	101,861,372	74.02
ICA	32,872,910	33,406,969	35,128,496	38,530,648	43,270,034	31.63
JUNIN	56,645,821	60,888,457	57,792,843	63,184,122	75,301,578	32.93
LA LIBERTAD	115,833,803	99,298,683	112,525,958	140,554,558	111,120,684	-4.07
LAMBAYEQUE	35,505,638	39,233,234	40,164,515	41,517,726	56,523,543	59.20
LIMA	50,196,473	54,107,057	57,027,173	59,954,700	75,561,415	50.53
LORETO	50,547,665	55,273,414	63,296,980	62,247,814	71,999,648	42.44
MADRE DE DIOS	10,044,481	12,032,867	12,410,100	12,953,366	18,341,148	82.60
MOQUEGUASA	25,037,311	27,523,976	30,615,236	29,570,508	32,223,235	28.70
PASCO	26,198,688	21,576,851	23,624,175	24,417,015	29,707,929	13.39
PIURA	81,126,620	79,093,334	77,146,102	85,437,559	107,948,259	33.06
PUNO	78,125,109	79,772,679	85,232,771	94,459,425	113,220,183	44.92
SAN MARTIN	45,974,964	48,543,564	48,790,172	53,007,319	61,711,077	34.23

REGIÓN	PIM - PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL					INCREMENTO 2015 - 2019
	2015	2016	2017	2018	2019	
TACNA	21,278,737	28,384,472	30,758,670	35,288,106	35,509,503	66.88
TUMBES	17,497,289	17,111,488	18,814,481	19,559,988	23,003,959	31.47
UCAYALI	33,751,482	36,604,912	43,363,084	42,868,240	62,130,625	84.08

Fuente: Elaboración propia, en base a Consulta Amigable – MEF, 2020.

Tabla 2: Incremento de cobertura de los indicadores del PAN según región.

REGIÓN	Incremento de cobertura PAN: 2018-2019			
	Tamizaje	Tratamiento	Visitas Domiciliarias	Talleres nutricionales
AMAZONAS	63.4	51.7	235.8	46.0
ANCASH	17.6	53.6	372.9	135.4
APURIMAC	9.3	19.4	191.7	89.7
AREQUIPA	19.9	83.5	1012.3	167.0
AYACUCHO	4.6	15.7	293.6	124.0
CAJAMARCA	22.7	65.5	473.4	150.0
CALLAO	51.1	63.9	655.6	197.3
CUSCO	40.7	751.4	566.4	109.8
HUANCAVELICA	17.7	32.7	383.9	84.1
HUANUCO	10.7	24.3	230.8	213.6
ICA	40.5	70.4	498.6	96.1
JUNIN	26.1	31.6	356.0	381.1
LA LIBERTAD	28.2	49.1	396.3	52.0
LAMBAYEQUE	95.2	104.9	1355.9	314.0
LORETO	61.7	38.6	691.4	527.3
M. DE DIOS	7.7	0.7	355.8	58.7
MOQUEGUA	22.5	19.2	226.9	129.3
PASCO	58.1	20.0	1574.6	186.3
PIURA	12.8	42.5	162.5	47.2
PUNO	19.2	-4.2	538.7	123.1
SAN MARTIN	-4.2	15.6	149.9	55.4
TACNA	39.4	189.5	160.7	622.4

REGIÓN	Incremento de cobertura PAN: 2018-2019			
	Tamizaje	Tratamiento	Visitas Domiciliaria	Talleres nutricionales
TUMBES	99.3	-42.3	995.7	135.7
UCAYALI	11.8	144.3	230.1	104.5

Fuente: Elaboración propia, en base HISMINSA, 2020.

De esta manera, la región que más sobresale notablemente en el incremento presupuestal del PAN es Amazonas. Asimismo, en los indicadores de tamizaje, tratamiento, visitas domiciliarias y sesiones demostrativas para la anemia, Amazonas también se encuentra entre las principales regiones con mayor aumento de cobertura. Sin embargo, tales incrementos no se han traducido en resultados satisfactorios, sino, por el contrario, la tasa de anemia ha variado muy poco en la región (Ver Tabla 3).

Tabla 3: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad según región, Amazonas.

ÍNDICE DE ANEMIA POR REGIONES					
REGIÓN	2015	2016	2017	2018	2019
AMAZONAS	45.1	44.6	51.2	44.5	40.1

Fuente: Elaboración propia, en base Observatorio contra la Anemia y ENDES, 2019.

Ante ello, ¿Qué explica la prevalencia de la anemia en Amazonas a pesar del notorio incremento presupuestal e indicadores de la política? Justamente, el presente trabajo trata estudiar los factores que determinan la prevalencia de la anemia en la región Amazonas. Para ello, se piensa en seleccionar las provincias con los mayores índices de anemia en la región (Ver Tabla 4)

Tabla 4: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad según provincia.

PROVINCIA	2015	2016	2017	2018
CHACHAPOYAS	41.11	36.05	31.29	30.3
BAGUA	37.01	28.82	33.29	33.3
BONGARA	32.24	27.51	26.58	26.4
CONDORCANQUI	49.82	39.15	34.79	33.1
LUYA	26.07	23.6	22.42	18.4
RODRIGUEZ DE MENDOZA	26.71	21.19	20.94	27.4
UTCUBAMBA	29.5	27.26	21.61	17.3

Fuente: Elaboración propia, en base DIRESA – Amazonas¹, 2019.

Las principales provincias que cuentan con un alto y similar índice de anemia son Condorcanqui, Bagua y Chachapoyas. Asimismo, son las principales provincias en las que el gobierno regional ejecuta el presupuesto del PAN a través de sus unidades ejecutoras (Ver Tabla 5).

Tabla 5: GORE-Amazonas, Presupuesto del PAN según unidad ejecutora, 2015-2019.

UNIDAD EJECUTORA	PAN				
	2015	2016	2017	2018	2019
Sede Central	7,196,405	4,282,908	268,288	4,479,082	41,033,976
Sub Región Bagua	0	313,633	75,865	0	0
Sub Región Condorcanqui	6,770,094	5,737,175	739,577	0	0
Sub Región Uctubamba	765,072	2,077	12,277	89,919	928,858
Región Amazonas - Salud	12,994,200	14,141,327	15,632,070	17,356,315	19,151,650
Región Amazonas - Salud Bagua	7,451,535	8,755,485	9,561,405	10,556,861	12,325,677
Apoyo Chachapoyas	1,835,229	1,897,115	1,954,685	2,541,733	2,954,589
Apoyo Bagua	1,555,741	1,929,026	2,366,082	3,670,674	3,787,343

¹ Información no confiable debido a su metodología de medición basada en el total de tamizajes, no en el total de niños priorizados. Según ENDES y el MIDIS, la provincia de Condorcanqui y Bagua tienen 49% y 39% de tasa de anemia respectivamente para el 2018.

UNIDAD EJECUTORA	PAN				
	2015	2016	2017	2018	2019
Uctubamba	10,799,929	12,755,138	13,028,892	15,652,313	18,465,400
Salud Condorcanqui	0	0	6,341,254	8,554,594	11,493,936

Fuente: Elaboración propia, en base Consulta Amigable – MEF, 2020.

El PAN se gasta principalmente en la vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición; el desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición; y el monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Articulado Nutricional. De esta manera, Condorcanqui, Bagua y Chachapoyas son las provincias priorizadas en la ejecución presupuestal en la región; no obstante, a pesar de los esfuerzos económicos, los resultados esperados nos son alcanzados.

En ese sentido, es importante mencionar la forma de trabajo del PAN en la región que es la principal estrategia para la reducción contra la anemia. El programa es liderado en las regiones por las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud y se implementan a través de las Redes y Microredes de Salud las cuales se encargan del monitoreo, supervisión, evaluación y control de los niños con anemia. Asimismo, los gobiernos locales desempeñan un rol esencial en la política ya que son las instancias de adaptación, control y comunicación entre las autoridades centrales y regionales, funcionarios de salud local y vínculo con la población local por lo que son actores relevantes a considerar en la política. En la región Amazonas la política de la lucha contra la anemia está bajo la responsabilidad de la DIRESA – Amazonas. Y son las Redes y Microredes de salud de las provincias las encargadas de implementar la política las cuales se centran en la entrega, monitoreo, evaluación y control de los suplementos nutricionales. Además, el MIDIS, ente rector de la política, trabaja a través de coordinadores y promotores a nivel local quienes son los encargados de coordinar y articular los esfuerzos entre las distintas instituciones y actores involucrados. Así, para el presente trabajo se seleccionará a las redes de salud

que cuenta cada provincia y las microredes priorizadas por mayor número de casos de niños con anemia (Ver tabla 6).

Tabla 6: Redes y microredes de salud, según mayor número de casos de anemia de niños de 05 a 35 meses de edad.

PROVINCIA	RED DE SALUD	DISTRITO	MICRORED DE SALUD
CHACHAPOYAS	Red Chachapoyas	Chachapoyas	M. Chachapoyas
		La Jalca	M. La Jalca
CONDORCANQUI	Red Condorcanqui	Nieva	M. Nieva
		Rio Santiago	M. Rio Santiago
BAGUA	Red Bagua	Bagua	M. Bagua
		Imaza	M. Imaza

Fuente: Elaboración propia, en base SIEN-MINSA, 2020.

Por último, para determinar el factor o los factores que explican la prevalencia de la anemia en la región se va a reconstruir el proceso de la política de lucha contra la anemia. Por lo cual, a través de entrevistas semiestructuradas a las autoridades de la región, provincias y distritos seleccionados; a los funcionarios de la DIRESA, redes y microredes de salud contemplados; y los principales funcionarios del gobierno central que guían la política como el Coordinador Regional y los promotores provinciales del MIDIS, se abordará el tema planteado (Ver anexos).

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo busca determinar las razones por la cual las políticas que combaten la anemia no obtienen los resultados esperados. Como se observó, en los últimos años el Estado peruano viene incrementado notoriamente el presupuesto del PAN y sus indicadores de cobertura. Sin embargo, la anemia en la mayoría de regiones aún prevalece de manera severa. En ese sentido, la región Amazonas se ubica como la principal región con incremento presupuestal en los últimos años. Asimismo, los indicadores de cobertura del PAN de Amazonas se ubican entre los mejores. A pesar de ello, tal como sucede a escala nacional, la prevalencia de la anemia en la región se mantiene constante.

Las posibles razones del motivo de la prevalencia de la anemia en Amazonas son la poca coordinación y articulación entre los involucrados de implementar la política que cumple funciones formales, pero no colaboran de manera real para que la anemia disminuya. La pobre capacidad institucionales del sector salud encargada de gran parte de la implementación que no cuenta con los recursos humanos, económicos, infraestructurales y tecnológicos para realizar su labor. La ausencia de actores claves en la implementación de la política como las municipalidades locales que formalmente no cuenta con un espacio para participar por lo que la política no aprovecha el nexo de las autoridades locales con la población en la lucha contra la anemia. Por último, la discrecionalidad de los burócratas de la calle, entendidos como aquellos que se encargan de los tamizajes, tratamientos, visitas domiciliarias y talleres nutricionales de los Centros de Salud, no realizan su labor de la manera adecuada aun cuando cuentan con los recursos e incentivos.

De esta manera, a través de entrevistas y visitas en campo se busca determinar la razón o las razones del porque el Estado peruano va perdiendo la lucha contra la anemia a partir del caso de la región Amazonas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. (1993). *La implementación de las Políticas*. Amargura 4, México.
- Alcázar, L. (2012). *El impacto económico de la anemia en Perú*. GRADE, Lima.
- Aragón, J y Gilbert, Y. (2014). *Metodología y diseño de investigaciones en Política Comparada*. PUCP, Lima.
- Bardach, E. (1977). *Los Juegos de la implementación*. Cambridge press.
- Berman, P. (1977). *El estudio de la macro y micro-implementación*. Public Policy.
- Barrantes, R; Cuenca, R y Morel, J. (2012). *Las Posibilidades del Desarrollo Inclusivo: Dos Historias Regionales*. IEP, Lima.
- Carpenter, D. (2003). *La forja de la autonomía burocrática: reputaciones, redes e innovación de las políticas en agencias ejecutivas*. Oxford University Press.
- Castro, A. (2018). *Estudio sobre el éxito de la reducción de la anemia en el Perú*. [Trabajo presentado para obtener el grado de bachiller en Ciencia Política y Gobierno]. PUCP.
- Colegio Médico del Perú. (2018). Un grave problema de salud y nutrición: la anemia en el Perú ¿Qué hacer?. Comité de Políticas de Salud, Lima.
- Dargent, E. (2012). *El Estado en el Perú: una agenda de investigación*. PUCP, Lima.
- Dargent, E. (2015). *Capacidad de respuesta del Estado en el Perú: crisis, desafíos y entorno cambiante*. PUCP, Lima.
- Delgado, S. (2004). *Sobre el concepto y estudio del liderazgo político: una propuesta de síntesis*. Universidad de Granada.
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional*. Lima, Perú.
- Derthick, M. (1972). *New towns In-Town: Why a federal program failed?*. The Urban Institute, Washington.
- Elmore, R. (1979). *Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales*. Public Policy.
- Evans, P. (1996). *El Estado como problema y como solución*. Desarrollo Económico.

Fernández, A. (2017). *Análisis de la gestión articulada orientada a reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, distrito de Sancos – Ayacucho*. [Trabajo presentado para obtener el grado académico de Magister en Gestión pública]. Universidad del Pacífico.

Franco, R. (2004). *Institucionalidad de las políticas sociales: modificaciones para mejorar su efectividad*. Flasco, Chile.

Fukuyama, F. (2004). *La construcción del Estado: Hacia un nuevo orden mundial en el siglo XXI*. Ediciones B, Grupo Zeta Z, Barcelona.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar *ENDES*. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). Censo Nacional de Población y vivienda. Lima.

Guy Peters, B y Mawson, A. (2016). *Gobernanza y coordinación en las políticas: el caso del registro del nacimiento en el Perú*. Unicef.

Gómez, O. (2019). *Articulación gubernamental y modelo de cogestión estado-comunidad en el monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes para la prevención de la anemia en los niños de 6-35 meses de edad entre los años 2015-2017*. [Trabajo para obtener el título de Magister en Gobierno y Políticas Públicas]. Lima, Perú.

Lipsky, M. (1978). *Street-Level Bureaucracy and the Analysis of Urban Reform*. Urban Affairs Quarterly.

López, D. (2018). *Propuesta de políticas de gestión municipal para la reducción de la desnutrición infantil en la municipalidad de Ocros, 2018*. Revista de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres, Lima.

Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Fundación ALTADIR, Caracas.

Matus, C. (2008). *El Líder sin Estado Mayor. La oficina del gobernante*. Universidad Nacional de La Matanza, San Justo.

McLaughlin, M. (1975). *Evaluation and Reform: The Elementary and Secondary Education Act of 1965*. Title I, Cambridge.

Medina, A. (2019). Conocimientos, percepciones y prácticas sobre el consumo de micronutrientes en niños Awajum y Wampis (Condorcanqui, Amazonas-Perú). *Acta Médica Perú*, pp 185-194.

Mendoza, P et al. (2015). El sistema regional de salud de San Martín y su política de reducción de la desnutrición infantil: aplicación en el Perú del enfoque de Evaluación de Sistema de Salud. *GRADE*, pp 269-276.

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP). (2014). *Programa Presupuesta Articulado – PAN en Ayacucho*. Ayacucho.

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP). (2017). *La desnutrición crónica infantil y la anemia en la primera infancia en la región Junín: Programa Articulado Nutricional – Programa de Salud Materno Neonatal*. Junín.

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP). (2019). *En nuestro municipio: unidos contra la anemia infantil*. Lima.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2015). *Consumo de multimicronutrientes en niños y niñas de 06-36 meses de edad en la provincia de Condorcanqui, Amazonas*. Evaluación de Impacto elaborado por Armando Medina. Lima, Perú.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2020). Consulta Amigable. Consulta el 2 de junio del 2020.

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional para la reducción y el control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. Lima, Perú.

Organización Mundial de Salud. (2008). *Concentraciones de la Hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. OMS, Ginebra.

Peralta, H. (2019). *Nivel de empoderamiento de los gobiernos locales en sus funciones de salud en el proceso de descentralización – Arequipa – 2017*. [Tesis presentada para obtener el grado de Doctora en Ciencias de la Salud Pública]. Arequipa, Perú.

Presidencia de Consejo de Ministros. (2018). *Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia*. Lima-Perú.

Pressman, J y Wildavsky, A. (1984). *Implementation*. Berkeley CA: University of California Press.

Remy, M. (2009). Descentralización y gestión territorial en el Perú. *IEP*, pp 133-148.

Remy, M. (2011). Los gobiernos locales en el Perú: entre el entusiasmo democrático y el deterioro de la democracia. *IEP*, pp 111-135.

Revesz, B. (2007). *Gobernabilidad democrática, descentralización y desarrollo territorial local y regional*. IEP, Lima.

Revesz, B. (2010). Descentralización, la reforma inconclusa: una mirada retrospectiva. *IEP*, pp 89-104.

Rivoir, A. L. (2000). *Nuevas formas de gestión local: redes y gobernancia. Participación ciudadana y descentralización en la ciudad de Montevideo*. CLACSO, Buenos Aires.

Soifer, H y Vom Hau, M. (2008). Unpacking the strength of the State: The Utility of State Infrastructural Power. *Studies in Comparative International Development*, pp. 231-251.

Stoker, R. (1989). Un marco de análisis para el régimen de implementación y reconciliación entre los imperativos federalistas. *Policy Studies Review*, pp 373-409.

Trivelli, C y Vargas, S. (2014). *Entre el discurso y la acción. Desafíos, decisiones y dilemas en el marco de la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social*. IEP, Lima.

Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2019). *Informe sobre la situación de la anemia en Perú*. Lima, Perú.

Van Meter, D y Van Horn, C. (1975). El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual. *Administration y Society*, pp 445-488.

Williams, W. (1975). *La perspectiva de la implementación*. Universidad de California.

8. ANEXOS

Anexo 1: Funcionarios regionales del MIDIS y DIRESA-A a entrevistar.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS) – AMAZONAS				
Coordinador de Enlace		Delia Dolores Alberca Córdoba		
Coordinador de Enlace (Nieva)		Isaías Pintado Estrella		
Coordinador FED		Roger Salazar Alcalde		
REGIÓN AMAZONAS				
Año	Gobernador	Director de Salud (DIRESA)	Unidad ejecutora	Funcionario
2018	Gilmer Horna Corrales	Dr. Pershing Bustamante Chauca	Director Ejecutivo de la Red de Salud Bagua	Med. Jimmy Javier Perleche Guevara
			Director Ejecutivo de la Red de Salud Condorcanqui	Blog. Roberto Celso Rivera Sánchez
			Director Ejecutivo de la Red de Salud Chachapoyas	Lic. Víctor Andrés Becerra Zegarra
2019	Oscar Altamirano Quispe	Dr. David Mario Baltazar Pérez	Director Ejecutivo de la Red de Salud Bagua	Med. José Baldomero Carrera Abanto
			Director Ejecutivo de la Red de Salud Condorcanqui	Dr. Walter Wajajay Núñez
			Director Ejecutivo de la Red de Salud Chachapoyas	Mg. Jorge Arturo La Torre y Jimenes

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2: Autoridades municipales a entrevistar.

AÑO	PROVINCIA	DISTRITO
	Chachapoyas	La Jalca
2018	Diógenes Humberto Zavaleta	Julio Abel Chávez Fernández
2019	Víctor Raúl Culqui Puerta	Walter Humberto Culqui Velásquez
	Bagua	Imaza
2018	William Nolberto Segura Vargas	Otoniel Danducho Akintui
2019	Ferry Torres Huamán	Alejandro Mikayu Yagkuag
	Condorcanqui	Nieva
2018	Hermógenes Lozano Trigoso	Mateo Impi Víctor
2019	Héctor Orlando Requejo Longinote	Marcial Petsa Tsejem

Fuente: elaboración propia.

