

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Facultad de Ciencias Sociales



Lucha contra la anemia: estudio del éxito y de la constancia
en la reducción de la anemia infantil en niños de 6 a 35
meses en tres distritos de Arequipa (2016-2018)

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Ciencia
Política y Gobierno que presenta:

Andrea Elizabeth Castro Caparó

Asesora:

Jessica Violeta Bensa Morales

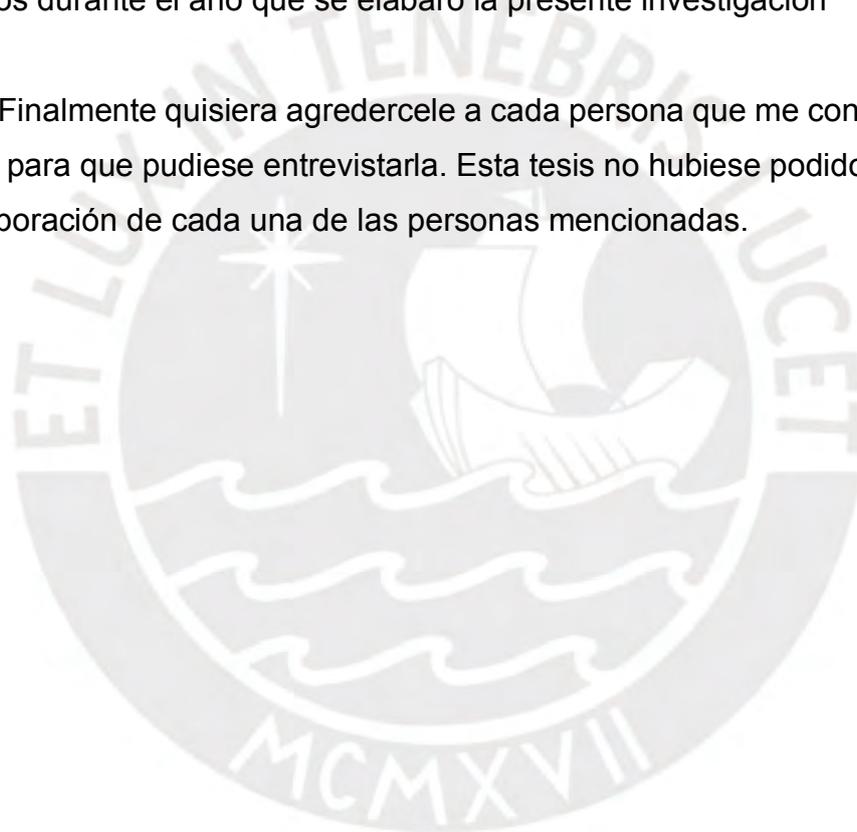
Lima, 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecerle a mi familia. A mi mamá, por todo su apoyo durante la elaboración de este trabajo, a mi papá, por acompañarme en el viaje de campo y por su ayuda a lo largo de este proceso, y a mi gran compañera, mi perrita, por acompañarme mientras leía y redactaba el trabajo.

También quisiera agradecerle a mi asesora por todo su apoyo y sus consejos durante el año que se elaboró la presente investigación

Finalmente quisiera agradecerle a cada persona que me concedió de su tiempo para que pudiese entrevistarla. Esta tesis no hubiese podido lograrse sin la colaboración de cada una de las personas mencionadas.



RESUMEN

Los niveles de anemia en Perú, en la población menor de tres años nunca han sido inferiores al 40% desde que se tiene registro de los mismos, haciendo de ella un problema de salud pública grave de acuerdo a los estándares de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, además de estas cifras nacionales, las cuales son por lo general desfavorables y no varían de forma considerable entre un año y otro, es posible encontrar también estadísticas bastante óptimas y cambiantes en lo que corresponde al nivel local.

Es por lo anterior que el presente trabajo se enfocó en estudiar los casos desde el nivel más micro posible, el distrital, y, en base a ello, tuvo el propósito de responder dos preguntas: ¿Qué factores lograron reducir la anemia infantil a nivel local? y ¿Cuáles han sido las causas que permitieron que los niveles de anemia se mantengan estables o sean volátiles en los distritos seleccionados?

Entre los principales hallazgos se encuentran que la reducción y la constancia en el mantenimiento de los niveles bajos respondieron sobretodo a dinámicas que se desarrollaron en los contextos locales (burocracia de la localidad, coordinación a nivel micro, campañas de sensibilización y liderazgo dentro de estas instituciones).

Asimismo, la constancia de estos bajos niveles en el tiempo se debió en gran medida al hecho de que estas dinámicas son promovidas en su mayoría por personas particulares, caracterizadas por su permanencia en la localidad y por contar con cierto nivel de liderazgo. En ese sentido resulta necesario que las prácticas promovidas se logren institucionalizar, con el objetivo de que logren trascender la permanencia de estas personas.

Palabras clave: burocracia local, coordinación local, liderazgo en instituciones locales, campañas de sensibilización, anemia infantil.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	VI
1.1 Pregunta e hipótesis	9
1.2 Método	11
1.3 Selección de casos	13
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y MARCO TEÓRICO	18
2.1 Revisión de la literatura	18
2.1.1 Anemia	18
2.1.2 Burócratas	23
2.1.3 Coordinación	25
2.1.4 Liderazgo	27
2.2 Marco teórico	27
2.2.1 Cuestiones preliminares	27
2.2.2 Burócratas	28
2.2.3 Coordinación	30
2.2.4 Liderazgo	32
2.2.5 Instituciones rurales y confianza institucional	32
CAPÍTULO III: SALUD Y ANEMIA EN AREQUIPA	34
3.1 Organización de la salud	34
3.2 Programas contra la anemia infantil	36
CAPÍTULO IV: HALLAZGOS Y DISCUSIÓN	40
4.1 Burócratas en la localidad	40
4.1.2 Rutinas	41
4.1.3 Recursos disponibles	42
4.1.4 Incentivos	44
4.1.5 Vigilancia y control	45
4.2 Coordinación	46
4.2.1 Factores externos	46
4.2.2 Factores de membresía	48
4.3 Sensibilización	52
4.3.1 Campañas de sensibilización	52
4.3.2 Confianza institucional	53
4.4 Liderazgo	55

4.4.1 Liderazgo desde la burocracia de la localidad	57
4.4.2 Liderazgo como elemento de la coordinación	58
4.5 Exploración sobre la organización de la salud en Perú	58
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	70



INTRODUCCIÓN

En Perú la anemia infantil en niños menores de tres años está considerada como un problema de salud pública grave, debido a que afecta a más del 40% de estos niños. En realidad siempre lo ha sido, pues el porcentaje de afectados en este sector de la población nunca se ha ubicado por debajo del 40% desde que se tiene registro. En efecto, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y como se indica en el anexo 1, el primer registro que da la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) sobre la anemia en niños menores de tres años es del año 2000, donde se indica que afectaba al 60.9%, reduciéndose al 43.5% para el 2018, teniendo el porcentaje más alto el año 2000 y el menor el año 2011, con 41.6%.

Durante el periodo 2016-2017 se ha mantenido el mismo porcentaje de anemia en niños menores de tres años siendo esta de 43.6%, bajando una décima el 2018; sin embargo, a nivel desagregado (anexo 2) es posible observar considerables variaciones (INEI y MIDIS). Así, el departamento que mayor reducción presentó durante el periodo 2016-2017 fue Arequipa (44.5% - 34.2%). Empero, se debe señalar que el 2018 se produjo un aumento (38.4%).

El departamento de Arequipa se organiza en cuatro redes de salud (anexo 3), siendo la que mayor reducción presentó durante el periodo 2016 – 2017 la red de salud de Castilla, Condesuyos y La Unión (53.3% - 39.6%). Para el 2018, esta red de salud continuó disminuyendo el porcentaje de anemia en niños menores de tres años (31.7%) aunque se debe indicar que no fue la de mayor reducción.

Dentro de la red mencionada destacan los distritos de Pampacolca, Iray y Chilcaymarca (anexo 4) debido a que los dos primeros presentaron las reducciones más significativas durante el periodo 2016 – 2017 (60.3% - 15.5% y 64.3% - 7.7%, respectivamente) mientras que el último, un aumento (44.4% - 51.4%). Pese a ello, el 2018 presentó otro escenario para estos distritos a causa de que en Pampacolca se observó un comportamiento estable (15.5% - 15.5%),

mientras que Iray y Chilcaymarca presentaron cifras volátiles, dándose en Iray un aumento del 7.7% al 45.5% y en Chilcaymarca una reducción del 51.4% al 40%.

Es así como el presente trabajo busca responder dos preguntas, siendo estas: ¿Qué factores lograron reducir la anemia infantil a nivel local? y ¿Cuáles han sido las causas que permitieron que los niveles de anemia se mantengan estables o sean volátiles en los distritos seleccionados? Para responder ello se realizará un estudio comparado de los distritos de Pampacolca, Iray y Chilcaymarca. Estos tres distritos comparten características geográficas y socioeconómicas, a la vez que pertenecen a la misma red de salud (Castilla, Condesuyos, La Unión); por otro lado, y en lo que respecta a los porcentajes de anemia infantil, los tres distritos tienen un pasado común de volatilidad, pero con reducciones significativas de parte de Pampacolca e Iray durante el período 2016 - 2017, y con una estabilidad solo presentada por Pampacolca durante el período de 2017 – 2018.

Con el propósito de responder las preguntas señaladas se proponen las siguientes variables explicativas: el actuar de la burocracia en la localidad (burócratas de la calle y burócratas intermedios); la coordinación entre los distintos actores involucrados, siendo estos los presentes en los distritos seleccionados (población, trabajadores de la municipalidad y trabajadores de salud) y los pertenecientes a la jerarquía establecida para la atención médica (red, microrred, establecimiento de salud). Adicionalmente, otra variable explicativa se centra en las campañas de sensibilización realizadas; asimismo, se considerará en cada una de ellas la presencia o ausencia de un liderazgo efectivo como variable transversal por parte de alguien perteneciente a la población, la municipalidad o los establecimientos de salud.

La presente investigación empleó una metodología cualitativa en perspectiva comparada de un caso de éxito y constancia, un caso exitoso al comienzo, pero que se vió alterado por una gran volatilidad y un caso menos exitoso que presentó una volatilidad menor. Las entrevistas se realizaron principalmente a los tres actores señalados con anterioridad (población, trabajadores de la municipalidad y trabajadores de los establecimientos de salud) de cada distrito de estudio. Asimismo, y partiendo de los establecimientos de

salud presentes en el ámbito local, se realizó un mapeo de actores para identificar a otras instituciones de salud que mantengan alguna conexión directa con los establecimientos distritales visitados, con el propósito de entrevistar a personas pertenecientes a estas instituciones y obtener una perspectiva más amplia.

Si bien el tema de la anemia infantil en el Perú ha sido estudiado previamente desde la ciencia política, la presente investigación parte de una perspectiva apenas cubierta (el éxito y la constancia). Además, cuenta como enfoque principal con uno poco estudiado, siendo este el de la burocracia en la localidad. A su vez, es necesario mencionar que dada la volatilidad y multicausalidad de la anemia infantil, así como las dificultades geográficas con las que cuenta el Perú rural, entre otros, esta tesis indicará factores comunes de los tres distritos de estudio considerados como necesarios para la reducción de la anemia infantil, pero se centrará en los particulares que establece como fundamentales para el combate a la anemia. Es así como su objetivo principal es el de crear evidencia sobre aquellos y de esa forma contribuir a que se les considere con mayor énfasis al momento de diseñar e implementar políticas similares.

En cuanto a la estructura, esta se encuentra dividida en cuatro capítulos. El primero de ellos presenta la metodología empleada, mientras que el segundo recopila literatura académica relacionada y expone el marco teórico sobre el que se basa la investigación. Luego de ello, el tercer capítulo abarca lo correspondiente a la salud y a la anemia infantil en el departamento de Arequipa, mientras que en el cuarto capítulo se presenta el análisis y la discusión de la información recopilada. Finalmente se presentan las conclusiones, la bibliografía y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I: METODOLOGÍA

1.1 Pregunta e hipótesis

La presente investigación surge dentro de una coyuntura caracterizada por la discusión sobre los altos índices de anemia en Perú. En efecto, cifras del Banco mundial demuestran como Perú, incluso en lo que respecta a la anemia en niños menores de cinco años (cuyas cifras siempre han inferiores a la de los niños menores de tres años), tiene uno de los porcentajes más altos en la región (anexo 5).

Partiendo de la base de que en Perú existen 24 departamentos, más de 190 provincias y más de 1800 distritos, se optó por buscar escenarios favorables, expresado ello en ámbitos de estudio a nivel más micro donde la anemia infantil haya podido reducirse considerablemente, una vez encontrados los casos a estudiar se planteó responder: ¿Qué factores lograron reducir la anemia infantil?. Esta pregunta se contextualizó para el periodo 2016 - 2017, al ser estas las estadísticas más recientes en aquel momento y al ser la anemia un trastorno muy cambiante. Además, también se consideró que un periodo de tiempo más próximo al actual daba mayor posibilidad de encontrar a nivel local tanto a los actores de los establecimientos de salud como a los de la Municipalidad local que pudieron influir de forma considerable a la reducción de la anemia infantil durante lo que abarcó el periodo de la investigación, a la vez que las campañas de sensibilización y las formas de tratamiento estarían más presentes en el recuerdo de la personas residentes de cada distrito.

Sin embargo, es necesario mencionar que esta investigación cuenta con dos etapas, siendo la primera iniciada a mediados de 2018 y la segunda durante el segundo trimestre del 2019. La razón se debe a que durante este trimestre salieron las nuevas estadísticas del Sistema de Información del Estado Nutricional correspondientes al periodo 2018. Estas nuevas estadísticas trajeron panoramas de volatilidad y estabilidad en los distritos seleccionados, efectivamente uno de los casos de estudio se mantuvo estable (Pampacolca), otro de ellos aumentó los niveles de anemia infantil de una forma considerable (Iray), y el otro los redujo en una pequeña proporción (Chilcaymarca).

Es a partir de esta nueva información que se planteó una segunda pregunta, siendo ella: ¿Cuáles han sido las causas que permitieron que los porcentajes de anemia se mantengan estables? Lo anterior se debe también a que de nada sirve encontrar y aplicar diferentes medidas eficaces para lograr la reducción de la anemia infantil, si luego hay probabilidad de retroceder con el avance logrado. De esa forma se considera la constancia en las bajas cifras de la anemia tan importante como la reducción de la misma.

El presente estudio cuenta con tres hipótesis principales y una cuarta (liderazgo) que se considera como una variable explicativa que puede estar presente en cada una de las tres anteriores.

Así, la primera hipótesis se centra en la burocracia de la localidad, con un enfoque mayor en los burócratas de la calle, pero abarcando también a los burócratas intermedios presentes en cada distrito. De esa forma, serían ellos mediante su forma de organizarse a nivel micro, y su discrecionalidad, reflejada ella en el emprendimiento y la ejecución de distintos proyectos enfocados en la reducción de la anemia infantil, que lograron ello.

Asimismo, se considera que estas prácticas pudieron institucionalizarse (a nivel micro) a causa de la presencia de personas con capacidad de ejercer un liderazgo efectivo dentro de aquella institución (burócrata de la calle o intermedio), siendo ello un factor determinante para mantener la continuidad de las prácticas efectivas.

Una segunda hipótesis señala la coordinación entre los diferentes actores. Estos actores no solo serían los de la localidad (trabajadores del establecimiento de salud y de la municipalidad), sino que también tendrían influencia otros actores a un nivel más macro, como los provenientes de la cadena que existe en cuanto a las instituciones de salud (red, microrred, establecimiento) y de parte de los demás gobiernos. En este sentido sería mediante las prácticas ejercidas para coordinar distintas actividades, así como procesos efectivos de retroalimentación para incluir particularidades de cada distrito que se pudo reducir la anemia en los casos estudiados. A partir de ahí, se intentará establecer si la reducción de la anemia infantil corresponde más a una adecuada coordinación entre, sobre todo,

los dos últimos niveles (microrred y establecimiento de salud) o si corresponde más a éxitos aislados.

Adicionalmente, la variable explicativa transversal, el liderazgo, se haría presente en la medida en que existan personas dentro de alguna de estas instituciones (de gobierno o de salud) a las que se les pueda atribuir un rol trascendental para lograr que las prácticas efectivas puedan mantenerse.

Una tercera hipótesis corresponde a las campañas de sensibilización diseñadas y ejecutadas por alguna de las instituciones señaladas (de gobierno o de salud). En concordancia con ello, serían las capacitaciones, las charlas y las sesiones demostrativas e informativas las que lograron incentivar el interés en la población generando no solo la reducción de la anemia, sino también la constancia de ello.

En esta tercera hipótesis, al igual que en la anterior, el liderazgo efectivo se manifestaría en personas pertenecientes a alguna de las instituciones señaladas. De esa manera estas personas resultan fundamentales para que las campañas de sensibilización puedan desarrollarse de forma constante.

1.2 Método

Con esta investigación se propuso responder a dos preguntas de investigación, estando estas enfocadas en la reducción de la anemia infantil y en la continuidad de la misma. Para responder ello fue que se plantearon tres variables independientes principales, siendo ellas las referentes a la burocracia local, a la coordinación entre instituciones y a las campañas de sensibilización, asimismo se evaluó la presencia o no de un liderazgo en cada una de las hipótesis. Lo anterior se contextualizó en tres distritos del departamento de Arequipa durante el periodo 2016 – 2018.

En consecuencia el trabajo de estudio fue una aproximación metodológica cualitativa en perspectiva comparada en la que se analizaron tres casos. El primero de ellos demostró ser un caso exitoso en tanto logró reducir el porcentaje de anemia infantil de forma considerable y pudo mantener el bajo porcentaje durante un año más (Pampacolca). Por otro lado, el segundo caso fue un efímero

éxito a causa de que pudo reducir en gran medida el porcentaje de anemia infantil, pero no pudo mantener esos bajos índices durante el año siguiente (Iray). Finalmente, el tercero de los casos demostró altos índices de anemia infantil durante el periodo 2016 – 2018 y una constante volatilidad durante el mismo periodo de estudio (Chilcaymarca).

Para evaluar ello las principales herramientas de investigación empleadas fueron tres: análisis de distintas fuentes de información secundaria, observación no participante y entrevistas semi estructuradas. La revisión de información secundaria fue necesaria para conocer las estrategias empleadas a nivel nacional y de forma más particular en el departamento de Arequipa. Por otro lado la observación participante se realizó en los establecimientos de salud visitados, debido a que permanecí en ellos de una a dos horas para observar a las personas que acudían a atenderse y cómo se realizaban las consultas.

En cuanto a las entrevistas semi estructuradas estas se realizaron principalmente a tres grupos de actores en cada distrito, siendo estos: las madres de familia, las personas que trabajan en los establecimientos de salud y las que trabajan en la municipalidad. Esta información se orientó a recolectar información sobre las interacciones entre estos tres grupos de actores, los casos de anemia y sus respectivos tratamientos, las campañas de sensibilización realizadas y su efecto, en general se buscó en un primer momento conocer cómo se desarrollaba la dinámica a nivel de la localidad en la lucha contra la anemia infantil.

Una vez recolectada aquella primera información pudo observarse la gran influencia que tienen los establecimientos de salud locales para el tratamiento y la prevención de la anemia. En base a ello se optó por realizar un mapeo de actores en lo que concierne a las demás instituciones de salud que influyen de forma más significativa en los establecimientos de salud de los distritos visitados. Por lo tanto se incluyó un subgrupo nuevo de actores a entrevistar: los trabajadores de salud de jerarquía más alta (pertenecientes ellos a las microrredes o a la red de salud).

La información presente en este estudio fue recolectada en dos visitas a los distritos señaladas, realizándose la primera de ellas del 11 al 13 de abril del 2019 y la segunda del 2 al 9 de setiembre. De esa forma, en total se entrevistaron

a cuatro madres de familia en cada distrito, a una enfermera y a un doctor o doctora por distrito, a dos alcaldes (Pampacolca e Iray) y a otros trabajadores de las municipalidades (de las áreas de Servicios Sociales y Registro Civil y de Gerencia de la Municipalidad). A un nivel más amplio se entrevistaron también a representantes de las microrredes de salud de Pampacolca y Chuquibamba y de la red de salud de Castilla – Condesuyos – La Unión.

En total se entrevistó por distrito a nueve personas en Chilcaymarca, ocho en Pampacolca y siete en Iray y a tres personas más externas a aquellos distritos siendo dos en Chuquibamba y una en Aplao. Cabe mencionar que a tres personas se las entrevistó dos veces, siendo la primera entrevista parte de una aproximación exploratoria a los distritos de estudio y una segunda más amplia y profunda. Las personas entrevistadas en dos oportunidades fueron la alcaldesa de Pampacolca, la ex directora de la microrred de salud de Pampacolca y el doctor del puesto de salud de Iray.

Debido a que la investigación se enfocó en distritos rurales, es importante mencionar que las conclusiones que presenta no se plantean a priori como universalizables a la totalidad nacional, pues en parte ello representaría desconocer las grandes diferencias que existen entre las dinámicas cotidianas que se dan dentro de las zonas urbanas con las que se dan dentro de las zonas rurales, así como la distinta interacción que tienen cada una de estas zonas con el estado peruano. Adicionalmente los tres distritos estudiados cuentan con la característica de no tener una concentración demográfica significativa, por ende, el estudio propone conclusiones que se centran sobretudo en los distritos y en las provincias que puedan considerarse como mayoritariamente rurales donde no exista mucha densidad poblacional.

1.3 Selección de casos

Como se mencionó con anterioridad la presente investigación cuenta con dos etapas, correspondiendo la selección de los casos a la primera de ellas. Debido a ello esta elección se enfoca sobretudo en encontrar a los distritos donde se haya producido la mayor reducción de anemia infantil en menores de tres años,

para lo cual se compararon las cifras del último año con información disponible (2017) respecto al año precedente (2016).

De esa forma primero se recopiló toda la información disponible sobre las estadísticas de anemia infantil en menores de tres años a nivel nacional y luego se optó por delimitar tres etapas de búsqueda: departamento, red de salud y distrito.

Desde el ámbito más general es posible apreciar que en Perú el porcentaje de anemia infantil en menores de tres años se caracteriza por no haber variado de manera significativa durante los últimos años y por ser bastante elevados (anexo 1). En efecto, desde el 2015 hasta el 2018 la anemia en este sector de la población ha oscilado entre el 43.5% y el 43.6%. Sin embargo, aquel panorama en principio estable varía de forma significativa si se desagrega la información a nivel departamental.

Así en la primera etapa de búsqueda se desagrega la información nacional a nivel de departamentos. El anexo 2 detalla cómo a nivel subnacional las estadísticas de anemia infantil en este sector de la población varían de forma considerable unas con otras dándose diferencias incluso mayores al 35% entre un departamento y otro durante un mismo año.

Producto de esta primera etapa se seleccionaron tres departamentos donde la anemia en niños de 6 a 35 meses se redujo de forma considerable al dejar de ser un problema de salud pública grave (mayor a 40%) para ser considerado un problema de salud pública moderado (entre 19.9% y 39.9%) siendo estos Arequipa, Cajamarca y Tacna. Cabe resaltar el progreso de Arequipa, pues del 2016 al 2017 redujo en más de un 10% la prevalencia de este trastorno, siendo el 2017 el departamento con menor porcentaje de anemia en niños de 6 a 35 meses (34.2%), así mismo, en los otros dos departamentos señalados el porcentaje subió durante ese mismo periodo de tiempo (Observatorio de anemia 2010 – 2017).

Pasando a la segunda etapa de búsqueda, siendo esta la de las redes de salud, el departamento de Arequipa cuenta con cuatro. Debe mencionarse que no se encontró información correspondiente a la red en su totalidad por lo cual se optó por agrupar a todos los distritos del departamento de acuerdo a la red de

procedencia y en base a ello estimar los promedios anuales, lográndose ello a partir de información brindada por la Gerencia de Salud de Arequipa. Las estadísticas obtenidas se encuentran detalladas en el anexo 3.

En esta segunda etapa se debe destacar la red de salud de Castilla, Condesuyos y La Unión, pues esta red a parte de tener los porcentajes más altos durante el año 2014 y 2015 (62.9% y 62.1% respectivamente), demostró también una reducción de más del 17% durante el periodo 2016-2017, lo cual derivó a que sea la red de salud con mayor disminución de este trastorno durante ese periodo de tiempo (del 55.4% a 37.8%). Logrando con ello pasar de tener a la anemia en menores de tres años de un problema de salud pública grave a un problema de salud pública moderado (Vigilancia Del Sistema De Información Del Estado Nutricional en EESS 2012-2017). Cabe mencionar que esta red se divide en siete microrredes: Huancarqui, Corire, Chuquibamba, Viraco, Pampacolca, Cotahuasi, Andagua y Alca (Gerencia Regional de Salud Arequipa).

Una vez seleccionada la red de salud, y para la selección de los distritos de estudio se optó primero por agrupar a los distritos de la red en concordancia con sus microrredes de procedencia. Seguido de ello se buscó las mayores reducciones observadas en esta red durante el 2016 – 2017, siendo estos casos los distritos de Pampacolca (del 60.3% al 15.5) e Iray (del 64.3% al 7.7%). En contraste, y si bien Chilcaymarca (del 44.4% al 51.4%) no es el distrito donde más aumentó el porcentaje de anemia durante este periodo de tiempo, es el que más se aproxima a los otros dos casos en términos de pobreza y programas sociales presentes (Vigilancia Del Sistema De Información Del Estado Nutricional en EESS 2012 – 2017). Además, es un punto medio entre Pampacolca e Iray en términos de población y número de establecimientos de salud.

El segundo momento de la investigación inicia con la presentación de las estadísticas del 2018. Estos nuevos porcentajes permiten observar un comportamiento constante en Pampacolca y una volatilidad en los otros dos distritos. Respecto a esta volatilidad, los nuevos porcentajes muestran un retroceso para el caso de Iray, debido a que los que fueron bajos niveles de anemia aumentan de forma considerable y un escenario incierto para Chilcaymarca, debido a que este distrito si bien es volátil en cuanto a sus

resultados, nunca ha demostrado tener porcentajes de anemia infantil en menores de tres años por debajo del 40%, lo que haría de la anemia un constante problema de salud pública grave en el distrito.

Así mismo, estos distritos siguen teniendo particularidades que los hacen óptimos casos de estudio. En efecto, Pampacolca no solo demostró una gran reducción en el periodo 2016 – 2017, sino que también ha sido el único distrito en toda la red de salud que se ha mantenido estable, lo cual haría de este distrito uno exitoso en el cual se ha logrado reducir la anemia y mantenerla así. Así mismo, en un comienzo Iray logró una gran reducción, sin embargo, durante el periodo 2017 – 2018 fue el distrito donde más aumentó la anemia en toda la red de salud estudiada y por otro lado, Chilcaymarca es también el único distrito en toda la red de salud donde se han observado altos y bajos, pero donde todos los porcentajes sitúan a la anemia infantil en menores de tres años como un problema de salud público grave.

Sobre los distritos seleccionados a continuación se presenta información básica correspondiente a sus características socioeconómicas.

Cuadro 1: Características socioeconómicas de los distritos seleccionados

	Población	Indicadores sociales	Centro poblado	Condiciones de vivienda	
Distrito	de 1 a 3 años/ total	% pobreza - % pobreza extrema	urbano/ rural	agua % - saneamiento %	N de centros de salud
Pampacolca	7/127	28.67 - 7.37	1/71	94 % - 68%	3
Chilcaymarca	78/947	33.57 - 8.96	1/23	86 % - 64%	2
Iray	5/119	39.5 - 11.88	1/12	69 % - 48%	1

Fuente: Elaboración propia- En base a Red Informa e Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018

<http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/reporte/rptmidistrito.aspx#no-back-button>

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1551/

Sobre los distritos seleccionados es importante mencionar que estos se caracterizan por ser mayoritariamente rurales y pertenecer a la sierra del país. En

ese sentido su estudio resulta más relevante si se considera que el ámbito rural ha tenido, desde que se tiene información, mayores niveles de anemia en menores de tres años en comparación con el ámbito urbano (anexo 6). Por otro lado, en cuanto a las regiones naturales tanto la sierra como la selva han mantenido desde un comienzo altos índices de anemia en este sector de la población, diferenciándose de forma considerable respecto a la costa (anexo 7). Adicionalmente dentro de la región de la sierra es posible encontrar altos contrastes, en la medida en que en esta región natural están presentes tanto los departamentos con los mayores porcentajes de anemia infantil como los departamentos con las menores cifras (anexo 2).



CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y MARCO TEÓRICO

2.1 Revisión de la literatura

2.1.1 Anemia

La anemia infantil es un problema a nivel mundial que afecta sobretodo a quienes cuentan con menores ingresos. En efecto, estadísticas del Banco Mundial (2016) demuestran que los índices más altos de anemia se dan en los países de ingresos bajos e ingresos medios, mientras que a nivel nacional las estadísticas del INEI (2005 – 2018) reflejan que a menores ingresos existe mayor porcentaje de niños afectados con anemia (anexos 5.1 y 5.2).

Balarajan *et al.* (2011) comentan que las desigualdades mundiales de la anemia reflejan las diferencias que se dan entre los países desarrollados y en desarrollo, además, establecen que es importante también identificar sus determinantes locales, así como mejorar la implementación de estrategias de acuerdo al contexto. En adición, Spring (2017) concluye que para reducir la anemia en un país es esencial recopilar y emplear datos a nivel distrital y nacional, hacer coincidir las intervenciones con las causas específicas de la anemia en un contexto particular y establecer mecanismos de coordinación para el fortalecimiento del compromiso multisectorial y supervisar y evaluar el proceso de forma constante. Es por ello, que este trabajo se centra en contextos locales, pues se considera que es esencial estudiar la dinámica desde el nivel de la implementación dado que desde este ámbito pueden realmente observarse los factores influyeron de forma decisiva en la reducción de la anemia.

Respecto a los programas que se enfocan en la prevención y en la reducción de la anemia implementados globalmente, Lynch (2011) menciona que entre ellos se encuentran la fortificación de alimentos, la suplementación de hierro y la diversificación de la dieta, por lo cual el autor añade que existen diversas razones para esperar que estas estrategias logren reducir la anemia infantil en los países en desarrollo de forma rentable. En efecto, en Perú puede observarse que las tres medidas han venido siendo implementadas, siendo la más difundida la suplementación de hierro.

Al considerar el ámbito local, así como las particularidades de los casos de estudio, se debe precisar que los tres se ubican en la sierra de Arequipa, que todos son destinos para la realización del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (Serums) y que se repite la constante de sólo contar con un centro poblado urbano, siendo todos los demás rurales (MIDIstrito).

En base a esto, es importante señalar algunos aspectos sobre el Serums y sobre la alimentación en las zonas rurales. Reyes (2007) señala que muchas de las experiencias por las que atraviesan los serumistas en los puestos de salud asignados son realidades culturales y geográficas nuevas para estas personas, siendo algunas de ellas la falta de recursos para la atención de procedimientos un poco más complejos, la situación de pobreza extrema, las tareas múltiples, debido a que también deben desempeñar tareas administrativas, entre otras. Adicionalmente, Eguren (2014) afirma que el ciudadano rural consume un mayor volumen de alimentos en comparación con el ciudadano urbano, sin embargo, este consumo se concentra en tubérculos, los cuales si bien son ricos en carbohidratos, no lo son en proteínas. Asimismo, este autor sostiene el sector de la población que consume mayor cantidad de alimentos ricos en proteínas son del quintil superior monetario y que, a medida que se acerca al primer quintil, el consumo disminuye. Lo anterior resulta importante para brindar razones por las cuales pudo disminuir de forma considerable la desnutrición crónica infantil en el Perú, mas no la anemia infantil.

Puede decirse que la anemia infantil en el Perú ha sido tratada en la literatura académica desde dos ámbitos, siendo estos el de la salud (investigaciones de médicos, enfermeras y nutricionistas) y el de la política (implementación y evaluación de políticas). En base a ello, a continuación se realizará una aproximación a cada una de estas perspectivas.

En primer lugar, desde la perspectiva orientada a la salud, la literatura se enfoca en los factores de la anemia infantil y en el efecto de las prácticas alimenticias sobre este trastorno. Sobre los factores que influyen a que un niño presente anemia se encuentran los trabajos de Centeno (2013) y Quina y Tapia (2017).

Centeno (2013) identifica en su estudio la presencia de pequeño para la edad gestacional, prematuridad, bajo peso al momento de nacer, falta de consumo de suplementos de hierro, hiperémesis gravídica, desconocimiento de las madres, lactancia mixta y complicaciones en el embarazo. En adición a ello, Quina y Tapia (2017) concluyen que ni los ingresos ni los servicios básicos guardan relación estadística significativa con la prevalencia de la anemia ferropénica, mientras que el grado de instrucción de la madre, la presencia de enfermedades diarreicas y de infección respiratoria aguda y la lactancia mixta sí. Resulta fundamental examinar los factores que causan la anemia, pues contar con evidencia científica es útil para diseñar e implementar estrategias que logren reducir de forma segura y constante la anemia infantil.

En base a lo revisado es posible observar que la anemia es multicausal. En efecto, esta puede contraerse no solo por falta de una dieta balanceada, sino que también por parásitos o infecciones respiratorias agudas, además, si la madre de un niño presenta anemia durante el período de gestación o lactancia, el menor cuenta con muchas más probabilidades de adquirirla también. Un énfasis que se brinda en la mayoría de estudios tanto nacionales como globales es la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, pues esta leche es muy beneficiosa para el menor en cuanto le permite absorber muchos más nutrientes. Como lo expresan los factores indicados, el conocimiento de las madres respecto a la anemia resulta fundamental a causa de que son ellas las que generalmente atienden a los niños durante la infancia, por ello, resulta necesaria la capacitación de estas en temas como limpieza de alimentos y bebidas, alimentación balanceada y consumo de suplementos de hierro, tanto para los pequeños como para ellas. A partir del rol de la madre es que también ha surgido la iniciativa de darles los micronutrientes a las madres que se encuentren embarazadas con el propósito de que el menor tenga aún menos posibilidades de tener anemia.

En cuanto a la literatura existente sobre las prácticas alimenticias se encuentran los estudios de Alvarez, Huamani y Montoya (2016) y Puma y Quispe (2016). Alvarez, Huamani y Montoya (2016) establecen que los niños que presentaron anemia tuvieron una alimentación que se caracterizó por la

frecuencia inadecuada de alimentos al día, una lactancia en momentos inadecuados y el consumo de comida chatarra; en contraste, señalan que los niños sin anemia tuvieron una alimentación en la cual hubo lactancia materna de acuerdo a las necesidades del menor y donde se consumió todos los grupos de alimentos, considerando diariamente los provenientes de origen animal y vegetal. Puma y Quispe (2016), una vez que resaltan la importancia de las madres para el correcto desarrollo de sus hijos, estudian la implementación del Programa de Educación Alimentaria Nutricional, el cual consistió en tres intervenciones educativas, una sesión demostrativa y tres visitas domiciliarias, concluyendo que se logró incrementar el conocimiento de las madres sobre la anemia y sobre las prácticas alimentarias adecuadas.

Las prácticas alimentarias adecuadas corresponden a medidas preventivas y de tratamiento que han sido consideradas en iniciativas nacionales, departamentales y locales. Debido a que mediante esta sensibilización se logra que las madres aumenten su conocimiento sobre lo importante que es la anemia y sobre hábitos alimenticios que las benefician a ellas y a sus hijos, es necesario seguir con su promoción y recaudar más evidencia sobre el contenido que deben tener las mismas, con el propósito de que resulten más eficaces.

En segundo lugar se encuentra la perspectiva enfocada en la política, la cual se centra en los temas de implementación y evaluación de políticas públicas. Estas investigaciones varían pues pueden partir de analizar si es mejor brindar micronutrientes o sulfato ferroso (Pérez y Rona, 2016), de estudiar los factores que aportan o limitan la efectividad del programa mediante el cual se dan multimicronutrientes (Jungo, 2015) o de evaluar la gestión articulada en la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia (Fernández 2017).

Así, por un lado Pérez y Rona (2016) concluyen que de acuerdo a su análisis estadístico el tratamiento diario con multimicronutrientes resulta ligeramente más efectivo que el tratamiento mediante el sulfato ferroso. Cabe resaltar que ambos tratamientos vienen dándose en el Perú a nivel nacional, pero que entre los métodos de suplementación de hierro el que más difusión tiene es el de los multimicronutrientes o también denominadas “chispitas”.

Respecto a la implementación de este programa de suplementación Jungo (2015) estudió los factores que contribuyeron y limitaron su efectividad en el ámbito rural de Vinchos, Ayacucho. Este autor concluye que entre los factores que limitaron la efectividad del programa se encuentran la debilidad de una intervención educativa y comunicacional de parte de los centros de salud, las barreras culturales y lingüísticas, la débil participación de los promotores de salud en cuanto al acompañamiento a las madres se refiere y a la débil capacidad del personal del centro médico respecto a un procedimiento estandarizado del análisis de hemoglobina. Debido a ello, es posible comentar que la investigación de Jungo (2015) posiciona la labor de los burócratas de la calle como quizá el principal factor por el cual no se logró implementar el programa de suplementación de multimicronutrientes de la forma más óptima. En contraste, podrían ser también ellos los principales responsables de que una política parecida pueda tener éxito.

En adición, Fernández (2017) analiza la gestión articulada orientada a la reducción crónica y la anemia infantil en Sancos, Ayacucho, concluyendo que es importante que la gestión pública en el país cuente con un modelo conceptual acerca de la gestión articulada, además le da importancia también al contexto local pues menciona que los lineamientos que otorga el Midis sobre la gestión articulada no constituyen en sí mismas herramientas para el fortalecimiento de la gestión articulada local, en ese sentido, el autor también resalta características propias y relevantes observadas de esta gestión en el distrito estudiado. Así los estudios sugieren que se debe considerar las particularidades de cada caso, pues en ocasiones los lineamientos otorgados por instituciones superiores si bien sirven como referentes para el ámbito local, no necesariamente indican que se cumplan en contextos particulares.

La literatura brinda información empírica y estadística acerca de los factores que generan la anemia infantil, por lo tanto establece de forma precisa lo que las políticas públicas implementadas deben combatir para que el Perú pueda disminuir el porcentaje de anemia infantil actual. Así mismo, otorga estrategias de reducción, enfocándose sobre todo en las capacitaciones sobre alimentación balanceada. Adicionalmente, los estudios previos otorgan una base

mediante la que resaltan la importancia de estudiar la anemia desde una perspectiva local.

Esta tesis busca aportar brindando énfasis en la labor que se ejerce en la localidad. Así mismo, los casos de estudio de los que se parte son casos exitosos y la constancia de uno de ellos, con lo cual se busca reconstruir el camino seguido por este distrito. Además, se propone también delimitar cuales son las acciones que han venido realizándose en un caso de estudio para el mantenimiento de los bajos porcentajes de niños con anemia.

2.1.2 Burócratas

Respecto a la literatura académica peruana existente sobre los burócratas de la calle destacan los trabajos de investigación de Soto (2018), de Montes (2017), de Vera (2017), de Silva (2017) y de Carranza (2014). Soto, Montes y Silva estudian sobre el programa Juntos, aunque Montes se enfoca en la corresponsabilidad de este programa con la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) correspondiente y, por otro lado, Silva también estudia Pensión 65. En contraste, Carranza estudia el programa de Qali Warma y Vera analiza la política de identificación en las comunidades nativas de Loreto.

Soto (2018) concluye que lo determinante en la implementación de los programas sociales es la forma en la cual esta se realiza en la última instancia, pudiendo ser algunos de los factores limitantes el compromiso o la identidad de los actores involucrados; así como el apoyo de instituciones intermedias. En relación a ello, Vera (2017) indica que la influencia que estos actores ejercen sobre la ciudadanía resulta determinante para que esta política se implemente de forma adecuada y que, en base a la interculturalidad del país, considerarla es indispensable. Sumado a ello, Silva (2017) resalta la importancia de que el burócrata conozca y comprenda la cultura local, así como la capacitación que este debe tener y la discrecionalidad que debe ejercer para una efectiva implementación de los programas sociales estudiados.

De estos tres trabajos puede concluirse que la labor de los burócratas de la calle es de suma relevancia para el éxito o fracaso de la implementación de un programa social o una política pública así como la consideración de la

interculturalidad. En efecto, al momento de implementar políticas públicas el burócrata de la calle en base a su discrecionalidad podrá adaptar también la forma en cómo las implementa, pudiendo así considerar las costumbres y características particulares que considere importantes para una correcta implementación.

Por otro lado Montes (2017) concluye que los gestores locales deben responder al logro de resultados cuantificables lo cual requiere empleo de la discrecionalidad en un ambiente generalmente caracterizado por ser complejo en términos económicos, sociales y culturales, también resalta que existe una invisibilización de la labor de este gestor, manifestada en la no supervisión ni evaluación de su accionar. Una conclusión interesante de Carranza (2014) es que en los ámbitos locales estudiados era una constante el sentir que desde la sede central se valoran más los datos cuantificables desconociendo y no brindando la importancia que requieren las particularidades de las regiones.

En base a estas dos últimas investigaciones puede afirmarse que en muchos casos existe una desconexión entre el nivel macro y el nivel micro. Lo cual se debe a que desde un nivel general lo que se buscan son datos cuantificables, pero para que estos puedan resultar favorables debe también considerarse las particularidades de los ámbitos de aplicación. Asimismo, esta desconexión también se expresaría en una ausencia de vigilancia sobre el burócrata, lo cual en contextos muy volátiles puede generar que el éxito de una política también lo sea.

Es importante señalar la investigación del Instituto de Estudios Peruanos elaborada por Cerna *et al.* (2017) sobre la burocracia de la calle en los programas sociales. Estos investigadores concluyen que las actividades diarias que estos burócratas realizan se caracterizan por una incertidumbre en los resultados, teniendo ello un impacto significativo en la forma de vincularse al Estado por parte de esta ciudadanía. Teniendo como base ello, es posible vincular esta incertidumbre en los resultados con la volatilidad de la anemia, asimismo los resultados que se obtengan serán los que permitan una vinculación positiva o negativa con el Estado.

Desde un ámbito mucho más específico aún, se debe mencionar también el trabajo de Reyes (2007), pues ella estudia a los servidores públicos en una microrred de salud. Reyes comenta que dentro de las tareas de un jefe en un puesto de salud en la sierra se encuentran la formación de un equipo de trabajo organizado y efectivo que se enfoque en la acción preventiva y en la promoción del concepto de “buscar a los pacientes”. En base a esto, resulta fundamental el promover que los servidores de salud de los distintos establecimientos de salud se centren en las acciones preventivas así como en las visitas domiciliarias.

2.1.3 Coordinación

Respecto a lo escrito en la literatura académica peruana sobre la coordinación en la implementación de políticas públicas, se debe mencionar los trabajos de Rojas (2018) y de Hurtado (2019). Rojas analiza la coordinación durante la implementación de la Reforma del Transporte mientras que Hurtado la coordinación en la elaboración de planes multisectoriales, enfocándose en la prevención y erradicación del trabajo infantil.

Rojas (2018) estudia cuatro dimensiones de coordinación, siendo estas la política, la horizontal, la vertical y la técnica, y concluye que para poder incidir en una política pública no es necesario la presencia simultánea de estas dimensiones. Además, afirma que los recursos sustantivos, pudiendo ser estos políticos, económicos, administrativos o ideológicos, fueron los que determinaron el poder de cada actor involucrado y que fueron estos los que incidieron de forma directa en la materialización de los intereses de los actores. Por otro lado, Hurtado (2019) elabora una lista de factores que considera relevantes para el proceso de coordinación intergubernamental, siendo estos la voluntad, la cohesión y la inclusión de actores; el liderazgo efectivo y legítimo; los incentivos; el monitoreo y la evaluación de metas colectivas; los recursos financieros; el interés político y las dificultades de la política para ser trasladada a otros contextos. Al ser la lucha contra la anemia una política que requiere la participación no solo de varios ministerios, sino también de otras instituciones del ámbito regional y local, es necesario analizar cuáles de los factores mencionados se encuentran presentes durante el proceso.

A nivel nacional, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) (2018) ha desarrollado informes sobre cómo ha sido tratada la anemia en diferentes regiones y distritos. Así, a nivel regional algunas de las conclusiones que destacan son la importancia de la articulación regional y local y viceversa; el liderazgo y la conducción del Gobierno Regional para lograr una correcta gestión articulada, en ese sentido destacan el rol de las Gerencias Regionales de Desarrollo Social; los incentivos como mecanismos de movilización para la gestión articulada y la política nacional como referente. Este trabajo propone que si bien el liderazgo regional es importante y puede aportar en la lucha contra la anemia, la reducción presentada responde a casos aislados con determinados factores comunes, lo cual explicaría, en parte, su constante variación.

A nivel distrital caben destacar dos artículos del Midis (2018), pues ambos son del departamento de Arequipa, siendo estos el distrito de Majes y el de Chivay, ambos en la provincia de Caylloma. Respecto a Majes se menciona que se constituyó el Comité Multisectorial, se implementaron Centros de Promoción y Vigilancia, se suscribieron compromisos interinstitucionales, se ejecutó y se realizó seguimiento del Plan de Acción a favor Desarrollo Infantil Temprano, se capacitó a actores locales, entre otros, logrando con ello la reducción de la anemia en niños de 6 a 35 meses del 47.9% al 37.8% en el periodo 2015-2018. En contraste, se menciona que en Chivay se expresó un compromiso y voluntad política, se fortaleció la Instancia de Coordinación Local, se realizó seguimiento a los servicios de agua y saneamiento, se fortaleció los Centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria y se implementaron actividades educativas y productivas, logrando con ello la reducción de anemia en niños de 6 a 35 meses del 85.8% al 61% en el periodo del 2016-2018.

Por lo tanto, es posible afirmar que ambos informes le otorgan importancia significativa a las actividades relacionadas con la coordinación, considerando esta desde el ámbito regional hasta el local, enfatizando este último. En ese sentido, sobresalen las acciones orientadas a conseguir una mejor coordinación en el ámbito local y las enfocadas en el monitoreo y la sensibilización. Asimismo, resulta importante que también se incluyan acciones centradas en las causas indirectas de la anemia.

2.1.4 Liderazgo

Por otro lado, y en relación al concepto de liderazgo. Reyes (2007) comenta que para la conducción de equipos de trabajo es fundamental un concepto de liderazgo horizontal, que en ocasiones hay ausencia de liderazgo colaborativo en los centros de salud y que resulta necesaria la implementación de objetivos a mediano o largo plazo, con el objetivo de que no se alteren con la llegada de nuevos jefes de establecimiento.

Sumado a ello, Ayoub (2010) señala que los líderes en la administración pública contribuyen de forma constante en el diseño y en la implementación de políticas públicas y que la forma en la cual ellos interactúan a diario con sus subordinados tiene efectos en los resultados. Es por ello que el papel de los líderes resultaría importante para que la labor de los burócratas de la calle resulte eficiente y para que la eficacia se mantenga en el tiempo.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Cuestiones preliminares

Es necesario definir primero qué es la anemia y en base a la Organización Mundial de la Salud, se puede afirmar que esta es un trastorno mediante el cual el número de eritrocitos en el organismo no es suficiente y por ello la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre se ve afectada, siendo la más común la originada por la carencia de hierro. Otros tipos de anemia se generan por la falta de otros nutrientes como vitamina B12, ácido fólico, entre otros. Este trastorno trae consecuencias importantes tanto para las personas afectadas, sobre todo los niños, como para el país. Efectivamente Zavaleta y Astete – Robilliard (2017) señalan que en la primera infancia la anemia genera un mal desarrollo del hipocampo y de la corteza frontal, un bajo desarrollo motor y déficits cognitivos y conductuales; a la vez que ocasiona la pérdida del 0,62% del producto bruto interno del Perú.

Seguido de ello, debe considerarse lo afirmado por Migdal (2004) respecto al estudio del estado desde la sociedad en términos de proceso, lo anterior debido a que mucho de la implementación de la política estudiada depende de

las interacciones directas del estado con la ciudadanía. En ese sentido es posible afirmar que la imagen del estado que va construyendo la ciudadanía depende de forma considerable de las interacciones experimentadas.

2.2.2 Burócratas

Desde un nivel micro a uno macro, la primera teoría a revisar sería la de los burócratas de la calle. Para Lipsky (1980) los burócratas de la calle son aquellos trabajadores públicos cuya labor implica interacción de forma directa con la ciudadanía y que tienen un alto nivel de discrecionalidad en el desarrollo de sus funciones. En ese sentido el autor menciona que estos burócratas son los que dominan las controversias sobre los servicios públicos, debido a que los debates sobre los servicios del gobierno suelen ser, en esencia, debates sobre la labor que desempeñaron cuando aplicaron aquellos servicios y a que ellos tienen también una influencia considerable sobre la vida de las personas al ser parte del estado y poder influenciar de forma directa en la vida de ellos.

En ese sentido, los burócratas desempeñan un papel importante, pues aparte de ser los encargados de implementar en última instancia las políticas públicas, también son el contacto más directo e incluso el primero que muchos ciudadanos tienen con el Estado. Por ello, una buena labor por parte de estos actores en la implementación de una política pública sería fundamental para lograr que la ciudadanía tenga una mejor percepción del Estado y para que esta política pública obtenga resultados favorables.

Adicionalmente Lipsky (1980) señala que los burócratas de la calle desempeñan su labor en un contexto caracterizado por los altos niveles de discrecionalidad y una relativa autonomía de la autoridad organizacional. El autor comenta que esta discreción no puede reducirse principalmente por dos motivos siendo estos que usualmente el trabajo de estos burócratas es muy complicado para limitarse bajo formatos pre establecidos y que en muchas oportunidades se requiere una respuesta a la dimensión humana de la situación. De esa forma resulta posible afirmar que la discrecionalidad dependerá en gran medida de los criterios y de las perspectivas personales que tengan estos burócratas.

Es importante considerar el contexto en el cual los burócratas de la calle realizan sus funciones. Lipsky (1980) menciona que este contexto se caracteriza por ser uno de condiciones limitadas en lo que respecta al tiempo e información, sumado a ello se señala también la poca claridad de los objetivos y la ausencia de apropiados mecanismos de evaluación. En base a lo anterior es posible afirmar que la labor de los burócratas de la calle se realiza bajo un contexto que resulta en ocasiones adverso, manifestado ello en la limitación de los recursos con los que disponen, adicionalmente se resaltan las dificultades existentes que se tienen para una correcta retroalimentación entre los burócratas de la calle y los gerentes.

Respecto a la rendición de cuentas, Brodtkin (2008) afirma que a través de los mecanismos ya existentes es posible encontrar dimensiones críticas de la organización de estos burócratas que no pueden ser captadas por otros medios, siendo algunos de estos las entrevistas, la dinámica observacional, entre otros. Puede afirmarse que la presente investigación recoge los aportes de Brodtkin, en la medida en que se plantea analizar la labor de los burócratas en las localidades de estudio desde una perspectiva en la cual no se priorizan los datos cuantitativos, sino las dinámicas cualitativas.

Maynard-Moody, Musheno y Palumbo (1990) añaden que los programas implementados con más éxito responden a aquellos que contaron con mayor influencia a nivel de calle en los procesos, sin embargo resaltan que no pueden concluir que esta variable sea suficiente. En ese sentido, es importante mencionar que la presente investigación busca también identificar otros factores considerados como necesarios para una correcta implementación de la política de lucha contra la anemia, con el objetivo también de que esta experiencia de éxito (reducción y constancia) sirva de referente para el diseño de políticas que abarquen al Perú en su totalidad.

Asimismo May y Søren (2018) en un estudio concluyen que los trabajadores sociales se encuentran con mayor disposición a apartarse de las metas nacionales cuando sus directores políticos más cercanos muestran su apoyo a aquella divergencia. En ese sentido, resulta necesario que los líderes

inmediatos de los burócratas manifiesten su respaldo a las directrices de los distintos planes de acción.

Sumado a la anterior idea se encuentra la de las organizaciones intermedias, las cuales tienen, de acuerdo a Freeman (1989), cuatro atributos. Primero, le otorgan cierta autoridad a los regantes; segundo, deben estar conformadas por personas provenientes de la localidad; tercero, establecen acuerdos en equipo; y cuarto, se encuentran en la capacidad de resolver conflictos locales y los desarrollados entre niveles (citado en Romero – López, 2018).

2.2.3 Coordinación

La próxima teoría revisar es la de la coordinación entre agentes estatales. Para Scharpf (1997), quien brinda una definición positiva, la coordinación debe incluir la cooperación entre los agentes involucrados y debe existir también un acuerdo respecto a la meta a realizar (citado en Peters y Mawson, 2016). Peters y Mawson (2016) añaden que una correcta coordinación posibilita que los servicios brindados sean mejores a menor costo y explican algunos de los instrumentos de la coordinación, siendo estos la jerarquía, las redes y la *colaboración*. Es así como una correcta coordinación resulta importante para lograr el éxito esperado de las políticas públicas, pudiendo ser esta analizada desde un enfoque piramidal o partiendo de la base.

Peters (2018) añade que la coordinación es un problema muy serio para la administración pública, pues aparte de registrarse desde hace mucho tiempo, parece no existir algún método estandarizado para abordar esta problemática, dependiendo así de los contextos particulares. Sobre este tema Legendre (2017) comenta que muchas políticas públicas no han podido conseguir el éxito esperado a causa de los problemas de coordinación entre los actores y las instituciones implicadas en ello, por eso, la autora establece la importancia de los instrumentos y de los procesos de evaluación. Por esto, puede afirmarse que los problemas de coordinación también pueden darse desde un nivel micro y que mediante alternativas como la creación de instrumentos y de mecanismos de

evaluación puede conseguirse un mayor grado de coordinación entre los agentes involucrados.

Dentro de los modelos metodológicos existentes para el análisis de la coordinación cabe destacar el de Gray (1989) (citado en Hurtado 2019). Lo que la autora propone es clasificar los factores presentes ya sea en la categoría de “factores de membresía”, encontrándose aquí los actores que forman parte del proceso de coordinación, o en la categoría de “factores de proceso”, siendo esta la que analiza lo referente a la estructura de la toma de decisiones (Gray citada en Hurtado 2019).

Profundizando en este modelo propuesto los factores de membresía serían tres: el involucramiento de todos los actores interesados, la presencia de incentivos para la coordinación y el liderazgo efectivo. Por otro lado, los factores de proceso también serían tres: la estructura de la toma de decisiones, la organización y la centralización en lo relacionado a la coordinación y las relaciones tanto formales como informales entre los distintos actores intergubernamentales (Gray citada en Hurtado 2019).

A causa de que el presente trabajo se centró en lo ocurrido en el nivel micro, los factores priorizados fueron los pertenecientes a la categoría de “membresía”. Lo anterior se debe a que los factores de la categoría “de proceso” abarcan instituciones con injerencia más amplia que las estudiadas y, dentro de un análisis que se centra en las particularidades locales, las dinámicas generales, como las nacionales o incluso las que abarcan a todo el departamento de Arequipa, no aportan cambios significativos entre los casos estudiados.

Navarro (2013) elabora una recopilación literaria sobre la coordinación intergubernamental, en base a ello resulta adecuado agregar al modelo mencionado la categoría de “factores externos” siendo estos dos: los recursos financieros y el interés político (Gage y Mandell citados en Navarro 2013). Para propósito del presente estudio, si bien estos factores pueden encontrarse en cualquiera de las instituciones presentes en el proceso de coordinación, la discusión se centrará en las instuciones con mayor injerencia directa sobre los distritos estudiados.

2.2.4 Liderazgo

Resulta importante también revisar teorías relacionadas con el liderazgo político. Delgado (2004) establece tres significados de liderazgo, el primero corresponde a una cualidad propia, el segundo se refiere a un atributo situacional y el tercero hace referencia a la calidad de comportamiento. Es así como el liderazgo puede analizarse desde diversos enfoques, pudiendo explicarse el éxito de la política mediante un atributo personal e intrínseco de algún líder o por un suceso situacional. Además, Táuler (2015) indica que un líder debe contar con conocimientos, habilidades y experiencias, pero sobre todo debe poder inspirar a los demás a alcanzar el objetivo deseado y que pueden encontrarse en cualquier organización.

Carrada (2003) diseña un modelo de gestión de liderazgo médico en sistemas de salud. Como parte del desarrollo de su modelo incluye fuentes de poder directivo, siendo estas el poder legítimo, el poder experto, el poder recompensa, el poder coercitivo y el poder referente (French y Raven citados en Carrada 2003). Adicionalmente, Carrada (2003) analiza la trayectoria de algunos médicos reconocidos y establece que dentro de las funciones del directivo – líder médico resaltan la buena relación interpersonal entre aquellos doctores y sus demás colaboradores, así como la mejora constante en lo referente a los procesos de organización, destaca también la importancia que la otorga a la inteligencia emocional para poder desempeñar el liderazgo médico de la forma más óptima.

2.2.5 Instituciones rurales y confianza institucional

Escobal (2004) menciona que algunos de los problemas presentes en la mayoría de las instituciones rurales son la insuficiencia en lo referente a los bienes públicos, la separación entre los costos y beneficios, la asimetría de información y los elevados costos de transacción. El autor menciona que los últimos dos problemas pueden observarse también en la ausencia de coordinación entre instituciones de diferentes niveles y en la falta de capacidad de cambio de las mismas frente a la situación que experimenten las zonas rurales.

Sumado a ello Escobedo (2004) también menciona que tanto para la formulación como para la implementación de políticas funciones de forma adecuada, el enfoque debe brindarse a las instituciones y a los actores sociales que mantienen relación con aquellas estructuras (governalidad). De esa forma el autor menciona que para que exista una adecuada gobernabilidad el gobierno debe rendir cuentas, las burocracias deben ser sensibles a las necesidades del entorno, la estructura legal debe ser flexible frente a los cambios y contar con respaldo público, la formulación de políticas debe ser transparente y la sociedad civil debe ser sólida.

Considerando las dificultades por las que atraviesan muchas instituciones en las zonas rurales, ¿cómo pueden las instituciones generar confianza en la población local? El factor confianza resulta relevante a causa de que permite que la ciudadanía se acerque a los establecimientos de salud cuando lo requiera y posibilita que haya más probabilidades de que sigan las recomendaciones brindadas.

Sobre este aspecto, Rothstein y Stolle (2001) elaboran un teoría institucional sobre la confianza generalizada en la cual concluyen que la estructura con la que cuentan las instituciones es un factor importante para el desarrollo de la confianza. En efecto, los autores establecen la existencia de fuertes conexiones entre la imparcialidad percibida en las instituciones con la confianza en el sistema, así como que la confianza puede variar de acuerdo a la observación que los ciudadanos realicen de sus conciudadanos y que el haber experimentado algún tipo de discriminación tiene un efecto negativo en los niveles de confianza.

En este contexto experiencias de actos percibidos como injustos, la presencia de desigualdades, entre otros, ocasionarán que determinadas instituciones no puedan desarrollar sus actividades de la forma más óptima.

CAPÍTULO III: SALUD Y ANEMIA EN AREQUIPA

3.1 Organización de la salud

De acuerdo a la Ley de Bases de la Descentralización (2002) la salud pública es una competencia compartida por los tres niveles de gobierno. Tiempo después el Ministerio de Salud (2005) aprobó el Plan de Mediano Plazo 2005 - 2009, con el cual comenzó a transferir facultades a los Gobiernos Regionales. De acuerdo a los lineamientos planteados en aquel documento, es posible afirmar que en términos generales las instituciones que forman parte de la estructura general de las direcciones regionales de salud puede simplificarse en tres: dirección regional de salud, dirección de red de salud y microrred de salud (2005).

A nivel departamental y en la provincia constitucional del Callao la máxima institución de salud son las Direcciones Regionales de Salud (Diresa), estando estas a cargo de los Gobiernos Regionales. Sin embargo, debe mencionarse que en algunos departamentos se ha desagregado el ámbito de acción en la medida en que existen también DireccionesSub Regionales de Salud. De esa forma, para los establecimientos de salud que funcionan dentro del ámbito de acción de estas DireccionesSub existiría una jerarquía de tres instituciones para llegar a la Diresa departamental. Por otro lado en Lima Metropolitana la labor también se encuentra geográficamente desagregada, siendo las instituciones a cargo, en este caso, las Direcciones de Redes Integradas de Salud (Diris), estando ellas relacionadas directamente con el Ministerio de Salud (Digemid).

Así, los departamentos donde la actividad se encuentra un poco más desagregada son Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Lima y Piura. A excepción de Cajamarca y Lima, los demás departamentos solo tienen una DirecciónSub Regional o equivalente institucional, siendo estos Bagua en Amazonas, Chanka - Andahuaylas en Apurímac y Sullana en Piura. Por otro lado los casos de Cajamarca y Lima son más excepcionales debido a que en Cajamarca existen tres DireccionesSub Regionales (Chota, Cutervo y Jaén), mientras que en Lima existe una Diresa cuyo ámbito de acción abarca a todas las provincias de Lima

a excepción de la provincia capital, entre tanto que en la ciudad de Lima se han establecido tres diris (Lima Este, Lima Sur y Lima Ciudad).

En contraste con los departamentos señalados con anterioridad, en los que es posible apreciar la creación nuevas instituciones intermedias con el objetivo, entre otros, de desagregar territorialmente el ámbito de operación de las mismas, existen también departamentos donde se ha evitado la creación de numerosas instituciones de este nivel, repercutiendo ello en una mucho mayor centralización de la organización de la salud. De esa forma, en los departamentos de Madre de Dios, Tacna y Tumbes solo existe una red de salud a nivel departamental, estando estas por lo tanto una institución superior a todas las microrredes presentes en cada uno de estos tres departamentos (Minsa EESS en Madre de Dios, Tacna y Tumbes).

La organización de la instituciones de salud presentes en Arequipa puede catalogarse como la predominante del país. Lo anterior debido a que cuenta con una diresa que tiene a su cargo más de una red de salud, teniendo estas a su vez microrredes de salud a cargo. La última institución de esta cadena sería la de los establecimientos de salud, pudiendo ser estos puestos o centros y dependiendo ellos de forma directa de la microrred en la que se encuentren. Cabe mencionar que existen establecimientos, como los hospitales, que pueden no estar a cargo de ninguna red o microrred de salud.

De esa forma en Arequipa cuenta con una diresa, con cuatro redes de salud y con 48 microrredes en total. Siendo la red de salud de Arequipa – Caylloma la que cuenta con el mayor número de microrredes (29) y la red de salud de Islay la que tiene la menor cantidad (3). La red estudiada en el presente trabajo es la de Castilla – Condesuyos – La Unión, la cual cuenta con ocho microrredes y con 53 establecimientos de salud, siendo 11 de ellos centros y 42 puestos (Minsa EESS – Arequipa). Asimismo, las microrredes estudiadas son tres: Pampacolca, Andagua y Chuquibamba.

Comenzando por la microrred de salud de Pampacolca, esta opera solamente dentro de la jurisdicción del distrito que lleva el mismo nombre y en cuento a los establecimientos de salud que tiene a cargo, estos son tres. Dos de estos establecimientos de salud son puestos y uno de ellos centro. Los puestos

se ubican en anexos del distrito mientras que el centro en el principal centro poblado (Minsa EESS – Arequipa).

Siguiendo con la microrred de salud de Andagua, esta abarca las jurisdicciones de cinco distritos: Ayo, Chachas, Orcopampa, Andagua y Chilcaymarca, siendo este último el estudiado. En base a ello, cuenta con una mayor cantidad de establecimientos de salud a cargo, siendo estos seis de acuerdo a la información señalada por el Minsa en lo que respecta a los EESS en Arequipa, donde dos de ellos son centro de salud ubicados en Andagua y en Orcopampa, mientras que el resto son puestos de salud, establecidos cada uno en un distrito de la microrred con excepción de Orcopampa. Sin embargo, esta información contrasta con la recolectada en las visitas de campo, puesto que ahí se conoció que en el distrito de Chilcaymarca existen dos puestos de salud en lugar de uno, ubicados estos uno en el principal centro poblado del distrito y el otro en un anexo.

En tercer lugar la microrred de salud de Chuquibamba realiza sus funciones dentro de la jurisdicción de seis distritos: Chichas, Salamanca, Andaray, Yanaquihua, Chuquibamba e Iray, siendo este último el distrito estudiado. Para poder abarcar la totalidad del territorio la microrred cuenta con diez establecimientos de salud, siendo dos de ellos centros ubicados uno en Yanaquihua y el otro en Chuquibamba y el resto puestos donde solo uno de ellos se encuentra en el distrito de Iray (Minsa EESS – Arequipa).

De acuerdo a la Gerencia Regional de Salud de Arequipa tanto el distrito de Chilcaymarca como el de Iray se ubican a cinco kilómetros del centro de salud más cercano, siendo estos los centros de Orcopampa y Chuquibamba respectivamente. Es necesario mencionar que para la investigación se analizaron los establecimientos de salud situados en los principales centros poblados de cada distrito.

3.2 Programas contra la anemia infantil

En Perú el tema de la reducción de la anemia infantil ha sido tratado desde hace más de una década mediante la promulgación de diferentes planes o

estrategias nacionales. Efectivamente, un ejemplo de ello se da en 2007 cuando la Presidencia del Consejo de Ministros promulgó la Estrategia Nacional CRECER, pues algunos de los objetivos de la estrategia contemplaban la extensión de la prestación de servicios de nutrición integrales en niños y gestantes, a la vez que se propuso mejorar prácticas alimentarias partiendo de la interculturalidad de la localidad. Asimismo, diversos ministerios como el Ministerio de Salud (Minsa), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Mimp), el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) y el Ministerio de Agricultura y Riego (Minagri) también han venido promulgado diversos planes tanto nacionales como sectoriales cuyos objetivos influyen de forma directa en una mejorar nutrición o en la reducción de la anemia infantil (anexo 8).

Sin embargo para el presente trabajo los planes nacionales a destacar son dos. Uno de esos planes es el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia (Midis 2018) y el Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017 – 2021 (Minsa 2017). Así mismo, en un ámbito más específico, se destaca el Plan de Acción: control de la anemia en la región Arequipa (Gerencia Regional de Salud Arequipa 2017).

Respecto al plan multisectorial se le consideró también debido a que este parte de una concepción multicausal de la anemia, siendo esta su premisa para luchar contra ella en base a acciones coordinadas entre 14 ministerios, los tres niveles de gobierno y actores estratégicos como líderes comunales, ONGs, medios de comunicación y empresas del sector privado. Por ello, lo propuesto por este plan también se utiliza para analizar lo sucedido en los tres ámbitos locales estudiados. El segundo de los planes nacionales señalados corresponde a uno elaborado por el Ministerio de Salud y su inclusión se debe a que el presente trabajo se enfoca en el actuar de las instituciones correspondientes a este ministerio, partiendo desde la institución que otorga directamente el servicio y siguiendo por una trayectoria organizacional ascendente. Sumado a ello, y en base a la descentralización del servicio de salud, resulta importante también revisar lo promulgado por el departamento de Arequipa.

Partiendo del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia (Midis 2018), este tiene como propósitos la prevención y reducción de la anemia infantil

enfocándose en la población menor de tres años, gestantes y mujeres adolescentes. Todo ello mediante el trabajo articulado de distintos ministerios y entre los diferentes niveles de gobierno. Entre las acciones concretas que este plan presenta se encuentran la atención materna desde el primer trimestre de embarazo, la lactancia materna exclusiva, la suplementación a partir de los cuatro meses y las visitas domiciliarias.

Por ello es posible afirmar que el mencionado plan destaca el elemento de la coordinación entre distintas instituciones. De esa forma, esta coordinación puede darse tanto de acuerdo a un nivel jerárquico como entre distintas instituciones de un mismo nivel. Respecto a las visitas domiciliarias que el plan contempla debe mencionarse que su ejecución resulta mucho más factible en distritos como los estudiados debido a su relativamente poca densidad poblacional.

Adicionalmente, el Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017 – 2021 (Minsa 2017) tiene como público objetivo a los niños menores de tres años, a los padres de estos niños, a las mujeres gestantes y en periodo de lactancia y a las mujeres adolescentes. Entre sus principales objetivos se encuentran la suplementación con hierro, la mejora de las prácticas alimenticias, las intervenciones entre varios sectores estratégicos y el seguimiento de las intervenciones que se realizarán.

Por lo tanto el Minsa propone actividades enfocadas en las tres variables propuestas por el presente estudio: burocracia de la localidad, coordinación entre diversos actores y campañas de sensibilización. Asimismo es interesante como propone medidas enfocadas en la institucionalización de las prácticas, siendo ejemplo de ello el monitoreo y seguimiento de actividades.

Por su lado el Plan de Acción: control de la anemia en la región Arequipa (Gerencia Regional de Salud Arequipa 2017) plantea el fortalecimiento de las intervenciones de las microrredes, el fortalecimiento de las capacidades de los trabajadores de las redes de salud y de las microrredes, la acción comunicativa en materia de salud entre trabajadores de salud y las familias y mejorar la infraestructura sanitaria.

El departamento de Arequipa por su lado propone acciones enfocadas en los tres niveles que existen en cuanto a las instituciones de salud. Así desde el ámbito local destacan las actividades a realizar por los trabajadores de los establecimientos de salud, como la identificación de los menores con anemia, además plantea también la elaboración de distintos talleres con el propósito de capacitar a estos trabajadores y desde un nivel más macro señala lo referente a la infraestructura.



CAPÍTULO IV: HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

4.1 Burócratas en la localidad

Es importante comenzar este apartado señalando que en lo referente a “burócratas en la localidad” están presentes dos categorías: burocracia de la calle y burocracia intermedia. Asimismo, a causa de las características socioeconómicas de los distritos seleccionados debe considerarse que los tres son destinos para la realización del Serums, lo cual repercute de forma directa en la estabilidad de las personas que trabajan en los establecimientos de salud y, en consecuencia, demanda de un adecuado nivel de institucionalidad para que las prácticas empleadas puedan ser constantes a lo largo del tiempo.

La burocracia de la calle puede encontrarse en los casos estudiados tanto en los establecimientos de salud como en las municipalidades distritales. Sin embargo debido a que la mayor concentración de burócratas de la calle que trabajan de forma directa a favor de la reducción de la anemia se encuentran en los establecimientos de salud, el análisis realizado se enfoca en las personas que trabajan en esta institución. A causa de ese motivo además, la burocracia intermedia analizada es aquella que labora en las instituciones ubicadas a nivel medio entre los establecimientos de salud y la diresa de Arequipa.

Mencionado lo anterior primero se explicará lo relacionado a la burocracia de la calle y luego de ello lo referente a la burocracia intermedia, siendo en este caso la manifestada en quienes trabajan a nivel de la microrred de salud. En ese sentido los aspectos que se analizaron a profundidad para esta sección fueron: estabilidad en el cargo, rutinas, recursos disponibles, incentivos y vigilancia a la labor realizada.

4.1.1 Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (Serums)

La estabilidad en el puesto se consideró como un aspecto a estudiar debido a que los tres distritos son destinos del Serums. Por ello se consideró importante analizar cómo ha influido el cambio constante de personal en el cumplimiento de objetivos.

Los resultados demostraron que en términos de volatilidad expresada en porcentaje se puede dividir a los distritos en dos categorías. Así por un lado se encontraría Chilcaymarca con el 80% de volatilidad en su puesto de salud, ya que de las cinco personas que se encuentran en el lugar, solo una no pertenece al Serums. Por otro lado estarían Pampacolca e Iray debido a que la volatilidad en estos distritos se sitúa entre el 24 – 25% respectivamente, con aproximadamente seis personas laborando por Serums en Pampacolca y con solo una en Iray.

Lo anterior demuestra que en Chilcaymarca la permanencia en el cargo es sumamente reducida, pudiendo ser ella una causal para que el distrito experimente cambios constantes en los niveles de anemia cada año, sobretodo si se carecen de practicas institucionalizadas. Por ello la institucionalización de medidas enfocadas en el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo, así como de mecanismos de control y vigilancia resultan fundamentales para que las políticas a implementar no dependan en esencia del actuar del personal de salud.

4.1.2 Rutinas

A grandes rasgos los tres distritos demostraron rutinas similares en lo que respecta a la anemia infantil. Estas rutinas son en esencia las descritas en los planes nacionales señalados con anterioridad siendo algunas de ellas la asistencia a la madre de familia desde el momento del embarazo, el control de salud una vez al mes para el recién nacido hasta el año y que se van reduciendo a medida que el o la menor crece, la administración del sulfato ferroso o micro nutrientes a las madres de familia desde los cuatro meses y el tamizaje a los seis meses. Sin embargo, es importante señalar que lo anterior es una generalización de cómo se realiza la labor cotidiana y existen pequeños cambios en ellas efectuadas en cada distrito.

A su vez las microrredes han adoptado estrategias contempladas en el plan de acción promulgado por el gobierno regional de Arequipa (2017), siendo algunas de ellas los barridos en las microrredes para visitar a los niños en caso de que no asistan a sus controles de salud, las sesiones demostrativas para

capacitar a la población local en temas de nutrición y el radar de menores con anemia para identificar de forma precisa a los menores afectados.

Las prácticas mencionadas guardan relación directa con lo propuesto por los planes nacionales y regionales de lucha contra la anemia, pero si todos manifestaron una rutina similar ¿qué acciones determinarían la diferencia de los resultados en los distritos estudiados? Con el objetivo de discutir ello, a continuación se analizarán tres aspectos más.

4.1.3 Recursos disponibles

En lo que concierne a los recursos se establecieron dos categorías principales de análisis, efectivamente una de ellas es la de tiempo y personal y la otra es la infraestructura e insumos.

En cuanto al recurso del tiempo, este es similar en los tres distritos debido a que por lo general hay poca demanda de atención médica. Sin embargo debe considerarse que el personal de salud también realiza visitas domiciliarias de manera ocasional lo cual reduce de forma directa el recurso de tiempo y varía de acuerdo a criterios como la distancia, el transporte con el que se cuente y la distribución de visitas por persona. Adicionalmente en los tres distritos se mencionó que el trabajo administrativo es uno de los que más tiempo demanda, debido a que primero se deben llenar formatos manuales (HISS) de todas las labores y de ahí digitalizarlo.

En contraste, y en lo que respecta al personal presente, es posible agrupar los resultados en dos grupos. Así por un lado Pampacolca es el distrito con mayor cantidad de personal, contando con más de diez personas en el centro de salud y con especializaciones no disponibles en los otros distritos como servicios de nutrición y psicología. En contraste Chilcaymarca e Iray cuentan con un personal mucho menor siendo este cinco y cuatro personas respectivamente. En cuanto a servicios, Chilcaymarca ofrece tres: odontología, medicina y obstetricia, mientras que Iray solo los dos últimos mencionados.

A nivel de instalaciones también resulta posible agrupar la información recolectada en dos grupos. De esa forma por un lado se encuentra Pampacolca siendo este el único distrito que cuenta con un establecimiento de salud,

determinado así por cuestiones de infraestructura y cantidad de personal. En contraste por otro lado se sitúan los distritos de Chilcaymarca e Iray, debido a que en ambos solo hay puestos de salud, por lo que la infraestructura de estos establecimientos de salud es comparativamente más pequeña respecto a Pampacolca.

En lo que concierne a insumos se presentarán dos categorías diferenciadas. Efectivamente una de ellas es la de medicamentos y la otra es disponibilidad de tecnología. Sobre los medicamentos no se reportaron complicaciones más allá de pequeñas demoras en algunas oportunidades producto de la situación de las carreteras en temporada de lluvias o semejantes. Sin embargo, se resaltó que pese a ello en ningún caso generaron algún efecto contraproducente considerable en los tratamientos de anemia infantil.

En cuanto a la disponibilidad de tecnología debe mencionarse que Iray tiene algunas dificultades para el acceso a internet, dependiendo ella del momento del día y de la ubicación exacta en la que uno se encuentre. Por lo tanto lo anterior puede interferir con el registro o el traspaso de información sistematizada. En contraste los otros dos distritos no presentaron dificultades similares, adicionalmente la sistematización de información se presentó como una actividad practicada en los tres establecimientos.

Otro aspecto a considerar dada la práctica institucionalizada de realizar visitas domiciliarias y las condiciones geográficas de los tres distritos (sierra rural, con muchos centros poblados) es el transporte. Sobre los medios de movilización, son los vehículos motorizados los que predominan, sin embargo se manifestó también la presencia de dificultades para el uso de dicho transporte por parte de algunos trabajadores de los establecimientos. Lo anterior por lo tanto repercute de forma directa en la realización de las visitas domiciliarias debido a que la eficiencia de esta actividad se verá reducida si se deben atravesar por dificultades como buscar mediante qué medio de transporte cumplirán con las visitas, pudiendo incluso realizarlas sin transporte alguno. De esa forma resulta posible argumentar que el factor distancia y falta de asequibilidad puede tener influencia en la no eliminación de la anemia para ciertos sectores.

En base a lo anterior puede afirmarse que los recursos de tiempo e insumos son similares en los tres distritos estudiados. En contraste los recursos donde se encuentran las mayores diferencias son los referentes al personal y la infraestructura, pudiendo establecerse a grandes rasgos dos categorías diferenciadas. Así Pampacolca se encontraría en una de ellas con una mayor oferta de servicios, mayor cantidad de personal e infraestructura más amplia, contrastando con los distritos de Iray y Chilcaymarca con menor oferta en lo que concierne a servicios de salud, menor cantidad de personal e infraestructura más pequeña. Asimismo, debe mencionarse que estos dos últimos distritos no presentan diferencias significativas entre ellos en lo que concierne a los aspectos señalados.

4.1.4 Incentivos

Se debe comenzar mencionando que el presupuesto asignado ocasionalmente se considera como una dificultad, en la medida en que si bien cada año se piden avances en los temas de salud, el presupuesto no varía de forma considerable. De esa forma la mayoría de los incentivos que se otorgan a los trabajadores de los establecimientos de salud en los distritos señalados se basan en resoluciones o reconocimientos similares provenientes sobretudo de la microrred local.

Sin embargo la microrred de Pampacolca, al ser este un importante caso de éxito a nivel de Arequipa en lo que concierne a la reducción de la anemia infantil, recibió incentivos por parte de la red de salud de Castilla - Condesuyos - La Unión y por parte del Gobierno Regional de Arequipa. Entre los incentivos otorgados se encontraron equipos para el dosaje de anemia y un vehículo motorizado para las visitas domiciliarias.

En base a ello la situación en cuanto a incentivos otorgados por la microrred local pueden describirse como similares y sobretudo simbólicos en los tres casos de estudio. Dándose el principal contraste a niveles institucionalmente superiores (redes de salud o Gobierno Regional) como reconocimiento luego de presentar avances considerables en la reducción de la anemia infantil. De esa forma, si bien la microrred de Pampacolca se diferencia de las otras dos por

haber recibido estos incentivos materiales, estos fueron otorgados luego de la reducción, por lo cual su influencia o no se limita a la que pudieron ejercer para la constancia de los bajos niveles de anemia una vez alcanzados.

4.1.5 Vigilancia y control

Debido a que el centro de salud de Pampacolca es la sede de una microrred, mientras que los puestos de salud de Chilcaymarca e Iray pertenecen a una microrred mayor, los mecanismos de control y vigilancia a la labor de las personas que trabajan en los establecimientos de salud varían.

Comenzando por los aspectos en común, es posible mencionar que en los tres casos se presenta un informe mensual a la institución superior siguiente (microrred o red), encontrándose la variante en las supervisiones presenciales. De esa forma en los dos puestos de salud estudiados (Iray y Chilcaymarca), las supervisiones presenciales por parte de la institución inmediatamente superior (la microrred) se da una vez al mes en el caso de Iray y una vez cada tres meses en el caso de Chilcaymarca.

Lo anterior puede deberse principalmente a la distancia en la que se encuentra cada distrito respecto a la sede de la microrred a la cual pertenecen, siendo unos 5 kilómetros en el caso de Iray y unos 35 en el caso de Chilcaymarca, adicionalmente debe mencionarse que las vías de comunicación que conectan cada uno de estos distritos con su respectiva microrred son similares, aunque por la ubicación de Iray respecto a Chuquibamba el trayecto resulta considerablemente más sencillo.

En contraste, en Pampacolca la situación es diferente, pues es posible observar una supervisión presencial considerablemente mayor entre las dos instituciones mencionadas (establecimiento de salud y microrred) en comparación a la existente en los otros dos casos. Sin embargo, ello se debe principalmente a que el centro de salud del distrito es la sede de la microrred, siendo importantes también factores como la poca cantidad de establecimientos de salud que abarca toda la microrred (tres) y la no muy extensa área de cobertura de la misma (solo abarca al distrito de Pampacolca).

En ese sentido resulta necesario considerar también el control y la vigilancia que se da sobre la microrred de Pampacolca en general, siendo así el único de los tres casos donde la red de salud tiene influencia directa sobre el establecimiento médico. En efecto, en cuanto a las supervisiones presenciales, estas son realizadas dos veces al año por parte de la institución inmediatamente superior a la microrred (la red), adicionalmente, otro mecanismo empleado por parte de las instituciones superiores incluyen el establecimiento de reuniones mensuales tanto en Aplao (sede de la red de salud) como en Arequipa.

De esa forma es posible afirmar que en Pampacolca la institución inmediatamente superior al establecimiento de salud (la microrred) supervisa de forma mucho más constante las actividades del establecimiento de salud en comparación con los otros dos casos. Sumado a ello, las acciones realizadas por la red de salud encuentran en Pampacolca una mayor injerencia en términos comparativos, al ser ellas directas y constantes.

4.2 Coordinación

4.2.1 Factores externos

En concordancia con lo explicado en el apartado “2.2.3 Coordinación” a continuación se analizarán los dos factores externos del proceso de coordinación que se encuentran en las instituciones con influencia directa sobre los distritos estudiados. La procedencia de estos factores está determinada por las instituciones nacionales y regionales, para lo referente a la asignación de presupuesto, y del contexto político y social, para lo concerniente al interés político que se le brinda.

De esa forma, y comenzando por los recursos financieros, debe señalarse que estos no han variado de manera significativa en los últimos años en la red de salud estudiada. Asimismo dentro de la región de Arequipa la distribución del presupuesto depende de factores como la cantidad de población a la cual se le brindará el servicio por lo cual la red de Arequipa – Caylloma es la que cuenta con una mayor asignación presupuestal. La relativa constancia en la asignación de recursos por parte de instituciones jerárquicamente superiores hacia las

demás instituciones, imposibilita en parte que la red de salud de Castilla – Condensuyos – La Unión, pueda aumentar de forma significativa los recursos que le asigna a cada microrred que forma parte de la misma.

Una posible consecuencia de ello es que a nivel de microrredes, por ejemplo, la implementación de incentivos monetarios a favor de las personas que destacan en su labor en los distintos establecimientos de salud resulta muy difícil de realizar. Adicionalmente, ello repercute también en las iniciativas surgidas dentro de los establecimientos de salud en lo referente a la adquisición de nuevos instrumentos para el combate a la anemia infantil.

Por otro lado el interés político en lo que respecta a la reducción de la anemia infantil ha quedado manifestado en diversos documentos. En efecto, algunos de estos son el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia (Midis 2018), el Informe de Adjuntía 012 – 2018 de la Defensoría del Pueblo y el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 – 2021 (Minsa 2017). Sumado a ello el departamento de Arequipa mediante la Ordenanza Regional 377 (Gobierno Regional de Arequipa 2017) declaró a la anemia materno infantil con énfasis en los menores de entre 6 y 35 meses como un asunto de interés regional prioritario.

Adicionalmente, y desde un ámbito local, en las municipalidades distritales estudiadas el tema de la anemia infantil se manifestó como uno relevante para las gestiones actuales. Por ello es posible afirmar que el interés político que se tiene en lo concerniente a la reducción de la anemia es bastante considerable en todos los niveles de gobierno.

Sobre los factores externos es posible realizar dos afirmaciones. La primera de ellas es que los recursos financieros se mantienen bastante estables en rasgos generales incluso también a nivel local. La segunda afirmación es que, en contraste, el interés por la reducción de la anemia infantil se mantiene continuo y en alza, manifestándose este a través de planes nacionales, informes o declaraciones de representantes del estado.

4.2.2 Factores de membresía

Siguiendo con los factores de membresía, estando aquí presentes los actores que forman parte del proceso de implementación de la política pública (Gray citada en Navarro 2013), se analizarán la inclusión de todos los actores interesados, los incentivos para la coordinación y el liderazgo efectivo. Empero, y debido a que el liderazgo efectivo es considerado para el siguiente trabajo como una variable transversal, este será analizado de manera individual en el apartado “4.4 Liderazgo”.

Sobre la inclusión de todos los actores interesados debe mencionarse que desde el Gobierno Central se han promulgado planes nacionales que parten desde una concepción multicausal de la anemia. En efecto, una muestra de ello es que el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia (Midis 2018) incluye a grandes rasgos a tres sectores principales siendo estos la sociedad civil, el sector privado y el sector público.

Si se analiza la cantidad de actores pertenecientes a cada sector se tiene que en primer lugar se encuentra el grupo de la sociedad civil debido a que este se conforma, en esencia, por líderes comunales. Seguido de ello el sector privado se encontraría conformado por ONGs, medios de comunicación y empresas, siendo en consecuencia el sector público el más amplio en lo que concierne a cantidad de actores. Efectivamente este último abarca a los tres niveles de gobierno, considerando a nivel nacional la participación de 14 ministerios (Midis 2018).

Sin embargo, y si bien abordar la anemia desde un enfoque amplio resulta necesario para su correcta erradicación, en ninguno de los tres distritos estudiados se evidenció el involucramiento de tantos actores como los señalados.

Partiendo desde la sociedad civil no se identificaron líderes comunales que tuvieran injerencia especial en la reducción de la anemia infantil. Siguiendo con el sector privado, en ninguno de los distritos se encontraron ONGs que tengan acciones directas sobre la nutrición de los menores de tres años, sin embargo una primera diferencia se da en lo que respecta a los medios de

comunicación. Lo anterior se debe a que en el distrito de Pampacolca una forma de sensibilizar a la población es también a través de la radio.

La diferencia más significativa, sin embargo, se da en lo referente a las empresas privadas. En Perú mucha actividad económica depende de la exportación de materias primas, en ese sentido las empresas mineras como parte de la responsabilidad social también pueden influir de alguna forma en la reducción de la anemia infantil. De los distritos seleccionados solo en Chilcaymarca se da este caso a causa de cercanía con el distrito de Orcopampa. Es de esa forma como sólo ahí se indicó que existe una persona contratada por la empresa minera en el principal puesto de salud del distrito, siendo ella también la única persona con relativa estabilidad en el cargo, pues todas las demás se encuentran en el puesto de salud por motivo del Serums. En contraste ni en Pampacolca ni en Iray se evidenciaron injerencias tan significativas o directas por parte de empresas privadas en acciones que pueden reducir la anemia infantil.

Pasando al sector público primero se analizará la presencia y acción de instituciones nacionales en los distritos de estudio. De esa forma, de los ministerios incluidos en el plan multisectorial se observó la presencia de tres de ellos, siendo estos el Ministerio de Educación (Minedu), el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) y el Ministerio de Salud (Minsa).

Comenzando por el Minedu, las acciones que realiza en pro de la reducción de la anemia infantil se centran en el apoyo a las campañas de sensibilización a través del préstamo de instalaciones educativas para que estas puedan ser empleadas como locación. Adicionalmente, desde los establecimientos educativos a veces se solicitan despistajes de anemia antes del inicio del año escolar.

Por otro lado el Midis apoya a través de sus programas existentes, aunque debe mencionarse que el único programa que está presente en los tres distritos y que puede influir de forma directa en la lucha contra la anemia es Qali Warma, para los menores en edad escolar.

Respecto al Minsa se pudo observar una mayor injerencia de este ministerio en lo que concierne a la lucha contra la anemia, debido a que en primer lugar los establecimientos de salud están presentes en los tres distritos. Además

es desde ellos que se organizan y realizan las visitas domiciliarias, los tratamientos y la mayoría de los tamizajes, a la vez que son los encargados de capacitar a la población local sobre a la anemia. Sin embargo debe reconocerse que el Minsa no podría ejercer sus funciones de forma óptima si actuara como un actor aislado, por ello es necesario considerar también la intervención de los otros niveles de gobierno.

Es necesario mencionar que los gobiernos de ámbito mayor al local no fueron considerados como actores con una participación activa y constante en ninguno de los distritos de estudio en lo referente a la lucha contra la anemia infantil. Por ello la prioridad se dio en la participación del gobierno municipal, en ese sentido el aporte que representan los municipios se basa en reuniones coordinadas con los establecimientos de salud para el desarrollo de proyectos conjuntos, siendo ellos principalmente las campañas de sensibilización y la adquisición de insumos de suplementación en hierro, entre otros.

Sobre el involucramiento de todos los actores interesados puede afirmarse que en los distritos estudiados solo un pequeño porcentaje de los mismos participa de forma significativa en la reducción de la anemia infantil. Asimismo, tanto en el grupo de la sociedad civil como el sector público, el involucramiento de los actores es similar en los tres distritos, siendo por un lado inexistente en cuanto a la participación de la sociedad civil y con una participación del sector público bastante reducida por parte de las instituciones nacionales, a excepción del Minsa, y con mayor participación del gobierno local.

Por otro lado, las principales diferencias se deben al sector privado. Lo anterior debido a que mientras en Pampacolca se utilizan los medios de comunicación para sensibilizar a la población local, en Chilcaymarca la minera Buenaventura (con sede principal en Orcopampa) viene contratando a la única persona relativamente estable en el principal puesto de salud.

Prosiguiendo con los incentivos para la coordinación, Weiss (1987) señala que las instituciones públicas apoyan la coordinación intergubernamental por la similitud en sus valores profesionales, por la búsqueda de solución a los problemas compartidos, por la reducción de incertidumbre y por lo establecido de acuerdo a la legislación (citado en Navarro 2013).

Si bien en algunas de las instituciones estudiadas se manifestó la presencia de discrepancias entre las personas que trabajan dentro de la misma, estas no se indicaron ni constantes ni significativas para el impedimento de un óptimo desempeño laboral.

Adicionalmente, la anemia infantil en menores de tres años afecta a más del 40% de estos niños, por lo cual es considerada un problema de salud pública grave a nivel nacional. Enfocando lo anterior a los casos estudiados, tanto en Chicaymarca (40%) como en Iray (45.5%) los niveles de anemia en este sector de la población permiten afirmar que en ambos distritos la anemia en menores de tres años es un problema de salud pública grave, siendo la excepción Pampacolca (15.5%). Empero, y si bien los porcentajes que presenta Pampacolca hacen de la anemia un problema de salud pública leve (del 5% al 19,9%), en el distrito se ha manifestado la intención de no incrementar los niveles actuales y en incluso de seguir reduciéndolos. Por lo tanto, en los tres casos estudiados se busca implementar soluciones frente a lo que la anemia infantil representa para cada uno de ellos.

Los Reglamentos de Organización y Funciones (ROF) son documentos normativos de gestión institucional mediante los cuales se establecen las distintas funciones de cada entidad, se asignan responsables, entre otros (PCM 2006). De esa forma, algunas de las funciones que se establecen se relacionan de forma directa con la coordinación, siendo esta tanto entre órganos diferentes de la misma institución o entre distintas instituciones (PCM 2006). Además, la normatividad del ROF hace referencia al hecho de que este documento es parte de una norma pública que debe ser ejecutada de manera imprescindible por parte de la institución que lo promulgue (PCM 2007).

Documentos como el mencionado permiten que no se sobrepogan funciones, lo cual repercute en la reducción de incertidumbre sobre las actividades a realizar. Sumado a ello, tanto entre las instituciones presentes dentro del ámbito local, como entre las instituciones de distinta jerarquía que se relacionan con el servicio de salud, se establecen reuniones constantes con el propósito de compartir información sobre la situación actual de salud, buscar

soluciones óptimas frente a los problemas que se presenten y coordinar labores tanto compartidas como específicas.

De esa forma puede afirmarse que los incentivos para la coordinación se encuentran presentes en los tres casos estudiados. Asimismo cabe mencionar que si bien algunos elementos referidos presentan variaciones entre los tres casos, siendo estos la presencia de discrepancias, los niveles de anemia y la constancia de las reuniones a nivel local, estas diferencias no demostraron tener efectos favorables o adversos significativos entre los tres distritos.

Una vez analizados los dos factores anteriores, resulta importante también analizar el liderazgo efectivo, el cual se desarrolla en el apartado “4.4 Liderazgo”. Para ello se considerará con mayor profundidad su presencia en lo que corresponde al sistema de salud, debido a que si bien se observó una mayor injerencia por parte de los establecimientos de salud en la lucha contra la anemia infantil a nivel local, no se puede evaluar su accionar de forma aislada, sino que también se deben considerar a las principales instituciones que influyen de forma más directa en estos establecimientos, siendo estas las microrredes.

4.3 Sensibilización

Para analizar la campañas de sensibilización resulta necesario considerar tanto las campañas de sensibilización emprendidas en los distritos como la confianza institucional que tiene la ciudadanía local.

4.3.1 Campañas de sensibilización

Las campañas de sensibilización que más predominan en los distritos son la consejería nutricional y las sesiones demostrativas, pudiendo ser ellas sobre el lavado de manos o sobre la preparación de alimentos con alto contenido en hierro. Estas son dirigidas en su mayoría por personal de los establecimientos de salud o por personas capacitadas directamente por ellos, asimismo son realizadas en diferentes locaciones como el mismo establecimiento de salud, centros comunales o instituciones educativas.

En algunos casos, como el de Pampacolca, se dan también campañas de sensibilización con dinámicas de concurso, en las cuales se otorgan distintos incentivos para algunas de las personas que asistan a las mismas. Efectivamente, como ejemplo de ello se encuentran campañas enfocadas en la importancia y exclusividad de la lactancia materna hasta los seis meses donde se premia con alimentos, entre otros, a las madres de los niños que más lacten. Adicionalmente, otro recurso que emplea este distrito con el propósito de abarcar la mayor cantidad de población posible es la difusión radial.

Por otro lado la asistencia a las campañas presenciales resulta una variable muy cambiante, pudiendo depender de diversos factores. Sin embargo, en promedio la asistencia a nivel de los tres distritos ha sido relativamente baja, en ese sentido la iniciativa de realizar campañas de sensibilización tipo concurso puede resultar una buena manera de atraer más la atención de la ciudadanía local, incrementando de esa forma su asistencia a las mismas.

En base a lo anterior es posible afirmar que las campañas de sensibilización emprendidas, así como la asistencia a las mismas resultan similares en los tres distritos analizados. Dándose el contraste en la implementación de campañas tipo concurso donde la población asistente puede ganar diferentes incentivos y en la divulgación de información para concientizar a la ciudadanía sobre este tema a través de la radio local en Pampacolca.

4.3.2 Confianza institucional

La confianza institucional resulta fundamental no solo para que la ciudadanía tenga una mejor concepción del estado al cual pertenece, sino también para que determinadas prácticas promovidas por el estado se consoliden en la población. En ese sentido, una forma de medir la confianza en el gobierno, y en consecuencia en las instituciones que forman parte de él es la desigualdad. Adicionalmente, otra forma de analizar la confianza institucional es a través de las experiencias vividas entre las distintas personas con representantes del estado.

De esa manera en primer lugar debe mencionarse que los tres distritos tienen características económicas similares, siendo estas detalladas en el cuadro señalado en el primer capítulo (Cuadro 1).

Cuadro 1: Características socioeconómicas de los distritos seleccionados

	Población	Indicadores sociales	Centro poblado	Condiciones de vivienda	
Distrito	de 1 a 3 años/ total	% pobreza - % pobreza extrema	urbano/ rural	agua % - saneamiento %	N de centros de salud
Pampacolca	7/127	28.67 - 7.37	1/71	94 % - 68%	3
Chilcaymarca	78/947	33.57 - 8.96	1/23	86 % - 64%	2
Iray	5/119	39.5 - 11.88	1/12	69 % - 48%	1

Fuente: Elaboración propia- En base a Red Informa e Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018

<http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/reporte/rptmididistrito.aspx#no-back-button>

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1551/

Para complementar lo anterior y si bien no se cuenta con información más reciente detallada a nivel nacional, en el Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013 (Inei) Iray fue catalogado en base a su pobreza total en el puesto 1045 (53.78%), Chilcaymarca en el 1203 (61.9%) y Pampacolca en el 1350 (69.48%) respecto a una población total de 1943 distritos. Por ello, y si bien los tres distritos fueron ubicados en la mitad superior respecto a la totalidad de los distritos del país, ninguno de ellos ocupó un porcentaje que pudiera catalogarlos como distritos con poca población en situación de pobreza.

Sobre la desigualdad en particular, en los tres distritos se manifestó su presencia, siendo esta transversal al actor entrevistado. Asimismo, la desigualdad fue percibida tanto dentro del distrito como en comparación del distrito frente a los aledaños, sobretodo por la presencia de mejores obras de infraestructura en estos últimos. Esta desigualdad no solo se expresa en los porcentajes de pobreza y pobreza extrema, sino que también se manifiesta en la ausencia de

servicios básicos. Esta ausencia de servicios básicos influye de forma indirecta también en la prevalencia de la anemia, debido a que la falta de los mismos y una clorificación no adecuada, puede producir enfermedades diarreicas o similares, siendo ellas un factor asociado a la anemia.

En cuanto a las experiencias vividas entre las personas residentes en los distritos y representantes del estado estas son diversas y contrastantes. Por lo cual la conclusión más adecuada sería la de un continuo no determinante en la cual un sector de la población mantiene buenas relaciones con los trabajadores de los establecimientos de salud mientras que otro sector ha atravesado experiencias un poco más confrontacionales con algunas de estas personas en determinados momentos. Pero pese a ello, la confianza presente en lo que respecta a su labor se mantiene en la gran mayoría de la población entrevistada.

En esta última sección los resultados son bastante similares en los tres casos. Lo anterior se debe a que en los tres distritos las características socioeconómicas son parecidas, a que la concepción de desigualdad está igualmente presente y a que las experiencias ciudadanía – estado han sido tanto positivas como negativas, pero sin influir esto último en la confianza que se tiene en los trabajadores de los establecimientos de salud cuando cumplen sus labores.

4.4 Liderazgo

Si bien el liderazgo es un factor que se relaciona con las personas que forman parte de la implementación de la política, haciendo de él por lo tanto un factor de “membresía” (Gray 1989 citada en Navarro 2013), este se analiza en un apartado diferente a causa de que en él se observaron elementos tanto de la burocracia de la localidad como de la coordinación. Sin embargo, es necesario comenzar con el análisis de los conocimientos y las experiencias previas con las que deben contar las personas que ejercen liderazgo (Táuler 2015).

Las personas en las que se analizaron las características anteriormente señaladas fueron la ex directora de la microrred de Pampacolca durante el periodo 2014 – 2018 y la coordinadora actual de la lucha contra la anemia infantil

en la microrred de Chuquibamba. Debe mencionarse que en el caso de Andagua no se pudo conseguir una entrevista con alguna persona de la microrred y que en el caso de Chuquibamba no se pudo conseguir una entrevista con la directora de la microrred, pero que a diferencia de la microrred de Pampacolca, ahí sí resulta necesaria la delegación de ciertas actividades debido a que esta microrred abarca una circunscripción considerablemente mayor en términos geográficos y de establecimientos de salud a cargo respecto a Pampacolca.

Explicado lo anterior es posible afirmar que en el caso de Pampacolca la persona que ejerció un liderazgo efectivo durante el periodo de tiempo estudiado cuenta con bastante experiencia en el área de la salud a causa de que ha venido laborando como doctora en el centro de salud del distrito durante varios años.

En contraste la coordinadora actual de la microrred de Chuquibamba en lo concerniente a la lucha contra la anemia infantil se encuentra en el centro de salud de ese distrito como parte de su Serums luego de culminar la carrera de nutrición. Por ende es posible afirmar que la experiencia previa de la coordinadora como servidora de salud es en términos comparativos mucho menor a la experiencia de la ex directora de la microrred de Pampacolca, al mismo tiempo que el ser del Serums repercute de forma directa en la poca estabilidad en el cargo, produciéndose en consecuencia nuevos coordinadores cada año.

Por otro lado, la ex directora de la microrred de Pampacolca manifestó tener un gran conocimiento sobre las estadísticas de salud de la microrred, ello en parte debido a que las exponía de forma relativamente tanto en Aplao (sede de la red de salud) como en Arequipa de forma relativamente constante. La asistencia a estas reuniones puede ser tanto de la persona encargada de la microrred como de un representante de la misma, en ese sentido la ex directora de la microrred de Pampacolca manifestó que prefería acudir ella personalmente antes que delegar esta labor, a causa de que el delegar no le permitía tener conocimiento de la totalidad de la información discutida.

4.4.1 Liderazgo desde la burocracia de la localidad

En efecto, la burocracia de la localidad se manifiesta debido a que en el centro de salud de Pampacolca no solo se encuentran los burócratas de la calle, sino también los burócratas de organizaciones intermedias, los cuales vendrían a ser un nexo entre la burocracia de la calle y otros niveles más elevados en la estructura jerárquica de la institución. En contraste, tanto en el puesto de salud de Iray como en el puesto de salud de Chilcaymarca solo están presentes los denominados burócratas de la calle.

De acuerdo a Freeman (1989) uno de los atributos que deben tener las organizaciones intermedias es su conformación por personas que provengan de la localidad (citado en Romero - López 2018).

Sobre este punto debe mencionarse que la ex directora de la microrred de Pampacolca durante el periodo 2014 - 2018 es residente del distrito y que pese al término de sus funciones como jefa de la microrred, ella sigue laborando en el centro de salud del distrito. El haber vivido durante muchos años en Pampacolca le permite, entre otras cosas, conocer a un sector considerable de la población. En contraste, y a causa de que la coordinadora de la lucha contra la anemia infantil en Chuquibamba se encuentra en aquel centro de salud por motivos del Serums es posible afirmar que su estancia en el distrito es transitoria. Ello repercute también en tener un menor conocimiento de la población residente en el distrito, intensificándose este si se considera que seis distritos forman parte de esta microrred.

Debe señalarse que la coordinadora en los temas de reducción de anemia infantil en Chuquibamba además de tener que las funciones directamente relacionadas con ese cargo, es también la nutricionista del centro de salud por lo cual puede afirmarse que tiene una doble función en la microrred. En efecto, dejando de lado su labor como burócrata intermedia entre los establecimientos y la jefatura de la microrred, también debe prestar atención a sus labores como burócrata de la calle y a las tareas administrativas que derivan de la misma, encontrándose su recurso de tiempo bastante limitado.

4.4.2 Liderazgo como elemento de la coordinación

En cuanto a un análisis sobre el funcionamiento de las microrredes en perspectiva general, resulta necesario describir sus particularidades. Así, en primer lugar Chuquibamba es la capital de la provincia de Condesuyos, en concordancia con ello existe una mayor cantidad de población. Adicionalmente, el centro de salud es más grande en términos de personal e infraestructura y cuenta con mayor cantidad de personas en búsqueda de atención en comparación con el de Pampacolca.

Debe considerarse también que la microrred de Chuquibamba tiene a su cargo diez establecimientos de salud repartidos en seis distritos, por lo es responsable de dar el servicio de salud a una cantidad de población mucho mayor a la vez que necesita de más gente para la realización de diversas actividades. En contraste, la microrred de Pampacolca solo cuenta con tres establecimientos de salud repartidos ellos dentro del distrito del mismo nombre.

Este mayor número de instituciones a cargo repercute en una mayor cantidad de personas con las cuáles la coordinadora de la lucha contra la anemia infantil debe interactuar para tener conocimiento sobre el progreso de los distritos y sintetizar la información de cada uno de ellos. Esta coordinación a veces se hace más complicada cuando existen discrepancias respecto a quién lleva la jefatura en cada establecimiento, suceso que pasó en el distrito de Iray entre las mismas personas trabajadoras del puesto de salud.

4.5 Exploración sobre la organización de la salud en Perú

A nivel nacional¹ existen 25 microrredes de salud parecidas a la de Pampacolca, debido a que en ellas también solo se abarca un distrito, el cual se cubre en su totalidad, y a que tienen dentro de su estructura de dos a cuatro establecimientos de salud (anexo 9).

Si bien como se detalla en el anexo 10, estas microrredes experimentan en su mayoría una tendencia decreciente en los niveles de anemia presentados

¹ La única Diresa/Disa que no se pudo considerar fue la de Chota a causa de que la información no se encontró disponible al momento de elaborar el trabajo.

durante el último año del que se tiene información (2017 – 2018), solo tres de ellas tienen niveles de anemia inferiores al 20% y, en contraste, catorce presentan porcentajes que posicionan a la anemia como un problema de salud pública grave en sus respectivos distritos (niveles superiores al 40%).

Si se ordenan las estadísticas de manera ascendente en base a los niveles de anemia presentados en menores de tres años durante el año 2018 (anexo 10), debe mencionarse que los tres últimos distritos corresponden a los departamentos de Lambayeque (con porcentaje de 66.7%) y de La Libertad (con porcentajes de 71.4% y 76.4%). Siendo ello contrastante con los niveles presentados por ambos departamentos en general, pues las estadísticas presentadas por Lambayeque y La Libertad, a excepción del 2011 y 2012 respectivamente, siempre se han encontrado por debajo del promedio nacional, el cual oscila, desde el 2015 hasta el 2018, entre el 43.5% y el 43.6% (anexo 2).

Lo anterior sumado a otro caso contrastante, como el del distrito de Chupa, en Puno, ayuda a sustentar la afirmación de que la reducción de la anemia responde sobretodo a dinámicas acontecidas en los niveles micro.

En efecto, si bien Chupa todavía no presenta la anemia como un problema de salud público leve, pues el distrito cuenta con 36.2% de población menor de tres años afectada, si puede señalarse que este porcentaje contrasta de forma considerable con los niveles del departamento en general (cuyo porcentaje más bajo ha sido 67.7% el año 2018), e incluso con los niveles presentados por otras microrredes con las mismas dos características generales (jurisdicción y cantidad de establecimientos de salud) dentro de su misma red de salud, como es el caso de la microrred de Alianza Azángaro, a la cual pertenece el distrito de Azángaro y que tuvo niveles de 65% durante el 2018.

Asimismo, cabe señalar que de las 25 microrredes con características similares a la de Pampacolca, seis de ellas pertenecen al departamento de Puno (anexo 9) y que a excepción del distrito de Chupa, todos los demás tienen niveles de anemia en menores de tres años superiores al 40% (anexo 10). Lo anterior gana relevancia debido a que este departamento ha sido también el que mayores niveles de anemia ha presentado a nivel nacional en lo que corresponde a este sector de la población desde el año 2010 (anexo 2). Por lo que es resulta posible

afirmar que contar con un ámbito de acción relativamente pequeño (un distrito) y con pocos establecimientos de salud con los cuales coordinar (de 2 a 4), no parecen ser determinantes para que la lucha contra la anemia pueda o no ser más exitosa.

En ese sentido, la importancia de factores cualitativos como los estudiados se tornan más significativos para brindar nuevas soluciones frente a los aun altos índices de anemia infantil con los que cuenta el país. Adicionalmente, y considerando que los distritos detallados en el anexo 9 cuentan, en principio, con características generales similares a las del distrito de Pampacolca, resultaría óptimo comenzar analizando sus particularidades cualitativas y reforzando algunos de los aspectos señalados en el presente trabajo.



CONCLUSIONES

En conclusión es posible afirmar que las hipótesis se prueban de una manera parcial, en la medida en que la reducción de la anemia y la constancia o no de esos niveles no se explica solamente desde una perspectiva, sino que estas variables deben explicarse a partir de una conjunción de las hipótesis presentadas. De esa forma ni la burocracia de la localidad ni la coordinación entre distintos actores ni las campañas de sensibilización o el liderazgo lograron por sí solas reducir considerablemente o mantener los niveles de anemia infantil sin grandes variaciones en los distritos estudiados.

Antes de comenzar a señalar cada factor particular, es necesario mencionar que en los tres distritos se observaron sobretodo dinámicas locales, por lo cual la reducción de la anemia infantil más que responder a medidas implementadas desde las instituciones con mayor alcance nacional, demostraron depender en mayor medida de las instituciones con el ámbito de acción geográfico más pequeño.

Lo anterior ayuda a explicar, en parte, por qué incluso dentro de la circunscripción de una red de salud, o incluso de una provincia, se presentan niveles de anemia bastante diferenciados entre unos distritos y otros. Sobre este tema, el anexo 4 muestra las estadísticas de todos los distritos pertenecientes a la red de salud estudiada, subdivididos también por provincia y por microrred, y en el cual se puede observar para el 2018 casos como el de Chichas (17.6%) y Salamanca (76.5%), pertenecientes ambos a la microrred de Chuquibamba o de Sayla (8.3%) y Huaynacotas (39.7%), pertenecientes ambos a la provincia de La Unión.

Volviendo al análisis de cada factor, y comenzando por los burócratas de la localidad, se pudo observar que la constancia de los mismos en sus respectivos cargos, pudiendo ser estos el de burócratas de la calle o el de burócratas intermedios, tuvo injerencia en la reducción y la relativa estabilidad de los niveles de anemia. Por otro lado, y si bien en los tres establecimientos de salud estudiados pudo observarse la presencia de personas por motivo del Serums, pudo constatarse también la permanencia de al menos una persona en

su cargo por periodos de tiempo más largos, siendo esencial entonces que ella tome el puesto de persona jefa y coordinadora de la institución local de la cual sea parte.

Prosiguiendo con la coordinación entre los establecimientos de salud y sus respectivas microrredes, esta resultó más favorable al realizarse entre menos actores dentro de un ámbito de acción bastante reducido. En efecto, aquello tendría mejores resultados en comparación a la acontecida entre actores que se encuentran considerablemente distanciados en términos geográficos y menos organizados respecto a sus propios roles dentro de la institución. Para contrarrestar ello, resulta necesario que la coordinación se efectúe entre las instituciones pertenecientes a un mismo ámbito local. Siendo el propósito de las mismas, en su mayoría, la realización de actividades conjuntas y a la adquisición de nuevos insumos.

Derivado de los dos factores anteriores (burocracia de la localidad y coordinación) resulta relevante también el liderazgo a ejercer a nivel local. Ello en la medida en que encontrar uno estable y eficaz resultó ser un factor determinante para la reducción y la constancia de los bajos niveles de anemia dentro de los casos estudiados. En efecto, en el único distrito donde esta cifra se mantuvo estable (Pampacolca) pudo encontrarse este factor dentro de una organización intermedia (la microrred de salud), siendo la continuidad de quien fuese directora de la microrred uno factor influyente para ello. Debe mencionarse que esta persona cuenta con dos características principales y generales: permanencia estable en el distrito y un puesto de liderazgo. No encontrándose esas características en conjunto en los otros dos casos estudiados. Por ello, resulta importante que se mecanicen determinadas prácticas dentro de las localidades, como la constante recolección de información, y que se cuente también con personas, de preferencia con puestos de rango intermedio, capaces de ejercer un liderazgo efectivo en la institución asignada.

Sumado a ello, las campañas de sensibilización son sobretodo acciones preventivas frente a la anemia, a causa de que la única forma de tratarla es mediante la suplementación de hierro. Por ende, estas campañas resultan más relevantes para el mantenimiento de bajos niveles o en su defecto, repercuten

en el aumento de la misma si a parte de las dificultades que se pueden experimentar en los contextos estudiados, como la no adecuada clorificación del agua, no se logra concientizar a la población respecto a los efectos negativos de la anemia durante la temprana infancia o en formas de prevenirla. En ese contexto, estas campañas, junto con liderazgos permanentes y efectivos resultan ser dos factores importantes para mantener los niveles de anemia bajos.

Es necesario también mencionar algunas particularidades. En ese sentido y comenzando por Pampacolca, fue posible observar que a algunas diferencias considerables respecto a los otros dos distritos analizados. En efecto, aquel centro de salud cuenta con mayor cantidad de personal, mejor infraestructura y al ser el único distrito donde opera la microrred del mismo nombre, esta organización intermedia cuenta con un ámbito de acción más reducido en comparación con los otros dos casos.

La reducción de la anemia que este distrito experimentó sucedió cuando a nivel de microrred se planteó ello como una de las principales metas a cumplir, siendo aquello durante el 2016. Sumado a lo anterior, la implementación de incentivos para que la gente asista a campañas de sensibilización de forma constante hasta la actualidad puede considerarse también como un factor relevante para el mantenimiento de los bajos niveles en la medida en que lograr atraer a más ciudadanos y de esa forma expandir la información concerniente a la anemia y a su prevención.

Sin embargo, la continuidad de los bajos niveles de anemia en Pampacolca no pueden todavía señalarse como inalterables. Ello se debe a que si bien es una de las metas de la microrred el mantener estos bajos niveles, la institucionalización de la práctica no puede analizarse mientras una de las impulsoras de la misma (la ex directora de la microrred) siga laborando en el centro de salud.

Continuando con el distrito de Iray, y si bien este experimentó una considerable reducción de anemia infantil en menores de tres años durante el período 2016 - 2017, estos bajos niveles no se mantuvieron durante el año siguiente (2018). Lo anterior puede deberse a diversos factores, así por un lado se encuentra que la cantidad población que pertenece al rango de edad entre los

6 y 35 meses es bastante reducida, por lo cual cada una de estas personas equivalen porcentajes significativos. Sin embargo, esta poca cantidad poblacional también podría ser un factor positivo a futuro a causa de que permite una mayor dedicación del personal del puesto de salud con cada menor y no repercute de forma considerablemente negativa en su recurso del tiempo.

Sumado a ello, debe considerarse también que la microrred de Chuquibamba tiene más distritos a su cargo al igual que más establecimientos de salud para supervisar, lo que incrementa el ámbito de acción y el número de actores para coordinar. Debe agregarse que a causa de que la mayoría del personal contratado es relativamente estable en el puesto de salud del distrito resulta de cierta forma más fácil el establecimiento de metas a mediano y largo plazo.

Además, en el caso de Chilcaymarca, cuyos niveles de anemia se han caracterizado por ser bastante elevados, es posible afirmar que a causa de la poca estabilidad de la mayoría del personal de su puesto de salud, la institucionalización de metas resulta sumamente relevante para ser un primer paso en logros a mediano y largo plazo. Adicionalmente, aspectos como la lejanía del distrito respecto a la sede de su microrred, así como la mayor cantidad de establecimientos a los cuales la microrred de Andagua debe supervisar, pudieron ser factores relevantes para obstaculizar dinámicas de coordinación más constantes entre las diferentes instituciones de salud.

Finalmente, cabe mencionar que no puede afirmarse, empero, que contar con una microrred que se encargue de la totalidad del distrito y que no tenga muchos establecimientos de salud con los cuales coordinar medidas sea un factor determinante para la reducción y el mantenimiento de los niveles bajos de anemia infantil (anexo 10). De esa forma, enfatizar la importancia de las dinámicas locales cuyo objetivo es la reducción de la anemia resulta una afirmación que puede ser generalizable a nivel nacional, en la medida en que independiente del departamento donde se analice la situación, siempre resultará factible encontrar distritos, pertenecientes a la misma microrred de salud o microrredes que conforman parte de una misma red, donde los estadísticas entre un caso y el otro sean considerablemente contrastantes.

BIBLIOGRAFÍA

Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Özaltin, E., Shankar, A. H., & Subramanian, S. V. (2011). Anaemia in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9809), 2123-2135.

Brodkin, E. Z. (2008). Accountability in street-level organizations. *Intl Journal of Public Administration*, 31(3), 317-336.

Carrada Bravo, T. (2003). Liderazgo médico en sistemas de salud. Diseño de un nuevo modelo de gestión. [internet]. *Rev Mex Patol Clin Jul/Sept*, 50(3), 142-156. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2003/pt033d.pdf>

Centeno Sáenz, E. M. (2014). Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia ferropénica en niños de 6 meses en cuatro establecimientos de salud de la Red SJM-VMT 2013.

Cerna, D., García, L., Puémape, F., Sosa, P., Rentería, M., Rozas, L. (2017). Acá no hay ventanillas. La burocracia de la calle en los programas sociales. Lima.

Decreto Supremo N 043 – 2006 – PCM. (2006). Aprueban Lineamientos para la elaboración y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones – ROF por parte de las entidades de la Administración Pública. Lima. https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_per_ds043.pdf

De la Descentralización, L. D. B. (2002). Ley 27783. *Promulgada el*, 17.

Delgado, S. (2004). Sobre el concepto y el estudio del liderazgo político. Una propuesta de síntesis. *Psicología Política*, 29, 7-29.

Eguren, F. (2014). ? Que alimentos consumimos los peruanos? Brecha alimentaria: la población rural está en desventaja ante peruanos urbanos y con mayores ingresos. *La Revista Agraria*, (161), 11-13.

Elmore, R. F. (1979). Backward mapping: Implementation research and policy decisions. *Political science quarterly*, 94(4), 601-616.

Escobal, J. A. (2004). Nueva institucionalidad para el desarrollo agrícola y rural en América Latina y el Caribe. <http://www.fao.org/3/y4940s/y4940s05.htm>

Fernández Canchari, A. A. (2017). Análisis de la gestión articulada orientada a reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, distrito de Sancos-Ayacucho (enero 2015-abril 2016).

García, R., & Alonso, G. (2017). La coordinación en el proceso de implementación de la Reforma del Transporte en Lima Metropolitana: el caso del Corredor Azul.

Gerencia Regional de Salud Arequipa. (2017). Plan de acción: control de la anemia en la región Arequipa. Gerencia regional de salud dirección ejecutiva de salud de las personas.

Guillermo, J., & Eduardo, J. (2015). Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho.

Hurtado, F. (2019). ¿Y si nos ponemos de acuerdo? La coordinación en la elaboración de planes nacionales multisectoriales: caso de la política de prevención y erradicación del trabajo infantil en el Perú (2012 – 2021).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Censo Arequipa. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2000-2017). Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES.

Legendre Salazar, S. M. (2018). La (no) coordinación en el proceso de Implementación de políticas de saneamiento: El caso del Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015 en la Provincia del Santa en el periodo 2011-2014.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.

Lynch, S. R. (2011). Why nutritional iron deficiency persists as a worldwide problem. *The Journal of nutrition*, 141(4), 763S-768S.

Maynard-Moody, S., Musheno, M., & Palumbo, D. (1990). Street-wise social policy: Resolving the dilemma of street-level influence and successful implementation. *Western Political Quarterly*, 43(4), 833-848.

Migdal, J. (2008). “Estudiar el estado” en *State in Society: Studying How States and Societies Transform and Constitute One Another*, Cambridge Studies in Comparative Politics, Cambridge University Press, Cambridge, 2001. *Relaciones Internacionales*, (8). Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.3f7771b8530f4bd8a1a603c79b7bb360&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Ministerio de Agricultura y Riego (2015). Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2015-2021. <http://www.minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-alimentaria/plan-acional-seguridad-2015-2021.pdf>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2017). Plan sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en niñas y niños

menores de 36 meses 2017- 2021.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305277/RM_112_2017MIDIS.pdf

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2018). Gestión Articulada para la Lucha Contra la Anemia. Avances en el nivel local. Catálogo de Experiencias Locales.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2018). Gestión Articulada para la Lucha Contra la Anemia. Avances en el nivel regional. Experiencias Regionales

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). Situación de la Anemia en el Perú. Lima: *Observatorio de Anemia*.
http://sdv.midis.gob.pe/Sis_Anemia/Comoestamos

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia. <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). Reportes Interactivos. *Red Informa*. <http://sdv.midis.gob.pe/RedInforma/Reporte/Reporte?id=18>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012) Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012- 2021.

Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Lima: *digemid*. <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=675>

Ministerio de Salud. (2005). Lineamientos para la adecuación de la organización de las direcciones regionales de salud en el marco del proceso de descentralización. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1212_MINSA1503.pdf

Ministerio de Salud (2014) Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el País 2014- 2016. https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/10_Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versión%20final.pdf

Ministerio de Salud (2017) Plan Nacional para la reducción y control de la anemia. Materno Infantil y la desnutrición crónica Infantil en el Perú 2017- 2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

Montes Mostajo, S. La burocracia de la calle en la política social: un estudio de los gestores locales del programa juntos en Cajamarca.

Navarro, A. (2013). La coordinación intergubernamental en las políticas de superación de la pobreza urbana en México. El caso del Programa Hábitat. México D.F.: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Centros-de->

[Estudio/CESOP/Estudios-e-Investigaciones/Libros/La-coordinacion-intergubernamental-en-las-politicas-de-superacion-de-la-pobreza-urbana-en-Mexico.-El-caso-del-Programa-Habitat](#)

Organización Mundial de la Salud (s/f). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad

Pérez Campos, P. M., Maldonado, R., & Chantal, N. (2016). Multimicronutrientes versus sulfato ferroso: un meta-análisis de los efectos de los tratamientos para la reducción de anemia infantil, en el marco de la meta 1 del objetivo 2 de los ODS al 2030.

Pérez Hernández, Maria del Pilar Monserrat. (2016). Las organizaciones intermedias en los procesos de innovación en México. *Perfiles latinoamericanos*, 24(48), 161-183. <https://dx.doi.org/10.18504/pl2448-007-2016>

Perez, J. L. A. (2011). *Estilos de liderazgo y su eficacia en la Administración Pública Mexicana*. José Luis Ayoub Pérez.

Peters, B. G., Mawson, A., & Unicef. (2017). *Gobernanza y coordinación de las políticas: el caso del registro del nacimiento en el Perú* (No. inwopa883).

Pinedo, N. C. (2014). *Acumulando Piedras en la Mochila: Monitores Del PNAE Qali Warma en Lambayeque Y Junín* (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales. Mención: Ciencia Política y Gobierno).

Pomachagua, S., & Jhermy, D. Y. (2018). Hagámoslo juntos: la implementación de las corresponsabilidades en educación del Programa Juntos en las UGEL de Junín y Concepción en el 2017.

Presidencia del Consejo de Ministros. (2007). Estrategia Nacional CRECER.

Presidencia del Consejo de Ministros. (2007). Manual para elaborar el Reglamento de Organización y Funciones – ROF. <https://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2016/08/manual-para-elaboracion-del-rof.pdf>

Puma Lupo, L., & Quispe Cuela, T. (2016). Efecto del programa de educación alimentaria nutricional sobre la anemia ferropénica en niños menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas alimentarias de madres del programa vaso de leche del distrito de Cayma Arequipa-2016.

Quina Tapia, E. S., & Tapia Meza, J. N. (2017). Prevalencia de anemia ferropénica y factores asociados en niños de 6 a 36 meses de edad de la Micro Red de Francisco Bolognesi. Arequipa–2017.

Quiñones, A., Consuelo, G., Huamani Mendoza, E., & Montoya Jiménez, C. T. (2017). Prácticas de alimentación y su relación con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses. *Puente Piedra*, 2016.

Reyes, Esperanza. En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia / Instituto de Estudios Peruanos / Salud Global, 2007, 286 pp.

Rothstein, B., & Stolle, D. (2001, September). Social capital and street-level bureaucracy: An institutional theory of generalized trust. In *ESF Conference Social Capital: Interdisciplinary Perspectives, Exeter, UK September 15-20*.

Sarkar, D., & Namaste, S. (2017). Six key action to reduce anemia: From learning to practice.

Táuler San Miguel, C. (2015). Liderazgo inspirador y función pública. *Revista Democracia y Gobierno Local*. 30/31, 11-13

Vásquez, V., & Andrés, C. (2018). Burócratas de la Calle y brechas de implementación. El servicio itinerante de identificación a las comunidades nativas de Loreto.

Winter, S. C. (2018). Políticos, gerentes y burócratas de nivel de calle: Influencias en la implementación de políticas. *Indflydelse på implementering af politik*. In *Las Burocracias a Nivel De La Calle* (pp. 163-202). CIDE-Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC.

Villegas, S., & Yassira, A. (2017). La importancia del burócrata de la calle para la micro-operatividad de la implementación de la política social: un estudio de los gestores locales del Programa Juntos en Ayacucho y los promotores locales del Programa Pensión 65 en Cajamarca.

Zavaleta, N., & Astete-Robilliard, L. (2017). Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 716-722.

ANEXOS

Anexo 1: Porcentaje de niños de 6 a 35 meses diagnosticados con anemia, nivel nacional

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Total	60.9	57.7	56.8	57.8	50.4	50.3	41.6
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total	44.5	46.4	46.8	43.5	43.6	43.6	43.5

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2018
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html

Anexo 2: Porcentaje de niños de 6 a 35 meses con anemia según región 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nacional	50.3	41.6	44.5	46.4	46.9	43.5	43.6	43.6	43.5
Amazonas	52.7	41.7	50.7	47.2	59.5	45.1	44.6	51.2	44.5
Áncash	57.7	42.3	37.7	39.8	45.8	50.8	41.3	42.9	45.7
Apurímac	61.9	47.4	47.5	48.4	53	56.8	53.5	54.2	53.2
Arequipa	44.5	36.7	44.1	39.4	39.2	42	44.5	34.2	38.4
Ayacucho	52.9	41.5	56.2	54.3	45.8	50.1	52.8	48.3	49.3
Cajamarca	59.8	45	43.9	50.5	48.5	35.5	30.3	37.6	31.9
Callao	57.9	38.4	40.4	58	43.8	34.3	43.8	32.4	37.0
Cusco	58.6	64.1	50.7	56	56.3	53.1	56.6	55.3	54.2
Huancavelica	71.5	48.7	64.3	54.3	63.7	53.4	58.1	54.7	55.8
Huánuco	66.5	53.3	50.9	51.2	44.3	42.9	47	44.7	43.9
Ica	54	46.8	39.9	36.8	36.8	44.6	41.1	40.5	43
Junín	41.4	57.2	40.1	62.6	64	54	55.9	53.4	57
La Libertad	46.6	32.4	50	45	40.9	34	35.7	41.8	37.9
Lambayeque	32.1	44.8	38.4	41	35.8	36	38.3	37.6	41
Loreto	56	55.5	57.3	57.4	59.2	55.6	60.7	61.5	57.4

Madre de Dios	58.3	59.2	59.4	61.3	68.4	58.2	55.6	57.3	54.8
Moquegua	42.4	45.4	37.9	28.4	36.1	39.3	38.1	37.2	33.9
Pasco	55.5	53.1	55.4	59	60.6	56.1	60.6	58	58.7
Piura	36.8	36.6	41.2	43.9	43.9	35.9	42.8	42.3	44.2
Puno	78.1	71.1	73.7	79.1	82	76	75.9	75.9	67.7
*Región Lima	31.3	36.6	50.8	42.5	56.5	48.7	40.9	43.9	40.5
San Martín	44.8	33.5	38.8	31.7	47.6	44.7	48.3	50.7	50.1
Tacna	52.6	48.5	35.8	50.3	41.5	38.9	35.1	37	34.9
Tumbes	54.3	40.5	50.3	54.9	52.2	48.4	48.8	46.8	47.2
Ucayali	65.3	49.5	54.8	53.6	59.6	54.3	57.1	59.1	56.4

Fuente: Elaboración propia. En base a Observatorio de Anemia (2010-2018)

*Abarca provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

http://sdv.midis.gob.pe/Sis_Anemia/Comoestamos

Anexo 3: Porcentaje de anemia en niños menores a tres años en las redes de salud del departamento de Arequipa 2012 – 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Arequipa - Caylloma	29.1	17.62	58.42	58.12	58.68	48.51	40.46
Camaná - Caraveli	42.16	45.79	46.81	45.34	39.34	29.56	28.01
Castilla - Condesuyos - La Unión	30.37	42.13	60.57	61.76	53.33	39.61	31.66
Islay	35.63	41.18	38.98	40.18	45.65	32.58	21.45

Fuente: Elaboración propia. En base a Vigilancia Del Sistema De Información Del Estado Nutricional en EESS (2012-2018) y Gerencia Regional de Salud Arequipa

<https://web.ins.gob.pe/es/alimentacion-y-nutricion/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/vigilancia-del-sistema-de-informacion-del-estado-nutricional-en-%20EESS>
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiR1-fh0YznAhUXF7kGHY7zCG0QFjACegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.saludarequipa.gob.pe%2Ffoei%2Farchivos%2F10.%2520Infraestructura%2520Sanitaria%2F2017%2FEstablec-Km_Prov_Dist_2017%28OK%252021abr%29.xls&usq=AOvVaw1oZQ_s4C-lmQ16oYb0zZD1

Anexo 4: Porcentaje de anemia en niños menores de tres años en la Red de Salud Castilla – Condesuyos – La Unión 2012 – 2018, según distrito

Provincia: Castilla

Micro red	Distrito	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Andagua	Andagua	10.7	75.0	92.0	93.5	73.5	56.1	40.0
	Ayo	(+)	(+)	(+)	80.0	(+)	(+)	(+)
	Chachas	7.0	15.8	43.8	85.7	41.5	52.7	61.8
	Chilcaymarca	20.0	73.3	80.0	90.9	44.4	51.4	40.0
	Orcopampa	89.5	80.4	92.1	85.3	73.0	53.6	35.6
Corire	Uraca	66.7	59.0	42.9	46.9	25.2	18.2	13.9
Huancarqui	Aplao	60.0	49.4	54.0	44.5	46.8	34.9	18.4
	Huancarqui	(+)	66.7	45.2	42.9	52.8	31.4	31.3
Pampacolca	Pampacolca	(*)	49.3	77.3	65.3	60.3	15.5	15.5
Viraco	Machaguay	(+)	27.3	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0
	Tipan	(+)	60.0	(+)	50.0	16.7	12.5	16.7
	Uñon	(--)	(+)	SD	SD	SD	(+)	(+)
	Viraco	44.4	45.2	78.3	69.2	59.5	43.9	28.8

Provincia: Condesuyos

Micro red	Distrito	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Chuquibamb a	Andaray	8.3	44.4	20.0	46.2	50.0	33.3	41.7
	Chichas	12.5	14.3	55.6	37.5	61.5	66.7	17.6
	Chuquibamb a	2.0	27.7	64.6	87.2	79.7	57.7	39.2
	Iray	(+)	(+)	57.1	60.0	64.3	7.7	45.5
	Salamanca	(+)	40.0	52.9	62.5	64.7	39.1	76.5
	Yanaquihua	33.3	59.7	67.2	88.4	79.7	54.6	43.8

Provincia: La Unión

Micro red	Distrito	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alca	Alca	35.7	61.8	58.5	62.9	68.1	42.5	14.3
	Huaynacotas	15.8	69.6	77.3	81.0	66.7	49.1	39.7
	Puyca	7.0	85.4	77.6	72.4	65.9	72.3	34.0
Cotahuasi	Cotahuasi	17.5	12.5	45.8	60.8	65.1	44.4	33.0
	Charcana	14.3	25.0	75.0	70.6	41.7	15.4	19.0
	Quechualla	(--)	(+)	(+)	(+)	(+)	0.0	9.1
	Pampamarca	25.0	26.1	75.0	71.4	57.7	47.6	42.0
	Sayla	31.3	21.4	100.0	71.4	40.0	35.7	8.3
	Tauria	11.1	33.3	85.7	42.9	88.9	60.0	36.8
	Tomepampa	(--)	14.3	40.0	21.4	16.8	10.0	9.1
	Toro	(*)	30.0	58.3	61.1	75.0	25.0	42.9

Fuente: Elaboración propia. En base a Gerencia Regional de Salud Arequipa y Vigilancia Del Sistema De Información Del Estado Nutricional en EESS (2012-2018)

(*) sin información

(+) menos de cinco casos registrados

(--) no encontrado

SD sin registro de niños en todo el año

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiR1-fh0YznAhUXF7kGHY7zCG0QFjACegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.saludarequipa.gob.pe%2Foei%2Farchivos%2F10.%2520Infraestructura%2520Sanitaria%2F2017%2FEstablec-Km_Prov_Dist_2017\(OK%252021abr\).xls&usq=AOvVaw1oZQ_s4C-lmQ16oYb0zZD1](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiR1-fh0YznAhUXF7kGHY7zCG0QFjACegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.saludarequipa.gob.pe%2Foei%2Farchivos%2F10.%2520Infraestructura%2520Sanitaria%2F2017%2FEstablec-Km_Prov_Dist_2017(OK%252021abr).xls&usq=AOvVaw1oZQ_s4C-lmQ16oYb0zZD1)

<https://web.ins.gob.pe/es/alimentacion-y-nutricion/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/vigilancia-del-sistema-de-informacion-del-estado-nutricional-en-%20EESS>

Anexo 5: Porcentaje de niños menores de 5 años con anemia en Perú respecto a países de la región, 2010 - 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivia	51.9	51.1	50.1	49.2	48.3	47.5	46.9
Guatemala	40.9	40.3	39.4	38.6	37.8	37.1	36.5
Perú	39.5	37.9	36.4	35.1	33.9	32.8	31.9
Honduras	32.6	32.3	31.9	31.7	31.5	31.4	31.4

Ecuador	30.9	30.2	29.4	28.7	28.2	27.9	27.7
Venezuela	29.8	29.7	29.6	29.6	29.6	29.8	30
Colombia	29.5	28.8	28	27.5	27	26.8	26.6
Panamá	29.4	29.2	28.9	28.7	28.6	28.6	28.7
Costa Rica	28.2	28.2	28.1	28.1	28.3	28.5	28.7
México	27	26.9	26.9	27	27.3	27.7	28.2
El Salvador	26.3	26.9	27.6	28.3	29.1	29.8	30.6
Nicaragua	25.5	25.8	26.3	26.9	27.6	28.4	29.2
Paraguay	23.5	23.6	23.8	24.1	24.5	25	25.7
Brasil	22	22.3	22.7	23.1	23.7	24.3	25.1
Uruguay	20.8	20.9	21.1	21.4	21.8	22.4	23.1
Argentina	19.1	19.3	19.7	20.1	20.7	21.4	22.2
Chile	18.2	18.2	18.3	18.6	19	19.5	20

Fuente: Banco Mundial

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS?end=2016&locations=PE-AR-BO-BR-CL-CO-CR-EC-SV-GT-HN-MX-NI-PA-PY-UY-VE&start=2010&type=shaded&view=chart&year=2010>

Anexo 6: Porcentaje de anemia en niños de 6 a 35 meses, según ámbito geográfico, 2010 - 2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Rural	56.6	49.6	53	51.7	57.5	51.1	53.4	53.3	50.9
Urbano	46.6	37.5	39.9	43.8	42.3	40.5	39.9	40	40.9

Fuente: Observatorio de Anemia – Midis

http://sdv.midis.gob.pe/Sis_Anemia/Comoestamos

Anexo 7: Porcentaje de anemia en niños de 6 a 35 meses, según Regiones Naturales, 2010 - 2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Costa	41.5	32.4	36.9	40.7	38.2	36.9	36.7	36.1	37.8
Sierra	60.1	51.7	51.8	52.8	55.9	53.2	51.9	52	50.2
Selva	52.5	47.2	50.6	51.8	56.9	47.9	51.6	53.6	50.5

Fuente: Observatorio de Anemia - Midis
http://sdv.midis.gob.pe/Sis_Anemia/Comoestamos

Anexo 8: Planes y Estrategias Nacionales relacionados con la reducción de la anemia infantil

Fecha	Institución	Plan de acción	Objetivos e intervenciones principales
2007	PCM	Estrategia Nacional CRECER	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar prácticas alimentarias en base a productos de la zona ● Promover comunidades saludables ● Brindar a más niños y gestantes una atención integral en nutrición
2012-2021	MIMP	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012- 2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Lograr un estado adecuado de nutrición en niños ● Involucrar y comprometer a las familias en promover la buena nutrición

2014-2016	MINSA	Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País	<ul style="list-style-type: none"> ● Suplementación con multimicronutrientes a niños de 6 a 35 meses ● Seguimiento nominal a niños a partir de la identificación en línea del recién nacido ● Celebrar convenios de gestión con gobiernos regionales
2015-2021	MINAGRI	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantizar acceso a alimentos nutritivos para toda la población ● Asegurar el consumo de alimentos nutritivos, respetando la interculturalidad ● Implementar un marco institucional sobre seguridad nutricional en todos los niveles de gobierno
2017-2021	MINSA	Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú	<ul style="list-style-type: none"> ● Sesiones educativas de preparación de alimentos ● Tratamiento y prevención de anemia mediante suplementos de hierro ● Consejería domiciliaria

2017-2021	MIDIS	Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en niñas y niños menores de 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar junto a Gobiernos Regionales y Locales • Atender de forma integral a los niños usuarios de programas sociales
2018	MIDIS	Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementación, consejería y seguimiento • Promover la participación de todos los actores a nivel nacional y local con la finalidad de sensibilizar sobre la anemia

Elaboración propia

Anexo 9: Distritos donde solo opera una microrred de salud y que cuentan con menos de cuatro establecimientos de salud - nivel nacional

Diresa/Disa	Red de salud	Microrred de salud	Establecimientos de salud	Distritos
Arequipa	Arequipa - Caylloma	San Gregorio	1 cs 2 ps	Nicolás de Piérola
	Castilla - Condesuyos - La Unión	Pampacolca	1 cs 2 ps	Pampacolca
		Corire	1 cs 3 ps	Uraca
	Islay	Cocachacra	1 cs 3 ps	Cocachacra
Cusco	Cusco Sur	Kosñipata	1 cs 1 ps	Kosñipata
La Libertad	Julcan	Calamarca	4 ps	Calamarca
	Pacasmayo	Santa Catalina	1 cs 2 ps	San Pedro de

				Lloc
	Santiago de Chuco	Calipuy	4 ps	Santiago de Chuco
	Trujillo	Florencia de Mora	1 cs 2 ps	Florencia de Mora
		Salaverry	1 cs 1 ps	Salaverry
		Huanchaco	1 cs 1 ps	Huanchaco
	Gran Chimú	Compin	2 ps	Marmot
	Chepén	Santa Rosa de Lima	1 cs 2 ps	Pueblo Nuevo
Lambayeque	Chiclayo	Monsefú	1 cs 3 ps	Monsefú
		San José	1 cs 3 ps	San José
Loreto	Alto Amazonas	Jeberos	1 cs 2 ps	Jeberos
	Loreto	Villa Tompetero	1 cs 3 ps	Trompeteros
	Ramón Castilla	San Pablo	1 cs 2 ps	San Pablo
Puno	Azangaro	Asillo	1 cs 2 ps	Asillo
		Arapa	1 cs 2 ps	Arapa
		Alianza Azángaro	2 ps	Azángaro
		Chupa	1 cs 3 ps	Chupa
		Muñani	1 cs 1 ps	Muñani
	Sandia	Cuyocuyo	1 cs 3 ps	Cuyocuyo
Ucayali	Atalaya	Sepahua	3 ps	Sepahua

Elaboración propia. En base a establecimientos de salud por diresa/disa a nivel nacional [EESS en (nombre de la diresa/disa)]

cs: centro de salud

ps: puesto de salud

Anexo 10: Porcentaje de anemia en menores de tres años en los distritos donde solo opera una microrred con menos de cuatro establecimientos de salud, nivel nacional, 2012 – 2018

Distritos	Microrred	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Uraca	Corire	66.7	59.0	42.9	46.9	25.2	18.2	13.9
Pampacolca	Pampacolca	(*)	49.3	77.3	65.3	60.3	15.5	15.5
Cocachacra	Cocachacra	46.8	61.6	50.0	49.6	54.8	46.8	15.7
Nicolás de Piérola	San Gregorio	35.2	30.8	44.0	42.7	27.2	20.3	20.6
Pueblo Nuevo	Santa Rosa de Lima	(+)	0.0	0.8	2.0	44.4	44.7	27.6
Huanchaco	Huanchaco	1.7	4.6	60.2	43.4	21.8	27.2	31.3
Marmot	Compín	(--)	42.9	51.7	68.0	45.0	33.8	32.3
Kosñipata	Kosñipata	25.0	54.9	26.4	34.5	34.6	22.4	33.0
Monsefú	Monsefú	21.6	46.8	41.0	35.1	32.9	41.6	34.5
Chupa	Chupa	6.6	80.4	56.8	46.6	50.0	40.6	36.2
San Pedro de Lloc	Santa Catalina	56.3	71.4	58.8	74.1	59.5	54.8	39.3
Florencia de Mora	Florencia de Mora	62.5	61.9	54.7	45.9	47.2	55.2	47.5
Cuyocuyo	Cuyocuyo	15.6	83.7	82.6	87.5	83.3	68.6	48.2
San Pablo	San Pablo	87.2	59.7	79.8	67.0	50.9	59.9	48.2
Trompeteros	Villa Tompetero	47.6	43.3	57.3	75.9	70.4	62.4	52.1
Muñani	Muñani	65.4	87.3	87.8	75.4	62.6	64.7	55.4
Asillo	Asillo	5.4	80.5	70.2	77.8	61.0	54.6	54.6
Jeberos	Jeberos	70.7	68.6	55.7	51.0	53.6	58.5	54.8
Arapa	Arapa	12.0	93.6	77.0	62.1	77.2	63.4	56.3
Salaverry	Salaverry	(+)	(+)	(+)	64.3	(+)	60.6	57.7

Sepahua	Sepahua	(--)	(--)	SD	42.5	57.0	71.4	60.8
Azángaro	Alianza Azángaro	8.5	82.1	86.9	82.7	77.0	75.6	65.0
San José	San José	47.7	50.0	63.5	65.1	62.8	68.4	66.7
Calamarca	Calamarca	(*)	(+)	(*)	SD	72.9	83.6	71.4
Santiago de Chuco	Calipuy	33.9	29.6	83.6	84.2	82.7	69.4	76.4

Elaboración propia. En base a establecimientos de salud por diresa/disa a nivel nacional [EESS en (nombre de la diresa/disa)] y Vigilancia Del Sistema De Información Del Estado Nutricional en EESS (2012-2017)

(*): Sin Información

(+): menos de cinco casos registrados

(--): no encontrado

<https://web.ins.gob.pe/es/alimentacion-y-nutricion/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/vigilancia-del-sistema-de-informacion-del-estado-nutricional-en-%20EESS>

Guía de entrevista 1: trabajadores del establecimiento de salud – nivel local

Objetivo de investigación	Preguntas
Objetivo 1: analizar el rol de los burócratas de la calle en la reducción de la anemia infantil	¿Cómo combaten la anemia infantil?
	¿Cuáles son las dificultades más comunes que encuentran y cómo las solucionan?
	¿Cuáles son las metas planteadas y cómo miden el progreso de las mismas?
	¿Cómo presentan la información sobre los niveles de anemia? ¿Cuentan con información sistematizada?
	¿Se dan prácticas de monitoreo por parte de la micro red o red de salud?
	¿Existen mecanismos de recompensa o sanción?
	¿Qué especialidades se brindan en el centro de salud?

	¿Cuántos de ustedes son nombrados y cuantos serunmistas y en que áreas se encuentran?
Objetivo 2: analizar el proceso de coordinación que se da entre los actores involucrados y, de haber, la presencia de fuertes liderazgos	¿Con quiénes tienen que coordinar para la entrega de los insumos?
	¿Cuántas personas trabajan en las áreas relacionadas con la reducción de la anemia?
	¿Existen establecimientos donde se alimente a los niños menores de 3 años con productos de Qali Warma? ¿El programa Cuna Más cuenta con presencia en el distrito?
	¿Coordinan actividades en pro de la reducción de la anemia infantil con la ciudadanía? ¿Han podido informarle a la ciudadanía sobre los niveles de anemia?
	A parte del Ministerio de Salud, ¿Qué otros ministerios han manifestado presencia en el distrito para la reducción de la anemia?
	¿Cómo actúan frente a las discrepancias en lo profesional con otros colegas? ¿Considera que hay un liderazgo efectivo para la reducción de la anemia?
Objetivo 3: determinar la importancia de los programas de sensibilización implementados como causal de la constancia/ volatilidad en la reducción de la anemia	¿Existen prácticas iniciadas por ustedes que hayan logrado institucionalizarse? ¿Cómo considera que se da la retroalimentación?
	¿Qué programas han implementado para informar a la ciudadanía? En caso de ser actividades presenciales: ¿Cuál es el promedio de asistentes?
	¿Considera que la gente de la micro red o de la red de salud se ha desempeñado de forma óptima? ¿Comparte la perspectiva sobre la lucha de la anemia con la micro o la red o considera que se pueden incluir o descartar formas de reducirla?
	En una escala del 1 al 10, ¿cuánta desigualdad considera que hay en el distrito? (siendo la escala ascendente)

	¿Qué experiencias positivas ha tenido con personas de la micro red o la red y cuales negativas?
--	---

Guía de entrevista 2: madres de familia

Objetivo de investigación	Preguntas
Objetivo 1: analizar el rol de los burócratas de la calle en la reducción de la anemia infantil	¿Su hijo o hija ha asistido a todos sus controles de salud? Y ¿En qué consisten estos controles?
	¿Alguna vez alguno de sus hijos o hijas ha tenido anemia? En caso de ser afirmativo: ¿Cómo ha sido o viene siendo el tratamiento y en cuanto tiempo se recuperó?
	¿Le han otorgado micro chispitas o sulfato ferroso luego de los tamizajes? ¿Sus hijos llegaron a consumirlo?
	¿Los trabajadores del centro de salud alguna vez le han cancelado alguna cita de salud pactada o han ido a su domicilio para la consulta?
	¿Alguna vez no ha encontrado los micro nutrientes, sulfato ferroso o lo necesario para los tamizajes?
Objetivo 2: analizar el proceso de coordinación que se da entre los actores involucrados y, de haber, la presencia de fuertes liderazgos	¿Encuentra espacios de participación para el combate de la anemia? ¿Qué información le ha sido brindada ahí y cómo?
	¿Qué capacitaciones y programas se han realizado en el distrito?
	¿Su hijo o hija es beneficiaria de algún programa del estado, cómo es la dinámica?
	¿Ha visto la participación de algún líder político en la lucha contra la anemia?

Objetivo 3: determinar la importancia de los programas de sensibilización implementados como causal de la constancia/volatilidad en la reducción de la anemia	¿Ha sido agente comunitaria o conoce a alguna? En caso de ser afirmativo: ¿Cómo fue su capacitación? ¿Qué le enseñó a las otras madres?
	¿Qué medidas toma para la prevención de la anemia?
	¿Ha tenido malas experiencias con los trabajadores del centro de salud?
	En una escala del 1 al 10, ¿cómo evaluaría el desempeño de los trabajadores del centro de salud? ¿Considera que los trabajadores del centro de salud contribuyen de alguna forma a su bienestar y al de su familia o que se abstienen de infligir daño?

Guía de entrevista 3: trabajadores de la municipalidad

Objetivo de investigación	Preguntas
Objetivo 1: analizar el rol de los burócratas de la calle en la reducción de la anemia infantil	¿Han sido informados de algunas dificultades por parte de los burócratas?
	¿La ciudadanía les ha manifestado su malestar frente a los servicios de salud o frente a los burócratas?
	¿Desde la municipalidad dan sanciones o reconocimientos de acuerdo al desempeño de los trabajadores del centro de salud? ¿Sabe si les otorgan sanciones o reconocimientos?
	¿Como municipalidad monitorean el desempeño de los trabajadores del centro de salud?
	¿Como municipalidad le han otorgado personal o insumos al centro de salud?

Objetivo 2: analizar el proceso de	¿Ha tenido reuniones con los trabajadores del centro de salud? En caso de ser afirmativo: ¿Cuáles fueron los principales motivos?
coordinación que se da entre los actores involucrados y,	¿Las acciones realizadas para la reducción de la anemia son ejecutadas en entero por la municipalidad o en colaboración con el centro de salud? En caso de ser una actividad compartida: ¿De qué se encarga cada uno?
de haber, la presencia de fuertes	¿Han venido otros líderes políticos (otras municipalidades o de las redes de salud) para buscar o implementar soluciones conjuntas frente a la anemia?
liderazgos	¿A parte del MINSA, qué otros ministerios considera usted que contribuyen a la reducción de la anemia en el distrito?
	Respecto a la anemia ¿qué acciones concretas han tomado como municipalidad para su reducción? ¿Mantienen algunas de la gestión anterior?
Objetivo 3: determinar la importancia de	¿Han realizado actividades informativas acerca de la prevención y el tratamiento de la anemia infantil? En caso de ser afirmativo: ¿Cuáles han sido y qué tan constantes son?
los programas de	¿Cual es el promedio de asistentes a sus actividades?
sensibilización	En una escala del 1 al 10, siendo esta ascendente, ¿Cuánta desigualdad considera que hay en el distrito?
implementados como causal de la constancia/ volatilidad en la reducción de la anemia	¿Considera que los trabajadores del centro de salud han desarrollado una labor óptima? ¿Comparte las perspectivas sobre el combate a la anemia planteado por los centros de salud o agregaría/quitaría alguna de las acciones?

Guía de entrevista 4: micro redes de salud

Objetivo de investigación	Preguntas
Objetivo 1: analizar el rol de los burócratas de la calle en la reducción de la anemia infantil	<p>¿Cómo ve la lucha contra la anemia en el distrito?</p> <p>En promedio, ¿Cuánto tiempo se quedan las personas encargadas de las áreas relacionadas directamente con la reducción de la anemia?</p> <p>Como micro red, ¿Establecen metas que los centros de salud deben cumplir? ¿Cómo se evalúa el progreso?</p> <p>¿Cuentan con mecanismos de recompensa o sanción de acuerdo al desempeño de los trabajadores del centro de salud?</p> <p>¿Visita de forma periódica los demás distritos o se encuentra de forma permanente en el distrito?</p>
Objetivo 2: analizar el proceso de coordinación que se da entre los actores involucrados y de haber, la presencia de fuertes liderazgos	<p>¿Cuentan con registros sistematizados?</p> <p>¿Cómo se mantiene informado de los avances de cada distrito y quién le informa?</p> <p>¿Con quienes efectúan las coordinaciones para la entrega de suministros? (de parte de la red y hacia los centros de salud)</p> <p>¿Sabe de actividades concretas realizadas en conjunto con otros ministerios?</p> <p>¿Existen espacios de diálogo entre los distintos encargados de las otras micro redes?</p> <p>¿Cómo actúan frente a las discrepancias en lo profesional con otros colegas? ¿Considera que hay un liderazgo efectivo para la reducción de la anemia?</p>
Objetivo 3: determinar la importancia de	<p>¿Qué programas de sensibilización se han impulsado desde la micro red? ¿Han logrado impulsar iniciativas a nivel de la red?</p>

los programas de sensibilización implementados como causal de la constancia/volatilidad en la reducción de la anemia	Para las micro redes que tengan más de un distrito: ¿Existen programas que se implementen un distrito y en otro no? En caso de ser afirmativo: ¿A qué se debe esto?
	¿Ha recibido informes sobre los programas de sensibilización realizados?
	¿Cuáles son las metas que deben de cumplir? ¿A quién le traspasan la información? Y ¿Con qué indicadores se mide el progreso?
	¿Considera que los trabajadores del centro de salud o de la red de salud se ha desempeñado de forma óptima? ¿Comparte la perspectiva sobre la lucha de la anemia o considera que se pueden incluir o descartar formas de reducirla?
	En una escala del 1 al 10, siendo esta ascendente, ¿Cuánta desigualdad considera que hay en la provincia (Castilla/Condensuyos)?

Guía de entrevista 5: red de salud

Objetivo de investigación	Preguntas
Objetivo 1: analizar el rol de los burócratas de la calle en la reducción de la anemia infantil	¿Cómo esta evolucionando la anemia en las distintas micro redes?
	¿Qué mecanismos implementan para realizar seguimiento a los niveles anemia?
	¿Cuentan con mecanismos de recompensa y sanción de acuerdo a las actividades de los trabajadores de los centros de salud?

Objetivo 2: analizar el proceso de coordinación que se da entre los actores involucrados y, de haber, la presencia de fuertes liderazgos	¿Con quienes efectúan las coordinaciones para la entrega de suministros? (de parte de la región y hacia las micro redes)
	¿Han elaborado acciones coordinadas con otros ministerios del Gobierno?
	¿Cómo actúan frente a las discrepancias en lo profesional con otros colegas? ¿Considera que hay un liderazgo efectivo para la reducción de la anemia?
	¿Cuentan con información sistematizada?
	¿Qué entidad los supervisa y qué mecanismos de control están presentes?
	¿Han abierto espacios de diálogo sobre la anemia con la ciudadanía?
	¿Cuáles son las metas que deben cumplir y cuáles son los indicadores que deben presentar?
Objetivo 3: determinar la importancia de los programas de sensibilización implementados como causal de la constancia/volatilidad en la reducción de la anemia	¿Considera que los trabajadores del centro de salud o de la micro red de salud se ha desempeñado de forma óptima? ¿Comparte la perspectiva sobre la lucha de la anemia o considera que se pueden incluir o descartar formas de reducirla?
	En una escala del 1 al 10, siendo esta ascendente, ¿Cuánta desigualdad considera que hay en la región?
	¿Han tenido la iniciativa en prácticas que después consiguieron permanecer en el tiempo?