

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERU**

**ESCUELA DE POST GRADO**



**PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DEL PERÚ**

**“LA POLÍTICA PÚBLICA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE:  
UN ANÁLISIS DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA ZONA RURAL DE LA  
PROVINCIA DE LIMA”**

**Tesis para optar el grado de Magister en Ciencia Política y Gobierno con  
mención en Políticas Públicas y Gestión Pública**

**AUTOR**

**GUILLERMO FRANCISCO REYNOSO GUTIÉRREZ**

**ASESORA**

**MERCEDES AMALIA CRISOSTOMO MEZA**

**JURADO**

**PRESIDENTE: GONZALO XAVIER ALCALDE VARGAS**

**SEGUNDO MIEMBRO: MERCEDES AMALIA CRISOSTOMO MEZA**

**TERCER MIEMBRO: CHRISTIAN MAURICIO ALVÁN SILVA**

**LIMA – PERU**

**2017**



## Resumen

El trabajo de investigación tuvo como objetivo principal conocer las dinámicas de la implementación de la política pública de la alimentación y nutrición saludable. Los objetivos específicos estuvieron orientados a definir las características de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable (ESNANS); determinar las dinámicas en su implementación; y analizar las consecuencias de la misma en una zona rural de la provincia de Lima.

La hipótesis planteó que la ESNANS es una política de salud pública que ha considerado la pertinencia cultural y el perfil epidemiológico de la población rural de la provincia de Lima. En su implementación se aplicaron mecanismos de coordinación entre las instituciones estatales involucradas en el proceso. El trabajo de investigación pudo constatar que la capacidad de gestión del personal del primer nivel de atención fue muy débil debido principalmente al desconocimiento de la Estrategia y a la alta rotación del mismo.

Al analizar la Estrategia de Alimentación Saludable en el marco de una política pública, se concluyó que es indispensable establecer una agenda intergubernamental y multisectorial para redefinir el rumbo de las políticas que buscan atender los componentes de sobrepeso, obesidad y hábitos alimenticios. Dichas condiciones pueden ser tan letales como la anemia y la desnutrición crónica, por lo cual constituyen un problema grave para la salud pública. En lo que respecta a la implementación de política pública, la Estrategia de Alimentación Saludable plantea la necesidad de incorporar mecanismos de gestión y coordinación que aborden de manera sistémica la nutrición y alimentación en sus componentes de anemia, desnutrición crónica infantil, sobrepeso y obesidad en toda la población.

## Abstract

The main objective of the research was to know the dynamics of the implementation of the public policy of food and healthy nutrition. The specific objectives were to define the characteristics of the National Sanitary Strategy of Food and Healthy Nutrition (ESNANS); determine the dynamics in its implementation; and analyze the consequences of it in a rural area of the province of Lima.

The hypothesis stated that the ESNANS is a public health policy that has considered the cultural relevance and epidemiological profile of the rural population of the province of Lima. In its implementation, coordination mechanisms were applied among the state institutions involved in the process. The research work showed that the management capacity of the first level of health care was very weak due mainly to the lack of awareness and the high turnover of the Strategy.

When analyzing the Healthy Food Strategy in a public policy context, the conclusion was that it is indispensable to establish an intergovernmental and multisectorial agenda to redefine the direction of policies that involved the components of overweight, obesity and eating habits. Such conditions can be as lethal as anemia and chronic malnutrition. Therefore, they constitute a serious public health problem. According to the implementation of public policy, the Healthy Food Strategy raises the need to incorporate management and coordination mechanisms that systematically address nutrition and food in its components of anemia, chronic child malnutrition, overweight and obesity throughout the population.

## INDICE

Abreviaturas.....	5
Introducción .....	6
Capítulo 1: Marco de referencia para el análisis de la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable.....	9
1. 1 Marco teórico sobre políticas públicas, implementación de políticas públicas y salud pública .....	9
1.2. Políticas públicas sobre alimentación y nutrición: estado de la cuestión .....	17
1.3. Marco Normativo de la Estrategia de Alimentación Saludable .....	22
Capítulo 2: Características de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable.....	27
2.1.1 Primera fase: concepción de la Estrategia de Alimentación Saludable en el marco de la Política de Promoción de la Salud .....	27
2.1.2 Segunda fase: vinculación de la Estrategia de Alimentación Saludable al Eje Temático de Alimentación y Nutrición Saludable .....	29
2.1.3 Tercera fase: constitución de la Estrategia de Alimentación Saludable en el marco de la Estrategias Sanitarias Nacionales .....	31
2.1.4 Cuarta fase: implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable .....	33
2.2 Actores involucrados en la Estrategia de Alimentación Saludable .....	36
2.2.1 Actores formales: Instancias Gubernamentales .....	36
2.2.2 Actores informales en la ESNANS .....	41
Capítulo 3: Dinámicas de la Estrategia de Alimentación Saludable en el distrito de Lurín .....	45
3.1. Contexto de la zona de estudio: Centro de Salud Nuevo Lurín .....	45
3.2. Hoja de ruta de la Estrategia de Alimentación Saludable.....	47
3.3. Implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable en el Centro de Salud Nuevo Lurín ..	51
Capítulo 4: Consecuencias de la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable .....	56
4.1. Análisis del estado nutricional nacional y de la población de Lurín .....	56
4.2. Limitaciones en los tres niveles de Gobierno para la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable.....	60
Conclusiones .....	65
Recomendaciones .....	69
Referencias Bibliográficas .....	71

## Abreviaturas

CAS: Contrato Administrativo de Servicios, establecido según el Decreto Legislativo N° 1057

CENAN: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

C.S: Centro de Salud

DCI: Desnutrición Crónica Infantil

DGPS: Dirección General de Promoción de la Salud

EESS: Establecimiento de Salud

ESNANS: Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable

IGSS: Instituto de Gestión de Servicios de Salud

MAIS-BFC: Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad

MINSA: Ministerio de Salud

SERUMS: Servicio Rural Urbano Marginal de Salud. Servicio que realizan los profesionales de la salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que se encuentran en zonas rurales y urbano marginales.

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PCM: Presidencia del Consejo de Ministros

PNOC: Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento

## Introducción

Uno de los problemas sociales que afrontan las sociedades en desarrollo es la transición nutricional, traducida en la prevalencia de desnutrición crónica y el incremento de la incidencia del sobrepeso y obesidad. En tal contexto y en el marco de las funciones rectoras de promoción de la salud, en el año 2004 el Ministerio de Salud (MINSA) desarrolló la “Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable”, en adelante Estrategia de Alimentación Saludable (ESNANS). Esta estrategia buscaba constituirse en un curso de acción para poder garantizar el buen estado nutricional de la población del país.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal conocer las dinámicas de la implementación de la política pública de la alimentación y nutrición saludable. Los objetivos específicos estuvieron orientados a definir las características de la ESNANS; determinar las dinámicas en su implementación; y analizar las consecuencias de la misma en una zona rural de la provincia de Lima.

La hipótesis planteó que la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable es una política de salud pública que ha considerado la pertinencia cultural y el perfil epidemiológico de la población rural de la provincia de Lima. En su implementación se aplicaron mecanismos de coordinación entre las instituciones estatales involucradas en el proceso. En ese sentido, la capacidad de gestión del personal del primer nivel de atención ha sido muy débil debido principalmente al desconocimiento de la Estrategia y a la alta rotación del mismo.

La metodología de investigación que se utilizó fue de tipo cualitativo. Se realizaron entrevistas grupales e individuales a funcionarios públicos del MINSA y al personal de salud del Centro de Salud Nuevo Lurín. Se enfocó el análisis de la investigación en dicho establecimiento por corresponder al primer nivel de atención, pertenecer al quintil de pobreza “muy pobre” y ubicarse en una zona rural de la provincia de Lima. Los criterios de selección establecidos para las entrevistas individuales a los funcionarios públicos del MINSA fueron

que los mismos hayan participado en el diseño y/o gestión de la ESNANS. En contraste, los criterios para las entrevistas individuales al personal de salud fueron que el personal del Centro de Salud Nuevo Lurín estuviera contratado bajo la modalidad de SERUMS o bajo el régimen 276, 728 o CAS. Además, que haya tenido por lo menos 6 meses de labor en el Establecimiento de Salud y que haya participado por lo menos una vez en el proceso de atención de la ESNANS. La finalidad de las entrevistas individuales a los funcionarios públicos del MINSA fue conocer el origen y la gestión de la ESNANS a nivel del gobierno central. Por su parte, las entrevistas grupales al personal de salud se realizaron con el propósito de conocer los mecanismos de implementación de la ESNANS y la gestión a nivel local. Adicionalmente se entrevistaron a tres representantes de la industria alimentaria. A fin de resguardar la confidencialidad de los participantes, en este informe de tesis se cita a estas personas señalando solamente los cargos de los profesionales de la salud y de los funcionarios públicos entrevistados. En suma, se lograron realizar treinta y tres entrevistas individuales y cinco entrevistas colectivas. En las entrevistas colectivas participaron en total veinte personas. También se revisaron fuentes secundarias correspondientes a documentos normativos del MINSA tales como la Política de Promoción de la Salud y los Modelos de Abordaje de la Promoción de la Salud. Igualmente, los referentes a los lineamientos de gestión de la ESNANS, Planes regionales de la ESNANS, el nuevo Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, y los lineamientos de reforma del sector salud del año 2013.

El presente trabajo de investigación se compone de cuatro capítulos. En el primer capítulo se presentan los conceptos relacionados a políticas públicas, implementación de políticas públicas y salud pública. También se presenta el estado de la cuestión, en el que se señalan las investigaciones y estudios realizados en materia de alimentación saludable y su implementación. Finalmente, se presenta el marco normativo a través del cual la ESNANS se ha desarrollado durante los últimos años, el mismo que comprende a la política de promoción de la salud en el contexto del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

En el segundo capítulo, se describen las características y las cuatro fases de la Estrategia desde su concepción hasta el inicio de su implementación en el año 2012.

En el tercer capítulo, se presentan los aspectos relacionados a la implementación de la ESNANS a nivel intergubernamental, así como los principales hallazgos respecto a la implementación de la misma en el ámbito de estudio.

El cuarto capítulo describen las consecuencias de la implementación de la ESNANS en el ámbito de la gestión intergubernamental. Asimismo, se detallan las consecuencias de su implementación en el marco de la política pública de alimentación y nutrición saludable, las limitaciones de su implementación y las recomendaciones de los actores involucrados para la misma. Finalmente se presentan las conclusiones de la investigación.

Los resultados del presente trabajo de investigación esperan suscitar críticas constructivas en relación a la implementación de la Estrategia Sanitaria Nacional en el marco de una política pública en materia de alimentación y nutrición saludable.



## **Capítulo 1: Marco de referencia para el análisis de la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable**

En el presente capítulo se desarrollará lo concerniente al marco teórico, el estado de la cuestión y el marco normativo relevantes para analizar la Estrategia de Alimentación Saludable (ESNANS).

### **1. 1 Marco teórico sobre políticas públicas, implementación de políticas públicas y salud pública**

En la presente sección se desarrollarán los conceptos relacionados a políticas públicas, implementación de políticas públicas y salud pública, los cuales serán de utilidad para estudiar la política de alimentación y nutrición saludable en relación a la ESNANS.

#### **1.1.1 Políticas Públicas**

La política pública es un curso de acción o inacción que el Estado asume como respuesta a los problemas sociales (Kraft y Furlong, 2004). Las políticas plasman los intereses más relevantes en la sociedad, así como las disputas para determinar los que finalmente recibirán las mayores preferencias por una decisión determinada (Olavarría, 2007).

De esta manera se puede decir que una política pública es “la distribución autoritativa de valores de la sociedad” (Easton, 1953). En este caso se entiende la palabra "autoritaria" como el hecho de que los miembros de la sociedad acepten que esa distribución de valores es vinculante.

Se debe tener en cuenta que una política pública hace alusión a una serie de decisiones que interactúan entre sí, llevadas a cabo por uno o varios actores en relación a la identificación de metas y mecanismos para obtenerlas en determinada posición, encontrándose dichas decisiones en el ámbito de autoridad de esos actores (Jenkins, 1978). Esto quiere decir que difícilmente un gobierno afronta un determinado problema mediante una decisión. En tal sentido, la mayoría de las políticas públicas involucran numerosas decisiones, pudiendo ser inadvertidas antes que deliberadas, pero que en sumatoria constituyen una política pública (Olavarría, 2007).

Otro elemento a considerar es la dimensión del poder, el cual enfatiza el papel de la autoridad, pues la política pública resulta de la acción de un actor conferido de poder público (Meny y Thoenig, 1992). El concepto usual de política pública concierne a la acción de una autoridad pública o al resultado de la actividad que ésta realiza por el poder que se le ha conferido. Asimismo, porque goza de legitimidad (Lahera, 2002). De esta manera, podría entenderse a las políticas públicas como rumbos de acción respecto a un objetivo público. En ésta participan los sectores público y privado, así como también la comunidad para incorporar contenidos, instrumentos o mecanismos, y definiciones institucionales (Olavarría, 2007).

Actualmente, no hay un acuerdo entre los expertos sobre una definición estandarizada de política pública, por lo que se considera relevante la identificación de ciertas características que constituyen el fundamento de política pública. Estos según Birkland (2005) son:

- se concibe en nombre de lo público
- por lo general el gobierno formula e inicia el proceso
- los actores públicos y/o privados puedan llevar a cabo su implementación
- corresponde aquello que el gobierno procura realizar o
- constituye aquello que prefiere no realizar

En resumen, los componentes centrales que caracterizan la política pública según Olavarría (2007) son:

- El Estado es el actor privilegiado
- implican una decisión de gran importancia para discernir su ejecución
- su finalidad es de carácter público debido a que los ciudadanos son los principales destinatarios
- son generadas a través de decisiones de actores conferidas de poder público
- contemplan decisiones que interaccionan entre sí;
- afectan intereses, positivamente o negativamente
- necesitan de instrumentos de gestión y recursos para ser implementadas

Existen aproximaciones conceptuales que se han desarrollado para el análisis de las políticas públicas. Así tenemos a la aproximación “Formal – Institucional”, “Técnico – Racional” y “Política”. A continuación, se describen cada una de ellas de acuerdo a lo planteado por Olavarría (2007).

#### a) Aproximación Formal – Institucional

Desde esta perspectiva, la idea de política pública se concentra en temas de carácter institucional. En tal sentido, la política pública se entiende como el producto de la decisión de un actor que goza de autoridad legítima; es decir, que desempeña un cargo de poder con los requisitos señalados por la vigente institucionalidad.

#### b) Aproximación Técnico – Racional

El análisis está orientado a reconocer las alternativas que maximicen el bienestar social. De esta manera, el análisis de la política pública se orienta hacia la racionalidad económica de las decisiones que se llevan a cabo fuera del mercado (Mueller, 1989). En esta aproximación, el análisis de política pública es visto desde un enfoque sobre teoría económica y modelos de toma de decisiones racionales, denominándose estudio racional de las políticas públicas (Birkland, 2005).

#### c) Aproximación Política

En esta aproximación, la política pública se caracteriza por la lucha del poder respecto a los intereses y ventajas de los distintos grupos. De esta forma, el estudio de las políticas públicas expone el surgimiento de las demandas por intervenciones de la autoridad que responden a los intereses particulares de los grupos diversos. En ese contexto, también exhibe la confluencia o divergencia de sus intereses, las cuales amplía o extinguen las alianzas, flexibilizan o endurecen sus posiciones, o entran en un proceso de negociación (Aguilar, 1994). Es así como esta aproximación revela el intenso proceso político de confrontación de intereses para el diseño e implementación de las políticas públicas. Debido a que las políticas públicas pueden satisfacer algunos intereses y otros no, se generan diversos incentivos para la movilización.

Finalmente, el resultado tendrá ganadores, cuyos intereses serán satisfechos y perdedores, los que serán perjudicados por la implementación de la política pública. Los perdedores buscarán algún tipo de compensación por verse perjudicados, las cuales se otorgarán dependiendo de su capacidad de movilización e influencia que logren alcanzar (Olavarría, 2007).

La aproximación política tiene una mirada de las políticas públicas como una fracción del proceso de carácter político, el cual consta de varias etapas. Una primera de lucha y confrontación por ocupar cargos de poder. Una segunda etapa correspondiente al propio proceso en donde se identifica la problemática a ser abordada, la agenda, y su implementación, la cual estará sujeta a los ganadores de la contienda política. Finalmente, una tercera etapa en la cual se implementarán las políticas públicas que dispongan los actores que tienen poder (Olavarría, 2007).

Desde la perspectiva de los intereses, se pueden clasificar a las políticas públicas por el tipo de impacto en materia de costos y beneficios a los diferentes grupos de interés. En relación a ello, se tienen políticas públicas de tipo distributivas, regulatorias y redistributivas. Las políticas distributivas son las menos controversiales, pues abordarán problemas consensuados con los recursos públicos. Ejemplo de políticas de tipo distributivas son educación y salud.

Por el contrario, la política de tipo regulatoria sí constituye conflictos y negociación entre los ganadores y perdedores de la lucha política, pues existen intereses que se contraponen entre ambos grupos. Ejemplos de dicho tipo de política son las que regulan los límites de contaminación, el transporte urbano, entre otros. Por último, la política de tipo redistributiva es la que abordará temas de posesión, poder y reputación social. En ese sentido, es la más conflictiva y tensa, pues los efectos de dicha política afectarán numerosas organizaciones con intereses particulares (Lowi, 1995).

Para el presente trabajo de investigación, las definiciones de política pública más acordes con la dimensión de la ESNANS, corresponderían a los conceptos presentados de Kraft y Furlong y Lahera. Ello debido a que la Estrategia en mención se ha constituido en un curso de acción que busca resolver el

problema social de la anemia, desnutrición, sobrepeso y obesidad mediante la intervención de los agentes institucionales. Para el objeto del estudio correspondería al Ministerio de Salud.

Asimismo, podemos decir que el presente trabajo de investigación está relacionado con la formulación de políticas públicas de aproximación formal – institucional, dado que el análisis se dirige a la identificación de la opción que maximice el bienestar social de la población (Lahera, 2004).

De la misma manera, también estaría vinculado a una política pública regulatoria (Lowi, 1995), dado que se refieren a aspectos sobre los que existe consenso y que deberían ser ejecutados mediante el uso de recursos públicos. Así, el MINSA es el llamado a ejercer la regulación a través de los lineamientos de política de promoción de la salud mediante la ESNANS. Bajo dichos lineamientos, le corresponderán a los establecimientos de salud que pertenecen al primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud) ejercer lo dispuesto en la ESNANS.

### **1.1.2. Implementación de las Políticas Públicas**

La implementación de las políticas comprende las acciones de las personas o grupos públicos y privados para el logro de los objetivos que se han establecido. Dichas acciones constituyen esfuerzos para operativizar las decisiones tomadas, así como también para generar los cambios establecidos por las decisiones políticas (Van Meter y Van Horn, 1975).

Sabatier y Mazmanian (1981) refieren que la implementación es la manera como poner en marcha una determinación política. Pressman y Wildavsky (1976) sostienen que la implementación es un mecanismo de interacción entre las metas trazadas y las acciones desarrolladas para poder alcanzarlas. Bardach (1978) señala que el proceso de implementación constituye por un lado el proceso de construcción de elementos que se requieren para generar un resultado. Por otro lado, el uso y juego de distintas herramientas mediante las cuales dichos elementos son contenidos o proporcionados al proceso de construcción previamente señalado.

En relación con lo anterior, se puede señalar que la implementación es la evolución que ocurre entre lo que se declara de manera formal y el resultado que se logra alcanzar. Es un proceso mediante el cual la política pública puede verse influenciada por diversos actores y diferentes factores, los que finalmente pueden proteger o interrumpir el rumbo para consecución de los objetivos propuestos (Vaquero, 2007).

De igual forma, se puede evidenciar una fuerte influencia que se le otorgan a los asuntos de carácter administrativo en Kaufman (1973). Este autor ha reconocido tres condiciones vinculadas con el descalabro en la implementación de las políticas, las cuales corresponden al proceso de comunicación, las capacidades y las actitudes hacia la implementación de la política. Asimismo, considera que las cuestiones burocráticas es el problema central para la implementación.

Elmore (1978), un acérrimo defensor del enfoque bottom-up, expone que los modelos organizaciones se encuentran directamente vinculados con la burocracia. En ese sentido, el éxito o fracaso de la implementación subyace precisamente en la burocracia. Así también, Bailey y Mosher (1968), Pressman y Wildavsky (1976) señalan a las relaciones intergubernamentales como el primordial motivo causal que altera la implementación de las políticas. En ese sentido, Van Meter y Van Horn (1975) resaltan la relevancia que se le otorga a la organización y otras características generales de la burocracia. Resaltan también los estudios de Huang (1999) y Whitford (2002) que señalan a la burocracia como problema central de la implementación.

En relación con lo el párrafo previo, la burocracia resultaría ser un aspecto vital. Sin embargo, cabe resaltar que la implementación constituye un curso de gran complejidad en el que participan no solamente la burocracia, sino también múltiples factores y variables que indefectiblemente repercutirán en la implementación de la política. En consecuencia, todos estos factores y variables también merecerían ser objeto de estudio (Vaquero, 2007).

La presencia de múltiples factores también ha sido discutida e incorporada por autores que respaldan el enfoque top-down y bottom-up. Rein y Rabinovitz (1978) establecieron tres categorías que influyen en la implementación. El

aspecto legal, que resulta pertinente para que los diferentes actores manifiesten sus intereses y configuren la ley; el aspecto burocrático-racional, cuya premisa señala que la ley solo puede ser aplicable si es razonable y justa para los burócratas; y el aspecto consensual, que estipula que la implementación deberá estar sujeta a la preferencia de los diferentes colectivos o agentes de interés.

Por otro lado, el marco conceptual de Sabatier y Mazmanian (1981), gestores del enfoque top-down, no solamente consideran a la burocracia como la más importante o única variable involucrada en la implementación. En contraste, se estipula lo legal como la variable más importante en el proceso de implementación. Asimismo, toma en consideración otros factores como la burocracia, la jerarquía de poder y sus condiciones para la toma de decisiones a nivel institucional.

Según Vaquero (2007), el aspecto fundamental del análisis de implementación de las políticas públicas es la identificación de las circunstancias que alteren el proceso para la consecución de los objetivos definidos. De acuerdo con Sabatier y Mazmanian (1981), estos se pueden dividir en tres categorías: 1) la forma cómo abordar el problema establecido; 2) la forma cómo se ha estructurado el curso de la implementación; y 3) el efecto final de las variantes políticas para la consecución de los objetivos trazados.

Por otra parte, Hjern y Hull (1982) caracterizados por su enfoque bottom-up, sostienen: “Entonces, el principio ordenador de la investigación sobre implementación no son los problemas de la política como son definidos y abordados por el sistema político formal, sino como son definidos y abordados por los actores sociales relevantes” (1982: 114).

En consecuencia, resulta evidente que los defensores del enfoque top-down y los del bottom-up coincidan sobre lo complejo que resulta el proceso de implementación. Así también, en la presencia de diversas variables involucradas que no solamente se corresponden a los factores de carácter burocrático (Vaquero, 2007).

En relación con los párrafos anteriores, los aspectos de implementación de la ESNANS que se pretenden investigar, se correlacionarían con las

particularidades de implementación de las políticas públicas señaladas. En ese sentido, no solamente se encuentra ligada a la burocracia administrativa y a la gestión organizacional, sino también a la dinámica de poder respecto a la rectoría, el grado de influencia sobre los actores involucrados, y a los diversos factores contextuales y operacionales a nivel de la macro, meso y micro gestión. Todo lo anterior guarda correlación con los enfoques bottom-up y top-down presentados por Elmore, y Sabatier y Mazmanian, respectivamente.

### **1.1.3. Salud Pública**

La Organización Mundial de la Salud (1998) define a la salud pública como “la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”. En este sentido, diversos autores han desarrollado diversos conceptos sobre la salud pública.

Charles Edward Amory Winston, figura seminal en la salud pública en el mundo occidental, fue uno de los primeros autores en plasmar una definición en salud pública. En este sentido, Winston (1920) define a la salud pública como “la ciencia y arte de evitar enfermedades, alargar la vida y fomentar la salud y eficiencia con los esfuerzos de la comunidad”. Según Terris (1982), la salud pública corresponde a la actividad social y multidisciplinaria del gobierno, y sus implicancias en la sociedad. Asimismo, la salud pública sugiere actividades de manera planificada y predispone la participación de la comunidad (H.S. Martin, 1984).

Así, se puede declarar que la salud pública es la ciencia encargada de organizar y conducir los esfuerzos de manera colectiva para garantizar la salud de la población. Ésta comprende una serie de actividades avocadas a incrementar y defender la salud de la población, así como restaurarla cuando ésta se haya perdido (Piédrola y Del Rey, 1991). En síntesis, se puede decir que la Salud Pública es la acción colectiva que le corresponde al Estado y a la sociedad civil, con la finalidad de lograr la protección y mejora de la salud de las personas (Muñoz, 2000).

Según Gómez (2003), la noción de salud pública es producto de la modernidad y es difícilmente traducible a otras condiciones históricas. A fin de entender



estos cambios en la noción de salud pública, Gómez describe cuatro concepciones: primitiva, antigua, liberal y liberal de mercado.<sup>1</sup>

Gómez (2000) sugiere que a mediados del siglo XIX, no solamente se generó una mayor explotación laboral, sino que además se generaron movimientos de carácter socialista que divulgaron ideas de sociedad más equitativa y armónica. Según este autor, esta variedad que concierne a la noción de salud pública no solamente representa un problema teórico. La incorporación de los diferentes enfoques señalados, finalmente otorgarán cambios sobre el uso de los recursos públicos y el consecuente impacto en la calidad de vida de los ciudadanos (Gómez, 2000).

Desde una perspectiva institucional, la principal responsabilidad sobre la salud pública le pertenece al Estado como el actor que debe responder a las demandas de la población para satisfacerla de la forma más eficaz (Muñoz, 2000). Sin embargo, dicha responsabilidad no debería utilizarse para apartarse de las responsabilidades que le competen a otras organizaciones sociales. En ese sentido, el Estado no debe convertirse en el único rector de la salud pública a pesar de ser el principal responsable. Por el contrario, deberá garantizar y exigir la articulación con otros agentes y el apoyo de la sociedad a favor de la salud de la población, por la importancia que representa para la salud pública (Rueda, 2011).

La definición de salud pública con la que se trabajó la presente investigación, asume lo sugerido por Muñoz (2000) quien define la salud pública como una acción colectiva que no solamente involucra al Estado, sino que también implica la participación de la sociedad civil y otros actores locales para su alcance.

## **1.2. Políticas públicas sobre alimentación y nutrición: estado de la cuestión**

---

<sup>1</sup> 1. Concepción primitiva: se caracteriza por la ausencia de una conciencia de la salud como bien de interés público. 2. Concepción antigua: se desarrolla la noción del carácter público. La salud y enfermedad continúan siendo asuntos de carácter individual. 3. Concepción liberal normativa: la salud de la población se considera de interés público. Las características que

En el presente estado de la cuestión se presentan las investigaciones y estudios que analizan las políticas de alimentación, nutrición y su implementación. Si bien no todos están orientados a analizarlas como políticas públicas de salud, sirven de referencia para conocer las políticas que el Estado implementa en materia de salud y nutrición. También serán de utilidad documentarlos para identificar el vacío de conocimiento que el presente trabajo de investigación aborda. A pesar que no se han encontrado estudios explícitos que analicen la alimentación y nutrición saludable, se han tomado como referencia aquellos que dialogan particularmente con la zona rural.

### **1.2.1 Estado de la Cuestión sobre políticas públicas de alimentación y nutrición en el Perú**

Uno de los autores que ha estudiado el tema de las políticas alimentarias desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, ha sido Felipe Portocarrero (2000). Este autor en su libro “Gestión pública y políticas alimentarias en el Perú” genera conclusiones de abordaje sistémico entre el sector público y privado para la implementación de políticas en materia de nutrición y alimentación en el Perú. De esta manera el autor resalta la importancia de factores como una vivienda segura. Esta quiere decir que sea de material noble y cuente con servicios de saneamiento básico (agua potable y desagüe). Así también, una pertinente atención de salud, con acceso y financiamiento de los servicios de salud necesarios. De la misma manera, un cuidador preparado sobre las buenas prácticas de alimentación, salud e higiene Finalmente, destaca a una comunidad saludable con programas sociales e infraestructura económica y social que contribuyan al alivio de las condiciones de los más pobres.

Según Gómez (2005) otro problema fundamental de la política alimentaria del Perú ha sido la realización de programas, planes y proyectos que se han caracterizado por la priorización de la asistencia alimentaria como solución a los problemas de nutrición. Desde la perspectiva de este autor estas acciones no han abordado el componente educativo y pretenden disminuir la desnutrición sólo a costa de la ayuda alimentaria. Gómez concluye que es preocupante la desarticulación de oferta nacional de alimentos con la demanda de insumos de los programas. Igualmente lo es la ausencia de incentivos

como, por ejemplo, condicionar la ayuda alimentaria a logros en educación y/o salud, que respalden la generación de capital humano.

Parqui (2002), en el Informe Final del “Proyecto Mejora efectiva y a bajo costo de los Programas de Apoyo Alimentario”, señala al Ministerio de Salud, el Ministerio de la Presidencia, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH), los Municipios y a las Organizaciones no Gubernamentales como los principales actores que llevan a cabo acciones para mejorar el estado de nutricional de la población. Así, el autor resalta en este Informe Final cómo los programas y los proyectos por dichos organismos, no solamente reflejan acciones que se duplican en determinadas zonas del país, sino también inadecuadas e insuficientes evaluaciones y estudios de impacto en un marco de gestión de la evidencia, así como una débil presencia de la prevención.

Alcázar (2007), en su estudio “¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú?: riesgos y oportunidades para su reforma”, analiza los factores causales relacionados a la falta de cumplimiento de los resultados y los objetivos establecidos por los programas. Esta autora explica que estos no se corresponden entre los presupuestos asignados y los logros obtenidos durante el tiempo de su intervención. En ese sentido, el presupuesto ejecutado durante los años 1997- 2004 no guarda relación con la mejora de los indicadores de pobreza, desnutrición o déficit calórico. Así también, Alcázar señala que los programas no se encuentran precisamente avocados a la lucha contra la pobreza, sino más bien a la mejora de los niveles de vida de los pobres (a través del apoyo alimentario y el aumento del gasto del hogar como producto de la valorización de la transferencia).

Un aspecto importante para la implementación de políticas sanitarias es la incorporación del enfoque intercultural. Portugal y Yon (2016) señalan a raíz de su estudio que los criterios e indicaciones que se proponen desde los servicios de salud del Estado (por ejemplo, “comer comidas balanceadas”) son por lo general replicadas por las madres. Sin embargo, estas prácticas no llegan a ser sostenibles dado que la elección de los alimentos está en función de los recursos disponibles y los ingresos monetarios en un contexto donde ambos son escasos. En ese contexto, concluyeron que la implementación de la

interculturalidad en los servicios de salud estatales del Perú es incipiente, contribuyendo de esta manera a la vulnerabilidad en salud de las poblaciones indígenas. Esta falta de consideración condicionaría una implementación irregular e insostenible, lo cual a su vez conllevaría al fracaso de la política diseñada.

Como se puede apreciar, los estudios realizados en el Perú en materia de alimentación y nutrición, tienen como principal enfoque el análisis de la asistencia alimentaria como política pública y cuáles han sido las conclusiones de su implementación, primordialmente en los aspectos de gestión. Finalmente, del estudio de Portugal y Yon (2016), resulta pertinente destacar el enfoque intercultural para el diseño e implementación de las políticas públicas, ya que en materia de alimentación y nutrición saludable pueden constituir aspectos relevantes según el contexto sociocultural en los cuales se aplique.

### **1.2.2 Estado de la Cuestión sobre políticas públicas de alimentación y nutrición en otros países**

Para el caso de Chile, Teubal (1982) hace referencia a los aspectos que las políticas de desarrollo de alimentación y nutrición saludable deberían considerar para una exitosa implementación. Entre estos aspectos señala el compromiso o reconocimiento de su importancia por parte del gobierno y la comunidad médica de la salud o nutricional. También menciona la coherencia que debe tener en su elaboración mediante el desarrollo de objetivos y metas claramente definidas. Finalmente, resalta la necesidad de una maquinaria administrativa lo suficientemente capaz para impulsarla de manera eficaz. En ese contexto, indica que “el éxito muy limitado” respecto a la implementación de dichas políticas en Chile, subyace por la ausencia de promotores nutricionales capaces de detectar el problema y de difundir la idea de que la adopción de una política nutricional es importante. En tal sentido, señala que deben de haber técnicos y profesionales capacitados no solo para elaborar políticas nutricionales, sino también para ponerlas en práctica y ejecutarlas.

Para el caso de México, Barquera (2001) refiere que uno de los desafíos más importantes que afrontan las políticas en materia de salud y nutrición consiste en implementarlas con limitados recursos para que logren responder a las

necesidades de la localidad. Asimismo, menciona que las políticas de ajuste que asumen los países en desarrollo en etapas de crisis, por lo general tienen como objetivo disminuir el gasto y, por consiguiente, el déficit fiscal para permitir el crecimiento económico y poder acceder a créditos internacionales. Desde la perspectiva de Barquera, entre dichas políticas figura la disminución en los subsidios, lo que conlleva al desplazamiento de los programas en materia de salud y nutrición dirigidos a grupos de alta vulnerabilidad (inmunizaciones, tratamientos contra la parasitosis, administración de vitamina A, etc.).

López (2015) en su estudio “Las políticas alimentarias de México: un análisis de su marco regulatorio”, orienta su discusión a la asignación de competencias entre el gobierno federal, estatal y municipal. Las conclusiones del estudio señalan que no se ha establecido una política alimentaria que dependa de programas que aborden dicho problema de manera exclusiva. De esta forma, la problemática termina siendo aisladamente abordada por diversos programas, los cuales terminan por combinar su atención hacia otros problemas de interés público y no los problemas de alimentación y nutrición de manera principal. Asimismo, se ha logrado evidenciar las competencias limitadas de los municipios y estados. Esto debido a que el Gobierno Federal mantiene la responsabilidad de la mayoría de los procesos para llevar a cabo los diferentes programas.

Para el caso de Colombia, Ortiz (2003) identifica cinco barreras para el desarrollo e implementación del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN): 1) la desarticulación del PNAN de las demás políticas sociales y económicas y la falta de concordancia con las políticas del sector agrario y exterior; 2) la ausencia de coordinación entre los sectores e instancias de la administración pública; 3) la corrupción en la administración, la cual ha sido agravada por la violencia y la inseguridad; 4) la ausencia de equidad para la distribución de los recursos; y 5) la ausencia de continuidad de los compromisos pactados entre los sectores involucrados. Ortiz concluye que todo lo señalado anteriormente—conlleva a limitar la utilidad social del PNAN en Colombia. En ese sentido, sostiene que se debe buscar relacionar la comprensión científica de la realidad social a los efectos de las políticas, a fin

de conseguir un instrumento político sólido para el acercamiento y mejor transparencia entre los gestores de las políticas y la población beneficiaria.

En conclusión, el Perú de manera similar a lo encontrado en otros países de la región, se encuentra enfocado principalmente en políticas estatales de asistencia alimentaria, concernientes a un marco de asistencia social. En tal sentido, esta tesis aspira a aportar al conocimiento de la implementación de dicha política en zonas rurales de Lima Metropolitana. Todo ello teniendo en consideración también el contexto epidemiológico, sociocultural y la diversificación productiva de la zona rural de Lima Metropolitana.

### **1.3. Marco Normativo de la Estrategia de Alimentación Saludable**

La ESNANS se encuentra inmersa en la política nacional de promoción de la salud y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), ello conlleva a que ésta estrategia tenga ciertas características al momento de su implementación. El presente apartado busca realizar una revisión de cómo la política nacional de promoción de la salud así como el MAIS- BFC influyen en la implementación de la ESNANS.

#### **1.3.1 La Promoción de la Salud en el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)**

Luego del informe Lalonde (década del 1970) y la Carta de Otawa (década del 1980), el Estado peruano incorpora a la Política Nacional de Salud el concepto de Promoción de la Salud, que impulsa el desarrollo de estilos de vida saludable y la generación de ambientes favorables, como elementos prioritarios para que las personas y comunidades sean saludables.

La incorporación de reformas como el Aseguramiento Universal (Ley N° 24344; 2009), la Descentralización en Salud (Decreto Supremo N° 036-2007-PCM; 2007) y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (RM N° 520-2010/MINSA) han introducido cambios significativos en nuestro sistema de salud. Estos elementos han sido sustanciales en la manera de organizar los servicios de salud, así como la configuración de un Modelo de Atención en el país denominado Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), aprobado mediante la RM N° 464-2011/MINSA.

En relación a la organización de los servicios de salud, los niveles de atención han constituido la forma de distribuir los mismos, a través de los cuales se relacionan la severidad y la magnitud de las necesidades de salud con la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Según el comportamiento de la demanda, se configuran tres niveles de atención (Norma Técnica “Categorías de los Establecimientos del Sector Salud, MINSA 2011):

a. Primer nivel de atención:

Constituye la puerta de entrada al sistema de salud, en donde se desarrollan primordialmente actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Este nivel se orienta a resolver las necesidades y problemas de salud más frecuentes. Corresponden a este nivel los denominados Puestos de Salud y Centros de Salud.

b. Segundo nivel de atención:

Además de realizar actividades preventivas promocionales, en este nivel la atención integral iniciada en el primer nivel de atención se complementa. Asimismo, se suma un mayor grado de especialización en los recursos humanos y tecnológicos, orientados a resolver los problemas de salud. Del mismo modo, se atienden las urgencias y/o emergencias que acudan a los establecimientos de salud de dicho nivel de atención.

c. Tercer nivel de atención:

Es el nivel con la mayor capacidad resolutive. En los establecimientos de salud de este nivel, se resuelven todas las atenciones referidas del primer y segundo nivel de atención, así como también las urgencias y emergencias que acudan directamente. Cabe resaltar que también realizan actividades de prevención y promoción.

Estos tres niveles de atención se interrelacionan entre sí a través de un sistema de referencias y contrarreferencias, garantizando la atención de las personas según la capacidad resolutive que le corresponde a cada nivel. Cabe señalar que las actividades de promoción de la salud son transversales en los tres

niveles de atención en concordancia con lo estipulado en el MAIS-BFC. El mismo sostiene que la atención de la salud es un proceso sin interrupciones, que se enfoca en la atención integral, y prioriza las actividades de promoción y prevención a través del énfasis de los estilos de vida saludables y el fomento de las acciones intersectoriales. Todo ello con el fin de fortalecer la responsabilidad de la familia y comunidad para mejorar las condiciones de salud. Las características fundamentales de este modelo de atención se resumen en el Documento Técnico “MAIS-BFC, MINSA 2011. A continuación destaco sus principales lineamientos:

1. El centro de atención es la persona, en el contexto de su familia y comunidad.
2. Enfatiza la promoción de la salud y prevención de la enfermedad
3. Reorienta los servicios de salud hacia una atención de manera personalizada, que tiene como base los principios de la salud familiar y comunitaria, así como las garantías que otorga el aseguramiento universal de salud
4. Se enfoca principalmente a los recursos humanos, priorizando el cierre de brechas con equidad, desarrollo de capacidades con énfasis en la formación de salud familiar y comunitaria y políticas de trabajo digno.
5. Promueve el enfoque territorial para la gestión de la salud.
6. Organiza los servicios de salud en redes para asegurar la complementariedad, integralidad y continuidad de la atención.
7. Promueve el abordaje de los determinantes sociales de la salud para abrir espacios a la participación ciudadana y la intersectorialidad.
8. Asegura los recursos necesarios, a través de mecanismos de financiamiento sostenibles y equitativos, la implementación y sostenibilidad de los servicios.
9. Apuesta por el fortalecimiento del rol rector del MINSA, mediante un sólido marco jurídico sanitario que mantenga revitalizada y actualizada la normatividad vigente.
10. Impulsa que los enfoques de interculturalidad y equidad de género sean de manera transversal.



En concordancia con el Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC), la promoción de la salud es vinculante ya que dicho modelo reconoce a las personas en su carácter multidimensional, sumergidos en el complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y biológicas. Dicho abordaje parte desde la población. Con ella, se proyectan las acciones de promoción de la salud a través del desarrollo de habilidades en la persona y generación de redes sociales que le puedan otorgar un mayor control sobre los determinantes que repercuten en la salud (Documento Técnico “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud”, MINSA). En relación con lo anterior, la promoción de la salud aborda diferentes ejes temáticos, entre los cuales se encuentra el “Eje de Alimentación y Nutrición Saludable”.

**Figura N° 01 Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, MINSA.**

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACION SUJETO DE INTERVENCIÓN			ESCENARIOS (entorno establecimientos)	EJES TEMÁTICOS (comportamientos estables)	
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS	FAMILIA	ETAPAS DE VIDA			VIVIENDA	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
		COMUNIDAD	NIÑO	ADOLESCENTE	ADULTO		MAYOR
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	ACTIVIDAD FÍSICA						
MUNICIPIOS	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
EQUIDAD DE GÉNERO	COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD						HABILIDADES PARA LA VIDA
INTERCULTURALIDAD	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA - EMPODERAMIENTO SOCIAL E INTERSECTORIALIDAD						SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO
							PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

Fuente: Documento Técnico “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud”, MINSA.

Según el contexto descrito en los párrafos anteriores, se aprobó el Documento Técnico sobre “Orientaciones para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable”, que abarca las acciones a desarrollar por el personal de salud, según las etapas de vida: niño, adolescente, adulto y adulto mayor. Si bien el Documento dispuso que el eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable se implemente preferentemente de manera extramural, el personal de salud también tiene la potestad de desarrollar los aspectos de promoción de la alimentación y nutrición saludable por etapas de vida en sus establecimientos de salud. En definitiva, tomar en consideración el marco normativo sobre la cual se implementa la ESNANS, nos permite situar dentro del concepto de

promoción de la salud, desarrollado en la política de promoción de la salud del MINSA, la razón y dirección de ésta estrategia en nuestro país.

De esta manera, podemos vincular la ESNANS al eje temático de alimentación y nutrición saludable en el modelo de abordaje de promoción de la salud. Este modelo de abordaje guarda correlación con el nuevo modelo de atención que implementó el MINSA denominado MAIS-BFC. El mismo busca asegurar la continuidad de la atención según la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud, haciendo principal hincapié a las acciones de promoción que se otorgan primordialmente en el primer nivel de atención.



## **Capítulo 2: Características de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable**

En el presente capítulo se describirán las fases de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable, partiendo desde su concepción en el marco de la política de promoción de la salud, sus fundamentos a través del eje temático de alimentación y nutrición saludable, y la puesta en marcha de la misma. Así también, se presentarán los actores formales e informales involucrados en su implementación.

### **2.1 Fases de la consolidación de la Estrategia de Alimentación Saludable en el marco de la Política de Promoción de la Salud**

Para explicar el proceso de la ESNANS y en base al análisis de su implementación sugiero que ésta ha tenido cuatro fases. La primera corresponde a la elaboración del marco de la política de promoción de la salud y su vinculación con los estilos de vida saludables. La segunda a la definición del eje temático de alimentación y nutrición saludable en concordancia con el modelo de abordaje de la política de promoción de la salud. La tercera fase corresponde al establecimiento de la Estrategia como tal junto con otras Estrategias Sanitarias Nacionales. Finalmente la cuarta fase es la implementación y puesta en marcha de la Estrategia de Alimentación Saludable a partir del año 2012.

#### **2.1.1 Primera fase: concepción de la Estrategia de Alimentación Saludable en el marco de la Política de Promoción de la Salud**

“La concepción de la ESNANS nace como respuesta al énfasis en promoción en la salud que promueve la Organización Mundial de la Salud” (Coordinador Nacional de la ESNANS).

La Reforma de Salud, emprendida a inicios del 2000, y su proceso de modernización orientado a superar las limitaciones del modelo de atención que priorizaba la recuperación de la enfermedad más que la prevención, fueron los antecedentes para la creación de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud.

Posteriormente, en el año 2002, mediante la aprobación de la nueva Ley del Ministerio de Salud, se creó la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS). De esta manera se incorpora la línea estratégica y prioritaria a la estructura funcional del MINSA (MINSA, 2005). En el 2005, el Ministerio de Salud (MINSA) estableció el marco conceptual de la “promoción de la salud”, refiriéndose como el “proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla” (MINSA, 2005:17).

En relación con lo anterior, cabe señalar que entre las funciones asignadas a la DGPS se consignaron la formulación de políticas y planes de promoción de la salud en coordinación con los niveles regionales. Así también, la formulación de estrategias para la gestión de los servicios de salud que incorporen la promoción de la salud asociada a los estilos de vida y entornos saludables.

En ese sentido, en esta primera fase se formularon cinco lineamientos de política vinculadas a la promoción de la salud. De acuerdo a (MINSA, 2005) estas son:

- establecer alianzas a nivel sectorial e intersectorial para la promoción de la salud
- desarrollar mejores condiciones para el medio ambiente
- incentivar la participación ciudadana para el ejercicio de la ciudadanía
- reenfocar los servicios de salud hacia la promoción de la salud; y
- reenfocar la inversión hacia la promoción de la salud

Para la implementación de los Lineamientos en mención, se tendrían que enfrentar algunos retos, tales como el rompimiento de paradigmas vigentes<sup>2</sup>, la generación de mecanismos de coordinación intersectorial y el fortalecimiento de la ciudadanía. En ese sentido, se contribuiría a la descentralización, al fortalecimiento de los gobiernos locales y al reenfoque de los servicios de salud hacia la promoción de la salud. Todo lo anterior, promoviendo la participación

---

<sup>2</sup> La centralización política y administrativa del MINSA y el enfoque recuperativo de la salud, abocado primordialmente al tratamiento médico especializado. En ese sentido, no se concebía a la promoción de la salud como un aspecto relevante para la entrega de los servicios de salud.

de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana (MINSA, 2005).

En síntesis, la promoción de la salud tuvo como misión construir una cultura de salud que se oriente al desarrollo de estilos de vida saludables a largo plazo. De igual manera, se orientó hacia la consecución de una población con la capacidad de ejercer el control sobre los determinantes de la salud (MINSA, 2005).

### **2.1.2 Segunda fase: vinculación de la Estrategia de Alimentación Saludable al Eje Temático de Alimentación y Nutrición Saludable**

La promoción de la salud hace hincapié al control de las determinantes de la salud. Los “determinantes de la salud” es la definición asignada a los factores y condiciones que repercuten en la salud de las personas (Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú). Los factores que influyen en la salud relacionados con los estilos de vida presentan varias dimensiones y están vinculados a problemas relevantes para la salud (entre ellos la alimentación y nutrición). Los problemas de salud relacionados con los estilos de vida, pueden ser específicos para una fase, por ejemplo, la etapa del adulto mayor, pero también podrían estar relacionados a aspectos culturales (Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú).

En ese sentido, la DGPS desarrolló el “Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud” que se encuentra descrito en el Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Este documento señala como ejes temáticos de la promoción de la salud a los siguientes:

- la alimentación y nutrición saludable
- higiene y ambiente
- actividad física
- salud sexual y reproductiva
- habilidades para la vida; seguridad vial y cultura de tránsito
- la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz

En el marco de los ejes temáticos señalados, el MINSA optó por desarrollar un conjunto de estrategias avocadas a la mejora de la salud y calidad de vida de la población. Estas buscaron incentivar cambios en las conductas de salud de la población, mejorar el acceso a los servicios de salud, y facilitar la información para la toma de decisiones.

En dicho esfuerzo se han conjugado estrategias en los rubros de educación, comunicación y participación comunitaria. Todas las anteriores con enfoques similares y con una misma finalidad (MINSA, 2005). En relación al eje temático de alimentación y promoción saludable, la promoción de la salud se orienta sobre los factores involucrados en la seguridad alimentaria y en el impulso de hábitos nutricionales y alimenticios saludables.

De esta manera, el MINSA define alimentación saludable como aquella que incluye diariamente una dieta equilibrada, con alimentos variados, preparada según las normas básicas de higiene, cuyo sabor y presentación responden a los principios de la gastronomía de cada región y se consume en un ambiente agradable. Esta definición, plasmada en el Documento Técnico “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú: acciones a desarrollar en el Eje Temático de Alimentación y Nutrición Saludable”, si bien considera todos los aspectos que pueden influir sobre la calidad de la alimentación y nutrición saludable, no logra determinar de manera práctica las características con las que un alimento debe contar. La principal dificultad para ello, se debe a la variedad cultural que existe en nuestro país y que influye de manera categórica en la gastronomía. Así, esta falta de consideración, podría atribuirse como una de las causantes de la dificultad en la implementación de la ESNANS. En ese sentido, un funcionario público del MINSA hace referencia a lo que menciona el documento respecto a la adecuación cultural y lo que finalmente sucede en la práctica.

“A pesar de que el marco normativo señala que la ESNANS debe ser adecuada a la realidad cultural y epidemiológica de cada zona, en la práctica esto no se visualiza” (Coordinador Nacional de la ESNANS).

Esta afirmación explica la idea plasmada en el párrafo anterior, y debería entenderse como una limitación de su implementación. Esta omisión podría

deberse a la falta de información relacionada con los aspectos de interculturalidad en salud por parte del MINSA.

Es importante entender que dada la naturaleza pluricultural de nuestro país, la concepción de la salud es diferente según cada cultura y ello influye indefectiblemente sobre las estrategias a utilizar para cada caso. Así por ejemplo, una estrategia diseñada para Lima Metropolitana seguramente no estará acorde para una comunidad shipiba. Sin embargo, esta diferenciación cultural no se encuentra en el diseño estructural de inicio de la ESNANS, limitando desde el mismo la posibilidad del éxito para su implementación. Esta limitación se correlaciona con los hallazgos del estudio de Portugal y Yon (2016) en el que se señala la importancia del enfoque intercultural que deben tener las políticas públicas en materia de alimentación y nutrición para su adecuada implementación y sostenibilidad.

### **2.1.3 Tercera fase: constitución de la Estrategia de Alimentación Saludable en el marco de la Estrategias Sanitarias Nacionales**

En el 2004, mediante una Resolución Ministerial se establecieron diez Estrategias Sanitarias Nacionales a fin de fortalecer la promoción de la salud. De esta manera, se consignaron las referentes a Inmunizaciones; Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras enfermedades transmitidas por vectores. Así también, las Estrategias de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH – SIDA; Prevención y Control de Tuberculosis; Salud Sexual y Salud Reproductiva; Prevención y Control de daños No transmisibles. Finalmente, las Estrategias Sanitarias sobre Accidentes de tránsito; Salud de los pueblos indígenas; Salud Mental y Cultura de Paz; y Alimentación y Nutrición Saludable (ESNANS) (MINSA, 2004).

En la actualidad, las Estrategias Sanitarias Nacionales son quince. Estas estrategias fueron elaboradas por el Ministerio de Salud luego de identificar las prioridades sanitarias del país a fin de convertirse en instancias de coordinación, supervisión, monitoreo y evaluación para el sector salud. Se debe precisar que cada una de las Estrategias está dirigida por un Comité Técnico Permanente, el cual está integrado por diferentes representantes de los órganos de línea y órganos desconcentrados del MINSA (MINSA, 2016).

La ESNANS fue establecida en el marco de la política de promoción de la salud y su relación con el abordaje del eje temático de alimentación y nutrición saludable de la promoción de la salud. Tuvo como finalidad ser la referente en los temas de alimentación y nutrición para contribuir que la población logre estándares saludables. A nivel político, estuvo orientada a sumar esfuerzos entre los actores sociales involucrados para realizar intervenciones de manera efectiva dentro y fuera del sector salud en los tres niveles de gobierno (MINSA, 2011). Sin embargo, en la práctica se correspondió más a una acción aislada por parte del Gobierno central para luchar contra la disminución de la anemia y desnutrición crónica infantil.

“A pesar del nombre de la Estrategia, el énfasis de la misma ha sido para la disminución de la anemia en la población infantil, gestantes, así como disminución de la desnutrición crónica infantil” (Coordinador Nacional de la ESNANS).

Lo que se plantea en la cita previa resulta relevante dado que desde su diseño, la Estrategia responde nuevamente a la principal problemática relacionada con la alimentación y nutrición en el país. También responde a los compromisos internacionales suscritos, siendo el más importante “los objetivos de desarrollo del milenio” (propuesta por la OMS). Este énfasis conllevará al enfoque que veremos al momento de la implementación en la cuarta fase.

En ese sentido, la mayoría de los gestores locales han señalado que la ESNANS ha sido concebida para combatir principalmente la desnutrición crónica infantil y la anemia. Así, ésta ha dejado de lado los otros aspectos como el sobrepeso, la obesidad y sobretodo la incidencia en los comportamientos alimenticios de la población. Este enfoque se verá fortalecido en los gobiernos regionales por la exigencia del MINSA para el cumplimiento de las metas sobre la disminución de la desnutrición crónica infantil y anemia en niños y niñas menores de cinco años y gestantes.



#### 2.1.4 Cuarta fase: implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable

La ejecución de la ESNANS se inició a partir del 2012 debido a que la publicación de los Lineamientos de gestión de la Estrategia fue recién presentada en el año 2011.

En ese contexto, el marco normativo de Estrategia que ha sido el “Lineamiento de gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable” fue aprobado mediante la RM N° 208-2011/MINSA. La misma estableció los objetivos estratégicos, las líneas de acción, resultados esperados e indicadores de resultado a nivel regional y local según etapa de vida en la población. También tomó como referencia los procesos de la descentralización, atención integral, aseguramiento universal, enfoque territorial, listado priorizado de intervenciones sanitarias y presupuesto por resultados (Paredes, 2012).

**Tabla N° 01: Objetivos Estratégicos de la ESNANS**

<b>Objetivo General:</b> Contribuir a la reducción de problemas de malnutrición por etapas de vida, con énfasis en desnutrición crónica y anemia en mujeres en edad fértil, niñas y niños menores de 36 meses.	Objetivo Estratégico 1. Lograr el compromiso político y la articulación intra e intersectorial en los diferentes niveles de gobierno en problemas de malnutrición.
	Objetivo Estratégico 2. Garantizar la capacidad de respuesta de los establecimientos públicos del sector salud en problemas de malnutrición.
	Objetivo Estratégico 3. Lograr la participación activa de la población: persona, familia, comunidad, de manera articulada con otros sectores, gobiernos locales y otros actores de la sociedad civil para que adopten prácticas adecuadas de alimentación y nutrición.
	Objetivo Estratégico 4. Asegurar un sistema de información en temas de malnutrición útil y de calidad que permita la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno.

Fuente: Lineamiento de gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable, aprobada por la RM N° 208-2011/MINSA. Elaboración propia.

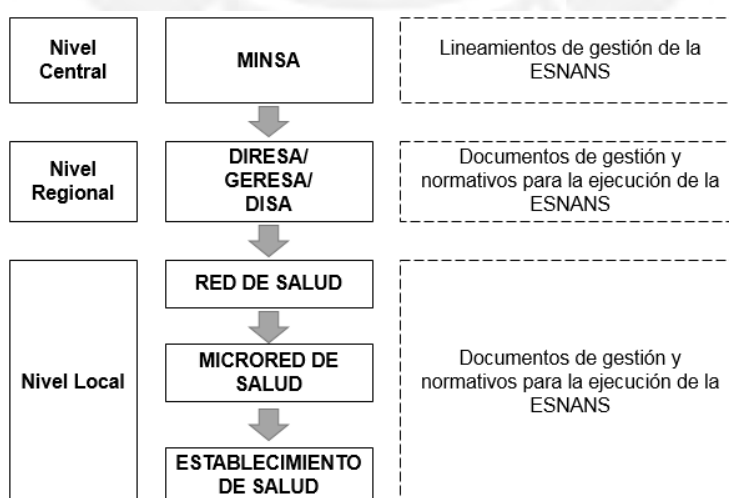
Como se puede evidenciar en la tabla N° 01 antes presentado, el objetivo general de la Estrategia hace particular énfasis a la desnutrición crónica y anemia en mujeres en edad fértil, niñas y niños menores de 36 meses. Dicho

enunciado es fundamental para señalar que el enfoque de la Estrategia estuvo orientado a combatir la anemia y desnutrición crónica infantil, particularmente en mujeres gestantes y niños menores de 03 años. Y dejó de lado los componentes de sobrepeso y obesidad, así como la generación de hábitos y conductas alimenticias que se deberían adoptar para evitar llegar al sobrepeso y la obesidad.

A partir de los objetivos estratégicos definidos, se formularon las líneas de acción, estrategias e indicadores de resultado que se encuentran estipuladas en el lineamiento de gestión de la ESNANS. Estos han sido plasmados en documentos normativos (Resoluciones y/o Directivas), así como documentos de gestión (Planes o Proyectos) en los niveles de Gobierno regional y local, a fin de dar cumplimiento con lo dispuesto por lineamientos de gestión de la ESNANS del nivel central.

En el siguiente esquema N° 01 se describe la implementación de la ESNANS. Como se ha mencionado en el párrafo anterior, dicha implementación parte desde el nivel central (MINSA) mediante los lineamientos de gestión de la Estrategia. A nivel regional, estos lineamientos se traducen en documentos de gestión y normativos que conducen la operatividad de la Estrategia. Finalmente a nivel local, dichos lineamientos se ejecutan mediante estrategias y acciones a través de los Planes Operativos y Proyectos.

### Esquema N° 01: Implementación de la ESNANS



Fuente: Entrevistas con funcionarios públicos del MINSA. Elaboración propia

Otro de los aspectos relevantes que desarrolla la ESNANS en sus lineamientos de gestión es lo referente a la intersectorialidad<sup>3</sup>. Esta se define como la integración de los distintos ámbitos de gobierno (local, regional y nacional) y de distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad. Este mecanismo contribuye a iniciar un proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social (MINSA, 2011).

Si bien el contenido conceptual de la ESNANS detalla todos estos mecanismos de interrelación entre los tres niveles de gobierno, así como los procesos para una pertinente gestión de la Estrategia, en la práctica estos no se han traducido en acciones concretas. El objetivo general y las acciones que se derivan del mismo enfocadas a combatir aspectos de anemia y desnutrición crónica infantil, terminan siendo reiterativos con otros Planes y Proyectos a nivel regional y local orientados a la misma finalidad. Todo ello, termina por desestimar los esfuerzos relacionados a mejorar los hábitos alimenticios según el perfil cultural y epidemiológico de cada población que contempla la Estrategia.

Esta particularidad dialoga con los hallazgos de López (2015) para México. El mismo refiere que al no haberse establecido una política alimentaria que atiendan exclusivamente dicho problema, ésta termina siendo aisladamente abordada por diversos programas.

Para el caso que analizo, si bien existe una política definida en materia de alimentación y nutrición saludable como lo constituye la ESNANS, el enfoque asociado únicamente a un aspecto de la misma (anemia y desnutrición crónica infantil) termina por atender exclusivamente dicho problema. De esta manera, se constituye más en un programa de acción específica, en contraste con una Estrategia que aborde todos los componentes de la alimentación y nutrición saludable.

Por otro lado, tal como sugirió Parqui (2002) para otro caso, se puede aquí también concluir que la ausencia de evidencia respecto al conocimiento de hábitos alimenticios de la población, así como el contenido proteico calórico de

---

<sup>3</sup> En la teoría este se entiende como inter-gubernamentalidad. No es objetivo de esta tesis abordar esta dimensión.

los alimentos según las características geográficas de las comunidades, terminan siendo aspectos relevantes para la exitosa implementación de la ESNANS.

## **2.2 Actores involucrados en la Estrategia de Alimentación Saludable**

En la implementación de la ESNANS es posible diferenciar dos tipos de actores. Los “actores formales”, que pertenecen a las instancias gubernamentales definidas según marco normativo vigente”. Y por otro lado, los “actores informales”, que si bien no son reconocidos dentro del marco normativo, se consideran influyentes para la implementación de la Estrategia.

### **2.2.1 Actores formales: Instancias Gubernamentales**

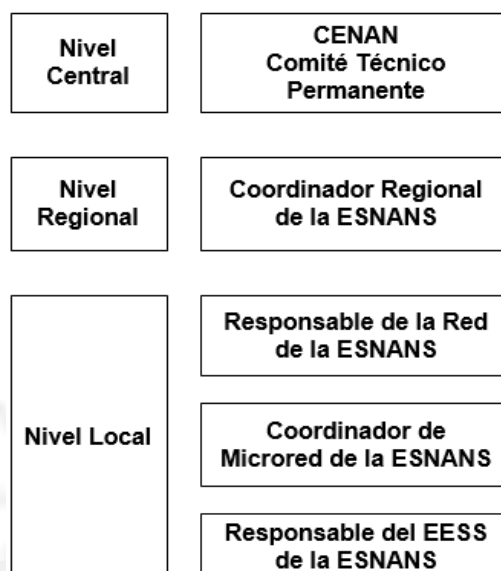
El órgano responsable de conducir la ESNANS es el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud (INS) (MINSa, 2004). Por su parte, el Comité Técnico Permanente de la ESNANS es la instancia funcional de la misma. Ha sido conformado para realizar procesos de gestión de los planes e intervenciones en materia de nutrición saludable, en el marco del Plan General de las Estrategias Sanitarias Nacionales.

A nivel central, el Comité lo preside el Coordinador Nacional de la ESNANS y está conformado por un representante de la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Oficina General de Comunicaciones y de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Así también por un representante de la Oficina General de Epidemiología, del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección General de Salud Ambiental y de la Dirección General de Salud de las Personas. A nivel regional, se han conformado los Comités Regionales que son presididos por los Coordinadores Regionales de la ESNANS y conformados por los Equipos Técnicos de las Redes de Salud.

A nivel local, la gestión y coordinación se realiza a través de los responsables de la ESNANS de las Redes de Salud y los coordinadores de sus respectivas microredes de salud. En los establecimientos de salud, es el personal de salud designado como responsable de desarrollar la Estrategia en la jurisdicción correspondiente al establecimiento de salud. En base a lo antes planteado, a

continuación se especifican cuáles son los actores formales de la implementación de la ESNANS (Ver esquema N° 02).

### Esquema N° 02: Actores formales involucrados en la ESNANS



Fuente: Entrevistas con funcionarios públicos del MINSA. Elaboración propia

El CENAN está constituido por profesionales de la salud expertos en materia de alimentación y nutrición. Es el órgano conductor de la vigilancia alimentaria nutricional a través del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN). Sin embargo, en la práctica sus acciones han estado orientadas a la gestión de actividades vinculadas a la anemia y desnutrición crónica infantil.

El Coordinador Regional de la ESNANS es quien asume la conducción y gestión de la Estrategia en la Dirección Regional de Salud. Sus acciones se orientan al desarrollo de estrategias y actividades según el ámbito sociodemográfico de la región. La mayor parte del tiempo dicho cargo ha sido ocupado por un profesional de la salud médico cirujano. La capacidad de conducción y gestión por lo general ha sido débil. Sus funciones han estado limitadas a la recopilación de la información sobre indicadores de anemia y desnutrición crónica infantil. En ese sentido, no se han tomado decisiones respecto al monitoreo de los indicadores. Tampoco se han desarrollado

estrategias y/o actividades que se correspondan al contexto sociodemográfico de la jurisdicción.

El Responsable de la Red de la ESNANS es el encargado de gestionar la información que recibe por parte de los coordinadores de cada una de las microredes. Ellos son los responsables de elevar los informes estadísticos sobre las actividades intramurales y extramurales de la Estrategia al nivel regional. Por lo general es un profesional de la salud. En los últimos años el cargo ha sido ocupado por un nutricionista. Si bien han existido iniciativas para poder mejorar el registro de los indicadores, así como las actividades extramurales que se proponen, éstas no han prosperado debido a la débil capacidad de influencia sobre el Coordinador Regional de la ESNANS.

El Coordinador de la Microred de la ESNANS lleva a cabo las funciones de coordinación y administración de la Estrategia en su jurisdicción. Sin embargo, sus actividades han sido limitadas al recojo de información proporcionada por los responsables de los establecimientos de salud (EESS). Dicho cargo ha sido ocupado en su mayoría por un médico cirujano.

El Responsable del establecimiento de salud de la ESNANS se encarga de coordinar las actividades intramurales y extramurales de la Estrategia en la jurisdicción del establecimiento de salud. En ese sentido, es responsable de llevar a cabo las acciones contempladas como son las consejerías nutricionales y los talleres de buenas prácticas alimenticias. Por lo general, dicho cargo es ejercido por un nutricionista. En muchas ocasiones, según se ha referido en las entrevistas, el desempeño de sus funciones pasa desapercibido por el médico cirujano jefe del establecimiento de salud.

Cabe resaltar que en el contexto de la última “Reforma de Salud” emprendida durante el año 2013, y la aprobación del nuevo Reglamento de Organización de Funciones del MINSA, no se considera en su estructura orgánica a la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP). En ese contexto, la ESNANS están bajo la conducción del Coordinador de la Estrategia en la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) del Despacho Viceministerial de Salud Pública. Las funciones de este coordinador son “proponer normas y lineamientos orientados a la detección

precoz y tratamiento oportuno relativas a las intervenciones estratégicas en Salud Pública materia de su competencia, en coordinación con los órganos competentes del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud”<sup>4</sup>. La siguiente tabla N° 02 resume los intereses, problemas percibidos, recursos y mandatos, conflictos y alianzas potenciales de los actores formales que participan en la ESNANS.



---

<sup>4</sup> Es preciso señalar que aún no se ha establecido el nuevo marco normativo y de gestión que permita discernir el nuevo enfoque de la ESNANS, por lo que todavía sigue en vigencia los Lineamientos de gestión de la ESNANS aprobada por la RM N° 208-2011/MINSA.

**Tabla N° 02: Matriz de Análisis de los actores formales**

Grupos de actores	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y mandatos	Conflictos y alianzas potenciales
<b>MINSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar la ESNANS</li> <li>Lograr objetivos de la ESNANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No logro de los objetivos de la ESNANS</li> <li>Falta de información estadística actualizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Órgano rector de la estrategia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posible conflicto con la industria alimentaria debido a las medidas a implementar relacionadas a la promoción de la alimentación saludable</li> </ul>
<b>CENAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar la ESNANS</li> <li>Lograr objetivos de la ESNANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No logro de los objetivos de la ESNANS</li> <li>Falta de información estadística actualizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capaz de sugerir cambios en el diseño de la estrategia e implementar mejoras</li> <li>Encargado de realizar monitoreo y evaluación de la estrategia</li> </ul>	
<b>Responsable de la Red de ESNANS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar la ESNANS</li> <li>Lograr objetivos de la ESNANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No logro de los objetivos de la ESNANS</li> <li>Falta de información estadística actualizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encargado de recabar información en base a los indicadores elaborados por el CENAN, así como de la distribución de los recursos recibidos a fin de lograr la implementación adecuada de la estrategia a nivel de red</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Importancia de alianza entre Responsable de red, microrred y responsable de la ESNANS en el EESS a fin de mantener un canal fluido de comunicación que permita detectar dificultades en la implementación de la estrategia así como una recolección adecuada de la información.</li> </ul>
<b>Coordinador de Microrred de la ESNANS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar la ESNANS</li> <li>Lograr objetivos de la ESNANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No logro de los objetivos de la ESNANS</li> <li>Falta de información estadística actualizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encargado de recabar información en base a los indicadores elaborados por el CENAN, así como de la distribución de los recursos recibidos a fin de lograr la implementación adecuada de la estrategia a nivel de microrred</li> </ul>	
<b>Responsable de la ESNANS en el EESS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar la ESNANS</li> <li>Lograr objetivos de la ESNANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No logro de los objetivos de la ESNANS</li> <li>Falta de información estadística actualizada</li> <li>Recursos limitados para la implementación de la ESNANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encargado de brindar directamente los servicios señalados en la ESNANS</li> <li>Recolecta la información solicitada en los indicadores de manera primaria.</li> </ul>	
<b>Beneficiarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener una vida saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desconocimiento de la ESNANS</li> <li>Falta de participación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>	

Fuente: Entrevistas con funcionarios públicos del MINSA. Elaboración propia

Considero que lo más relevante del análisis de los actores formales, corresponde a los potenciales conflictos y alianzas que se pueden generar entre los mismos. El MINSA y el CENAN comparten la misma perspectiva para



hacer frente a un potencial conflicto que la industria alimentaria pueda suscitar por la promoción de la alimentación saludable. Ello constituye para el MINSA una oportunidad de alianza para ejercer el principio de rectoría con el apoyo técnico del CENAN. Por otro lado, se presenta la vinculación entre el Responsable de la Red de la ESNANS, el Coordinador de Microrred de la ESNANS y el Responsable de la ESNANS en el establecimiento de salud. Ello también representa una oportunidad para generar alianzas de apoyo técnico mutuo para la implementación de la Estrategia en sus jurisdicciones. Finalmente, se presentan los potenciales conflictos con los beneficiarios finales por la impertinencia cultural para la implementación de la ESNANS. En ese sentido, una potencial alianza entre los beneficiarios y los agentes locales para canalizar sus demandas y percepciones, podría otorgar mayor viabilidad para la exitosa implementación de la Estrategia.

### **2.2.2 Actores informales en la ESNANS**

Los actores formales tienen la capacidad de decisión política, sin embargo la agenda que finalmente se construye recoge muchos intereses de los actores informales. Así, la injerencia de los actores no formales sobre la implementación de la Estrategia es relevante. Durante la implementación de la ESNANS ha existido la participación de actores no reconocidos en el marco normativo. Uno de ellos ha sido la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual tuvo una influencia importante para el enfoque final de la ESNANS por ser el órgano técnico cooperador que la propuso a nivel mundial.

Igualmente, considero en este grupo a las Organizaciones No Gubernamentales ONG porque han ejercido influencia sobre el desarrollo de la Estrategia. Ello debido al apoyo (de tipo alimentario) que brindan a través de proyectos, contribuyendo de manera directa o indirecta en la implementación de la ESNANS, a pesar de no compartir los mismos objetivos. Dichos proyectos de ONG contemplan en su mayoría actividades relacionadas con el soporte alimentario, tales como campañas que propician los buenos hábitos alimenticios y/o la importancia de la alimentación balanceada. Si bien estos aspectos podrían confluir con las actividades de la ESNANS, de acuerdo a las entrevistas realizadas en algunos casos con los funcionarios públicos del MINSA, podrían desmerecer la pertinencia de la implementación.

Por otro lado, se puede señalar a la Industria Alimentaria como un actor con intereses de tipo económicos, los cuales podrían condicionar la implementación de la ESNANS. En este sentido, resaltan conflictos de interés que podrían influenciar de manera negativa la implementación de la ESNANS. Al respecto, una de las personas entrevistadas señala:

“La ESNANS conllevaría a virar la estrategia de mercado hacia la alimentación saludable, condicionando un redireccionamiento del presupuesto planificado” (Representante de Industria Alimentaria).

En este sentido, un representante de la Industria alimentaria refiere que se encuentra:

“Adaptando modelos internacionales de países que han tenido experiencia similar en cuanto a regulación alimentaria, pero que igual esperarían emitir una opinión técnica a una potencial norma nacional que regule los alimentos que se consumen” (Representante de Industria Alimentaria).

Finalmente, los Gobiernos locales son actores que ejercen una gran influencia para la implementación de la ESNANS por ser el nexo a través del cual se canalizan las “solicitudes” de la población beneficiaria. Una de sus fortalezas radica en su mayor conocimiento de la realidad local, lo cual podría traducirse en actividades específicas y diferenciadas según el contexto social, cultural y económico de cada comunidad. Sin embargo, el diseño de la ESNANS no contempla al Gobierno Local como un actor formal capaz de brindar retroalimentación a las actividades realizadas.

En la siguiente tabla N° 03 resume el análisis de los actores formales e informales involucrados en la ESNANS.

**Tabla N° 03: Matriz de Análisis de los actores informales**

Grupos de actores	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y mandatos	Conflictos y alianzas potenciales
<b>Sociedad Civil organizada (FOROSALUD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canalizar los intereses de la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poco empoderamiento en temas relacionados a salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con canales para formalizar observaciones hacia la ESNANS y solicitar mejoras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto con la industria alimentaria debido a la promoción de estilo de vida saludable.</li> </ul>
<b>Gobierno Local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canalizar los intereses de la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de formalidad para la participación en la Estrategia, lo que limita los recursos para la misma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con poder político que puede influir en la implementación de la ESNANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden surgir alianzas con la industria alimentaria y ONG debido a inversión de éstas en proyectos de interés del gobierno local.</li> </ul>
<b>Industria Alimentaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar ganancia económica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probabilidad de verse afectado debido a la promoción de estilos de vida saludable y consumo de alimentos no procesados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos económicos que permiten acercarse a los beneficiarios de la ESNANS, así como a otros actores e influir en sus decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto con el CENAN, debido a las medidas que limitan la cantidad de azúcares y grasas de los alimentos, y que "limitan la elección del consumidor" según su punto de vista. Esto conllevaría a pérdida de recursos económicos por disminución de ventas.</li> </ul>
<b>Organización Mundial de la Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la promoción de la Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No logro de los resultados esperados con la Estrategia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano cooperador técnico internacional reconocido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto con industria alimentaria por sugerencia de disminución del nivel de azúcares y grasas que deben contener los alimentos.</li> <li>• Alianza importante con el CENAN, siendo el principal órgano cooperador técnico del mismo.</li> </ul>
<b>Organizaciones No Gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr los objetivos de los programas y proyectos a desarrollar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESNANS limita desarrollo de programas y proyectos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condicionamiento de realización de programas y proyectos que pueden influir en la decisión de otros actores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alianza con el gobierno local a fin de poder implementar proyectos y programas de interés para éste.</li> </ul>

Fuente: Entrevistas con funcionarios públicos del MINSA. Elaboración propia

En relación a la tabla presentada, es preciso resaltar los recursos y mandatos de los actores informales identificados para la implementación de la ESNANS. Así también, los posibles conflictos y alianzas potenciales que se pueden presentar entre dichos actores. La sociedad civil organizada constituye un agente de gran importancia para elevar las demandas de la población concerniente a la promoción de la alimentación y nutrición saludable. Tomando

en consideración el potencial conflicto que se puede presentar con la industria alimentaria que dispone de mayores recursos económicos, los agentes locales podrían generar alianzas estratégicas con la sociedad civil organizada para canalizar las demandas respectivas. En tal sentido, el MINSA podría ejercer la rectoría junto con el apoyo del Gobierno local y de los representantes de la sociedad civil organizada de la jurisdicción correspondiente. Así también, equipos de la OMS y ONGs vinculadas a la política de alimentación y nutrición saludable, podrían otorgar mayor respaldo técnico y legitimidad para la implementación de la ESNANS a favor de los intereses de la salud pública.

En relación con lo presentado en el presente capítulo, analizo que la ESNANS se constituye en una política pública según las definiciones de Kraft y Furlong y Lahera. Esto debido a que luego de la cuarta fase, la Estrategia terminó por orientarse a resolver el problema social de anemia y desnutrición, los cuales constituyen problemas públicos aún latentes en el Perú. En ese sentido, el enfoque estuvo dirigido a maximizar el bienestar social de la población mediante la incidencia en los hábitos y conductas alimenticias para combatir la anemia y desnutrición. Sin embargo, los aspectos relacionados al sobrepeso y obesidad en el marco del abordaje de promoción de la salud respecto a la alimentación y nutrición saludable, fueron programáticamente excluidos.

El análisis de la Estrategia permite concluir que su formulación, no incorporó a todos los actores clave que se han señalado como actores formales e informales en los párrafos previos. Pero precisamente el análisis de su implementación permite ver el rol importante que tienen en la Estrategia. Al respecto Muñoz (2002) sugiere que el éxito de la política pública no solamente depende de un buen diagnóstico y definición conceptual. Sino que además, se deben tener en consideración los diversos factores contextuales y operacionales de la gestión pública, en la que indefectiblemente intervienen varios actores y confluyen distintos intereses.

### **Capítulo 3: Dinámicas de la Estrategia de Alimentación Saludable en el distrito de Lurín**

En este capítulo se presenta el análisis de la implementación de la ESNANS en Lurín. Para tal fin, primero se presenta de forma breve el contexto de Lurín y luego se describe la hoja de ruta de la ESNANS en los tres niveles de gobierno. En dicho apartado se detalla la particularidad de la relación entre el gobierno central y local para el caso del establecimiento de salud “Centro de Salud Nuevo Lurín”. Finalmente, se analiza la implementación de la ESNANS en el establecimiento de salud “Centro de Salud Nuevo Lurín”, perteneciente a la Red de Salud “Villa El Salvador-Lurín Pachacamac-Pucusana y balnearios (VESLPP)”.

#### **3.1. Contexto de la zona de estudio: Centro de Salud Nuevo Lurín**

El Centro de Salud Nuevo Lurín es un establecimiento de salud que pertenece al primer nivel de atención. Se encuentra ubicado a la altura del kilómetro 40 de la antigua carretera Panamericana Sur, en la Avenida 28 de Julio Mz 18 Lt 20. Perteneciente a la Micro Red de Salud Lurín, correspondiente a la Red de Salud “Villa El Salvador-Lurín-Pachacamac-Pucusana y balnearios (VESLPP). Esta Red de Salud comprende en su ámbito geográfico y poblacional a los distritos de Villa El Salvador, Pachacamac, Lurín, Pucusana, San Bartolo, Punta Negra, Punta Hermosa y Santa María del Mar.

El distrito de Lurín cuenta con 85 132 habitantes, que corresponde al 12% de la población total asignada a la Red de Salud VESLPP. La población de varones (50.3%) es ligeramente mayor a la de mujeres (49.7%) (POA VESLPP, 2016).

El 12% de la población de Lurín pertenece a la zona rural y el 30% se encuentra en los quintiles I y II de pobreza. El 19,4% de los hogares en Lurín no cuenta con agua ni desagüe de red pública, constituyendo un alto riesgo para la salud pública (POA VESLPP, 2016).

En el ámbito de la jurisdicción de la Red VESLPP, las principales causas de mortalidad son las enfermedades respiratorias (infecciones respiratorias agudas) con el 25,3%; y diabetes mellitus con el 4,5% de prevalencia. Esta

última patología es una causa asociada al síndrome metabólico (POA VESLPP, 2016). Por otro lado, los principales problemas de salud en la jurisdicción corresponden al riesgo elevado de contraer la tuberculosis (58%), y al ascenso de los números de casos en dengue (110 reportados desde el 2008) (POA VESLPP, 2016).

El distrito de Lurín es uno de los últimos rezagos rurales de Lima Metropolitana. Este aspecto, sumado a las altas migraciones que ha tenido en los últimos años hace de Lurín un distrito con características diferentes a las de sus distritos colindantes. La diferencia en las costumbres de la población que habita en Lurín y que se diferencian entre nativos y no nativos influyen en la forma en la que ellos deciden incorporar o no las sugerencias de los profesionales de la salud que implementan las estrategias. La condición económica también es un factor resaltante, dado que influye en la posibilidad de incorporar las sugerencias en relación a alimentación saludable por parte de la población.

La presencia de síndrome metabólico como una de las patologías con mayor prevalencia en la zona, pone de manifiesto a la obesidad y el sobrepeso como problemas de alimentación y nutrición en Lurín. Esto resulta de suma importancia y conlleva a que sean consideradas para la implementación de la Estrategia, ya que hasta ahora no se han constituido como elementos centrales de intervención, en contraste con la desnutrición crónica infantil y la anemia en gestantes y niños menores de cinco años. El riesgo de contraer tuberculosis es también un factor importante a considerar ya que existe relación entre el estado nutricional y la adquisición de dicha enfermedad. Por tal motivo, la detección y tratamiento de la desnutrición crónica no debería centrarse solamente en la población infantil, sino también en la población económicamente activa (PEA). Esto debido que representan al grupo etario con mayor riesgo.

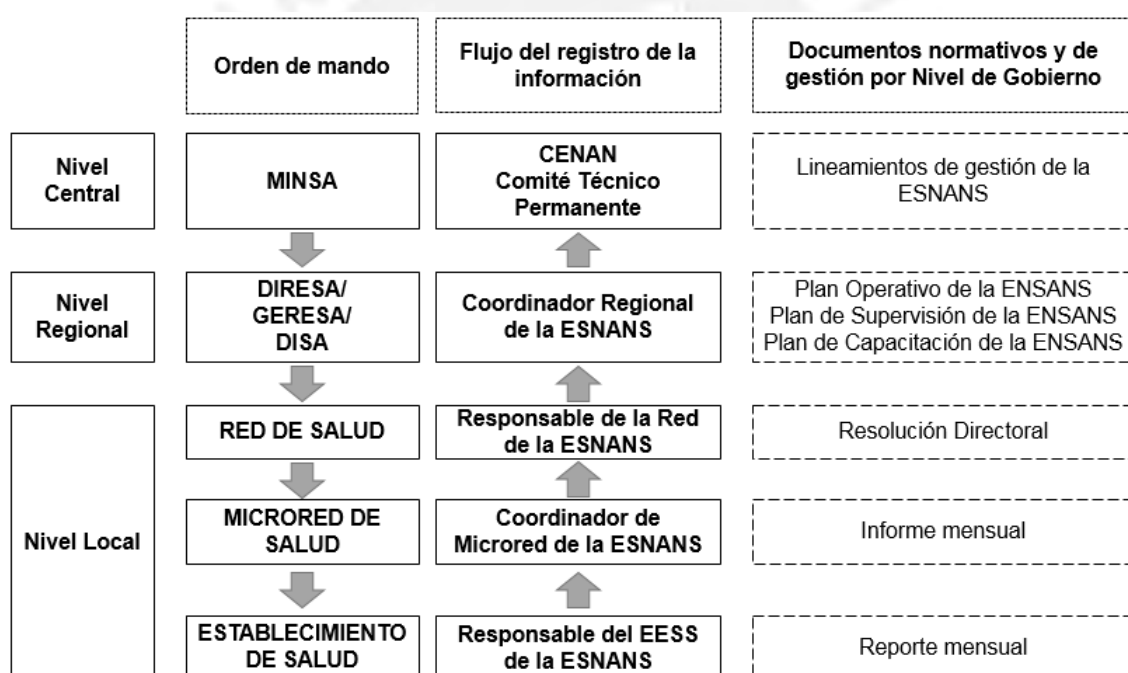
En líneas generales, el distrito de Lurín es uno de los pocos distritos de Lima Metropolitana que aún presenta un considerado porcentaje de población rural (12%). Así también, presenta un elevado porcentaje de personas que viven en pobreza y extrema pobreza (30%). Finalmente, en lo que se refiere a indicadores de salud, las principales enfermedades de la zona reportadas han sido infecciones respiratorias agudas, diabetes mellitus, dengue y el alto riesgo

de contraer tuberculosis. Precisamente características de zonas que tienen altos niveles de pobreza y desnutrición.

### 3.2. Hoja de ruta de la Estrategia de Alimentación Saludable

De acuerdo a lo descrito en el capítulo anterior, en el nivel central se dictaminaron los “Lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable”. Este documento estableció los objetivos estratégicos, acciones y resultados esperados que deberán ser alcanzados por el nivel regional y local. Sin embargo, desde que se iniciaron las actividades de la ESNANS en el 2012, la rectoría del Ministerio de Salud ha sido sólo en materia de desnutrición crónica infantil y anemia en niños menores de 03 años y mujeres gestantes.

**Esquema N° 03: Hoja de ruta de la implementación de la ESNANS**



Fuente: Entrevistas con funcionarios públicos del MINSA. Elaboración propia

Según lo presentado en el Esquema N° 03, la gestión y coordinación del nivel regional con el nivel central se ha venido realizando a través del Coordinador Regional de la ESNANS de cada Dirección Regional de Salud (DIRESA), Gerencia Regional de Salud (GERESA) o Dirección de Salud Regional (DISA). En este nivel de gobierno, la ESNANS contempla los siguientes documentos de

gestión para su operatividad: Plan Operativo; Plan de Supervisión y Plan de Capacitación. A nivel local, la gestión y coordinación con el nivel regional se ha llevado a cabo a través de los responsables de la ESNANS de las Redes de Salud y de los coordinadores de las microredes de salud. Estos responsables, a su vez, han sido los encargados de supervisar, monitorear y evaluar el cumplimiento de la ESNANS en cada uno de sus establecimientos de salud. La información de los indicadores referentes a la Estrategia ha sido remitida mediante reportes mensuales de indicadores de anemia y desnutrición crónica infantil.

La descentralización ha sido un componente influyente para la gestión de la ESNANS. Este componente permitió la coordinación de acciones en materia de anemia y desnutrición crónica infantil entre los gobiernos regionales y locales con el gobierno central. Se hizo esto con la finalidad de alinear los objetivos y estrategias entre los tres niveles de gobierno.

En este proceso, los Lineamientos de gestión fueron la herramienta principal de la ESNANS. Los Gobiernos regionales y locales terminaron por adoptar medidas de gestión para poder cumplir con los objetivos estratégicos. En consecuencia, se formularon Planes Operativos Regionales que contemplaron objetivos y estrategias que correspondían más a los temas de anemia y desnutrición crónica infantil.

En esa misma línea, el Plan Operativo denominado “Plan de Acción de la ESNANS” de la Región Lima, estuvo orientado, principalmente, a cuatro ejes fundamentales: promoción de hábitos nutricionales saludables según etapas de vida; educación alimentaria nutricional para niños, adolescentes y gestantes; Indicadores de malnutrición; y fortalecimiento de la estrategia en los espacios de concertación interinstitucional e intersectorial (Gobierno Regional de Lima, 2013).

Todo ello responde a que el objetivo general de la ESNANS señala únicamente la reducción de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 03 años, abordando sólo estos dos componentes de acción, dejando de lado prácticas adecuadas de alimentación y nutrición, en concordancia con los estilos de vida saludables. De esta manera, los Gobiernos regionales han presentado en sus



documentos de gestión (Planes Operativos) solamente aspectos vinculados a la articulación intersectorial, al fortalecimiento de capacidades y a la vigilancia nutricional en materia de anemia y desnutrición crónica infantil.

En ese sentido, la Red de Salud Villa El Salvador- Pucusana- Pachacamac (VESLPP) a la que pertenece el centro de salud “Nuevo Lurín” dispuso alinear sus estrategias a las actividades consignadas en el “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País” (MINSA, 2014). Este Plan señala como objetivo general contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil al 10% y la anemia en menores de 3 años al 20% al 2016, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intrasectorial e intersectorial.

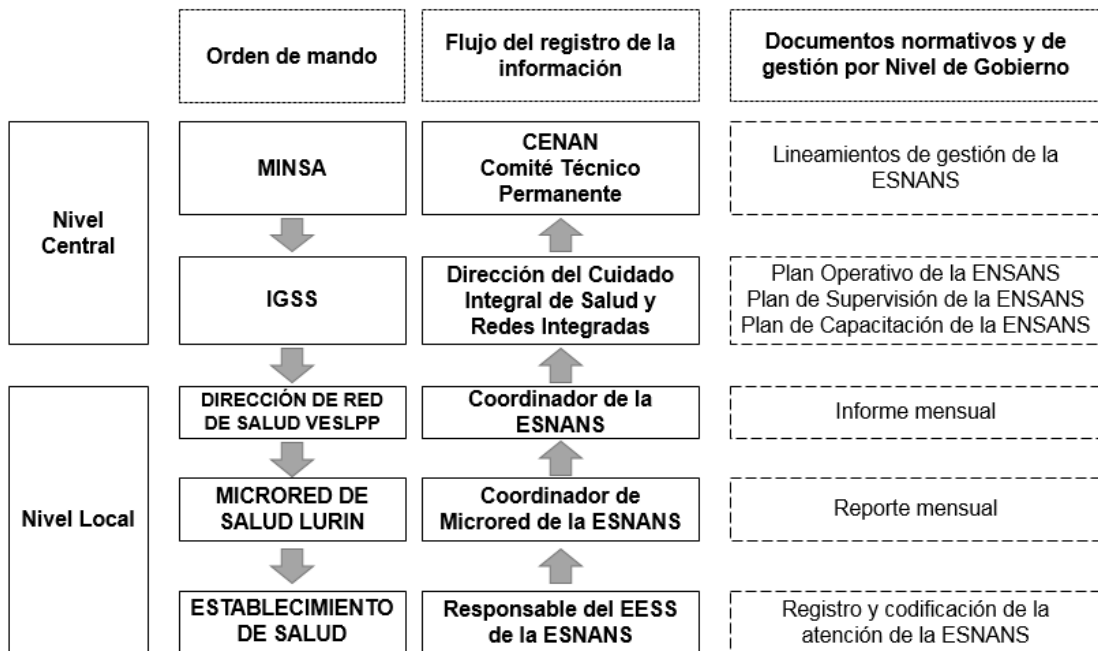
En relación a lo anterior, se puede inferir que la ESNANS queda desarticulada y aislada en una acción específica contra la anemia y desnutrición crónica infantil. De esta manera lo reafirma la siguiente cita:

“La ESNANS queda como una hoja suelta de política pública”  
(Coordinador Nacional de la ESNANS).

Así, termina por no seguir el rumbo de las acciones y lineamientos de política señalados por el Estado y pasa a centrarse en combatir la desnutrición crónica infantil y anemia en niños menores de 05 años y mujeres gestantes por ser aspectos prioritarios para el Ministerio de Salud.

En lo que respecta a la implementación de la ESNANS en el Centro de Salud Nuevo Lurín, ésta se gestiona entre la Dirección del Cuidado Integral de Salud y Redes Integradas del IGSS y el Coordinador de la Red de Salud de la ESNANS (Ver Esquema N° 04).

## Esquema N° 04: Implementación de la ESNANS – Centro de Salud Nuevo Lurín



Fuente: Entrevistas con funcionarios públicos del MINSA. Elaboración propia

Según lo presentado en el Esquema N° 04, los reportes emitidos de las prestaciones y actividades de la Estrategia son remitidos a la Red de Salud correspondiente. Luego, la Red de Salud elabora informes con la información recibida de todas las microrredes a su cargo y los dirige a la Dirección del Cuidado Integral de Salud y Redes Integradas del IGSS. En contraste con lo presentado en el Esquema N° 03 en la Hoja de Ruta de la implementación de la ESNANS, para el caso del establecimiento de salud “Nuevo Lurín” la coordinación y gestión en el nivel local se realiza directamente con el nivel central a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).

En relación a lo expuesto, en términos teóricos es preciso señalar que el enfoque de la implementación de la ESNANS se correlaciona al modelo top-down descrito por Sabatier y Mazmanian. De esta manera, la variable “legal” toma particular relevancia en relación a la interacción entre los niveles de gobierno y el ejercicio de la autoridad desde el nivel central hacia el nivel local para el cumplimiento de la ESNANS. Por otro lado, el enfoque bottom-up expuesto por Elmore (1978) también se pone de manifiesto. Esto se refleja a

través de la generación y entrega de la información vinculada a la implementación de la ESNANS, desde el nivel local hacia el nivel central.

En consecuencia, el nivel el local juega un rol importante al constituirse como el operador directo de la ESNANS ante la población, lugar donde se identifican factores contextuales y aspectos relevantes respecto a las limitaciones para el desarrollo de la ESNANS.

Cabe destacar dos aspectos esenciales que se han suscitado durante la implementación de la ESNANS. Estas citas lo explican de la siguiente manera:

“La ESNANS no ha tenido una modificación en su diseño, a pesar de no haber obtenido los resultados esperados” (Coordinador Nacional de la ESNANS).

“La débil capacidad de decisión se debe a que la información que se requiere para constituir potenciales cambios en la ESNANS, son las referidas al conocimiento de los hábitos alimenticios de la población, así como la información nutricional de los alimentos que se consumen” (Coordinador Nacional de la ESNANS).

Asimismo,

“A pesar que se envía la información a la microrred y a la red, estas se demoran en procesarla” (Responsable de la ESNANS en el Centro de Salud).

Estos factores muestran las falencias del diseño organizacional previamente descrito. Si bien es cierto que el Centro de Salud cumple con recolectar la información solicitada, existe demora en su procesamiento. Además, una vez obtenida esta información no resulta de utilidad para el órgano encargado de la toma de decisiones, por lo cual no contribuye a la implementación de la Estrategia.

### **3.3. Implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable en el Centro de Salud Nuevo Lurín**

La población rural en el distrito de Lurín corresponde al 12%. Es uno de los distritos que mantiene un alto porcentaje de personas en pobreza y extrema

pobreza (30%). Respecto a los indicadores de salud, las principales enfermedades que se presentan corresponden a infecciones respiratorias agudas, diabetes mellitus, dengue y el alto riesgo de contraer tuberculosis. En ese contexto, la implementación de la ESNANS en el Centro de Salud Nuevo Lurín inició con la capacitación de la licenciada en enfermería, responsable de la Estrategia en el establecimiento de salud. Esta capacitación consistió básicamente en: “informar las funciones en general” (licenciada en enfermería del C.S Lurín).

En ese sentido, de acuerdo a las personas entrevistadas, la ejecución de la Estrategia se llevó a cabo de la siguiente manera:

“Mediante entrega de alimentos a las madres que cumplieron con tener a sus hijos controlados y vacunados, a través de charlas educativas para las preparaciones de alimentos de manera segura y de calidad” (Licenciado en nutrición del C.S. Lurín)

“Mediante la detección de niños y niñas desnutridos, con parasitosis, y/o con anemia para la repartición de los multimicronutrientes” (Técnica en enfermería del C.S. Lurín)

“La indicación de hierro y charlas nutricionales a las mujeres gestantes” (Médico ex SERUMS).

La licenciada en enfermería responsable de la ESNANS fue la designada para realizar el tamizaje de desnutrición crónica infantil mediante el cálculo de peso y talla en los niños menores de cinco años que acudían al establecimiento de salud. Uno de los médicos entrevistados explica:

“En caso existiera sospecha de desnutrición crónica, se debía referir al médico del establecimiento de salud” (Médico ex SERUMS).

El médico del Centro de Salud debía ordenar exámenes de hemoglobina y luego, de corresponder, el tratamiento con hierro en jarabe. Una de las principales limitaciones del Centro de Salud fue el no tener un médico designado. Así, cada año debe acudir un médico SERUMS. La alta rotación de esta clase de personal de salud y su poca experticia, por ser este

generalmente su primer trabajo como profesional de la salud, resaltan como dos debilidades del Centro de Salud.

Como se mencionó anteriormente, hubo entrega de alimentos como incentivo por realizar los controles en los niños y niñas. Los alimentos que se entregaron fueron latas de anchoveta, bolsas de arroz, fideos, aceite, menestras y papilla. Desde la perspectiva de la enfermera, a pesar de ello,

“Se recibieron múltiples quejas sobre los alimentos recibidos [incluso] encontraron una gasa en una lata que entregamos [...]. Algunas madres prefirieron darle los alimentos a sus cerdos pues hacía que estos engorden rápido” (Licenciada en Enfermería C.S. Lurín).

De esta manera, la entrega de alimentos que buscaba ser un incentivo y asegurar la alimentación adecuada para el menor, terminó por no cumplir con ninguno de estos dos objetivos. Por el contrario, actuó como agente de desconfianza.

Así también, el desarrollo de la Estrategia se vio limitada por la falta de personal para llevar a cabo las actividades, primordialmente las extramurales. La responsable del programa explica:

“La ESNANS contempla actividades extramurales como charlas y sesiones educativas, sin embargo, las mismas son limitadas debido al poco personal” (Responsable de la ESNANS del Centro de Salud).

En el caso del Centro de Salud Nuevo Lurín sólo existían una licenciada en enfermería y una técnica auxiliar, esto puede ser una muestra de que la ESNANS no era su prioridad como sí lo era el control de crecimiento y desarrollo (CRED) en los niños. La Estrategia tuvo asignada un solo personal de salud en el último año. De esta manera, la actividad de promoción y prevención relacionada a hábitos alimenticios quedó relegada a usuarios que acudían al Centro de Salud (predominantemente niños y gestantes).

Otro aspecto a tener en consideración es la pertinencia cultural de la ESNANS. La utilización de un lenguaje altamente técnico por parte del médico puede ser un componente que también limita el acceso y la implementación de la Estrategia. Por otro lado, no se ha hecho una investigación que determine las

características alimentarias en cada región y de forma particular en Lurín. Antes se ha detallado que los alimentos entregados causaron desconfianza. Por tal razón, es común que la recomendación nutricional dada por los profesionales de la salud no se adecue al contexto del usuario. Este aspecto se pone de manifiesto con el siguiente relato:

“Le dije que comiendo sangrecita iba a mejorar de su anemia, me preguntó dónde podía encontrar eso, porque en los mercados ya no había pues estaba prohibido matar animales allí [...] no se me ocurrió una alternativa en ese momento, ir a otro mercado significaba un viaje largo” (Médico ex SERUMS).

Finalmente, el control de las actividades vinculadas a la ESNANS se realizó a través del registro en un formato creado por el MINSA denominado HIS. Este registro no es específico para la estrategia, sino para todas las actividades realizadas por el personal de salud. El HIS permite ver las sesiones educativas o de consejería realizadas, para que posteriormente el área de estadística de la Microrred y la Red realicen la recolección de la información, la cual demora un promedio de sesenta días. La recolección de la información correspondiente a las sesiones educativas y consejerías permite monitorear los procesos vinculados a la ESNANS y verificar si las actividades se realizan según lo señalado en el Plan Operativo Anual. De esta manera, en caso encuentren que no se cumple con la meta especificada, la Microrred y Red proceden a programar supervisiones a los establecimientos de salud que presenten los indicadores más bajos. Sin embargo, en la práctica estas supervisiones no se han llevado a cabo.

Es preciso señalar que la información recolectada sólo contempla el cumplimiento de las actividades. Es decir, el HIS contempla si se realizaron charlas o sesiones educativas más no el contenido de las mismas. Asimismo, este formato muestra información referente al número de niños y niñas tamizados para desnutrición crónica infantil y anemia. Sin embargo, no contempla información relevante respecto a la alimentación del niño, tales como el tipo de alimentos que podría recibir, el grado de educación de la madre y las indicaciones otorgadas para mejorar su alimentación. Como se mencionó

anteriormente, la ausencia de este tipo de información limita la mejora de la Estrategia.

En relación a los aspectos descritos sobre la implementación de la Estrategia, es relevante señalar que las relaciones entre los tres niveles de gobierno se han caracterizado por una débil organización y comunicación. Asimismo, por una burocracia administrativa reflejada por el reporte de actividades y que no se traducen en toma de decisiones y/o alternativas de mejora para el desarrollo de la Estrategia.

La organización y comunicación para la coordinación de la Estrategia entre los tres niveles de gobierno son claves para una exitosa implementación, tal como lo señala Wildavsky, Huang y Whiford. En ese sentido también, cabe resaltar la experiencia internacional respecto a la implementación de políticas públicas en materia de alimentación y nutrición. Ortiz (2003) explicó que el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición en Colombia precisamente no fue exitosa debido a la falta de coordinación entre los sectores e instancias involucradas.

Desde mi punto de vista, la extrema burocratización que caracteriza al sector público podría ser un impedimento adicional para mejorar los canales de comunicación entre los niveles de coordinación de la Estrategia. En ese contexto, tenemos que la descentralización a nivel de Lima Metropolitana no ha considerado la descentralización administrativa de la Dirección de Red de Salud a la cual pertenece el Centro de Salud Nuevo Lurín. Es por tal motivo que los procesos administrativos para la ejecución de la ESNANS están directamente vinculados a nivel del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

Así también, la débil capacidad técnica que ha caracterizado a los gestores locales se replica para los gestores del nivel central. Los mismos no propusieron en ningún momento asistencia técnica ni acompañamiento técnico para la implementación de la Estrategia.

## **Capítulo 4: Consecuencias de la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable**

En este capítulo se presenta un análisis de las cifras nacionales de prevalencia de anemia y desnutrición crónica infantil y se plantea un diálogo con las cifras de anemia y desnutrición crónica infantil correspondientes a la Red de Salud VELSPP, zona a la que Lurín está adscrita<sup>5</sup>. Así también, se describen las consecuencias del tipo de implementación de la ESNANS. Por último, se presentan las limitaciones del proceso de implementación de la ESNANS.

### **4.1. Análisis del estado nutricional nacional y de la población de Lurín**

Para el análisis del estado nutricional del nivel nacional, se ha consignado la información de los informes técnicos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) realizada con cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En estos se presenta el estado nutricional sobre la prevalencia de anemia en niños, niñas menores de cinco años y mujeres gestantes de los periodos 2009 al 2013. Para la desnutrición crónica infantil, se presentan las cifras obtenidas por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2015).

De acuerdo a estas cifras, entre el 2012 – 2013, la prevalencia de anemia en niños menores de 5 años fue de 33,4%, 1,4% mayor que lo reportado entre los años 2009 – 2010. La prevalencia de anemia ha sido mayor en el área rural, en la sierra y los niños que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. Así también, la anemia ha sido mayor en niños cuyos padres son analfabetos o solo han recibido educación primaria (INEI, 2015). Para este mismo periodo, la anemia en mujeres gestantes equivale al 30,1%. Este valor representa 6,5% más de prevalencia en relación al periodo 2009-2010 (INEI, 2015).

---

<sup>5</sup> Cabe resaltar que la ESNANS inicialmente también comprendió el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, estos dos componentes fueron dejados de lado por lo detallado en los capítulos previos. En ese sentido, en este análisis solo se presentarán las cifras de los componentes que finalmente abordó la ESNANS: anemia y desnutrición crónica infantil.



**Tabla N° 04: Prevalencia de anemia en niños menores de 05 años y mujeres gestantes a nivel nacional**

Reporte Años	Niños/as menores de 05 años	Gestantes
	Prevalencia Anemia	
<b>2009 - 2010</b>	32%	23,5%
<b>2012 - 2013</b>	33,4%	30,1%

Fuente: INEI (2015). Elaboración propia.

Según la estadística presentada, a nivel nacional se puede observar un aumento de la anemia en mujeres gestantes. Por otro lado, si bien se ha registrado una disminución de la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 05 años, ésta ha sido mínima, solo 1% durante los últimos cinco años. En lo que respecta a la desnutrición crónica infantil, dicho valor ha disminuido 5% en los últimos cuatro años. Esto se ve reflejado en las cifras reportadas por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 que se detallan en la tabla N° 05.

**Tabla N° 05: Porcentaje de desnutrición crónica infantil a nivel nacional**

Reporte Años	Niños y niñas menores de 05 años de edad
	Porcentaje de desnutrición crónica infantil
<b>2000</b>	25,4%
<b>2011</b>	15,2%
<b>2015</b>	10,2%

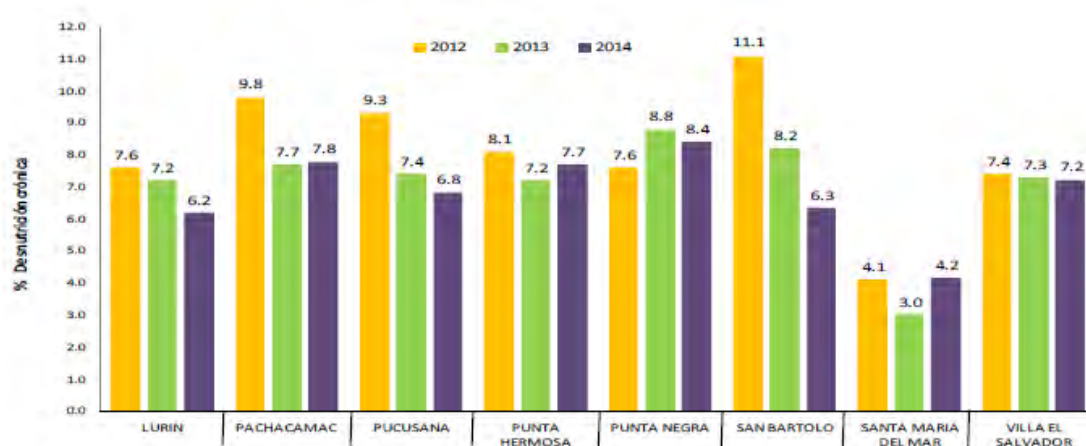
Fuente: INEI (2016). Elaboración propia.

Los indicadores nacionales anteriormente presentados muestran cifras de los componentes que la ESNANS abordó en relación a la anemia y desnutrición crónica infantil. En este informe no se presentan cifras sobre anemia en mujeres gestantes porque estas no están disponibles.

Centrándonos en el espacio analizado, solamente se ha tenido acceso a las cifras de desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de 05 años y porcentaje de anemia en niñas y niños menores de 03 años. En ese sentido, según el reporte del Sistema de información del Estado Nutricional (SIEN), el distrito de Lurín ha presentado una gradual disminución de la desnutrición crónica infantil durante los años 2013 y 2014, llegándose a ubicar en 6,2%.

### Gráfico N° 01

#### Desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de cinco años en la Red de Salud VESLPP



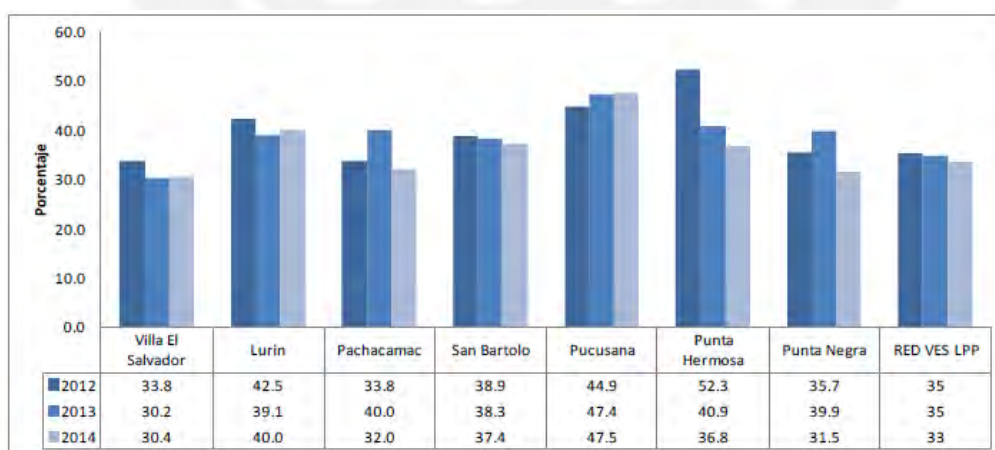
Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) - Patrón OMS

Fuente: POA Red de Salud VESLPP 2016.

Por otro lado, el porcentaje de anemia en Lurín ha sido disminuido entre los años 2012 y 2013. Sin embargo, en el año 2014 el porcentaje se elevó al 40%.

### Gráfico N° 02

#### Anemia en niños y niñas menores de tres años en la Red de Salud VESLPP



Fuente: POA Red de Salud VESLPP 2016.

En relación con las cifras presentadas, si bien ha existido una disminución de la desnutrición crónica infantil a nivel nacional y en Lurín, no se podría concluir que dicha disminución haya sido como consecuencia de la implementación de la ESNANS. Esto debido precisamente a las deficiencias y aspectos descritos en los párrafos anteriores. Sin embargo, se podría inferir que dicha disminución probablemente se deba a los diferentes tipos de planes, proyectos y estrategias que el Estado peruano impulsa desde diversos sectores para erradicar la desnutrición crónica infantil. Este aspecto resulta siendo positivo en líneas generales, pero lamentablemente no permite evaluar el verdadero impacto de cada una de los planes, proyectos y/o estrategias que se desarrollan al respecto. En contraste, las cifras de anemia a nivel nacional y en Lurín se han incrementado ligeramente según los últimos reportes. Sin embargo, tampoco se puede relacionar la implementación de la ESNANS al incremento de dichos indicadores. Al respecto, sí se podría suscitar un debate sobre la manera cómo se están articulando los otros programas para la erradicación de la anemia en el país. En ese contexto, se puede resaltar la relevancia y necesidad de abordar de forma más clara la ESNANS debido a que es una estrategia específica en materia de alimentación y nutrición. En tal sentido, aún sigue pendiente la incidencia en la identificación y abordaje de los potenciales desórdenes alimenticios que repercuten en la prevalencia de anemia en niños, niñas y mujeres gestantes a nivel nacional, así como en la población de Lurín.

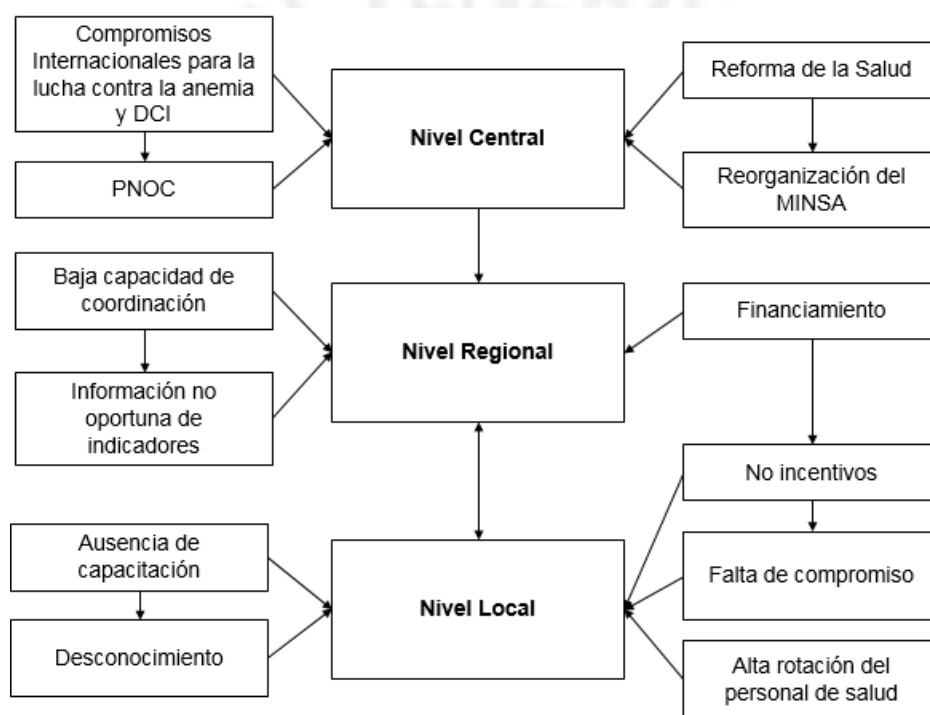
Por otro lado se aprecia que en tanto la Estrategia no incorporó la atención de la obesidad y sobrepeso no se ha logrado generar evidencia ni resultados sobre los alcances de las mismas ni a nivel nacional ni a nivel local. En ese contexto, se aprecia que tampoco se ha logrado cumplir con lo estipulado en el “Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad”. Esto puede deberse al enfoque primordial que se ha colocado para erradicar la anemia y desnutrición crónica infantil en determinados grupos de edad.

En ese sentido, la salud pública se ve amenazada por el persistente riesgo que conlleva la alta prevalencia de anemia y desnutrición crónica infantil, y por la ausencia de acciones colectivas para intervenir en los estilos de vida, a fin de enfrentar el sobrepeso y la obesidad.

## 4.2. Limitaciones en los tres niveles de Gobierno para la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable

En esta sección, cabe precisar que el ámbito de estudio del Centro de Salud Nuevo Lurín corresponde al nivel local. En ese sentido, los resultados del trabajo de campo se circunscriben a este nivel. Las limitaciones en los niveles centrales y regionales han sido referidos por las entrevistas de los funcionarios públicos, más no por los agentes locales. Por eso se han presentado de manera general.

### Esquema N° 05: Limitaciones para la implementación de la ESNANS a nivel central, regional y local



Fuente: Entrevistas funcionarios públicos del MINSA. Elaboración propia.

A nivel central, los compromisos firmados entre el MINSA y la OPS, así como el establecimiento de las PNOC ocasionaron que finalmente la Estrategia se enfoque en los componentes de anemia y desnutrición crónica infantil. Esto se relaciona con la siguiente cita:

“Estas políticas han limitado el abordaje de la Estrategia para la anemia y desnutrición crónica infantil en niños menores de 05 años y mujeres gestantes” (Coordinador de la ESNANS).

A nivel regional, las principales limitaciones para la gestión de la ESNANS han sido el financiamiento y el desfase de información relacionada a las actividades extramurales realizadas para abordar las acciones de vigilancia nutricional y hábitos alimenticios.

A nivel local, las principales limitaciones para el desarrollo de la ESNANS en el distrito de Lurín percibidas por el personal a cargo de la ESNANS fueron:

“[La] ausencia de capacitación, desconocimiento del personal de salud serumista sobre la existencia de la Estrategia, y la alta rotación del personal de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, principalmente de los serumistas” (Médico ex SERUMS).

Para el ámbito del estudio, las limitaciones del nivel local que tiene el Centro de Salud Nuevo Lurín se dividen en: limitaciones administrativas, limitaciones en la planificación y limitaciones en la gestión de recursos humanos.

#### **4.2.1 Limitaciones administrativas**

Las dificultades que se suscitaron para la implementación del ESNANS desde la perspectiva de uno de los entrevistados para esta tesis fueron:

“La poca participación del personal de salud involucrado, el almacenaje de los alimentos, la falta de acondicionamiento de los mismos a la realidad de cada localidad, y la ausencia de material para realizar el trabajo extramural” (Responsable de la ESNANS del Centro de Salud).

Esto resalta la mala utilización de los alimentos distribuidos, así como la mala calidad de los mismos. Otros factores que influyeron negativamente para la prestación local fueron:

“[La] ausencia de medicamentos en presentaciones adecuadas”, los efectos colaterales del hierro que aducían los pobladores y por consiguiente no deseaban tomarlo [y] las indicaciones en la recetas que se impartían en las sesiones demostrativas que no tomaban en consideración el contexto local. Por ejemplo, la sugerencia de sangrecita que es difícil de conseguir debido a la prohibición de matar animales directamente en el mercado” (Médico ex SERUMS).

Este tipo de limitación subyace por la ausencia de identificación de los procesos de gestión y su correlación con el contexto sociodemográfico por parte de la ESNANS. En lo que se refiere a los procesos de gestión, los lineamientos provenientes del nivel central debieron haber especificado los procesos de programación operativa, organización para la entrega de servicios, el soporte logístico y el monitoreo y evaluación para cada uno de sus componentes. Todo ello, hubiera permitido a los gestores locales desarrollar los procesos de manera estandarizada, tomando en consideración los aspectos vinculados a su ámbito jurisdiccional.

#### **4.2.2 Limitaciones en la planificación**

“El enfoque de la Estrategia no fue precisamente sobre alimentación y nutrición saludable, sino más bien sobre prevención y tratamiento de la anemia en niños y mujeres gestantes” (Médico ex SERUMS).

En relación con lo anterior, se suma la débil capacidad de gestión por parte del gobierno local para poder resolver y adecuar los procesos de gestión a su ámbito local. Este aspecto se ve reforzado por la necesidad de resultados solicitados por el órgano central y que se ven relacionados a compromisos nacionales e internacionales realizados.

La limitación de la información, así como la inoportunidad de la misma, condicionan la capacidad decisora del órgano rector. Al centrarse en información cuantitativa, como indicadores de desnutrición y anemia, dejan de lado indicadores cualitativos útiles, que permitan determinar la pertinencia cultural y aceptación de los beneficiarios para la implementación de la Estrategia. Este aspecto resulta un “trabajo duro”, dada la pluriculturalidad del país y la necesidad de adaptar la estrategia a cada uno de estos ámbitos, pero es la única posibilidad de que ésta estrategia se vuelva tangible y funcione.

#### **4.2.3 Limitaciones en la gestión de recursos humanos**

Para implementar la ESNANS no existió ningún plan de capacitación al personal de salud por parte del gobierno central. A pesar de ello, los gobiernos regionales y locales implementaron charlas de capacitación en el marco del “Plan Nacional para contribuir con la reducción de Desnutrición Crónica Infantil

y prevención de Anemia en menores de 3 años en el país”. Estas estuvieron dirigidas esencialmente a los responsables de la atención de la etapa de vida niño, que en su mayoría comprenden profesionales de la salud licenciados(as) en enfermería. En ese contexto, una de las personas entrevistadas señala:

“No existe a nivel nacional ningún personal de salud capacitado en materia de alimentación y nutrición que pueda desempeñarse plenamente en el desarrollo de la Estrategia” (Coordinador de la ESNANS, Comité Técnico Permanente).

Esta idea nos permite comprender que el problema no deviene del nivel local y/o regional precisamente, sino más bien del nivel central, en el que no se han ideado medidas para la capacitación al personal de salud que presta y gestiona servicios en el primer nivel de atención.

Por otro lado, no existe ningún tipo de incentivo para los establecimientos de salud que se relacionen al cumplimiento de las metas establecidas en los planes operativos de la ESNANS. En ese sentido, una de las personas entrevistadas señala:

“Este patrón parece repetirse en los demás gobiernos locales y regionales” (Responsable de la ESNANS del Centro de Salud).

La falta de incentivos, sumada a la poca o nula capacitación a nivel local, no solamente ha generado una falta de conocimiento para desarrollar la ESNANS, sino también:

[Una] “falta de compromiso generalizada tanto para el personal de salud como para los responsables de la Estrategia” (Técnica de enfermería del C.S Lurín).

Si bien ha existido una deficiencia en el ámbito de gestión administrativa y de planificación, la gestión de recursos humanos es la que toma mayor relevancia ya que constituye finalmente el enlace con los usuarios para la entrega de los servicios.

La capacidad técnica y profesional son de gran relevancia para poner en marcha lo dispuesto en la ESNANS. Estos aspectos que podrían definirse como la “maquinaria operativa”, han sido señalados por Teubal (1982) para la

implementación de las políticas de desarrollo de alimentación y nutrición saludable en Chile. En su estudio hace mención a la necesidad de contar con una maquinaria lo suficientemente capaz para impulsar la política de manera eficaz.

En ese sentido, por un lado correspondería a los gestores locales efectivizar los mecanismos de gestión para la adecuada implementación de la Estrategia. Por otro lado, correspondería a los profesionales de salud tener los conocimientos y la capacitación necesaria para poder desarrollar las actividades de la misma. Estos dos últimos aspectos recaen principalmente en la Autoridad Sanitaria Nacional que se le confiere al MINSA como órgano rector del sector salud. Sin embargo, en este punto es preciso mencionar lo referido por Jenkins respecto a una política pública: la misma involucra más de una decisión y por ende la interacción de los actores (gubernamentales) involucrados en el proceso. En ese contexto, los agentes locales al no lograr transmitir el diagnóstico situacional a los niveles superiores debido a su débil capacidad de gestión y coordinación, el nivel central no llega a tomar conocimiento sobre la problemática. Sin embargo, éste tampoco lleva a cabo mecanismos de seguimiento y evaluación que le otorgue mayor información sobre las condiciones sociodemográficas y la capacidad técnica profesional de los gestores locales y profesionales de la salud. En consecuencia, por los motivos expuestos será complicado implementar de manera exitosa políticas públicas en dicha materia.



## Conclusiones

El objetivo principal de la presente tesis fue conocer las dinámicas de la implementación de la política pública de desarrollo de la alimentación y nutrición saludable. En ese sentido se concluye que la Estrategia de Alimentación Saludable surge como una necesidad de abordar los problemas de malnutrición en la población, enmarcados en el nuevo modelo de atención denominado “Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad”. En ese sentido, en el diseño de la política se le da un enfoque integral para afrontar los problemas de anemia, desnutrición crónica infantil, sobrepeso y obesidad mediante la generación de estilos de vida saludables. Sin embargo, apreciaremos que en la implementación de la política es donde se encuentran los mayores desafíos y limitaciones.

En este sentido, desde una perspectiva teórica el enfoque utilizado para la Estrategia de Alimentación Saludable, es el enfoque top-down para la implementación de políticas públicas, mediante el cual la variable “legal” establecida por los Lineamientos de gestión de la Estrategia es mandatorio para el ejercicio de la autoridad desde el nivel central hasta el nivel de gobierno local. Cabe resaltar que, desde su aparición, la descentralización ha otorgado independencia a las regiones para establecer documentos normativos y de gestión acordes a su realidad política, social y económica. Sin embargo, la complejidad institucional del Ministerio de Salud ha influenciado negativamente en la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable. Así, los dos procesos de Reforma emprendidos en los últimos quince años, han repercutiendo indefectiblemente en la conducción y rectoría de las políticas públicas en el sector salud. De igual manera, la política de promoción de la salud, emprendida durante la primera Reforma del Ministerio de Salud en el año 2004, contempló muchos componentes para su abordaje, entre los cuales se incluyó a la alimentación y nutrición saludable más como criterio conceptual que programático.

El análisis de la implementación de un programa del Ministerio en un nivel local permite concluir que la rectoría del Ministerio de Salud respecto a las acciones

para combatir la malnutrición tales como anemia, desnutrición, sobrepeso, obesidad, y principalmente las correspondientes a la promoción de la salud para la cual fue inicialmente concebida, se encuentra debilitada y desarticulada. Ello debido a los planes y programas presupuestales que tienen prioridad en materia de anemia y desnutrición crónica infantil.

En relación al objetivo específico orientado a identificar las características de la Estrategia de Alimentación Saludable en el Centro de Salud Nuevo Lurín se concluye que este ha seguido primordialmente las acciones y lineamientos de política para combatir la desnutrición crónica infantil y anemia en niños menores de cinco años y mujeres gestantes. La gestión de ésta Estrategia se ha llevado a cabo entre la Dirección del Cuidado Integral de Salud y Redes Integradas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud y el Coordinador de la Red de Salud de la Estrategia de Alimentación Saludable. En ese sentido, la coordinación y gestión en el nivel local se realizó directamente con el nivel central a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

Respecto al objetivo específico orientado a determinar las dinámicas en su implementación, se concluye que la coordinación y gestión en el nivel local se realizó directamente con el nivel central a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud. En ese contexto, la coordinación y gestión se ha caracterizado por una débil organización y comunicación. Asimismo, por una burocracia administrativa reflejada por el reporte de actividades y que no se traducen en toma de decisiones y/o alternativas de mejora para el desarrollo de la Estrategia de Alimentación Saludable.

Sobre el objetivo específico orientado al análisis de las consecuencias de la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable en la población rural de la provincia de Lima, se concluye que no se han reportado cifras actualizadas sobre anemia, desnutrición crónica infantil, sobrepeso y obesidad. Así tampoco, se ha determinado una línea de base ni realizado evaluaciones sobre la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable en la población rural de Lurín por lo tanto no es posible determinar el impacto y la pertinencia de la Estrategia en el ámbito de estudio. Por otro lado, dentro de las limitaciones para la implementación de la Estrategia de Alimentación Saludable en el Centro de Salud Nuevo Lurín, se encontraron limitaciones de tipo

administrativas, de planificación y de gestión de los recursos humanos. La más relevante ha sido la gestión de recursos humanos. Esto debido a la alta rotación del personal, la ausencia de capacitaciones y la falta de conocimiento sobre la Estrategia por parte de los profesionales de la salud.

La hipótesis del presente trabajo planteó que la Estrategia de Alimentación Saludable consideraba la pertinencia cultural y el perfil epidemiológico de la población rural de la provincia de Lima. En relación a ello, el presente trabajo concluye que la implementación de la Estrategia no ha considerado la pertinencia cultural de la población rural de Lima ni se ha adaptado a las dinámicas locales y tampoco ha ideado planes o propuestas para llegar al nivel local. En el plano local, en el nivel de relación entre el personal médico con los beneficiarios de la Estrategia, la utilización de un lenguaje altamente técnico por parte del médico puede ser uno de los componentes que limita el acceso y la implementación de la Estrategia. Así también, la falta de determinación de características alimentarias según cada región ha limitado la oferta de productos nutricionalmente favorables y culturalmente aceptados para la alimentación de la población.

Al analizar la Estrategia de Alimentación Saludable en el marco de una política pública, se concluye que es indispensable establecer una agenda intergubernamental y multisectorial para redefinir el rumbo de las políticas que buscan atender los componentes de sobrepeso, obesidad y hábitos alimenticios. Dichas condiciones pueden ser tan letales como la anemia y la desnutrición crónica, por lo cual constituyen un problema grave para la salud pública. En lo que respecta a la implementación de política pública, la Estrategia de Alimentación Saludable plantea la necesidad de incorporar mecanismos de gestión y coordinación que aborden de manera sistémica la nutrición y alimentación en sus componentes de anemia, desnutrición crónica infantil, sobrepeso y obesidad en toda la población. En ese sentido, el análisis del caso estudiado, plantea la necesidad una agenda multisectorial para redefinir el rumbo de la Estrategia en los componentes descritos que no son abordados en la actualidad.

Finalmente, desde la perspectiva de la salud pública, la implementación de las políticas implica la participación activa del gobierno local. Este mecanismo

puede fortalecer la transparencia y eficacia de la acción pública ejercida a través del seguimiento y monitoreo social de la prestación de los servicios de la Estrategia. En tal sentido, se podrá dar paso al desarrollo de una nueva institucionalidad, principalmente a nivel local.



## Recomendaciones

La recomendación principal del personal de salud que ha tenido participación en el desarrollo de la ESNANS se relaciona al fortalecimiento de la supervisión por parte del Gobierno regional y central. Ello con la finalidad de garantizar el cumplimiento de las actividades que se desarrollan respecto a la Estrategia.

En relación a lo anterior, se sugiere que se establezca un área complementaria en investigación nutricional y vigilancia nutricional. Esto a fin que no solamente se fortalezca el sistema de monitoreo y evaluación, sino que también se retroalimente la información que se consolida a raíz de las prestaciones brindadas por la ESNANS mediante estudios de investigación y evaluaciones de impacto.

Respecto a la operatividad de la Estrategia, se sugiere que los paquetes alimentarios otorgados a la población sean correspondientes a la realidad local y regional. De igual manera, las herramientas de comunicación de la Estrategia, tales como afiches, banners, trípticos, etc. deberían ser adaptados al perfil de cada localidad.

Por otro lado, los gestores locales y funcionarios públicos responsables de la Estrategia deben buscar:

[E1] “fortalecimiento de las actividades dirigidas a mejorar los hábitos alimenticios de la población, así como acciones para combatir el sobrepeso y la obesidad infantil” (Coordinador de la ESNANS, Comité Técnico Permanente).

Finalmente, se resalta la importancia de la capacitación a todo el personal de salud, independientemente sea o no responsable de la ESNANS, a fin de generar sinergias en el nivel local para su exitosa implementación.

Respecto a los problemas de nutrición y alimentación, si bien en América Latina y el Caribe se han cumplido con las metas internacionales relacionadas al hambre, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO) menciona que en la actualidad los países de la región no

deberán enfrentar el hambre solamente, sino también la obesidad y el sobrepeso crecientes.

El Informe sobre el “Panorama de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2015” señala que la "doble carga de la malnutrición" constituye un fenómeno que requiere que los gobiernos apliquen las lecciones que han aprendido en su avance hacia el hambre cero (FAO, 2015). En tal contexto, países de la región tales como Ecuador, Chile, Bolivia y Brasil, han ido implementando políticas en materia de desarrollo de la alimentación y nutrición saludable, que buscan regular la alta ingesta de sal, azúcares, carbohidratos y grasas de la población.

La concepción de una Estrategia de Alimentación Saludable ha sido pertinente para intentar abordar todos estos componentes adicionales a la anemia y desnutrición crónica infantil. Si bien desde un inicio fue pensada en un marco de política de promoción de la salud para incidir sobre los estilos de vida y comportamientos nutricionales, finalmente su operación terminó enmarcada a seguir combatiendo los problemas de anemia y desnutrición crónica infantil. Así no se tomó en consideración los problemas que como sociedad y economía emergente nos acecharán, entre los que se encuentran la obesidad y el sobrepeso, y la concatenación de patologías que se derivan de los mismos en relación al síndrome metabólico. En ese sentido, debería reorientarse hacia un enfoque holístico de alimentación y nutrición que empodere su incidencia en los componentes de sobrepeso y obesidad.

La Estrategia de Alimentación Saludable, en sus componentes de anemia, desnutrición crónica infantil, sobrepeso y obesidad, debería buscar integrarse con otras políticas públicas existentes en materia de alimentación y nutrición, tales como el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; el Proyecto Educativo Nacional al 2021; el Plan Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal del Ministerio de Salud del MINSA; el Centro de Promoción y Vigilancia Comunitaria de la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA; el ENDIS en su Ejes 1 y 2 “Nutrición Infantil” y “Desarrollo Infantil Temprano” del MIDIS, los mismos que a su vez involucran a los gobiernos regionales y locales.

## Referencias Bibliográficas

AGUILAR, Luis

1994 *El estudio de las políticas públicas*. México: MAP; Primera Reimpresión.

ALCÁZAR, Lorena

2007 “¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú?: riesgos y oportunidades para su reforma”. En: Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. Lima: GRADE, pp. 185-234.

BAILEY, Stephen y MOSHER, Edith

1968 *ESEA The Office of Education Administers a Law*. Syracuse University Press.

BARDACH, Eugene

1978 *The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law*. Massachusetts Institute of Technology Press.

BARQUERA, Simón

2001 *Políticas y programas de alimentación y nutrición en México*. Salud pública de México / vol.43, no.5.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2013 *Ley N° 30021*. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Lima, 16 de mayo.

DUNN, William.

2004 *Public Policy Analysis. An Introduction* 3rd Ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

ELMORE, Richard

1978 *Organizational Models of Social Program Implementation in Public Policy*, vol. 26, núm. 2.

GÓMEZ José Ramón, JURADO María Isabel, VIANA Bernardo, DA SILVA Marzo, HERNÁNDEZ Antonio

2005 *Estilos y calidad de vida*. Lecturas: EF y Deportes [serie en línea]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>

GOMEZ, Rosario

2005 “Gestión pública y seguridad alimentaria en el Perú”. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). *Política de Seguridad Alimentaria en los países de la Comunidad Andina*. Capítulo 6, pp 112-153.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (INEI)

2011 *Estado Nutricional en el Perú. Componente Nutricional ENAHO – CENAN. Julio 2009 - Junio 2010*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (INEI)

2015 *Estado Nutricional en el Perú por etapas de vida 2012-2013*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (INEI)

2016 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

KAUFMAN, Herbert

1973 *Administrative Feedback: Monitoring Subordinate's Behavior*. Washington, D.C., Brookings Institution.

KETTL, Donald

2005 *The Politics of the Administrative Process*, Third Edition. Washington DC: CQ Press.

KRAFT, Michael Y FURLONG, Scott

2004 *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*. Washington DC: CQC Press.



KRAFT, Michael y FURLONG, Scott

2006 "Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives", 2nd ed., CQ Press, Washington, DC.

LAHERA, Eugenio

2002 *Introducción a las políticas públicas*. Santiago: Fondo de Cultura Económica.

LAHERA, Eugenio

2004 *Política y políticas públicas en los procesos de reforma en América Latina. Similitudes y diversidades*. CEPAL, Agosto 2004.

MINSA

2004 *Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA*. Estrategias Sanitarias Nacionales. Lima, 27 de julio.

MINSA

2004 *Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú*. Consulta: 12 de mayo del 2016.

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203\\_prom30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf)

MINSA

2004 *Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú Acciones a desarrollar en el Eje Temático de Alimentación y Nutrición Saludable*. Consulta: 15 de mayo del 2016.

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/147.pdf>

MINSA

2005 *Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA*. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud". Lima, 15 de febrero.

MINSA

2011 *Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA*. Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad. Lima, Perú.

MINSA

2011 *Resolución Ministerial N° 208-2011/MINSA*. Lineamiento de gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable *Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad*. Lima, 18 de marzo.

MINSA

2016 *Decreto Supremo N° 007-2016-SA*. Reglamento de Organización y Funciones del MINSA. Lima, 12 de febrero.

MINSA

*Estrategias Sanitarias Nacionales*. Consulta: 17 de mayo del 2016.

<http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencionensalud.asp>

MUÑOZ, Fernando ET AL

2000 “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud”. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8 (1/2).

OLAVARRÍA, Mauricio

2007 *Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas*. Documento de Trabajo. Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile.

OMS

2008 “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud”. Informe Final. Capítulo 4. Pág. 42. 2008.

OPS

1997 XL Reunión Consejo Directivo. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial. Washington, D.C.: OPS/OMS.S; 1997.

OPS

2000 La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de salud pública. HSP (documento mimeografiado), Washington, D.C., Abril 2000.

OPS

2007 *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud; 2007.

ORTIZ, María del Rocío

2003 *Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia: estudio por el método Delfos*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14(3).

PAREDES, Dina

2012 *Evaluación y Análisis de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable*. Tacna, Perú. Año 2012.

<https://es.scribd.com/doc/132349370/Evaluacion-de-la-Estrategia-Sanitaria-de-Alimentacion-y-Nutricion-Saludable-2012#>

PARQUI, Fanny

2002 *Informe Final del Proyecto: Mejora efectiva y a bajo costo de los Programas de Apoyo Alimentario*. Círculo de Investigaciones de la Universidad Católica Santa María. Arequipa, Perú.

PCM

2007 *Decreto Supremo N° 027-2007-PCM*. Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento. Lima, 22 de marzo del 2007.

PRESSMAN, Jeffrey y WILDAVSKY, Aaron

1973 *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes.* Berkeley: University of California.

PORTOCARRERO, Felipe

2000 *Gestión pública y políticas alimentarias en el Perú.* Fondo Editorial de la Universidad del Pacífico – PLPS

PORTUGAL, Tania

2016 *Los retos para Enfrentar la Desnutrición infantil: Un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho)*. Instituto de Estudios Peruanos. Documento de trabajo; 225. Política; 12.

RED DE SALUD LIMA VILLA EL SALVADOR LURIN PACHACAMAC PUCUSANA

2016 *Plan Operativo Anual 2016.* Consulta: 14 de Julio del 2016.

SABATIER, Paul y MAZMANIAN, Daniel

1981 *Effective Policy Implementation,* D.C. Heat and Company.

SCHEFF, Thomas

1961 *Control over Policy by Attendance in a Mental Hospital.* Journal of Health and Human Behavior, núm. 2.

TAMAYO, Manuel

1997 “El análisis de las políticas públicas”. Editorial La Nueva Administración Pública, Rafael Bañón y Ernesto Carrillo (Compiladores), Madrid, España.

TEUBAL, Miguel

1982 *Nutrición, desarrollo y política: elementos para el análisis de sus interrelaciones.* Desarrollo Económico, Vol. 22, No. 87, pp. 421-430.

TERRIS, Milton

1999 *Tendencias actuales en la salud pública de las Américas*. En: OPS/OMS. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Publicación científica N° 540. Washington.

VAQUERO, Benjamín Revuelta

2007 *La implementación de políticas públicas*. Dikaion, vol. 21, núm. 16, noviembre, 2007, pp. 135-156. Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombia.

VAN METER, Donald y VAN HORN, Carl

1975 *The Policy Implementation Process. A Conceptual Framework*, *Administration & Society*, vol. 6, núm. 4, 1975.

