

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE GESTIÓN Y ALTA DIRECCIÓN



**EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN
CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO A NIÑOS MENORES DE 3
AÑOS DE EDAD A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE
CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN**

**Tesis presentada para obtener el título profesional de Licenciado en Gestión,
con mención en Gestión Pública presentada por:**

TORRES NÚÑEZ, Andrea Katherine

20110390

Asesorada por: Mgtr. Guiselle Marlene Romero Lora

Lima, 11 de septiembre de 2017

La tesis

EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO A NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN

ha sido aprobada por:

Mgr. Mariana Ballén Tallada

Presidenta del Jurado

Mgr. Guiselle Marlene Romero Lora

Docente asesor

Mgr. Edgardo Marcelo Cruzado Silverii

Tercer jurado

Dedico esta investigación especialmente a mis padres, Gustavo y Caty, por haber apostado por mí desde siempre y por ser los mejores ejemplos a seguir. Y a mi hermano Álvaro, por ser la mejor compañía desde hace 15 años. De igual manera, se la dedico a todos aquellos y aquellas que aún creen y que han elegido aportar para tener un mejor país.



Agradezco a todas las personas, tanto en Lima como en Junín, que se tomaron un tiempo para ser entrevistadas y, de esta manera, hicieron posible el desarrollo de la presente investigación.

A los profesores del Departamento Académico de Ciencias de la Gestión, quienes dedicaron parte de su tiempo para asesorarme.

Agradezco también a mi casa de estudios, la PUCP, por brindar incentivos a los estudiantes que deciden realizar una investigación.

Finalmente, un especial agradecimiento a mi asesora, Guiselle Romero, por su guía y apoyo que resultaron cruciales en este proceso.



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1. Problema de investigación	3
2. Preguntas y objetivos de la investigación	7
2.1. Pregunta general.....	7
2.2. Preguntas específicas	7
2.3. Objetivo general	7
2.4. Objetivos específicos	7
3. Justificación.....	8
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO - LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA Y LAS EVALUACIONES EN EL SECTOR SALUD	9
1. La nueva gestión pública (NPG)	9
1.1. Antecedentes.....	9
1.2. Definición de la nueva gestión pública (NPG).....	9
1.3. La gestión para resultados (GpR).....	10
2. La gestión por procesos (GpP).....	15
2.1. El proceso y sus componentes	16
2.2. El triple rol	17
2.3. El mapa de procesos.....	18
2.4. Importancia de la GpP en la gestión pública.....	19
3. La evaluación en el sector público	21
3.1. Los tipos de evaluación	22
4. Investigaciones previas acerca de la <i>suplementación con micronutrientes y hierro en niños y niñas menores de 3 años</i>	25
CAPÍTULO 3: MARCO CONTEXTUAL - ENFERMEDADES POR DEFICIENCIA DE NUTRIENTES: LA ANEMIA INFANTIL Y LA DCI EN EL PERÚ	29
1. La malnutrición	29
2. La anemia por deficiencia de micronutrientes en la primera infancia	31
2.1. La importancia de los micronutrientes	32
2.2. La desnutrición crónica infantil (DCI).....	33
3. La anemia infantil en el Perú.....	33

CAPÍTULO 4: CASO: LA <i>SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO</i> <i>EN NIÑOS y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PERÚ</i>	36
1. Cadena de valor de la <i>suplementación con micronutrientes y hierro</i>	36
2. Responsabilidades a nivel nacional, regional y local.....	39
2.1. Nivel nacional	39
2.2. Nivel regional	39
2.3. Nivel local	40
3. Productos a base de hierro utilizados	40
4. Esquemas de suplementación para la prevención y tratamiento de la anemia en niños y niñas menores de 3 años	42
4.1. Manejo preventivo de anemia en niños	42
4.2. Manejo terapéutico de anemia en niños	43
5. La <i>suplementación con micronutrientes y hierro</i> en el EE. SS. David Guerrero Duarte.....	45
5.1. El EE. SS. David Guerrero Duarte	45
5.2. La Red de Salud del Valle del Mantaro (RSVM)	47
5.3. La Diresa Junín	48
5.4. Convenios de la <i>suplementación con micronutrientes y hierro</i> con otros sectores	48
CAPÍTULO 5: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO.....	52
1. Alcance, diseño y enfoque de la investigación	52
2. Metodología de evaluación	53
2.1. <i>Modelo de evaluación de procesos</i> del Coneval.....	55
2.2. <i>Modelo de evaluación de procesos</i> del Coneval en la <i>suplementación con micronutrientes y hierro</i>	59
2.3. Diseño muestral.....	60
3. Fases de la investigación.....	61
4. Limitaciones de la investigación	61
CAPÍTULO 6: EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA <i>SUPLEMENTACIÓN CON</i> <i>MICRONUTRIENTES Y HIERRO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE</i> <i>3 AÑOS EN EL AÑO 2017</i>	63
1. Programación de suplementos	63
1.1. Actividades, componentes y actores	63

1.2.	Límites del proceso y articulación.....	68
1.3.	Insumos y recursos	69
1.4.	Productos.....	69
1.5.	Sistemas de información.....	69
1.6.	Coordinación	69
1.7.	<i>Cuellos de botella</i> en la programación de suplementos	70
2.	Difusión de la intervención	71
2.1.	Actividades, componentes y actores	72
2.2.	Límites del proceso y articulación.....	74
2.3.	Insumos y recursos	74
2.4.	Productos.....	74
2.5.	Sistemas de información.....	74
2.6.	Coordinación	74
2.7.	<i>Cuellos de botella</i> en la difusión de suplementos	75
3.	Compra de suplementos.....	75
3.1.	Actividades, componentes y actores	75
3.2.	Límites del proceso y articulación.....	77
3.3.	Insumos y recursos	77
3.4.	Productos.....	78
3.5.	Sistemas de información.....	78
3.6.	Coordinación	78
3.7.	<i>Cuello de botella</i> en la compra de suplementos.....	78
4.	Distribución de los suplementos	79
4.1.	Actividades, componentes y actores	79
4.2.	Límites del proceso y articulación.....	82
4.3.	Insumos y recursos	82
4.4.	Productos.....	83
4.5.	Sistemas de información.....	83
4.6.	Coordinación	83
4.7.	<i>Cuellos de botella</i> en la distribución de suplementos	83
5.	Entrega de suplementos a los beneficiarios	84
5.1.	Actividades, componentes y actores	84
5.2.	Límites del proceso y articulación.....	85
5.3.	Insumos y recursos	85
5.4.	Productos.....	86

5.5.	Sistemas de información.....	86
5.6.	Coordinación	86
5.7.	<i>Cuellos de botella</i> en la entrega de suplementos	86
6.	Seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos	87
6.1.	Actividades, componentes y actores	87
6.2.	Límites del proceso y articulación.....	89
6.3.	Insumos y recursos	89
6.4.	Productos.....	89
6.5.	Sistemas de información.....	89
6.6.	Coordinación	90
6.7.	<i>Cuellos de botella</i> en el seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos.....	90
7.	Contraloría social y satisfacción del usuario	91
7.1.	Actividades, componentes y actores	91
7.2.	Límites del proceso y articulación.....	93
7.3.	Insumos y recursos	93
7.4.	Productos.....	93
7.5.	Sistemas de información.....	93
7.6.	Coordinación	93
7.7.	<i>Cuellos de botella</i> en la contraloría social y satisfacción del usuario..	93
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES		94
REFERENCIAS.....		99
LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS		106
ANEXOS.....		108
ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA		108
ANEXO B: PRINCIPALES INDICADORES NUTRICIONALES DE LA ENDES 2016		110
ANEXO C: PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, DURANTE EL AÑO 2016		111
ANEXO D: ÍNDICE DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN.....		113

ANEXO E: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS CON ANEMIA 2016 SEGÚN REGIONES	114
ANEXO F: NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS, POR DEPARTAMENTO	115
ANEXO G: OFICIO N.º 26 – DIRESA JUNÍN	116
ANEXO H: MODELO CAUSAL DEL PAN	119
ANEXO I: MODELO CAUSAL DE LA ANEMIA EN EL PERÚ	120
ANEXO J: ESQUEMA DE PERIODICIDAD DE CONTROLES DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	121
ANEXO K: VALORES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA Y NIVELES DE ANEMIA EN NIÑOS	122
ANEXO L: PÚBLICO OBJETIVO SEGÚN DIMENSIONES DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	123
ANEXO M: CUADRO DE REQUERIMIENTOS DE MICRONUTRIENTES DE LA DIRESA JUNÍN	124
ANEXO N: TASA DE DESERCIÓN DE MICRONUTRIENTES EN LA MICRORRED DE CONCEPCIÓN	125
ANEXO Ñ: MEMORANDO N.º 91 - 2017	127
ANEXO O: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	128
ANEXO P: GUÍAS DE ENTREVISTA	142
ANEXO Q: GUÍA DE OBSERVACIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS	155
ANEXO R: OBSERVACIÓN DIRECTA A VISITAS DOMICILIARIAS	156
ANEXO S: FOCUS GROUP CON BENEFICIARIAS DE LA INTERVENCIÓN	157

LISTA DE TABLAS

Tabla N.º 1: Principales diferencias entre micronutrientes y macronutrientes	4
Tabla N.º 2: Instrumentos del PpR en el Perú	13
Tabla N.º 3: Conceptos de la GpP	17
Tabla N.º 4: Investigaciones previas sobre la <i>suplementación con micronutrientes y hierro</i>	26
Tabla N.º 5: Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses en el Perú, por ámbitos nacional, urbano y rural	34
Tabla N.º 6: Alineamiento de las intervenciones priorizadas en el <i>Plan Nacional</i> y los productos de los programas presupuestales.....	37
Tabla N.º 7: Productos farmacéuticos utilizados en la <i>suplementación con micronutrientes y hierro</i> , con su contenido de hierro elemental.....	41
Tabla N.º 8: Suplementación preventiva con hierro y micronutrientes para niños menores de 36 meses.....	43
Tabla N.º 9: Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.....	44
Tabla N.º 10: Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses con anemia.....	44
Tabla N.º 11: Tratamiento con hierro para niños de 6 a 35 meses de edad.....	45
Tabla N.º 12: Metas de resultado y cobertura del Fed para el G.R. Junín.....	49
Tabla N.º 13: Metas establecidas para indicadores priorizados en el G.R. Junín	50
Tabla N.º 14: Metodologías de evaluación consideradas.....	54
Tabla N.º 15: Procesos considerados para la evaluación de la <i>suplementación con micronutrientes y hierro</i>	59
Tabla N.º 16: Muestra de entidades consideradas y funcionarios entrevistados	60

LISTA DE FIGURAS

Figura N.º 1: La GpR y la cadena de resultados	11
Figura N.º 2: Diferencia entre el presupuesto tradicional y el PpR	12
Figura N.º 3: Elementos de un proceso	16
Figura N.º 4: Entradas y salidas de un proceso.....	18
Figura N.º 5: El mapa de procesos.....	18
Figura N.º 6: El triángulo estratégico de Moore	19
Figura N.º 7: Resumen de la PNMGP	20
Figura N.º 8: La malnutrición por tipos	29
Figura N.º 9: El coste de la malnutrición	30
Figura N.º 10: Cadena de valor de la suplementación con micronutrientes y hierro	38
Figura N.º 11: Organigrama vigente de la Microrred de Salud de Concepción	46
Figura N.º 12: Organigrama funcional de la Dirección de Salud de las Personas de la RSVM	47
Figura N.º 13: Organigrama funcional de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Diresa Junín.....	48
Figura N.º 14: La suplementación con micronutrientes y hierro y las entidades involucradas	51
Figura N.º 15: Modelo general de procesos del Coneval.....	57
Figura N.º 16: Flujograma de la programación de suplementos	68
Figura N.º 17: Flujograma de la difusión de la intervención	73
Figura N.º 18: Flujograma de la compra de suplementos	77
Figura N.º 19: Flujograma de la distribución de los suplementos	82
Figura N.º 20: Flujograma de la entrega de los suplementos.....	85
Figura N.º 21: Flujograma del seguimiento a beneficiarios	88
Figura N.º 22: Flujograma de contraloría social y satisfacción del usuario	92

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene por objetivo identificar los principales puntos críticos que no permiten una adecuada gestión de los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro en niños y niñas menores de 3 años* en un establecimiento de salud (EE. SS.) de la Microrred de Salud de Concepción, perteneciente a la provincia del mismo nombre, ubicada en Junín, departamento en el cual los índices de anemia infantil se encuentran por encima del promedio nacional. A estos puntos críticos, dentro de la investigación, se les denomina *cuernos de botella*, dado que representan un obstáculo en la ejecución de los procesos que componen la intervención. La *suplementación con micronutrientes y hierro* busca reducir el índice de anemia infantil, es liderada por el Ministerio de Salud y se encuentra comprendida dentro del *Programa Articulado Nutricional*, así como en el *Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 – 2021*.

A fin de lograr el objetivo de investigación, se utiliza el *Modelo de evaluación de procesos* del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. A partir de este, se analizan los siguientes procesos dentro de la intervención: programación de los suplementos, difusión de la intervención, compra de suplementos, distribución de los suplementos, entrega de suplementos a los beneficiarios, seguimiento a los beneficiarios y monitoreo de suplementos, y contraloría social y satisfacción del usuario.

Los principales *cuernos de botella* que se encontraron en la investigación están relacionados con los procesos de programación de suplementos, difusión de la intervención, entrega de suplementos y seguimiento a los beneficiarios. En muchas oportunidades, los responsables del proceso no contaban con las herramientas adecuadas para llevarlo a cabo de manera óptima, como el padrón nominal actualizado en el caso de la programación de suplementos y los datos sobre las entregas oportunas y el consumo para el seguimiento a los beneficiarios. Asimismo, como problema transversal se ha encontrado que no se le está dando la debida importancia al suplemento que se entrega para combatir la anemia, el sulfato ferroso, a pesar de la importancia de su rol dentro de la intervención. A su vez, no existen recursos humanos suficientes para llevar a cabo la intervención en los diferentes niveles de gobierno.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo realizar un análisis de la gestión de los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro a niños y niñas menores de 3 años*, una intervención priorizada en el *Programa Articulado Nutricional (Pan)* y el *Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 – 2021 (Plan Nacional)*. Como parte del análisis, se identificarán los *cuellos de botella* existentes dentro de los procesos de esta intervención. Para ello, la investigación se desarrolla a través de un estudio de caso, en un establecimiento de salud (EE. SS.) situado en el departamento de Junín. La metodología utilizada para tal fin es el *Modelo de evaluación de procesos* del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).

En el primer capítulo, se presenta el planteamiento del problema, en el cual se expone la problemática del alto índice de anemia infantil en el país y cómo, a pesar de existir una intervención en marcha destinada a su erradicación, esta dificultad no ha sido superada. A partir de esta se desprenden los objetivos, las preguntas y la justificación de la investigación.

Seguidamente, en el segundo capítulo, se desarrolla el marco teórico, en el cual se exponen los conceptos necesarios que enmarcan la investigación. Se da inicio al capítulo presentando las características de la nueva gestión pública (NGP), así como al enfoque derivado a partir de esta: la gestión para resultados (GpR) y las principales herramientas de este enfoque que son utilizadas en nuestro país. Asimismo, se explica en qué consiste la gestión por procesos y se definen conceptos relevantes para una mejor comprensión de este enfoque; se finaliza mencionando de qué manera la gestión por procesos ha tenido influencia en la administración pública de nuestro país. Finalmente, se menciona la importancia de las evaluaciones en el sector público y los principales tipos de evaluación por los cuales se puede optar, haciendo un especial énfasis en la evaluación de procesos.

En el tercer capítulo, se desarrolla el marco contextual de la investigación. Se da inicio al capítulo explicando los diferentes tipos de malnutrición existentes para después enfocar la atención en la anemia infantil producida por deficiencia de hierro, procurando diferenciarla de la desnutrición crónica infantil (DCI) al momento de tratarla. Finalmente, se contextualiza la anemia infantil en el Perú y se hace un recuento de su evolución durante la última década.

En el cuarto capítulo, se describe la intervención a evaluar: la *suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 3 años*. Se describe la cadena de valor de esta intervención para después mencionar las principales responsabilidades que tienen las

entidades del sector Salud por nivel de Gobierno dentro de esta. También se explica con detalle los productos utilizados y los esquemas de suplementación que se deben seguir. Se da fin al capítulo señalando cómo se ejecuta esta intervención en el lugar donde se realizó el estudio.

En el quinto capítulo, se presentan los aspectos metodológicos considerados para realizar esta investigación. Se inicia el capítulo presentando el alcance, el diseño y el enfoque de la investigación. Asimismo, se explicita la metodología elegida para realizar la evaluación y los criterios tomados en cuenta para elegir la muestra considerada. Seguidamente, se explican las fases que tuvo la investigación, así como las limitaciones.

En el sexto capítulo, se analizan los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 3 años* a través del *Modelo de evaluación de procesos* del Coneval. Se analizan los siguientes procesos: programación de los suplementos, difusión de la intervención, compra de suplementos, distribución de los suplementos, entrega de suplementos a los beneficiarios, seguimiento a los beneficiarios y monitoreo de suplementos, y contraloría social y satisfacción del usuario.

Finalmente, en el séptimo y último capítulo se brindan las conclusiones a partir de los hallazgos encontrados en los procesos evaluados de la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 3 años el año 2017.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Problema de investigación

Este estudio realizará una evaluación de los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro*, denominación que en adelante se usará para hacer referencia a dos intervenciones expresadas en el *Plan Nacional*, y que también forma parte del *Pan*, las cuales buscan reducir el índice de anemia infantil en los niños y niñas menores de 3 años.

La *suplementación con micronutrientes y hierro* consiste en la entrega de sobres que contienen micronutrientes (ácido fólico, zinc, y vitaminas A y C) y hierro —también denominados “sprinkles” o “chispitas” —, sulfato ferroso (en gotas o jarabe), y, recientemente, incluye también el complejo polimaltosado férrico (en gotas o jarabe) a sus beneficiarios. La *Norma técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas* (NTS N.º 134), aprobada por la Resolución Ministerial N.º 250–2017/Minsa (Ministerio de Salud [Minsa] 2017a), es el marco legal que establece los lineamientos para esta intervención. De acuerdo con esta, el esquema de *suplementación con micronutrientes y hierro* diferencia el manejo de los suplementos para la prevención de la anemia infantil del tratamiento de esta en los niños y niñas menores de 3 años que ya la padecen. Asimismo, la norma diferencia el esquema de suplementación para los niños nacidos con bajo peso (menos de 2.5 kg) y/o prematuramente del de aquellos que nacieron a tiempo y con el peso adecuado.¹

En líneas generales, la principal causa de anemia infantil se atribuye a la deficiencia de micronutrientes —en especial de hierro, vitamina A y zinc—, producida por múltiples factores; entre ellos destacan una dieta pobre en vitaminas y minerales, y la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. El grupo poblacional más vulnerable comprende a los niños y niñas menores de 36 meses (Minsa, 2014a). En tal sentido, resulta relevante comprender qué son los micronutrientes, además de saber diferenciarlos de los macronutrientes (ver Tabla N.º 1).

Además, las consecuencias de la anemia por deficiencia de hierro —el tipo de anemia más frecuente— son las alteraciones del desarrollo cognitivo, sobre todo si se presenta en el periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral; es decir, durante los primeros años de vida (Minsa, 2014a). En otras palabras, padecer anemia repercute en las capacidades que se desarrollan y adquieren desde los primeros años, lo cual puede asociarse con pobres logros educativos y capacidades deficientes para el trabajo (Instituto Nacional de Salud [INS], 2015).

¹ Tanto las intervenciones a nivel estatal como el marco político-legal en el cual se desarrollan serán explicados a detalle en el capítulo 4.

Asimismo, las consecuencias relacionadas con la anemia por deficiencia de hierro —el tipo de anemia más frecuente— son las alteraciones del desarrollo cognitivo, principalmente si se presenta en el periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral; es decir, durante los primeros años de vida (Minsa, 2014a). En otras palabras, padecer anemia repercute en las capacidades que se desarrollan y adquieren desde los primeros años, lo cual puede asociarse con pobres logros educativos y capacidades deficientes para el trabajo, principalmente (INS, 2015).

Tabla N.º 1: Principales diferencias entre micronutrientes y macronutrientes

Micronutrientes	Macronutrientes
<ul style="list-style-type: none"> • Son las vitaminas y los minerales (como el hierro y el zinc) que resultan imprescindibles para las funciones orgánicas, pero que se consumen en cantidades relativamente menores debido a que el organismo los requiere en cantidades pequeñas. • Facilitan las reacciones químicas que ocurren en el cuerpo y en el mantenimiento de los tejidos. • No tienen la función de proveer energía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son los nutrientes que se consumen en cantidades relativamente grandes, como las proteínas, los hidratos de carbono simples y complejos, y las grasas y ácidos grasos. • También pueden ser llamados nutrientes proveedores de energía, pues representan la principal fuente de energía y constituyen la mayor reserva energética del cuerpo.

Elaboración propia, a partir de Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [Fao] (2015), Organización Mundial de la Salud [OMS] (s/f) y Shenkin (2015)

De acuerdo con la última *Encuesta demográfica y de salud familiar* (Endes)², correspondiente al año 2016, el índice de anemia (definida como la condición de insuficiencia de hierro en la sangre) en niñas y niños menores de cinco años dentro del país fue de 33.3%, superando al índice del 2015, que llegó a un 32.6% (ver Anexo B). Asimismo, si se analiza el grupo de niños comprendido en el rango de edades entre 6 a 35 meses, su índice de anemia asciende a 43.59%, siendo el rango entre 6 a 8 meses de edad el de mayor prevalencia (62.1%), durante el año 2016 (ver Anexo C). Estas cifras son alarmantes pues, de acuerdo a la OMS, si la prevalencia³ de anemia supera el 40% en un país, este califica como país con “problema severo de salud pública” (Minsa, 2014a). Al respecto, la OMS recomienda que la suplementación con micronutrientes sea implementada en aquellos países cuya prevalencia de anemia en menores de 3 años supere el 20% (Minsa, 2014a), porcentaje superado ampliamente en nuestro país.

² La Endes es una importante investigación estadística llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (Inei). Los resultados permiten disponer de información sobre salud reproductiva y salud materna e infantil; prevalencia de uso de métodos anticonceptivos; atención del embarazo y del parto; inmunizaciones; prevalencia de ciertas enfermedades en la población infantil; peso y talla de niños menores de 5 años y sus madres; peso y talla para mujeres embarazadas, con o sin niños menores de 5 años; conocimiento y formas de prevenir el sida y violencia intrafamiliar (Inei, 2015).

³ En epidemiología, se encuentra referida a la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio (Real Academia Española [Rae], s.f.).

En el Perú, se viene haciendo uso del sulfato ferroso para combatir la anemia en niños menores y mujeres embarazadas desde hace dos décadas, aproximadamente. Por otro lado, los micronutrientes se empezaron a usar desde el 2009 —año en el que se inició con el piloto en el país— debido a la baja aceptación del sulfato ferroso por parte de los beneficiarios (Minsa, Programa Mundial de Alimentos [PMA] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]., s.f.). A partir del año 2012, los micronutrientes junto a los suplementos a base de sulfato ferroso pasaron a formar parte de la intervención *suplementación preventiva con hierro* —la cual precedió a la actual *suplementación con micronutrientes y hierro*—. Sin embargo, el uso de micronutrientes tampoco venía alcanzando los resultados esperados. De acuerdo a investigaciones acerca de la adherencia⁴ a los micronutrientes, llevadas a cabo en nuestro país por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición [Cenan] (2015), y por Munares-García y Gómez-Guisado (2016), existe una baja adherencia a este producto. Esta situación no estaría contribuyendo con el desarrollo eficaz de la intervención al no permitir una adecuada llegada de los productos a los usuarios finales: los niños y niñas menores de 3 años.

Un problema adicional con respecto a la *suplementación con micronutrientes y hierro* es su insuficiente cobertura. Según la Endes del año 2016 (ver Anexo B), solo un 19.3% de los niños entre 6 a 59 meses habría recibido suplementos de hierro en los últimos 7 días previos a la realización de la encuesta. Al hacer énfasis en los niños entre 6 y 35 meses, solo un 28.73% recibieron suplementos de hierro durante el mismo año, lo cual indica que este grupo estaría recibiendo en mayor medida estos suplementos alimenticios, aunque la cobertura continúa siendo insuficiente (Inei, 2016b). Considerando que la *suplementación con micronutrientes y hierro* comprende la entrega de suplementos de hierro —como sulfato ferroso, micronutrientes y complejo polimaltosado férrico— a todos los niños menores de 3 años atendidos en un EE. SS. del Estado, los porcentajes de cobertura muestran que estos suplementos no están llegando oportunamente a gran parte de los beneficiarios.

En el caso puntual de Junín, departamento en el cual se sitúa esta investigación, las cifras de la Endes indican que, al finalizar el 2016, el índice de anemia en niños entre 6 y 59 meses se encontraba en un 41.9%, cifra por encima del promedio nacional —para este rango de edad— en casi 9 puntos porcentuales. Este mismo índice aumenta hasta un 55.9% en los niños menores de 3 años del departamento, situando a Junín en el tercer lugar en cuanto al número de menores de 3 años que padecen anemia, a nivel nacional (Inei, 2016b) (ver Anexo E).

⁴ Según la NTS N.º 134, “adherencia” es el grado en el que el paciente cumple con el régimen de consumo de suplementos, ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada.

Además, según datos proporcionados por César Aldana, uno de los funcionarios que tiene a cargo la *Suplementación con micronutrientes y hierro* en la Dirección Regional de Salud (Diresa) Junín, a mayo de 2017, el índice de anemia en niños y niñas menores de 3 años ascendería a 46.97%. En este punto también es relevante mencionar que el índice de anemia en niños menores de 3 años en la provincia de Concepción a mayo de 2017 alcanzó la cifra de 47.7% y el EE. SS. David Guerrero Duarte llegó a 55.06% en su índice de anemia para la misma fecha (ver Anexo C). Por otro lado, respecto a la cobertura de la intervención en Junín, según la Endes, solo un 19.3% de los niños entre 6 y 59 meses recibió suplementos de hierro en los últimos 7 días, el 2016 (Inei, 2016b) (ver Anexo F). Aldana, también compartió un oficio dirigido al Minsa (ver Anexo G), en el que señala que existe una falta de recursos (económicos y humanos) para llevar a cabo esta intervención. Esto especialmente debido a la falta de personal suficiente en los EE. SS. donde se ejecuta la intervención, por lo cual señala que no es posible hacer un seguimiento adecuado a los beneficiarios. Esta situación estaría propiciando una alta deserción de los beneficiarios, la que asciende a 55% en los niños menores de 3 años del departamento de Junín a octubre de 2016.

En este punto es importante distinguir dos conceptos: “adherencia” y “deserción”. Por un lado, “adherencia” es un término mayormente usado en investigaciones y hace referencia al grado de cumplimiento de los beneficiarios en el consumo del suplemento recibido. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% (a más) de la dosis indicada (Minsa, 2017a). Por otro lado, “deserción” se utiliza en el monitoreo de los suplementos entregados, a nivel local. El término hace referencia a las veces en las cuales el suplemento no fue entregado al beneficiario, mas no a su consumo. Al respecto, Aldana señala que no existe un almacén destinado para los suplementos, lo cual, sumado a un *sobrestock* de suplementos (que, además, tienen una fecha de vencimiento cercana), estaría perjudicando las operaciones de la intervención (ver Anexo G) (comunicación personal, 13 de julio, 2017).

Entonces, se ha identificado los siguientes problemas: el alto índice de anemia en la población objetivo (especialmente en el departamento de Junín), a pesar de existir una intervención en marcha con el fin de abordar esta afección; una insuficiente cobertura de la intervención; alta deserción de los beneficiarios que se traduce en una baja adherencia a los suplementos entregados; y la carencia de recursos necesarios para llevarla a cabo, de acuerdo a uno de sus responsables directos a nivel regional. En ese sentido, en la presente investigación se plantea como propósito analizar los procesos desarrollados en la *suplementación con micronutrientes y hierro* para, de esta manera, identificar los *cuellos de botella* que estarían originando las dificultades encontradas al momento de ser ejecutada.

2. Preguntas y objetivos de la investigación

2.1. Pregunta general

¿Cuáles son los principales *cuellos de botella* en los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro* en el EE.SS. David Guerrero Duarte, a partir del *Modelo de evaluación de procesos de programas de desarrollo social* del Coneval durante el año 2017?

2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de *programación de suplementos* necesarios para la *suplementación con micronutrientes y hierro*, en los diferentes niveles de Gobierno?
- ¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de *difusión de la intervención* evaluada?
- ¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de *compra de suplementos* necesarios para la intervención?
- ¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de *distribución de suplementos* de la intervención en los diferentes niveles de gobierno hasta que los suplementos lleguen al EE. SS.?
- ¿Cuáles son los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos del proceso de *entrega de suplementos* de la intervención dentro del EE. SS.?
- ¿Cuáles son los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de *seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos* de la intervención en los diferentes niveles de Gobierno?
- ¿Cuáles son los mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos necesarios para ejecutar el proceso de *contraloría social y satisfacción del usuario* en la intervención?

2.3. Objetivo general

Determinar los principales *cuellos de botella* en los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro* en el EE.SS. David Guerrero Duarte, a partir del *Modelo de evaluación de procesos de programas de desarrollo social* del Coneval durante el año 2017

2.4. Objetivos específicos

- Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos en el proceso de *programación de suplementos* necesarios para llevar a cabo la *suplementación con micronutrientes y hierro*, en los diferentes niveles de Gobierno

- Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos en el proceso de difusión de la intervención que será evaluada
- Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de compra de suplementos necesarios para la intervención
- Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de distribución de suplementos necesarios para la intervención en los diferentes niveles de Gobierno hasta que los suplementos lleguen al EE. SS.
- Identificar los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos del proceso de entrega de suplementos necesarios para la intervención dentro del EE. SS.
- Identificar los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos de la intervención en los diferentes niveles de Gobierno
- Identificar los mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos necesarios para ejecutar el proceso de contraloría social y satisfacción del usuario en la intervención

3. Justificación

La investigación se justifica, primero, por los altos índices de anemia infantil que persisten en la población objetivo de la *suplementación con micronutrientes y hierro* al interior del país, especialmente en la provincia de Concepción, Junín, pese a existir una intervención para erradicar este mal. Segundo, es relevante debido al alto costo económico que implica para el país no intervenir exitosamente en la reducción de la elevada prevalencia de casos de anemia por deficiencia de hierro, pues afecta las habilidades cognitivas de los niños y la productividad de los adultos (de Habich citada en Alcazar, 2012). Tercero, se justifica también por la ausencia de evaluaciones integrales de la gestión operativa de la intervención al interior del país, pues actualmente solo existen investigaciones desde otros enfoques —como la eficacia de los suplementos, la adherencia de los beneficiarios finales a los productos o la evaluación del funcionamiento del último eslabón de la cadena de valor de la intervención—; sin embargo, ninguna se ha realizado desde el enfoque de procesos ni abarca toda la intervención. Con una evaluación integral de los procesos, se espera encontrar cuáles presentan problemas que dificultan el cumplimiento de los objetivos propuestos. A partir de esta evidencia se pueden encontrar oportunidades de mejora dentro de la intervención.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO - LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA Y LAS EVALUACIONES EN EL SECTOR SALUD

En este capítulo se explican los conceptos teóricos que enmarcan la investigación en tres partes: primero, se define la nueva gestión pública (NGP) y se explica cómo este nuevo paradigma ha influenciado el enfoque y los instrumentos de gestión de la administración pública del Perú; segundo, se exponen los conceptos relacionados con la gestión para resultados (GpR), así como su relevancia dentro en la gestión pública; finalmente, se trata el tema de la evaluación de procesos en el sector público, su importancia y los tipos que se pueden realizar actualmente.

1. La nueva gestión pública (NPG)

1.1. Antecedentes

Tradicionalmente, la administración pública ha estado regida por el modelo burocrático, el cual se fundamentaba en principios como la impersonalidad de las relaciones de trabajo, la estandarización de los procedimientos y rutinas laborales, el mérito técnico y profesional como factor de reclutamiento y promoción de los funcionarios públicos, la racionalidad de la división del trabajo, y el establecimiento de jerarquías de la autoridad. Con el tiempo, este modelo derivó en estructuras institucionales rígidas, centralizadas y piramidales orientadas hacia los procedimientos y que no respondían a las demandas del nuevo contexto social y económico (García y García, 2010); por ello, este fue catalogado de disfuncional, ineficiente e incapaz para poder prestar servicios a los más necesitados, además de ser bastión de conductas oportunistas (Losada, 1999). No obstante, pese a que muchos elementos del modelo burocrático sobreviven aún (Longo citado en Marcel, Guzmán y Sanginés, 2014), los cuestionamientos a las grandes burocracias estatales y al predominio de las reglas en el funcionamiento de los servicios públicos, así como los ajustes fiscales en los países desarrollados, promovieron un cambio de paradigma en la gestión pública y dieron paso a la NGP.

1.2. Definición de la nueva gestión pública (NPG)

La NGP es una corriente que fue gestada en la década de los setenta por países desarrollados como Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido; esta promueve la incorporación de una perspectiva gerencial en la administración del Estado. Además, propone reemplazar el modelo tradicional de organización y entrega de servicios públicos, basado en los principios de la jerarquía burocrática, la planificación, la centralización y el control directo, por una gerencia pública basada en una racionalidad económica que busca eficiencia y eficacia; es decir,

promueve migrar de la administración pública a la gerencia pública (García y García, 2010). A su vez, este enfoque apunta a otorgar mayor poder a los gestores públicos a cambio de una mayor responsabilidad de parte de estos en la obtención de resultados. Para ello propone i) el traslado de las funciones ejecutivas a agencias dotadas de mayor autonomía administrativa, ii) el desarrollo de sistemas de control de gestión y rendición de cuentas, y iii) el tratamiento de los usuarios como clientes, dotados de derechos individuales exigibles (Marcel et al., 2014).

El punto de convergencia de ideas que se ha dado en torno al enfoque de la NGP ha evocado también un amplio interés en América Latina y el Caribe. Este modelo, en tanto se aplica a la administración pública, puede ser caracterizado en cuatro aspectos, cuyo punto en común es lo que toman prestado de los métodos de gestión del sector privado (Losada, 1999):

- **Delegación de la toma de decisiones:** La reducción de la carga de las reglas jerárquicas y la promoción de una mayor discreción en los niveles inferiores de jerarquía (agencias operativas, organismos regionales, gobiernos sub nacionales) permiten tomar decisiones adecuadas debido a que los encargados de ellas están más próximos al problema y tienen objetivos más claros.
- **Orientación hacia el desempeño:** El cambio en la relación de responsabilidad, desde un énfasis en los insumos y el cumplimiento legal hacia un énfasis en los productos, provee incentivos que conducen a una mayor efectividad.
- **Orientación hacia el cliente:** El informar y "escuchar" a los clientes (ciudadanos) del sector público les permite a los gobiernos comprender lo que quieren y así responder con productos más apropiados.
- **Orientación de mercado:** Un mayor aprovechamiento de los mercados o cuasi mercados, por lo general, a través de contratos de gestión y personal, la competencia entre los organismos públicos, el cobro entre los organismos y la externalización, mejoran los incentivos orientados al desempeño.

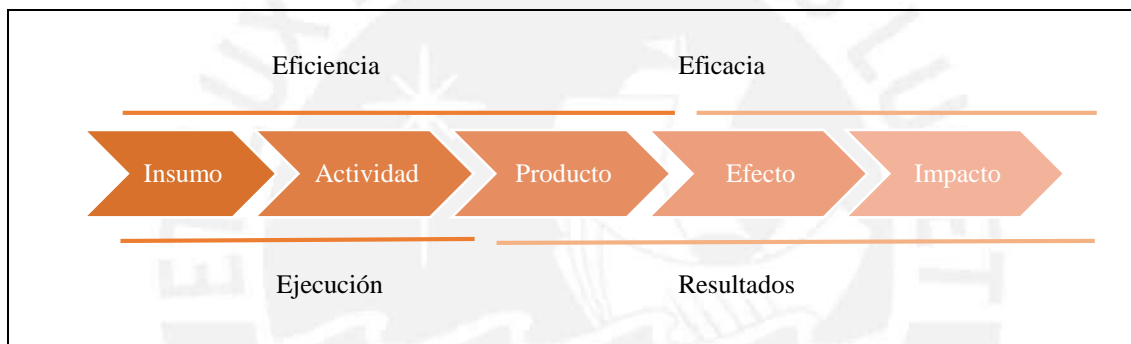
1.3. La gestión para resultados (GpR)

Entre los múltiples instrumentos y enfoques de la NGP, con la misión de fortalecer la capacidad del Estado para promover el desarrollo, se encuentra la GpR. Se trata de un marco de referencia cuya función es facilitar a las organizaciones públicas la dirección efectiva e integrada de su proceso de creación de valor público (resultados) con el propósito de optimizarlo, asegurando la máxima eficacia y eficiencia de su desempeño, la consecución de los objetivos de gobierno y la mejora continua de sus instituciones (Banco Interamericano de Desarrollo [Bid] y Congreso Latinoamericano de Administración para el Desarrollo [Clad] citados en García y García, 2010).

De manera similar, en una publicación del Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [Ocde], se indica que la GpR es un enfoque orientado a lograr cambios importantes en el modo en que operan las organizaciones, pues optimiza el desempeño al centrarse en los resultados. En ese sentido, los objetivos principales de la GpR son mejorar el aprendizaje administrativo y cumplir las obligaciones de rendición de cuentas mediante la información de desempeño (Meier, citado en Banco Mundial y Ocde, 2005).

Una característica que resulta importante resaltar en la GpR es que está centrada en una fuerte noción de la causalidad; así, la teoría indica que diversos insumos y actividades conducen lógicamente a órdenes mayores de resultados: productos, efectos e impacto. Estos cambios, por lo general, se muestran en una “cadena de resultados” o “marco de resultados” (ver Figura N.º 1) que ilustra claramente las relaciones de causa y efecto (Banco Mundial y Ocde, 2005).

Figura N.º 1: La GpR y la cadena de resultados



Fuente: Banco Mundial y Ocde (2005)

La introducción gradual de técnicas de la GpR, en los años noventa, ayudó a muchos gerentes de agencias del sector público y de desarrollo a adoptar un enfoque más sistemático sobre todos los aspectos de la gestión de proyectos y programas. De esta manera, muchas instituciones y agencias, tanto en los países desarrollados como aquellos en desarrollo, comenzaron a usar una variedad de técnicas prácticas para la GpR, tales como la planificación estratégica basada en resultados, el uso de modelos lógicos o marcos de resultados de proyectos, la presupuestación basada en resultados, la gestión de riesgos y el monitoreo y evaluación basado en resultados (Banco Mundial y Ocde, 2005). A continuación, se explicará en qué consiste la técnica del presupuesto por resultados (PpR), la cual es muy utilizada en el país.

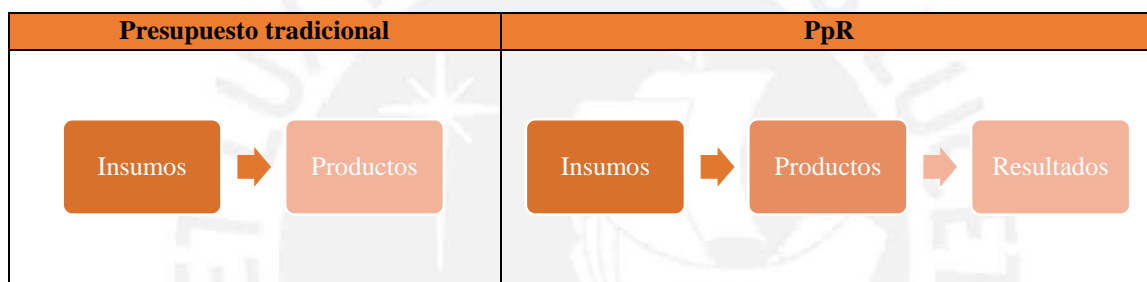
1.3.1. El presupuesto por resultados (PpR)

El PpR —o presupuesto basado en resultados (PBR)— es definido como un mecanismo de financiamiento público y el proceso diseñado con el fin de fortalecer el vínculo entre la entrega de recursos y los resultados a través del uso sistemático de información sobre el desempeño, con el propósito de mejorar la eficiencia distributiva y técnica del gasto público

(Robinson citado en Marcel et al., 2014). De manera similar, la Ocede (citado en Marcel et al., 2014) define el PpR como una forma de presupuestación que vincula los fondos asignados con resultados medibles.

A diferencia del presupuesto tradicional (ver Figura N.º 2), el cual informa sobre qué insumos utilizan los organismos públicos y cuánto gastan en ellos —vigilando, además, que los actos sean legales y que el gasto esté dentro de los límites autorizados—, el PpR otorga recursos a los organismos para que los gasten en insumos con el fin de generar un cierto volumen de productos previsto, los cuales deberán generar resultados en la sociedad. Asimismo, el PpR brinda información adicional sobre qué se produce en los organismos, quién produce los bienes públicos, cuántos bienes se producen, qué resultados se planea lograr con esos bienes, así como cuánto cuesta lograr dichos resultados (Tabares y Berretta citados en García y García, 2010).

Figura N.º 2: Diferencia entre el presupuesto tradicional y el PpR



Adaptado de Tabares y Berretta citados en García y García (2010)

En América Latina y el Caribe, la búsqueda de mayor eficiencia y efectividad en la asignación de los recursos públicos motivó también el interés por uso del PpR (García y García, 2010). En estas regiones, el concepto del PpR no solo llegó considerablemente más tarde, sino que con motivaciones distintas a las de los países desarrollados. Entre las motivaciones más citadas se cuentan la necesidad de elevar el impacto de las políticas públicas sobre el desarrollo y reducir la corrupción (Marcel et al., 2014). En la siguiente sección, se describirá de qué manera se viene usando el PpR en el país.

a. El PpR en el Perú

En el Perú, desde el año 2007, se viene implementando la *Reforma en el Sistema Nacional de Presupuesto*. Es dentro de este marco que se empezó a hacer uso del PpR) con el propósito de asegurar que la población reciba los bienes y servicios, en las condiciones deseadas, a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida (Ministerio de Economía y Finanzas [Mef], s.f. d). Esta estrategia ha sido y es implementada progresivamente a través de (ver Tabla N.º 2):

- i) los programas presupuestales (PP),
- ii) las acciones de seguimiento del desempeño sobre la base de indicadores,
- iii) las evaluaciones independientes, y
- iv) los incentivos a la gestión, entre otros instrumentos que determine el Mef a través de la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP), en colaboración con las demás entidades del Estado (Mef, s.f. d).

Tabla N.º 2: Instrumentos del PpR en el Perú

Instrumento	Descripción
Programa presupuestal (PP)	<ul style="list-style-type: none"> • Es la unidad de programación de las acciones de las entidades públicas. Integrado y articulado, se orienta a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final, asociado a un objetivo de política pública. El PP permitirá identificar a la población objetivo de cada programa específico y vincularla con los productos y resultados que las entidades proveerán para satisfacer tales demandas. Los elementos que comprende son: <ul style="list-style-type: none"> ○ Producto: Conjunto de bienes y/o servicios que recibe la población beneficiaria a fin de generar un cambio. Los productos son consecuencia de haber realizado las actividades en la magnitud y tiempo previstos. ○ Acciones comunes: Gastos administrativos de carácter exclusivo del PP, los cuales no pueden ser identificados en los productos del PP, ni atribuidos enteramente a uno de ellos. ○ Proyecto: Constituye una intervención limitada en el tiempo, de la cual resulta un producto final. Representa la creación, ampliación, mejora, modernización y/o recuperación de la capacidad de producción de bienes y servicios. ○ Actividad: Es una acción sobre una lista específica y completa de insumos (bienes y servicios necesarios y suficientes), que, en conjunto con otras actividades garantizan la provisión del producto. La actividad deberá ser relevante y presupuestable. ○ Indicador: Es un enunciado que define una medida sobre el nivel de logro en el resultado, los productos y/o actividades. Existen dos tipos, el Indicador de producción física, el cual consiste en la media sobre cantidades de bienes y servicios provistos en términos de una unidad de meta establecida; y el Indicador de desempeño, que es la medida del logro de resultados específicos de un PP o de la entrega de productos acorde a determinados atributos. ○ Meta: Es el valor numérico proyectado de los indicadores. Existen dos tipos de metas, la primera es la <u>meta física</u>, que es el valor proyectado del indicador de producción física, la cual posee una dimensión física (que debe precisar la unidad de medida, el valor proyectado y la ubicación⁵) y una dimensión financiera (valor monetario de la dimensión física). La segunda es la <u>meta del indicador de desempeño</u>, que consiste en el valor numérico proyectado de los indicadores de desempeño.
Seguimiento del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en el proceso continuo de recolección y análisis de información de desempeño sobre en qué medida una intervención pública está logrando sus objetivos y cómo se está ejecutando.

⁵ Se refiere a la identificación del lugar (departamento, provincia, distrito) donde se realiza la actividad, acciones de inversión y/u obras.

Tabla N.º 2: Instrumentos del PpR en el Perú (continuación)

Instrumento	Descripción
Evaluaciones independientes	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en el análisis sistemático y objetivo de una intervención pública, proyecto, programa o política en curso o concluida; con el objetivo de proporcionar información confiable y útil en el proceso de toma de decisiones de gestión y presupuestales. • Utiliza herramientas técnicas que analizan el diseño, gestión, resultados y/o impactos del objeto evaluado. • En el marco del PpR, las evaluaciones son independientes, es decir, realizadas por personas naturales o jurídicas diferentes de las que diseñan y/o ejecutan las acciones que son objeto de evaluación. • Instrumentos de evaluación independiente: Se hace uso de las evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal (Eped), que enfatizan el análisis de la lógica de diseño de la intervención, así como aspectos vinculados con su implementación y desempeño (eficiencia, eficacia, calidad); así como de las evaluaciones de impacto (EI) las cuales, a partir de herramientas de análisis complejas, permiten medir el efecto enteramente atribuible al programa en el logro de los resultados planteados.
Incentivos a la gestión	<ul style="list-style-type: none"> • El <i>Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal</i> (PI) implica una transferencia de recursos a las municipalidades por el cumplimiento de metas en un periodo determinado. Dichas metas son formuladas por diversas entidades públicas del Gobierno Central y tienen como objetivo impulsar determinados resultados cuyo logro requiere un trabajo articulado con las municipalidades. • El PI es un instrumento del (PpR) para promover las condiciones que contribuyan con el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las municipalidades a la mejora continua y sostenible de la gestión local.

Elaboración propia a partir del Mef (s.f. y 2015) y Secretaría de Gestión Pública [SGP] (2017)

Luego de describir los elementos del PpR en el Perú, es importante destacar cómo se vinculan estos con nuestra evaluación. Así, el PP representa la unidad de programación de las acciones públicas y el *Pan* es un ejemplo de este. Por otro lado, *Niños con suplementos de hierro y vitamina A* es uno de los productos que componen este programa presupuestal y este producto corresponde a la intervención denominada *suplementación con micronutrientes y hierro*, que es una de las 13 intervenciones de este PP. Respecto a las evaluaciones independientes, estas, actualmente, se vienen impulsando desde el Mef y son ejecutadas por personas naturales o jurídicas diferentes de las que diseñan y/o ejecutan las acciones objeto de evaluación (Mef, s.f. a). Así, las Edep son una metodología para evaluar el diseño y la implementación de los PP a fin conocer si los resultados planeados se están logrando y si se están implementando mejoras según las recomendaciones del evaluador independiente y el compromiso de las entidades ejecutoras (Mef, s.f. c). En tanto, las EI, mediante el uso de herramientas de análisis complejas, permiten medir el efecto enteramente atribuible al PP en el logro de los resultados planteados (Mef, s.f. a).

Respecto a las evaluaciones mencionadas, de acuerdo a una funcionaria de la Dirección de la Calidad del Gasto del Mef, para elegir los programas que serán examinados a partir de una EI “... lo que ha pesado por mucho tiempo como un criterio más real ha sido a quién [evaluación] le asignamos más recursos; no necesariamente porque quisiéramos hacer una mejora, sino para ver qué ha pasado y sobre eso definir si se continúa o no” (comunicación personal, 22 de junio de 2017). Por otro lado, en cuanto a las Edep sostuvo lo siguiente: “Las evaluaciones de desempeño han estado orientadas al diseño, pero yo creo que ahí todavía hay vacíos en términos de la oportunidad porque una evaluación de este tipo se vuelve tan larga que cuando quieres hacer mejoras o recomendaciones respecto a esa evaluación en el camino ocurrieron tantas cosas que hasta el programa ya se cambió, se rediseñó. Entonces tus recomendaciones son totalmente inoportunas y las recomendaciones muchas veces no son del proceso, sino de la estructura” (comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Esto pone en manifiesto que, actualmente, los tipos de evaluaciones que se vienen ejecutando desde el Mef, para evaluar los PP no se encuentran orientadas en evaluar cómo se ejecutan estos, de manera que se puedan alcanzar los resultados planeados. Además, estas evaluaciones se encuentran diseñadas para la evaluación de un PP de manera integral y no hay alternativas disponibles que tengan como propósito evaluar una de sus intervenciones (al menos no desde el Mef y, como se verá en capítulos posteriores, este tipo de seguimiento tampoco se vienen llevando a cabo desde el Minsa: sector que lidera la intervención que se evaluará), necesidad que se plantea en esta investigación.

Después de haber detallado los puntos principales de la GpR en el país, en el siguiente subcapítulo se abordará la Gestión por Procesos (GpP), enfoque a partir del cual se examina el sujeto de estudio de la presente investigación.

2. La gestión por procesos (GpP)

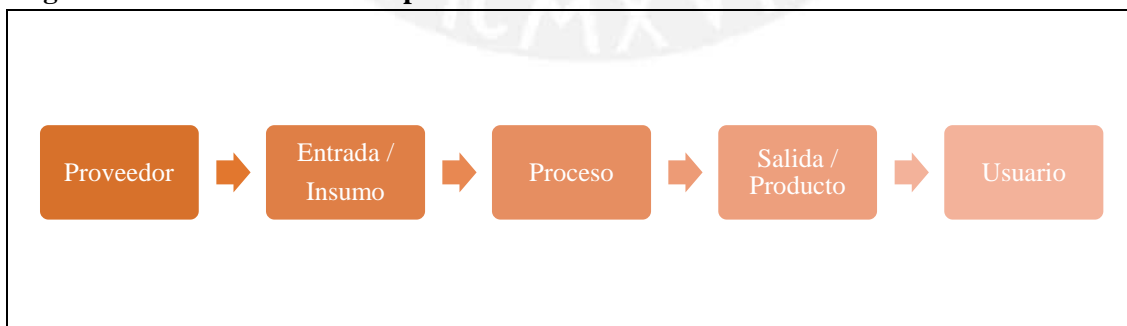
La GpP, desde una perspectiva empresarial, es un modo de administrar las actividades en una organización que agrupa las actividades por procesos sobre la base de las necesidades del cliente. Así pues, los procesos son gestionados en forma estructurada y sistémica, de tal modo que la mejora de estos contribuya a elevar los niveles de satisfacción del cliente (Bonilla, Díaz, Kleeberg, y Noriega, 2014). De acuerdo con el Ministerio de Fomento de España (2005), todas las actividades de la organización, desde la planificación de las compras hasta la atención de un reclamo, pueden y deben considerarse como procesos. Para operar eficazmente, las organizaciones deben identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan; a la identificación y gestión sistemática de los procesos en la organización y, en particular, las interacciones entre tales procesos se le conoce como enfoque basado en procesos.

La GpP se ha constituido en una de las estrategias predominantes de cambio organizacional, tanto en organizaciones públicas como privadas. Una de las razones ha sido la obtención, en el corto plazo, de beneficios en reducción de costes, tiempo y mejora de calidad en la producción de bienes y prestación de servicios (productividad) que un gran número de organizaciones ha conseguido mediante la aplicación de diversas aproximaciones administrativas como: la administración de la calidad total, la reingeniería de procesos, el benchmarking, entre otras (Reyes citado en Medina Giopp, 2005).

2.1. El proceso y sus componentes

Un proceso de trabajo se compone de pasos, tareas o actividades y tiene un principio y un final. Utilizando *inputs* (insumos), se produce ya sea un producto tangible o un servicio intangible como *output* (producto). El proceso incorpora valor a los *inputs* (Galloway, 2002). Al respecto, Bonilla et al. (2014) define proceso como un conjunto de actividades que utiliza recursos para transformar elementos de entrada en bienes o servicios, capaces de satisfacer las expectativas de las distintas partes interesadas: clientes externos, accionistas, comunidad, etc. Asimismo, para la ISO 9000, un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados con un valor añadido (Ministerio de Fomento de España, s.f.). Otra definición, de acuerdo al *Mapa de procesos del Minsa*, es considerar el proceso como un conjunto de actividades interrelacionadas que agregan valor en cada etapa, transformando elementos de entrada(s) en salida(s), que son finalmente, los productos o servicios (Minsa, 2014b). En la Figura N.º 3 se muestra lo explicado: un proveedor, que puede ser interno o externo a la organización, brinda el elemento de entrada o insumo al cual se le deberá agregar valor durante el proceso. Luego de pasar por esta transformación, se obtiene un elemento de salida o producto, el cual, a su vez, será derivado al usuario interno o externo a la organización.

Figura N.º 3: Elementos de un proceso



Adaptado de Minsa (2014b)

En la Tabla N.º 3, se explican los principales conceptos relacionados a los procesos, de manera que se pueda lograr una mayor comprensión de estos.

Tabla N.º 3: Conceptos de la GpP

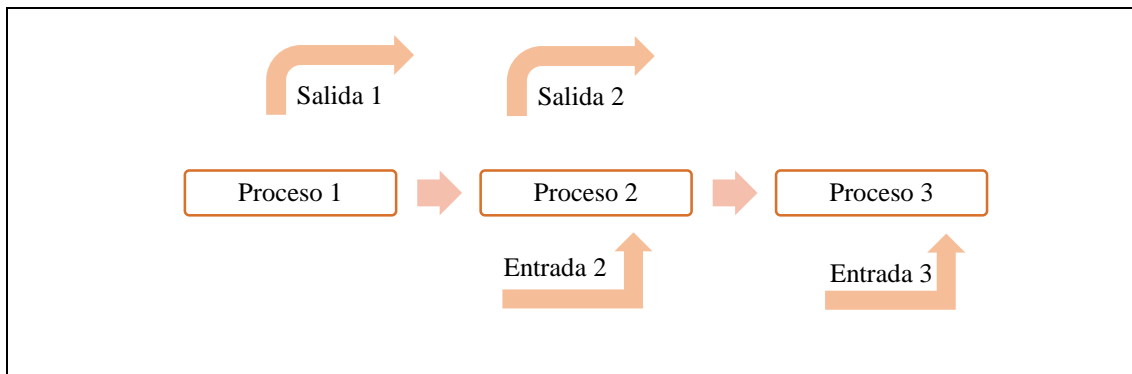
Proveedor	Es la organización o persona que entrega un insumo y que puede ser interno o externo a la institución (Minsa, 2014b).
Entrada o insumo	Son los productos de otros procesos que, al ingresar a este proceso, se convierten en insumo; estos pueden ser internos o externos (Minsa, 2014b).
Proceso	Es un conjunto de actividades interrelacionadas que agregan valor en cada etapa, transformando elementos de entrada(s) en salida(s), lo cual se puede traducir en un producto o servicio (Minsa, 2014b).
Salida o producto	Es el producto de las actividades realizadas en el proceso (Minsa, 2014b).
Usuario	Es una organización o persona que recibe un producto y que puede ser interno o externo a la institución. Al final de la cadena de valor, el usuario final será el ciudadano, ya sea la persona, la familia o la comunidad (Minsa, 2014b).
Objetivo	Es la razón de ser del proceso, su orientación al resultado (Minsa, 2014b).
Propietario	Es la entidad, órgano o unidad orgánica responsable del desarrollo del proceso (Minsa, 2014b), que administra el desempeño de este y lo lleva hacia la mejora continua de su comportamiento y de sus resultados; su liderazgo es importante para motivar y comprometer a los colaboradores con el reto (Bonilla et al., 2014).
Actividad	La actividad tiene sentido al interior del proceso y se asocia a un cargo específico. Individualmente es irrelevante para el cliente del proceso y no tiene un objetivo por sí misma (Bravo, 2008).
Tarea	Es el desarrollo de la actividad en acciones específicas. Generalmente están incluidas en los procedimientos. Frederick W. Taylor hizo grandes aportes, en particular con los estudios de métodos, tiempos y movimientos. Otra vez la clave es el tiempo de duración y la relación con otras tareas y actividades (Bravo, 2008).
Procedimiento	Se aplica a las tareas o actividades y las documenta en detalle. De acuerdo a la ISO 9000, el procedimiento es la forma especificada por la organización para llevar a cabo una actividad o un proceso (determina cómo hay que hacerlo). Puede estar documentado o no (Ministerio de Fomento de España, s.f).

Elaboración propia

2.2. El triple rol

Todos los procesos cumplen un triple rol; para entenderlo hay considerar que normalmente las entradas de un proceso son el resultado de otro proceso, o que las salidas del mismo son las entradas de otro. Una excepción son los procesos que están al inicio o al final de la cadena de valor, ya que estos interactúan directamente con los proveedores externos o con los ciudadanos o destinatarios de los bienes y servicios (Presidencia del Consejo de Ministros [PCM], s.f.) (ver Figura N.º 4). Así, cada proceso en algún momento está a la espera de que el proceso anterior le proporcione los insumos para que pueda realizar su labor; en ese momento el proceso está en su rol de cliente interno. En un segundo momento él mismo transforma lo que recibió, agregando valor, este es su rol de transformador; un tercer momento envía su resultado al siguiente proceso convirtiéndose, de esta manera, en un proveedor interno (PCM, s.f.).

Figura N.º 4: Entradas y salidas de un proceso

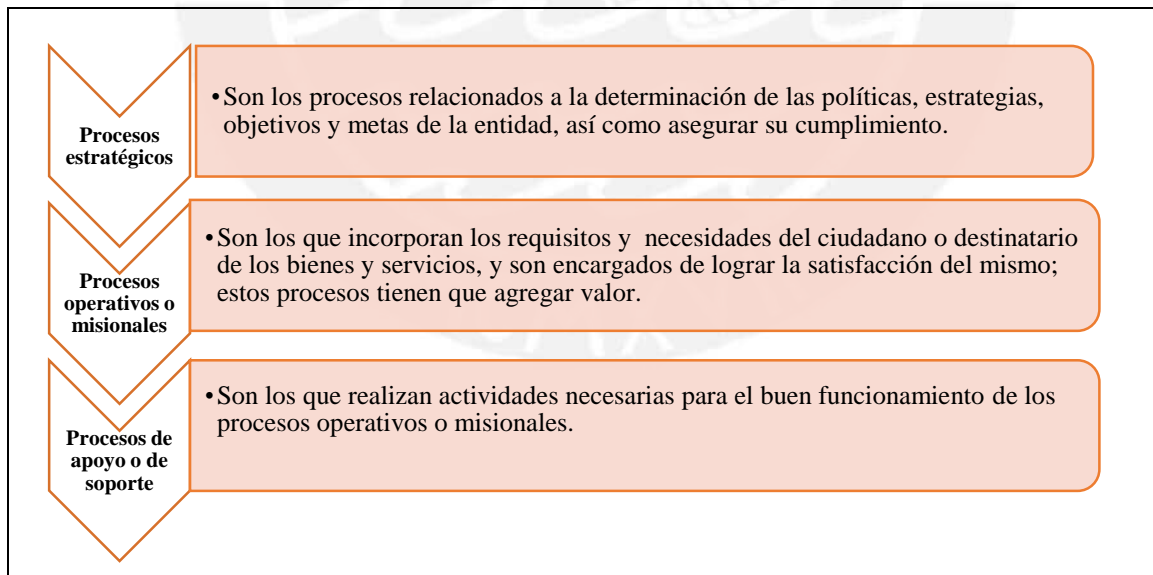


Fuente: PCM (s.f.)

2.3.El mapa de procesos

Además, para adoptar un enfoque basado en procesos, la organización debe identificar todas y cada una de las actividades que realiza. A la representación gráfica, ordenada y secuencial de todas las actividades o grupos de actividades se le llama *mapa de procesos* y sirve para tener una visión clara de las actividades que aportan valor al producto/servicio recibido finalmente por el cliente (Ministerio de Fomento de España, 2005). Los procesos de una organización se pueden agrupar en tres tipos: estratégicos, operativos o misionales y de soporte (ver Figura N.º 5).

Figura N.º 5: El mapa de procesos



Elaboración propia a partir de PCM (2013)

Cabe agregar que los procesos estratégicos definen la orientación de los operativos o misionales de acuerdo con la cadena de valor de la entidad. Asimismo, estos últimos necesitan a los procesos de apoyo o soporte para poder cumplir con sus objetivos (PCM, s.f.).

2.4. Importancia de la GpP en la gestión pública

El sector público también se ha mostrado receptivo a apostar por la implementación de una GpP como estrategia para cambiar la manera en la que organizan su trabajo y, así, generar más valor. De acuerdo a la PCM (s.f.) las ventajas que le brinda este enfoque son los siguientes:

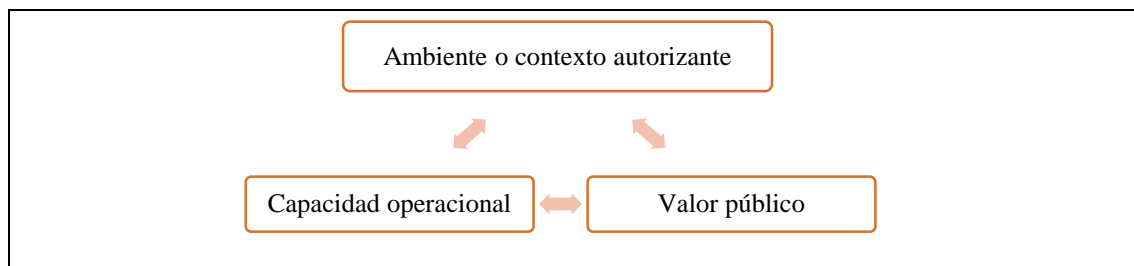
- Constituye una efectiva estrategia de gestión, pues fortalece la capacidad para lograr resultados, superando las barreras de una estructura organizacional de tipo funcional. Esta debe vincularse con los fines institucionales y orientarse a servir al ciudadano.
- La identificación, sistematización y mejora de los procesos serán claves para elevar las capacidades de gestión, optimizar el uso de los recursos públicos para lograr resultados fortaleciendo el rol del Estado y de los organismos que lo integran.
- La revisión exhaustiva de las etapas de un proceso, eliminación de procesos y de actividades que no agregan valor e identificación de oportunidades de mejora, conducen a una reducción de tiempos y costos para la entrega final de un bien y servicio, y una mayor satisfacción del ciudadano.

Un aspecto particularmente relevante, al aplicar este enfoque, es la capacidad de escuchar y tener en cuenta la opinión de los ciudadanos. Esto se debe a que son ellos los que evalúan y determinan la calidad del bien y servicio: resultado del proceso, y su opinión es clave para identificar problemas e insatisfacción (PCM, s.f.).

2.4.1. La GpPs y el valor público

Como se ha podido apreciar, la GpP se enfoca en identificar y mejorar aquellos procesos que conforman la cadena de valor de una organización a fin de entregar un bien o servicio al cliente, lograr la satisfacción de este al cubrir sus necesidades y, por tanto, generar valor público. Al respecto, Mark Moore (1998) manifiesta que el valor público se crea mediante el control de los supervisores del aspecto procesal de sus organizaciones. Además, el autor precisa que, no se puede hablar de una gestión operativa eficaz sin hablar también de gestión política eficaz, lo cual se encuentra expresado en el triángulo estratégico de Moore.

Figura N.º 6: El triángulo estratégico de Moore



Fuente: Moore (1998)

Asimismo, Moore (1998) señala que los directivos encargados de las operaciones de la organización pueden generar valor siguiendo estos pasos:

1. aumentar la cantidad o calidad de las actividades públicas por cada recurso empleado;
2. reducir los costes en términos de dinero y autoridad, utilizados para obtener los niveles actuales de producción;
3. hacer que las organizaciones públicas sean más capaces de identificar y responder a las aspiraciones de los ciudadanos;
4. potenciar la imparcialidad con que las organizaciones públicas realizan su cometido;
5. aumentar su permanente disponibilidad de respuesta e innovación.

Luego de explicar la relación de la GpR con el valor público debido a la fuerte orientación de este enfoque en lograr la satisfacción del cliente o usuario final (ciudadano), en la siguiente sección se expone cómo se ha venido aplicando este enfoque en la gestión pública peruana.

2.4.2. La GpR en el Estado peruano

Una muestra de la importancia que ha adquirido la GpR en la gestión pública del Perú es que, actualmente, representa el tercer pilar de la *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública* (PNMGP), tal como se puede observar en la Figura N.º 7.

Figura N.º 7: Resumen de la PNMGP



Fuente: SGP (2017)

En la PNMGP, respecto al tercer pilar —gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional—, se menciona que se debe adoptar, de manera paulatina, la gestión por procesos en todas las entidades para brindar a los ciudadanos, servicios de manera más eficiente y eficaz. Para ello se deberá priorizar aquellos procesos que sean más relevantes de acuerdo a la demanda ciudadana, a su plan estratégico, a sus competencias y los componentes de los programas presupuestales que tuvieran a su cargo, para luego poder organizarse en función a dichos procesos (SGP, 2017). Asimismo, la PNMGP, indica que una gestión al servicio del ciudadano deberá cambiar el tradicional modelo de organización funcional y migrar hacia una organización por procesos contenidos en las “cadenas de valor” de cada entidad, que aseguren que los bienes y servicios públicos de su responsabilidad generen resultados e impactos positivos para el ciudadano, dados los recursos disponibles (SGP, 2017).

Además de ser uno de los pilares de la PNMGP, la GpP está presente en otros documentos que rigen las entidades públicas. Asimismo, la PCM y la SGP han elaborado un documento, *Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos en las entidades de la administración pública*, el cual precisa la finalidad, la importancia, los principios orientadores, los roles y responsabilidades, las condiciones previas y la documentación con la que se debe cumplir para implementar este enfoque. También se cuenta con la *Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la Administración Pública*, documento en el cual, además de precisar aspectos importantes acerca de la GpP, se desarrolla una metodología de hasta tres etapas para implementar este enfoque. Cabe resaltar que ambos documentos mencionados fueron elaborados en el marco de la PNMGP.

De este modo, luego de explicar la importancia de la GpP en el Perú, a continuación, se expone en qué consiste la evaluación y su importancia dentro de las intervenciones públicas.

3. La evaluación en el sector público

La evaluación es la medición sistemática de la operación o impacto de un programa o política pública, comparada con estándares implícitos o explícitos en orden a contribuir con su mejoramiento (Weiss citado en Bonnefoy y Armijo, 2005). Esta se lleva a cabo con dos propósitos principales: para aprender de la experiencia, extrayendo lecciones que puedan aplicarse con el fin de mejorar el diseño y la implementación de políticas públicas (y/o programas y/o proyectos); y para la rendición de cuentas al público y/o a quienes han aportado los recursos utilizados, y en algunos casos al Parlamento. El primer propósito se cumple con las llamadas *evaluaciones formativas*, cuyo fin es el aprendizaje, en tanto, el segundo caracteriza a las llamadas *evaluaciones sumativas*, que formulan un juicio sobre el valor de lo evaluado

(Feinstein, 2007). Además, de acuerdo a Guzmán (2007), el desarrollo de evaluaciones de programas públicos debe considerar, como mínimo, los siguientes requisitos:

- **Independencia y confiabilidad:** Se define un razonable grado de separación entre el proceso de evaluación y el área evaluada. Este grado de separación debe considerar modalidades de ejecución de las evaluaciones externas al sector público, realizadas por expertos provenientes de universidades, centros de estudios o consultoras, de preferencia seleccionadas a través de procesos que aseguren competencia técnica. Sin embargo, lo dicho no significa que las autoevaluaciones no sean necesarias o no contribuyan a la gestión programática; bien desarrolladas estas se consideran una buena práctica de gestión interna con múltiples ventajas, con el limitante de que no resulta creíble para todos los actores políticos y sociales, y usuarios de la información.
- **Relevancia o pertinencia:** La relevancia o pertinencia de las evaluaciones debe ser abordada en la definición de los ámbitos o alcances de la evaluación; en la práctica de recoger con anterioridad al inicio de la evaluación preocupaciones e interrogantes respecto del desempeño de cada programa, lo que corresponde a la identificación de las demandas de información y; en la exigencia de que, considerando los resultados de dichas evaluaciones, se formulen recomendaciones para mejorar el desempeño.
- **Oportunidad:** Este requisito se relaciona con la necesidad de que la información sobre los resultados de las evaluaciones esté disponible en los procesos de toma de decisiones relevantes. En particular, en la toma de decisiones de asignación de recursos, sean internas a instituciones o entidades ejecutoras de gasto, o parte del proceso de preparación, discusión, aprobación o evaluación del presupuesto público de la nación.

Asimismo, un aspecto a resaltar sobre las evaluaciones de iniciativas públicas, es que estas nos exigen considerar múltiples estándares y criterios; incluyendo, especialmente, los de aquellos que representan al grupo al cual la iniciativa pública busca beneficiar (Mokate, 2003).

3.1. Los tipos de evaluación

A continuación, se muestra una clasificación de las evaluaciones de acuerdo a los criterios propuestos por Bonnefoy y Armijo (2005) y, Cohen y Franco (1992). Según Bonnefoy y Armijo, las evaluaciones pueden clasificarse según el fin que persiguen, el cual, a su vez, dependerá del objeto de evaluación; desde este criterio, están la evaluación de políticas y programas, y la evaluación de desempeño de entidades públicas. En el caso de la evaluación de políticas y programas, su fin es el perfeccionamiento de estos, en términos de maximización de eficacia (logro de objetivos) y eficiencia en los recursos utilizados. En el caso de la evaluación del desempeño, su propósito es una mezcla entre el apoyo a la toma de decisiones de las

estrategias para lograr mejores resultados y gestionar más eficiente y eficazmente sus procesos, así como apoyar la rendición de cuentas a usuarios y diferentes grupos de interés, y para fines de formulación presupuestaria, asignando recursos a cumplimiento de objetivos (2005).

Asimismo, Bonnefoy y Armijo (2005) y, Cohen y Franco (1992) clasifican las evaluaciones según los mandantes de esta, en externa o interna. Así, la evaluación externa es desarrollada por entes independientes a la entidad. Supuestamente, esos evaluadores tienen mayor experiencia en este tipo de actividades y, por lo tanto, se piensa que podrán comparar los resultados obtenidos en el caso concreto con otros similares que les haya tocado conocer con anterioridad, pudiendo realizar así contrastaciones sobre la eficacia y eficiencia de diferentes soluciones a los problemas enfrentados; sin embargo, se ha afirmado que las evaluaciones externas tienden a dar más importancia al método de evaluación que al conocimiento sustantivo del área en la que se desarrolló el proyecto (Cohen y Franco, 1992). La mayor ventaja del evaluador externo, según Cohen y Franco, estaría en su conocimiento de la metodología de evaluación y su debilidad, se aduce, en el área sustantiva y en las especificidades del proyecto.

Por otro lado, la evaluación interna es desarrollada por la propia entidad, ya sea por imposición de un ente externo, como la autoridad presupuestaria (como el Congreso, la Contraloría, entre otros), o por propia voluntad, como instrumento de apoyo a la toma de decisiones (Bonnefoy y Armijo, 2005). Se lleva a cabo dentro de la organización gestora del proyecto y se aduce como aspecto positivo que, en primer lugar, elimina las fricciones propias de la evaluación externa (Cohen y Franco, 1992). Quienes van a ser evaluados por un extraño se ponen a la defensiva, proporcionan información parcial y tienen reacciones que llevan a que la evaluación resulte traumática tanto para el evaluador como para los evaluados, y aporte poco al conocimiento sustantivo y al mejoramiento de los procedimientos de ejecución de proyectos; nada de esto sucedería, argumentan, si la evaluación se llevase a cabo internamente pues, habría colaboración de quienes participaron en el proyecto, por cuanto no la sentirían como un examen de su actuación personal, sino como una instancia de reflexión sobre lo realizado, de mutuo intercambio de experiencias y, en fin, de aprendizaje. Se trataría de una evaluación realizada por quienes conocen lo sustantivo de la disciplina, lo que podría ser más útil que el énfasis en lo metodológico con descuido de lo sustantivo (Cohen y Franco, 1992).

Cohen y Franco (1992) consideran también la evaluación mixta y la participativa. La primera busca combinar los tipos de evaluación mencionados anteriormente, haciendo que evaluadores externos realicen su trabajo en estrecho contacto y con la participación de los miembros del proyecto a evaluar; de esta manera, se busca superar las dificultades, al mismo tiempo que se conservan las ventajas de ambas. En los tipos de evaluación analizados, existe un

gran ausente que es la población-objetivo del proyecto; para llenar este vacío, se ha venido desarrollando la llamada evaluación participativa sobre bases teóricas y utilizando metodologías diferentes. Por otro lado, la evaluación participativa tiene como objetivo minimizar la distancia que existe entre el evaluador y los beneficiarios; es utilizada particularmente para pequeños proyectos que buscan asentar los cambios respaldados mediante la creación de condiciones para que se genere una respuesta endógena del grupo (Cohen y Franco, 1992).

Finalmente, de acuerdo a la etapa de intervención de la acción pública, se tienen las evaluaciones *ex ante* y *ex post*. Según Bonnefoy y Armijo (2005), la evaluación *ex ante* se realiza previamente a la implantación de la acción gubernamental e incluye los estudios de diseño de programas, estudios de preinversión y similares. Tanto el análisis costo-beneficio (ACB) como el análisis costo-efectividad (ACE) son métodos aptos para la evaluación *ex ante*; sin embargo, el ACB es más adecuado para analizar proyectos económicos y el ACE presenta mayores potencialidades para la evaluación de proyectos sociales (Cohen y Franco, 1992).

Por otro lado, la evaluación *ex post* es realizada una vez que finaliza la intervención gubernamental, o la gestión de un determinado periodo e involucra el análisis y pronunciamiento de los resultados inmediatos, intermedios e impactos o resultados finales (Bonnefoy y Armijo, 2005). De acuerdo con Cohen y Franco (1992), en una evaluación *ex post* se puede hacer uso de evaluaciones de procesos o impacto, dependiendo del objetivo del evaluador. A continuación, se explica en qué consiste cada una de estas evaluaciones:

- **Evaluación de procesos:** Determina la medida en que los componentes de un proyecto contribuyen o son disfuncionales a los fines perseguidos. Se realiza durante la implementación y, por tanto, afecta la organización y las operaciones; además, busca detectar las dificultades que se dan en la programación, administración, control, etc., para corregirlas oportunamente, disminuyendo los costos derivados de la ineficiencia. No es un balance final, sino una evaluación periódica, cuya función central es medir la eficiencia con que opera el proyecto (Cohen y Franco, 1992).
- **Evaluación de impacto:** Aprueba en qué medida el proyecto alcanza sus objetivos y cuáles son sus efectos secundarios (previstos y no previstos) (Cohen y Franco, 1992).

Ambos tipos de evaluación (procesos e impacto) se distinguen, entonces, por el tipo de problemas que abordan (las preguntas que responden), las decisiones a las que afectan y los potenciales usuarios de sus resultados. Así, mientras la evaluación de procesos mira hacia adelante (a las correcciones o adecuaciones); la de impacto mira hacia atrás (si el proyecto funcionó o no), descubriendo las causas (Contreras citado en Cohen y Franco, 1992). La primera busca afectar las decisiones cotidianas, operativas; en cambio, la última se dirige hacia

afuera, más allá del proyecto, siendo utilizable para resolver sobre su eventual continuación, para diseñar otros proyectos futuros y, en fin, para tomar decisiones de política. Esto hace, también, que los usuarios de la evaluación sean diferentes: mientras en un caso serán los propios funcionarios que administran el proyecto, en el otro serán autoridades del proyecto o incluso quienes tienen capacidad de decidir orientaciones más generales (Cohen y Franco, 1992).

De esta manera, al haber explicado los tipos de evaluación disponibles, es importante destacar la utilidad de la evaluación por procesos cuando se tiene el propósito de detectar cuáles son las dificultades en la implementación de una intervención, ya que se está orientada a corregirlas a futuro, así como a definir en qué nivel los componentes de la intervención vienen contribuyendo al logro de sus fines. Dado que este es el objetivo (y necesidad) que se plantea en la presente investigación, se considera que es oportuno realizar una evaluación de procesos.

Sumado a lo dicho, se encuentra la ausencia de evaluaciones enfocadas en los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro*. Esto se puede observar en la siguiente sección, en la que se recopilan los principales hallazgos obtenidos en investigaciones anteriores acerca de la intervención y los suplementos utilizados en su ejecución.

4. Investigaciones previas acerca de la *suplementación con micronutrientes y hierro en niños y niñas menores de 3 años*

En el siguiente cuadro resumen (ver Tabla N.º 4), se presentan los resultados de investigaciones previas acerca de la eficacia de los suplementos, así como de la ejecución de la intervención. Además, se muestran los principales hallazgos en cuanto a la adherencia de los beneficiarios a los micronutrientes y al sulfato ferroso.

Como se puede observar, el sulfato ferroso es el suplemento que ha demostrado tener una mayor eficacia a la hora de combatir la anemia infantil, mientras no ocurre lo mismo con los micronutrientes. Sin embargo, existe una baja adherencia a ambos productos, especialmente en el caso del sulfato ferroso (a pesar de su eficacia). Adicionalmente, cuando la Contraloría de la República realizó una auditoría de desempeño de la intervención, al hacer uso de micronutrientes, detectó que esta no se viene desarrollando como debería, pues existe una baja cobertura, el personal de salud encargado no realiza las consejerías nutricionales que acompañan la entrega de suplementos, así como tampoco realizan regularmente el dosaje de hemoglobina para poder hacer un adecuado seguimiento a los niños y niñas beneficiarios⁶.

⁶ Cabe resaltar que, en la auditoría llevada a cabo por la Contraloría, si bien se abordaron procesos de la intervención, solo se incluyeron aquellos que estaban al final de la cadena de valor, tales como la entrega de los suplementos, las consejerías y el monitoreo.

Tabla N.º 4: Investigaciones previas sobre la suplementación con micronutrientes y hierro

Criterio	Micronutrientes	Sulfato ferroso
Eficacia del producto para combatir la anemia	De acuerdo a la investigación llevada a cabo por Munayco et al. (2013), durante el plan piloto del uso de micronutrientes (en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica), se encontró que, la estrategia logró reducir la prevalencia de anemia en 51,7%, incrementó la media de Hb ⁷ solo en 0,8 gr/dl y tuvo una adherencia por encima del 80% entre los menores que finalizaron la suplementación. Además, resolvió el problema de anemia moderada y leve en 55% y 69% de menores respectivamente, y tuvo un efecto protector en aquellos que no tuvieron anemia al inicio del estudio.	Este estudio realizado por Becerril-Grandez y Mendigure-Fernández (2013), se realizó en Llamellín y San Juan de Rontoy (dos provincias de Ancash). Al inicio, la prevalencia de anemia en el distrito de Llamellín alcanzaba el 70.9%, mientras que en San Juan de Rontoy era de 66.7%. Después de la intervención, la prevalencia de anemia disminuyó en Llamellín a 32.7% y en San Juan de Rontoy a 28.9%. Con lo cual queda demostrada la eficacia de la intervención con suplemento de sulfato ferroso de 1mg/kg/día de Ferrán, durante el período de tres trimestres complementado con otras acciones de educación, información y comunicación, para combatir la anemia en los niños de 6 a 36 meses de edad.
	De acuerdo a la investigación realizada por Huamán-Espino et al. (2012) en seis de las siete provincias de Apurímac, a pesar de existir una intervención universal con micronutrientes, la prevalencia de niños sin anemia fue de 48,7%.	La investigación llevada a cabo por el INS, el 2012 evidencia de que la suplementación de hierro elemental (Fe) mejora los niveles de hemoglobina (aumento entre 1 a 3g/L de Hb) en niños 6 a 35 meses de edad. Sin embargo, existen otras intervenciones basadas en suplementación combinada de hierro más múltiples micronutrientes que tienen un mayor efecto en los niveles de hemoglobina.
	Según un estudio de Becerril-Grandez y Mendigure-Fernández (2013) sobre los micronutrientes en la provincia de Antonio Raimondi (departamento de Ancash), se encontró que los micronutrientes no tienen mayores efectos positivos para disminuir la anemia. Para fines de esta investigación, se administró un sobre diario a los niños que tenían anemia leve y a los niños que no presentaban anemia, por el periodo de tres trimestres. En el distrito de San Juan de Rontoy la media de la hemoglobina aumentó mínimamente de 11.0 a 11.6 gr/dl, mientras que en Llamellín se incrementó de 11.0 a 11.3 gr/dl.	Sotelo-Cruz, Gómez-Rivera, Ferrá-Fragoso y Pereyda-Galaz (2002) encontraron que en México un contexto similar al nuestro, teóricamente se ha planteado que con la administración diaria de hierro vía oral la absorción se ve notablemente reducida días después del inicio del tratamiento, y que con dosis intermitentes los niveles de absorción permanecen elevados. Los estudios comparativos se han llevado a cabo específicamente en niños de poblaciones orientales, con problemas de deficiencia de hierro.

⁷ Hemoglobina.

Tabla 4: Investigaciones previas sobre la *Suplementación con micronutrientes y hierro* (continuación)

Criterio	Micronutrientes	Sulfato ferroso
Adherencia de los beneficiarios al producto	<p>Según la investigación realizada por Huamán-Espino et al. (2012), solo el 49% de la población tuvo una adecuada adherencia (es decir consumió de ≥ 60 de sobres en forma adecuada) a los micronutrientes, lo que significa que es necesario revisar el proceso de implementación para lograr que la mayor cantidad de la población objetivo reciba en forma adecuada la intervención. Además, a pesar de que los micronutrientes tienen una mejor adherencia que el tratamiento con sulfato ferroso, esta es muy variable en programas de uso masivo, donde es relevante monitorear la aceptabilidad y uso, conocer los motivos de no uso para mitigarlo y supervisarlo en forma continua.</p>	<p>La suplementación consiste en el uso de jarabes, gotas y pastillas para suplir las necesidades básicas de micronutrientes. Aunque eficaz, esta estrategia presenta una variedad de retos entre los que destacan la sustentabilidad y adherencia por su enfoque medicinal (Minsa, PMA y Unicef, s/a).</p>
	<p>Según un estudio realizado por el Cenari (2015), en 12 departamentos del país, existe una baja adherencia a la suplementación de hierro en las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad y gestantes de las zonas vigiladas. Asimismo, se indica que es importante cambiar el enfoque en el personal de salud para poder implementar un seguimiento oportuno del consumo de los micronutrientes en niñas y niños, como del sulfato ferroso en las gestantes, favoreciendo el incremento de la adherencia a la suplementación.</p>	
	<p>Otra investigación realizada por Munares-García y Gómez-Guizado (2016), respecto a la adherencia a los micronutrientes, también en 12 departamentos del país, arrojó que hubo una baja prevalencia de adherencia y los factores asociados a esta situación están relacionados a los efectos secundarios que generaría el suplemento y a las creencias de la madre. Con respecto a los efectos secundarios, se encontró que, alrededor de la cuarta parte de las niñas y niños presentaron molestias que hicieron que suprimieran el tratamiento, tales como estreñimiento y diarrea (que fueron los más frecuentes), así como náuseas y mal sabor a la boca.</p>	
Eficacia de la intervención	<p>De acuerdo a la auditoría de desempeño llevada a cabo los años 2015 y 2016 por la Contraloría General de la República al componente preventivo de la suplementación (uso de micronutrientes), la cual, además, solamente se centra en la última parte de la cadena de valor de la intervención, tiene como principales hallazgos que la entrega de micronutrientes a las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad no es eficaz, debido a que no se cumplió con suplementar a la totalidad de la población objetivo, y de las niñas y niños de 6 a 35 meses que iniciaron el esquema de suplementación, la totalidad no cumple con completar el esquema de suplementación. Asimismo, el personal de los EE. SS. del primer nivel de atención del Minsa, incumple con brindar consejería nutricional cada vez que se indica la suplementación con micronutrientes. Finalmente, se encontró que en los EE. SS. del primer nivel de atención se incumple con realizar el dosaje de hemoglobina a los 6 meses de iniciado el esquema de suplementación y al término de la misma.</p>	-----

Elaboración propia

De esta manera, después de haber analizado en la primera sección del capítulo el paradigma de la NGP y, bajo esta misma línea, la GpR y una sus herramientas, el PpR, se puede destacar de la GpR, que es un marco de referencia que busca facilitar el proceso de creación de valor público en las organizaciones públicas (Bid y Clad citados en García y García, 2010), enfatiza los resultados e incorpora una noción de causalidad, a través del uso de la cadena de resultados (Banco Mundial y Ocde, 2005). Asimismo, respecto del PpR, se resalta que se trata de una herramienta que busca fortalecer el vínculo entre los recursos y los resultados obtenidos (que deben ser medibles) para así poder mejorar la eficiencia distributiva y del gasto público (Robinson citado en Marcel et al., 2014).

Al abordar la GpP, se mencionó que este enfoque tiene una orientación a los resultados, así como a lograr la satisfacción del cliente o usuario final. Aplicado al sector público, este enfoque tiene como propósito *servir al ciudadano*, elevar la capacidad de gestión y optimizar el uso de los recursos públicos para poder lograr los resultados deseados (PCM, s.f.). Seguidamente, al explicar la importancia de realizar evaluaciones en el sector público se señaló que permite incorporar y le otorga una especial relevancia a la perspectiva del usuario o beneficiario final (Mokate, 2003). En el caso puntual de la evaluación por procesos, se resaltó que al estar orientada hacia adelante (o a futuro), aplicarla permite detectar dificultades en una intervención en desarrollo y te da la posibilidad de corregirlas (Cohen y Franco, 1992), por lo cual este tipo de evaluación ha sido el escogido.

Finalmente, se presentaron los hallazgos de las investigaciones realizadas acerca de la *suplementación con micronutrientes y hierro*, en las cuales se aborda: la eficacia de los productos para combatir la anemia, la adherencia de los beneficiarios hacia los productos y la eficacia de la intervención. En ninguna de estas se encontró una investigación que aborde todos los procesos de la intervención; aunque la que más se acerca es la auditoría de desempeño realizada por la Contraloría. Sin embargo, esta no aborda la totalidad de procesos comprendidos dentro de la intervención, razón por la cual se considera, una vez más, necesaria una evaluación integral de los procesos de la *Suplementación con micronutrientes y hierro*.

A continuación, en el capítulo 3, se explicará el marco contextual en el cual se desenvuelve la problemática presentada en la presente investigación.

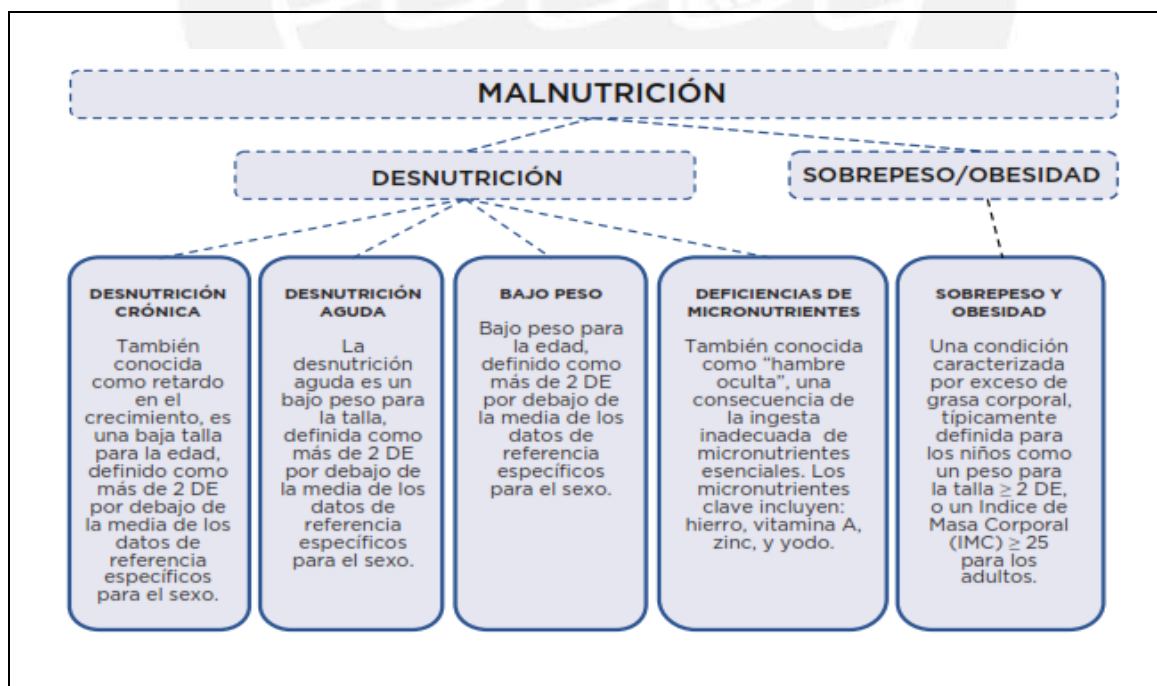
CAPÍTULO 3: MARCO CONTEXTUAL - ENFERMEDADES POR DEFICIENCIA DE NUTRIENTES: LA ANEMIA INFANTIL Y LA DCI EN EL PERÚ

Para una mejor comprensión del contexto en el cual el Estado decide implementar la *suplementación con micronutrientes y hierro*, en este capítulo se explicará en qué consiste la malnutrición y cuáles son sus tipos, posteriormente se hará énfasis en la anemia infantil y la importancia de combatirla; finalmente, se contextualizará esta enfermedad en nuestro país.

1. La malnutrición

De acuerdo a la Fao (2014), la malnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo. Internacionalmente la malnutrición está categorizada dependiendo de si causa es la desnutrición o la obesidad (ver Figura N.º 8), y pueden coexistir uno o más tipos de malnutrición no solamente en el mismo hogar, sino en la misma persona (Banco Mundial, 2012).

Figura N.º 8: La malnutrición por tipos

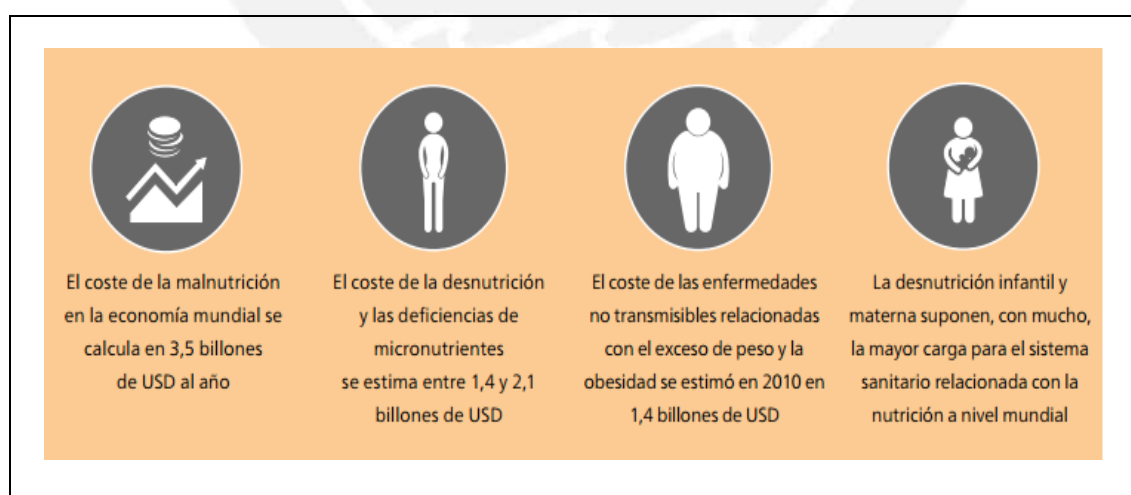


Fuente: Banco Mundial (2012)

Los niveles de nutrición no son solo un resultado del desarrollo social y económico, sino que también son un aspecto esencial que afecta a la salud, la productividad y el bienestar general. Las personas que están desnutridas tienen menos defensas ante las enfermedades y son menos capaces de recuperarse rápida y completamente de la enfermedad (Fao, 2014). La desnutrición crónica y la deficiencia de micronutrientes (como la carencia de hierro que puede desencadenar la anemia ferropénica) pueden ser particularmente perjudiciales para los niños, pues los expone a un escenario de vulnerabilidad ante las enfermedades infecciosas y, en última instancia, puede causar trastornos físicos y cognitivos (Fao, 2014). Al menos el 35% de las muertes infantiles son atribuibles a la desnutrición, mientras que la mayoría de estas se debe al efecto sinérgico de la desnutrición y alguna enfermedad. Un niño desnutrido que se enferma, tiene muchas más probabilidades de morir que un niño bien nutrido. Además, la desnutrición también es responsable del 11% de los años de vida ajustados por discapacidad (Avad)⁸ que se pierden a nivel mundial, y hasta un cuarto de los Avad en los países con alta mortalidad (Banco Mundial, 2012).

Es importante destacar, a su vez, que el costo de la desnutrición y deficiencia de micronutrientes asciende a más de 1.4 billones de USD a nivel mundial (ver Figura N.º 9), representando, además, la mayor carga para el sistema sanitario con relación a la nutrición. A continuación, se describirá a detalle estos dos tipos de desnutrición mencionados, ya que, debido a sus efectos adversos y su alta incidencia en la infancia, ambas enfermedades se abordan en el *Pan*, el cual es un programa presupuestal de alta importancia en nuestro país y cuya comprensión resulta esencial para los fines de la presente investigación.

Figura N.º 9: El coste de la malnutrición



Fuente: Fao (2014)

⁸ Se trata de la nueva medida de utilidad para cuantificar las pérdidas de vida sana, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada (OMS, 2010).

2. La anemia por deficiencia de micronutrientes en la primera infancia

De acuerdo con la OMS (2011), la anemia es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos (y, por ende, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para poder satisfacer las necesidades del organismo; estas necesidades fisiológicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar en la cual vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero también pueden causarla otras carencias nutricionales (entre ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos (OMS, 2011).

De la misma manera, según el INS (2015), la anemia es una enfermedad cuyas causas inmediatas son la disminución de la producción de glóbulos rojos y el incremento de la pérdida de estos. La disminución de producción de glóbulos rojos se origina debido al déficit de hierro, ácido fólico y algunas vitaminas (B12, A y C); la carencia de estos micronutrientes se debe principalmente a que las personas tienen una dieta que contiene cantidades insuficientes de estos, o por una malabsorción de ellos en el sistema digestivo. En cambio, el incremento en la pérdida de globos rojos ocurre debido a un incremento de la velocidad de destrucción de eritrocitos (hemólisis) o por pérdidas de sangre (hemorragias) (INS, 2015).

Las consecuencias a largo plazo de este mal tienen que ver, en principio, con el desempeño cognitivo deficiente —que se establece muy temprano en la vida— que repercutirá en la adquisición de las capacidades que todas las personas van aprendiendo y desarrollando desde sus primeros años de vida. Así, la anemia en la infancia se asocia con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficientes, pero también con un aumento de la mortalidad y morbilidad debido a enfermedades infecciosas e incluso desenlaces no deseados en el embarazo de aquellas mujeres que padecieron de anemia en su infancia (INS, 2015).

La anemia por deficiencia de hierro afecta a la mitad de la población global y se trata de la deficiencia nutricional prevenible más frecuente. Se sabe que, entre los 6 y 23 meses de edad, la anemia por deficiencia de hierro está relacionada con la mortalidad infantil y problemas irreversibles en el desarrollo físico, mental y psicomotor del niño (Minsa, PMA y Unicef, s.f.). Esta enfermedad afecta mayormente a los niños menores de 3 años en crecimiento acelerado y a las mujeres que, por su carga reproductiva, (menstruación, embarazo, parto y lactancia) tienen un requerimiento mayor de micronutrientes en relación a los hombres (Pisa, 2000). Debido a que la principal causa de la anemia es la deficiencia de micronutrientes, a continuación, se explicará la importancia que estos tienen para el correcto desarrollo del ser humano.

2.1. La importancia de los micronutrientes

Como se ha mencionado en la sección anterior, los micronutrientes incluyen las vitaminas y los minerales; a diferencia de los macronutrientes, el organismo los requiere en cantidades muy pequeñas. Estos son muy importantes para la actividad normal del cuerpo humano y su función principal es la de facilitar muchas reacciones químicas que ocurren en el cuerpo; sin embargo, los micronutrientes no le proporcionan energía al cuerpo (Fao, 2015).

Las vitaminas son esenciales para el funcionamiento normal del metabolismo (crecimiento y desarrollo) y para la regulación de la función celular; las mismas, junto con las enzimas y otras sustancias, son esenciales para mantener un buen estado de salud. Existen dos tipos de vitaminas: las liposolubles (solubles en grasa) o solubles en agua. Cuando son producidas en exceso, las vitaminas liposolubles se almacenan en los tejidos grasos del cuerpo; mientras que el exceso de las vitaminas solubles en agua se elimina a través de la orina y, por esto, las vitaminas se deben consumir todos los días (Fao, 2015). Por su parte, los minerales están en forma ionizada en el cuerpo y se clasifican en macrominerales y microminerales. Los macrominerales presentes en el organismo son el calcio, potasio, hierro (componente de la hemoglobina), sodio y magnesio. El organismo necesita mayor cantidad de macrominerales que de microminerales. Entre los microminerales se encuentran el cobre, zinc, cobalto, cromo y fluoruro; estos, en su mayoría son cofactores necesarios para la función de las enzimas en el cuerpo. Aproximadamente el 4% de la masa del cuerpo se compone de minerales (Fao, 2015).

En los últimos años, la deficiencia de micronutrientes, en especial de hierro y vitamina A, son objeto de mayor evaluación e intervención tanto en programas privados como estatales, debido a sus efectos negativos en el desarrollo de las personas. Agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fao y Unicef han incorporado en sus políticas y lineamientos la prevención y tratamiento para la deficiencia de micronutrientes (Pisa, 2000). Al respecto, los neonatos y niños entre los 6 meses y los 2 años son considerados como la población más vulnerable ante la deficiencia de micronutrientes debido a sus necesidades mayores de vitaminas y minerales para sostener el proceso de rápido crecimiento. Los niños en este grupo de edad no comen grandes cantidades de comida; por lo tanto, la ingesta diaria de alimentos, particularmente en países en vías de desarrollo, muchas veces no es suficiente para cubrir sus necesidades de micronutrientes esenciales (Minsa, PMA y Unicef, s.f.).

Es frecuente que las deficiencias múltiples de vitaminas y minerales ocurran a la vez; además, sus efectos conjuntos profundizan sus consecuencias, como es el caso de la anemia a corto plazo. Las deficiencias de micronutrientes también representan uno de los principales factores asociados a la DCI. A largo plazo, estas carencias tienen alto costo para el individuo y

la sociedad durante el ciclo de vida. En este contexto, la intervención con micronutrientes es una de las mejores inversiones para el desarrollo, debido a su bajo costo y su alto potencial de rendimiento a corto plazo (Minsa, PMA y Unicef, s.f.).

2.2. La desnutrición crónica infantil (DCI)

Dado que la anemia y la DCI son con frecuencia tratadas simultáneamente en las iniciativas contra la desnutrición —al igual que en el caso del *Pan*—, es importante establecer sus diferencias. Mientras gran parte de los casos de anemia es originada por una deficiencia de micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitaminas B12, A y C; la DCI es un fenómeno que tiene como causas inmediatas una ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso, especialmente las respiratorias y gastrointestinales (Sánchez-Abanto, 2012). Algunas de las manifestaciones más claras de la DCI son el retraso en el crecimiento (altura baja para la edad) y emaciación (peso bajo para la altura) (Fao, 2014). En tanto, de manera similar que, en el caso de la anemia, la DCI tiene costos sociales directos (debido a la mayor mortalidad, la mayor morbilidad y a los costos monetarios que este mal implica). Por otro lado, los costos indirectos que origina se deben a la caída permanente en la habilidad cognitiva de los niños, el ingreso tardío al sistema educativo, una mayor deserción escolar, entre otros (Victora y otros citado en Paraje, 2009). Estos factores se vinculan a una menor productividad laboral y a un inferior crecimiento económico (OMS citado en Paraje, 2009).

Tanto la DCI como la anemia pueden afectar al funcionamiento cognitivo de los niños, impidiéndoles alcanzar su pleno potencial en la escuela y afectando, por tanto, a sus futuras oportunidades de empleo e ingresos, lo que perpetúa el ciclo de la pobreza (Fao, 2014). Es decir, estas dos enfermedades tienen similares consecuencias a mediano y largo plazo; sin embargo, es importante remarcar que sus causas son distintas y, por lo tanto, las maneras de hacerles frente desde los programas estatales también lo deben ser. En esta oportunidad, la investigación estará enfocada en la *suplementación con micronutrientes y hierro*, intervención que busca reducir la incidencia de anemia infantil por deficiencia de hierro y otros micronutrientes.

3. La anemia infantil en el Perú

La anemia en niños menores de 5 años tiene una alta incidencia en el Perú, aunque se han realizado algunos avances con respecto a su control en las últimas 2 décadas (INS, 2015). De acuerdo con la Endes, el 2013 aproximadamente uno de cada tres niños entre 6 y 59 meses tenía anemia (es decir, el 34%), siendo este problema más común entre los niños que viven en zonas rurales con respecto a los que viven en zonas urbanas (ver Tabla N.º 5) (INS, 2015).

Sin embargo, el índice de anemia infantil del 2013 se ha reducido significativa desde el año 1996, año en el que se realizó la primera versión de la Endes y donde se obtuvo un índice de 56.8% a nivel nacional (ver Tabla N.º 5). Respecto a las prevalencias reportadas entre 1996 y 2013, se nota que la disminución del índice de anemia no ha sido progresiva. Así, luego de una disminución sostenida desde 1996 (56.8%) al 2009 (37.2%), ocurre un ligero aumento para el 2010 (37.7%) y vuelve a disminuir para el 2011 (30.7%). A partir de este año, se evidencia un incremento para el 2012 (32.9%), el 2013 (34%) (INS, 2015); y para el 2014 (35.6%), siendo el 2015 el primero, después de tres años, en el que la tendencia se revierte (32.6%). No obstante, el año 2016 el índice de anemia infantil vuelve a aumentar y alcanza un 33.3%.

Además, es interesante notar que la prevalencia de anemia no ha disminuido equitativamente para todos los niños al interior del país. En el año 1996, la prevalencia era similar para los niños de la zona urbana (56.6%) que para la zona rural (56.9%) del país. En el año 2000, hubo reducción de casi 10 puntos porcentuales para la zona urbana (de 56.6 a 46.6%) y de un poco más de 3 puntos porcentuales en la zona rural (de 56.9% a 53.4%) (ver Tabla N.º 5). Esta tendencia de una reducción progresiva de menor magnitud para el ámbito rural se ha mantenido para todos los años estudiados por la Endes, lo cual evidencia que los niños que viven en zonas rurales no se estarían beneficiando de la misma manera que aquellos en la zona urbana respecto a los factores que ayudan a reducir la anemia infantil (INS, 2015).

Tabla N.º 5: Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses en el Perú, por ámbitos nacional, urbano y rural

Año	Nacional	Rural	Urbano
1996	56.8%	56.9%	56.6%
2000	49.6%	53.4%	46.6%
2005	46.2%	52.8%	40.4%
2007-2008	42.5%	47.9%	38.8%
2009	37.2%	44.1%	33.2%
2010	37.7%	45.7%	33%
2011	30.7%	38.6%	26.5%
2012	32.9%	40.7%	28.6%
2013	34%	39.8%	31.1%
2014	35.6%	44.4%	31.7%
2015	32.6%	39.7%	29.8%
2016	33.3%	41.4%	30.1%

Adaptado de: INS (2015) e Inei (2015b y 2016b)

La situación empeora al enfocarse en los niños entre 6 y 35 meses de edad. De acuerdo al Minsa, al año 2016, en el Perú, el 43.5% de los niños, entre 6 y 35 meses de edad, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y a la urbana el 40.5%: 620 mil niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional y de 410 mil niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica. Esta preocupante situación exigía una intervención del Estado, el cual este año se ha propuesto reducir al 19% el índice de anemia infantil en niños menores de 3 años y la DCI al 6.4% en niños menores de 5 años, a través de *Plan Nacional*. Las estrategias de este plan están centradas en las personas y en la familia, con la concurrencia de diversos actores del sector público, incluyendo la empresa privada (Minsa, 2017b). Al respecto, el Minsa se ha planteado realizar las siguientes actividades:

- tratar y prevenir la anemia con suplementos de hierro y fortificación casera a niños menores de 24 meses y gestantes, como parte del control de la salud materno infantil;
- mejorar las prácticas de alimentación con alimentos ricos en hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada;
- concretar la concurrencia de intervenciones entre los hogares con sectores como Educación, Inclusión Social, Agua y Saneamiento, Agricultura, Pesquería, los gobiernos regionales y municipios, para mejorar las oportunidades de contacto y el acceso a alimentos de origen animal ricos en hierro en hogares rurales;
- contar con un mecanismo de medición y seguimiento a las intervenciones prioritarias;
- promover el desarrollo de productos fortificados ricos en hierro y micronutrientes para la alimentación infantil y la población en general para zonas críticas (Minsa, 2017b).

Como se ha explicado, en las últimas dos décadas ha habido una disminución no progresiva del índice de anemia infantil en los niños y niñas menores de 5 años siendo el último registro el del 2016, en el cual se observa un aumento de un punto porcentual respecto al año anterior (alcanzando el 33.3%). Durante el horizonte de tiempo observado, la zona rural es la que se ve más afectada por este mal en comparación a la urbana. El escenario empeora con los niños y niñas entre los 6 y 35 meses de edad, pues la prevalencia de anemia en este grupo poblacional ascendió a 43.5% durante el 2016. A fin de revertir esta situación y erradicar este mal, así como la DCI, el Gobierno peruano, bajo el liderazgo del Minsa, ha desarrollado el *Plan Nacional* en el cual están incluidas un conjunto de intervenciones direccionadas a lograr este fin. A continuación, se abordará el caso de la *suplementación con micronutrientes y hierro* en el Perú, una de las intervenciones principales del plan y la que, además, será abordada en la presente investigación.

CAPÍTULO 4: CASO: LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PERÚ

Para fines prácticos de esta investigación, se denomina *suplementación con micronutrientes y hierro* a dos de las intervenciones mencionadas en el *Plan Nacional* y que, a su vez, conforman el *Pan* (ver intervenciones 3 y 4 de la Tabla N.º 6). Estas intervenciones están bajo la rectoría del Minsa y tienen como objetivo disminuir la prevalencia de anemia -por deficiencia de hierro- en los niños y niñas menores de 3 años. En esta oportunidad, se han agrupado estas dos intervenciones debido a su propósito final en común (erradicación de la anemia infantil) y también debido a que, en los años anteriores ambas han sido tratadas como una sola, pues comparten cada uno de sus procesos. Es a partir del 2017, cuando se aprueba la NTS N.º 134, que esta intervención se separa en dos. Por un lado, se tiene la intervención que abarca la prevención y, por otro, la que abarca el tratamiento de la anemia en niños menores de 3 años. Las intervenciones comprendidas en ambos documentos, con su respectivo alineamiento, se pueden observar en la Tabla N.º 6.

El marco legal que brinda las pautas para la *suplementación con micronutrientes y hierro* —además de otras intervenciones direccionadas a combatir la anemia en nuestro país— es la NTS N.º 134. Esta norma fue aprobada por la Resolución Ministerial N.º 250-2017/Minsa, el 12 de abril del 2017. Es importante mencionar, además, que tanto el *Plan Nacional* como las intervenciones priorizadas que se muestran en la Tabla N.º 6 responden a las cadenas causales establecidas para la anemia y la DCI en el Perú⁹.

1. Cadena de valor de la *suplementación con micronutrientes y hierro*

Para una mejor comprensión de la *suplementación con micronutrientes y hierro*, se ha elaborado una cadena de valor de esta intervención, teniendo como base la normativa vigente. En este sentido, en primer lugar, se consideran como insumos: el presupuesto asignado para la intervención (por parte del Mef), los recursos humanos y la infraestructura requerida. Seguidamente, como actividades necesarias para transformar estos insumos en productos se tiene: la programación de los suplementos, la difusión de la intervención, la compra de suplementos, la distribución, la entrega de suplementos, el seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos y la contraloría social y satisfacción del usuario.

⁹ Ambas cadenas causales pueden ser revisadas a detalle en los anexos H e I.

Tabla N.º 6: Alineamiento de las intervenciones priorizadas en el *Plan Nacional* y los productos de los programas presupuestales

Producto/Proyecto	N.º	Intervenciones priorizadas en el <i>Plan Nacional</i>
0001 Pan		
3033251 Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	1	Educación demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro (gestantes y madres 6 a 12 meses) - madres con madres
	2	Visita domiciliaria y consejería Consejería domiciliaria
3033256 Niños con suplemento de hierro y vitamina A	3	Prevención de anemia a niños menores de 3 años con suplementos de hierro buen sabor y consejería Suplementos de vitamina A a niños de 6 meses a 5 años (rural)
3033315 Atención de otras enfermedades prevalentes (anemia)	4	Tratamiento de anemia a niños menores de 3 años con suplemento de hierro
3033255 Control de crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de 5 años (Cred) completo según edad	5	Cred mejorado y consejería desde el nacimiento
3033254 Niños con vacuna completa	6	Vacunas y atención de enfermedades prevalentes de la infancia (diarreas e Ira)
3033311 Atención de infecciones respiratorias agudas (Ira)		
3033312 Atención de enfermedades diarreicas agudas (Eda)		
3033414 Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	7	Desparasitación a escolares y familia (2 a 5 años)
3000733 Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de la anemia y la DCI	8	Promoción alimentación saludable - concursos comidas sabrosas y nutritivas- alimentos locales
3033249 Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	9	Capacitación a organizaciones sociales en comunidades, barrios, sectores
3033250 Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	10	Capacitación a instituciones educativas y comités de padres de familia de aula
3033248 Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	11	Capacitación y concurrencia con actores del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), Minagri y gobierno local en ámbito local
3000609 Comunidad accede a agua para consumo humano	12	Promoción de consumo de agua segura y lavado de manos

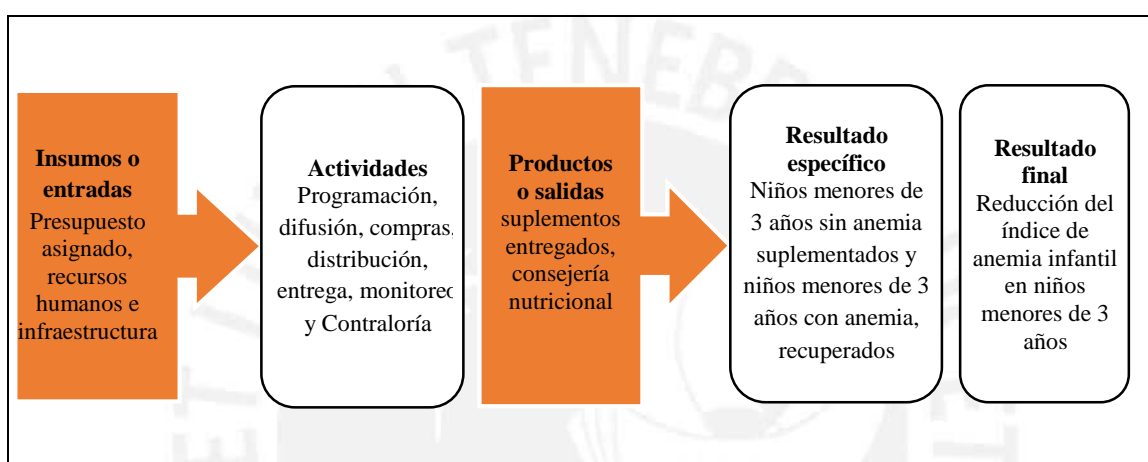
Fuente: Minsa (2017c)

Como producto, se espera que los suplementos sean entregados a los beneficiarios (lo cual puede ser a través de atenciones Cred o visitas domiciliarias, de acuerdo al caso) y que, además, les brinden una consejería nutricional como complemento a la entrega de suplementos.

Como resultado específico, se espera tener niños suplementados con micronutrientes o hierro (como corresponda de acuerdo a su condición) y con una adherencia deseada (75% o más del consumo de la dosis indicada). Finalmente, el impacto esperado es una disminución del índice de anemia en niños menores de tres años de edad, en nuestro país.

En la Figura N.º 10 se muestra la cadena de valor elaborada para la *suplementación con micronutrientes y hierro*; la cual, además, ha sido validada con Doris Velásquez, coordinadora de la intervención en la *Estrategia sanitaria nacional de alimentación y nutrición saludable* (Esnans) del Minsa.

Figura N.º 10: Cadena de valor de la suplementación con micronutrientes y hierro¹⁰



Elaboración propia

Es importante señalar que algunas de las intervenciones priorizadas de la Tabla N.º 6 se encuentran comprendidas dentro de los procesos considerados para la *suplementación con micronutrientes y hierro* en la presente investigación. Un caso es el Cred, pues una de las maneras de entregar los suplementos a base de hierro o micronutrientes es a través de los controles Cred¹¹. Otro caso es el de la visita domiciliaria y consejería domiciliaria al tratarse de otra manera de realizar la entrega efectiva de los suplementos y al ser, además, una acción clave para lograr la adherencia deseada a los suplementos entregados a los beneficiarios.

¹⁰ En la parte de “Actividades” no se ha colocado el nombre completo de cada una de estas por motivos de espacio disponible en la figura.

¹¹ Los controles comprendidos en el Cred se inician a los 7 y 15 días de nacido; a partir del primer mes hasta los 11 meses de edad se realizan controles mensuales; desde los 12 hasta los 23 meses de edad, los controles se realizan cada 2 meses; finalmente, desde los 24 hasta los 59 meses de edad se dan controles trimestrales (Minsa, 2011). Para mayor detalle, ver al Anexo J.

2. Responsabilidades a nivel nacional, regional y local

A fin de que la *suplementación con micronutrientes y hierro en niños menores de 3 años* se desarrolle de la manera adecuada, se han asignado diversas responsabilidades en los tres niveles de Gobierno. A continuación, se mencionan aquellas que se indican en la NTS N.º 134.

2.1. Nivel nacional

En primer lugar, la rectoría de la intervención está a cargo del Minsa. El Minsa, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP); la Dirección de Promoción de la Salud, a través de la Esnans¹²; y el INS mediante el Cenana, según sus competencias, son responsables de la asistencia técnica a nivel regional para la aplicación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la NTS N.º 134 a nivel nacional. Las Oficinas de comunicación son responsables de la elaboración y validación de contenidos de los materiales comunicacionales que serán utilizados en relación a esta intervención (Minsa, 2017a).

El Minsa, a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares), realiza la adquisición y distribución de los suplementos hasta el nivel de almacenes del nivel regional, para lo cual realiza las acciones correspondientes para garantizar la disponibilidad presupuestal de manera oportuna. El Minsa financia los suplementos para el manejo preventivo o terapéutico de la anemia destinado a niñas y niños (así como a adolescentes, mujeres gestantes y puérperas) a nivel nacional (Minsa, 2017a). Finalmente, el Minsa, a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), es responsable de vigilar la calidad e inocuidad de los suplementos de hierro y micronutrientes, y de que su composición sea la establecida en la NTS N.º 134. Asimismo, es responsable de monitorear y evaluar el funcionamiento del Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos Médico–Quirúrgicos (Sismed) a nivel nacional (Minsa, 2017a).

2.2. Nivel regional

Las gerencias regionales de salud (Geresa) o direcciones regionales de salud (Diresa) son las responsables de garantizar de modo oportuno, suficiente y permanente los recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, material médico y de laboratorio, medicamentos, material educativo comunicacional, etc. para fines de la intervención (Minsa, 2017a). Las Geresa o Diresa, a través de las Oficinas de Comunicación y de la DGIESP, específicamente de la estrategia de nutrición, implementarán estrategias de comunicación e intervenciones efectivas orientadas a sensibilizar a la población sobre las causas, consecuencias y prevención de la

¹² La Esnans fue promovida de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral a la Dirección de Promoción de la Salud después de emitirse la NTS N.º 134, por lo cual la norma no contenía la actualización de la asignación de responsabilidades en materia de la intervención.

anemia. Asimismo, deberán considerar la diversidad cultural, la disponibilidad y acceso a alimentos ricos en hierro de origen animal en la localidad (Minsa, 2017a).

2.3. Nivel local

La dirección o jefatura de cada red de salud, microrred de salud o EE. SS. es responsable de la implementación y cumplimiento de la NTS N.º 134 en todos los niveles de atención (Minsa, 2017a). En este punto, es importante aclarar los conceptos y principales funciones de una red, microrred y EE. SS., entidades que serán incluidas para el análisis en este nivel de gobierno. La red de salud es el órgano desconcentrado de una Diresa. Está conformada por un conjunto de establecimientos y servicios de salud interrelacionados por corredores sociales, articulados funcional y administrativamente. A su vez, es responsable de brindar los servicios de salud de su competencia (asegurando las atenciones prioritarias de salud en función a las necesidades de la población) y proponer e implementar políticas, normas y procesos relacionados a la salud (Pedraza Arias, 2011).

La microrred de salud es el órgano técnico operativo desconcentrado de la red de salud. Es responsable de la organización y gestión de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Además, se encarga de planificar, organizar, coordinar, dirigir, ejecutar, monitorear, supervisar y evaluar las acciones de salud; para lo cual dirige los establecimientos de salud de su responsabilidad y gestiona los recursos sanitarios asignados por la red de salud a la cual pertenece (Pedraza Arias, 2011). Finalmente, el EE. SS. es el primer nivel de atención, donde se prestan los servicios de salud y donde se ejecuta la intervención. Su personal es quien tiene contacto directo con los beneficiarios y, por tanto, un rol decisivo en la intervención.

3. Productos a base de hierro utilizados

De acuerdo con la NTS N.º 134, para que la *suplementación con micronutrientes y hierro* pueda cumplir con su fin, se hace uso de productos como micronutrientes (denominados también “sprinkles” o chispitas), sulfato ferroso y complejo polimaltosado férrico (estos dos últimos en presentación de gotas y jarabe). Los productos utilizados y su contenido de hierro elemental se pueden observar en la Tabla N.º 7.

El producto usado desde hace más tiempo en intervenciones contra la anemia infantil es el sulfato ferroso en sus diversas presentaciones; este es absorbido mejor entre comidas, pero al usarlo se incrementan manifestaciones de intolerancia digestiva, tales como rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea y dolor abdominal. Estos efectos adversos pueden limitar su adherencia y eficacia; así que se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas. (Minsa, 2017a). Además, se sabe que, a pesar de haber demostrado eficacia, su uso

aún presenta una variedad de retos, entre los que destacan la sustentabilidad y adherencia a sus productos derivados a causa de su enfoque medicinal (Minsa, PMA y Unicef, s.f.).

Tabla N.º 7: Productos farmacéuticos utilizados en la *Suplementación con micronutrientes y hierro*, con su contenido de hierro elemental

Presentación	Producto	Contenido de hierro elemental
Gotas	Sulfato ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo polimaltosado férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
Jarabe	Sulfato ferroso	1 ml = 3 mg Hierro elemental
	Complejo polimaltosado férrico	1 ml = 10 mg de Hierro elemental
Polvo	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

Adaptado de Minsa (2017a)

Por otra parte, los micronutrientes se vienen usando desde el año 2009, cuando se realizó un plan piloto para su uso en los departamentos con un mayor índice de anemia infantil en aquel momento (Ayacucho, Apurímac y Huancavelica). De acuerdo con Mgtr. Oscar Aquino, exdirector general del Cenán, tras realizarse y obtener los primeros resultados del plan piloto, en el 2013 se compró un *stock* de micronutrientes para abastecer a medio país y el 2014 su uso ya se convierte en una política pública al entrar en vigencia la Directiva Sanitaria N.º 050-Minsa /DGSP-V.01 (comunicación personal, 10 de mayo, 2017). Los micronutrientes son una mezcla en polvo, la cual ha sido desarrollada para ayudar a prevenir y tratar la deficiencia de hierro entre los niños pequeños y otros grupos vulnerables, al ser mezclado con las comidas (traducido de International Food Policy Research Institute, s.f.). Se trata de una nueva forma de micronutrientes en polvo y encapsulados en una cubierta lipídica (lípidos de soya), envasados en sobres individuales para una dosis diaria, la cual debe ser mezclada con los alimentos diarios del niño. La encapsulación del hierro en su forma de fumarato ferroso previene la interacción de este con los alimentos, lo que evita los efectos indeseables del producto, tales como el sabor metálico, cambio de textura y color de los alimentos, además de gastritis y constipación (Mejía Salas, De Yale, Soria de Claros, y Daroca, 2004).

Finalmente, sobre el hierro polimaltosado se conoce que, en condiciones fisiológicas, es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del sulfato ferroso (Minsa, 2017a). De acuerdo a la licenciada Doris Velásquez, coordinadora de la Esnans, este producto ha sido añadido con el objetivo de mejorar la adherencia de los

beneficiarios a los suplementos brindados, debido a que tiene un mejor sabor y causa menores efectos secundarios y será comprado por primera vez para su incorporación en la intervención en los próximos meses (comunicación personal, 22 de junio, 2017).

A continuación, se explicarán los esquemas de suplementación para la prevención y el tratamiento de la anemia en niños y niñas menores de 3 años.

4. Esquemas de suplementación para la prevención y tratamiento de la anemia en niños y niñas menores de 3 años

La NTS N.º 134 divide el tratamiento en: manejo preventivo y manejo terapéutico de anemia en niños menores de 3 años. Cada condición tiene un esquema de suplementación diferenciado, los cuales se detallarán a continuación.

4.1. Manejo preventivo de anemia en niños

En el caso del manejo preventivo de la anemia infantil, se realiza el tamizaje o despistaje de hemoglobina (o hematocrito) para descartar anemia en los niños a los 4 meses de edad; de no haberse realizado el despistaje a esta edad, se hará en el siguiente control Cred. El diagnóstico de anemia está basado en los valores de concentración de hemoglobina (ver Anexo D) y se lleva a cabo de acuerdo al sexo, la edad y condición fisiológica (Minsa, 2017a). La prevención de anemia se realizará de la siguiente manera (Minsa, 2017a):

- a) se iniciará con gotas a los 4 meses de vida (ya sean de sulfato ferroso o de complejo polimaltosado férrico) hasta cumplir los 6 meses de edad;
- b) luego se continuará con la entrega de micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día);
- c) el niño que no recibió micronutrientes a los 6 meses de edad, podrá iniciar su consumo en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos);
- d) en el caso de niños mayores de 6 meses, y cuando el EE. SS. no cuente con micronutrientes, estos podrán recibir hierro en otra presentación, como gotas o jarabe de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico;
- e) en caso de suspenderse el consumo de micronutrientes, se deberá continuar con el esquema hasta completar los 360 sobres; además, se procurará evitar tiempos prolongados de deserción.

Tabla N.º 8: Suplementación preventiva con hierro y micronutrientes para niños menores de 36 meses

Condición del niño	Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto a utilizar	Duración
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas sulfato ferroso o gotas complejo polimaltosado férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses	1 sobre diario	Micronutrientes: sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas sulfato ferroso o gotas complejo polimaltosado férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses	1 sobre diario	Micronutrientes ¹³ : sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

Fuente: Minsa (2017a)

4.2. Manejo terapéutico de anemia en niños

En el caso de los niños que tienen diagnóstico de anemia, de acuerdo a los valores de concentración de hemoglobina (ver Anexo I), deberán recibir hierro. Asimismo, el esquema de suplementación que deberán seguir dependerá de la edad (si son menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer (Minsa, 2017a).

4.2.1. Tratamiento de la anemia en niños menores de 6 meses de edad

En caso de los niños y niñas menores de 6 meses de edad con diagnóstico de anemia, se presentan dos casos: que sean niños prematuros y/o que hayan nacido con bajo peso o que se trate de niños que hayan nacido a término y con un peso adecuado; es decir, igual o más de 2.5 kg (Minsa, 2017a). De tratarse de niños prematuros y/o con bajo peso al nacer, se deberá seguir el tratamiento que se indica a continuación (Minsa, 2017a):

- i. el tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral¹⁴;
- ii. se administrará tratamiento con hierro según lo señalado en la Tabla N.º 8, en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos;
- iii. se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

¹³ Si el EE. SS. no cuenta con micronutrientes, podrá seguir usando las gotas o jarabe según el peso corporal (Minsa, 2017a).

¹⁴ La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante una sonda.

Tabla N.º 9: Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia

Condición	Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niño prematuro y/o con bajo peso al nacer	Desde 30 días de edad	4 mg/kg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: Minsa (2017a)

Por otro lado, de tratarse de niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses se deberá seguir el siguiente tratamiento (Minsa, 2017a):

- i. el tratamiento en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia;
- ii. se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, según se indica en la Tabla 8, en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos;
- iii. se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N.º 10: Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses con anemia

Condición	Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control)	3 mg/kg/día Máxima dosis 40 mg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: Minsa (2017a)

4.2.2. Tratamiento de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad

Finalmente, el tratamiento de la anemia para niños y niñas entre los 6 y 35 meses de edad se llevará a cabo de la siguiente manera (Minsa, 2017a):

- i. el tratamiento con hierro en los niños que tienen entre 6 y 35 meses de edad y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3 mg/kg/día, según lo señalado en la Tabla N.º 11;
- ii. se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos;
- iii. se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N.º 11: Tratamiento con hierro para niños de 6 a 35 meses de edad

Condición	Dosis (vía oral)	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/kg/día Máxima dosis 70 mg/día ¹⁵	Jarabe de sulfato ferroso o jarabe de complejo polimaltosado férrico o gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: Minsa (2017a)

Luego de haber detallado los principales puntos acerca de la *suplementación con micronutrientes y hierro*, se contextualizará el funcionamiento del mismo en el EE. SS. David Guerrero Duarte, caso de estudio de la presente investigación.

5. La *suplementación con micronutrientes y hierro* en el EE. SS. David Guerrero Duarte

En este subcapítulo se describirán las funciones de aquellas entidades que tienen un rol fundamental para el desarrollo de la *suplementación con micronutrientes y hierro* en el lugar donde se realizó la investigación.

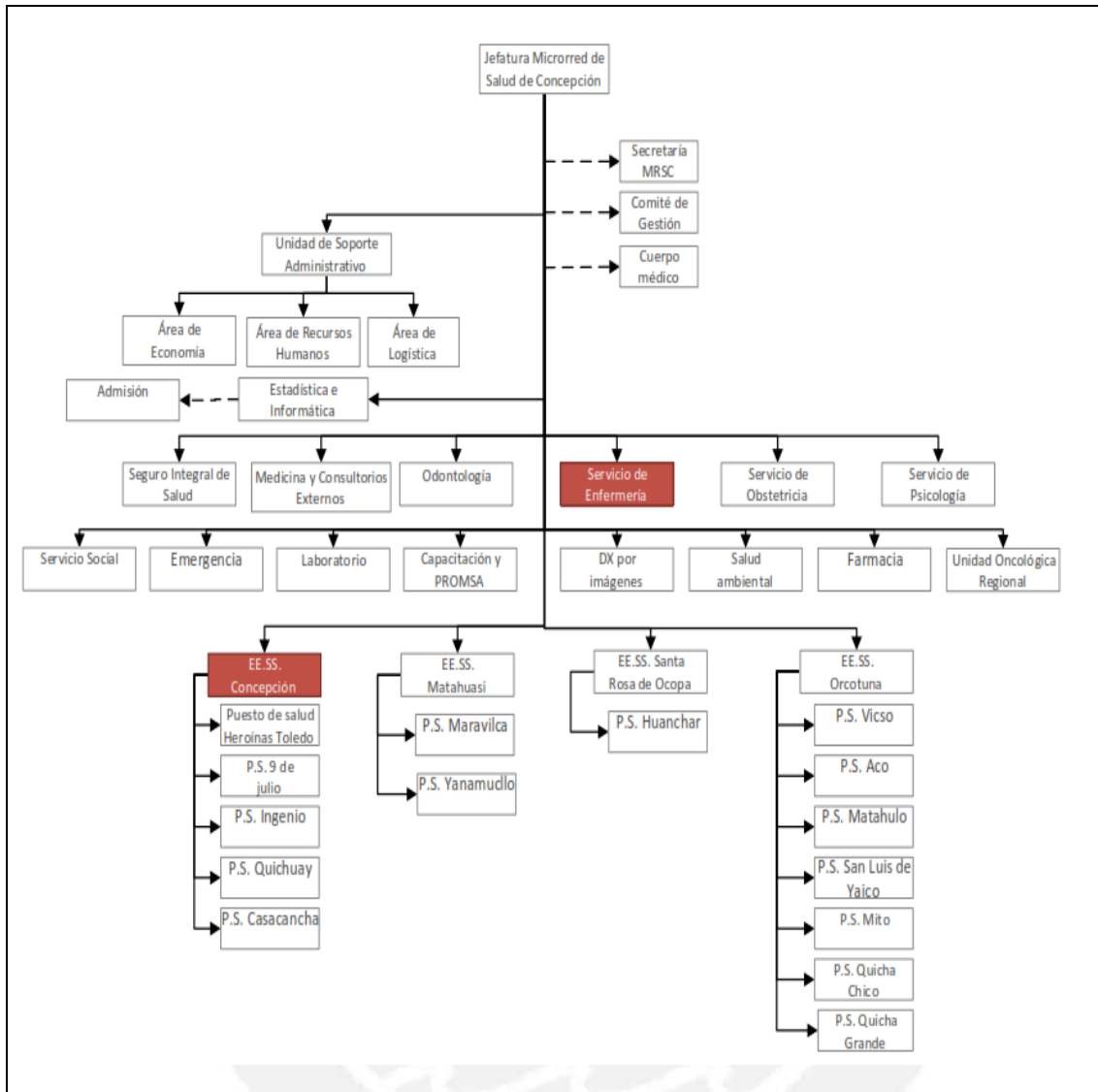
5.1. El EE. SS. David Guerrero Duarte

Como se ha indicado, la evaluación de los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro* a niños y niñas menores de 3 años se realizará en el EE. SS. David Guerrero Duarte, el cual pertenece a la Microrred de Salud Concepción, localizada en la provincia del mismo nombre, en el departamento de Junín. Se escogió este lugar debido a que, como se señaló, Junín es un departamento en donde el índice de anemia infantil presenta un porcentaje más elevado respecto al índice nacional y también debido a que se trata de un establecimiento al cual se tiene acceso para realizar entrevistas a los principales actores y obtener información relevante para fines de la investigación.

Un aspecto importante sobre este EE. SS. es que funciona como sede de la Microrred de Salud de Concepción, que a su vez, tiene a su cargo 19 EE. SS. Debido a esto —al menos en el caso de la intervención evaluada— hablar del EE. SS. David Guerrero Duarte o de la Microrred de Salud de Concepción significará lo mismo, pues al funcionar como sede comparten el equipo encargado de llevar a cabo la intervención (*Etapa Vida Niño*). Sin embargo, en el organigrama (Figura N.º 11) se puede visualizar que el EE. SS. David Guerrero Duarte (o EE. SS. Concepción) es representado como parte de la Microrred de Salud de Concepción.

¹⁵ Dosis máxima: 5 cucharaditas de jarabe de sulfato ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de complejo polimaltosado férrico por día.

Figura N.º 11: Organigrama vigente de la Microrred de Salud de Concepción



Fuente: Microrred de Salud de Concepción (s.f.)

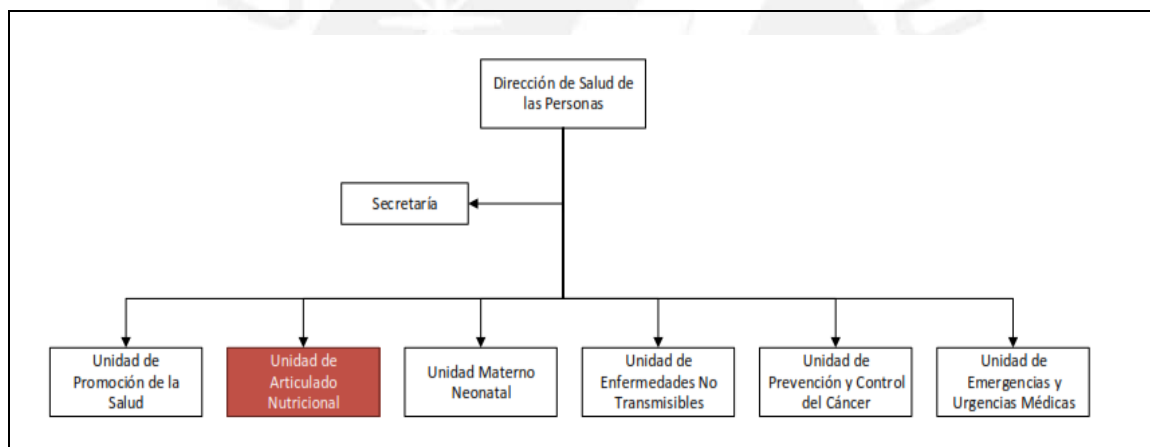
El EE. SS. David Guerrero Duarte se encuentra clasificado en la categoría I – 4, al tratarse de un EE. SS. que cuenta con camas para internamiento. Dentro de este EE. SS., el área encargada de manejar la *suplementación con micronutrientes y hierro* es el área denominada *Etapa Vida Niño* (la cual se encuentra dentro del Servicio de Enfermería en el organigrama), que está conformada por cuatro enfermeras y dos técnicas en enfermería, quienes están encargadas de realizar los controles Cred a niñas y niños y, además, realizan la entrega de los suplementos y realizan el seguimiento a los beneficiarios. Asimismo, una nutricionista apoya con las funciones relacionadas a la intervención, tales como: la consejería nutricional, las sesiones demostrativas y el seguimiento a beneficiarios. Por otro lado, desde el área de informática se sistematiza la información concerniente al seguimiento de beneficiarios.

De acuerdo a Eva Ancieta, coordinadora de la *Etapa Vida Niño*, son 668 niños, entre 6 meses y dos años, los que se deben ser atendidos mensualmente este 2017 con la *suplementación con micronutrientes y hierro* en este EE. SS. Asimismo, la entrevistada mencionó que aproximadamente un 60% del total de niños y niñas atendidos en su área son asegurados del Seguro Integral de Salud (Sis) (comunicación personal, 22 de junio, 2017).

5.2. La Red de Salud del Valle del Mantaro (RSVM)

La Red de Salud del Valle del Mantaro (RSVM) es la unidad ejecutora perteneciente a la Diresa Junín. Sus oficinas administrativas se encuentran en la provincia de Huancayo. Esta unidad ejecutora recibe directamente el presupuesto destinado para el funcionamiento de la *suplementación con micronutrientes y hierro* en cada una de las microrredes que la conforman. Dentro de esta Red de Salud, el área encargada del manejo de la intervención es la Unidad de Articulado Nutricional, la cual se encuentra en la Dirección de Salud de las Personas.

Figura N.º 12: Organigrama funcional de la Dirección de Salud de las Personas de la RSVM



Fuente: RSVM (2013)

Asimismo, dentro de la Unidad de Articulado Nutricional, se encuentran las diferentes intervenciones o estrategias que pertenecen al *Pan*. Así, se puede encontrar un encargado por estrategia o, en algunos casos, un encargado para dos estrategias. Estas estrategias son:

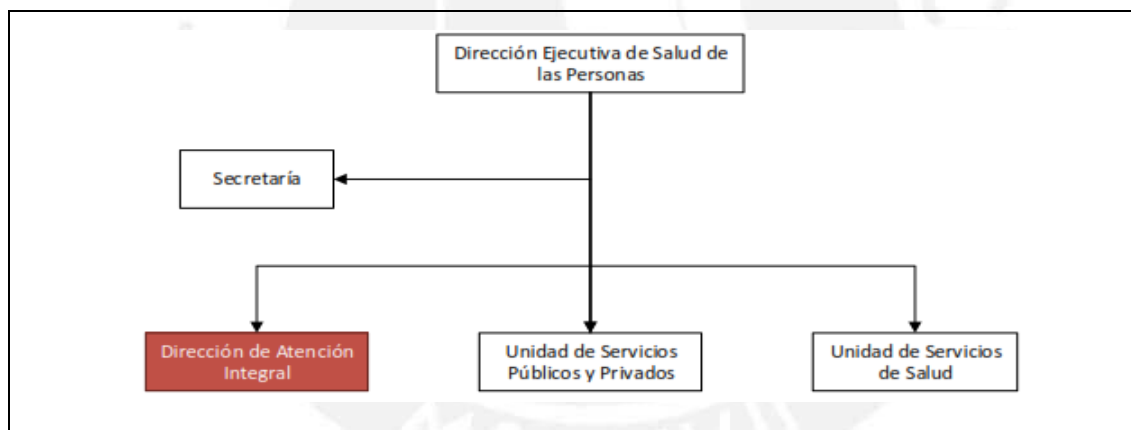
- *Etapa Vida Niño*
- *Estrategia de Nutrición*
- *Estrategia de Inmunizaciones*
- *Cadena de Frío*
- *Agua Potable*

En el caso de la *suplementación con micronutrientes y hierro*, esta se encuentra dentro de la *Estrategia de Nutrición*. Su coordinadora es la enfermera Milagros Chávez, quien a su vez también es la coordinadora de *Cadena de Frío*. Es importante remarcar que no hay personal adicional que trabaje en la *Estrategia de Nutrición* junto a su coordinadora.

5.3. La Diresa Junín

La Diresa Junín es el ente rector a nivel regional en materia de Salud. Sus oficinas administrativas se encuentran en la provincia de Huancayo. Dentro de la Diresa, al igual que en la RSVM, el área encargada del manejo de la intervención es la Unidad de Articulado Nutricional, la cual se encuentra en la Dirección de Atención Integral, dentro de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas. La Unidad de Articulado Nutricional, en la Diresa Junín, está compuesta por tres estrategias: *Etapa Vida Niño*, *Estrategia de Inmunizaciones* y *Estrategia de Nutrición*. Esta última estrategia es la que abarca la intervención evaluada en la investigación. En este caso la licenciada en Nutrición, Silvia Rojas, es la encargada de la Estrategia de Nutrición a nivel regional y cuenta con un apoyo, el nutricionista César Aldana.

Figura N.º 13: Organigrama funcional de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Diresa Junín



Fuente: Diresa Junín (2017a)

5.4. Convenios de la *suplementación con micronutrientes y hierro* con otros sectores

A fin de lograr los resultados de la intervención y al ser la lucha contra la anemia infantil una política de Estado, el Midis, el Mef y la PCM participan activamente estableciendo metas y monitoreándolas en los niveles subnacionales (Diresa, Redes de Salud y EE. SS.) encargados de ejecutar la intervención. Esto se realiza a través del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (Fed), a cargo del Midis; los hitos de cumplimiento de la PCM; y el Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales vinculados a la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (AP ENDIS), a cargo del Mef.

5.4.1. El Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (Fed)

El Fed es un instrumento de incentivo económico dirigido a los gobiernos regionales. Está bajo la responsabilidad del Midis y en estrecha coordinación con el Mef (Midis, s.f.). Su objetivo es impulsar el logro de resultados en la gestión de los gobiernos regionales y en la prestación de servicios integrales dirigidos a la población de gestantes, niñas y niños entre 0 y 5 años de edad, establecidos en la *Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social y vinculados al Desarrollo Infantil Temprano*. (Midis, s.f.). En este sentido, al tratarse de una intervención dirigida a la primera infancia, el Fed monitorea de manera constante los avances y resultados obtenidos en relación a la *suplementación con micronutrientes* a niños menores de 3 años (ver Tabla N.º 12).

Tabla N.º 12: Metas de resultado y cobertura del Fed para el G.R. Junín

Indicador	Tipo de indicador	Basal (2016)	Metas anuales		
			2017	2018	2019
Proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con anemia (Fuente: Endes)	Resultado	55.90%	50.80%	46.60%	42.40%
Proporción de niños y niñas menores 12 meses, de distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza departamental, que cuentan con diagnóstico de anemia y reciben tratamiento de sulfato ferroso (Fuente: B.D. Sis)	Cobertura	32%	36%	46%	55%

Fuente: Diresa Junín (2017b)

Cabe mencionar que estas metas fueron previamente consensuadas con el Gobierno Regional de Junín, un representante del Mef y uno del Midis.

5.4.2. Los hitos de cumplimiento de la PCM

Se han definido hitos de cumplimiento para las intervenciones estratégicas para la reducción de la anemia, entre las cuales figura la *suplementación con micronutrientes y hierro a niños y niñas menores de 3 años*. Estos hitos son establecidos en articulación con la Unidad de Cumplimiento del Gobierno de la PCM. Dicha unidad implementa una metodología orientada a cumplir las prioridades gubernamentales basándose en el concepto de asignar esfuerzos a la implementación de intervenciones y en menor proporción al diseño de políticas, lo cual permite corregir o ajustar el *Plan Nacional* (y cada una de sus intervenciones) para mejorar el desempeño del gobierno. Este seguimiento apoya la planificación y el cumplimiento de las metas de reducción de anemia y DCI. Además, la metodología facilita el seguimiento y evaluación de avances, el reporte a la PCM, así como el fortalecimiento de capacidades de gestión (Minsa, 2017c).

5.4.3. El Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales vinculados a la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (AP ENDIS) entre el Mef y el Gobierno Regional de Junín

Este convenio es ejecutado entre el Mef, a través de la Dirección General de Presupuesto Público, y el Gobierno Regional de Junín, con participación del Midis. Se tratan de donaciones que recibe el Estado provenientes del convenio suscrito por el Mef, la Agencia Peruana de Cooperación Internacional, en representación de la República del Perú y la Comisión Europea, en representación de la Unión Europea, con el objetivo específico de apoyar al Gobierno del Perú en la implementación de su estrategia nacional de desarrollo e inclusión social *Incluir para Crecer* y ayudar a las autoridades regionales y locales a reforzar su capacidad para promover un desarrollo integrador y mejorar la administración y la gestión financiera pública (Mef, 2017).

De los seis indicadores seleccionados por el presente convenio, el que se encuentra relacionado con la *suplementación con micronutrientes y hierro* a niños menores de 3 años es: proporción de niños y niñas menores de 24 meses de edad de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento, que reciben el paquete completo de productos claves (Cred completo para la edad, vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación con micronutrientes y CUI/DNI); los demás indicadores abarcan temas como acceso a los servicios básicos y a la educación en la población del departamento (Mef, 2017).

Tabla N.º 13: Metas establecidas para indicadores priorizados en el G.R. Junín

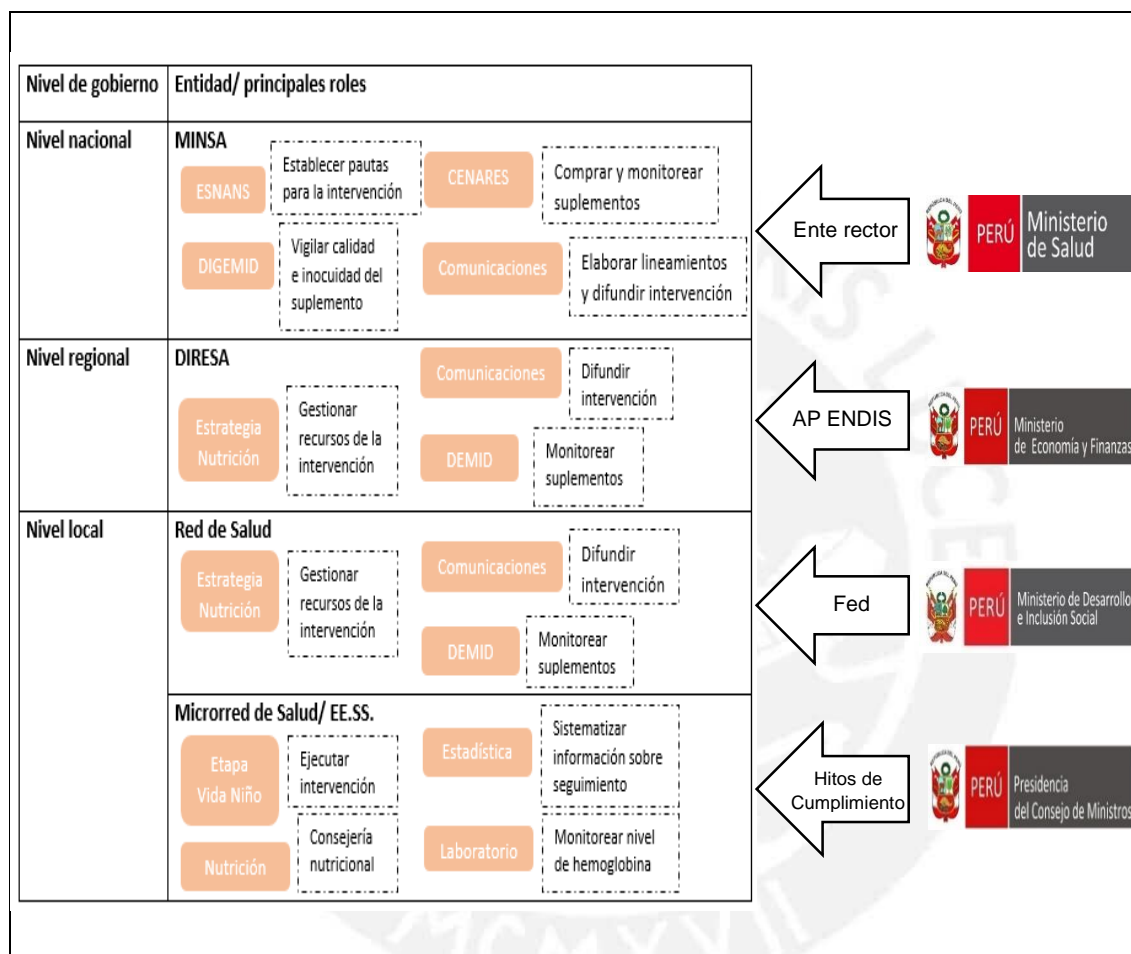
Indicador	Tipo de indicador	Basal (2014-2015)	Metas anuales		
			2017	2018	2019
Proporción de niños y niñas menores de 24 meses de edad de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento, que reciben el paquete completo de productos claves (Cred completo para la edad, vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación con micronutrientes y CUI/DNI)	Resultado	32%	42%	48%	53%

Fuente: Mef (2017)

En resumen, al tratarse de un problema de interés nacional y priorizado en la actual agenda de gobierno, para fines de la implementación de la intervención evaluada y las demás contenidas en el *Plan Nacional*, además del sector Salud, se encuentran involucradas entidades como el Mef, Midis y la PCM. Así, en esta sección se ha presentado la *suplementación con micronutrientes*, intervención priorizada para la erradicación de la anemia infantil y articulada con otras expresadas en el *Plan Nacional*. Asimismo, se explicó la participación de quienes

tienen los principales roles en su implementación; en este caso la Diresa Junín, la RSVM y el EE. SS. David Guerrero Duarte. Finalmente, se mencionó la participación que tienen otros sectores a fin de obtener los resultados esperados con su ejecución. La Figura N.º 14 presenta, a modo de resumen, a los actores involucrados en la intervención y sus roles.

Figura N.º 14: La suplementación con micronutrientes y hierro y las entidades involucradas



Elaboración propia

CAPÍTULO 5: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

En el presente capítulo se explica el alcance, diseño y enfoque de la investigación que se ha desarrollado, así como la metodología elegida para realizarla y los pasos para seleccionarla. Asimismo, se presentan las fases que ha seguido la investigación y las limitaciones encontradas.

1. Alcance, diseño y enfoque de la investigación

Dados los objetivos de investigación propuestos (tanto el general como los específicos), los cuales buscan identificar los *cuellos de botella* en los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro* e incidir en cada uno de ellos, se consideró adecuado que el alcance de investigación sea descriptivo. De acuerdo con Hernández et al. (2010), este alcance busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno sometido a análisis. Por su parte, Saunders et al (citados en Ponce y Pasco, 2015) indican que con este alcance se busca contar con una imagen clara del fenómeno estudiado. Por ende, estos estudios sirven, sobre todo, para comprender a detalle el modo en el cual se comporta el fenómeno investigado (Ponce y Pasco, 2015).

Asimismo, esta investigación se desarrolla a partir de un estudio de caso, representado por el EE. SS. David Guerrero Duarte en Concepción, Junín, a partir del cual se realiza la evaluación de los procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro*. Respecto al estudio de caso, Harrison (citado en Ponce y Pasco, 2015), afirma que este se orienta a la comprensión de un fenómeno (unidad de análisis) dentro de su contexto particular, abordando así las complejidades del mundo real y tratando de darles un sentido. Asimismo, Saunders et al. (citados en Ponce y Pasco, 2015) mencionan que en un estudio de caso es muy importante la triangulación de información, es decir, el uso de diferentes técnicas de recolección de datos a fin de asegurar que estos revelen lo que uno piensa que está revelando. Este tipo de investigaciones buscan comprender en detalle el funcionamiento de una organización representativa de un determinado sector empresarial, público o social (Ponce y Pasco, 2015). En ese sentido, en la fase de revisión de la literatura, se utilizaron fuentes de información secundaria de diversa naturaleza, tales como investigaciones de carácter sociológico, normativas, artículos científicos, entre otros. Asimismo, se utilizaron diferentes técnicas de recolección para las fuentes primarias, tales como: entrevistas semiestructuradas, observación no participante y un *focus group*. Es decir, se realizó una triangulación de fuentes diversas. Al respecto, Arias (1999), señala que, con una triangulación de fuentes de datos, el investigador puede emplear de forma eficiente los mismos métodos para obtener así una máxima ventaja teórica.

En cuanto al enfoque de la investigación, a fin de lograr los objetivos propuestos, se ha planteado que este sea cualitativo, a partir del uso de instrumentos como entrevistas semiestructuradas y guías de observación. De acuerdo a Hernández et al. (2010), haciendo uso de este enfoque se proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. En una búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría particular y luego regresar al mundo empírico para confirmar si la teoría es apoyada por los hechos, el investigador empieza examinando el mundo social y en este proceso desarrolla una teoría “consistente” con la cual observa qué ocurre. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernández et al., 2010).

Finalmente, con respecto al diseño de la investigación, este es de tipo transeccional o transversal, ya que recolecta los datos en un momento dado. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento específico; es como tomar una fotografía de algo que sucede (Hernández et al., 2010).

2. Metodología de evaluación

Después de una revisión de distintos modelos para evaluar el desempeño y procesos de intervenciones y programas públicos —como la *Evaluación de programas gubernamentales (EPG) de Chile*, la *Guía de evaluación de proyectos sociales de Unicef*, el Marco común de evaluación del Banco de Desarrollo de América Latina (Caf) y el *Modelo de evaluación de procesos* del Coneval—, se concluyó que el más pertinente para el presente estudio es el último mencionado. Ellos se debe a que la mayor parte de los modelos considerados se encuentran orientados a la evaluación del diseño y no de la ejecución de una intervención o programa (como en el caso de la EPG de Chile y los modelos de la *Guía de Evaluación para Proyectos Sociales* de la Unicef, lo cual no se encuentra alineado al objetivo principal de la presente investigación. Por su parte, en el caso del *Marco común de evaluación* del Caf, aunque brinda la posibilidad de abarcar los procesos, el modelo está más orientado a una autoevaluación.

En ese sentido, se escogió el *Modelo de evaluación de procesos* del Coneval debido a que su metodología facilitaba el logro del objetivo de la presente investigación; identificar los *cuellos de botella* dentro de la *suplementación con micronutrientes y hierro*. La metodología escogida, a través de una evaluación del desarrollo de la intervención, permite identificar los puntos críticos dentro de los diferentes procesos llevados a cabo en una intervención. Una ventaja adicional es que la metodología propone una división en procesos tentativa para las

intervenciones a evaluar, que puede ser adaptada de acuerdo a la necesidad del evaluador, lo cual resultó bastante conveniente para este estudio.

Tabla N.º 14: Metodologías de evaluación consideradas

Evaluación	Objetivo	Variables	Observaciones
<i>Modelo de evaluación de procesos del Coneval</i>	Realizar un análisis sistemático de la gestión operativa del programa que permita valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de las metas y objetivo del programa; así como, hacer recomendaciones que permitan la instrumentación de mejoras (Coneval, s. f.)	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamiento estratégico • Comunicación • Selección de beneficiarios • Producción de bienes y servicios • Distribución y entrega • Seguimiento 	Permite identificar los puntos críticos dentro de los diferentes procesos llevados a cabo en una intervención.
<i>Evaluación de programas gubernamentales de la EPG de Chile</i>	Disponer de información que apoye la gestión de los programas públicos y el análisis de resultados en el proceso de asignación de recursos públicos (Dirección de Presupuestos [Dipres], s.f.).	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño • Presupuesto • Procesos de producción, organización y gestión 	Sus criterios están más orientados a evaluar el diseño y están dirigidos a evaluar un PP en su totalidad, la suplementación con micronutrientes es solo una intervención que conforma un PP.
<i>Guía de evaluación para proyectos sociales de la Unicef</i>	Emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades y los resultados de las intervenciones sociales, y formular recomendaciones que permitan decisiones orientadas a ajustar la acción (Di Virgilio y Solano, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño • Procesos 	Se otorga una mayor importancia a la evaluación del diseño respecto a las actividades de los proyectos sociales.
<i>Marco común de evaluación del Caf</i>	Realizar una autoevaluación de las organizaciones del sector público que inician el camino de la mejora continua y el desarrollo de una cultura de calidad (Ministerio de Administración Pública, 2013).	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamiento estratégico • Procesos • Comunicación 	Está diseñado para una autoevaluación de las organizaciones públicas y está más orientado al rediseño de procesos. El modelo es resultado de la cooperación de los Estados miembros de la Unión Europea. Es una herramienta para ayudar a las organizaciones en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento. Como modelo de excelencia, ofrece un marco sencillo y fácil de usar.

Elaboración propia

2.1. Modelo de evaluación de procesos del Coneval

El objetivo del *Modelo de evaluación de procesos* del Coneval es realizar un análisis sistemático de la gestión operativa del programa que permita valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de las metas y objetivo de este (Coneval, 2017). Para tal fin, la evaluación de procesos deberá contener el desarrollo de los siguientes apartados:

2.1.1. Descripción del programa

Se deberá presentar una descripción detallada del programa, en el que se dé cuenta de:

- i. la problemática que pretende atender (objetivo, población potencial, atendida, etc.);
- ii. el contexto y las condiciones en las que opera;
- iii. los principales procesos en la normatividad vigente que conducen a la generación y entrega de los bienes y/o servicios que contribuyen al logro de sus objetivos;
- iv. toda aquella información que permita entender la operación del programa, incluso de carácter histórico (Coneval, 2017).

2.1.2. Diseño metodológico y estrategia del trabajo de campo

La evaluación de procesos deberá describir con detalle el proceso general del programa sobre la base de la normatividad aplicable y de los hallazgos obtenidos en el trabajo de campo. En ese sentido, la evaluación de procesos del programa implicará la realización de un análisis de gabinete y del trabajo en campo a través del análisis cualitativo de los procesos en la práctica¹⁶ (Coneval, 2017).

a. Análisis de gabinete

El análisis de gabinete proveerá la información para mapear el proceso general de implementación del programa y sus elementos, identificar los puntos clave de la operación y los actores relevantes que intervienen, lo cual permitirá determinar los criterios de selección de la muestra analítica, así como las características del trabajo de campo que se va a requerir como parte de la evaluación de procesos en una etapa posterior. Llevar a cabo este análisis de gabinete incluye el acopio, organización, sistematización y valoración de información contenida en registros administrativos, evaluaciones externas, documentos oficiales, documentos normativos, sistemas de información, y documentos relacionados con el programa (Coneval, 2017).

¹⁶ Cabe señalar que, en caso de considerarlo necesario, se podrá realizar un análisis cuantitativo, con la finalidad de contar con datos a mayor escala.

b. Técnicas cualitativas y cuantitativas

Asimismo, para la evaluación de procesos se deberá llevar a cabo una estrategia de levantamiento de información mediante técnicas cualitativas como la observación directa, entrevistas a profundidad y semiestructuradas, y grupos focales. El diseño y la aplicación de los instrumentos para el levantamiento de la información considerarán a los actores que intervienen en la gestión del programa, tanto a nivel central como en entes subnacionales o unidades de ejecución donde opere, así como a la población beneficiaria¹⁷ (Coneval, 2017).

c. Trabajo de campo

Para el desarrollo de la evaluación y del trabajo de campo, se deberá establecer la selección de una muestra analítica y esta debe considerar las diferentes modalidades, componentes, y/o tipos de apoyo que otorga el programa; esta muestra deberá estar apoyada en una matriz analítica en la que se establezcan los criterios de selección y sus interacciones, que justifiquen y den solidez a la selección de las unidades de análisis (entidades, unidades responsables, entre otras). La selección de variables utilizadas para la selección de la muestra debe justificarse a partir de la importancia para el desarrollo de la evaluación (Coneval, 2017).

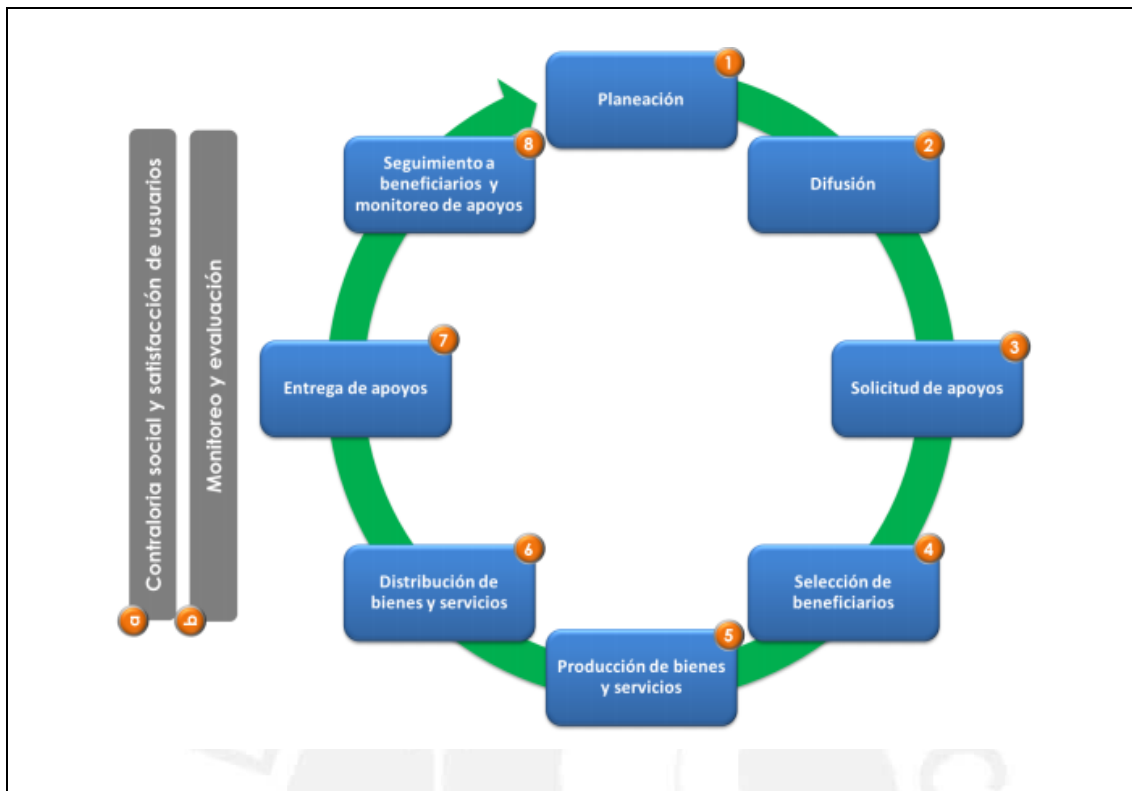
Para definir la muestra, podrá utilizarse información proveniente de un enfoque analítico; de los hallazgos de estudios, investigaciones y evaluaciones previas; como también de aquella obtenida de entrevistas con actores clave a nivel central, así como de los informes y registros administrativos del programa. De esta manera, se contará con elementos que permitan elaborar criterios de selección que garanticen la variabilidad de la muestra seleccionada. La muestra seleccionada debe arrojar resultados que sean representativos para mostrar diferencias en la operación del programa a nivel subnacional (Coneval, 2017).

2.1.3. Descripción y análisis de los procesos del programa

En este apartado se deberá realizar una descripción a profundidad del desarrollo de cada proceso llevado a cabo en el programa, de acuerdo con el alcance establecido para la evaluación, utilizando tanto la información recabada en campo como en gabinete; es decir, se debe considerar tanto la normatividad, como lo realizado en la práctica. Asimismo, se debe analizar la pertinencia de la gestión de los procesos en el contexto institucional en el que operan, la articulación entre procesos y su incidencia en el alcance de los objetivos y metas programadas (Coneval, 2017). La descripción y análisis de los procesos se debe realizar tomando como base el *Modelo general de procesos* del Coneval (ver Figura N.º 15).

¹⁷ En caso de requerirse un análisis cuantitativo, se deberá aplicar, de preferencia, encuestas en línea a personal operativo y a beneficiarios, que permita realizar caracterizaciones generales de los factores asociados a la efectividad en la implementación de los procesos del programa (Coneval, 2017).

Figura N.º 15: Modelo general de procesos del Coneval



Fuente: Coneval (2017)

En la descripción y análisis de los procesos se deben considerar los siguientes temas (Coneval, 2017):

- i. Descripción detallada de las actividades, los componentes y los actores que integran el desarrollo del proceso
- ii. Determinar los límites del proceso y su articulación con otros
- iii. Insumos y recursos: determinar si los insumos y los recursos disponibles son suficientes y adecuados para el funcionamiento del proceso:
 - a) Tiempo: ¿El tiempo en que se realiza el proceso es el adecuado y acorde a lo planificado?
 - b) Personal: ¿El personal es suficiente, tiene el perfil y cuenta con la capacitación para realizar sus funciones?
 - c) Recursos financieros: ¿Los recursos financieros son suficientes para la operación del proceso?
 - d) Infraestructura: ¿Se cuenta con la infraestructura o capacidad instalada suficiente para llevar a cabo el proceso?
 - e) Productos: ¿Los productos del proceso sirven de insumo para ejecutar el proceso subsecuente?

- f) Sistemas de información: ¿Los sistemas de información en las distintas etapas del Programa funcionan como una fuente de información para los sistemas de monitoreo a nivel central y para los ejecutores?
- g) Coordinación: ¿La coordinación entre los actores, órdenes de gobierno o dependencias involucradas es adecuada para la implementación del proceso?
- iv. Evaluar la pertinencia del proceso en el contexto y condiciones en que se desarrolla.
- v. Identificar las características relacionadas con la importancia estratégica del proceso.
- vi. La existencia de mecanismos para conocer la satisfacción de los beneficiarios respecto de los bienes y servicios que ofrece el programa.

2.1.4. Hallazgos y resultados

En este componente, se deberá realizar una valoración global de la operación del programa, de acuerdo con los alcances definidos para la evaluación; todos los hallazgos e identificación de resultados deben sustentarse con base en información derivada de los estudios de caso. Los hallazgos y resultados no necesariamente deben estar vinculados con un proceso en particular, sino que se espera que este análisis también pueda mostrar, de manera general, aspectos relevantes que intervienen en la operación y cumplimiento de los objetivos del programa evaluado; además, deberá señalarse en qué medida la gestión operativa del programa contribuye al logro de sus objetivos (Coneval, 2017).

2.1.5. Conclusiones y recomendaciones

En este apartado se deberá exponer una síntesis de los resultados encontrados y resaltar los aspectos susceptibles de mejora que se consideran más relevantes para mejorar la gestión del programa y para el cumplimiento de sus objetivos. Asimismo, como resultado del análisis global o específico de la gestión operativa, se deben realizar recomendaciones a nivel de procesos y a nivel del programa; todas las recomendaciones y conclusiones deben formularse con base en los datos contenidos en los estudios de caso. El fin de las recomendaciones es proporcionar líneas y estrategias de acción articuladas para la mejora de la operación del programa (Coneval, 2017).

Luego de haber realizado una descripción general de los objetivos y fases que comprende el modelo de evaluación que se aplicará en la para fines de esta investigación; en la siguiente sección se muestran los procesos considerados a partir de este para evaluar la intervención elegida.

2.2. Modelo de evaluación de procesos del Coneval en la suplementación con micronutrientes y hierro

En esta sección se presentan los procesos considerados, a partir de los propuestos por el Modelo de evaluación de procesos del Coneval (ver Tabla N.º 15).

Tabla N.º 15: Procesos considerados para la evaluación de la suplementación con micronutrientes y hierro

Modelo de evaluación de procesos del Coneval	Procesos considerados en la evaluación	Responsable
Planeación	Programación de suplementos	• Esnans y Cenares – Minsa
Difusión	Difusión de la intervención	• Oficina de Comunicaciones Minsa
Solicitud de apoyos	Proceso no considerado	• No aplica
Selección de beneficiarios	Proceso considerado dentro de la Programación de suplementos	• Esnans
Producción de bienes y servicios	Compra de suplementos	• Cenares -Minsa
Distribución de bienes y servicios	Distribución de suplementos	• Cenares -Minsa • Diresa Junín • RSVM • EE. SS. David Guerrero Duarte
Entrega de apoyos	Entrega de suplementos	• EE. SS. David Guerrero Duarte
Seguimiento a beneficiarios y monitoreo de apoyos	Seguimiento a beneficiarios y monitoreo de suplementos	• Minsa (Estrategia y Cenares) • Diresa Junín • RSVM
Contraloría social y satisfacción de usuarios	Contraloría social y satisfacción de beneficiarios	• EE. SS. David Guerrero Duarte

Elaboración propia

Entonces, como aprecia en la Tabla N.º 15, cada proceso propuesto por el modelo de evaluación se ha adaptado a los que se llevan a cabo en la *suplementación con micronutrientes y hierro*. Asimismo, es importante mencionar que el proceso de solicitud de apoyos no ha sido considerado en esta oportunidad, debido a que la intervención evaluada es universal, es decir, no discrimina a ningún niño o niña que se encuentre en el rango de edad de la población objetivo, por lo que no existe proceso alguno para que los beneficiarios soliciten ser atendidos por la intervención; todos los EE. SS. del Minsa están en el deber de atenderlos. En el caso del proceso de selección de beneficiarios, se ha incluido dentro de la programación de los suplementos, dado que las actividades que lo componen son muy pocas como para ser analizadas dentro de un proceso aparte, además de encontrarse muy vinculadas a la programación. Así, luego de haber

realizado las precisiones pertinentes respecto a los procesos considerados para la evaluación, a continuación, se presenta el diseño muestral de la investigación.

2.3. Diseño muestral

2.3.1. Universo

Se consideraron seis entidades públicas para el trabajo de campo: el Minsa, el Cenares, el Mef, la Diresa Junín, la RSVM y el EE. SS. David Guerrero Duarte, las cuales se encuentran directamente relacionadas con la intervención evaluada. De las seis entidades, se seleccionaron a trece actores, entre funcionarios y personal del nivel primario de atención (ver anexo P). Además, se consideró el testimonio de ocho madres beneficiarias de la intervención.

Tabla N.º 16: Muestra de entidades consideradas y funcionarios entrevistados

Entidad	Área	Funcionario/a
Minsa	Dirección de Promoción de la Salud - Esnans	Enfermera Doris Velásquez
Cenares	Programación	Q.F. Nancy Soto
Mef	Dirección General de Calidad del Gasto	Dra. Jessica Niño de Guzmán
Diresa Junín	Dirección de Salud de las Personas – Pan	Lic. en Nutrición César Aldana
	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Lic. Yolanda Martínez
	Dirección de Comunicaciones	Lic. Jholy Matos
	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Droga	Q.F. Inés Ramos
RSVM	Dirección de Salud de las Personas – Pan	Enfermera Milagros Chávez
	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas	Q.F. Jossy Padilla
Microrred de Salud de Concepción/ EE. SS. David Guerrero Duarte	Etapa Vida Niño	Enfermera Eva Ancieta
		Enfermera Mariluz Palacios
		Técnica en enfermería Estefanía Gamara
	Farmacia	Q.F. Carmen Urdanegui

Elaboración propia

2.3.2. Tipo y técnica de muestreo

Se realizará un muestreo de tipo no probabilístico a fin de seleccionar al personal más idóneo para poder obtener información acerca de las variables de estudio seleccionadas. Cada actor será elegido de acuerdo a su injerencia, nivel de participación y conocimiento sobre los procesos considerados en la *suplementación con micronutrientes y hierro*. En este caso no se optará por representatividad con el propósito de cumplir con los objetivos planteados en la

investigación. El criterio de exclusión, en estos casos, será contar con un mínimo de seis meses en el cargo (ver Anexo O). Asimismo, se recogieron las percepciones de los beneficiarios del programa a través de un *focus group* (ver Anexo S), para el cual el muestreo fue realizado por la técnica de bola de nieve.

3. Fases de la investigación

Esta investigación se ha desarrollado en cuatro fases. La primera incluye una revisión exhaustiva de la literatura, además de la realización de entrevistas exploratorias a los actores clave en la *suplementación con micronutrientes y hierro*; de esta manera, se busca delimitar adecuadamente el estudio. Con las fuentes de información mencionadas se plantearon tanto el problema, preguntas y objetivos de investigación. Asimismo, se procedió a elaborar el marco contextual y teórico. Seguidamente, en la segunda fase, se realizó el análisis de gabinete, y se adaptó la *Metodología de evaluación de procesos* del Coneval para los fines de la investigación, seleccionando aquellas variables a ser evaluadas. Seguidamente, se adaptaron y elaboraron los instrumentos para el recojo de la información; los cuales incluyen entrevistas, encuestas y guías de observación. En esta fase se diseñó también el plan de trabajo de campo.

La tercera fase comprende el trabajo de campo, el cual se encuentra dividido en dos partes: la primera cubre aquellas instituciones que se encuentren en Lima y la segunda a aquellas que se encuentran en el departamento de Junín. Cabe resaltar que, para empezar con esta fase, se han validado los instrumentos de recopilación de datos. Luego, se realizaron las entrevistas a profundidad a los actores clave (tanto en Lima como en Junín) y se hizo uso de las guías de observación como apoyo complementario (ver Anexos Q y R). Posteriormente, se procedió con el análisis de los hallazgos recopilados de esta fase, para este fin se codificaron las entrevistas haciendo uso del programa Atlas Ti para lograr mayor profundidad.

En la última fase, con base a todos los datos obtenidos y sistematizados, se elaboraron las conclusiones y recomendaciones, a fin de poder brindar ideas de soluciones de mejora en la intervención estudiada. Cabe mencionar que estas han sido previamente validadas por profesionales expertos en el tema y/o con experiencia en programas nutricionales públicos.

4. Limitaciones de la investigación

En la fase de análisis de gabinete, se encontró que los documentos de gestión (como el ROF y MOF) no estaban actualizados en la RSVM y, en el caso del EE. SS., estaban en pleno diseño. Esto dificultó el desarrollo de esta fase, previa al trabajo de campo, pues no se pudo obtener suficiente información acerca de los funcionarios y la organización de estas entidades.

Por otro lado, el trabajo de campo se desarrolló en los dos primeros trimestres del año, lo cual no coincidió con el cierre del año fiscal y con la autoevaluación, respecto al logro de metas y ejecución presupuestal, que realiza cada entidad involucrada. Estas autoevaluaciones habrían resultado insumos de gran utilidad para la investigación. Asimismo, se halló una gran cantidad de cambios en los cargos administrativos debido al cambio de gobierno (y cambio de ministros), en especial a nivel del Minsa, lo cual también representó una dificultad en el trabajo de campo pues, en algunos casos, no se pudo tener acceso a los nuevos funcionarios en los cargos.

Además, no se tuvo acceso a todas las entidades y algunas áreas para realizar las entrevistas a funcionarios. En el nivel nacional, no se contó con funcionarios entrevistados de la Oficina de Comunicaciones del Minsa, pese a los reiterados intentos; por ello, se tuvo que obtener la información de la ejecución de este proceso a este nivel de gobierno en documentos como planes nacionales o normas técnicas. Tampoco se contó con el acceso a los funcionarios de la Digemid del nivel nacional; sin embargo, sí hubo acceso a funcionarios del Centro de Programación del Cenares, los cuales cumplían un rol similar en el monitoreo de los suplementos. En esta entidad tampoco se tuvo acceso a funcionarios del Centro de Adquisiciones. A nivel local, en el EE. SS. no se tuvo acceso al personal del laboratorio, encargado de analizar las muestras de sangre obtenidas de los dosajes de hemoglobina para detectar los casos de anemia.

Dada la extensión de la evaluación y el tiempo limitado, no ha sido posible profundizar en el análisis de las actividades de los órganos de apoyo por entidad (presupuesto y planificación). El énfasis de la investigación, en las entidades de los diferentes niveles de gobierno, fue en el equipo encargado directamente de la intervención. La observación no participante fue limitada, pues solo se pudo tener acceso a un tipo de entrega de los suplementos: las entregas domiciliarias. No se pudo ingresar a hacer la observación de los controles Cred en el EE. SS. debido a la privacidad que requieren estas atenciones.

Finalmente, es importante mencionar que, la evaluación realizada no abarcó el diseño de la intervención (o del PP en el que se encuentra); sin embargo, este estudio puede servir como un insumo para un eventual rediseño de esta. Por otro lado, solo se ha llegado hasta la parte de conclusiones del modelo de evaluación escogido, pues debido a la extensión y al tiempo limitado, no fue posible desarrollar las líneas de acción y estrategias para superar los *cuellos de botella* encontrados, y validarlas en las entidades involucradas.

CAPÍTULO 6: EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS EN EL AÑO 2017

En este capítulo se explicará cada uno de los procesos evaluados a partir de la *Metodología de evaluación de procesos* del Coneval y con base en la información obtenida en el análisis de gabinete y en el trabajo de campo realizado.

1. Programación de suplementos

Este proceso es el que inicia la *suplementación con micronutrientes y hierro*, y se encuentra bajo la responsabilidad de la Esnans de la Dirección de Promoción de la Salud del Minsa. En este proceso participa también el Cenares y las entidades de los gobiernos subnacionales pertenecientes al sector Salud. Es importante indicar que, en esta oportunidad, dentro de este proceso, se explicará principalmente la programación de los suplementos de hierro entregados en la intervención debido a su mayor relevancia para fines de su ejecución; la programación de los demás insumos y recursos será abordada a un menor detalle.

La programación es un proceso muy relevante pues en función a esta se realiza la asignación de los recursos para la intervención. Al respecto, una funcionaria de la Dirección de Calidad del Gasto del Mef menciona lo siguiente: “Diseñado el programa, teniendo una estructura dentro del presupuesto, tú dices ‘bueno, qué es lo que tiene que hacer cada unidad ejecutora, que es la que gasta los recursos; o qué es lo que tiene que hacer el Minsa para que finalmente este recurso se entregue. Se necesita mejorar la programación y eso básicamente implica dos cosas: meta física, es decir, cuántos niños o cuántos beneficiarios tengo que asignar; e implica cuánto de plata le voy a asignar” (comunicación personal, 2 de junio, 2017).

1.1. Actividades, componentes y actores

Las actividades del proceso de programación de suplementos, para fines de la evaluación, serán agrupadas según al nivel de gobierno en el cual son ejecutadas. Así, primero, se describirán las realizadas a nivel nacional por el Minsa; segundo, las ejecutadas por la Diresa Junín y por la RSVM y, finalmente, las hechas por del EE. SS. David Guerrero Duarte.

A nivel nacional, en el proceso de programación participan la Esnans y el Centro de Programación del Cenares. El proceso inicia con la fijación de las *definiciones operacionales*¹⁸

¹⁸ Hace referencia al esquema de suplementación que debe seguir el público objetivo, de acuerdo a su edad y condición. Esto es explicado en el capítulo 4.6.

y los *criterios de programación*¹⁹, los cuales son elaborados conjuntamente por la Esnans, el Centro de Programación del Cenares y las Diresa. Estos se establecen para cada una de las intervenciones que pertenecen al *Pan*. Seguidamente, se realiza la revisión de las estadísticas de la Endes para identificar al público objetivo de la intervención, así como al grupo poblacional que se priorizará. Para seleccionar al público objetivo, se identifica el rango de edad en el cual los niños y niñas tienen un índice más alto de anemia. Una vez definidos, se comunican los *criterios de programación* y las *definiciones operacionales* a las Diresa. La coordinación con cada una de las Diresa es liderada por el Centro de Programación del Cenares, y se realiza de manera constante, vía teleconferencias y reuniones presenciales. Después, se reciben las programaciones elaboradas por las Diresa, las cuales contienen la cantidad de niños dentro del rango de edad establecido (desde los cuatro meses de edad hasta los tres años, de acuerdo con la NTS N.º134) dentro de su jurisdicción, así como la cantidad de suplementos que debe recibir cada uno. Estas son revisadas en el Centro de Programación del Cenares junto a la Esnans, por un espacio de tres semanas.

Finalmente, las programaciones recibidas son conciliadas en el Centro de Programación del Cenares haciendo uso de los *Informes de consumo integrado* (Ici) del Sismed²⁰, para así contrastar la programación elaborada por cada Diresa con los consumos promedio y máximo por EE. SS., Red de Salud y la Diresa. De esta manera, se obtiene una programación de la cantidad de suplementos que se necesitarán y que es más cercana a la realidad.

Un dato importante correspondiente a esta fase es que, al momento de la recolección de datos, la coordinadora de la Esnans, enfermera Doris Velásquez manifestó que la programación, a partir del año entrante, comprenderá atención gratuita tanto para la prevención como para el tratamiento de la anemia infantil. Es decir, se brindarán tanto micronutrientes como sulfato ferroso o complejo polimaltosado a todos los beneficiarios, sin excepción (comunicación personal, 22 de junio, 2017). Anteriormente, solamente los micronutrientes eran entregados a todos los beneficiarios que se atendieran en el EE. SS., sin excepción, y los productos a base de sulfato ferroso solo eran entregados de modo gratuito a los afiliados al Sis.

A nivel regional, la responsabilidad se encuentra a cargo de la Diresa Junín, específicamente el equipo que participa en el proceso de programación está conformado por profesionales de la *Estrategia de Nutrición*, así como de las áreas de Logística, Planeamiento,

¹⁹ Hace referencia a la cobertura que debe tener la intervención, la cual es el 100% del público objetivo asignado al EE. SS.

²⁰ El Sismed es una estrategia de salud pública cuyo objetivo es mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales por parte de la población, especialmente de aquella de escasos recursos económicos, enmarcado en los lineamientos de lucha contra la pobreza y descentralización (Sismed, s.f.).

Presupuesto y la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas (Demid). En primer lugar, se hace una revisión de las *definiciones operacionales* que fueron comunicadas por la Esnans. Al respecto, Yolanda Martínez, planificadora de la Diresa Junín, sostiene lo siguiente: “Para programar [...] nosotros contamos con una guía técnica que el Minsa elabora, que son las *definiciones operacionales*. Entonces, con ellas estimamos, más o menos, a cuántos niños dentro de la región tenemos” (comunicación personal, 13 de julio, 2017).

Para hacer la programación, se realiza la verificación del *padrón nominal*²¹ a partir de un trabajo en conjunto de la *Estrategia de Nutrición* con la Oficina de Estadística e Informática de la Diresa. Para ello, según César Aldana, quien forma parte de la *Estrategia de Nutrición* en la Diresa Junín, se considera a los niños entre los 6 y 17 meses de edad, ya que representan un grupo al que se debe atender prioritariamente (comunicación personal, 2017). Un aspecto relevante con respecto al papel del *padrón nominal* es la posibilidad de tener una programación más cercana a la realidad. Yolanda Martínez sostiene que “[...] actualmente se trabaja con el *padrón nominal*, formulado entre Salud y el Municipio. Anteriormente se trabajaba con el censo Inei, pero este censo no se acerca a la verdad. En algunos casos hay población sobreestimada y en otros hay subestimación” (comunicación personal, 13 de julio, 2017).

Al respecto de esto, Yolanda Martínez, indica: “Cuando hacemos la programación, hacemos primero la de actividades, que la hacemos un año antes a la formulación del presupuesto. Nosotros hacemos una reunión técnica con todos ellos [redes de salud], y se les da ciertas pautas para que formulen su programación basada en las *definiciones operacionales*; entonces, se hace así. La coordinadora regional de programa es la que lidera esto, en este caso del *Pan*. Se reúne con todas las estrategias y todas las provincias” (comunicación personal, 13 de julio, 2017). Asimismo, añade que se hace una sumatoria de los requerimientos del ámbito regional y se corrobora la cantidad de beneficiarios calculados con el programa materno, ya que debe haber cierta similitud en números con este.

Posteriormente, un equipo conformado por funcionarios de las áreas de Planeamiento, Presupuesto, Logística y de la *Estrategia de Nutrición* de la Diresa participa de las reuniones con el Minsa para expresar los requerimientos del departamento de Junín. César Aldana señala: “Una vez que participamos todos, de la Diresa convocamos a las redes y las redes son las que nos traen sus metas y nos traen también todas sus dificultades que han tenido el año anterior y los históricos que han suplementado, con eso se arma la programación. Pero el presupuesto

²¹ Es la lista nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad registrados en una plataforma electrónica, que se actualiza permanentemente con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al Reniec, así como del ingreso de datos por parte de los gobiernos locales. Contiene nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del padre y de la madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros. Tiene más de 30 variables (Reniec, s.f).

sigue siendo el mismo, ya desde el 2006 es el mismo” (comunicación personal, 13 de julio, 2017). Aldana continúa: “Después de tener el número real de beneficiarios se procede a informar al Cenares y al Minsa para la compra de los insumos, tanto de suplementos, microcubetas, lancetas, el número de visitas domiciliarias. Una vez ya que tenemos ya, le enviamos a Minsa, le decimos esto es lo que han programado nuestras Redes. En este caso, el Ceplan, a través del POI, lo cargan al Sistema Integrado de Gestión Administrativa (Siga)²²” (comunicación personal, 13 de julio, 2017).

Los requerimientos de recursos humanos también se hacen a través del Siga: en cada Diresa se recogen los requerimientos de sus redes de salud, quienes, a su vez, recogen los de cada EE. SS. En el caso de los recursos humanos del nivel prestacional (en este caso enfermeras y técnicas en enfermería), al estar muy ligados al Cred, son calculados con base en ambas intervenciones. Sin embargo, debido a que, como lo indicó Aldana, el presupuesto asignado a la Diresa Junín es el mismo desde hace años y el dinero adicional transferido por donaciones (como la del Sis) tiene muchas restricciones, no se puede hacer caso a los requerimientos para contratar más personal, a pesar de ser una necesidad en la Diresa Junín. Asimismo, es importante mencionar que el Siga a nivel de la Diresa, es manejado por alguien denominado *especialista Siga* del área de Logística. De acuerdo con Yolanda Martínez: “Toda la información se va sistematizando en un Excel [...]; a la vez lo hacen en otro sistema, en el Siga. Entonces en el Siga cada quién va programando cuánto. Se programan tanto, metas físicas, o sea cuántos niños voy a vacunar; y cuánto me va a costar suplementar a esos niños” (comunicación personal, 13 de julio, 2017), esto se desarrolla usualmente en el mes de marzo de cada año.

Volviendo a la programación de los suplementos, el área de Planeamiento hace una revisión de la programación y los encargados de la *Estrategia de Nutrición* la deben sustentar. En el área de Planeamiento se verifica que las metas físicas estén acorde al presupuesto que se ha asignado. Usualmente, para el mes de julio ya se debe tener programado tanto metas físicas como presupuesto. Finalmente, en diciembre se reabre el presupuesto para hacer ajustes.

Del mismo modo, a nivel local, según la Q.F. Milagros Chávez, encargada de la *Estrategia de Nutrición* de la RSVM, se calcula la población con base en los datos enviados por cada EE. SS., para lo cual se hace uso del *padrón nominal*. Además, agrega que la programación de la fase requerida empieza en el mes de febrero. En esta fase se trabaja con la población menor de 3 años; luego, en la fase ajustada, cuando ya se conoce el presupuesto asignado a la red de salud, se programa una cantidad menor con los niños menores de 1 año,

²² El Siga es un sistema de registro único que, entre otras funciones, permite al usuario programar las necesidades de su entidad en cuanto a bienes y servicios. Este sistema se encuentra conectado directamente con el Sistema de Administración Financiera (Siaf).

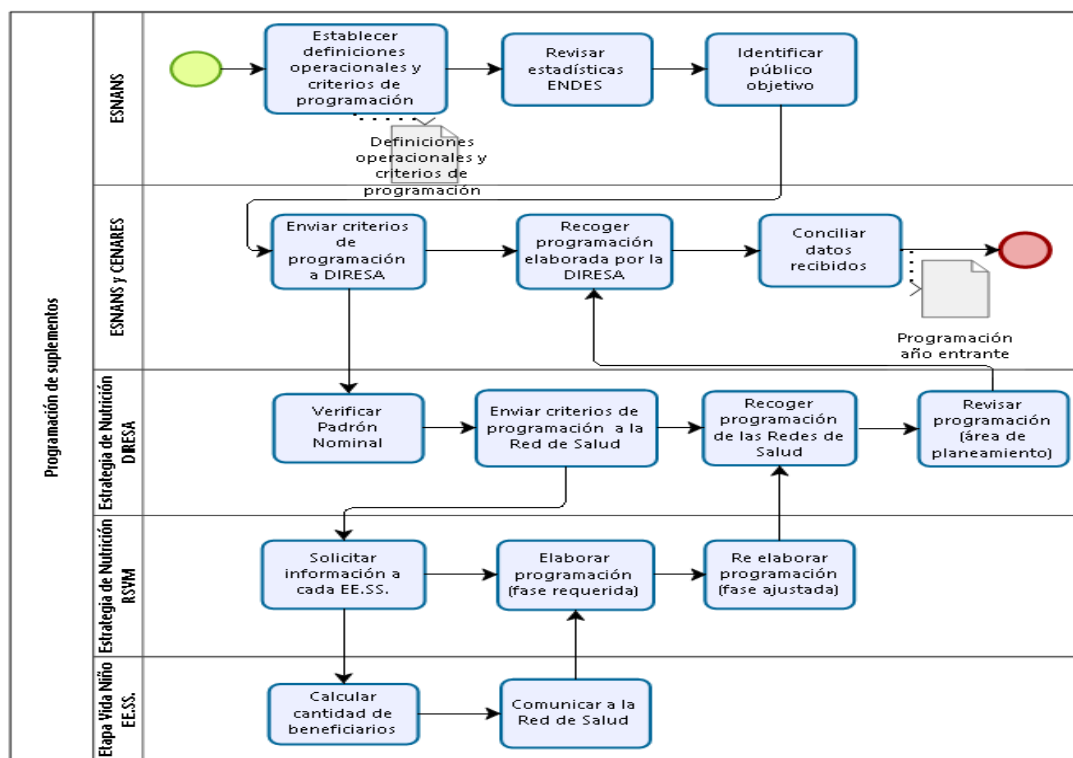
quienes representan el grupo etáreo priorizado para la intervención (comunicación personal, 8 de julio, 2017).

Asimismo, Chávez menciona lo siguiente: “Es que hay pasos, porque ahorita nosotros hemos hecho la fase requerida. En febrero-marzo hemos trabajado la fase requerida, o sea lo real, cuánto necesitamos hemos programado de acuerdo a nuestras necesidades, eso ya es para el otro año. En febrero-marzo hemos programado, hemos pasado a la Diresa y la Diresa ha mandado todo al Minsa, pero el Minsa con el Mef nos ha mandado 8000. Entonces ahorita ya estamos entrando a la fase ajustada que va a ser hasta el día 13 de julio, en la cual solo nos ha mandado 8000 soles; por lo tanto, tengo que borrar todo lo que hemos programado y quedarme con lo realmente es prioritario. Con 8000 soles de nuevo voy a tener que programar la movilidad local para que pueda pagar yo a esos chicos que salen a hacer las visitas extra” (comunicación personal, 8 de julio, 2017). Cabe mencionar que los datos de la fase ajustada se concilian con lo declarado por el área de la *Etapas Vida Niño* de cada EE. SS.

Finalmente, ya en el EE. SS. David Guerrero Duarte, la enfermera Eva Ancieta, encargada de la *Etapas Vida Niño*, calcula, con base en la cifra de población brindada por el Inei, la cantidad de beneficiarios que debe cubrir la microrred y el EE. SS. para la *suplementación con micronutrientes y hierro*. Es importante mencionar que tanto en la RSVM como en la Diresa Junín manifestaron que la programación se hacía considerando el *padrón nominal* (y ya no con la población Inei). Ancieta manifiesta que se trabaja con la población Inei debido a que el *padrón nominal* aún se encuentra en proceso de implementación, “[...] entonces te decía que tenemos un formato donde estamos poniendo el nombre del recién nacido, y lo anotamos ahí a las personas que por ejemplo están viniendo y si se van a quedar buen tiempo. Por eso es el proceso de implementación con el padrón nominal” (comunicación personal, 22 de junio, 2017).

Además, según Ancieta, la cantidad de niños y niñas que deben cubrir tanto como EE. SS. y microrred, se calcula con base en los niños y niñas entre 6 y 35 meses que figuran en los registros del Inei. Para el EE. SS. David Guerrero Duarte, esta asciende a 668 niños (comunicación personal, 22 de junio, 2017). Una vez que se sabe este número, es comunicado a la RSVM para que, a su vez, lo comunique a la Diresa Junín. El cálculo para determinar la cantidad de micronutrientes es más sencillo pues estos deben ser entregados al total de niños entre los 6 y 35 meses. En cambio, el cálculo de la cantidad de sulfato ferroso se complica, al depender en gran medida de un correcto dosaje de hemoglobina, pues, el sulfato ferroso se le entrega a los niños y niñas que padecen anemia (ver Figura N.º 16).

Figura N.º 16: Flujograma de la Programación de suplementos



Elaboración propia

En este punto, es importante señalar que, al hacer las entrevistas correspondientes al proceso de programación de suplementos, tanto en la *Estrategia de Nutrición* de la Diresa Junín como en la *Etapa Vida Niño* del EE. SS., se encontró que existe confusión por parte de los funcionarios y del personal de salud acerca de cuál es la normativa vigente que rige la intervención. En el EE. SS. David Guerrero Duarte, se venía usando una normativa emitida dos años atrás, y lo mismo sucedía en la *Estrategia de Nutrición* de la Diresa Junín. Cabe resaltar que la normativa que brinda las pautas para esta intervención es cambiada cada año.

1.2. Límites del proceso y articulación

El límite superior de este proceso es cuando la Esnans y el Centro de Programación del Cenares establecen las *definiciones operacionales* y los *criterios de programación*, los cuales son expresados en el documento del *Pan*. Considerando ambos documentos se empieza a estimar la cantidad de beneficiarios y de recursos necesarios para llevar a cabo la intervención, mientras que el límite inferior es la conciliación de los requerimientos recibidos por parte de las Diresa (quienes, a su vez, recogen los requerimientos de las Redes y EE. SS.); esto se realiza, específicamente, en el Centro de Programación del Cenares. Por su parte, respecto a la articulación del proceso de programación de suplementos, este se encuentra directamente relacionado con el proceso de compras de los suplementos.

1.3. Insumos y recursos

Los insumos necesarios para el proceso de programación de suplementos son las *definiciones operacionales* y los *criterios de programación* y la NTS N.º 134. En tanto, los recursos que se requieren para el proceso de programación de suplementos son:

- Los recursos humanos responsables: la encargada de la intervención en la Esnans; el personal del Centro de Programación del Cenares; los encargados de la intervención de la *Estrategia de Nutrición*, el personal de Planeamiento y Presupuesto y de la Demid de la Diresa Junín; la encargada de *Estrategia de Nutrición* en la RSVM y la coordinadora de la *Etapa Vida Niño* en el EE. SS. David Guerrero Duarte.
- El tiempo asignado, una vez al año, el cual es de aproximadamente cuatro meses, entre marzo y julio, periodo en el cual se programan y ajustan todos los recursos necesarios para el año entrante. Cabe mencionar que se realiza una programación conjunta para todas las intervenciones del *Pan* y que la programación de los suplementos se realiza en espacios de tiempo comprendidos en el periodo mencionado, es decir, no se programa durante los cuatro meses en su totalidad.
- La infraestructura necesaria: las oficinas administrativas de la Esnans, el Cenares, de la Diresa Junín, la RSVM y del EE. SS. David Guerrero Duarte.

1.4. Productos

Los productos que resultan de este proceso son la programación de suplementos a base de hierro que serán necesarios para el año entrante y la programación de los insumos necesarios para que se pueda desarrollar la intervención.

1.5. Sistemas de información

Para fines de este proceso se hace uso del:

- *padrón nominal* para realizar una estimación de beneficiarios más cercana a la realidad (en este caso, el *padrón nominal* no se utiliza por no estar actualizado);
- aplicativo del Cenares, el cual se utiliza para registrar la programación de los requerimientos de las Diresa;
- Siga, para ingresar los requerimientos de recursos para el desarrollo de la intervención;
- Siaf, para la conversión presupuestal de los requerimientos.

1.6. Coordinación

Se ha identificado espacios de coordinación entre los encargados de la intervención en los diferentes niveles de gobierno, especialmente, durante la fase de definición y comunicación de los *criterios de programación* y las *definiciones operacionales*; estos son de modo presencial

y mediante teleconferencias entre el Minsa, el Cenares y la Diresa. Sin embargo, también se han evidenciado fallas a la hora de ejecutar del proceso de Programación, pues la población priorizada con la que la Diresa reportó que trabajaba era diferente a la de la RSVM, lo cual podría generar fallas graves al momento de calcular las metas físicas de la intervención.

1.7. Cuellos de botella en la programación de suplementos

Los *cuellos de botella* encontrados en esta fase son los siguientes:

- No se homologa y actualiza el *padrón nominal* a un 100%. Este sistema es un insumo de gran importancia para calcular la cantidad necesaria de suplementos y recursos para esta intervención, pero actualmente no muestra la información completa que debería. Este problema se revela en el testimonio de la coordinadora de la *Etapa Vida Niño* del EE. SS. David Guerrero Duarte, quien señala que este sistema aún viene implementándose en la provincia de Concepción. Cuando el personal del Centro de Programación del Cenares realiza una revisión del histórico de consumo por la Diresa, la intención es poder acercarse más al número de suplementos que se necesitarán; sin embargo, el histórico del consumo no muestra necesariamente el número de suplementos de se deberían adquirir (comunicación personal, 22 de junio, 2017).
- A nivel de la Diresa, personal del área de Planeamiento señaló que consideran problemático la separación del planeamiento y el presupuesto. Mientras el planeamiento lo lidera el Centro de Planeamiento Estratégico (Ceplan) a nivel nacional, el presupuesto y el Siga son liderados por el Mef. “Todos trabajamos en los sistemas, pero no estamos hablando los tres sistemas en el mismo idioma” (comunicación personal, 13 de julio, 2017). Además, indicó que el sistema Siga no se abre desde el inicio de la programación, situación que les trae problemas al programar los recursos necesarios pues no les da tiempo para hacer un cálculo adecuado de todo lo que van a necesitar.
- La población priorizada para la intervención, con la cual se realiza la programación de suplementos en la Diresa Junín y la RSVM, no coincide. Así, la Diresa Junín considera como población priorizada a los niños entre 6 y 17 meses y la RSVM a los menores de un año. Si este error trasciende a la práctica, podría resultar una programación de suplementos (y en general, de los recursos necesarios para la intervención) alejada de la realidad, lo cual repercutiría negativamente en los demás procesos. Asimismo, algo preocupante es que, para fines del cálculo de beneficiarios (tanto en la Diresa como en el EE. SS.), aún no se incluyen los criterios contenidos en la normativa actual, según la cual deberían considerar como beneficiarios a los niños desde los 4 meses de edad.

- A nivel red de salud, hay una deficiencia al momento de calcular el requerimiento de prestadores de servicio (especialmente de enfermeras) que se necesitarán para la intervención. Aunque se solicite una mayor cantidad de estos, la existencia de una restricción presupuestaria de los recursos transferidos por parte del Sis no permite asignar estos para contratar personal adicional. Al respecto, Milagros Chávez señala: “[...]. Entonces en el *Pan* también se divide el dinero y a la estrategia solo le llega esa cantidad de dinero. Te estoy hablando de RO [recursos ordinarios], porque en DyT [donaciones y transferencias] también nos llega dinero, pero DyT este año es el Sis, y en este concepto, por ejemplo, me ha llegado 4500, aparte me llegará 1 millón y tantos que lo he transferido a la Diresa para que compre sulfato ferroso. Porque el Sis te dice qué debes comprar, no te permite contratar personal; porque el Sis solo te dice ‘debes comprar insumos o medicamentos, o tal vez libros diarios y revistas’. Con esos 4500 que me ha mandado el Sis he hecho trípticos, varias cosas para promocionar, pero no me permiten contratar personal. Para mí eso es un limitante porque si existiera ese 1 millón 600, yo tuviera en la 23, yo podría contratar el personal que haga el seguimiento, las visitas domiciliarias, que verifiquen si la mamá le está dando al niño correctamente el micronutriente. Yo sé que con eso podríamos disminuir las tasas de anemia que tenemos, pero con el dinero que nos llega, es irrisorio pues, 7650 es muy bajo” (comunicación personal. 14 de julio, 2017).

2. Difusión de la intervención

Anteriormente, la estrategia comunicacional que incluía la difusión de la *suplementación con micronutrientes y hierro para niños y niñas menores de 3 años*, se denominaba *Nutriwawa*, la cual pertenecía al *Plan para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país 2014-2016*. Con el cambio de gobierno del año 2016, se publicó el *Plan Nacional* y actualmente la difusión de la intervención se ubica dentro de la estrategia denominada *Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC)*.

La CCC busca promover estilos de vida saludables y responsables en las familias dirigidas a reducir la anemia en mujeres gestantes y niños menores de 36 meses. Dado que el *Plan Nacional* reconoce que la información y los servicios específicos de salud se necesitan en momentos diferentes, se impulsa el concepto de convergencia alrededor de las familias y comunidades. La convergencia organiza la comunicación alrededor de las familias y comunidades ya que ellos son quienes toman las decisiones sobre su salud. Así, la estrategia impulsa las condiciones para la alineación de recursos y socios existentes en los diversos actores y sectores, y así apoyar los cambios necesarios en todos los niveles; asimismo, busca reducir la

duplicación de esfuerzos y promover la eficiencia y economías de escala (Minsa, 2017c). Según el Minsa (2017c), la CCC tiene tres dimensiones, cada una con un público objetivo diferente (ver Anexo L), las cuales son:

- Capacidades para el cambio de comportamiento en la población: El objetivo es promover y fortalecer las capacidades de los prestadores de servicios clave (personal de salud y otros de servicios públicos pertinentes) a fin de lograr en el público objetivo (madres y cuidadores de menores de 3 años y mujeres gestantes) actitudes y comportamientos que conduzcan a la reducción de anemia, con base en información completa, oportuna y veraz.
- Incidencia política: Busca incidir en las autoridades de gobierno y tomadores de decisión clave para consolidar sus compromisos dirigidos a asegurar políticas públicas, recursos e inversiones en favor del *Plan Nacional* para la reducción y control de la anemia y la DCI.
- Movilización social: Su propósito es generar en la ciudadanía una corriente de opinión favorable a la cruzada nacional de reducción y control de la anemia tanto a nivel nacional como local, movilizando su participación activa en favor del *Plan Nacional*.

Así, este enfoque organiza los públicos en función de cada una de las dimensiones, buscando la convergencia que permita la sinergia entre las diferentes audiencias y sus mensajes para impactar en el público objetivo final del *Plan Nacional*: los niños menores de 3 años (con prioridad en el menor de 24 meses) y las mujeres adolescentes y escolares (Minsa, 2017c).

2.1. Actividades, componentes y actores

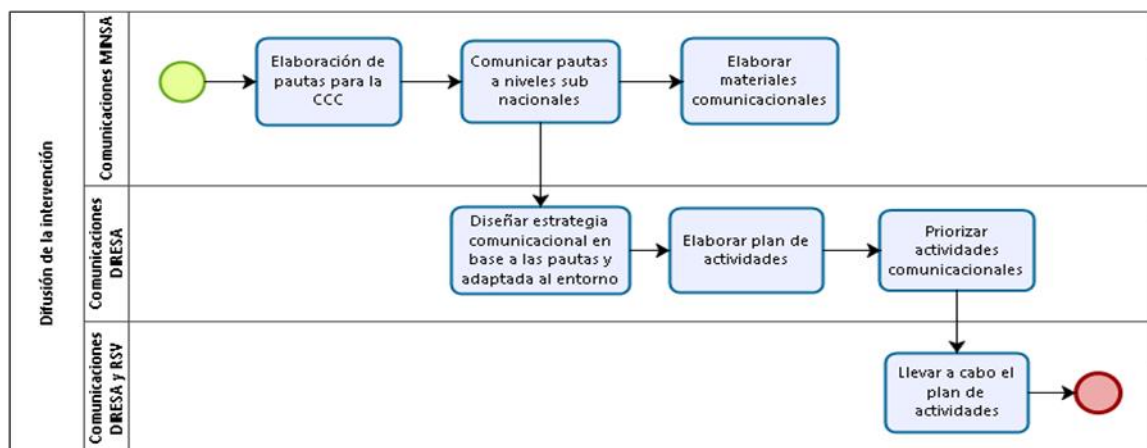
El proceso de difusión se lleva a cabo a lo largo de toda la intervención y los lineamientos que sigue son los que se encuentran indicados tanto en el *Plan Nacional* como en la NTS N.º 134. Las responsabilidades para su ejecución están asignadas en los diferentes niveles de Gobierno.

De acuerdo a la NTS N.º 134, a nivel nacional, las oficinas de Comunicación, o las que hagan sus veces, son las responsables de la elaboración y validación de los contenidos de los materiales comunicacionales que serán utilizados en relación a la intervención (Minsa, 2017a). A nivel regional, las Diresa a través de las oficinas de Comunicación y la Dirección General de Intervenciones en Salud Pública implementarán estrategias de comunicación e intervenciones efectivas orientadas a sensibilizar a la población sobre causas, consecuencias y prevención de la anemia. Para este fin, deberán considerar la diversidad cultural, la disponibilidad y acceso a alimentos ricos en hierro de origen animal de la localidad (Minsa, 2017a).

En entrevista con la comunicadora de la Diresa, Jholy Cano, manifestó que el Minsa les daba las pautas para la estrategia comunicacional direccionada a las intervenciones priorizadas del *Plan Nacional*, ya que todas estas se complementan y, seguidamente rediseñaban esta estrategia, pero adaptándola a su localidad: “La Oficina de Comunicaciones debe de cumplir un plan donde cada región programa que actividades realizará durante el año, y tiene que indicar cuál será prioridad, entre ellos tienen que encontrarse los temas de nutrición, lactancia materna, lavado de manos, incluso maternidad responsable, prevenir el embarazo en la adolescencia, inmunizaciones, Cred” (comunicación personal, 18 de agosto, 2017).

A nivel local, en la RSVM, las campañas de comunicación lideradas por la Diresa Junín se ejecuta desde la Oficina de Comunicaciones. Además, la encargada de la *Estrategia de Nutrición* también forma parte del proceso de difusión y realiza acciones que complementan las campañas. Al respecto, ella señala: “Sí, digamos yo me encargo de buscar alianzas estratégicas, ahora lo que he hecho me he subido a las combis, me he ido a los semáforos, salgo en las radios, busco *spots* gratuitos, he conseguido alianzas con la Universidad Nacional del Centro del Perú (UNCP) para que me pueda crear mis *spots*, he buscado apoyo de municipios. Porque yo no puedo costear y por eso debo buscar alianzas. Entonces, así [el presupuesto] esté bajo, eso estoy haciendo, eso me está permitiendo, no creo que lograr mi cobertura, pero por lo menos me permite avanzar” (comunicación personal, 8 de julio, 2017). La misma situación se expresa sobre el área de Comunicaciones de la RSVM: por la falta de presupuesto deben buscar apoyo gratuito externo, lo cual representa una gran limitante. En tanto, en el EE. SS. no se realiza este proceso, así que la ejecución de este llega solamente hasta la RSVM (ver Figura N. 17).

Figura N.º 17: Flujoograma de la difusión de la intervención



Elaboración propia

2.2. Límites del proceso y articulación

El proceso de difusión de la intervención empieza con el establecimiento de la estrategia CCC y termina una vez que esta ha sido ejecutada, es decir, una vez que la población objetivo se encuentra informada y orientada. Este proceso se lleva a cabo a lo largo de toda la intervención; en tal sentido, no tiene un orden secuencial respecto a los demás procesos, pero sí se está vinculado con algunos de estos, especialmente con el de entrega de suplementos y el de seguimiento a beneficiarios. Esto se debe a que la estrategia CCC complementa la consejería nutricional brindada al momento de la entrega de los suplementos y favorece el objetivo del seguimiento a los beneficiarios.

2.3. Insumos y recursos

El principal insumo de este proceso es el *Plan Nacional*, pues este contiene la estructura del componente comunicacional, donde se encuentran indicadas las estrategias y el público objetivo al que se debe informar. Los recursos necesarios para llevar a cabo este proceso son:

- los recursos humanos del área de Comunicaciones del Minsa, de la Diresa Junín y de la RSVM, y los responsables de la intervención en los diferentes niveles de Gobierno;
- las oficinas administrativas y los espacios se ejecutan las estrategias comunicacionales;
- el tiempo destinado a elaborar y ejecutar el componente comunicacional;
- los recursos financieros destinados a llevar a cabo este proceso.

2.4. Productos

El producto obtenido de este proceso son los materiales y campañas comunicacionales que se realicen con fines informativos, así como para promover esta intervención.

2.5. Sistemas de información

Los formatos utilizados para reportar los indicadores respecto al componente comunicacional al Minsa; aparte de estos no se hace uso de sistemas de información.

2.6. Coordinación

No se encontraron muchos espacios de coordinación entre niveles de gobierno. Solamente el momento en el que la Oficina de Comunicaciones del Minsa comunica a la Diresa las pautas establecidas para la estrategia comunicacional. Así como, las coordinaciones de la Diresa con la red de salud para llevar a cabo las campañas de comunicación. La coordinación representa un punto de mejora, que brindaría una oportunidad de retroalimentación desde el nivel regional y local, que podría optimizar el desarrollo de esta estrategia comunicacional.

2.7. Cuellos de botella en la difusión de suplementos

Los *cuellos de botella* de este proceso son los siguientes:

- En el nivel regional, están relacionadas con el modo de demostrar que han alcanzado (o no) las metas de difusión propuestas por el Minsa. Así, la comunicadora de la Diresa Junín, Jholy Cano, sostiene: “Entonces, estos son ciertos limitantes, la idea del sector salud, Mef... lo que importa son las cifras. Si te doy 10 soles, con eso debiste lograr esto y aquello; si no lo logras tu estrategia no funciona. Así funciona el componente comunicacional” (comunicación personal, 18 de agosto, 2017). Cano lo ilustra de a siguiente manera: “Por ejemplo, [la radio] Universal tiene como público objetivo a las personas de zonas rurales y generalmente las personas de la zona rural, se levantan temprano a las 4 o 5 de la mañana para que vayan a trabajar y escuchan, pero no puedo trabajar con ellos [radio Universal] porque no tengo un documento que me avale que he llegado a 3000 personas, por ejemplo” (comunicación personal, 18 de agosto, 2017). Es decir, en esta situación, el tener que demostrar con cifras la audiencia a la que se tiene llegada no permite a la comunicadora tener llegada a la zona rural del departamento, pues la radio que cubre esta zona no puede darles algún sustento de cobertura: por ello, no pueden recurrir a este medio para difundir la intervención. Este problema se relaciona con las restricciones impuestas por las normas de publicidad estatal.
- En el nivel local, en la RSVM, que es la unidad ejecutora, el problema radica en que no existe presupuesto asignado para la ejecución de actividades de difusión de la intervención, motivo por el cual estas no se ejecutan regularmente y tanto la encargada de la estrategia como del área de Comunicaciones se ven en la obligación de conseguir alianzas estratégicas externas a fin de llevar a cabo el proceso.

3. Compra de suplementos

3.1. Actividades, componentes y actores

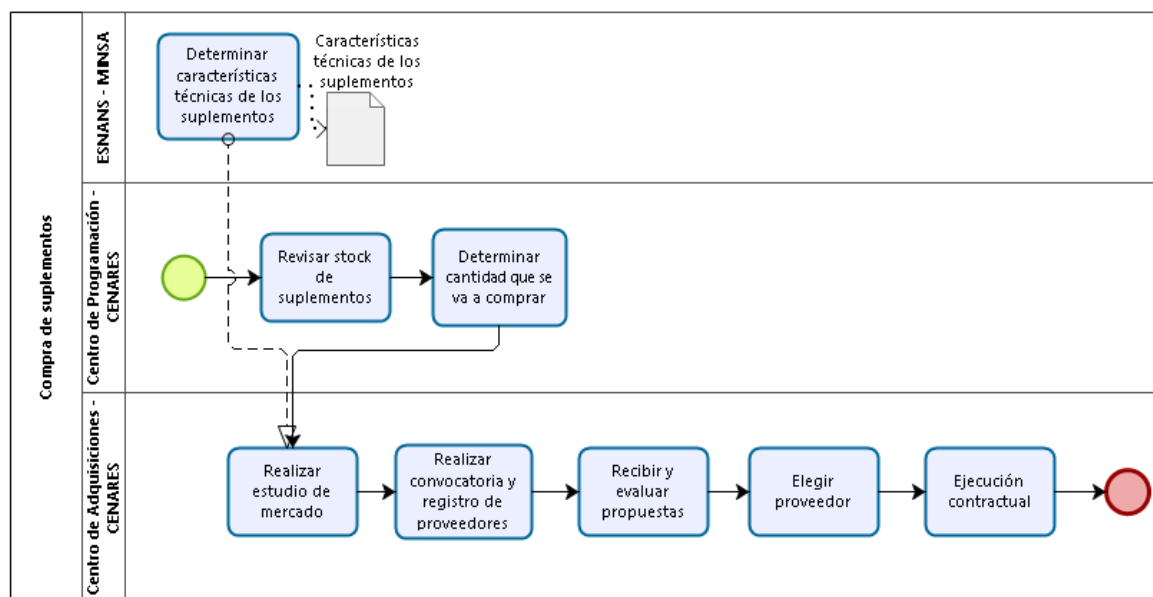
El proceso de compra de los suplementos inicia después de que el Centro de Programación del Cenares, junto a la Esnans, ha conciliado los requerimientos de todas las Diresa, así como de las redes de salud de Lima y Callao, y ha hecho una revisión al *stock* de los suplementos para, de ese modo, determinar la cantidad que debe comprarse. La Esnans, aparte de los requerimientos de suplementos (referidos a la cantidad), también debe enviar al Cenares las características técnicas de los productos que necesitará. Según Nancy Soto, Q.F. del Centro de Programación del Cenares, desde la Esnans, “tienen que dar una especificación técnica, con el requerimiento de la cantidad. Por ejemplo, tiene que indicar si es sobre, es tableta, es jarabe

que concentración tiene; es decir, todas las especificaciones que se necesita: si es farmacéutico, debe indicar cuáles son los detalles; si cuenta con buenas prácticas de manufactura, todas las especificaciones técnicas son las que se hacen con la entrega del producto; si es con control de calidad, dónde se haga la entrega; si va a pasar de frente al almacén... Toda esta información debe estar en la especificación técnica: nombre del producto, concentración y volumen” (comunicación personal, 19 de julio, 2017).

Luego, la responsabilidad pasa al Centro de Adquisiciones del Cenares, para buscar a los posibles proveedores. Soto manifiesta: “Esta es una expresión técnica que trabaja el Cenares para adquisiciones, escoges tú a los proveedores que comercializan este producto. Si tengo una compra por esto... se les escanea a los proveedores, ellos ya tienen su base de datos. Y te empiezan a contestar si tienen la capacidad de atender esta cantidad de productos en estas condiciones” (comunicación personal, 19 de julio, 2017). Para saber si los proveedores disponibles en el mercado podrán atender el pedido, existe un equipo encargado de realizar un estudio de mercado. Así, al recibir las respuestas de los posibles proveedores, las cuales algunas veces demoran o pueden ser negativas al no poder atender el requerimiento, quedan aquellos que ofrecen las mejores condiciones de compra para el Cenares. Según Soto “Los probables proveedores envían un resultado de estudio de mercado que dura dependiendo si te contestan rápido, o algunos no indican disponibilidad en ese momento no te cotizan. Y luego tienen que salir los productos de los mejores postores. Luego vemos las ofertas o que te digan, ‘mira te puedo cumplir, pero no en el tiempo que me pides, lo puedo hacer en 30 días más’. Entonces luego nos sentamos con la estrategia y le decimos que tenemos estas propuestas” (comunicación personal, 19 de julio, 2017).

Una vez que se tiene a los posibles proveedores que han declarado poder cumplir con las especificaciones técnicas y plazos solicitados, se procede con los procedimientos de compras establecidos por el Organismo Supervisor de Contrataciones con el Estado (Osce). En el caso de los micronutrientes, debido a que son comprados en el extranjero a Unicef, se adquieren por medio de un convenio; este tipo de compra se gestiona a través de una resolución ministerial. Al respecto, Soto indica: “Por ejemplo, Unicef no fue comprado por licitación pública, ni por subasta interna, ni por licitación, esto solo es válido para compras en el país” (comunicación personal, 19 de julio, 2017). Por otro lado, el complejo polimaltosado férrico (en gotas y jarabes), que será comprado por primera vez durante este año, será comprado a través de una licitación pública debido a que sobrepasa los 400 mil soles (ver Figura N.º 18).

Figura N.º 18: Flujoograma de la compra de suplementos



Elaboración propia

Cabe añadir que, a partir de este año, tanto los micronutrientes como el complejo polimaltosado (en sus dos presentaciones) serán adquiridos como productos estratégicos; es decir, serán comprados directamente con recursos del Minsa. Por lo tanto, serán entregados gratuitamente a toda la población objetivo de la intervención (como se mencionó en el proceso de planeamiento). Anteriormente los suplementos de hierro se ingresaban como compra corporativa: con recursos del Sis y solo se entregaban a los afiliados.

3.2. Límites del proceso y articulación

El proceso de compra de suplementos tiene como límite superior la revisión del *stock* de los suplementos del periodo anterior, luego de haber hecho una conciliación de los requerimientos de las Diresa. El límite inferior es la ejecución de la compra de los suplementos. El proceso de compra de suplementos se encuentra articulado con el proceso de programación de suplementos, pues se realiza una vez que este acaba. Asimismo, una vez culminado da pie al proceso de distribución de los suplementos a las Diresa y Redes de Salud en Lima.

3.3. Insumos y recursos

El insumo necesario para ejecutar la compra de suplementos es la programación obtenida como producto del proceso de planeamiento; sin embargo, para poder hacer las compras, la programación debe ser validada en el Centro de Programación del Cenares. Otro insumo requerido es el documento en el que la Esnans especifica las características técnicas de los suplementos. Los recursos necesarios para realizar la compra de suplementos son:

- los recursos financieros (actualmente transferidos directamente del Mef al Cenares);
- el recurso humano requerido para que se realice el proceso de compras, el cual pertenece tanto al Centro de Programación como al Centro de Adquisiciones del Cenares, así como el personal que labora en el almacén de esta entidad;
- el tiempo utilizado, aquel que toma hacer efectiva la compra de los suplementos, que usualmente demora entre dos a tres meses dependiendo de la modalidad de compra;
- la infraestructura necesaria comprende el área administrativa del Cenares, donde los equipos de trabajo realizan las actividades correspondientes a la compra, así como el almacén de esta entidad, el cual se encuentra ubicado en Lurín, Lima.

3.4. Productos

El producto que se obtiene del proceso de compra son los suplementos adquiridos al mejor postor del mercado (nacional o internacional) y almacenados, listos para su distribución.

3.5. Sistemas de información

Se hace uso del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (Seace) para efectuar la compra de los suplementos y demás insumos necesarios para llevar a cabo la intervención.

3.6. Coordinación

Las coordinaciones para la compra de los suplementos se realizan entre la Esnans y el Centro de Programación y el Centro de Abastecimiento del Cenares. La coordinación que se debe realizar al inicio de este proceso no es óptima; incluso representa un *cuello de botella* en este proceso y afecta a los siguientes. En la siguiente sección se explicará esto a mayor detalle.

3.7. Cuellos de botella en la compra de suplementos

Un *cuello de botella* relevante encontrado en este proceso es el retraso en las compras del suplemento que trata a los niños que ya padecen anemia (el sulfato ferroso). La tardía publicación (abril del 2017) de la base legal de esta intervención (la NTS N.º 134) no ha permitido que se realicen los requerimientos para poder hacer una compra oportuna. Así lo comenta Nancy Soto: “El problema ahí es que como no salían las directivas [...] un poco que demora el requerimiento. El producto está saliendo un poco tarde por eso. Por ejemplo, las gotas recién lo estamos haciendo. El plan ha salido en abril, cuando la promoción se hace 6 meses antes de empezar el año” (comunicación personal, 23 de julio, 2017). El problema se ve traducido en el desabastecimiento de gotas de sulfato ferroso de la Diresa Junín desde el año 2016 (ver Anexo Ñ).

4. Distribución de los suplementos

El proceso de distribución de los suplementos abarca la fase en la cual se movilizan los suplementos desde el almacén del Cenares (o desde donde se haya acordado con el proveedor) hasta cada EE. SS. para que, posteriormente, estos sean entregados a los beneficiarios.

4.1. Actividades, componentes y actores

El proceso de distribución empieza una vez que se adquirieron los suplementos en el Centro de Adquisiciones del Cenares y se encuentran listos para ser enviados al almacén de las diferentes Diresa. Al igual que en el planeamiento, este proceso se lleva a cabo en los diferentes niveles de gobierno, lo cual se explica seguidamente.

A nivel nacional, el responsable de la distribución de los suplementos es el Centro de Programación del Cenares. Luego de adquirir los suplementos ya se debe haber acordado con el vendedor un cronograma tentativo de entregas trimestrales a cada una de las Diresa. En este caso, lo que debe hacer el Centro de Programación del Cenares es realizar la confirmación trimestral con cada Diresa (esto a pesar de que ya exista una meta trimestral programada). De acuerdo con la Q.F. Nancy Soto, funcionaria del Centro de Programación, lo que viene sucediendo últimamente, en el caso de los micronutrientes, es que las Diresa confirman un monto mucho menor al que se había programado antes de iniciar el año para cada entrega trimestral, esto sucede porque no han usado todos los productos que tenían al no haber llegado al número de beneficiarios planteados como meta (comunicación personal, 23 de julio, 2017).

La confirmación trimestral de requerimientos de suplementos (así como de los productos necesarios para todas las estrategias) se hace a través de un oficio circular que es enviado a cada Diresa, el cual estas deben devolver. Actualmente, este oficio tiene un formato sencillo, ya que durante este año solo se ha distribuido un producto (los micronutrientes) de forma regular y recién ingresarán los suplementos a base de complejo polimaltosado férrico en los próximos meses. Estas cantidades enviadas por las Diresa son corroboradas mediante los Ici, que reportan el consumo mensual de los suplementos. A partir de estos reportes, la Q.F. Nancy Soto toma los consumos máximos mensuales para contrastar esta información con los requerimientos recibidos y orientarse hacia una cantidad más cercana a la necesidad real de cada Diresa: “Primero tengo que mirar cuál es su consumo y si por ejemplo me dicen que son 3 millones lo que han pedido, lo tengo que mirar antes porque de repente me piden y tienen para un año. No le doy porque tiene, entonces lo llamo porque ha habido un error de repente. Y le digo que su disponibilidad tiene para varios meses. Entonces, te dicen que ya no lo consideren, que lo ponga en cero” (comunicación personal, 23 de julio, 2017). Así, luego de verificar los

stocks de cada Diresa, se cuenta con la cantidad confirmada de suplementos que se necesitarán y se distribuyen; para esto se genera un cuadro de distribución en un aplicativo llamado Sicenares.

Seguidamente, para continuar con la distribución, se emite un pedido de comprobante de salida (pecosa)²³ al personal de almacén. Nancy Soto señala al respecto: “Con el pecosa ya impresa el personal empieza a empaquetarlo, porque se va por ejemplo a Junín, Arequipa, comienzan a empaquetar y lo separan. Tenemos un servicio de terceros [...]; ellos se encargan de hacer la distribución conjunta, y cuenta con toda la documentación” (comunicación personal, 23 de julio, 2017). El Cenares le realiza seguimiento a la distribución de los suplementos hasta que los productos llegan al almacén especializado de la Diresa, pues hasta ahí es de su competencia. A partir de que los suplementos están en los almacenes de las Diresa, cada una de estas es responsable de realizar la distribución a sus respectivas redes de salud.

A nivel regional, la Demid de la Diresa Junín es la encargada de la distribución a las redes de salud. Esta dirección, en conjunto con la *Estrategia de Nutrición*, debe confirmar al Centro de Programación del Cenares los requerimientos trimestrales de suplementos, anteriormente mencionados. Seguidamente, en el almacén de la Diresa se reciben los suplementos enviados a través de la movilidad contratada por el Cenares. Para que los suplementos puedan ingresar al almacén de la Diresa se deben presentar pecosas, guías de remisión, con estudios de análisis, entre otros documentos. En el almacén, un funcionario de la Demid es el encargado de recibir la mercadería. Una vez que los suplementos están en almacén, se da el visto bueno de las cantidades que están ingresando, de los lotes, fechas de vencimiento, etc. La *Estrategia de Nutrición* les facilita un *plan regional de distribución*, en el cual se indica cuánto de micronutrientes y sulfato ferroso (en gotas y en jarabe) se va a destinar a cada EE. SS. Estos montos son asignados en base al cumplimiento de metas de cada red de salud.

Los trabajadores de almacén validan el ingreso y generan una nota de entrada al almacén para derivarlo al área de Logística de la Diresa; en ese momento se genera el pecosa para la distribución a las redes de salud (las unidades ejecutoras). Luego, desde el almacén llaman al servicio de transporte para hacer el envío. Con el *plan regional de distribución* se envían los suplementos en base a cronogramas de abastecimiento en las redes de salud. La Q.F. Inés Ramos, de la Demid, señala al respecto: “Ahorita, por ejemplo, casi no hemos pedido micronutrientes al Cenares porque la cantidad que tenemos en los establecimientos de salud y en nuestro almacén son suficientes para cubrir la demanda” (comunicación personal, 13 de julio, 2017). Esta información puede ser corroborada a través del cuadro de requerimientos de micronutrientes facilitado por el Centro de Programación del Cenares (ver Anexo M). Como se

²³ Sirve para acreditar la salida de un bien del almacén del Minsa.

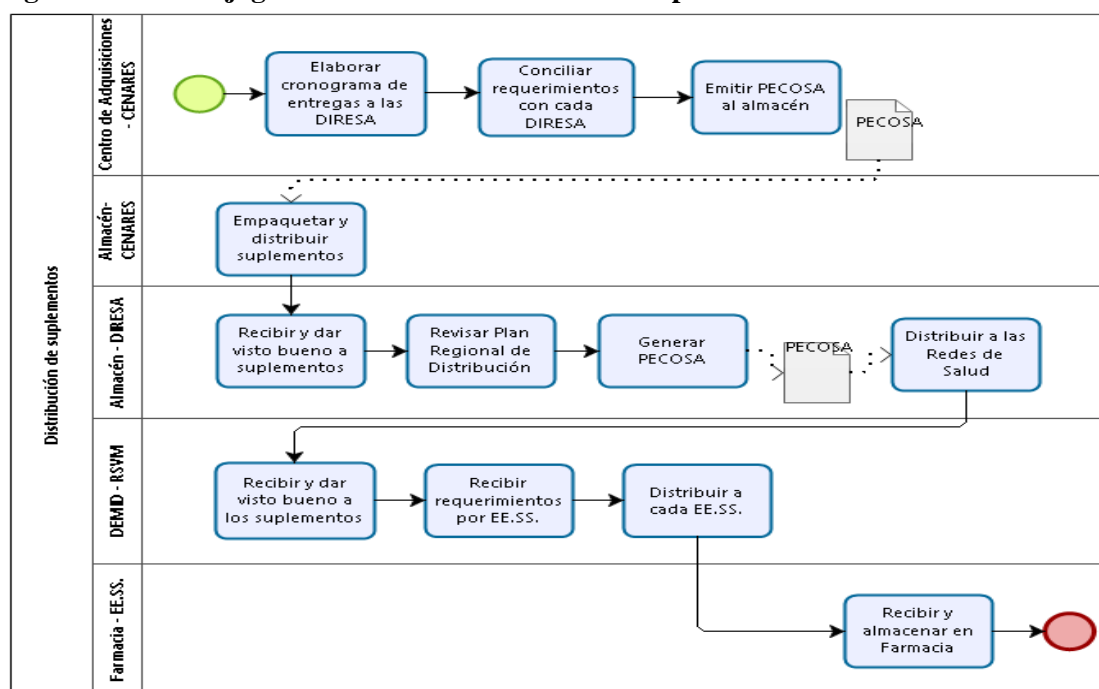
nota, la Diresa Junín no pidió abastecimiento de micronutrientes por dos trimestres consecutivos en el 2017, y el tercero pidió una cantidad equivalente a la tercera parte de lo que había programado inicialmente. Esto indica que se tiene un *sobrestock* de micronutrientes, probablemente debido a que no están llegando oportunamente a los beneficiarios.

A nivel local, el responsable de continuar con el proceso de distribución es la Demid de la RSVM. Una vez que los suplementos ya han sido enviados desde el almacén de la Diresa al de la red de salud se empiezan a recibir los requerimientos por parte de la *Estrategia de Nutrición* de la RSVM. A la par que la *Estrategia de Nutrición* le envía sus requerimientos a la Demid, ellos les comunican a cuanto ascendió su consumo promedio y su *stock* para que puedan ser más precisos con los montos, ahí se autoriza la distribución, pero siempre con el visto bueno de la *Estrategia de Nutrición*. A partir de esto se emite la guía de remisión, con lo cual se inicia la distribución a los EE. SS. La Q.F. Jossy Padilla comenta que lo recomendable es que los EE. SS. estén abastecidos para 6 meses, de esta manera evitan que puedan llegar a un estado crítico de desabastecimiento (comunicación personal, 22 de junio, 2017).

El coste del transporte, desde el almacén de la Diresa hasta la Microrred de Salud o el EE. SS. (de acuerdo al caso), lo asume el Sis a través de una transferencia de dinero. Así, la Q.F. Jossy Padilla indica lo siguiente: “Eso que llega del Sis cubre transportes, pero cubre nomás las entregas grandes. Al año son 4 entregas grandes, y solamente en ellas el transportista está en la obligación de llevar a la puerta de cada puesto de salud. Pero en el caso de chispita, que es mensual, es diferente. El transporte lo lleva nomás hasta la Microrred, es lo único que nos puede facilitar” (comunicación personal, 22 de junio, 2017).

A nivel EE. SS., los requerimientos de suplementos los emite la coordinadora de la *Etapa Vida Niño* a la RSVM. Dado que el EE. SS. David Guerrero Duarte es la sede de la Microrred de Salud de Concepción, cuando la red de salud transporta los suplementos a la Microrred, estos ya son depositados y están a disposición del área de Farmacia para su entrega. El área encargada dentro del EE. SS. es Farmacia, quienes reciben, almacenan y entregan los suplementos. Además, como Microrred deben asegurarse que los suplementos se distribuyan a los 18 EE. SS. adicionales que tienen bajo su jurisdicción. Al respecto, la Q.F. Carmen Urdánegui, perteneciente al área de Farmacia del EE. SS. David Guerrero Duarte, manifiesta que en el EE. SS. cuentan con un “sobre *stock*” de micronutrientes y para que los suplementos no se venzan realizan campañas para repartirlos en lugares como los Cuna Más o en los colegios. Sin embargo, menciona que, no se cuenta con *stock* de Vitamina A desde hace dos meses y que están con un *stock* muy bajo de sulfato ferroso en gotas (comunicación personal, 14 de julio, 2017) (ver Figura N.º 19).

Figura N.º 19: Flujograma de la distribución de los suplementos



Elaboración propia

4.2. Límites del proceso y articulación

El proceso de distribución tiene como límite superior la elaboración del cronograma tentativo de entregas trimestrales a las Diresa. Esta es elaborada por el Centro de Programación del Cenares una vez que ya se compraron los suplementos. El proceso tiene como límite inferior el transporte de los suplementos al almacén del EE. SS. cuando están aptos para ser entregados. El proceso de distribución se articula con el proceso de compras de suplementos, que es el que lo precede. Una vez que la distribución finaliza, se entrega de suplementos a los beneficiarios.

4.3. Insumos y recursos

El principal insumo necesario para llevar a cabo la distribución de los suplementos es la programación para el año, la cual es el producto del proceso de programación. Asimismo, los recursos necesarios para la distribución son los siguientes:

- Los recursos financieros utilizados para la distribución hasta los almacenes de las Diresa son costeados con presupuesto del Cenares. La distribución desde el almacén de las Diresa hasta el de las redes de salud y, posteriormente, a la Microrred y el EE. SS. son costeados por una donación del Sis, en este caso de estudio.
- La infraestructura comprende: el almacén del Cenares en Lima; el de la Diresa Junín, que es un almacén alquilado; el de la RSVM, que se encuentra en su misma sede; y el del EE. SS. David Guerrero Duarte. Asimismo, comprende el transporte utilizado para la distribución: el transporte tercerizado, que es contratado por el Cenares, encargado de

llevar los suplementos desde el almacén central al almacén de las Diresa (con excepción de Lima, a donde llevan los suplementos con una movilidad propia), así como el transporte utilizado para enviar los suplementos desde la Diresa hasta el EE. SS.

- Los recursos humanos involucrados, por nivel de Gobierno, son la Esnans, el personal del Centro de Programación y Almacén del Cenares a nivel nacional; el personal de la Demid, del Almacén y de la *Estrategia de Nutrición* de la Diresa Junín; la Demid, el Almacén y la *Estrategia de Nutrición* de la RSVM; y, en el EE. SS., el personal de la *Etapa Vida Niño* y el del área de Farmacia.

4.4. Productos

El producto que se obtiene del proceso de distribución son los suplementos localizados en el almacén del EE. SS. y listos para ser entregados por el área de Farmacia.

4.5. Sistemas de información

Los sistemas de información utilizados en este proceso son:

- un formato en Excel, manejado por el Centro de Programación del Cenares, para registrar y reconfirmar los requerimientos de cada Diresa;
- los Ici del Sismed, con los que se verifica el consumo promedio y máximo, y los *stocks* desde el Centro de Programación del Cenares, la Demid de la Diresa y de la RSVM;
- el aplicativo del Cenares, el cual permite al Centro de Programación hacer los cuadros de distribución de suplementos a cada Diresa;
- el aplicativo del Sismed denominado Val Sismed, software que permite a las redes de salud y a la Diresa registrar los ingresos, salidas, consumo, *stock*. Además, les permite obtener un *stock* real para que los EE. SS. a su cargo no estén desabastecidos.

4.6. Coordinación

Las coordinaciones para ejecutar la distribución entre las entidades involucradas parecen ser las idóneas: los requerimientos necesarios para el abastecimiento son comunicados a tiempo a las instancias correspondientes y las verificaciones se realizan oportunamente. Los sistemas de información utilizados juegan un rol importante en este proceso.

4.7. Cuellos de botella en la distribución de suplementos

Los *cuellos de botella* encontrados en este proceso son los siguientes:

- De acuerdo con la Q.F. Inés Ramos del Sismed, existe insuficiente recurso humano en los almacenes de la Diresa Junín, pues son solo 4 técnicos en farmacia los que trabajan en el área y las cantidades de medicamentos con las que deben lidiar son muy grandes y pesadas. El problema es que no hay presupuesto para contratar más personal y

solucionar esta deficiencia (comunicación personal, 13 de julio, 2017). Estos son los responsables del transporte de los suplementos al almacén de la RSVM.

- Asimismo, según las encargadas realizar este proceso en la Diresa y en la RSVM, anteriormente existían problemas y retrasos en la distribución. Sin embargo, como resultado de las metas de abastecimiento dadas en el Fed, se ha superado esta dificultad. Al cumplir con tener el *stock* suficiente en sus almacenes, reciben presupuesto adicional.
- Por otro lado, de acuerdo al *Cuadro de requerimientos de micronutrientes* (ver Anexo M), la Diresa Junín no ha pedido este producto por dos trimestres seguidos y el tercero pidió un tercio de lo inicialmente programado. Este *sobrestock* indicaría que no se están entregando los micronutrientes hacia los beneficiarios finales y, por tanto, no se estaría generando el valor público deseado. Sin embargo, esta dificultad se encontraría relacionada con el proceso de entrega de suplementos.

5. Entrega de suplementos a los beneficiarios

Antes de explicar el proceso de entrega de los suplementos, es importante precisar que cuenta con dos modalidades: dentro del control Cred y a través de visitas domiciliarias. Para el análisis de este proceso, además de entrevistas semiestructuradas, se ha hecho uso de guías de observación en ambas modalidades de entrega de los suplementos.

5.1. Actividades, componentes y actores

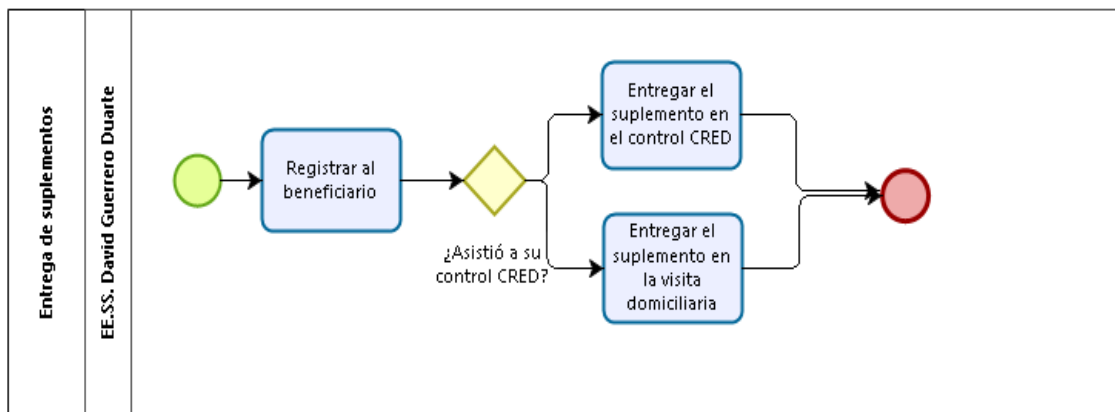
En primer lugar, la madre debe registrar a su menor hijo o hija en el EE. SS. para que pueda recibir ahí sus controles y el suplemento que le corresponda de acuerdo a su situación. El registro puede ser por medio del Sis o no. Con ello, la madre ya puede atender a su hijo o hija en el EE. SS., así como llevar sus controles Cred de acuerdo al esquema de controles establecido (ver Anexo J). Como se explicó en el capítulo 4 al hablar de la situación actual de la *suplementación con micronutrientes y hierro*, la condición en la que haya nacido el bebé (peso, tiempo de nacimiento, con anemia o sin anemia) determinará si le corresponde tomar gotas o jarabe de sulfato ferroso para tratar la anemia o micronutrientes como un preventivo de esta.

Los controles Cred, según Mari Luz Palacios, enfermera del área *Etapa Vida Niño* del EE. SS. David Guerrero Duarte, se realiza de la siguiente manera: “Viene el paciente, se le da la bienvenida; luego de eso se procede a ver si hay algún signo de alarma o hay algún problema que tenga el niño y luego empezamos con el examen físico. Lo pesamos, lo tallamos. Vemos cómo está de acuerdo a la curva de crecimiento, cuánto de peso y cuánto de talla ha ganado y se hace la evaluación nutricional del caso. Luego se hace la evaluación del desarrollo, y si es que hay algún procedimiento que realizar como dosaje de hemoglobina o entrega de

micronutrientes, se le realiza y se termina con la consejería nutricional” (comunicación personal, 22 de junio, 2017).

Otra modalidad de entrega es la visita domiciliaria, la cual está a cargo de dos técnicas en enfermería. De acuerdo a las observaciones re, estas se desarrollan de la siguiente manera: la técnica en enfermería empieza pidiendo la ficha de control y del Sis para revisar las entregas anteriores de micronutrientes; luego, programa el próximo control Cred.; y posteriormente, verifica si la madre le está dando adecuadamente el micronutriente al hijo y se le brinda la consejería nutricional. Se aprovecha en revisar si el niño o niña está al día con sus vacunas, se rellena una hoja de visita y, finalmente, se pide la huella digital y firma de la madre. La ventaja de las visitas domiciliarias es que se puede destinar un mayor tiempo a la consejería nutricional, esto debido a que estas visitas se realizan exclusivamente para la entrega de los micronutrientes (ver Figura N.º 20).

Figura N.º 20: Flujograma de la entrega de los suplementos



Elaboración propia

5.2. Límites del proceso y articulación

El límite superior del proceso de entrega de suplementos es el registro de los beneficiarios en el EE. SS. para que puedan ser atendidos ahí; en tanto, el límite inferior es la entrega efectiva del suplemento que corresponda, en cualquiera de sus dos modalidades: a través del control Cred o por visita domiciliaria. Ahora bien, el proceso de entrega de suplementos a los beneficiarios está articulado con la distribución de suplementos, pues es de crucial importancia que el EE. SS. esté abastecido para proceder con las entregas. Asimismo, el proceso que sigue a la entrega de suplementos es el de seguimiento a los beneficiarios, el cual se realiza también a partir de consultas Cred y visitas domiciliarias.

5.3. Insumos y recursos

El insumo necesario para llevar a cabo el proceso de entrega es el suplemento que se repartirá al beneficiario. Los recursos necesarios para realizar este proceso son:

- el tiempo destinado a la entrega de los suplementos, la cual se realiza una vez al mes, fluctúa entre 10 minutos aproximadamente cuando se realiza dentro de una consulta Cred y dura 15 minutos aproximadamente cuando es realizada en una visita domiciliaria;
- el recurso humano responsable de la entrega de suplementos, 4 enfermeras y 2 técnicas en enfermería que laboran en el área de *Etapa Vida Niño* del EE. SS., haciendo las consultas Cred, así como las visitas domiciliarias a los beneficiarios;
- la infraestructura utilizada para la entrega, los tres consultorios del EE. SS. en los cuales se realizan las consultas Cred y los domicilios de los beneficiarios.

5.4. Productos

El producto que resulta de este proceso es el suplemento entregado a los niños y niñas, de acuerdo al esquema de suplementación que les corresponda (prevención o tratamiento de la anemia) más la consejería nutricional.

5.5. Sistemas de información

El registro de entregas de los micronutrientes y suplementos de hierro se realiza a través de los siguientes formatos: formato único de atención (FUA) para los asegurados al Sis; registro diario de atención (HIS); tarjeta de control; ficha de seguimiento; y la hoja de visita (cuando se realizan visitas domiciliarias). Es importante mencionar que cada uno de estos formatos son rellenados de manera manual por el personal que brinda el servicio.

5.6. Coordinación

El proceso de entrega de suplementos se realiza dentro de la *Etapa Vida Niño* del EE. SS. Las coordinaciones necesarias para este proceso solo se realizan entre el personal que labora en el área. Cuando un niño no asiste a su control Cred, la enfermera debe comunicar a las técnicas en enfermería a qué niños se deberá realizar visitas domiciliarias para entregar los suplementos.

5.7. Cuellos de botella en la entrega de suplementos

Los *cuellos de botella* encontrados en este proceso son los siguientes:

- Al estar tan ligada la entrega de micronutrientes y suplementos de hierro a la consulta Cred, esta, a partir del año, deja de realizarse mensualmente para hacerse cada dos meses. Al respecto, Mari Luz Palacios, una de las enfermeras de esta área, manifiesta que disminuye la cantidad de madres que asisten al EE. SS. a recoger sus suplementos. “Cuando el niño cumple el año disminuyen las entregas. Por eso es que se empiezan a

hacer las visitas domiciliarias para poder entregar el micronutriente en casa” (comunicación personal, 22 de junio, 2017).

- Asimismo, en el momento de hacer las observaciones a las visitas domiciliarias realizadas por las técnicas en enfermería, en ningún caso (de los 4 observados durante un día) se encontró la entrega de otro suplemento que no fueran los micronutrientes. Al respecto, se consultó esto con la técnica, obteniendo como respuesta que en las visitas domiciliarias solo entregan lo micronutrientes. Esto representa una deficiencia, pues las visitas domiciliarias son una gran oportunidad para brindar una consejería y las indicaciones de uso de los suplementos debido al mayor tiempo que se dispone con el beneficiario y estas no se están aprovechando para repartir el sulfato ferroso, suplemento que brinda el tratamiento a los niños que padecen anemia.
- El *sobrestock* (ver Anexo M), indicaría que, a pesar de tener suficiente abastecimiento de suplementos (en el caso de los micronutrientes), no se estaría cumpliendo con las entregas oportunas para todos los niños y niñas beneficiarios de la intervención.

6. Seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos

En este proceso se considera el seguimiento realizado a la entrega de los suplementos a los beneficiarios, su adherencia al producto; así como el monitoreo a la disponibilidad de los suplementos en cada EE. SS. y en los almacenes de las redes de salud y las Diresa. Al igual que los procesos del planeamiento y la distribución, este se realiza en los tres niveles de gobierno.

6.1. Actividades, componentes y actores

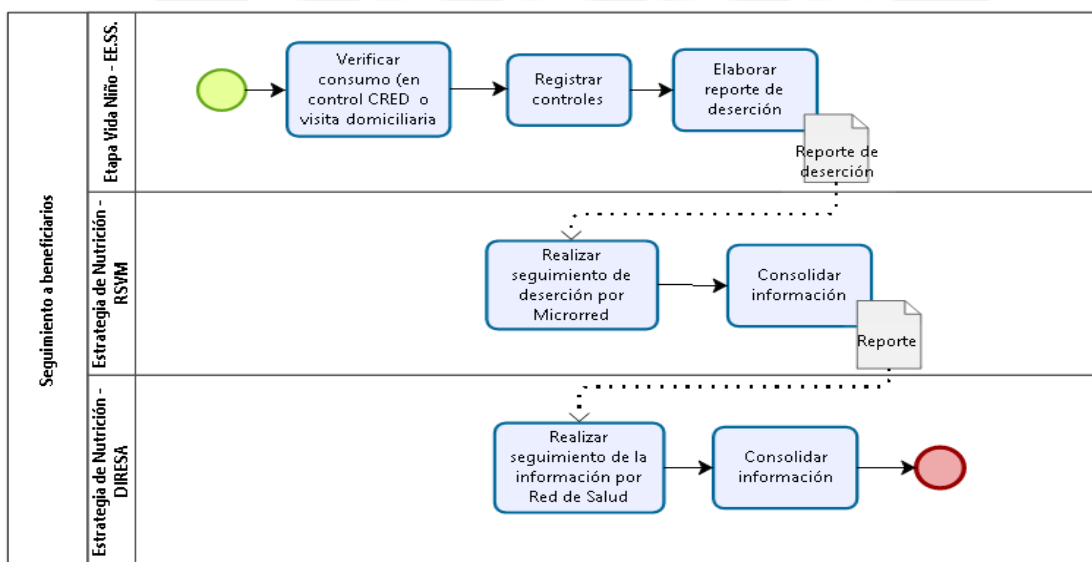
A nivel nacional, tanto el Cenares como la Digemid son las entidades encargadas de monitorear la disponibilidad de los suplementos en los almacenes regionales, locales y en cada EE. SS. a través del *Ici*. Por otra parte, la Esnans, es la encargada de verificar aspectos de la intervención como la cantidad de niños suplementados y el nivel de logro de metas (por las Diresa, las redes de salud y EE. SS.). Sin embargo, la enfermera encargada Doris Velásquez, señala que el seguimiento a los beneficiarios no es una práctica que se realice actualmente en este nivel de gobierno, pues no existe data de calidad disponible, especialmente la que brinda el Sistema de Información en Salud (HIS)²⁴. Por ello, finalmente solo se monitorean los suplementos a partir de lo reportado por el *Ici*. A nivel regional, en la Diresa Junín, la *Estrategia de Nutrición* coordina junto a sus redes de salud y hace seguimiento a la deserción de los beneficiarios. Por su parte, la Demid verifica los *stocks* en los almacenes de las redes de salud y

²⁴ Es una herramienta informática que se utiliza en el registro diario de atención y de otras actividades de consulta externa. Permite la digitación, procesamiento, consultas y explotación de los datos por el personal de salud. El HIS contribuye en el mejoramiento de la calidad del registro de datos, homogeniza criterios, incorpora nuevas formas de registro (Minsa, s.f.).

en cada EE. SS. bajo su jurisdicción a través del *Ici* y el *Informe de consumo integrado en almacenes (Idi)*.

A nivel local, el monitoreo se realiza en la RSVM. La *Estrategia de Nutrición* hace el seguimiento de los niños suplementados *en escritorio*, pues manifiestan que no hay un presupuesto asignado en viáticos para poder supervisar cada EE. SS. Se monitorea mensualmente la deserción por microrred y EE. SS. (ver Anexo N). Por su parte, la Demid revisa los *stocks* de cada uno de los EE. SS. y almacenes a través del *Ici* y el *Idi*. En el EE. SS., las enfermeras y técnicas en enfermería de la *Etapa Vida Niño* verifican en cada control Cred y visita domiciliaria la cantidad de entregas de los suplementos, así como la adherencia al micronutriente. También se realiza el dosaje de hemoglobina²⁵ a los beneficiarios para verificar si tienen anemia o no mediante el uso de microcubetas y lancetas. Asimismo, en cada atención deben registrar diferentes formatos de atención, como el HIS; estos datos se consolidan en la Oficina de Informática, quienes a su vez los envían a la red de salud a fin de que puedan monitorear a cada EE. SS. En tanto, la coordinadora de la *Etapa Vida Niño* debe realizar reportes mensuales, manualmente, de todas las atenciones brindadas relacionadas con su área en el EE. SS. para enviarlas a la red de salud. La nutricionista del EE. SS. es la encargada del registro de la deserción de los beneficiarios. Por otro lado, el área de Farmacia se encarga de revisar los *stocks* del EE. SS. (ver Figura N.º 21).

Figura N.º 21: Flujograma del seguimiento a beneficiarios



Elaboración propia

²⁵ El dosaje de hemoglobina se realiza a los 4 meses de edad; posteriormente se hacen dosajes de control al mes, los 3 meses y 6 meses de iniciada la suplementación. Al respecto, revisar el capítulo 4.6.

6.2. Límites del proceso y articulación

El límite superior, en el caso del seguimiento al beneficiario, es la entrega efectiva del suplemento que le corresponda; mientras que en el caso del monitoreo a los suplementos es la llegada de los suplementos a los almacenes (de la Diresa, la RSVM y del EE. SS.). En el primer caso, el límite inferior es la verificación del consumo por parte del beneficiario, y en el segundo, es la verificación de *stock* de suplementos en los almacenes. El seguimiento a beneficiarios y monitoreo de suplementos está articulado con la distribución y con la entrega de los suplementos en el EES.SS; pues a partir del primero, se puede hacer seguimiento a la disponibilidad de los insumos en el EE. SS. y a partir del segundo, se puede hacer seguimiento al consumo. Asimismo, este proceso se encuentra articulado con la contraloría social y satisfacción del usuario, pues a partir del seguimiento al beneficiario se pueden obtener sus opiniones y su nivel de satisfacción.

6.3. Insumos y recursos

Los insumos necesarios para el monitoreo son la data generada acerca de las entregas de los suplementos y el *stock* de estos, tanto en los almacenes como en el EE. SS. En tanto, los recursos necesarios para llevar a cabo este proceso son:

- la infraestructura necesaria, que son las Oficinas Administrativas de la Esnans, del Cenares, de la Diresa Junín, la RSVM y del EE. SS. David Guerrero Duarte;
- los recursos humanos involucrados por nivel de Gobierno: personal de la Esnans y del Centro de Programación del Cenares; de la Demid y de la *Estrategia de Nutrición* de la Diresa Junín; de la Demid y la *Estrategia de Nutrición* de la RSVM; y del EE. SS., el personal de la *Etapa Vida Niño* y el del área de Farmacia;
- el tiempo asignado para el monitoreo del *stock* de los suplementos es una vez a finales de cada mes en cada una de las instancias

6.4. Productos

Los productos de este proceso son los EE. SS. y almacenes con verificación de *stock* de suplementos, la entrega de suplementos a los beneficiarios registrada y la adherencia al producto verificada.

6.5. Sistemas de información

Se hace uso de los siguientes formatos de registro para el seguimiento al beneficiario: formato único de atención (FUA) para los asegurados al Sis; registro diario de atención (HIS); tarjeta de control; ficha de seguimiento; y la hoja de visita (cuando se realizan visitas domiciliarias). Asimismo, se hace uso de los siguientes sistemas de información:

- un formato en Excel, manejado por el Centro de Programación del Cenares para registrar y reconfirmar los requerimientos de las Diresa;
- los *Ici* del Sismed, para verificar el consumo promedio y máximo, y los *stocks* tanto en el Centro de Programación del Cenares como en la Demid de la Diresa y de la RSVM;
- el aplicativo del Sismed denominado VAL Sismed, *software* que permite registrar los ingresos, salidas, consumo, *stock*, *etc.*, a las redes de salud y a la Diresa, y permite obtener un *stock* real para que los EE. SS. a su cargo no estén desabastecidos;
- el HIS, que es una herramienta utilizada en el registro diario de atención.

6.6. Coordinación

Para el seguimiento a los beneficiarios (especialmente respecto a su deserción), se realiza una coordinación oportuna entre el EE. SS., la RSVM y la Diresa. Sin embargo, la coordinación no incluye a la Esnans. El monitoreo a los suplementos es realizado independientemente por cada entidad encargada, según el nivel de gobierno al que pertenece. Los espacios de coordinación se dan cuando se debe realizar la distribución de los suplementos.

6.7. Cuellos de botella en el seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos

Los *cuellos de botella* encontrados en este proceso son los siguientes:

- Se maneja el *cuadro de deserción* a nivel EE. SS. solamente para los micronutrientes y no para los suplementos de hierro. Dado que con estos últimos se atiende a los niños que ya tienen anemia, no se trata de una situación favorable, pues indica que se le viene dando una mucha menor importancia a estos casos de niños que ya tienen anemia.
- Asimismo, de acuerdo con Doris Velásquez, la coordinadora de la Esnans a nivel nacional hay dificultades para monitorear a los niños que han recibido visitas domiciliarias debido a que existe confusión por la gran cantidad de códigos que se manejan en el HIS: problemas de subregistro y mala data. Para mitigar esta problemática se está elaborando un manual a futuro para poder hacer un mejor seguimiento a las intervenciones contenidas en el *Plan Nacional*, pero actualmente no se puede realizar este seguimiento.
- Se ha detectado que no se realiza un adecuado seguimiento a los beneficiarios en el EE. SS. Al momento de realizar el monitoreo y entregar los informes mensuales existen problemas debido a que la responsable, que es la coordinadora de la *Etapa Vida Niño* del EE. SS., es también coordinadora a nivel microrred (que abarca 19 establecimientos de salud) y, a su vez, brinda atenciones Cred en consultorio; ello genera una saturación de actividades para la funcionaria cada fin de mes al hacer el seguimiento.

- Si a esta situación se suman los hallazgos obtenidos en el *focus group* realizado a 8 beneficiarias de la intervención, aumenta la relevancia de contar con un proceso de seguimiento óptimo a beneficiarios que permita una mayor cercanía con estos. En el *focus group* se pudo comprobar que existen problemas importantes relacionados a la adherencia, debido a los efectos secundarios que muchas veces originan los suplementos entregados, tales como: cambio de sabor en las comidas, estreñimiento y oscurecimiento de heces. Se detectó que el consumo es bastante sensible ante estos efectos adversos generados, por lo cual este puede ser interrumpido fácilmente.

7. Contraloría social y satisfacción del usuario

A partir de las entrevistas hechas en el EE. SS. David Guerrero Duarte y considerando la NTS N.º 134, se concluye que en el 2017 no se ejecutaron acciones relacionadas a la contraloría social y satisfacción del usuario en la *suplementación con micronutrientes y hierro*.

7.1. Actividades, componentes y actores

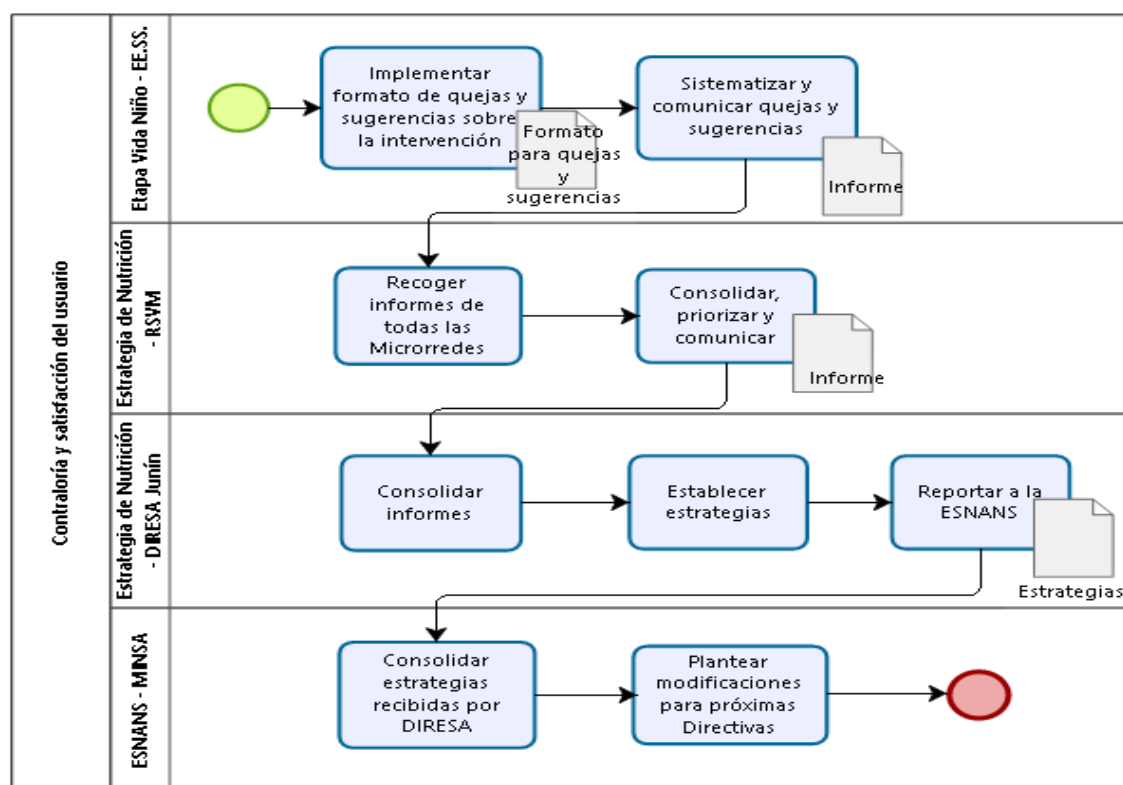
Es importante precisar que no existen modalidades en los EE. SS. para recoger las quejas o dudas de los beneficiarios para elevarlas a instancias superiores. Cuando algún niño o niña presenta, de modo repetitivo, reacciones adversas a los suplementos, solo se le deriva a la nutricionista del EE. SS. para que pueda hacer seguimiento más cercano y brindar una mejor orientación. Más allá de este procedimiento no hay otra línea de acción establecida al respecto.

Se considera muy importante el diseño de un proceso de esta índole, dado que al hacer un *focus group* con 8 madres de familia, cuyos hijos se atendían en el EE. SS. David Guerrero Duarte se pudo encontrar que, en todos los casos, sus hijos sufrieron efectos secundarios al hacer uso de los suplementos entregados en la intervención, en especial de los micronutrientes. Los efectos secundarios más destacados por ellas son los problemas de digestión que pueden presentar sus hijos; asimismo, resaltaron el cambio de sabor que generan los micronutrientes a las comidas, lo que ocasiona que el hijo no termine su ración. Sin embargo, todas las madres mencionaron que con la consejería de las enfermeras les siguieron dando el suplemento a sus hijos, dado que ellas les explicaron cómo contrarrestar el efecto usando productos naturales. Estos hallazgos ponen en manifiesto que existe un gran problema en el momento del consumo del suplemento por parte del beneficiario, lo cual indica una necesidad de elevar todas estas inquietudes a niveles estratégicos de la intervención, de manera que puedan ser tomadas en cuenta para posibles ajustes en esta.

Al preguntar al personal de la *Etapa Vida Niño* al respecto, manifestaron que el *Libro de reclamaciones* del establecimiento tenía la función de recoger las quejas de los usuarios

respecto a cualquiera de los servicios ofrecidos en el EE.SS. Sin embargo, no se encontraron procedimientos destinados a la evaluación de esta intervención por parte de sus beneficiarios. En este sentido, se propone que el proceso de contraloría social y satisfacción del usuario se realice como se indica a continuación. En primer lugar, dentro de la *Etapa Vida Niño* del EE.SS. se debe elaborar un formato para recoger las quejas y sugerencias sobre la intervención; el cual se deberá entregar al beneficiario en cada entrega (por control Cred o visita domiciliaria). Al final de cada trimestre, el personal del área deberá sistematizar toda esta información a través de un informe. Se deberá entregar estos informes a la *Estrategia de Nutrición* de la red de salud, las cuales deberán recoger y sistematizar los informes de todas las microrredes a su cargo. Cuando los informes estén consolidados, se deberá transmitir esa información a la *Estrategia de Nutrición* de la Diresa, quienes después de recoger todos los informes de las redes de salud deberán proponer estrategias para responder a las dificultades que presentaron los beneficiarios de acuerdo a las características de su región. Esta información, a su vez, deberá ser elevada a la Esnans, donde se encargarán de plantear las reformas que correspondan en la próxima norma técnica que contenga las pautas para la intervención (ver Figura N.º 22).

Figura N.º 22: Flujoograma de contraloría social y satisfacción del usuario



Elaboración propia

7.2. Límites del proceso y articulación

El proceso de contraloría social y satisfacción del usuario debería tener como límite superior el diseño del mecanismo para recoger las inquietudes y apreciaciones de los beneficiarios acerca de la intervención y como límite inferior el procesamiento efectivo de estas apreciaciones para así elevarlas a instancias superiores y poder efectuar ajustes o rediseños, según lo que corresponda. De realizarse, el proceso de contraloría social y satisfacción del usuario estaría articulado al seguimiento a beneficiarios y monitoreo de suplementos, ya que este último proceso es el que brindaría el insumo para poder implementarlo. Por otro lado, brindaría un buen insumo para replantear la fase de programación de la intervención.

7.3. Insumos y recursos

Dado que no es un proceso que se realiza en la intervención evaluada, no existen recursos destinados a este. Sin embargo, sí se cuenta con un insumo para poder implementar este proceso: en este caso serían las percepciones y reacciones de los beneficiarios sobre los suplementos recibidos, información que sí se encuentra registradas.

7.4. Productos

De realizarse este proceso, los productos resultantes serían las propuestas de mejora para la intervención en base a las percepciones recogidas de los beneficiarios.

7.5. Sistemas de información

Actualmente no hay sistemas de información ni formatos o registros para realizar el proceso de contraloría social y satisfacción del usuario. Sin embargo, para empezar a implementar este proceso se podría hacer uso de la tarjeta de control, ficha de seguimiento y hoja de visita (cuando se realizan visitas domiciliarias). Estos formatos plasman las reacciones adversas o los problemas identificados por los beneficiarios al hacer uso de los suplementos.

7.6. Coordinación

Para que este proceso se pueda desarrollar adecuadamente, debe existir un alto nivel de coordinación entre aquellos que se encuentran a cargo en los diferentes niveles de gobierno. De manera que se puedan elevar las inquietudes y sugerencias de los beneficiarios, para así poder realizar reajustes en la intervención.

7.7. Cuellos de botella en la contraloría social y satisfacción del usuario

A pesar de contar con evidencias de que existe una baja adherencia de los beneficiarios a los suplementos entregados al momento de realizarles el seguimiento y registrar la información, todavía no se ha implementado un mecanismo de contraloría social a través del cual se puedan canalizar estas inquietudes.

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

Dada la alta y sostenida prevalencia de anemia infantil en nuestro país a pesar de venirse implementando intervenciones destinadas a su erradicación desde hace casi dos décadas, se plantea como objetivo para la presente investigación determinar los *cuellos de botella* en los principales procesos de la *suplementación con micronutrientes y hierro en los niños y niñas menores de 3 años*. Se escogió el EE. SS. David Guerrero Duarte, tanto por la accesibilidad a la información y actores relevantes dentro de la intervención, como por estar situado en un departamento con tasas de anemia infantil sobre el promedio nacional y que, además, evidencia problemas en la implementación de la intervención. En tal sentido, los objetivos específicos de la investigación fueron direccionados a identificar las actividades que conformaban cada proceso, los actores participantes; así como aquellos insumos, recursos y sistemas de información necesarios para llevarlos a cabo. Además, se buscaba describir los productos resultantes en cada caso, como también reconocer los límites y articulación de cada uno con los demás procesos.

En el marco teórico, al abordar la corriente de la NGP, se habló de la GpR, un enfoque que busca la generación de valor público (Bid y Clad citados en García y García, 2010), otorgándole un mayor énfasis a los resultados. En este mismo contexto, se analizó el PpR, un instrumento bastante utilizado en nuestro país, cuyo objetivo es mejorar la calidad del gasto público, para lo cual vincula el presupuesto asignado (a un determinado programa) con resultados medibles (Ode citado en Marcel et al., 2014). Uno de los elementos que componen el PpR es el PP y es importante recordar que el *Pan* se trata de un PP y, en la presente oportunidad, se ha evaluado una de las intervenciones que lo componen. En tanto, de la GpP, también abordada en el marco teórico, se resalta su enfoque en los resultados, a través de la optimización de recursos públicos (PCM, s.f.). Actualmente, representa un pilar de la PNMGP y su uso se viene promoviendo en las entidades públicas a partir de diferentes normativas. Por ende, se puede afirmar que, actualmente, los instrumentos y enfoques utilizados en la administración pública del país tienen una fuerte orientación al resultado y a la satisfacción del usuario final.

Por otro lado, se encontró oportuno evaluar la intervención escogida con el propósito de mejorar su implementación. De los tipos de evaluación disponibles se encontró adecuada la aplicación de una evaluación por procesos, ya que esta permite detectar dificultades en un proyecto (o intervención) para así corregirlas oportunamente (Cohen y Franco, 1992). En tal sentido, se escogió el *Modelo de evaluación de procesos* del Coneval, debido a que esta

metodología te permite identificar los puntos críticos dentro de la intervención y en cada proceso de esta, lo cual se encuentra alineado con el objetivo de la investigación.

Con todo ello, a continuación, se presentan las conclusiones transversales a toda la intervención analizada:

1. Actualmente, se da un cambio anual de normativa que rige la intervención. Esto resulta perjudicial a la hora de la práctica pues, existe confusión por parte de los funcionarios sobre cuál es la normativa vigente. En el EE. SS. evaluado al momento en el que se realizó el trabajo de campo, se venía usando una normativa emitida dos años atrás, lo mismo sucedió cuando se consultó con base en cuál normativa trabajaban en la Diresa Junín.
2. A lo largo de toda la cadena de valor de la intervención, se le viene dando notoria prioridad a los micronutrientes con respecto al sulfato ferroso. Una evidencia de esto es el *sobrestock* de micronutrientes que se tiene y la carencia de sulfato ferroso en el departamento de Junín, siendo este último el suplemento utilizado para dar tratamiento a la anemia infantil en la intervención mientras los micronutrientes tienen un uso preventivo para esta enfermedad. Esta situación también se visibiliza en el seguimiento que se le da al consumo de los micronutrientes a través de las visitas domiciliarias, mientras este no se realiza para monitorear el consumo del sulfato ferroso. Estas visitas representan una gran oportunidad de acercamiento de las enfermeras y técnicas en enfermería, quienes brindan el servicio con las madres beneficiarias, ya que el tiempo destinado a la consejería sobre el uso del suplemento es mayor que en una consulta Cred.
3. En general, la *suplementación con micronutrientes y hierro a niños y niñas menores de 3 años* es una intervención que se encuentra bastante relacionada y depende del éxito de otras contenidas en el *Pan* y en el *Plan Nacional*, principalmente, con el Cred, la desparasitación, vacunas y tratamiento y prevención de la anemia en adolescentes, y puérperas. Ello se explica en que si se interviene de manera temprana: desde la adolescencia o, en su defecto, durante la etapa de embarazo de la madre, existirán menos posibilidades de que el niño o niña padezcan anemia en un futuro. Asimismo, al llevar a cabo las intervenciones de desparasitación y vacuna oportunamente, se puede sacar un mayor provecho al efecto de los suplementos repartidos. En tal sentido, es importante que, en la práctica, se promueva un

adecuado funcionamiento de estas intervenciones en conjunto. En esta oportunidad se ha evaluado solo una de estas, debido a que se contaba con evidencias de fallas en su funcionamiento.

4. Tanto en el EE. SS. como en la RSVM manifiestan que existe la necesidad de contar con más personal, especialmente en el primer nivel de atención. La dificultad radica en que, debido a la existencia de una restricción presupuestaria, la RSVM, no se encuentra en la facultad de contratar personal con el presupuesto disponible (transferencias del Sis) que tiene, a pesar de que sus EE. SS. soliciten este requerimiento. Asimismo, no se cuenta con personal exclusivamente encargado de la *suplementación con micronutrientes y hierro* en ningún nivel de gobierno, a pesar de que la lucha contra la anemia infantil es una política de Estado. Al estar, la intervención evaluada, dentro de un conjunto de intervenciones, al encargado respectivo se le asignan también las otras. Esta situación disminuye la posibilidad de implementar mejoras en la intervención debido a que el personal a cargo no la tiene como única prioridad.

Por otra parte, con respecto a cada proceso evaluado, se concluye que los *cuellos de botella* más relevantes son:

1. En el proceso de programación de suplementos, es necesario invertir mayores esfuerzos en la actualización de su principal insumo: el *padrón nominal*, el cual contiene un registro de la población objetivo de la intervención más aproximado a la realidad. Este representa un insumo esencial para la programación de suplementos (y demás recursos) de esta intervención, sobre de la cual se calculan todos los recursos que serán necesarios para llevarla a cabo; asimismo, tiene un rol importante, pues orientan los procesos de distribución de los suplementos, así como el seguimiento a beneficiarios y monitoreo de los suplementos. Al no contar con un *padrón nominal* actualizado no es posible realizar una inversión óptima a partir de las necesidades reales y se puede incurrir en el riesgo de realizar una sobre o subcobertura. En el presente caso de estudio, la implementación del *padrón nominal* se encuentra, en gran medida, bajo la responsabilidad de la coordinadora de la *Etapa Vida Niño* del EE. SS. David Guerrero Duarte (quien desempeña el cargo tanto en la Microrred de Salud de Concepción, como en el referido EE. SS.), así como de la municipalidad de la provincia. En el caso de la provincia de

Concepción, el *padrón nominal* no está actualizado y aún se ha implementado; por ende, no viene siendo usado en el proceso de planeamiento de la intervención. Esto a pesar de que la Ordenanza Regional N° 233-GRJ/CR) para implementar su uso fue publicada el mes de abril del 2016.

2. Con respecto al proceso de difusión de la intervención, se ha encontrado un problema a causa de las restricciones generadas por las normas que regulan la publicidad estatal. Esto se debe a que, a nivel de la Diresa no pueden llegar a la población objetivo más vulnerable a la anemia infantil, la cual se encuentra en la zona rural de Junín, debido a no pueden trabajar con una emisora de radio que es sintonizada por gran parte de los beneficiarios que viven en las zonas rurales del departamento. La razón de ello es que la emisora no les puede brindar pruebas de la sintonía que esta tiene; por ello, se ven imposibilitados de rendir cuentas a instancias superiores.
3. En cuanto al proceso de compra de suplementos, se encontró que se viene implementando una política de compras que consiste en adquirir una cantidad de micronutrientes mayor (calculada en dos meses adicionales de consumo) a la programada para el año a fin de evitar el desabastecimiento. Además, se viene cumpliendo el objetivo del proceso de distribución de los micronutrientes, pues se cuentan con almacenes con *sobrestock* de micronutrientes en la Diresa, la RSVM y el EE. SS. Sin embargo, el problema está al momento de ejecutar el proceso de entrega, pues existe una baja cobertura y una alta tasa de deserción de micronutrientes. Esto puede verse reflejado en el cuadro de deserción facilitado por la RSVM (ver Anexo N), en el cual se registra el número de niños que han recibido las 12 entregas de micronutrientes necesarias para completar el esquema de suplementación. En este cuadro se puede observar que un 34.4% de los niños y niñas atendidos en la Microrred de Concepción que han recibido micronutrientes no logran completar las 12 entregas. Además, es importante destacar que esta política para evitar el desabastecimiento solo se viene implementando para los micronutrientes y no para el sulfato ferroso.
4. La intervención evaluada es bastante sensible a los cambios en su marco legal, los cuales pueden perjudicar sus procesos en gran medida. En este caso, la publicación tardía de la NST N.º 134, marco legal de la intervención, ha originado demoras en el proceso de compra de los suplementos, específicamente en el caso del sulfato

ferroso. Esto se evidencia en el desabastecimiento de este producto, encargado de dar tratamiento a la anemia infantil, en los almacenes a nivel de la Diresa (ver Anexo Ñ) y, por tanto, a nivel red de salud y en el EE. SS. Esta situación perjudica, a su vez, el proceso de entrega de suplementos, pues no se puede ejecutar el esquema de suplementación para el tratamiento de la anemia infantil.

5. En el proceso de seguimiento a los beneficiarios se nota una alta tasa de deserción de los beneficiarios (ver Anexo N). Asimismo, tanto en el *focus group* realizado, como en investigaciones anteriores centradas en este aspecto (Tabla 4), se puede visualizar que existe una baja adherencia de los beneficiarios a los suplementos entregados. Este problema identificado pone en manifiesto la necesidad de contar con un mejor seguimiento a los beneficiarios e intensificar las consejerías nutricionales. Hallazgo que coincide uno de los resultados de la auditoría de desempeño al manejo preventivo de micronutrientes en niños de 6 a 35 meses, llevada a cabo por la Contraloría General de la República, en el cual se indica que existe un débil seguimiento y supervisión de la intervención y a la consejería brindada dentro de esta, lo cual propicia la baja adherencia de los beneficiarios a los suplementos entregados (Contraloría General de la República, 2016).
6. Actualmente, no se viene desarrollando óptimamente el seguimiento a los beneficiarios desde la Esnans, debido a que los sistemas de información utilizados (como el HIS) no brindan datos de calidad. Esta situación, representa una gran debilidad en la intervención, pues, finalmente, no permite que se realice un adecuado monitoreo de la cobertura real de la intervención, especialmente a nivel Minsa. El único tipo de monitoreo con el cual se trabaja, actualmente, es el de abastecimiento de los suplementos. Resulta de gran relevancia el diseño de un sistema de monitoreo en cada uno de los niveles de gobierno.

REFERENCIAS

- Alcázar, L. (2012). *Impacto económico de la anemia en Perú*. Lima: GRADE; Acción contra el Hambre.
- Arias, M. (1999). *La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones*. Obtenido de <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>
- Banco Mundial. (2010). *La formulación de políticas en la Oede: ideas para América Latina*.
- Banco Mundial. (2012). *Estrategias multisectoriales para mejorar la nutrición*.
- Banco Mundial y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [Oede]. (2005). *Buenas prácticas recientemente identificadas en gestión para resultados de desarrollo*.
- Becerril-Grandez, N. y Mendigure-Fernández, J. (2013). Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellín, provincia Antonio Raimondi, Ancash. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*.
- Bonilla, E., Díaz, B., Kleeberg, F., y Noriega, M. (2014). *Mejora continua de los procesos: herramientas y técnicas*. Lima: Universidad de Lima, Fondo Editorial.
- Bonnefoy, J., y Armijo, M. (2005). *Indicadores de desempeño en el sector público*.
- Bravo, J. (2008). *Gestión de procesos*. Santiago de Chile: Evolución.
- Castro, E. (2010). *El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas*.
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición [Cenan]. (2015). *Vigilancia centinela de adherencia a sales de hierro en niños de 6 a 35 meses y gestantes atendidos en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud en 12 departamentos del país*.
- Cohen, E., y Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. Siglo veintiuno editores .
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval]. (2017). *Términos de referencia de evaluación de procesos*. Obtenido de http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/NORMATIVIDAD/TdR_Procesos_2013/TdR_Procesos%202013_Oficio.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval]. (s.f.). *Evaluación de procesos*. Obtenido de http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Paginas/Evaluacion_Procesos.aspx
- Contraloría General de la República. (2016). *Auditoría de desempeño de la suplementación con micronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses*.
- Di Virgilio, M., y Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Obtenido de https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf

- Dirección de Presupuestos [Dipres]. (s.f.). *Evaluación de programas gubernamentales (EPG)*. Obtenido de <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-article-111762.html>
- Dirección Regional de Salud [Diresa] - Junín. (2017a). *Organigrama funcional de la Dirección de Salud de las Personas de la Diresa - Junín*. [Documentación interna].
- Dirección Regional de Salud [Diresa] - Junín. (2017b). *Metas de resultado y cobertura del FED para el G.R. Junín*. [Documentación interna].
- Feinstein, O. (2007). *Evaluación pragmática de políticas públicas*. Información Comercial Española.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]. (2009). *Nota técnica - Suplementación con multimicronutrientes*. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/.../NOTA_TECNICA_MULTIMICRONUTRIENTES.doc
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Obtenido de https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippece_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
- Galloway, D. (2002). *Mejora continua de procesos*. Barcelona: Gestión 2000.
- García, C. (2015). *Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del Minsa*.
- García, M., y García, R. (2010). *La gestión para resultados en el desarrollo: avances y desafíos en América Latina y el Caribe*.
- Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L., y Vermeersch, C. (2010). *La evaluación de impacto en la práctica*. Washington DC: World Bank.
- Guzmán, M. (2007). *Evaluación de programas: notas técnicas*. Santiago de Chile: Serie Gestión Pública.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Huamán-Espino, L., Aparco, J., Núñez-Roble, E., Gonzáles, E., Pillaca, J., y Mayta-Tristán, P. (2012). Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [Inei]. (2016a). *Desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años disminuyó en 3,1 puntos porcentuales*. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [Inei]. (2016b). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2016*. [Documentación interna].
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [Inei]. (2015a). *Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte*. Obtenido de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [Inei]. (2015b). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2014*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- Instituto Nacional de Salud [INS]. (2012). *Eficacia de la suplementación de hierro elemental en el incremento de los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses*. Obtenido de goo.gl/2FoaE6
- International Food Policy Research Institute. (s.f.). *Key Facts*. Obtenido de <https://www.unicef.org/ceecis/sprinklesfs.pdf>
- Khandker, S., Gayatri, K., & Hussain, S. (2010). *Handbook on Impact Evaluation*. World Bank Group. Obtenido de <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2693/520990PUB0EPI1101Official0Use0Only1.pdf>
- Losada, C. (1999). *¿De burócratas a gerentes?: las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington, D.C.: Idb.
- Marcel, M., Guzmán, M., y Sanginés, M. (2014). *Presupuestos para el desarrollo en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Martínez, R. (1995). *Análisis de políticas públicas*. Centro de Estudios Municipales y Provinciales. Obtenido de <http://www.cemupro.com.ar/wp-content/uploads/2010/11/Martinez-Nogueira-Analisis-de-politicas-publicas.pdf>
- Medina Giopp, A. (2005). *Gestión por procesos y creación de valor público: un enfoque analítico*. Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo.
- Mejía Salas, H., de Yale, M., Soria de Claros, A., y Daroca, M. (2004). Nuevas formas de combatir la anemia en niños: sprinkles (chispitas nutricionales). *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300011
- Microrred de Salud de Concepción. (s.f.). *Organigrama vigente de la Microrred de Salud de Concepción*. [Documentación interna].
- Ministerio de Administración Pública. (2013). *Marco común de evaluación*. Obtenido de <http://map.gob.do/wp-content/uploads/2012/03/Guia-CAF-2013-Para-Autoevaluacion.pdf>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [Midis]. (s.f.). *Para acelerar con la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú se requiere continuar con políticas de Estado basadas en evidencia*. Obtenido de http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/Políticas_de_estado_basadas_en_evidencia_para_DCI.htm#_ftn2
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [Midis]. (s.f.). *Sobre el FED*. Fondo de Estímulo al Desempeño y Logros Sociales. Obtenido de <http://www.midis.gob.pe/fed/sobre-el-fed/el-fed>

- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (s.f. a). *Evaluaciones independientes*. Obtenido de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/evaluaciones-independientes>
- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (s.f. b). *Las evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal para la mejora del gasto público*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/eval_indep/edep/index.html
- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (s.f. c). *Programa Articulado Nutricional*. Obtenido de http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2139:programa-articulado-nutricional&catid=211&Itemid=101528
- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (s.f. d). *¿Qué es presupuesto por resultados (PpR)?* Obtenido de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr>
- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (2008). *Informe final - PPE: Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (Pronaa)*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/eval_indep/2008_caratula_pronaa_pin.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (2015). *Directiva para los programas presupuestales en el marco de la programación y formulación del presupuesto del sector público para el año fiscal 2017*. Obtenido de <https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/resolucion-directoral/13245-ds002-2011ef/file>
- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (2016). *Programas presupuestales: diseño, revisión y articulación territorial*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/directiva_PP2016.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas [Mef]. (2017). *Convenio Apendis Junín - Mef*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/PAENDIS/conv_apendis_junin_MEF.pdf
- Ministerio de Fomento de España. (s.f.). *Sistema de gestión de la calidad según ISO 9001:2000*. Obtenido de <https://www.fomento.gob.es/NR/rdonlyres/23C12F31-2179-47C0-AA6B-9165529B74DA/112631/ISO90012000.pdf>
- Ministerio de Fomento de España. (2005). *La gestión por procesos*. Obtenido de <http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541acde-55bf-4f01-b8fa-03269d1ed94d/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf>
- Ministerio de Salud [Minsa]. (s.f.). *¿Qué es un micronutriente?* Obtenido de ftp://ftp2.Minsa.gob.pe/destacados/archivos/47/1_Vitamina%20A.pdf
- Ministerio de Salud [Minsa]. (s.f.). *HIS 3.05*. Obtenido de http://www.Minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/estadistica_2.asp?sub5=1
- Ministerio de Salud [Minsa]. (1999). *Normas técnicas para la prevención y control de deficiencias de micronutrientes*. Obtenido de http://bvs.Minsa.gob.pe/local/MINSA/849_MS-DOC.NOR59.pdf
- Ministerio de Salud [Minsa]. (2011). *Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años*. Obtenido de http://redperifericaaqp.gob.pe/wp-content/uploads/2015/02/CCDN_MINISTERIO_SALUD.pdf

- Ministerio de Salud [Minsa]. (2014a). *Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses*. Directiva Sanitaria N.º 056 -Minsa/DGSP. V.01. Obtenido de: http://www.Minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/001DS_Suplem_MultiMicro.pdf
- Ministerio de Salud [Minsa]. (2014b). *Mapa de procesos del Ministerio de Salud*. [Docuemntación interna].
- Ministerio de Salud [Minsa]. (2017a). *Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Obtenido de ftp://ftp2.Minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF
- Ministerio de Salud [Minsa]. (2017b). *Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021*. Obtenido de <http://www.Minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp?op=1>
- Ministerio de Salud [Minsa]. (2017c). *Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materna Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017- 2021 (documento técnico)*. Obtenido de ftp://ftp2.Minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF
- Ministerio de Salud [Minsa], Programa Mundial de Alimentos [PMA] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]. (s.f.). *Sistematización de la experiencia peruana sobre suplementación con micronutrientes en los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica*. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/spanish/SISTEMATIZACION_PILOTO_Multimicronutrientes_MINSA_UNICEF_PMA.pdf
- Mokate, K. (2003). *Convirtiendo el "monstruo" en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social*. Inter-American Development Bank .
- Moore, M. (1998). *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. Paidós.
- Munares-García, O., y Gómez-Guizado, G. (2016). *Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 35 meses de sitios centinela*. Ministerio de Salud, Perú. *Rev Bras Epidemiol*.
- Munayco, C., Ulloa-Rea, M., Medina-Osis, J., Lozano-Revollar, C., Tejada, V., Castro-Salazar, C., y Arias, L. (2013). Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [Fao]. (2014). *¿Por qué la nutrición es importante?*. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agriculytura [Fao]. (2015). *Macronutrientes y micronutrientes*. Obtenido de http://www.fao.org/elearning/Course/NFSLBC/es/story_content/external_files/Macronutrientes%20y%20micronutrientes.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Nutrientes*. Obtenido de <http://www.who.int/elena/nutrient/es/>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Nuevos pesos de la discapacidad para la carga mundial de morbilidad*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/12/10-084301/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Obtenido de Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>
- Paraje, G. (2009). *Desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica en América Latina y el Caribe*. Revista Cepal 99. Obtenido de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11328/099043063_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México D.F.: FLACSO.
- Pedraza Arias, A. (2011). *Modelo de gestión de redes y microrredes de salud*.
- Pérez , J. (2004). *Gestión por procesos: cómo utilizar ISO 9001:2000 para mejorar la gestión de la organización*. Madrid: ESIC.
- Pérez, J. (2009). *Gestión por procesos*. Madrid: ESIC.
- Programa Internacional de Evaluación para los Alumnos [PISA]. (2000). *Estrategia de suplementación de micronutrientes*. Biblioteca Virtual de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Obtenido de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/2094/Parte2.pdf>
- Ponce, M., y Pasco, M. (2015). *Guía de investigación en Gestión* . Lima: PUCP .
- Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. (s.f.). *Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N°004-2013-PCM - Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*.
- Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. (s.f.). *Documento orientador: implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N°004-2013-PCM - Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*.
- Real Academia Española [Rae]. (s.f.). Definición de ‘prevalencia’. *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?w=prevalencia>
- Red de Salud del Valle del Mantaro [RSVM]. (2013). *Manual de Organización y Funciones (Mof) de la RSVM* . [Documentación interna].
- Registro Nacional de Identificación y Estado Civil [Reniec]. (s.f.). *Padrón nominal*. Obtenido de <http://padronnominal.reniec.gob.pe/padronweb/acerca.html>
- Sánchez-Abanto, J. (2012). Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300018&script=sci_arttext

Schröder, P. (2001). *La nueva gestión pública: aportes para el buen gobierno*. México D.F.: Fundación Friedrich Naumann, Oficina Regional América Latina.

Secretaría de Gestión Pública [SGP]. (2017). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*. Obtenido de <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/04/PNMGP.pdf>

Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos. Médico-Quirúrgicos [Sismed]. (s.f.). *Presentación*. Obtenido de <http://www.sismed.Minsa.gob.pe/principal.asp>

Sotelo-Cruz, N., Gómez-Rivera, N., Ferrá-Fragoso, S., y Pereyda-Galaz, D. (2002). Tratamiento de la deficiencia de hierro en preescolares con dosis semanal de sulfato ferroso. *Gaceta Médica de México*.



LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- Bid: Banco Interamericano de Desarrollo
- Caf: Banco de Desarrollo de América Latina
- Cenan: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
- Cenares: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
- CCC: Comunicación para el Cambio de Comportamiento
- Coneval: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
- Cred: Control de crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de 5 años
- DCI: desnutrición crónica infantil
- Demid: Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas
- DGIESP: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
- Diresa: Dirección Regional de Salud
- EE. SS.: establecimiento de salud
- Endes: Encuesta demográfica y de salud familiar
- Esnans: Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable
- Fao: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
- Fed: Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales
- GpP: Gestión por procesos
- GpR: Gestión para resultados
- Geresa: Gerencia Regional de Salud
- HIS: Sistema de Información en Salud
- Ici: Informe de consumo integrado
- Idi: Informe de consumo integrado en almacenes
- Inei: Instituto Nacional de Estadística e Informática
- INS: Instituto Nacional de Salud
- Mef: Ministerio de Economía y Finanzas

Minedu: Ministerio de Educación

Minsa: Ministerio de Salud

MVCS: Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento

NGP: Nueva gestión pública

NTS N.º 134: Norma técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas

Ocde: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

Onu: Organización de las Naciones Unidas

Osce: Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado

Pan: Programa Articulado Nutricional

PCM: Presidencia del Consejo de Ministros

Pecosa: Pedido comprobante de salida

Plan Nacional: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 - 2021

PNMGP: Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública

PP: Programa presupuestal

PpR: Presupuesto por resultados

RSVM: Red de Salud del Valle del Mantaro

Seace: Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado

SGP: Secretaría de Gestión Pública

Siaf: Sistema de Administración Financiera

Siga: Sistema Integrado de Gestión Administrativa

Sis: Seguro Integral de Salud

Sismed: Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos

ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Preguntas de investigación	Objetivos de investigación	Variables	Metodología
Pregunta general:	Objetivo general:		<p>El <i>Modelo de evaluación de procesos</i> del Coneval permite realizar un análisis sistemático de la gestión operativa de un programa (o intervención) que permita valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de las metas y objetivo de este. Para lograr esto se deberá describir la gestión operativa del programa, en los distintos niveles de desagregación geográfica donde se lleva a cabo. Además, se tendrá que identificar y analizar los problemas o limitantes, tanto normativos como operativos, que obstaculizan la gestión del programa, así como las fortalezas y buenas prácticas que mejoran la capacidad de gestión del mismo. Finalmente, se debe analizar si la gestión y la articulación de los procesos contribuyen al logro del objetivo del programa (Coneval, 2017).</p>
¿Cuáles son los principales <i> cuellos de botella</i> dentro de los procesos de la <i> suplementación con micronutrientes y hierro</i> en el EE. SS. David Guerrero Duarte, a partir del <i> Modelo de evaluación de procesos de programas de desarrollo social del Coneval</i> durante el año 2017?	Determinar cuáles son los principales <i> cuellos de botella</i> dentro de los procesos de la <i> suplementación con micronutrientes y hierro</i> en el en el EE. SS. David Guerrero Duarte, a partir del <i> Modelo de evaluación de procesos de programas de desarrollo social del Coneval</i> durante el año 2017		
Preguntas específicas:	Objetivos específicos:		
¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de programación de suplementos necesarios para la <i> suplementación con micronutrientes y hierro</i> , en los diferentes niveles de gobierno?	Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos en el proceso de programación de suplementos necesarios para llevar a cabo la <i> suplementación con micronutrientes y hierro</i> , en los diferentes niveles de gobierno	Programación de suplementos	
¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de difusión de la intervención evaluada?	Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos en el proceso de difusión de la intervención que será evaluada	Difusión de la intervención	
¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de compra de suplementos necesarios para la intervención?	Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de compra de suplementos necesarios para la intervención	Compra de suplementos	

Preguntas específicas:	Objetivos específicos:	Variables	Metodología
¿Cuáles son las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de distribución de suplementos de la intervención en los diferentes niveles de gobierno hasta que los suplementos lleguen al EE. SS.?	Identificar las principales actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de distribución de suplementos necesarios para la intervención en los diferentes niveles de gobierno hasta que los suplementos lleguen al EE. SS.	Distribución de suplementos	<p>El <i>Modelo de evaluación de procesos</i> del Coneval permite realizar un análisis sistemático de la gestión operativa de un programa (o intervención) que permita valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de las metas y objetivo de este. Para lograr esto se deberá describir la gestión operativa del programa, en los distintos niveles de desagregación geográfica donde se lleva a cabo. Además, identificar y analizar los problemas o limitantes, tanto normativos como operativos, que obstaculizan la gestión del programa, así como las fortalezas y buenas prácticas que mejoran la capacidad de gestión del mismo.</p> <p>Finalmente, analizar si la gestión y la articulación de los procesos contribuyen al logro del objetivo del programa (Coneval, 2017).</p>
¿Cuáles son los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos del proceso de entrega de suplementos de la intervención dentro del EE. SS.?	Identificar los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos del proceso de entrega de suplementos necesarios para la intervención dentro del EE. SS.	Entrega de suplementos	
¿Cuáles son los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos de la intervención en los diferentes niveles de gobierno?	Identificar los principales mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos que componen el proceso de seguimiento a beneficiarios y monitoreo a los suplementos de la intervención en los diferentes niveles de gobierno	Seguimiento a beneficiarios y monitoreo de suplementos	
¿Cuáles son los mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos necesarios para llevar a cabo el proceso de contraloría social y satisfacción del beneficiario de la intervención?	Identificar los mecanismos, actividades, actores, insumos y recursos necesarios para llevar a cabo el proceso de contraloría social y satisfacción del beneficiario de la intervención	Contraloría social y satisfacción del beneficiario	

Elaboración propia

**ANEXO B: PRINCIPALES INDICADORES NUTRICIONALES DE LA ENDES
2016**

Indicador / Área de residencia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NUTRICIÓN EN LA NIÑEZ (porcentaje)								
Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón OMS)	23.8	23.2	19.5	18.1	17.5	14.6	14.3	13.1
Área urbana	14.2	14.1	10.1	10.5	10.3	8.3	9.1	7.9
Área rural	40.3	38.8	37	31.9	32.3	28.8	27.7	26.5
Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón NCHS)	18.3	17.9	15.2	13.5	13.1	10.7	10	9.3
Área urbana	9.9	10.1	7.4	7.3	7.1	5.8	6.1	5.3
Área rural	32.8	31.3	30	24.6	25.3	21.9	20.5	19.5
Niñas y niños menores de cinco años de edad con anemia	37.2	37.7	30.7	32.9	34	35.6	32.6	33.3
Área urbana	33.2	33	26.5	28.6	31.1	31.7	29.8	30.1
Área rural	44.1	45.7	38.6	40.7	39.8	44.4	39.7	41.4
Niñas y niños menores de cinco años de edad que recibió suplementos de hierro en los últimos siete días	11.9	14.8	13.6	14.9	17.6	16.4	19.8	19.3
Área urbana	10.4	12.8	11.6	13.3	15.2	15	18.1	18.6
Área rural	14.6	18.6	17.5	18	22.7	19.9	24.3	21.2
Niñas y niños menores de cinco años de edad que recibió suplementos de vitamina "A" los últimos seis meses	5.8	9.1	3.9	3.1	3.7	5.7	6.5	3.3
Área urbana	3.4	4.3	1.7	1.8	1.9	3.7	4.3	2.1
Área rural	10.2	17.7	8.1	5.6	7.6	10.6	12.5	6.7
Niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg.)	6.4	7.2	6.5	7.4	7.3	6	7.5	7
Área urbana	6.3	6.7	6	6.7	7.1	5.4	7.3	6.7
Área rural	6.5	8.2	7.3	8.8	7.7	7.4	8.9	8.1
Niñas y niños menores de seis meses de edad con lactancia exclusiva	68.5	68.3	70.6	67.6	72.3	68.4	65.2	69.8
Niñas y niños menores de cuatro meses de edad amamantados	99.3	97.9	99.3	98.8	97.4	98.8	97.9	98.4
Duración mediana de la lactancia (en meses) 10/	20.8	21.2	20.4	20.1	20.7	21.2	20.4	20.7

Fuente: Inei (2016b)

ANEXO C: PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, DURANTE EL AÑO 2016

Característica seleccionada	Total con anemia	Tipo de anemia			Número de niñas y niños
		Anemia Leve	Anemia moderada	Anemia severa	
Edad en meses					
06-08	62.1	33	28.8	0.4	513
09-11	56.7	31.1	24.9	0.7	522
12-17	59.3	34	24.9	0.5	1,060
18-23	43.6	27.2	15.9	0.5	1,057
24-35	29.3	21.8	7.3	0.2	2,306
36-47	24.4	20.1	4.3	0	2,332
48-59	17.5	15	2.5	0	2,271
Sexo					
Hombre	34.5	23.3	10.9	0.3	5,246
Mujer	31.9	22.2	9.5	0.1	4,815
Intervalo de nacimiento en meses					
Primer nacimiento 2/	29.6	19.8	9.4	0.3	3,215
<24	39.6	26.1	13	0.4	705
24-47	38.8	26.1	12.5	0.2	1,921
48+	33.4	23.5	9.7	0.1	3,824
Tratamiento del agua					
Con Cloro residual 3/	27	19.2	7.7	0.1	2,714
La hierven					
Red pública	34.2	23.3	10.6	0.3	4,545
Otra fuente	41.5	27.6	13.6	0.4	912
Otro tratamiento	12.4	8.8	3.6	0	33
Consumen agua embotellada	29.2	22.6	6.5	0.1	611
Sin tratamiento	40	25.7	14	0.2	1,246

Característica seleccionada	Total con anemia	Tipo de anemia			Número de niñas y niños
		Anemia Leve	Anemia moderada	Anemia severa	
Condición de la madre					
Madre entrevistada	33.6	22.9	10.4	0.2	9,684
Madre no entrevistada					
Madre en el hogar	24.1	18.1	6	0	114
Sin madre en el hogar 4/	25	18.3	6.3	0.4	260
Nivel de educación 5/					
Sin educación	42.5	29.3	13.2	0	173
Primaria	38.7	25.6	12.8	0.3	2,172
Secundaria	36.4	24.5	11.6	0.2	4,499
Superior	24.8	18.2	6.5	0.1	2,844
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	42.4	27.2	14.9	0.3	2,310
Segundo quintil	38.8	25.7	12.7	0.4	2,393
Quintil intermedio	32.9	23	9.8	0.1	2,110
Cuarto quintil	24.7	18.4	6.3	0	1,799
Quintil superior	20.6	16.1	4.5	0	1,448
Total 2016	33.3	22.8	10.3	0.2	10,060
Total 2012	32.9	20.7	11.8	0.3	8,236

Fuente: Inei (2016b)

ANEXO D: ÍNDICE DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN

EE. SS./Provincia/Departamento	2015	2016	A mayo del 2017
EE. SS. David Guerrero Duarte	76.30%	58.90%	55.06%
Concepción	70.20%	50.70%	47.70%
Total Junín	50.69%	50.18%	46.97%

Fuente: Diresa Junín



ANEXO E: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS CON ANEMIA 2016 SEGÚN REGIONES

Región	Población menor de tres años Inei 2016	% anemia en menores de tres años a nivel nacional 2016	N° de menores de tres años con anemia
Lima metropolitana	422,462	36.6%	137,722
Puno	86,035	75.9%	65,301
Junín	85,493	55.9%	47,791
Piura	109,066	42.8%	46,680
Cusco	75,567	56.6%	41,073
Loreto	65,228	60.7%	39,593
La Libertad	100,599	35.7%	35,914
Ancash	64,608	41.3%	26,683
Cajamarca	88,825	30.3%	26,914
Arequipa	61,975	44.5%	27,579
Lima provincia	50,695	40.9%	20,734
Huánuco	54,939	47.0%	25,821
Lambayeque	63,757	38.3%	24,419
Ayacucho	45,509	52.8%	24,029
San Martín	47,481	48.3%	22,933
Huancavelica	39,426	53.4%	21,053
Callao	46,260	43.8%	20,262
Ica	39,810	41.1%	16,362
Apurímac	29,344	53.5%	15,699
Ucayali	26,197	57.1%	14,958
Amazonas	25,637	44.6%	11,434
Pasco	18,660	60.6%	11,308
Tacna	16,603	35.1%	5,828
Tumbes	11,856	48.8%	5,786
Madre de Dios	7,696	55.6%	4,279
Moquegua	7,957	38.1%	3,032

Fuente: Minsa, 2017c

**ANEXO F: NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON
SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS, POR DEPARTAMENTO**

Ámbito geográfico	% que recibió suplementos de vitamina A en los últimos 6 meses	% que recibió suplementos de hierro en los últimos 7 días	% que recibió medicamento desparasitante en los últimos 12 meses	Número de niñas y niños
Área de residencia				
Urbana	2.1	18.6	30.2	8,230
Rural	6.7	21.2	41.2	2,981
Región natural				
Lima Metropolitana	0.8	18.1	22.5	3,230
Resto Costa	2.2	19.1	33.2	2,914
Sierra	6.3	21.3	32.8	3,060
Selva	4.5	18.4	50.7	2,008
Región				
Amazonas	3	22.3	51.5	181
Áncash	5.2	21.9	32.6	389
Apurímac	6.5	31.5	38.1	177
Arequipa	2.7	20.1	15.4	418
Ayacucho	5.9	26.4	37.5	207
Cajamarca	13.7	14.8	50	602
Prov. Const. del Callao	1.7	21.8	21.6	386
Cusco	6	23.1	34.9	403
Huancavelica	8.4	24.7	36.3	158
Huánuco	3.2	19.2	43.9	270
Ica	1.5	16.5	31.3	361
Junín	1	19.3	31.4	426
La Libertad	4.7	21.7	34.3	691
Lambayeque	1.6	13	33.1	437
Provincia de Lima	0.7	17.6	22.6	2,844
Región Lima	2.8	22.4	34.8	354
Loreto	5.3	19.1	48.3	624
Madre de Dios	4.4	14.2	40.1	68
Moquegua	5.8	22.8	18.9	57
Pasco	5.9	19.9	35.4	111
Piura	1.6	21.1	38.2	828
Puno	6	14.2	23.7	384
San Martín	2.6	20.6	56.9	352
Tacna	1.5	18.6	22.1	108
Tumbes	2.7	28.5	34.5	107
Ucayali	0.7	15.1	53	267
Lima	0.9	18.2	23.9	3,198
Total	3.3	19.3	33.1	11,211

Fuente: Inei (2016b)

ANEXO G: OFICIO N.º 26 – DIRESA JUNÍN

 Dirección Regional de Salud Junín Dirección Ejecutiva de Salud de 186 Personas	 REGION Junín VIDA Y SALUD DESARROLLO SOSTENIBLE CON EQUIDAD
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"	
Huancayo, 31 de octubre del 2016.	
OFICIO N° 26 - 2016 - GRJ-DRSJ- DG -DESP	
Doctora MONICA MARIELLA PUN CHINARRO. Directora General. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. MINISTERIO DE SALUD. Av. Salaverry N° 801/Jesús María.- LIMA. Presente.-	
ASUNTO: AUTORIZACION CON MICRONUTRIENTES	
Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y a la vez solicitar autorización para intervenir con micronutrientes en el grupo etareo de niños a partir de la edad de 3 años hasta 5 años 11 meses de edad, ámbito de la Dirección Regional de Salud Junín, por el tema de sobre stock, vencimiento cercano, y almacén pequeño. Adjunto Plan de Intensificación (3 folios), que en el OFICIO N°25-- 2016 - GRJ-DRSJ- DG –DESP, no se adjuntó.	
Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.	
Atentamente,	
NYA/ LZVG/SVL/vvl Cc. Archivo Folios N° 4	 GOBIERNO REGIONAL DEL ALTIPLANO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN Norberto Yancu DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNÍN
COORDINACIONES: J.C. TELLO N° 488 - Central Telefónica: 064-481270, anexo 229	



Dirección Regional de Salud Junín
Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

PLAN DE INTENSIFICACIÓN DE LA SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES Y SULFATO FERROSO EN GOTAS, EN LA REGION JUNIN 2016.

I.- DESARROLLO DE LA SUPLEMENTACION 2014-2016.

La suplementación con micronutrientes es universal, en el marco del Plan Nacional DCI-anemia 2014-2016; la programación meta física trabajada con el nivel central en el año 2014 es 39,035 niños; en el 2015 es 47,701 niños; en el 2016 es de 56,329 niños (20 millones 278,440 de sobres de micronutrientes).

En el año 2014 se da inicio a la intervención con 6 entregas de micronutrientes (180 sobres), sin tener en cuenta que para la suplementación no contamos a la fecha con ningún profesional exclusivo que se dedique en su esencia a la intervención suplementación y nos comprometimos con MINSA a suplementar a dichos niños con profesional de enfermería que realiza el CRED Completo; esto origina deserción, debido a que el personal de salud se dedica exclusivamente al CRED del R.N. y al CRED del niño menor de 5 años; y por los tiempos, descuidaba a la intervención en los niños mayores de 1 año de edad; toda vez que ese grupo regresaba con un periodo de cada 2 meses y en un 80 % no regresaba al control CRED, parecido sucedía con el niño mayor de 2 años de edad y 3 años de edad; en ese entonces en setiembre del año 2014, la nueva normatividad suma a 12 entregas; y donde el seguimiento la tendencia disminuyó y la deserción se incrementó en nuestra Región.

En el año 2015 el nivel central emite un Decreto Supremo N°71-2015, con parcial ayuda, y prioriza tres Redes para la contratación de recursos humanos enfatizando para Control CRED, (Satipo, Chanchamayo, Valle del Mantaro) que incorporaron y sumaron al PAN; a pesar de esa parcial ayuda presupuestal se fortaleció el control CRED del Recién nacido con 4 controles.

En el año 2016, la normatividad de suplementación tiene un cambio y considera la suplementación a niños de 4 meses de edad y 5 meses de edad con sulfato ferroso en gotas, sin considerar contratación de recursos humanos; aquí en DIRESA Junín se programó un barrido nutricional casa por casa en cuatro fases (de abril a agosto 2016), para lograr resultados en inmunizaciones, suplemento y CRED; y no tuvo resultados por escaso personal de salud y presupuesto).

En conclusión : No contamos con presupuesto (2.3), no contamos con personal CAS; para intervenir en el producto 3033256 (niño suplementado), y para este mes de noviembre 2016; el presente barrido denominado Plan de intensificación de la suplementación con micronutrientes y sulfato ferroso en gotas, estamos interviniendo dos días al mes (sábado y domingo) ; para la entrega y seguimiento se contara con profesionales de la salud que a la fecha no tienen trabajo y con estudiantes de ciencias de la salud de los últimos ciclos y estudiantes de secundaria del quinto año.

II.- SUSTENTO :

Programación de meta física al 100% (universal).

Deserción de 55% en niños menores de 3 años.

Sobre stock de micronutrientes : tenemos para 13 meses.

Vencimiento: Tenemos lotes que vencen en octubre 2016, febrero y mayo 2017.

No contamos con almacén exclusivo para micronutrientes, nos están brindando un espacio pequeño que es para los medicamentos y kit de bienvenida a la vida.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS
Calle 10 de Mayo N° 1000
Calle 10 de Mayo N° 1000
Calle 10 de Mayo N° 1000



Dirección Regional de Salud Junín
Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

III.- OBJETIVO GENERAL :

Realizar la suplementación intensiva de los niños de 4 meses hasta 5 años 11 meses 29 días; con sulfato ferroso en gotas y micronutrientes con 12 entregas, ámbito de la Diresa Junín.

V.- OBJETIVO ESPECIFICO :

Coordinar con instituciones educativas estatales y privadas de las ciencias de la salud, para que los estudiantes entreguen el insumo y brinden consejería nutricional.

Coordinar con UGEL, Hospital de Essalud, Hospital de Sanidad PNP, Hospital Militar, Hospital FAP, Unidad de Seguros, Estadística, Promsa, Comunicaciones, y otros para el logro de la intervención.

VI.- AMBITO:

Diresa Junín: Redes, Microredes, Establecimientos de Salud.

VII.- CRITERIOS DE INCLUSION:

Niño menor de 5 años 11 meses y 29 días.

Niño que recibió una primera fase de 6 entregas.

Niño que recibió una segunda fase de 6 entregas.

Niño que recibió una primera fase de 12 entregas.

Niño que recibió una segunda fase de 12 entregas.

VIII.- ESTRATEGIAS:

Se entrega el insumo a demanda, previa consejería al padre, madre y apoderado para asegurar el cumplimiento de las 12 entregas en el niño mayor de 6 meses y en el niño menor de 6 meses de edad.

Casa por casa se intensifica las visitas domiciliarias con apoyo no monetario de estudiantes de los últimos estudiantes de ciencias de la salud de los últimos ciclos y estudiantes de secundaria del quinto año; pegando un sticker de color verde en domicilio donde se ubique e intervenga al niño.

IX.- LINEAS DE ACCION:

Asegurar la cobertura de suplementación al 100% de la población : niños de Essalud, Niños Sanidad PNP, PM, FAP, Niños sin ningún tipo de seguro, niños sin DNI y lógicamente nuestro niños SIS.

Monitoreo diario de los niños suplementados.

Red de Salud emplea la política de estímulos a los estudiantes que realizan la intervención y otros.

X.- EVALUACION:

La evaluación de avances de cobertura se realiza al finalizar cada intervención mensual en cada Microred de Salud y Red de Salud.

XI.- RESPONSABLE:

Dr. Luis Zuñiga Villacresis-Director DESP.

Lic. Silvia R. Villegas Lazo.Coordinador ESANS:

Lic. Cesar E. Aldana Suclupe.Equipo ESANS-DESP

Ing. Javier R. Salas Palacios- SIEN-TDI-OITE

Ing. Jorge Fernandez Cuba HIS-Suplementación-OITE

XII.- CRONOGRAMA: (Sábados y domingos).

19 y 20 de noviembre 2016.; 17 y 18 de diciembre 2016.; 21,22 enero 2017.; 18 y 19 febrero 2017.;

18 y 19 marzo 2017; 22 y 23 abril 2017; 20 y 21 mayo 2017.; 17 y 18 junio 2017.

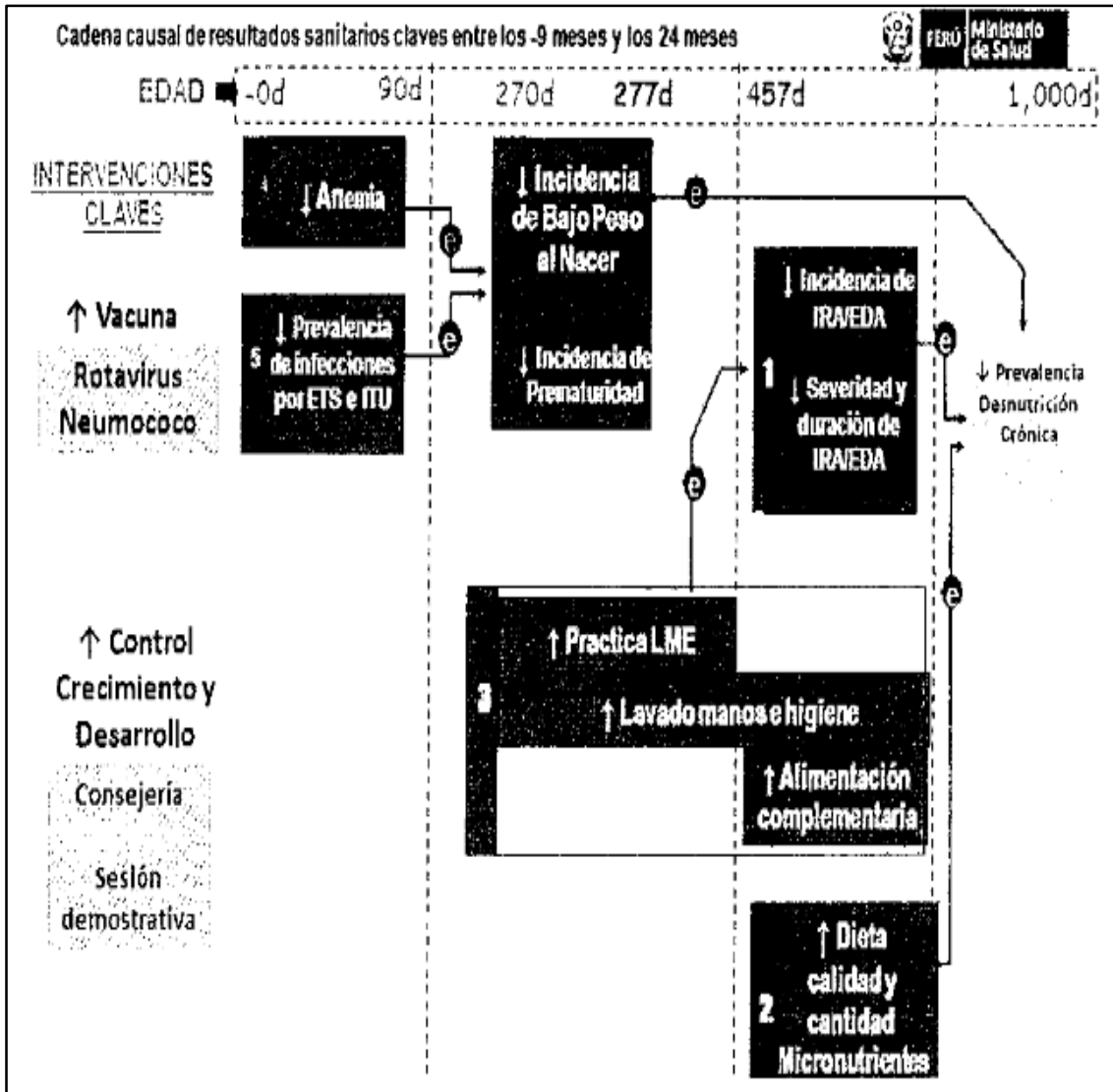
XIII.- DISPOSICIONES FINALES .

Cambios de acuerdo a normatividad vigente y autorización del Ministerio de Salud y Diresa Junín

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

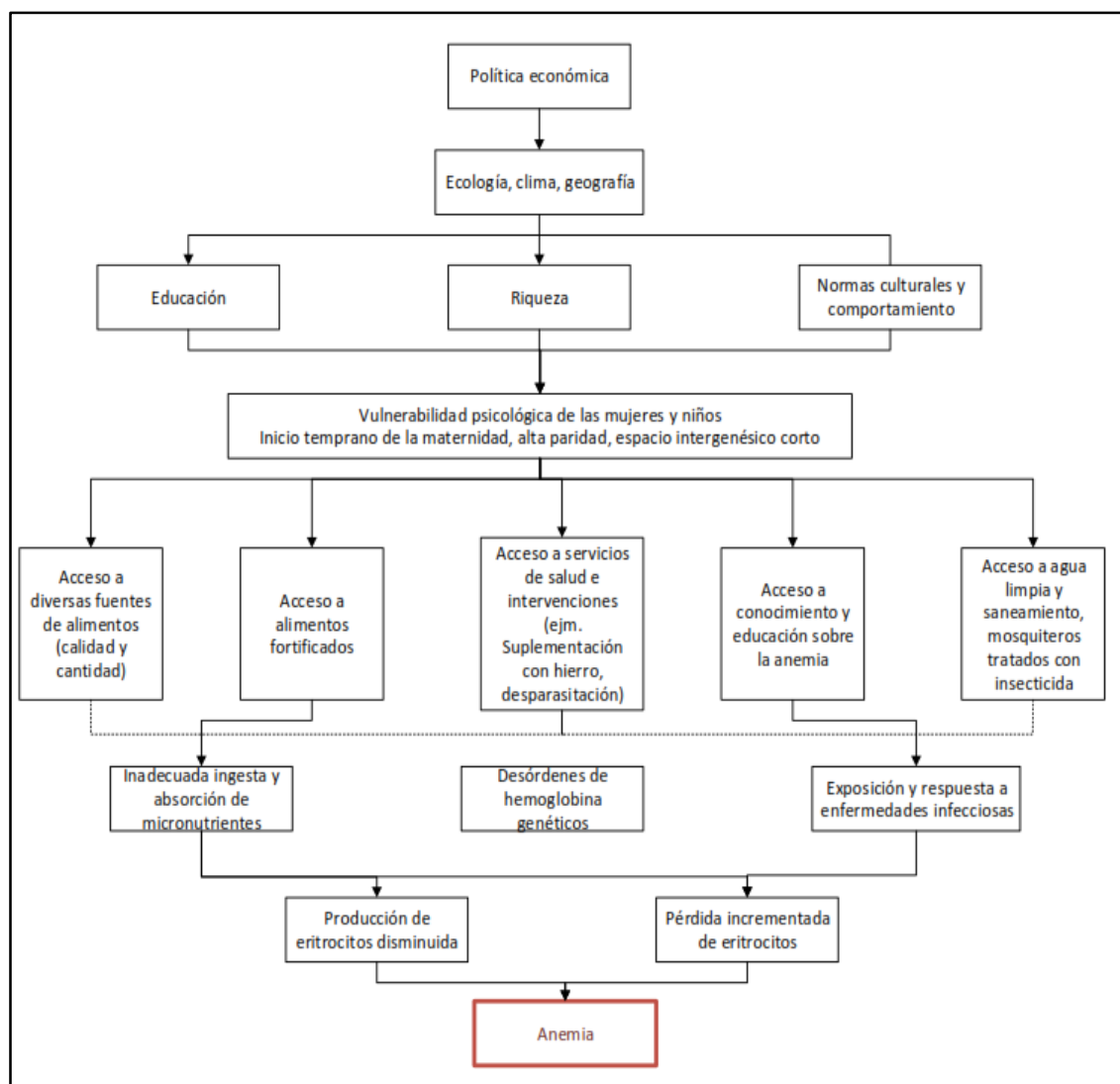
Lic. Silvia R. Villegas Lazo
COORDINADORA DE ESANS

ANEXO H: MODELO CAUSAL DEL PAN



Fuente: Minsa (2017a)

ANEXO I: MODELO CAUSAL DE LA ANEMIA EN EL PERÚ



Fuente: Balarajan y Lancet citados en Minsa (2017a)

ANEXO J: ESQUEMA DE PERIODICIDAD DE CONTROLES DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22m
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m y 57m

Fuente: Minsa (2011)



ANEXO K: VALORES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA Y NIVELES DE ANEMIA EN NIÑOS

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (gr/dl)			Sin Anemia si Hemoglobina (gr/dl)
Niños				
Niños prematuros				
1ra semana de vida	≤13.0			>13
2da a 4ta semana de vida	≤10			>10
5ta a 8va semana de vida	≤8			>8
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	<13.5			13.5-18-5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	<9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	<7.0	7.0-9.9	10.0-10-9	≥11.0

Fuente: Minsa (2017a)

ANEXO L: PÚBLICO OBJETIVO SEGÚN DIMENSIONES DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Dimensiones	Público objetivo
Capacidades para el Cambio de Comportamiento	<p><u>Público Objetivo Final (POF)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños menores de tres años con prioridad en el menor de 24 meses • Mujeres adolescentes y escolares <p><u>Público Objetivo Primario (POP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres, madres y cuidadores de niños menores de tres años con prioridad en el menor de 24 meses • Mujeres gestantes y lactantes <p><u>Público Objetivo Secundario (POS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de Salud • Gestores de servicios públicos (Midis, Educación, Minagri) • Agentes comunitarios
Incidencia Política	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades clave de los diferentes sectores del gobierno nacional (Minsa, Midis, Minedu, MVCS, Produce, Minagri) • Autoridades claves de los Gobiernos Regionales y Locales (gobernadores, directores regionales de salud, alcaldes) • Representantes de agencias de cooperación técnica nacional e internacional • Propietarios y periodistas de medios de comunicación masiva • Representantes de instituciones académicas vinculadas al sector salud • Representantes de Colegios Profesionales y gremios
Movilización social	<p><u>Público a nivel nacional y regional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Representantes del Sector Privado: Proyectos de Responsabilidad Social y otros • Representantes de ONG e iglesias • Agentes de la cadena de abastecimiento de alimentos (representantes de asociación de productores, empresas de alimentos envasados seleccionados, supermercados) • Comunicadores y periodistas de las regiones, municipios, Diresas, redes y medios nacionales y regionales <p><u>Público a nivel local y comunal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Directores y Docentes de Instituciones Educativas y APAFA • Líderes de Organizaciones de Base: Vaso de Leche, Comedores, Club de Madres, Iglesia, Organizaciones Campesinas, Juntas Vecinales, otros • Autoridades comunales y líderes locales • Comerciantes de mercados de alimentos

Fuente: Minsa (2017c)

ANEXO M: CUADRO DE REQUERIMIENTOS DE MICRONUTRIENTES DE LA DIRESA JUNÍN

Dependencia	Producto	Metas de regiones programación 2017	Requerimiento de regiones - programación 2017	I trimestre 2017		II trimestre 2017		III trimestre 2017	
				Programado	Confirmado	Programado	Confirmado	Programado	Confirmado
Diresa Junín	Multimicronutrientes 1gr polvo	42 645	14 392 710	3 600 000	0	3 600 000	0	3 600 000	1 224 340

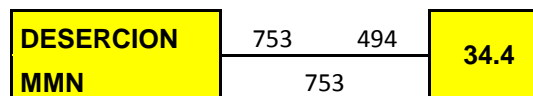
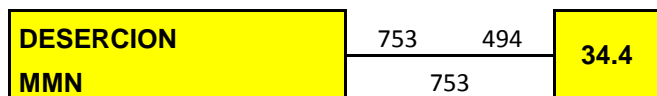
Fuente: Cenares (2017)



ANEXO N: TASA DE DESERCIÓN DE MICRONUTRIENTES EN LA MICRORRED DE CONCEPCIÓN

MRS CONCEPCION														
DESERCIÓN DE MMN 2017 MENOR DE 3 AÑOS														
													478	
AÑO	MES	1 MMN	2 MMN	3 MMN	4 MMN	5 MMN	6 MMN	7 MMN	8 MMN	9 MMN	10 MMN	11 MMN	12 MMN	TA
2015	ENERO													
	FEBRERO	80	73	103	88	88	90	65	57	46	27	8	4	
	MARZO	77	71	84	95	74	76	78	60	46	45	28	8	
	ABRIL	48	56	56	57	77	64	40	55	37	38	31	17	
	MAYO	41	45	60	64	64	77	70	60	47	45	33	33	
	JUNIO	78	48	52	74	70	71	82	67	61	47	41	30	
	JULIO	60	65	47	58	55	62	59	77	58	50	43	35	
	AGOSTO	62	68	64	54	73	67	64	62	87	57	47	42	
	SETIEMBRE	72	54	67	54	56	60	59	62	62	78	48	46	
	OCTUBRE	66	67	54	59	52	39	62	54	52	66	68	36	
	NOVIEMBRE	45	66	66	49	44	58	34	52	47	56	60	54	
	DICIEMBRE	63	44	63	61	52	51	56	52	55	39	61	52	
2016	ENERO	46	65	47	61	57	51	54	54	40	55	49	47	
	FEBRERO	55	45	57	47	56	54	42	42	52	40	45	49	38
	MARZO	66	58	53	63	59	53	45	36	48	47	41	51	31
	ABRIL	68	64	68	58	60	64	57	54	35	49	50	42	36
	MAYO	72	72	71	64	54	58	53	55	46	33	47	45	22
	JUNIO	43	66	53	70	67	54	63	53	42	40	34	45	33
	JULIO	41	48	67	50	64	64	61	61	42	37	38	34	28

AÑO	MES	1 MMN	2 MMN	3 MMN	4 MMN	5 MMN	6 MMN	7 MMN	8 MMN	9 MMN	10 MMN	11 MMN	12 MMN	TA
2017	AGOSTO	56	51	58	65	54	64	56	58	66	37	42	36	20
	SETIEMBRE	46	57	42	46	58	56	64	54	51	56	28	39	23
	OCTUBRE	69	46	64	51	54	66	71	74	64	62	71	32	32
	NOVIEMBRE	25	34	28	36	28	28	37	33	30	35	29	31	12
	DICIEMBRE	27	22	22	13	13	20	17	24	24	25	7	31	13
	ENERO	44	46	55	45	50	47	39	54	47	54	35	61	34
	FEBRERO	52	61	43	49	55	51	57	47	47	65	51	55	35
	MARZO	99	57	67	41	55	61	46	63	57	63	68	59	44
	ABRIL	25	20	18	22	24	30	21	14	21	29	25	26	14
	MAYO	19	31	25	23	24	25	27	24	25	28	33	32	13
	JUNIO	12	17	33	19	18	16	22	22	21	11	20	28	20
	JULIO													
	AGOSTO													
	SETIEMBRE													
	OCTUBRE													
	NOVIEMBRE													
	TOTAL		753	734	730	701	677	693	659	598	547	540	500	494
TOTAL		738												



N° niños sin MMN	259
I.A.	154%
I.C.	103%

ANEXO Ñ: MEMORANDO N° 91 - 2017

'AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO'

MEMORANDO N° 91 - 2017 -GRJ-DRSJ –DESP/ ESANS

A : Q.F. PAVEL ALEX CASALLO GÓMEZ.
Director Ejecutivo de Medicamentos, Insumos y Drogas.

ASUNTO : REALIZAR GESTIONES CON CENARES PARA ENTREGA DE SULFATO FERROSO, 25 mg, PRESENTACION EN GOTAS, PROGRAMADO EN SETIEMBRE 2016 PARA EL PERIODO 2017-2018

FECHA : Huancayo, 17 de agosto del 2017.

Es grato saludarlo a usted y solicitar realizar las gestiones con CENARES-Ministerio de Salud, para entrega de sulfato ferroso, 25 mg de hierro x ml x 30 ml, presentación en gotas, programado por las Redes de Salud en setiembre 2016, con la finalidad para ser atendidos en el periodo 2017-2018, con una cantidad de 49,000 unidades.

Es de conocimiento que DARES-MINSA a la fecha no cumplió en la entrega del insumo en el presente año 2017 y DEMID-DIRESAJUNIN, ha subsanado con la compra oportuna de 45,000 unidades en el presente año, y dado que el nivel central tiene pendiente atenderlos solicitamos de acuerdo al cuadro adjunto:

CODIGO SISMED	PRODUCTO	UNIDAD EJECUTORA RESPONSABLE DE LA PROGRAMACION	CANTIDAD PROGRAMADA
3536	FERROSO SULFATO, 25 mg de Fe / mL, SOLUCION, 30 mL.	U.E. VALLE DEL MANTARO	20,000
		U. E. CHUPACA	2,000
		U. E. JAUJA	3,300
		U. E. JUNIN	2,000
		U. E. TARMA	4,000
		U. E. CHANCHAMAYO	4,800
		U. E. PICHANAQUI	3,000
		U. E. SATIPO	3,900
		U. E. SAN MARTIN DE PANGOA	5,000
		DIRESA JUNIN	1,000
		TOTAL	49,000

SUSTENTO TECNICO : Según ENDES 2016, reporta 7,883 niños menores de 6 meses de edad con anemia en la Región Junín, estos niños reciben 6 goteros de hierro cada niño, para tratamiento de anemia, sumando en total 47,298 goteros de sulfato ferroso de 25 mg de Hierro x ml x 30 ml. Asimismo en Región Junín el histórico de niños con bajo peso reporta 450 niños por año que traducido en insumos, necesitamos 1,800 goteros de sulfato ferroso de 25 mg de Hierro x ml x 30 ml. **Sumando 47,298 goteros + 1,800 goteros = 49,098. goteros.**

CONCLUSION : La necesidad es : 49,000 goteros en calidad de urgente, dado que esta cantidad solamente es para atención de daños : anemia, existiendo una brecha faltante de insumos para suplementar a niños de 4 meses de edad y 5 meses de edad, correspondiente a una meta física de 23,500 niños, solicitándole derivar a las instancias correspondientes.

Atentamente,

Fuente: Diresa Junín (2017)

ANEXO O: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Figura O1: Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, *Evaluación de los procesos de la suplementación con micronutrientes y hierro, perteneciente al Programa Articulado Nutricional (Pan), a partir del análisis de un centro de salud de la provincia de concepción, situada en el departamento de Junín*, será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la *Suplementación con micronutrientes y hierro* en el Centro de Salud “David Guerrero Duarte” durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.

Andrea Torres Núñez
20110390

Yo _____, representante de _____ autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica *Evaluación de los procesos de la suplementación con micronutrientes y hierro, perteneciente al Programa Articulado Nutricional (Pan), a partir del análisis de un centro de salud de la provincia de concepción, situada en el departamento de Junín*. Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

Nombre:
Cargo:
DNI:

Figura O2: Consentimiento informado de Doris Velasquez

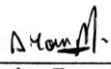
CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Torres Núñez
20110390

Yo DORIS VELASQUEZ CAGRETA representante de LESNANS autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

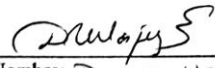

Nombre: Doris Velasquez
Cargo: coordinadora LESNANS.
DNI: 07148590

Figura O3: Consentimiento informado de Cecilia Bernabé

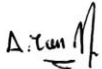
CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.



Andrea Torres Núñez
20110390

Yo Cecilia Bernabé Chávez representante de ESNABS - D200M autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre: Cecilia Bernabé
Cargo: comunicadora equipo técnico
DNI: 10417681

Figura O4: Consentimiento informado de César Aldana


CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Torres Núñez
20110390

Yo César Aldana Suelva representante de DIREJA JUNÍN-ESANS autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre: César Aldana Suelva
Cargo: Nutricionista de la Estrategia Nutrición-ESANS
DNI: 17445936

Figura O5: Consentimiento informado de Yolanda Martínez

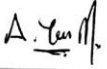
CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

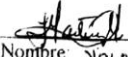
Agradecemos su apoyo.



Andrea Torres Núñez
20110390

Yo Yolanda Martínez, representante de DIRESA-Junín autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre: YOLANDA MARTINEZ MATOS
Cargo: PLANIFICADOR
DNI: 21120853

Figura O6: Consentimiento informado de Inés Ramos


CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Torres Núñez
20110390

Yo Inés Ramos Quillatupo, representante de DEMIO - DAUM autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

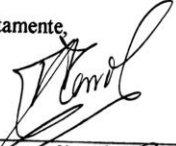

Nombre: Q.F. Inés Ramos Q.
Cargo:
DNI: 40463324

Figura O7: Consentimiento informado de Jholy Cano


CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.


Agradecemos su apoyo.



Andrea Torres Núñez
20110390

Yo Jholy Cano, representante de DIRESA-Junín autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre: Jholy Cano Blanco
Cargo: Comunicadora
DNI: 45533614

Figura O8: Consentimiento informado de Milagros Chávez


CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.


Agradecemos su apoyo.



Andrea Torres Núñez
20110390

Yo Milagros Adelmira Chávez Roque, representante de La Red Valle Mantaro autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre: _____
Cargo: Coordinadora de Alimentación y Nutrición.
DNI: 42359352

Figura O9: Consentimiento informado de Jossy Padilla


CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Torres Núñez
20110390

Yo Jossy Diana Padilla Huanca, representante de FARMACOVIGILANCIA RSUM autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

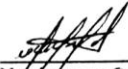

Nombre: Jossy Diana Padilla Huanca
Cargo: Responsable de Farmacovigilancia
DNI: 46442585

Figura O10: Consentimiento informado de Eva Ancieta

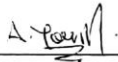
CONSENTIMIENTO INFORMADO


La presente investigación, "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén

El objetivo de contar con la información solicitada es para tener una información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Katherine Torres Núñez
Código: 20110390


Aida Fe Cárdenas Orlandini
Código: 20110602

Yo Eva Julia Ancieta Zacarias representante de C.S. "C.C.D" - Campesinos autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microred de Salud de Concepción - Junín". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

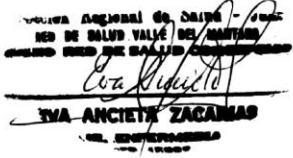

Nombre y apellido: Eva Julia Ancieta Zacarias
Cargo: Coordinadora de C.R.E.D.
DNI: 20401436.

Figura O11: Consentimiento informado de Carmen Urdánegui


CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.


Agradecemos su apoyo.



Andrea Torres Núñez
20110390

Yo Carmen Clariza Urdánegui Urdánegui, representante de C.S. Concepción autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,



Nombre
Cargo C.F.
DNI 19938318

Figura O12: Consentimiento informado de Estefania Gamarra

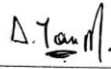
CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.



Andrea Torres Núñez
20110390

Yo ESTEFANIA GAMARRA YUPANQUI, representante de C.S. CONCEPCIÓN autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

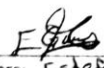

Nombre: Estefanía Gamarra Yupanqui
Cargo: TU en Enfermería
DNI: 44200216

Figura O13: Consentimiento informado de Mariluz Palacios


CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN", será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de la estudiante firmante abajo y cuenta con la asesoría y supervisión de la docente Guiselle Romero Lora.

El objetivo de contar con la información solicitada es determinar cuáles son los principales cuellos de botella dentro de los procesos de la Suplementación con micronutrientes y hierro en el Centro de Salud "David Guerrero Duarte" durante el año 2017. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento en el uso y publicación de la información proporcionada. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Torres Núñez
20110390

Yo PALACIOS MAURIQUE, MARILUZ, representante de C.S. Concepción autorizo la utilización y publicación de los datos ofrecidos para la elaboración del trabajo de investigación académica "EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO, PERTENECIENTE AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN), A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, SITUADA EN EL DEPARTAMENTO DE JUNÍN". Asimismo, de acuerdo a las necesidades de la investigación, autorizo que se haga mención de mi nombre y de la organización en la cual me desempeño.

Atentamente,

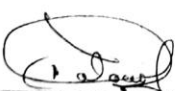

Nombre: PALACIOS MAURIQUE, MARILUZ
Cargo: Enfermera
DNI: 43026929,

Figura O14: Consentimiento informado de trabajo de campo

CONSENTIMIENTO PARA EL TRABAJO DE CAMPO

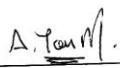
Estimado Sr. Manuel Rojas Huamán, Director de la Microrred de Salud Concepción, a través de la presente nos dirigimos a usted con el motivo de solicitar su consentimiento para la realización del trabajo de campo de nuestro trabajo de investigación.


La investigación está denominada "Monitoreo de la estrategia de Suplementación con Multimicronutrientes, caso: Microrred de Salud de Concepción - Junín" será presentada para la obtención de la licenciatura en la Facultad de Gestión y Alta Dirección de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La realización está a cargo de los estudiantes firmantes abajo y cuenta con la asesoría y supervisión del docente Jean Pierre Seclén


El objetivo del trabajo de campo es contar información más certera para las conclusiones pertinentes de la investigación. Dicha información, será dada a conocer de manera abierta al público en general al ser publicado el trabajo a través de la Biblioteca de la Universidad y de su repositorio virtual.

En ese sentido, agradeceremos ratificar su consentimiento para poder realizar el trabajo de campo. Para ello, le garantizamos que estos serán utilizados sólo para fines de investigación académica.

Agradecemos su apoyo.


Andrea Katherine Torres Núñez
72182605


Aida Fe Cárdenas Orlandini
48318596


D. Manuel Rojas Huamán
Manuel Rojas Huamán
DNI: 46490735

ANEXO P: GUÍAS DE ENTREVISTA

Guía de entrevista a expertos(as) – Mef

1. ¿Cuál es la denominación que se le debería dar a la suplementación con micronutrientes dentro del *Pan*? (¿es una intervención, actividad, producto?)
2. ¿Considera usted pertinente evaluar un componente de un programa presupuestal como la suplementación con micronutrientes?
3. Las actuales evaluaciones que se llevan a cabo (EDEP y Evaluación de impacto) tienen como principal objetivo evaluar el diseño y el efecto causal de los programas presupuestales, en este sentido, ¿consideraría oportuno realizar una evaluación de los procesos de los programas o intervenciones del Estado o este es un aspecto que ya se encuentra considerado dentro de alguna de las evaluaciones antes mencionadas?
4. De ser así, ¿cuáles considera usted que deben ser los principales aspectos a tomar en cuenta al evaluar una intervención pública?
5. ¿Tiene el Mef participación en alguno de los procesos de la suplementación con micronutrientes?

Fase planeamiento

6. ¿Cuál es la participación del Mef dentro de la fase de planeamiento del *Pan* (estableciendo las metas, indicadores, entre otros)? ¿Tiene injerencia en la suplementación con micronutrientes?
7. ¿Qué actores del Mef intervienen en la fase de planeamiento del *Pan*?
8. ¿De qué manera se asigna en el Mef el presupuesto al *Pan*?
9. ¿Qué dificultades se enfrentan para el desarrollo del planeamiento?

Fase de monitoreo y evaluación

10. ¿Cuál es el rol del Mef en la fase de evaluación y monitoreo del *Pan*? (con respecto a los indicadores y a la ejecución del gasto)
11. ¿Qué actores dentro del Mef intervienen en el monitoreo y evaluación del *Pan*?
12. ¿Qué dificultades se enfrentan para el desarrollo del monitoreo y evaluación?

Guía de entrevista a encargado(a) del proceso de selección de beneficiarios de la suplementación

1. Considerando que la suplementación con micronutrientes se trata de una intervención de carácter universal, ¿cuál fue el criterio utilizado para decidir que esto sea así?
2. ¿En qué consiste la metodología utilizada para la selección del rango de edades al que deberían pertenecer los beneficiarios? ¿La metodología utilizada cuenta con criterios de selección y elegibilidad claros, estandarizados y sistematizados?
3. ¿Considera usted que la selección de beneficiarios es un proceso transparente e imparcial? ¿El resultado de la selección es público?
4. ¿Existe información que permita conocer quiénes forman parte del padrón de beneficiarios? ¿Qué información integra dicho padrón?
5. ¿Existen mecanismos para validar y actualizar el padrón de beneficiarios?, ¿estos mecanismos son pertinentes?
6. ¿De qué manera se estima la demanda de beneficiarios?

Articulación

7. ¿De qué manera se articula el proceso de selección de beneficiarios con las demás etapas del proceso (¿planeamiento, la compra de los bienes, la distribución, entrega, monitoreo y contraloría)?
8. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre los actores, niveles de gobierno e instituciones involucradas para la implementación del proceso?

Insumos y recursos

9. ¿Cuáles son los insumos y recursos que se requieren para el desarrollo de este proceso? ¿Son suficientes?
10. ¿Cuánto tiempo implica la ejecución de la selección de beneficiarios? ¿Existen parámetros de tiempo estandarizados? ¿Este tiempo es el adecuado para el logro de los objetivos del proceso?
11. ¿De qué manera se asigna el presupuesto a este proceso? ¿Es suficiente?
12. ¿Cuáles son los actores que participan en este proceso?
13. ¿Cómo se ha diseñado el perfil de los puestos de aquellos involucrados con este proceso?, ¿cómo se monitorea su desempeño?

Sistemas de información

14. ¿La información del proceso alimenta al sistema de monitoreo?

Cierre

15. ¿Cuál es su opinión con respecto a la eficiencia y eficacia de este proceso?
16. ¿Cuáles son las dificultades que se afrontan para el desarrollo de la difusión?
17. ¿De qué manera se puede llevar a cabo este proceso de una mejor manera?

Guía de entrevista a encargado(a) del proceso de planeamiento de la suplementación

1. ¿Cómo se realiza el proceso de planeamiento de la *suplementación con micronutrientes y hierro*? ¿Cuáles son las actividades y componentes de este proceso?
2. ¿Qué áreas o instituciones participan en el proceso de planeamiento?
3. ¿Cuál es el producto que se obtiene del proceso de planeamiento?

Articulación

4. ¿Cómo se articula el planeamiento con los demás procesos, por ejemplo, con la difusión, la compra de los bienes, la distribución, entrega, monitoreo y contraloría? ¿El planeamiento está vinculado con el cumplimiento de los procesos que conforman del programa?
5. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre los actores, niveles de gobierno e instituciones involucradas para la implementación del planeamiento?

Insumos y recursos

6. ¿Cuáles son los insumos y recursos que requiere el proceso de planeamiento?
7. ¿Cada cuánto tiempo se realiza la planificación? ¿Considera que dicho periodo permite lograr los objetivos propuestos?
8. ¿Cuáles son los mecanismos de financiamiento de la Suplementación con micronutrientes?, ¿de qué manera se asigna el presupuesto a esta intervención? ¿Los recursos financieros asignados son los suficientes?
9. ¿Existe un área designada dentro del Minsa para la realización del planeamiento estratégico?
10. ¿Cuáles son los actores que participan en el proceso de planeamiento? ¿Considera que estos actores son los idóneos? ¿El personal encargado de ejecutar el proceso de planeamiento es el idóneo?
11. ¿Cómo se ha diseñado el perfil de los puestos de aquellos involucrados con este proceso?, ¿cómo se monitorea su desempeño?

Metas e indicadores

12. ¿Cuál es el criterio para establecer las metas en la Suplementación con micronutrientes?
13. ¿Considera que las metas propuestas son factibles?
14. ¿Las metas planteadas están orientadas a impulsar el desempeño?
15. ¿El planeamiento establece indicadores para medir los avances en las metas establecidas?

Sistemas de información

16. ¿La información producida en el proceso de planeamiento sirve para el monitoreo a nivel nacional y para los ejecutores en los gobiernos regionales?

Cierre

17. ¿Cuál es su opinión con respecto a la eficiencia y eficacia del proceso de planeamiento?
18. ¿Cuáles son los obstáculos que se afrontan para el desarrollo de este proceso de planeamiento?

Guía de entrevista al encargado (a) del proceso de difusión de la suplementación

1. ¿Cómo se realiza el proceso de difusión? ¿Cuáles son sus actividades y componentes?
2. ¿Cuál es el producto o resultado que se obtiene de este proceso? ¿Existe una meta que se deba alcanzar respecto a este proceso?

Articulación

3. ¿De qué manera se articula el proceso de difusión con las demás etapas del proceso (planeamiento, la compra de los bienes, la distribución, entrega, monitoreo y contraloría)?
4. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre los actores, niveles de gobierno e instituciones involucradas para la implementación del proceso?

Insumos y recursos

5. ¿Cuáles son los insumos y recursos que se requieren para el desarrollo de este proceso? ¿Son suficientes?
6. ¿Cuánto tiempo tarda llevar a cabo el proceso de difusión?
7. ¿De qué manera se asigna el presupuesto a este proceso? ¿Es suficiente?
8. ¿Existe un área designada (dentro del Minsa) para la realización de este proceso?
9. ¿Cuáles son los actores que participan en el proceso de difusión?
10. ¿Cómo se ha diseñado el perfil de los puestos de aquellos involucrados con este proceso?, ¿cómo se monitorea su desempeño?

Desarrollo del proceso

11. ¿Con qué frecuencia se realiza el proceso de difusión?
12. ¿A quién se encuentra dirigida la difusión? ¿Esta se encuentra relacionada con otros mensajes que se busca transmitir desde el Minsa o el Midis?
13. ¿Cuáles son los medios utilizados para la estrategia de difusión? ¿Son los necesarios?
14. ¿La difusión se realiza en las lenguas indígenas de cada región donde opera la Suplementación?
15. ¿Qué tipo de mensajes se utilizan? ¿Estos son persuasivos?

Sistemas de información

16. ¿La información producida en este proceso alimenta a los sistemas de monitoreo a nivel central y para los ejecutores?

Cierre

17. ¿Cuál es su opinión con respecto a la eficiencia y eficacia de este proceso? (eficacia hace referencia a si se logra el objetivo y eficiencia a un adecuado uso de los recursos disponibles)
18. ¿Cuáles son las dificultades que se afrontan para el desarrollo de la difusión?
19. ¿De qué manera se puede llevar a cabo este proceso de una mejor manera?

Guía de entrevista al encargado (a) del proceso de compra de los suplementos

1. ¿Cómo se realiza el proceso de compra de los suplementos de hierro para niños menores de 36 meses (micronutrientes, sulfato ferroso en gotas y jarabe y, complejo polimaltosado férrico en gotas y jarabe)? ¿cuáles son sus actividades y componentes?
2. ¿Cuál es el resultado o producto de este proceso?
3. ¿Cuáles son las modalidades de compra utilizadas para adquirir los suplementos a base de hierro?
4. ¿Existen mecanismos de control de calidad de los suplementos de hierro? ¿Estos mecanismos son pertinentes?

Articulación

5. ¿De qué manera se articula este proceso con los otros (planificación, estimación de beneficiarios, distribución, entrega, monitoreo, satisfacción de beneficiarios)?
6. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre los actores, niveles de gobierno e instituciones involucradas para la implementación del planeamiento?

Estimación de beneficiarios

7. ¿Cómo se estiman las compras necesarias de suplementos a base de hierro para cubrir la demanda?
8. ¿El programa tiene mecanismos para estimar las compras necesarias de acuerdo con la posible demanda?, ¿es adecuado este mecanismo?

Recursos e insumos

9. ¿Cuáles son los insumos y recursos que requiere el proceso de compras en la Suplementación?
10. ¿Cada cuánto tiempo se realizan las compras de suplementos? ¿Considera que dicho periodo permite lograr los objetivos propuestos?
11. ¿Cuáles son los mecanismos de financiamiento para realizar las compras de la Suplementación con micronutrientes?, ¿de qué manera se asigna el presupuesto a esta intervención? ¿Los recursos financieros asignados son los suficientes?
12. ¿Existe un área designada dentro del Cenares para la realización de las compras correspondientes a la Suplementación? ¿Quiénes conforman el equipo de trabajo?
13. ¿Cuáles son los actores principales que participan en el proceso de compras? ¿considera que estos actores son los idóneos?
14. ¿Cómo se ha diseñado el perfil de los puestos de aquellos involucrados con este proceso?, ¿cómo se monitorea su desempeño?

Metas e indicadores

15. ¿Existen metas propuestas (por ustedes mismos o por alguien externo como el Mef, la PCM) respecto al proceso de compras de los suplementos?
16. ¿Cuál es el criterio para establecer las metas (respecto a las compras) en la Suplementación con micronutrientes? ¿Considera que las metas propuestas son factibles?
17. ¿Las metas planteadas están orientadas a impulsar el desempeño?
18. ¿Se cuenta con indicadores para medir los avances en las metas establecidas?

Sistemas de información

19. ¿La información producida en el proceso de compras sirve para el monitoreo a nivel nacional y para los ejecutores en los gobiernos regionales?

Cierre

20. ¿Cuál es su opinión con respecto a la eficiencia y eficacia del proceso de compras
21. ¿Cuáles son los obstáculos que se afrontan para el desarrollo de este proceso de compras?

Guía de entrevista al encargado (a) del proceso de distribución

1. ¿Cómo se realiza el proceso de distribución de la *Suplementación con micronutrientes y hierro*? ¿Cuáles son las actividades y componentes de este proceso?
2. ¿Cuál es el producto que se obtiene del proceso de distribución?
3. ¿Qué áreas o instituciones participan en el proceso de distribución?
4. ¿Los suplementos llegan completos y en tiempo al punto de destino?
5. ¿Existen especificaciones (programas o planes de trabajo) sobre la forma en que se debe trasladar los suplementos para asegurar su adecuada entrega al punto de destino?, ¿son adecuadas estas especificaciones, respecto a normas o lineamientos existentes?

Articulación

6. ¿De qué manera se articula el proceso de distribución con los demás procesos, por ejemplo, el planeamiento, la difusión, la compra de los bienes, la entrega, monitoreo y contraloría? ¿El planeamiento está vinculado con el cumplimiento de los procesos que conforman del programa?
7. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre los actores, niveles de gobierno e instituciones involucradas para la implementación de la distribución?

Insumos y recursos

8. ¿Cuáles son los insumos y recursos que requiere el proceso de distribución?
9. ¿Cada cuánto tiempo se realiza la distribución de los suplementos? ¿Considera que dicho periodo permite lograr los objetivos propuestos?
10. ¿La logística de distribución se actualiza? ¿existe un periodo para dicha actualización? ¿En el diseño y actualización de la logística se toman en cuenta los factores geográficos y climatológicos en cada región donde opera el programa?
11. ¿Cuáles son los mecanismos de financiamiento de la distribución de los suplementos?, ¿de qué manera se asigna el presupuesto a esta intervención? ¿Los recursos financieros asignados son los suficientes?
12. ¿Existe un área designada dentro del Cenares para la realización de la distribución?

13. ¿Cuáles son los actores que participan en el proceso de distribución? ¿cómo se encuentra conformado el equipo de trabajo?
14. ¿Cómo se ha diseñado el perfil de los puestos de aquellos involucrados con este proceso?, ¿cómo se monitorea su desempeño?

Metas e indicadores

15. ¿Cuál es el criterio para establecer las metas en cuanto a distribución la Suplementación con micronutrientes?
16. ¿Considera que las metas propuestas son factibles?
17. ¿Las metas planteadas están orientadas a impulsar el desempeño?
18. ¿Se cuentan con indicadores para medir los avances en las metas establecidas en cuanto a la distribución de los suplementos?

Sistemas de información

19. ¿La información producida en el proceso de distribución sirve para el monitoreo a nivel nacional y para los ejecutores en los gobiernos regionales?

Cierre

20. ¿Cuál es su opinión con respecto a la eficiencia y eficacia del proceso de distribución?
21. ¿Cuáles son los obstáculos que se afrontan para el desarrollo de este proceso de distribución?

Guía de entrevista al encargado (a) del proceso de entrega de apoyos

1. ¿Cómo se realiza el proceso de entrega de la *Suplementación con micronutrientes y hierro*? ¿Qué mecanismos de entrega hay?
2. ¿Cuáles son las actividades y componentes de este proceso de entrega (producto, consejería, sesión demostrativa)? ¿Cuál es el producto que se obtiene del proceso?
3. ¿Los puntos de entrega de apoyos son cercanos a los beneficiarios y de fácil acceso? ¿Se considera que son suficientes? ¿por qué?
4. ¿Qué áreas o instituciones participan en el proceso de entrega?

Articulación

5. ¿De qué manera se articula la entrega con los demás procesos, por ejemplo, con el planeamiento, la difusión, la compra de los bienes, la distribución, entrega, monitoreo y

contraloría? ¿El planeamiento está vinculado con el cumplimiento de los procesos que conforman del programa?

6. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre los actores, niveles de gobierno e instituciones involucradas para entrega de los suplementos?

Insumos y recursos

7. ¿Cuáles son los insumos y recursos que requiere el proceso de entrega de suplementos?
8. ¿Qué área del EE. SS. es la encargada de realizar la entrega de los suplementos?
9. ¿Cuáles son los actores que participan en el proceso de entrega?
10. ¿Cómo se ha diseñado el perfil de los puestos de aquellos involucrados en la entrega de los suplementos? ¿se cuentan con mecanismos para monitorear su desempeño?

Metas e indicadores

11. ¿Cuál es el criterio para establecer las metas con respecto a la entrega en la Suplementación con micronutrientes? ¿Considera que las metas propuestas son factibles?
12. ¿En el proceso de entrega se cuentan indicadores para medir los avances en las metas establecidas?

Sistemas de información

13. ¿La información producida en el proceso de entrega sirve para el monitoreo a nivel nacional y para los ejecutores en los gobiernos regionales?
14. ¿El programa cuenta con los mecanismos para verificar que los apoyos se entreguen de acuerdo con lo establecido en la normatividad específica y lleguen a la población que debe ser beneficiada?, ¿estos mecanismos son adecuados?
15. ¿Existe, de manera sistematizada, un documento que dé cuenta de los resultados de supervisión y entrega de apoyos?, ¿este documento es adecuado?, ¿los resultados se utilizan para implementar mejoras en la operación del programa?
16. ¿Existen procedimientos estandarizados que verifiquen el cumplimiento de un adecuado consumo de los suplementos por parte de los beneficiarios?

Cierre

17. ¿Cuál es su opinión con respecto a la eficiencia y eficacia del proceso de entrega de los suplementos?
18. ¿Cuáles son los obstáculos que se afrontan para el desarrollo de este proceso?

Guía de entrevista al encargado(a) del proceso de seguimiento a beneficiarios y monitoreo de apoyos

1. ¿Cómo se realiza el proceso de seguimiento a los beneficiarios de la *Suplementación con micronutrientes y hierro*? ¿Cuáles son las actividades y componentes de este proceso?
2. ¿Cuál es el producto que se obtiene del proceso del seguimiento?
3. ¿Qué áreas o instituciones participan en el proceso de seguimiento y monitoreo?

Articulación

4. ¿De qué manera se articula el seguimiento con los demás procesos, por ejemplo, con el planeamiento, la difusión, la compra de los bienes, la distribución, entrega?
5. ¿El seguimiento está vinculado con el cumplimiento de los procesos que conforman del programa?
6. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre los actores, niveles de gobierno e instituciones involucradas para el seguimiento y monitoreo de los suplementos?

Insumos y recursos

7. ¿Cuáles son los insumos y recursos que requiere el proceso de entrega de suplementos?
8. ¿Qué área del EE. SS. es la encargada de realizar la entrega de los suplementos?
9. ¿Cuáles son los actores que participan en el proceso de entrega?
10. ¿Cómo se ha diseñado el perfil de los puestos de aquellos involucrados en la entrega de los suplementos? ¿Se cuentan con mecanismos para monitorear su desempeño?

Metas e indicadores

11. ¿Cuál es el criterio para establecer las metas con respecto al seguimiento en la *Suplementación con micronutrientes*? ¿Considera que las metas propuestas son factibles?
12. ¿En el proceso de seguimiento se cuentan indicadores para medir los avances en las metas establecidas?

Sistemas de información

13. ¿La información producida en los anteriores procesos (mencionarlos) sirve para el monitoreo a nivel nacional y para los ejecutores en los gobiernos regionales?

14. ¿El programa tiene mecanismos para verificar el procedimiento de seguimiento a los beneficiarios que permitan identificar si los suplementos son utilizados de acuerdo con lo establecido? ¿Cómo se implementa el mecanismo?, ¿es adecuado?
15. ¿Existen procedimientos estandarizados que verifiquen el cumplimiento por parte del beneficiario?
16. ¿La suplementación con micronutrientes cuenta con mecanismos para identificar si se cumple el propósito? ¿Son suficientes y pertinentes?

Cierre

17. ¿Cuál es su opinión con respecto a la eficiencia y eficacia del proceso de seguimiento y monitoreo de los suplementos?
18. ¿Cuáles son los obstáculos que se afrontan para el desarrollo de este proceso?

Guía de entrevista al encargado (a) del proceso de contraloría social y satisfacción del usuario

1. ¿Existen mecanismos para conocer la satisfacción del beneficiario respecto de la Suplementación (producto y atención)? ¿Son adecuados estos mecanismos?
2. ¿De qué manera se canalizan las quejas y sugerencias brindadas por los beneficiarios?
3. ¿Se cuenta con un libro de reclamaciones en el EE. SS.?
4. ¿Existe evidencia para afirmar que las quejas y sugerencias que brindan los beneficiarios son utilizadas para la mejora continua del programa?

Guía de Focus Group

1. Warming up

Presentación personal del moderador

“Buenas tardes con todas, mi nombre es _____, tengo 22 años y estoy haciendo un estudio sobre la importancia de las chispitas en Concepción”

Explicar motivo de la reunión

“En esta reunión les haremos preguntas muy simples acerca de su experiencia con el consumo de las chispitas, y qué puntos mejorarían de todo el programa. Todas las respuestas que nos den, tendrán un uso meramente académico”.

2. Dinámica para “romper el hielo”:

Cada participante se presentará y dirá lo que más le gusta hacer

3. Preguntas generales o de apertura

- 3.1. ¿Vive lejos de aquí?
- 3.2. ¿Usted trabaja o es ama de casa?
- 3.3. ¿Cuántos hijos tiene?
- 3.4. ¿Le gusta cocinar?
- 3.5. ¿Cuál es el plato que más le gusta a su hijito?

4. Preguntas de Transición

- 4.1. ¿Qué piensan de la anemia?, ¿y de la DCI?
- 4.2. ¿Consideran importante darles una alimentación saludable a sus hijos? ¿Cómo lo hacen?
Ejemplo.
- 4.3. ¿Alguno de sus hijos ha tenido anemia?
- 4.4. ¿Cómo se dieron cuenta que tenía anemia?
- 4.5. ¿Cómo les va con los controles Cred? ¿Creen que son útiles?
- 4.6. ¿Cómo es el trato que reciben en los controles? ¿Qué cambiarían de ellos?

5. Preguntas específicas

- 5.1. ¿Hace cuánto tu hijito/a empezó a consumir los micronutrientes? ¿o no los consume?
- 5.2. ¿Cómo empezaron a consumir los micronutrientes?
- 5.3. Dime 3 cosas buenas y 3 cosas malas de los micronutrientes
- 5.4. ¿Cómo usan los micronutrientes?
- 5.5. ¿Ustedes preparan platos con hígado o sangrecita?, ¿Qué preferirían darles a sus hijos los micronutrientes o los platos ricos en hierro que preparan?
- 5.6. ¿Su hijito sintió el cambio en la comida cuando lo empezó a usar?
- 5.7. ¿Ustedes ven diferentes a sus hijos desde que empezó el consumo? ¿Qué ha cambiado?

6. Preguntas de cierre

- 6.1. ¿Las visitaron en su casa para asegurarse que consumían las chispitas?
- 6.2. ¿Les gustó que las visiten?, ¿Cada cuánto lo hacen?
- 6.3. ¿Qué cambiarían de las chispitas?

6.4. ¿Se las recomendarían a alguien más?

* Agradecimiento por la participación

Se les agradecerá a las madres de familia por su participación y por la disposición a ser parte de este focus group y responder todas las preguntas hechas. Asimismo, se hará énfasis en que todo el contenido o respuestas a las preguntas, serán de uso netamente académico.



ANEXO Q: GUÍA DE OBSERVACIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS

1. Modalidad de entrega: Consulta Cred () Visita domiciliaria ()
2. Hora de inicio: _____ Hora de fin: _____
3. Actividades realizadas:
 - i.
 - ii.
 - iii.
4. Producto entregado: Micronutriente () Sulfato Ferroso () Otro _____ ()
5. Formatos llenados:
 - i.
 - ii.
 - iii.
6. ¿La beneficiaria presentaba problemas con el consumo del suplemento? ____ Explicar
.....
.....
7. ¿La enfermera o técnica le realizó la consejería a la beneficiaria? ____ Explicar
.....
.....
8. Observaciones:
.....
.....
.....

ANEXO R: OBSERVACIÓN DIRECTA A VISITAS DOMICILIARIAS

Figura R1: Entregas domiciliaria de micronutrientes



Figura R2: Monitoreo a beneficiarios



ANEXO S: *FOCUS GROUP* CON BENEFICIARIAS DE LA INTERVENCIÓN

Figura SI: Realización del *focus group*



Figura SI: Participantes del *focus group*

