



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES



**“Propuesta de modelo de articulación
multisectorial para reducir el índice de
desnutrición crónica infantil en los distritos
de Monsefú y Santa Rosa”**

TESIS

**Presentada para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias Sociales
con Mención en Políticas Sociales: Gerencia Social**

PRESENTADA POR:

JOSÉ EFRAÍN PISFIL LLONTOP

LAMBAYEQUE – PERU

2017

“PROPUESTA DE MODELO DE ARTICULACIÓN MULTISECTORIAL PARA REDUCIR EL ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA”



ING. JOSÉ ERRAIN PISFIL LLONTOP

AUTOR

DEDICATORIA

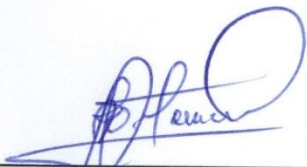


Dr. JOSÉ MAQUEN CASTRO


ASESOR

TESIS PRESENTADA A LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO PARA OPTAR EL GRADO DE **MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES CON MENCIÓN EN POLÍTICAS SOCIALES: GERENCIA SOCIAL.**

APROBADO POR:



M. Sc. WILDER HERRERA VARGAS
PRESIDENTE DEL JURADO



M. Sc. EVERT FERNÁNDEZ VÁSQUEZ
SECRETARIO DEL JURADO



M. Sc. CARLOS GRANADOS BARRETO
VOCAL DEL JURADO

LAMBAYEQUE, FEBRERO, DEL 2017

DEDICATORIA

A mi esposa Norka e hijos Juan Carlos, Andy Efraín y Danitza
Irene por su gran apoyo y comprensión para lograr esta meta
trazada.

Y póstumamente a mis padres JOSÉ y VITALIA, que me
dieron ejemplo de trabajo y perseverancia para obtener los
buenos propósitos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco las instituciones, funcionarios de las áreas de Desarrollo Social de las municipalidades distritales, centros educativos, establecimientos de salud de los distritos de Monsefú y Santa Rosa; así como de los programas sociales y personas que confiaron y dieron su apoyo con la información para materializar este estudio.

Muy especial, el agradecimiento al Dr. José Maquén Castro, por la asesoría y apoyo en las actividades que dieron lugar al desarrollo de este informe de investigación.

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	13
1.1 ÁMBITO DE ESTUDIO	13
1.2 SURGIMIENTO DEL PROBLEMA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL... 15	15
1.2.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL DEL OBJETO DE ESTUDIO.	15
1.2.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
1.2.3 JUSTIFICACIÓN	24
1.2.4 OBJETIVOS	26
1.2.5 HIPÓTESIS	26
1.3 MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO, CARACTERÍSTICAS. ... 28	28
1.3.1 POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACCIONES	
CONCERTADAS LOCALES.	28
1.3.2 ARTICULACIÓN ENTRE POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS ... 36	36
1.3.3 FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SECTORIALES	
RELACIONADOS CON LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	
CRÓNICA INFANTIL.	39
1.3.4 FOCALIZACIÓN DEL SERVICIO EN EL ÁMBITO DE ESTUDIO.	46
1.3.5 IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES INVOLUCRA-	
DOS EN LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA	
INFANTIL.	52
1.3.6 SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL DE LOS PROGRAMAS Y	
BENEFICIARIOS SOBRE EL PROBLEMA NUTRICIONAL.....	63
1.3.7 CAMBIOS DE ACTITUDES DE AUTORIDADES, RESPONSABLES DE	
PROGRAMAS Y DIRIGENTES DE BENEFICIARIOS.	65
1.3.8 LABOR ARTICULADA DE LAS AUTORIDADES INVOLUCRADAS EN	
ASISTENCIA ALIMENTARIA	67
1.4. MARCO METODOLÓGICO.....	69
1.4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	69

1.4.2 POBLACIÓN Y MUESTRAS DE DATOS UTILIZADAS	70
1.4.3 INSTRUMENTOS O TÉCNICAS UTILIZADAS.....	74
1.4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	76
CAPITULO II: MARCO TEORICO	78
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	78
2.2 BASE TEÓRICA	81
2.2.1 LA TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA.....	81
2.2.2 POLÍTICA SOCIAL Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL.....	85
2.2.3 FACTORES CAUSALES DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL	90
2.2.4 PRACTICAS RECOMENDADAS	95
2.2.5 FOCALIZACIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONAL	96
2.2.6 GASTO SOCIAL Y PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONAL	98
2.2.7 LA GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONALES Y SU ARTICULACIÓN	99
2.2.8 EL PLANEAMIENTO EN TEMAS DE DESARROLLO SOCIAL.....	113
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	127
3.1 DEL ANÁLISIS DE ESTUDIO	127
3.2 MODELO DE GESTIÓN PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA	134
3.3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN	134
3.3.2 ENFOQUES DEL MODELO DE GESTIÓN.....	138
3.3.3 OBJETIVOS DEL MODELO DE GESTIÓN	142
3.3.4 COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN	142
3.3.5 IDENTIFICACIÓN E INVOLUCRAMIENTO DE ACTORES FRENTE A LA PROBLEMÁTICA.	175
3.3.6 IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN	182
3.3.7 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO.....	186
3.3.8 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	189
3.3.9 PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	195
CONCLUSIONES	201
RECOMENDACIONES	203
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	204
NOTAS DE PÁGINA	209

INDICE DE TABLAS	212
INDICES DE GRAFICAS.....	214
ANEXOS	215

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación es proponer un modelo de articulación de política social local sobre la base de los servicios sociales que brindan los sectores involucrados en la reducción de la desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa que presentan las más altas incidencias de la provincia de Chiclayo.

Siendo la desnutrición crónica infantil un problema social complejo, en la que intervienen factores causales múltiples, así como actores diversos, el método empleado para el presente trabajo es esencialmente cualitativo y descriptivo, en razón de que para diseñar el modelo se necesitó indagar en profundidad los niveles de articulación entre los programas existentes y las actividades que sobre este campo realizan las principales institucionales involucradas.

El análisis de las variables estudiadas, evidenció que no hay política local concertada para reducir los actuales niveles de desnutrición crónica infantil en ambos distritos y que los servicios prestados por las instituciones involucradas, como las instituciones Educativas, Empresa Prestadora de Servicio de Saneamiento (EPSEL), Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Programas Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y Cuna Mas), Municipalidades distritales (Programas Vaso de Leche y Comedores Populares) trabajan descoordinada y desarticuladamente, no ejerciéndose ningún liderazgo local para la solución de la problemática nutricional infantil, trasladándose la responsabilidad del problema al sector salud. Sobre la base de las variables que científicamente han demostrado incidir en la desnutrición crónica infantil se propone el diseño de un modelo de gestión para reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años de los distritos de Monsefú y Santa Rosa.

Palabras claves: Modelo de Gestión, política social, coordinación, articulación, actores involucrados, liderazgo.

ABSTRACT

The objective of this research is to propose a model of articulation of local social policy based on the social services provided by the sectors involved in the reduction of chronic child malnutrition for the districts of Monsefú and Santa Rosa that have the highest Incidents of the province of Chiclayo.

Child chronic malnutrition is a complex social problem, involving multiple causal factors as well as different actors, the method used for the present work is essentially qualitative and descriptive, so that to design the model it was necessary to investigate in greater depth the levels of articulation between the existing programs and the activities carried out on this field by the main institutions involved.

The analysis of the variables studied showed that there is no concerted local policy to reduce the current levels of chronic child malnutrition in both districts and that the services provided by the institutions involved, such as Educational Institutions, the Sanitation Service Provider), The Ministry of Development and Social Inclusion (National School Feeding Programs Qali Warma and Cuna Mas, district municipalities (Vaso de Leche and Popular Kitchens) work uncoordinated and disarticulated, with no local leadership for the solution of children's nutritional problems , And the responsibility of the problem is transferred to the health sector. Based on the variables that have been scientifically proven to influence chronic child malnutrition, it is proposed to design a management model to reduce chronic malnutrition in children under five years in the districts of Monsefú and Santa Rosa.

Keywords: Management model, social policy, coordination, articulation, actors involved, leadership.

INTRODUCCIÓN

La situación problemática en la presente investigación se centra en que los distritos de Monsefú y Santa Rosa presentan la más alta incidencia de desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años a nivel de la provincia de Chiclayo, superando incluso el nivel promedio a nivel departamental.

Existe actualmente políticas y lineamientos, a nivel nacional y regional que orientan el tratamiento del problema nutricional como un tema social, que demanda la intervención de los tres niveles de gobierno, de los diversos sectores y de la propia población beneficiaria y sociedad civil; requiriendo de éstas una intervención coordinada y articulada para atender sin exclusión a la población objetivo prioritaria que son los niños menores de cinco años. El problema de investigación fue el siguiente; ¿El diseño de un modelo de articulación de política social local sobre la base de los servicios sociales sectoriales involucrados, permitirá reducir las elevadas tasas de desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa?

En tal sentido, el objeto de Investigación fue el conocimiento de los actuales niveles de coordinación y articulación interinstitucional para el tratamiento de la salud nutricional infantil y el diseño de un modelo de gestión local para la reducción de los niveles actuales desnutrición crónica infantil en la zona de estudio.

El objetivo general de la investigación fue: Proponer un modelo de articulación de política social local sobre la base de los servicios sociales de los sectores involucrados en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el ámbito de los distritos de Monsefú y Santa Rosa. Los objetivos específicos fueron los siguientes: 1) Explorar que políticas locales se vienen desarrollando en los distritos de Monsefú y Santa Rosa relacionadas a la erradicación de los elevados índices de desnutrición crónica infantil. 2) Analizar la manera como se prestan y articulan entre sí los servicios de los sectores salud, educación, de saneamiento y asistencia alimentaria en relación a la desnutrición infantil del ámbito de estudio. 3) Proponer un modelo de política social local de intervención para reducir la desnutrición infantil del ámbito de estudio. La hipótesis a demostrar es: Si diseñamos una propuesta de intervención multisectorial en base a la coordinación, articulación, concertación, mejora de servicios, cambios de conductas de actores, desarrollo de capacidades y a una política social local articulada, entonces se fundamentará la disminución de los actuales niveles de desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.

Teniendo en cuenta que la parte diagnóstica de la investigación nos demuestra que los actores institucionales involucrados en la salud nutricional brindan sus servicios en forma descoordinada y desarticulada, no existiendo objetivo común para afrontar este problema social que viene afectando históricamente a más de la quinta parte de los futuros ciudadanos de ambos distritos, al limitarles el derecho de desarrollar sus capacidades físicas y mentales. La idea a defender es que, si diseñamos una propuesta de intervención multisectorial en base a la coordinación, articulación, concertación, mejora de servicios, cambios de conductas de actores, desarrollo de capacidades y a una política social local articulada, entonces se fundamentará la disminución de los actuales niveles de desnutrición crónica infantil.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, lo damos a conocer con la siguiente estructura: el *Capítulo Primero: Análisis del objeto de estudio*, comprende la descripción del ámbito de estudio, surgimiento del problema de la desnutrición crónica infantil en el ámbito (situación contextual, determinación del problema de investigación; justificación, objetivos: general y específicos; hipótesis) y la manifestación del problema de estudio con sus características (políticas, programas, proyectos y acciones concertadas; articulación entre éstos; funcionamiento de los servicios sectoriales relacionados con la desnutrición crónica infantil; la focalización de los servicios; implementación de los programas alimentario nutricionales; sensibilización del personal de los programas y de beneficiarios sobre el problema nutricional; cambios de actitudes de autoridades, responsables de programas sociales y dirigentes de beneficiarios; así como la labor articulada de las autoridades, responsables de los programas y dirigentes de beneficiarios). Así mismo, se describe el marco metodológico empleado, abarcando el tipo y diseño de investigación, población y muestra de datos utilizados, instrumentos y técnicas utilizadas, así como los procedimientos de la recolección de datos.

El *Capítulo II: Marco Teórico*; comprende antecedentes de procesos de gestión similares desarrollados y la base teórica en que se sustenta la presente investigación (Teoría del desarrollo humano y la desnutrición crónica infantil; conceptualizaciones y nociones de la política social; factores causales de la desnutrición crónica; prácticas recomendadas; focalización de programas alimentario nutricionales; gasto social; gestión de los programas y su articulación; así como el planeamiento en temas de desarrollo social).

En el *Capítulo III: Resultados y Conclusiones*; se describe los resultados encontrados en el análisis de estudio realizado y la descripción del modelo de gestión para reducir la

desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de cinco años en los distritos de Monsefú y Santa Rosa. Este último, detalla los siguientes aspectos: Conceptualización del modelo de gestión; enfoques del modelo de gestión a aplicar; objetivos; componentes del modelo de gestión; identificación e involucramiento de actores sociales frente al problema; implementación del modelo de gestión; monitoreo y evaluación del modelo; cronograma de implementación y el presupuesto de implementación del modelo.

Finalmente, se presenta las *Conclusiones* y *Recomendaciones* obtenidas en la investigación; además de su correspondiente referencia bibliográfica utilizada; nota de páginas e índice de tablas y gráfica.

CAPÍTULO I: ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

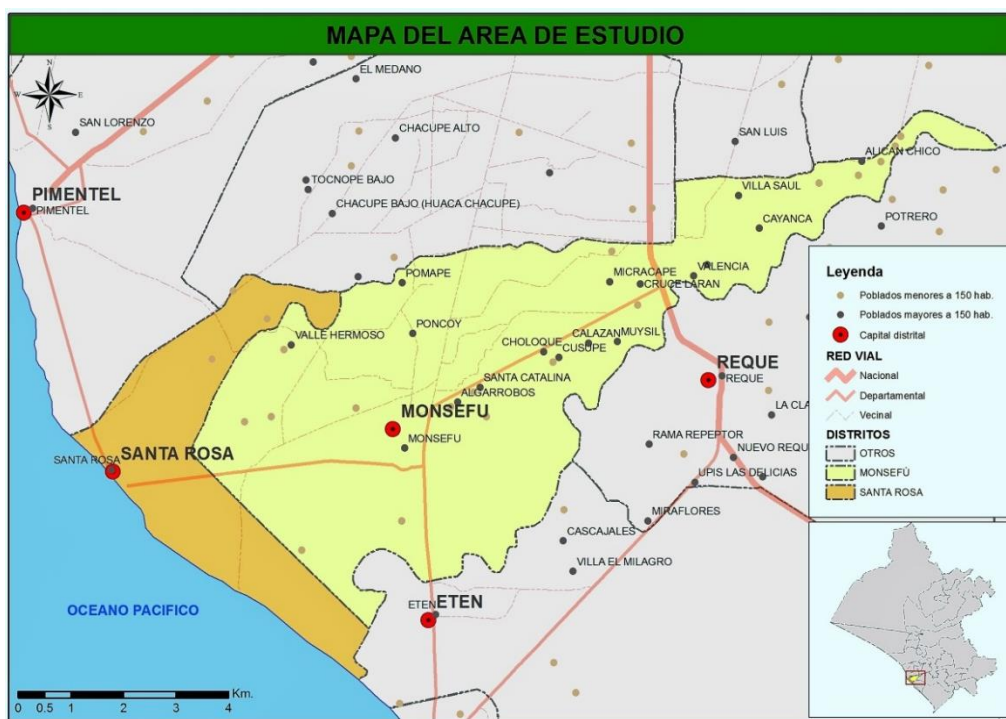
1.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

1.1.1. Ubicación

Distritos : Monsefú y Santa Rosa
Provincia : Chiclayo
Departamento : Lambayeque.

Los distritos de Monsefú y Santa Rosa, forman parte de la zona marino costero de la provincia de Chiclayo, en el departamento de Lambayeque.

GRÁFICA N° 01



Fuente: Gobierno Regional Lambayeque.2016

1.1.2. Caracterización del ámbito territorial

a) Distrito de Monsefú

La población total censada en el 2007 fue de 30,123 y la proyectada al 2015 es de 31,847 habitantes, mayormente mujeres (51.93 %); la población menor de

5años es de 3,215 habitantes, con nacimientos en los últimos 4 años de 697 niños/año. Su nivel de alfabetización es de 88.9%, es decir un 11.08% no sabe leer ni escribir.

La población económica activa es de 11,299 habitantes, se dedican principalmente a las actividades comercio al por mayor y menor (51%); agricultura, ganadería, caza (22%); industria manufacturera (15%) y transportes, almacenes y comunicaciones (9%); su tasa de desocupación es solo 4%.

La extensión territorial distrital es de 4,563.51 has; cuya vocación natural de sus suelos son para agricultura el 67.2% de su extensión, pasturas 23.9% y para protección 8.9%; potencialmente destacan zonas para cultivos en limpio, pasturas y potencial energético renovable no convencional, pero también presenta áreas de recuperación por degradación de suelo (salinización), Gobierno Regional Lambayeque (2014).

b) Distrito de Santa Rosa

La población total censada en el 2007 fue de 10,965 habitantes, y para el 2015 se proyectó 12,687 habitantes, mayormente hombres (50.9%); los menores de 5 años son 1,320 niños, con nacimientos en los últimos 4 años de 233 por año. El nivel de alfabetización es de 95.5%, y solo 4.5% no sabe leer ni escribir. La población económica activa es de 2,424 habitantes, dedicados principalmente a la actividad comercio por mayor y menor (36%), seguido de la pesca (23%), industria manufacturera (12%) y transportes, almacenes y comunicaciones (9%); su tasa de desocupación es de 11%.

La extensión territorial distrital es de 1,397.47 has, cuya vocación natural de su suelos son para pastura (78%), para agricultura solo 0.9% y el 13% para protección. Potencialmente, destaca por sus zonas para pastos de nivel alto y potencial energético renovable no convencional y el potencial turístico natural alto; sin embargo, cuenta con áreas contaminadas por desechos de drenes (Gobierno Regional Lambayeque, 2014).

1.2 SURGIMIENTO DEL PROBLEMA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

1.2.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL DEL OBJETO DE ESTUDIO.

1.2.1.1 La política Social Nacional

- a) A partir del año 2011 con el Gobierno del Presidente Ollanta Humana se creó la estrategia nacional de crecimiento e inclusión social, trayendo consigo además la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) el 20 de octubre del 2011 mediante la Ley N° 29792, organismo rector de las políticas nacionales que promueven el Desarrollo y la Inclusión Social. Por otro lado, en el Marco Macro Económico Multianual 2013-2017 se establece como primer lineamiento de la política económica la “Mayor Inclusión Social: reducción de la pobreza, disminución de la inequidad, igualdad de oportunidades, mayor presencia y eficacia del Estado en las zonas rurales del país”¹; éstos incluyen reducir los niveles desnutrición crónica infantil existente; además se crea el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma para la población en edad escolar, así como el Programa Nacional Cuna Mas, que es un programa no alimentario, pero que interviene con acciones para el desarrollo infantil temprano.
- b) Directiva 004-2012-MIDIS “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de la política de desarrollo e inclusión social”, aprobada por Resolución Ministerial 131-2012-MIDIS, cuya la finalidad es establecer, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social, los lineamientos que permitan la gestión articulada intersectorial e intergubernamental necesaria para acelerar la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú.

Esta directiva involucra a sectores y niveles de gobierno nacional regional y local que diseñan y/o implementan intervenciones directas o indirectas asociadas a la reducción de la desnutrición infantil. Sus objetivos específicos son establecer los ámbitos geográficos priorizados para la implementación de intervenciones efectivas dirigidas a reducir la desnutrición crónica infantil, así como establecer tales intervenciones efectivas a ser implementadas por los gobiernos regionales,

gobiernos locales, sectores y programas sociales. Dentro del listado de distritos priorizados se incluye a los distritos del ámbito de estudio (Monsefú y Santa Rosa) por sus elevadas tasas de desnutrición que superan el 20% y porque involucra a más de 1000 niños con desnutrición crónica.

- c) En este contexto, mediante Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS el Estado aprueba la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” que busca que todos los sectores y los tres niveles de gobierno orienten sus acciones articuladamente a favor de la reducción de brechas en la Población en Proceso de Desarrollo e Inclusión (PEPI), la cual suma alrededor de cinco millones de peruanos en situación de pobreza y vulnerabilidad. La estrategia está compuesta por cinco ejes estratégicos, definidos mediante un enfoque del ciclo de vida; uno de estos ejes es la de: Nutrición infantil (0 a 3 años) con el objetivo de: Reducir la Desnutrición Crónica Infantil a través de intervenciones orientadas a la madre gestante y a los niños entre el rango de edad descrito.
- d) “El Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, periodo 2014-2016” aprobado por Resolución Ministerial N° 258-2014-MINSA, cuyo objetivo general es contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil al 10% y la anemia en menores de 3 años al 20%, al año 2016, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intrasectorial e intersectorial. Dicho plan es de aplicación en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, direcciones de salud (DISA), direcciones regionales de salud (DIRESA) o gerencias regionales de salud (GERESA) o las que hagan sus veces; y es de uso referencial para las demás organizaciones del Sector Salud.
- e) El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021 aprobado con Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que luego es declarado de interés nacional y de preferente atención en la asignación de recursos públicos para garantizar su cumplimiento por la Ley N° 30362 del año 2015; se concibe como un instrumento de política pública del Estado Peruano que señala la agenda a seguir en la presente década para defender los derechos de niñas, niños y adolescentes. El plan se da en el marco de nuestra Carta Magna

y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, ratificado por el Perú en 1990, y tiene como primera Meta Emblemática² “Desnutrición crónica de la Primera Infancia reducida al 5%” del objetivo estratégico: “Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad”, fundamentado en que entre la mencionada edad se desarrolla la mayor parte de conexiones neuronales del cerebro humano.

Las citadas normas, compromete a todos los ministerios y constituye una Comisión Multisectorial encargada de su implementación, donde una de sus funciones es coordinar con los gobiernos regionales y gobiernos locales, a fin que dentro del marco de sus funciones y competencias, incorporen las metas y objetivos del Plan Nacional, en sus políticas regionales y locales. Su financiamiento es con cargo al presupuesto institucional autorizado para cada pliego en las Leyes Anuales de Presupuesto, y en el marco de las disposiciones legales vigentes.

- f) Desde el año 2008, en el marco de la Ley 28927, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, la Dirección Nacional de Presupuesto Público (DNPP) del Ministerio de Economía incorporó dentro del marco presupuestario anual dos Programas Estratégicos con enfoque de resultados relacionados a la superación la pobreza y exclusión en el país, pero vinculados directamente a la reducción de la desnutrición crónica infantil, esto son el Programa Articulado Nutricional orientado a reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años y el Programa Salud Materno Neonatal orientado a reducir la morbilidad materna y neonatal; ambos contribuyen a la gestión articulada intersectorial e intergubernamental en la materia.

1.2.1.2 La política Social Regional

A nivel de departamento de Lambayeque no encontramos una política social institucionalizada que ayude con contundencia a combatir la desnutrición crónica infantil en el ámbito. Pero la principal orientación lo brinda el Plan de Desarrollo Regional Concertado al 2021 del departamento de Lambayeque, dentro del eje temático “Inclusión e integración socio cultural y acceso a servicios sociales

básicos”, en el objetivo estratégico: “Las brechas de naturaleza social, económica, cultural, política e institucional se han reducido sustancialmente, logrando mayor equidad entre hombres y mujeres, grupos sociales y población vulnerable, contribuyendo a la reducción de la pobreza total y extrema regional en cincuenta por ciento en relación al año 2009”; estableciendo como política para dicho objetivo **“Reducir la prevalencia de desnutrición crónica, anemia y obesidad con énfasis en la población infantil de los sectores urbano periféricos y rurales que se encuentran en condiciones de pobreza y vulnerabilidad”**, aspirando que la Tasa de desnutrición en los niños menores de 5 años (OMS) a nivel regional se reduzca del 18.2 al 2.0%.

Para ello el plan considera aplicar las estrategias siguientes:

- 1) Mejora de la ejecución del programa estratégico articulado nutricional y materno neonatal regional.
- 2) Ejecución articulada de todos los programas sociales nutricionales y alimentación complementaria de la región, ejerciendo la Dirección Regional de Salud Lambayeque un rol rector de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable.
- 3) Fortalecimiento de los establecimientos de salud con profesionales en nutrición, recursos presupuestales y logísticos en forma permanente para garantizar el cumplimiento de la política nutricional.
- 4) Descentralización de los recursos presupuestales y logísticas de las unidades ejecutoras del sector salud.
- 5) Impulso de la articulación del gobierno regional con los gobiernos locales para la gestión y ejecución de proyectos y programas orientados a reducir la desnutrición.
- 6) Promover el empleo y el manejo adecuado de los recursos al interior de la familia para asegurar una adecuada canasta alimentaria.

1.2.1.3 Rol del gobierno local en la salud nutricional

Consciente de las consecuencias de la desnutrición crónica infantil el Estado Peruano promueve la articulación de las intervenciones de todas las entidades del gobierno nacional, regional y local y ha establecido la alineación de los

presupuestos y planes sectoriales, regionales y locales a este objetivo de política nacional.

Siendo una prioridad disminuir la desnutrición crónica infantil, se requiere una gestión adecuada de los gobiernos locales, en el marco de las transferencias de capacidades y responsabilidades recibidas en el proceso de descentralización. En este proceso, el gobierno local asume competencias de orden exclusivo y otras compartidas con las otras instancias de gobierno, nacional y regional (Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud, 2013).

Dentro de las Competencias exclusivas, las municipalidades son competentes para:

- Planificar, promover y ejecutar planes de desarrollo urbano y rural.
- Normar la zonificación, urbanismo, acondicionamiento territorial y asentamientos humanos.
- Administrar y reglamentar los servicios públicos locales.
- Aprobar su organización interna y su presupuesto institucional.
- Formular y aprobar el Plan de Desarrollo Local Concertado.
- Ejecutar y supervisar la obra pública de carácter local.
- Aprobar y facilitar los mecanismos y espacios de participación, concertación y fiscalización de la comunidad en la gestión municipal.
- Dictar las normas sobre asuntos y materias de su responsabilidad y proponer las iniciativas legislativas correspondientes.

Dentro de las competencias compartidas:

- La educación básica; y participación en la Gestión Educativa.
- La salud pública.
- La cultura, turismo, recreación y deportes.
- La preservación y administración de las reservas y áreas naturales protegidas locales, la defensa y protección del ambiente.
- La seguridad ciudadana.
- La conservación de monumentos arqueológicos e históricos.
- La vivienda y renovación urbana.

- La atención y administración de programas sociales.
- La gestión de residuos sólidos.

Dentro de este contexto las funciones en salud de los gobiernos locales son:

- Componente Saneamiento: Administración de servicios de agua, desagüe y residuos sólidos Proveer de saneamiento rural.
- Promoción y prevención: Difundir campañas de saneamiento ambiental Realizar campañas de medicina preventiva
- Desarrollo y mantenimiento de infraestructura: Construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos
- Gestión de la atención primaria: Gestionar la atención primaria de la salud.

1.2.1.4 Actores locales Involucrados en la problemática nutricional distrital

Los principales actores institucionales que se encuentran involucrados en el problema nutricional de la niñez del ámbito de estudio son los siguientes:

a. Distrito de Monsefú

- La Municipalidad Distrital de Monsefú, que interviene con la ejecución de los programas alimentario Vaso de Leche y Programa Comedor Popular.
- Comités de Vaso de leche, que representante a los beneficiarios del programa.
- El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), que interviene a través del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma con asistencia alimentaria a centros educativos del nivel inicial y primaria; y el Programa Nacional Cuna Mas (un programa no alimentario).
- Los Comités de Alimentación Escolar de las Instituciones Educativas beneficiarias del programa Qali Warma.
- La Gerencia Regional de Salud Lambayeque (GERESA), cuyas dependencias en el ámbito son el Centro de Salud de Monsefú, el Puesto de Salud de Callanca, Puesto de Salud de Pómape y Puesto de Salud Valle Hermoso, a través de los cuales ejecuta acciones y actividades del Programa Presupuestal Articulado Nutricional administrado desde la GERESA.
- Instituciones Educativas públicas y privadas del nivel Inicial y Primaria que representan al sector educación, brindando servicios educativos a niños (as).

- Empresa de Servicios de Saneamiento de Lambayeque S. A (EPSEL)
- Juntas de Administración de Saneamiento (JASs) existentes en el distrito.

b. Distrito de Santa Rosa

- La Municipalidad Distrital de Santa Rosa, que interviene con la ejecución del programa alimentario Vaso de Leche y Programa Comedor Popular.
- Comités de Vaso de leche, que representante a los beneficiarios del programa.
- El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), que interviene a través del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma con asistencia alimentaria a centros educativos del nivel inicial y primaria.
- Los Comités de Alimentación Escolar de las Instituciones Educativas beneficiarias del programa Qali Warma.
- La Gerencia Regional de Salud Lambayeque (GERESA), representado por el Centro de Salud de Santa Rosa, quien interviene con actividades del Programa Presupuestal Articulado Nutricional que se ejecuta desde la GERESA
- Comités de Vaso de leche, en calidad de representante de los beneficiarios
- Instituciones Educativas del Nivel Inicial públicas y privadas que brindan servicios educativos a niños (as) menores.
- Empresa de Servicios de Saneamiento de Lambayeque S. A (EPSEL).

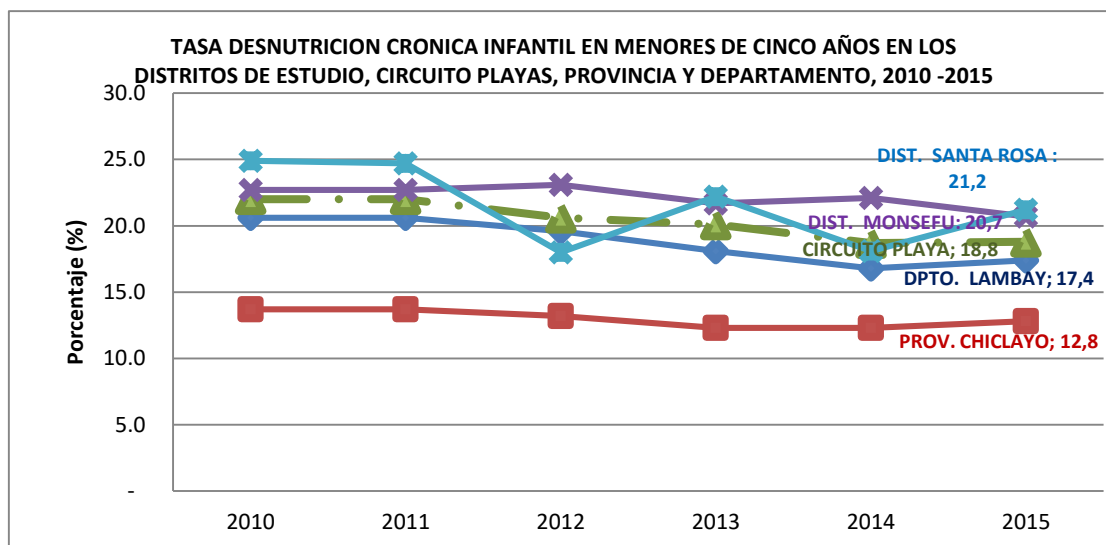
1.2.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.2.1 Evaluación tendencial de la desnutrición crónica infantil.

La desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años, como indicador muy relacionado con la pobreza, representa un problema social persistente en el ámbito de estudio. Así, en el distrito de Monsefú, observamos que la tendencia hacia su erradicación es muy leve ya que desde el año 2010 hasta 2015 solo bajó 2 puntos porcentuales, al reducirse de 22.7 al 20.7%.

En el mismo periodo de análisis, la desnutrición crónica infantil en el distrito de Santa Rosa, presenta una tendencia fluctuante en los últimos años, pero también con leve tendencia hacia su erradicación al pasar de 24.9% a 21.2%.

GRÁFICA N° 02



Fuente : GERESA Lambayeque. Sistema informático del estado nutricional (SIEN). 2016.

Elaboración: Propia

TABLA N° 01

TASA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL, 2010 -2015

AMBITO	AÑOS					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
DEPTO. LAMBAYEQUE	20,6	20,6	19,6	18,1	16,8	17,4
PROV. CHICLAYO	13,7	13,7	13,2	12,3	12,3	12,8
MICRORED CIRCUITO DE PLAYA	22,0	22,0	20,6	20,1	18,7	18,8
DISTRITO MONSEFU	22,7	22,7	23,1	21,7	22,1	20,7
C.S. MONSEFU	20,8	19,6	20,3	19,5	19,1	18,9
P.S. CALLANCA	28,0	29,6	30,5	29,0	23,7	23,3
P.S. POMAPE	26,7	38,8	40,7	31,9	35,5	25,0
P.S. VALLE HERMOSO	27,8	40,3	26,2	34,5	51,0	39,3
DISTRITO SANTA ROSA	24,9	24,7	18,0	22,2	18,1	21,2
C.S. SANTA ROSA	24,9	24,7	18,0	22,2	18,1	21,2

Fuente: GERESA Lambayeque. Sistema informático del estado nutricional (SIEN). 2016.

Elaboración: Propia

En ambos distritos los niveles de desnutrición crónica infantil desde el 2010 - 2015, se observan por encima de las tasas promedio del ámbito de la Micro Red de Salud Circuito de Playas (18.8%)³, de la provincia de Chiclayo (12.8%) y del departamento de Lambayeque (17.4%). Observar Grafica 02.

Como lo demuestra la Tabla N° 1, las mayores tasas se registran en el área rural del ámbito de estudio, especialmente en el ámbito de atención de los establecimientos de salud de Callanca, Pómape y Vallehermoso que pertenecen al distrito de Monsefú.

1.2.2.3 Planteamiento del problema

El ámbito de estudio es un espacio con potencialidad para el desarrollo de actividades económicas, como la agrícola, ganadería, pesca e industria alimentaria, además existen servicios sociales básicos (como educación, salud y saneamiento principalmente), funcionan programas sociales para los grupos vulnerables a la desnutrición, tales como el Programa de Vaso de Leche, Programa Qali Warma, Programa de Comedores Populares, Programa Cuna Más. A pesar de ello encontramos la persistencia de una alta incidencia de desnutrición crónica infantil en menores de cinco años. Lo afirmado, conlleva a plantearnos las siguientes preguntas de investigación son:

¿Cuál es el nivel de articulación de las actividades sectoriales con respecto a los elevados índices de desnutrición infantil en este espacio y qué medidas efectivas son necesarias para superar este problema social que está dañando al capital humano de los distritos de Monsefú y Santa Rosa? ¿El diseño de un modelo de articulación de política social local sobre la base de los servicios sociales sectoriales involucrados, permitirá reducir las elevadas tasas de desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa?

Para responder a tales interrogantes resulta necesario descifrar en el ámbito de estudio, si:

1. ¿Existen políticas, programas, proyectos y acciones concertadas a nivel local para erradicar los actuales niveles de desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa?

2. ¿Se articulan entre sí las políticas, programas, proyectos y acciones existentes?
3. ¿Cómo funcionan los servicios sectoriales que tienen relación con la erradicación de la desnutrición crónica infantil?
4. ¿El servicio esta adecuadamente focalizado?
5. ¿Está suficientemente implementado los programas sociales involucrados?
6. ¿Se encuentran sensibilizado el personal que trabaja y los beneficiarios sobre el problema nutricional?
7. ¿Las autoridades, responsables y dirigentes son susceptibles a un cambio de actitudes?
8. ¿Realizan una labor articulada los actores sociales involucrados?
9. ¿Qué políticas locales son necesarias para reducir la desnutrición infantil en el ámbito de estudio?
10. ¿Qué estrategias de intervención son claves?

1.2.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene una legítima relevancia científica por que ayudará a los gobiernos locales de los distritos de Monsefú y Santa Rosa, a las instituciones que representan a los sectores de salud, saneamiento básico, educación, MIDIS y otros actores institucionales que ejecutan programas/proyectos/acciones alimentario y nutricionales a mejorar sus roles funcionales como involucrados en la lucha contra la desnutrición infantil.

Nos reporta evidencias que el trabajo que realizan las principales instituciones involucradas en proteger la salud infantil, y las que ejecutan programas alimentario nutricionales y no nutricionales, no están realizando un trabajo coordinado ni articulado en base a objetivos comunes para reducir los actuales índices de desnutrición infantil en la zona de estudio, que son los más altos en el ámbito de la provincia de Chiclayo. Ello no obstante, la existencia de un marco normativo, herramientas de gestión de planeamiento, presupuesto y otros favorables para institucionalizar políticas locales de corto, mediano y largo plazo, en el marco de las políticas públicas nacionales que orientan la intervención del Estado para reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos sociales,

muy particularmente en el tema de la nutrición infantil, que es uno de los principales ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Desarrollo e inclusión Social “Incluir para Crecer”.

El estudio planteado, pretende además proponer un modelo de gestión articulada que puede ser aplicado en los distritos en estudio través del Gobierno Local conjuntamente con las instituciones que representan a los diversos sectores y que según sus competencias están involucrados en la reducción de la desnutrición crónica infantil que viene afectando al 20.7% de la población menor de 5 años del distrito de Monsefú y al 21.2% del distrito de Santa Rosa.

A nivel departamental, el estudio contribuirá con la implementación de la Política 1.21 del Plan Regional de Desarrollo Concertado 2011-2021: “Reducir la prevalencia de desnutrición crónica, anemia y obesidad con énfasis en la población infantil de los sectores urbano periféricos y rurales que se encuentran en condiciones de pobreza y vulnerabilidad” (Gobierno Regional Lambayeque. 2021: 164pp.); y a nivel local pretende contribuir con los objetivos de los planes de desarrollo concertado y de fortalecimiento del desarrollo social en los distritos involucrados.

La desnutrición infantil es uno de los mayores daños que un ser humano puede tener; pues si no se interviene a tiempo, estaremos condenando a esos niños y niñas a no desarrollar sus capacidades físicas y mentales que les permita en el futuro constituirse en un ciudadano competitivo, con igualdad de oportunidades para acceder a mejores condiciones de vida. La superación de éste problema en la niñez en su debido tiempo, ayudará afrontar con éxito los diversos riesgos de tipo ambiental, social, cultural que se le pueda presentar en su vida.

De ser aplicado conscientemente por los decisores políticos y técnicos de las instituciones involucrados, sus resultados contribuirán al cumplimiento de la Décima Quinta Política de Estado del acuerdo Nacional: “Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional” que tiene como objetivo “Establecer una política de seguridad alimentaria que permita tener disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral”. Así mismo contribuirá a cumplir con los objetivos de la Declaración del Milenio de “Erradicar

la pobreza extrema y el hambre” y “Reducir la mortalidad en la infancia”, aprobados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000.

1.2.4 OBJETIVOS

1.2.1.1 Objetivo General

Proponer un modelo de articulación de política social local sobre la base de los servicios sociales de los sectores involucrados en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el ámbito de los distritos de Monsefú y Santa Rosa.

1.2.1.2 Objetivos Específicos

- 1 Explorar que políticas locales se vienen desarrollando en los distritos de Monsefú y Santa Rosa relacionadas a la erradicación de los elevados índices de desnutrición crónica infantil.
- 2 Analizar la manera como se prestan y articulan entre sí los servicios de los sectores salud, educación, de saneamiento y asistencia alimentaria en relación a la desnutrición infantil del ámbito de estudio.
- 3 Proponer un modelo de política social local de intervención para reducir la desnutrición infantil del ámbito de estudio.

1.2.5 HIPÓTESIS

1.2.5.1 Hipótesis General

Si diseñamos una propuesta de intervención multisectorial en base a la coordinación, articulación, concertación, mejora de servicios, cambios de conductas de actores, desarrollo de capacidades y a una política social local articulada, entonces se fundamentará la disminución de los actuales niveles de desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.

1.2.5.2 Hipótesis Específicas

1. Existen políticas locales relacionadas a erradicar los elevados índices de desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.
2. Los servicios que prestan los sectores de salud, educación, saneamiento y programas de asistencia alimentarios se articulan para afrontar la desnutrición crónica infantil existente en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.
3. La política social local para reducir la desnutrición infantil del ámbito de estudio responde a un modelo de intervención integrado.

1.3 MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO, CARACTERÍSTICAS.

La aplicación de los instrumentos técnicos diseñados para la presente investigación permitió estudiar y conocer las principales variables que influyen en la actual incidencia de la desnutrición crónica infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.

1.3.1 POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACCIONES CONCERTADAS LOCALES.

1.3.1.1 Políticas.

- **Política concertada para reducir la desnutrición infantil:** No se encontró ninguna política específica en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.
- **Plan de Desarrollo Local Concertado:** Este instrumento de gestión, para el distrito de Monsefú no se encuentra actualizado; el plan anterior, de horizonte 2005-2014, tampoco consideró ninguna política, estrategia ni actividad/meta para erradicar la desnutrición crónica del distrito, no obstante estar identificada como problema de alta incidencia en la parte diagnóstica.

En el distrito de Santa Rosa, el Plan de Desarrollo Concertado Local del periodo 2011 - 2021, contempla dentro del eje Desarrollo Social, el objetivo estratégico “Promover servicios básicos de calidad en el distrito”, que considera al programa “Mejoramiento de la atención integral de salud” que aspira como resultado la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil; proponiendo para ello ejecutar los proyectos “Educación nutricional y de complementación alimentaria para madres de familia del sector Lagunas”; “Impulsar la participación de la población en servicios de salud preventiva en el sector las Lomas”, “Equipamiento y mejoramiento de la atención del Centro de Salud “Santa Rosa”, “Ampliación de los servicios de salud en el Centro Salud.”, “Desarrollar las habilidades y capacidades de técnicos en el Centro de Salud” e “Implementación de programas de información de higiene personal en el Distrito”; pero éstos hasta ahora no se desarrolla a cabalidad.

- **Plan de Salud Local:** En ambos distritos (Monsefú y Santa Rosa) no existen este plan. Estos se dejaron de elaborar a partir de la desactivación de los Comité Local

de Administración de Salud (CLAS); tampoco se encontró política ni estrategia local multisectorial concertada e impulsada por el sector salud para reducir la desnutrición crónica infantil.

- Políticas, objetivos y actividades de salud nutricional en Planes Institucionales de los involucrados:

a) Establecimientos de salud

Todo los establecimientos (Centros y puestos de Salud) existentes en los distritos en estudio se orientan por el Plan Operativo Institucional (POI) anual de la Gerencia Regional de Salud (GERESA), que es una herramienta de gestión que “permite planificar, ordenar e integrar armoniosamente las actividades que la Institución se propone ejecutar en un ejercicio fiscal, además traduce los objetivos regionales y la situación actual de salud, en objetivos generales, específicos, actividades operativas y metas presupuestales anuales, comprometiéndose ejecutar durante el año fiscal”. El POI 2015, contempla como objetivo estratégico (OEI 38) “Reducir la desnutrición crónica infantil y otros desórdenes nutricionales (obesidad, anemia)”; para lo cual considera dentro de su programación operativa un conjunto de actividades que forman parte del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), tales como:

- Municipios Saludables, que promueven acciones de cuidado infantil y la adecuada alimentación.
- Número de Comunidades Saludables que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
- Instituciones Educativas Saludables que promueven acciones para el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
- Familias con niño/as menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables que promueven el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
- Aplicación de vacunas completa.
- Atención a niños con crecimiento y desarrollo - CRED completo para su edad.
- Administrar Suplemento de hierro y vitamina A.

- Atender a niños con infecciones respiratorias agudas. (IRA).
- Atender a niños con enfermedades diarreicas agudas. (EDA)
- Atender a niños con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas con complicaciones.
- Atender a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda complicada.
- Administrar Suplemento de Hierro y Ácido Fólico a gestantes.
- Atender a niños y niñas con diagnóstico de parasitosis intestinal.

b) Los Centros Educativos

En cumplimiento de la política del Ministerio de Educación y de la Gerencia Regional de Educación las Instituciones Educativas si incorporan en la programación curricular temas sobre salud nutricional. En este marco, las Instituciones Educativas de los distritos de Monsefú y Santa Rosa, demuestran que en su Organización y Programación Curricular incorporan unidades y sesiones de aprendizajes relacionadas a conocer, preparar y consumir recetas sencillas, nutritivas y balanceadas ricas en proteínas, vitaminas y minerales para mejorar sus hábitos alimentarios y de higiene, en los niveles de educación inicial y primaria.

En el **nivel inicial**, los Programas No Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI) y las Instituciones Educativas Iniciales, incorporan unidades de aprendizajes con actividades relacionados a la salud nutricional. Ambas modalidades educativas desarrollan el tema: “Mi salud y Mis Alimentos”, aplicando actividades y estrategias durante una jornada pedagógica de una semana para obtener como producto que “Los niños (as) identifican los alimentos nutritivos de su comunidad, para alimentarse saludablemente⁴.

El tema lo desarrollan dentro de las Áreas de Personal Social y Ciencia y Ambiente, y tienden a desarrollar las capacidades en desarrollo personal, social y emocional, desarrollo de la comunicación y el desarrollo del pensamiento matemático⁵ en los niños y niñas para: a) Reconocer los alimentos nutritivos y no nutritivos; y b) Practicar de hábitos de higiene personal para el cuidado de su salud: lavado de manos antes y después de tomar sus alimentos, usar los servicios higiénicos, cepillado de dientes, baño diario, cambio de ropa.

También se encontró que varios centros educativos refuerzan estos temas dentro de la planificación curricular ejecutando proyectos Educativos en concordancia con el calendario cívico comunal, desarrollando contenidos con la denominación de: Alimentos Nutritivos, Hábitos Alimenticios⁶.

En el **nivel primario**, la Programación Curricular Anual de las Instituciones Educativas incluye una Unidad Didáctica relacionados a salud nutricional con las denominaciones: “Elevemos nuestro rendimiento escolar consumiendo alimentos nutritivos”; “Consumamos alimentos nutritivos para vivir sanos”; “Practicamos estilos de vida saludable” y “Nuestra Familia se Alimenta Saludablemente”; se aplica en todos los grados del nivel y es transversal en las áreas de comunicación, matemática, ciencia y ambiente, personal social y educación física; para ello se tiene en cuenta el contexto local que hacen referencia al bajo nivel nutricional de los escolares de la zona, afectando el rendimiento académico. Se desarrolla durante un mes (cuatro semanas), estableciendo como propósito el “Uso de loncheras nutritivas” y “Concientizar el consumo de alimentos que da la comunidad”. Los productos programados son, entre otros:

- Elaboración de recetas o dietas balanceadas con alimentos de la región;
- Preparación de alimentos nutritivos con productos alimenticios de la zona;
- Clasifica alimentos según sus funciones (energéticos, formadores, reguladores).
- Afiches sobre alimentos de su comunidad;
- Explicar el impacto que el consumo de comidas chatarra tiene en la salud de las personas.
- Pirámide alimenticia con productos de la localidad⁷.

c) Empresa Prestadora de Servicios de Saneamiento de Lambayeque (EPSEL)

En ambos distritos en estudio, la empresa EPSEL no cuenta con Planes Locales, pero dentro de su plan operativo institucional ejecuta el “Programa de educación sanitaria” cuya finalidad es dar asistencia técnica a la demanda de municipios o

instituciones sobre manejo y calidad de agua, y sus acciones no se articulan con la problemática de desnutrición crónica infantil.

d) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

El MIDES, como responsable de la política social en el Perú, y en aplicación de la Estrategia de Desarrollo e Inclusión Social, ejecuta en ambos distritos de estudio el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, brindando servicio alimentario como complemento a niños y niñas matriculados en las instituciones educativas públicas del nivel inicial y primario de cada distrito.

Asimismo, ha comenzado a intervenir en el distrito de Monsefú con el Programa Nacional Cuna Mas, que es un programa no alimentario nutricional, sino un programa con modelo de Cogestión Estado – comunidad, dedicado a brindar capacitación y acompañamiento técnico en temas de salud, nutrición, prácticas de cuidado y aprendizaje infantil temprano. Este se caracteriza por organizar previamente a Comités de Gestión local, a través de los cuales transfiere recursos para la prestación de los servicios.

- Voluntad política local para priorizar política local para reducir la desnutrición crónica.

Los resultados de la revisión documentaria determinaron que en el Distrito de Monsefú no existe acuerdo ni ordenanza local que priorice una política para reducir los actuales niveles de desnutrición infantil.

En el distrito Santa Rosa, el consejo municipal actual sancionó un acuerdo para medir hemoglobina a los beneficiarios del programa de vaso de leche y la puesta en marcha del Centro Comunal de Vigilancia de la madre y niño que brinde asistencia promocional y orientación a las madres de la zona peri urbana Ciudad del Pescador sobre: Alimentación; lavado de manos; cuidados de crianza; estimulación temprana a niños de 0 a 3 años (juegos, escritura, educación); y vacunaciones.

1.3.1.2 Programas alimentarios nutricionales.

- N° de Programas alimentario nutricionales concertados.

Tanto en el distrito de Monsefú y como el distrito de Santa Rosa operan cuatro (4) programas alimentarios nutricionales, pero ninguno concertadamente:

1. Programa Vaso de Leche, ejecutado por las municipalidades distritales de los distritos en estudio y financiado con el presupuesto transferido por el gobierno central anualmente.
2. Programa Comedores Populares, ejecutado por ambas Municipalidades distritales y financiado con presupuesto transferido a Municipios por el gobierno central anualmente.
3. Programa Qali Warma, ejecutado por Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), a través de la Unidad Territorial Lambayeque y financiado con recursos presupuestales de dicho ministerio.
4. Programa Articulado Nutricional (PAN), ejecutado por la Gerencia Regional de Salud Lambayeque (GERESA), a través de los establecimientos de Salud existentes.

1.3.1.3 Proyectos

- N° de Proyectos /actividades alimentario nutricionales concertados operando:

En los distritos de Monsefú y Santa Rosa no se encontró proyecto alimentario nutricional concertado en ejecución. Solo en distrito de Santa Rosa, opera la actividad “Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) para el cuidado Integral de la Madre y el Niño” que promueve y vigila el estado nutricional de los niños y niñas, para la zona peri urbana Ciudad del Pescador, financiado por la Municipalidad Distrital de Santa Rosa. Se comprobó su funcionamiento durante el año 2015, asistiendo a 86 niños (38 niños y 48 niñas), mediante sesiones demostrativas, seguimiento de peso talla, promoción de análisis de

hemoglobina para la mencionada zona en coordinando con el centro de salud del distrito.

- **Conocimiento de funcionarios y trabajadores sobre la visión y misión de los programas alimentario nutricionales.**

Según a la Tabla N° 02, el nivel de conocimiento de la visión y misión de los programas que operan en el ámbito de estudio es:

- **En el Programa Articulado Nutricional**, ejecutado en el distrito de Monsefú, a través de los establecimientos de salud, se encontró que los responsables de los Centros de Salud Miguel Custodio Pisfil y los Puestos de salud de Callanca, Pómape y Valle Hermoso, en un 100 % están enterados de la visión y misión del programa articulado nutricional y de los otros programas de apoyo alimentario nutricional.

En el distrito de Santa Rosa, los responsables del Centros de Salud Santa Rosa, están entre bastante enterado y poco enterados sobre la visión y misión del programa articulado nutricional y de los otros programas de apoyo alimentario nutricional ejecutados por las otras instituciones.

- **En el Programa Vaso de Leche**, se encontró que estaban bastante enterados sobre la visión y misión del programa solo el 21.4% en Monsefú y 9.1% en Santa Rosa de los entrevistados, opinión proveniente de los responsables (autoridad municipal y funcionario) de ambos distritos en estudio.

Como poco enterados se encuentran el 42.86% y como muy poco enterados el 35.7% de los entrevistados del distrito de Monsefú, mientras que en distrito de Santa Rosa, el 45.4 manifestó estar poco entrados y el 36.4% muy poco enterado, estando en esta condición de conocimiento los operadores de los programas, coordinadores y presidentes de Comités de Vaso de Leche.

TABLA N° 02
FUNCIONARIOS Y TRABAJADORES CLAVES QUE CONOCEN LA
VISIÓN Y MISIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO/ACTIVIDAD EN LOS
DISTRITO DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

Conoce la visión y misión del proyecto/programa	Establecimientos Salud		Programa Vaso Leche		Programa Qali Warma		EPSEL y JASS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DISTRITO MONSEFÚ								
a) Bastante enterado	5	100,00	3	21,43	16	84,21	0	0,00
b) Poco enterado	0	0,00	6	42,86	3	15,79	1	09,09
c) Muy poco enterado	0	0,00	5	35,71	0	0,00	10	90,91
d) No sabe / no responde.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub Total	5	100,00	14	100,00	19	100,00	11	100,00
DISTRITO SANTA ROSA								
a) Bastante enterado	1	50,00	1	9,09	02	40,00	0	0,00
b) Poco enterado	1	50,00	5	45,45	03	60,00	1	100,00
c) Muy poco enterado	0	0,00	4	36,36	0	0,00	0	0,00
d) No sabe / no responde.	0	0,00	1	9,09	0	0,00	0	0,00
Sub Total	2	100,00	11	100,00	05	100,00	1	100,00

Fuente: Tabulación de autor de los resultados de la Técnica 01 - Guía entrevista semi estructurada.

- **En Programa Qali Warma**, los ejecutores en el distrito de Monsefú, en un 84.2% estaba bastante enterado sobre la visión y misión del programa, mientras que el 15.8% mostraron estar poco enterado. En el distrito de Santa Rosa, se encontró que el 40.0% estaba bastante enterado sobre la visión y misión del programa y el 60% estaba poco enterado.
- **Empresa EPSEL S.A.**, a cargo de las Oficinas de Apoyo en los distritos de Monsefú y Santa Rosa, así como los Directivos de las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento Rural (JASS), estaban entre poco y muy poco enterado sobre visión y misión del programa Educación Sanitaria.

1.3.2 ARTICULACIÓN ENTRE POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS

1.3.2.1 Niveles de articulación y coordinación entre políticas

- **Niveles de coherencia⁸ entre las políticas y prioridades locales con los programas/ proyecto/actividad alimentario nutricional en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.**

- En el distrito de Monsefú, los programas alimentario nutricional de Vaso de Leche, Comedores populares y Qali Warma, así como el Programa Nacional Cuna Mas (que es no alimentario nutricional sino promotor, capacitador y de acompañamiento en temas de salud y nutrición) no se enmarcan en política ni prioridad local establecida. Presentan un nivel de Coherencia **nula**, por no existir política, ni Plan de Desarrollo Local Concertado vigente que priorice la salud nutricional.
- En el distrito de Santa Rosa, sin embargo, los programas Vaso de Leche, Comedores populares y Qali Warma, así como la actividad del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) se enmarca en el Plan Desarrollo Local Concertado, a través del programa Mejoramiento de Atención Integral de Salud, que tiene como meta: “Reducción de la Desnutrición Cónica Infantil”. El Nivel de coherencia es **alto** porque los programas y actividad antes mencionados se orientan a contribuir a la meta del Plan de Desarrollo Local Concertado del distrito Santa Rosa.

- **Niveles de coherencia de las políticas y prioridades regionales y nacionales con los programas/ proyecto/ actividad alimentario nutricional en los distritos de Monsefú y Santa Rosa.**

a) **La Política Nacional.** - Los programas alimentario nutricional ejecutados en el ámbito de estudio se enmarcan dentro de los siguientes instrumentos:

- Plan Estratégico De Desarrollo Nacional. El Perú Hacia el 2021 (CEPLAN, 2015). Articulándose con el Eje estratégico: Derechos Humanos e

Inclusión Social; Objetivo Nacional: “Ejercicio efectivo de los derechos humanos y dignidad de las personas, con inclusión social de la población más pobre y vulnerable” y objetivo específico “Desarrollar capacidades y generar oportunidades para la población n proceso de inclusión social”, que tiene como uno de sus indicadores y metas la reducción de la “Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica” de 17,5% (año base 2013) a 10% en el 2016 y a 5 % en el año 2021. En tal sentido, tiene un nivel de coherencia **alto** con este instrumento de planificación nacional.

- El “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016” del Ministerio de Salud, que tiene como objetivo general contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil al 10% y la anemia en menores de 3 años al 20%, al año 2016, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intrasectorial e intersectorial. Correspondiendo un nivel de coherencia **Alto**.

b) Con la Política Regional.- Los programas mencionados se enmarcan con el Plan Regional de Desarrollo Concertado de Lambayeque 2011-2021; articulándose a través del Eje estratégico I: “Inclusión e integración socio cultural y acceso a servicios básicos”; a la política 1.21 “Reducir la Prevalencia de la desnutrición crónica, anemia y obesidad con énfasis en la población infantil de los sectores urbano periféricos y rurales que se encuentran en condiciones de pobreza y vulnerabilidad” y con la estrategias 1.21.5, estableciendo como indicador que la “Tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años” debe reducirse de 18.2 (año base 2009) a 6% en el 2018 y a 2% al 2021. En consecuencia, también resultan con un nivel de coherencia **Alto**.

1.3.2.2 Niveles de coordinación entre programas

- **Frecuencia de coordinación de responsables de programas para coordinar intervención.**

En ambos distritos en estudio no se encontró evidencia documentaria de reuniones de coordinación entre las instituciones responsables de programas/proyectos alimentario nutricionales para coordinar intervención en forma frecuente.

Este resultado, es corroborado por los responsables y dirigentes de beneficiarios de programas alimentarios nutricionales que en forma unánime manifestaron no reunirse porque nadie los convoca. Solo se reúnen al interior de sus instituciones para coordinar y evaluar la ejecución de sus programas. Observar Tabla 3.

TABLA N° 03
FRECUENCIA CON SE REUNEN LOS RESPONSABLES DE
PROGRAMA/PROYECTO/ACTIVIDAD EN EL DISTRITO DE MONSEFU Y
SANTA ROSA

Frecuencia de reuniones	Programa Articulado Nutricional		Programa Vaso Leche		Programa Qali Warma	
	N°	%	N°	%	N°	%
DISTRITO MONSEFU						
a) Anual	0	0,00	0	0	0	0
b) semestral	0	0,00	0	0	0	0
c) mensual	0	0,00	0	0	0	0
d) no se reúnen	5	100,00	14	100.0	19	100.0
Total entrevistas	5	100,00	14	100.0	19	100.0
DISTRITO SANTA ROSA						
a) Anual	0	0,00	0	0	0	0
b) semestral	0	0,00	0	0	0	0
c) mensual	0	0,00	0	0	0	0
d) no se reúnen	2	100,00	11	100.0	05	100.0
Total entrevistas	2	100,00	11	100.0	05	100.0

Fuente: Tabulación de autor de los resultados del instrumento de la Técnica 01 - Guía entrevista semi estructurada.

1.3.3 FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SECTORIALES RELACIONADOS CON LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL.

1.3.3.1 Oferta del servicio de salud nutricional

- Grado nutricional de niños de los distritos en estudio.

La Tabla N° 04, se muestra la incidencia del estado nutricional encontrada en los niños menores de cinco años en el año 2015, en el Distrito de Monsefú la Red de Salud Chiclayo-GERESA, registró 2,616 niños con grado nutricional normal, con desnutrición crónica 733, con desnutrición aguda 62, con desnutrición global 152, con sobre peso 426 y con obesidad 145.

En el distrito de Santa Rosa, en el mismo año se registraron 2,058 niños menores de cinco años con grado de nutrición normal; con desnutrición crónica 466, con desnutrición aguda 30, desnutrición global 90, con sobre peso el 350 y con obesidad el 90.

TABLA N° 04
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA. 2015

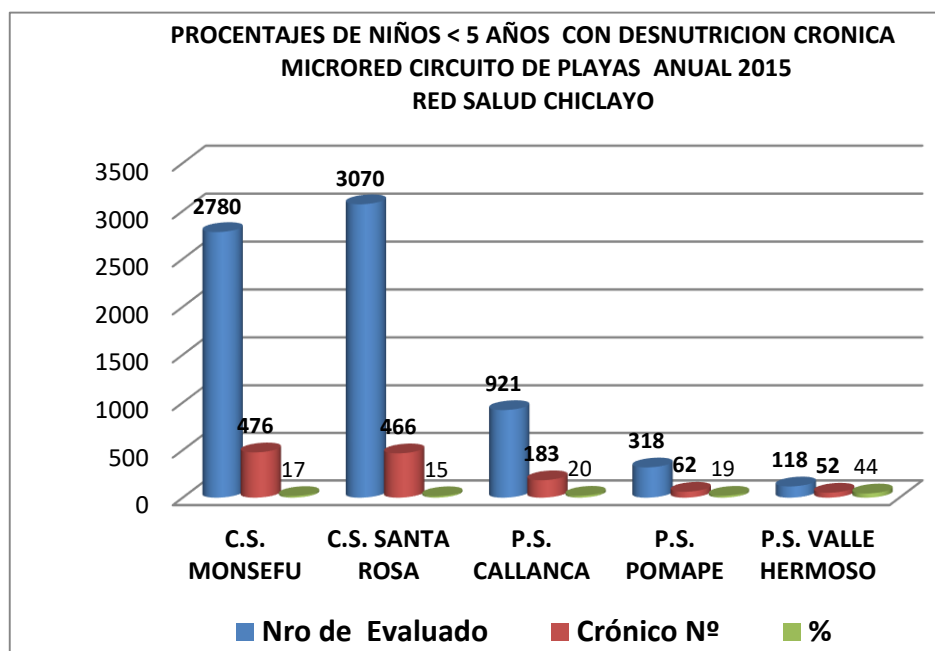
Grado Nutricional	Distrito Monsefú		Distrito Santa Rosa	
	N°	%	N°	%
Evalutados	4134	100	3070	100
Desnutrición crónica	733	19	466	15
Desnutrición Global	152	4	90	3
Desnutrición aguda	62	1	30	1
Sobre Peso	426	10	350	11
Obesidad	145	4	90	3
Normal	2616	62	2058	67

Fuente: Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Red Salud Chiclayo. 2016.
Elaboración: Autor

A nivel de establecimientos, la Gráfica N° 03 nos ilustra que la desnutrición crónica encontrada en el distrito de Monsefú fue de 17% en el Centro de Salud Miguel Custodio Pisfil que cobertura a población mayormente urbana, de 20% en el Puestos de Salud de Callanca, 19% en el Puesto de Salud Pómape y 44% en el puesto de salud de Valle Hermoso; los tres últimos coberturan áreas

netamente rurales. Mientras que en el distrito Santa Rosa, desnutrición crónica encontrada de 15 % y es netamente urbana.

GRÁFICA N° 03



Fuente: Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Red Salud Chiclayo. 2016.
Elaboración: Autor.

- **Grado o nivel nutricional de los niños beneficiarios de programa/proyecto.**

El indicador nutricional a nivel de programas, no pudo determinarse, ya que no existe data organizada que permita conocer el grado nutricional de los niños menores de cinco años beneficiados con los programas nutricionales que intervienen en los distritos en estudio, tales como el Programa de Vaso de Leche y Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma. La GERESA no acude a dichos programas a evaluar el nivel nutricional de los niños beneficiados con dichos programas, las evaluaciones nutricionales de los niños captados se realizan a través del Programa Crecimiento y Desarrollo que operativiza cada establecimiento de salud.

- **Frecuencia de la evaluación nutricional realizado por GERESA a los niños beneficiarios.**

Por lo antes indicado los beneficiarios de los programas Vaso de Leche y Qali Warma presentan nula frecuencia de evaluación. De las entrevistas a los responsables y beneficiarios se conoció que, a través del Programa Salud Escolar, la GERESA y la Red de Salud Chiclayo hacen directamente despistajes de anemia y estado nutricional (talla-peso-edad) en las Instituciones Educativas, en los cuales los Establecimientos de Salud locales no tiene participación directa y no tenían acceso a los resultados.

1.3.3.2 Oferta educativa

- **Centros educativos que incorporan contenidos alimentarios nutricionales en programa curricular con apoyo de GERESA.**

Según la tabla N° 5, se encontró para ambos distritos de estudio que el cien por ciento de los responsables de las instituciones educativas entrevistadas y que a la vez son beneficiarios del Programa Qali Warma, tenían incorporado contenidos de temas alimentarios nutricionales en los programas curriculares, información que fue corroborada con la técnica de revisión documentaria. Pero esta incorporación en los contenidos curriculares es con apoyo de las Guías Educativas emitidas por el Ministerio de Educación y Gerencia de Educación Lambayeque. La Gerencia de Salud Lambayeque no tiene participación.

Así mismo, se demuestra que todos los responsables de los establecimientos de salud del distrito de Monsefú tenían conocimiento de la incorporación de temas alimentarios nutricionales en la programación curricular. Sin embargo, en el distrito de Santa Rosa, los responsables del Centro de Salud expresaron no conocer esta incorporación.

En el Programa Vaso de Leche, los responsables y dirigentes del distrito de Monsefú manifestaron en un 64% que, si lo conocían, frente al 36% que no sabían; en distrito de Santa Rosa el 45% de las responsables del Programa Vaso

de Leche expresaron conocer la incorporación, frente al 55% que dijeron no conocerlo.

TABLA N° 05
CONOCIMIENTO SOBRE LA INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS DE
TEMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONALES EN PROGRAMA
CURRICULARES EN LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

Conocimiento de Incorporación del temas en contenidos de programa curricular	Establecimient s Salud		Programa Vaso Leche		Instituciones Educativas beneficiarias de Programa Qali Warma	
	N°	%	N°	%	N°	%
DISTRITO MONSEFÚ						
a) Si incorpora	5	100.0	9	64.29	19	100.00
b) No incorpora	0	0.0	0	0.00	0	0.00
c) No sabe	0	0.0	5	35.71	0	0.00
d) No recibe asistencia de GERESA.	0	0.0	0	0.00	0	0.00
	5	100.0	14	100.00	19	100.00
DISTRITO SANTA ROSA						
a) Si incorpora	0	0.0	5	45.45	5	100.00
b) No incorpora	0	0.0	0	0.00	0	0.00
c) No sabe	2	100.0	6	54.55	0	0.00
d) No recibe asistencia de GERESA.	0	0.0	0	0.00	0	0.00
	2	100.0	11	100.00	5	100.00

Fuente: Tabulación de autor de los resultados del instrumento N° 01 - Entrevista semi estructurada

- **Apoyo de la GERESA a eventos educativos sobre prácticas nutricionales a los padres.**

El apoyo interinstitucional de la GERESA a los centros educativos sobre prácticas nutricionales es a través de sus establecimientos, dirigidos a padres de familia, docentes y alumnos de los centros educativos que lo solicitan. No se demostró una cobertura total distrital respecto a este apoyo.

- **Compromisos de apoyo suscritos entre Establecimientos de salud de GERESA, centros educativos y EPSEL para promover la salud infantil**

En los distritos en estudio, el apoyo interinstitucional para promover la salud infantil es débil, no está basada en acuerdos o convenios interinstitucionales entre las instituciones educativas, establecimientos de salud y la Empresa Provedora

de Servicios de Saneamiento – EPSEL; dicha debilidad encontrada en la revisión documentaria fue corroborado con entrevistas a responsables de las instituciones educativas, Centro de Salud Miguel Custodio Pisfil- Monsefú y Centro de Salud Santa Rosa.

1.3.3.3 Oferta de agua y saneamiento

- **Niños con algún nivel de desnutrición relacionado con carencias de servicios de agua y saneamiento, según establecimientos de GERESA.**

En ambos distritos en estudio, los establecimientos de salud no contaban con datos organizados sobre pacientes niños con algún nivel de desnutrición que permita ver la relación con las carencias de servicios de agua y saneamiento. La revisión de historias de pacientes desnutridos no evidenció tratamientos sobre parasitosis o infecciones diarreicas agudas.

- **Tipo y situación del sistema de abastecimiento de agua en las viviendas y la incidencia de niños con desnutrición.**

La Tabla N° 6 nos muestra para el distrito de Monsefú, que, en los ámbitos de los establecimientos de salud, el abastecimiento de agua y el grado de desnutrición crónica se caracteriza por lo siguiente:

- En el ámbito del Centro de Salud Miguel Custodio Pisfil, el abastecimiento de agua a través de la red pública es en 79,2% de las viviendas, cuya agua es tratada por la empresa EPSEL S.A., en el resto se abastecen a través de piletas o del vecino en 7.2%, por pozo el 11.4%, por cisterna el 0.44% y por acequia el 1.8%; las tres últimas son aguas sin tratamiento; es decir, existe una carencia de agua de las viviendas por la red pública de 20.82% en promedio. La tasa de desnutrición crónica encontrada es 18.9%
- En el ámbito del Puesto de Salud Pómape, zona rural, las viviendas se abastecen de agua para consumo a través de pozos en 98.17% y 1.83% por

acequias, todas sin tratamiento; es decir, la carencia de agua tratada por red pública es total. La tasa de desnutrición crónica encontrada es de 25%.

- Similar situación sucede en el ámbito de atención del Puesto de Salud rural de Valle Hermoso, donde el 98% se abastece de agua no tratada a través de pozo y el 2% por acequia. La tasa de desnutrición crónica encontrada fue de 39.3%, la más alta.
- En el ámbito del Puesto de Salud rural de Callanca, también existe una carencia total de agua en las viviendas por la red pública; la población se abastece a través de pozos en un 91.25%, por piletas o del vecino en 4.85% de las viviendas y el 3.9% por acequias. Estas son aguas no tratadas. La tasa de desnutrición crónica encontrada es de 23.3%

TABLA N° 06
TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS DE NIÑOS
DESNUTRIDOS EN EL DISTRITO DE MONSEFÚ

ESTABLECIMIENTO DE SALUD/Sectores que cobertura	Área (U/R)	TASA DESNUT RICIÓN CRÓNICA INFANTI L %	TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN VIVIENDA					
			RED PÚBLI CA %	TOTAL	SIN AGUA DE LA RED PÚBLICA (%)			
					Piletas/ vecino %	Pozos %	Cisterna/ otro %	Acequias %
DISTRITO MONSEFÚ		20.7	59.0	41	17.0	22.0	1.0	1.0
CENTRO SALUD MIGUEL CUSTODIO PISFIL	U/R	18.9	79.18	20.82	7.2	11.4	0.44	1.78
PUESTO SALUD PÓMAPE	R	25.0	0.0	100.00	0.0	98.17	0.0	1.83
PUESTO SALUD VALLE HERMOSO	R	39.3	0.0	100.00	0.0	98.0	0.0	2.0
PUESTO SALUD CALLANCA	R	23.3	0.0	100.00	4.85	91.25	0.0	3.90
TOTAL		21.2	76.00	24.00	21.00	1.00	1.00	1.00
CENTRO SALUD SANTA ROSA	U	21.2	76.00	24.00	21.00	1.00	1.00	1.00

Fuente: Municipalidad Distrital de Monsefú. Padrón de oficial de beneficiarios Programa Vaso de Leche. 2015
Municipalidad Distrital de Santa Rosa. Padrón de oficial de beneficiarios Programa Vaso de Leche. 2015
Contrastada con resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2007, corroborada y actualizada con visita de campo.

En el distrito de Santa Rosa, según la misma tabla, es coberturado por el Centro de Salud Santa Rosa, encontrándose que el 76% de las viviendas se abastecen de agua por la red pública tratada por la empresa EPSELS.A.; mientras que el restante 24% se abastece mediante piletas (21%), Pozos (1%); Cisterna (1%) y acequias (1%) sin garantía de tratamiento;

observándose que el desabastecimiento fuerte es en la población dispersa del sector Laguna Grande. En este distrito la tasa de desnutrición crónica encontrada es de 21.2%

- **Frecuencia de eventos sobre buenas prácticas en el uso y manejo del agua**

En los distritos de Monsefú y Santa Rosa, es poco frecuente la realización de eventos sobre buenas prácticas en el uso y manejo del agua. Se encontró que la Empresa de Servicios de Saneamiento de Lambayeque (EPSEL), a través de la Oficina de Comunicación Social ejecuta el “Programa de Educación sanitaria” dirigido a municipalidades en la modalidad de asistencia técnica con temas sobre Calidad de agua. Ocasionalmente participa en eventos de capacitación y difusión de buenas prácticas en el uso y manejo del agua a solicitud de los dirigentes o autoridades locales interesadas, es decir que sus acciones están en función a la demanda.

- **Tipo de sistema de desagüe o alcantarillado en la vivienda y la incidencia de niños con desnutrición crónica.**

Como se demuestra en la Tabla 7, en el distrito de Monsefú se observó que los niños con desnutrición crónica infantil que proviene del centro de Salud de Monsefú “Miguel Custodio Pisfil”, tienen sistemas de desagüe a la red en la mayoría de las viviendas urbana y conurbana en un 99.4%.

Los pacientes desnutridos, detectados por los puestos de salud de Pómape, Valle Hermoso y Callanca (de zonas rurales), se caracterizan por su carencia total de desagüe de las viviendas a la red pública. Esta población hace uso de servicios higiénicos tipo pozo séptico, pozo ciego/negro/letrina, u otro tipo.

En el distrito de Santa Rosa, se encontró que el sistema de desagüe es mayormente a la red pública (70.58%) por ser la población mayormente urbana; excepto en sitios conurbanos recientes y población dispersa - como Laguna Grande- que carecen del sistema de desagüe a la red pública, donde hacen usos de servicios higiénicos a través de pozo ciego/negro/letrina u otras formas.

TABLA N° 07
TIPO DE SISTEMA DE DESAGUE EN LAS VIVIENDAS A NIVEL DE
ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS DISTRITO DE MONSEFÚ Y
SANTA ROSA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD/Sectores que cobertura	Área (U/R)	TASA DESNUTRICION CRÓNICA INFANTIL %	TIPO DE SISTEMA DE DESAGUE EN LA VIVIENDA	
			CONECTADA A RED PÚBLICA %	SIN SISTEMA DE DESAGUE A RED PÚBLICA (%)
DISTRITO MONSEFU		20.7	50.73	49.27
CENTRO SALUD MIGUEL	U/R	18.9	99.4	0.6
CUSTODIO PISFIL				
PUESTO SALUD PÓMAPE	R	25.0	0.0	100.0
PUESTO SALUD VALLE HERMOSO	R	39.3	0.0	100.0
PUESTO SALUD CALLANCA	R	23.3	0.0	100.0
DISTRITO SANTA ROSA		21.2	70.58	29.42
CENTRO SALUD SANTA ROSA	U	21.2	71.18	28.82

Fuente: Empresa Prestadora de Servicios de Saneamiento EPSEL S.A.
INEI-Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de Vivienda.
Corroborada con visita de campo.

1.3.4 FOCALIZACIÓN DEL SERVICIO EN EL ÁMBITO DE ESTUDIO.

1.3.4.1 Procedencia

- **Número de Beneficiarios de programas /proyecto/actividad y área de procedencia (urbana marginal y rural).**

Tal como se muestra en las Tablas N° 8 y 9, en el distrito de Monsefú:

- El Programa de Vaso de Leche beneficia a un total de 1,898 niños menores de 6 años, de los cuales el 59.6% son de la zona rural (1,131 niños), y el restante 40.6% proceden de la zona urbana marginal.
- El Programa Nacional de Alimentación Qali Warma beneficia a 4,003 niños de 3 a 11 años, la mayor parte de éstos en un 76.9% (3,044) son de la Zona Urbana y los 923 niños restantes son de zona rural (23.06%). Ello a través

de 35 instituciones educativas, 26 del nivel inicial y 9 del nivel primario. En el nivel inicial (niños de 3 a 5 años) los beneficiarios totalizaron 1,189.

- La reciente intervención del Programa Nacional Cuna Más registro una participación de 80 niños, todos procedentes de la zona urbana.

TABLA N° 08
BENEFICIADOS DE PROGRAMA VASO DE LECHE POR ZONA DE PROCEDENCIA DE LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

PROGRAMA/proyecto	DISTRITO DE MONSEFÚ			DISTRITO DE SANTA ROSA		
	N° de Beneficiados			N° de Beneficiados		
	Zona Urbana Marginal	Zona Rural	Total	Zona Urbana Marginal	Zona Rural	Total
Programa Vaso de Leche (niños 0-6 años)	767	1131	1898	749	0	749
Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (3-11 años)	3,044	959	4003	923	0	923
Programa Nacional Cuna Más (menores de 3 años)	80	0	80	0	0	0
Total	3,891	2090	5,981	1672	0	1672

Fuente: a) Municipalidades Distritales de Monsefú y Santa Rosa.

b) MIDIS. Programas Nacionales de Alimentación Escolar Qali Warma y Cuna Más.

TABLA N° 09
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA QALI WARMA EN LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y POR ZONA DE PROCEDENCIA

DISTRITO/ NIVEL EDUCATIVO	INSTITUCIONES EDUCATIVAS BENEFICIARIAS	N° BENEFICIA RIOS	URBAN O	RURAL
DISTRITO MONSEFÚ				
Inicial	26	1.189	903	286
Primaria	09	2.814	2,141	673
Total	35	4.003	3,044	959
DISTRITO SANTA ROSA				
Inicial	04	181	181	0
Primaria	02	742	742	0
Total	06	923	923	0

Fuente: Ministerio de desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. Programa Qali Warma- Unidad Territorial Lambayeque.2015

En el distrito de Santa Rosa, según las mismas tablas, se encontró lo siguiente:

- El Programa Vaso de Leche beneficia a un total de 749 de niños menores de 6 años de la zona urbana marginal. En este distrito no hay población rural.
- El Programa Qali Warma, atiende a un total de 923 niños beneficiados de 3 – 11 años, de la zona urbana, a través de 6 instituciones educativas, 04 del nivel inicial y 2 del nivel primario. En el nivel inicial (niños de 3 a 5 años) los beneficiarios totalizaron 181.

- **Focalización de los servicios.**

En entrevista con actores representativos de las instituciones involucradas afirmaron en un cien por ciento que los servicios de salud y educación brindados no son focalizados por ser derecho universal, en tanto que la selección de beneficiarios para los programas alimentarios nutricionales no obedece a ninguna técnica, ni usan el Sistema de focalización de hogares (SISFOH), obedeciendo a un trabajo empírico. Particularmente en el caso del Programa Vaso de Leche, es común en los distritos en estudio tomar las referencias los datos brindados por la población misma para seleccionar a los beneficiarios del programa.

1.3.4.2 Condición socio económica.

- **Nivel educativo de los padres de beneficiarios de los programas alimentario nutricional.**

Según la Tabla N°10, el nivel educativo, medido en promedio de años de estudio de los padres beneficiarios, de los dos principales programas alimentario nutricionales, fue:

En el distrito de Monsefú

- El Programa Vaso de Leche (mayormente las madres), se encontró que los padres sin nivel educativo era 20.8%, con 1 a 5 años de estudios el 0.07%, con 6 a 10 años de estudio el 44.5% y con más de 11 años de estudio el 34.6%.
- En el Programa Nacional Alimentario Qali Warma, se encontró que del total de padres beneficiarios (jefe del hogar o tutor) el 15.33% no tenía ningún nivel educativo, el 0.08% tenían de 1 a 5 años de estudio, el 40.89% tenían de 6 a 10 años de estudio y el 43.70% tenían más de 11 años de estudio.

En el distrito de Santa Rosa

- El Programa Vaso de Leche (madres), contaba con 9.46 % de padres beneficiarios sin nivel educativo, el 0.17% tenían de 1 a 5 años de estudio, el 56.32% tenían de 6 a 10 años de estudio y el 34.5% contaban con más de 11 años.
- En el Programas Nacional Alimentario Qali Warma, un 5.01% de los padres de los beneficiarios no tenían nivel educativo; 0.17 % contaban con 1 a 5 años, el 51.39% tenían de 6 a 10 años de estudio y el 43.43% con más de 11 años de estudios.

TABLA N° 10
PORCENTAJE PROMEDIO DE AÑOS DE ESTUDIO DE LOS PADRES
BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONAL,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN EL AMBITO DE ESTUDIO.

PROGRAMA	DISTRITO DE MONSEFÚ				DISTRITO DE SANTA ROSA			
	%				%			
	Sin Nivel Educativo	1 a 5 años	6 a 10 años	Mayor 11 años	Sin Nivel Educativo	1 a 5 años	6 a 10 años	Mayor 11 años
Vaso de Leche	20.82	0.07	44.47	34.64	9.46	0.17	56.32	34.05
Alimentación Escolar Qali Warma	15.33	0.08	40.89	43.70	5.01	0.17	51.39	43.43

Fuente: a) Municipalidades Distritales de Monsefú y Santa Rosa. Padrón de beneficiarios.
b) Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma. Padrón APAFA de 48 Instituciones Educativas.

- **Integración Familiar de los beneficiarios, según situación conyugal de los padres**

De acuerdo a la Tabla N° 11, el nivel de integración familiar de los beneficiarios de los programas, medido a través de la situación conyugal de los padres (parejas unidas, parejas separadas, madres solteras, madres abandonadas y padres fallecidos), encontró los siguientes resultados:

Para el distrito de Monsefú

- La situación familiar en los beneficiarios del Programa Vaso de Leche, fue que el 50% de niños proviene de padres o parejas unidas, seguido de 43 % de niños que provenían de madres solteras o solas, solo 6 % son de padres separados y 1% eran huérfanos (padres fallecidos).
- En el caso de los beneficiarios del Programa Qali Warma se encontró que el 52.7% sus padres son unidos, 39.4% son hijos de madres solas, el 4.1% son de padres de separados/divorciados y 3.7% eran fallecidos.
- En ambos programas ningún niño beneficiario era de padres abandonados.

En el distrito de Santa Rosa

- Se encontró que, del total de beneficiarios del Programa Vaso de Leche, en el 57.3% de niños sus padres eran unidos, el 38.1% eran de mamás solteras y 1% de padres fallecidos/o estaban viudos (as).
- Mientras que en los beneficiarios del Programa Qali Warma se encontró que el 56.7% de los niños beneficiarios eran de padres o parejas unidas, el 38.4% de madres solteras y el 2.5% era de padre/ madre fallecidos.
- También en este distrito no se encontraron beneficiarios de madre/padre abandonadas.

TABLA N°11
SITUACIÓN CONYUGAL DE PADRES DE NIÑOS BENEFICIARIOS DE
LOS PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONALES POR DISTRITOS EN
ESTUDIO

PROGRAMA	DISTRITO DE MONSEFÚ					DISTRITO DE SANTA ROSA				
	Situación de los padres de beneficiarios					Situación de los padres de beneficiarios (%)				
	(%)									
	Pareja Unida	Pareja separa do/div orciado	Madr e Soltera	Madr e abandonada	Fallecidos/ Viudo	Pareja Unida	Pareja separa do/div orciado	Madre Soltera	Madre abandonada	Fallecidos/ Viudo
Comités de Organización del Vaso de Leche (niños 0-6 años)	50	6	43	0	1	57.3	3.6	38.1	0	1.0
Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (3-11 años)	52.7	4.1	39.4	0	3.7	56.7	2.5	38.4	0	2.5

Fuente: a) Municipalidades Distritales de Monsefú y Santa Rosa. Padrón de beneficiarios.
b) Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma – Padrón APAFA Instituciones Educativas.

Adicionalmente, se debe indicar que en la documentación recopilada se encontró que el personal enfermero del Centro de salud Monsefú y otros establecimientos de salud rural, tratan casos de maltrato infantil en niños, en especial de padres separados, con nuevas parejas o en terceros pares.

- Nivel de condición económica de los beneficiarios de programas alimentario nutricional

La condición socio económico de los beneficiarios, realizado a través de una valoración cualitativa con los Presidente o Directivos de Comités de Vaso de Leche y Comités de Alimentación Escolar, considerando los niveles de condición económica de los hogares: Muy baja, Baja, Media y Alta; obtuvo el siguiente resultado:

- En ambos distritos en estudio, los beneficiarios del Programa Vaso de Leche son de condición económica muy baja y baja mayoritariamente y en algunos casos de media.

- Los beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, por estar dirigidos a estudiantes de la escuela pública (inicial y primaria) no hace discriminación en sus beneficiarios sobre la condición económica de sus hogares, y toda la población escolar es atendida con raciones.
- En el Programa Cuna Mas, que funciona para Monsefú, sus beneficiarios proceden de hogares de condición baja y muy baja.

TABLA N° 12
VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN ECONÓMICO DE LOS HOGARES DE
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA ALIMENTARIO NUTRICIONAL EN
DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

PROGRAMA	DISTRITO DE MONSEFÚ				DISTRITO DE SANTA ROSA			
	Condición económica de beneficiarios				Condición económica de beneficiarios			
	Muy Baja	Baja	Medi a	Alta	Muy Baja	Baja	Media	Alta
Comités de Organización del Vaso de Leche (niños 0-6 años)	X	X			X	X		
Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (3-11 años)	X	X	X		X	X	X	
Programa Nacional Cuna Más	X	X						

Fuente: Resultado de Entrevista a Presidentes de Comités de Vaso de Leche y Miembros del Comité de Alimentación Escolar de Qali Warma. Tabulación de autor

1.3.5 IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES INVOLUCRADOS EN LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL.

1.3.5.1 Organización de beneficiarios

- La estructura orgánica de los comités de beneficiarios del programa

En los Distrito de Monsefú y Santa Rosa, la estructura orgánica de la organización de los beneficiarios, para cada uno de los programas alimentarios nutricionales que se ejecutan es la siguiente:

- Programa Vaso de Leche: Se organizan en los Comités de Organización del Vaso de Leche⁹ en concordancia con la Ley 27470 y el Decreto Supremo N°041-2002-PCM; estos comités representan a los beneficiarios. Su estructura orgánica es ¹⁰:

La Asamblea General de Asociadas y Asociados, que es el órgano supremo;
El Consejo Directivo, que es el órgano ejecutivo; y,
Los demás que la organización establezca en su estatuto.

- Programa Comedor Popular: Los beneficiarios se organizan en los Comité de Comedor Popular¹¹, que se según Ley 25307 es una Organización Social de Base, cuya estructura orgánica es:

La Asamblea General de Asociadas y Asociados, que es el órgano supremo.
El Consejo Directivo, que es el órgano ejecutivo.
Los demás que la organización establezca en su estatuto.

- Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, para su funcionamiento promueve y reglamenta en cada institución educativa beneficiaria la conformación del Comité de Alimentación Escolar (CAE) conformado como mínimo por tres integrantes y como máximo por cinco integrantes, que son:

El director, o quien haga sus veces, de la institución educativa pública, es quien preside el Comité, y puede delegar sus funciones en un docente y/o administrativo de su institución educativa pública.

Un (01) representante de docentes de nivel inicial y/o primario y/o secundario de la Institución Educativa beneficiaria.

Tres (03) representantes de los padres de familia.¹²

- Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) para el cuidado Integral de la Madre y el Niño, ubicada en la zona periurbana en Ciudad del Pescador del distrito de Santa Rosa, no registra ningún tipo de organización sus beneficiarios.

- Programa Nacional Cuna Más, por ser proveedora del servicio de capacitación y acompañamiento técnico en temas de salud, nutrición, prácticas de cuidado y aprendizaje infantil temprano, solo registra como organización un Comité de Gestión integrado por usuarios y representantes de la municipalidad local.

- **Reglamento de organización de beneficiarios**

En ambos distritos de Monsefú y Santa Rosa, la organización de beneficiarios de los programas y actividad se caracteriza por lo siguiente:

- Los Comités del Programa Vaso de Leche, su organización se basa por lo normado en la Ley 27470 y el Decreto Supremo N°041-2002-PCM. No cuentan con reglamento específico propio.
- Los Comités de Comedores Populares no cuentan con reglamento propio, su accionar responde lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 041-2002-PCM y Reglamento de la ley N° 25307 que declara prioritario e interés nacional la labor que realizan las organizaciones al servicio de apoyo alimentario a las familias de menores recursos
- Programa Qali Warma, el CAE está reglamentado por el propio programa¹³.
- Programa Nacional Cuna Más, funciona de acuerdo al Decreto Supremo N° 003-2012-MIDIS, a través de la cual se crea. Se encuentra en proceso de implementación. No se encontró reglamento de comité beneficiario.

- **Papel de la organización de beneficiarios dentro del programa**

En ambos distritos en estudio, el papel de la organización de beneficiarios en cada programa es:

- En los Comités del Programa Vaso de Leche, de acuerdo a la Ley 27470, el comité conjuntamente con la Municipalidad tiene como función organizar,

coordinar y ejecutar la implementación del programa en sus fases de selección de beneficiarios, programación, distribución, supervisión y evaluación.

- El Comité de Comedor Popular, según lo reglamentado por Decreto Supremo N° 041-2002-PCM, como OSB su rol es participar en la gestión y fiscalización del programa de apoyo alimentario.
 - En el Programa Qali Warma, el Comité de Alimentación Escolar (CAE), tiene como función acompañar y vigilar de forma permanente el cumplimiento y buen desarrollo de las actividades propias de la gestión del servicio alimentario al interior de la Institución Educativa.
 - En el Programa Nacional Cuna Más; los padres de familia beneficiarios tiene como rol apoyar al Comité de Gestión.
- **Contribución y participación de los beneficiarios en la eficacia de los objetivos del programa.**

En ambos distritos en estudio se pudo comprobar que la participación de los beneficiarios en los programas antes mencionados es la siguiente:

- En los Comités del Programa Vaso de Leche, contribuyen a la distribución de los alimentos que ofrece el programa y en algunos casos participa en la preparación del alimento. Pero hay escasas participación en la evaluación del funcionamiento del programa.
- En los Comités de Comedor Popular, su contribución es en la preparación de alimentos y distribución de los mismos. No hay participación en la evaluación de su funcionamiento.
- En el Programa Qali Warma, los Comité de Alimentación Escolar (CAE), participan en la gestión de distribución de las raciones cuando se proveen preparados y en otros casos participan de la preparación de los alimentos en

base a los insumos recibidos. Es escasa su participación en la evaluación del funcionamiento del programa.

- Número de comités y beneficiarios del Programa Vaso de Leche implementados

En el Distrito de Monsefú, se encontró la existencia de Comités de Vasos de Leche en un número de 88; distribuidos 27 en la zona urbana y 61 en la zona rural. El N° de beneficiarios es de 2,214; de los cuales 1,898 que representan el 85.7% del total son niños menores de 6 años; siendo el resto de beneficiarios mayores adolescentes, lactantes, gestantes, ancianos y discapacitados.

TABLA N° 13
NÚMERO DE COMITÉS Y BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE LECHE EN EL DISTRITO DE MONSEFÚ

Sectores	Area (U/R)	N° Comités Vaso de Leche (2)	Beneficiarios									
			Total	0-6 años		7 a 17 años	Lacta nte	Gesta nte	Ancia no	Disca pacit ados	Caso Social /TBC	TOT AL
				0-1 año	1 a 6 años							
Pómape	Rural	10	163	9	154	3	0	0	19	0	0	185
Chacupe	Rural	10	145	17	128	7	0	0	17	0	0	169
Valle Hermoso	Rural	4	99	5	94	6	0	0	23	0	0	128
Carretera Monsefú – Larán	Rural	14	326	30	296	14	4	4	39	0	0	383
Centro Poblado Callanca	Rural	15	293	22	271	9	0	0	51	0	0	353
Caseríos adyacentes a la Ciudad	Rural	8	105	8	97	1	0	0	18	2	0	126
Ciudad de Monsefú	Urbana	23	679	26	653	37	0	0	56	7	0	779
Jesús Nazareno	Urbana	4	88	6	82	5	0	0	1	0	0	94
Cautivo Total		88	1898	123	1,775	82	0	4	224	9	0	2,217
Fuente	: Municipalidad Distrital de Monsefú. Padrón de oficial de beneficiarios.2015-2016 Elaboración propia.											

En el Distrito de Santa Rosa el número de Comités de Vasos de Leche es de 24 ubicados en la zona urbana y periurbana; abarcando 1,093 beneficiarios, de los cuales 749 (68.5%) son menores de 6 años; el restante de beneficiarios lo conforman 48 lactantes y 44 gestantes, además de ancianos, discapacitados y casos sociales.

Observar en las Tablas N° 13 y 14, la organización de Comités de Vaso de Leche del Programa de Vaso de Leche en el área urbana y rural, de los distritos en estudio.

TABLA N° 14
NÚMERO DE COMITÉS Y BENEFICIARIOS PROGRAMA VASO DE LECHE
DISTRITO DE SANTA ROSA

Sector	Area (U/R)	N° Comité s Vaso de Leche	Beneficiarios							TOTAL
			0 a 6 años	7 a 17 años	Lactant es	Gestant e	Ancian o	Discapa citado	Caso social/ TBC	
Jehová Jeheret - Sol de oro	Urbana	1	52	0	4	0	4	0	0	60
Mi Fortaleza - Santa Rosa	Urbana	1	34	0	1	3	1	1	0	40
Jesus Nazareno Cautivo-Los Balzares	Urbana	1	28	1	1	3	7	2	0	42
Jehova Es Mi Luz - Santa Rosa	Urbana	1	22	0	0	0	7	1	0	30
Bendicion de mi madre - Santa Rosa	Urbana	1	34	3	1	3	6	5	0	52
Dios con nosotros - Santa Rosa	Urbana	1	22	0	0	5	10	0	0	37
Virgen de Guadalupe - Santa Rosa	Urbana	1	28	0	2	3	8	1	0	42
Cristo Rey - Santa Rosa	Urbana	1	34	3	4	6	4	2	2	55
Jesus es mi Guía - Santa Rosa	Urbana	1	35	0	3	1	18	1	1	59
Caritas felices - Santa Rosa	Urbana	1	37	5	0	0	9	1	0	52
Virgen de las Mercedes - Santa Rosa	Urbana	1	38	5	1	2	5	0	0	51
Jesús el amigo fiel - Santa Rosa	Urbana	1	25	3	1	1	18	2	0	50
Niños del futuro - Santa Rosa	Urbana	1	29	2	8	0	7	0	0	46
Jehova es mi pastor - Las Lomas	Urbana	1	32	1	2	1	4	0	0	40
Dios nos bendiga	Urbana	1	32	3	2	1	5	0	0	43
Cristo viene - Santa Rosa	Urbana	1	25	4	1	2	3	1	0	36
Jesus amigo que nunca falla -Laguna Grande	Urbana	1	16	13		1	3	1	0	34
Maria Mercedes - Santa Rosa	Urbana	1	28	1	1	0	7	3	0	40
Jesús es el camino	Urbana	1	28	0	3	2	6	1	0	40
Hasta aquí ayudo Jehová - Laguna Grande	Urbana	1	15	16	0	2	7	2	0	42
Dios es amor - Santa Rosa	Urbana	1	40	1	1	3	5	2	0	52
Virgen María - Santa Rosa	Urbana	1	37	2	6	3	6	0	0	54
Ciudad del pescador - Santa Rosa	Urbana	1	36	1	0	0	2	1	0	40
Bendición de Dios - Santa Rosa	Urbana	1	42	1	6	2	4	1	0	56
TOTAL	Urbana	24	749	65	48	44	156	28	3	1093

Fuente: Municipalidad Distrital de Santa Rosa. Padrón de oficial de beneficiarios.2015-2016
Elaboración propia.

- **Número de comités y beneficiarios del programa comedores populares implementados**

Según la Tabla N° 15, la presencia del programa Comedores Populares en el Distrito de Monsefú es a través del funcionamiento de siete (7) comedores populares que beneficia a 278 personas, mayormente adultos de muy bajos recursos; distribuidos 02 en el área rural (poblados de Callanca y Rama Castilla) y los 5 restantes en el área urbana (sectores de San Juan, Jesús Nazareno Cautivo, San José, Misericordia y El Tanque).

TABLA N° 15
NÚMERO DE COMITÉS Y BENEFICIARIOS PROGRAMA
COMEDORES POPULARES DE LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y
SANTA ROSA

Sector	Área	Distrito Monsefú		Distrito Santa Rosa	
		N°	N°	N°	N°
		Comedore s	Beneficiari o	Comedore s	Beneficiari o
Caserío	Rural	01	43	0	0
Adyacentes a la Ciudad	Rural	01	39		0
Ciudad	Urbano	05	196	05	75
TOTAL		07	278	5	75

Fuente : Municipalidades Distritales de Monsefú y Santa Rosa
Elaboración propia.

En el distrito de Santa Rosa, funcionan cinco (5) comedores que beneficia a 75 personas adultos de muy bajos recursos ubicados en la zona periurbana de la ciudad de Santa Rosa.

1.3.5.2 Recursos humanos de instituciones involucradas

- **Número de docentes capacitados en temas alimentarios nutricionales por GERESA**

Según la revisión documentaria en los Centros de Salud Miguel Custodio Pisfil del distrito de Monsefú y Santa Rosa del distrito del mismo nombre, en los Puestos de salud de Callanca, Pómape y Valle Hermoso, el nivel de competencias de docentes en el tema alimentario nutricional fue:

En el distrito de Monsefú solo 48 docentes fueron capacitados en temas alimentarios nutricionales, los cuales son muy pocos respecto a número total de docentes de inicial y primaria del distrito; excepcionalmente en el ámbito del Puesto de Salud de Valle Hermoso se comprobó que no se capacitó a ningún docente. En el distrito de Santa Rosa, las fuentes manifestaron capacitar a docentes sobre el tema vía charlas, pero no demostraron cantidad.

Lo antes afirmado se corroboró con la versión de los Directores responsables de la Instituciones Educativas estudiadas en ambos distritos (Tabla N° 16). Para el caso de Monsefú, el 47% de éstos manifestaron que si existen docentes capacitados, el 32% indicó que son muy pocos los docentes capacitados y el 21 % manifestó que no lo tenían; mientras en el distrito Santa Rosa solo una institución educativa manifiesta tener capacitación y en las restantes expresaron no contar con capacitación sobre el tema.

TABLA N° 16
CENTROS EDUCATIVOS CON DOCENTES CAPACITADOS POR
GERESA EN TEMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONALES EN LOS
DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

Docentes capacitados en temas alimentarios nutricionales por GERESA	Distrito Monsefú		Distrito Santa Rosa	
	N°	%	N°	%
a) Si existen	9	47.0	1	20.0
b) Son pocos	6	32.0	0	0.0
c) No hay capacitados	4	21.0	4	80.0
d) ¿Cuántos son los docentes capacitados?			0	
Total	19	100,0	5	100.0

Fuente: Tabulación de autor de los resultados del instrumento N° 01 - Entrevista semi estructurada

- **Número de Profesionales de la salud que participa en los programas alimentarios nutricionales.**

Tal como se demuestra en la Tabla N° 17, la determinación de las competencias del personal que participa en la ejecución de los programas relacionados a la salud nutricional arrojó como resultado:

- a) En el Programa Vaso de Leche, encontramos que los responsables del Programa para los dos distritos en estudio no tienen formación ligada a la salud. Para las actividades del programa solicitan el apoyo a los profesionales del establecimiento de salud, en especial de los centros de salud.
- b) En el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, encontramos que para los distritos de Monsefú y Santa Rosa, si existe participación de profesionales de salud (enfermera y otros)
- c) En el Programa Articulado Nutricional (PAN), ejecutado por los establecimientos de salud, dependientes de la gerencia Regional de Salud (GERESA), encontramos que tanto en el Distrito de Monsefú como en el distrito de Santa Rosa, el personal profesional que desarrolla las acciones del mencionado programa son profesionales de la salud (medico, enfermera, nutricionista, otro) pero es insuficiente, siendo más crítico en el distrito de Santa Rosa por el escaso número de profesionales; además los profesionales, especialmente enfermeras de los establecimientos realizan trabajos multifuncionales que les impide ser más dedicados a las actividades del PAN.

TABLA N° 17
PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PARTICIPA EN EL
PROGRAMA ALIMENTARIO NUTRICIONALES EN LOS DISTRITOS
DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

Profesionales de la salud	Distrito Monsefú			Distrito Santa Rosa		
	Programa Vaso Leche	Qali Warma	Programa Articulado Nutricional	Programa Vaso Leche	Qali Warma	Programa Articulado Nutricional
Médicos	0	0	05	0	0	02
Enfermera	0	3	05	0	1	02
Nutricionista	0	0	02	0	0	0
Obstetriz	0	0	0	0	0	03
No ligado al campo de la salud	02	0	01	01	0	01

Fuente: Municipalidades Distritales de Monsefú y Santa Rosa. 2015-2016
MIDIS. PNAE QALI WARMA. Unidad Territorial Lambayeque.
Centros de Salud Miguel Custodio Pisfil y Santa Rosa, Puestos de salud de Callanca, Pómape y Valle Hermoso
Tabulación de autor de los resultados del instrumento N° 01 - Entrevista semi estructurada

1.3.5.3 Recursos presupuestales.

- Fuentes de financiamiento de los programas alimentario nutricional.

Las fuentes de financiamiento de los Programas alimentario Nutricionales, según los funcionarios responsables del Programa Vaso de Leche, Programa Nacional Alimentación Escolar Qali Warma y Programa Articulado Nutricional (PAN), ejecutados en los distritos de Monsefú y Santa Rosa, se financian en un 100% con recursos del Estado. Este asigna para dichos programas recursos económicos para su ejecución en forma anual. Actualmente en ambos distritos no se utiliza recursos de donaciones ni de otros fondos para estos programas (Tabla N°18).

Cabe mencionar, que el Programa Articulado Nutricional (PAN) ejecutado por GERESA, a través de Centros y Puestos de Salud de la zona de estudio, es un programa presupuestal que funciona con recursos del Estado; a través de éste la población beneficiaria recibe mensualmente suplementos nutricionales, tales como minerales, vitaminas y otros aditivos para la alimentación infantil, así como otras actividades que contribuyen a la salud infantil.

TABLA N° 18
FUENTES DE FINANCIAMIENTO, SEGUN RESPONSABLES DE
PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONAL EN DISTRITOS DE
MONSEFÚ Y SANTA ROSA

Fuentes de financiamiento de	Programa Vaso Leche		Programa Qali Warma		Programa Articulado Nutricional	
	N°	%	N°	%	N°	%
DISTRITO MONSEFÚ						
a) Recursos del Estado	14	100,0	19	100.0	05	100.0
b) Recursos propios	0	0.0	0	0.0	0	0.0
c) Donaciones	0	0.0	0	0.0	0	0.0
d) Otros	0	0.0	0	0.0	0	0.0
e) No sabe no opina	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	14	100.00	19	100.0	5	100.0
DISTRITO SANTA ROSA						
a) Recursos del Estado	11	100.0	5	100.0	02	100.0
b) Recursos propios	0	0.0	0	0	0	0.0
c) Donaciones	0	0.0	0	0	0	0.0
d) Otros	0	0.0	0	0	0	0.0
e) No sabe no opina	0	0.0	0	0	0	0.0
	11	100.0	5	100	2	100.0

Fuente: Tabulación de autor de los resultados del instrumento N° 01 - Entrevista semi estructurada

- **Conocimiento del costo por ración distribuido por programa.**

Tal como se demuestra en la Tabla N° 19, en el ámbito de estudio los funcionarios responsables de ejecutar los programas alimentarios nutricionales en gran mayoría desconocen el costo por cada ración otorgado a cada beneficiario de los mismos. Solo una institución educativa del distrito de Monsefú, manifestó conocer el costo de ración/producto en el programa Qali Warma, indicando que era de 1.8 soles por ración. En el caso del Programa Vaso de Leche los entrevistados no precisaron el costo por ración.

El mismo resultado de desconocimiento se encontró en los responsables de los Centros de Salud Miguel Custodio Pisfil y Santa Rosa, así como de los Puestos de salud de Callanca, Pómape y Valle Hermoso, que ejecutan acciones del Programa Articulado Nutricional.

TABLA N° 19
CONOCIMIENTO DEL COSTO POR RACIÓN POR RESPONSABLES
DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONALES DE LOS
DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

Conocimiento de costo por ración distribuido	Programa Vaso de Leche		Qali Warma		Programa Articulado Nutricional	
	N°	%	N°	%	N°	%
DISTRITO MONSEFÚ						
a) Conoce (Cuesta S/)	1	7,14	1	5,26	0	0,00
b) No conoce	13	92,86	18	94,74	5	100,00
TOTAL	14	100,00	19	100,00	5	100,00
DISTRITO SANTA ROSA						
a) Conoce (Cuesta S/).	0	0.0	0	0.0	0	0.0
b) No conoce	11	100.0	5	100.0	2	100.0
TOTAL	11	100.0	5	100.0	2	100.0

Fuente: Tabulación de autor de los resultados del instrumento N° 01 - Entrevista semi estructurada

1.3.6 SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL DE LOS PROGRAMAS Y BENEFICIARIOS SOBRE EL PROBLEMA NUTRICIONAL.

1.3.6.1 Sensibilización

- Difusión de la problemática nutricional en el ámbito.

- Las municipalidades de los distritos de Monsefú y Santa Rosa, responsables del Programa Vaso de Leche, en los últimos dos años no han editado y distribuido productos comunicacionales por ningún medio para difundir o crear conciencia sobre la problemática nutricional entre los beneficiarios y público en general (folletos, boletines, etc.).
- En las dependencias del MIDIS, responsables del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y el Programa Nacional Cuna Mas, si se editan folletos sobre el particular, en especial de sus políticas y objetivos de intervención.

- En el caso del Programa Articulado Nutricional, también muestran productos comunicacionales en los establecimientos, producidos por la Gerencia Regional de Salud (GERESA) y Ministerio de Salud, pero no como establecimiento ya que no cuentan con recursos presupuestales para ello.

1.3.6.2 Capacitación

- Conocimiento de la temática nutricional y el trabajo articulado por parte de los trabajadores de programas.

- Para el caso de los Programas Vaso de Leche y Comedores Populares ejecutados por las Municipalidades de los distritos de Monsefú y Santa Rosa, el personal que opera dichos programas no acreditan conocimiento de la temática nutricional y la necesidad de un trabajo articulado, según las fuentes revisadas.
- Situación contraria se encontró en los Programas Nacionales de Alimentación Escolar Qali Warma y Programa Nacional Cuna Mas, a cargo del Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social (MIDIS) si acreditan conocimiento de la temática nutricional, ya que los trabajadores que participan en su operatividad son profesionales de la Salud (Enfermeras y Nutricionistas) y de ciencias sociales; pero poco conocimiento y práctica de la articulación para este trabajo.

- Capacitación a los beneficiarios de programas en elaboración de dietas alimentarias y manipulación de alimentos por parte de los establecimientos de GERESA.

- Los beneficiarios de los Programas de Vaso de Leche, Programa de Comedores Populares y Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, de los distritos en estudio reciben charlas de capacitación en elaboración de dietas y manipulación de alimentos en forma ocasional por parte de los establecimientos de salud de la GERESA. Estas no son masivas.

- Solo en algunos centros educativos beneficiarios del programa Qali Warma, los establecimientos de salud cercanos realizan sesiones demostrativas a las madres de los alumnos beneficiarios. En el resto de centros educativos son ocasionales los eventos de capacitación o no se brindan.
- Para el caso del Programa Cuna Más de Monsefú, existe una mayor actividad de capacitación en elaboración de dietas a las madres de los niños beneficiarios.
- Particularmente en el distrito de Monsefú, el Centro de Salud Miguel Custodio Pisfil, a través de programa Promoción de la Salud ha iniciado campañas de capacitación a los Programas de Vaso de Leche. No así a los beneficiarios del programa Qali Warma porque este programa mantiene coordinaciones más directamente con la GERESA o Red Chiclayo.

1.3.7 CAMBIOS DE ACTITUDES DE AUTORIDADES, RESPONSABLES DE PROGRAMAS Y DIRIGENTES DE BENEFICIARIOS.

1.3.7.1 Cambios de actitudes de autoridades

- La educación básica y su relación con el problema nutricional.

En los distritos de Monsefú y Santa Rosa, se pudo evidenciar que los programas curriculares y las sesiones de aprendizaje aplicados por las instituciones educativas del nivel inicial y primaria presentan relación con el problema nutricional. Pues sus contenidos obedecen a la política educativa nacional, donde la Gerencia Regional de Educación y Unidad de Gestión Educativa Chiclayo viene implementando contenidos curriculares que incorporan unidades de enseñanza aprendizaje dirigidos para que los alumnos practiquen adecuados hábitos alimentarios y de salud junto con los padres de familia. Estas sesiones se aplican en las áreas de Personal Social, Ciencias y Ambiente, Comunicación y Matemática.

- **Frecuencia de eventos de educación alimentaria y nutricional promovidos por autoridades locales**

En ambos distritos no se encontraron fuentes que evidencien en los últimos años haber realizado eventos de educación alimentaria y nutricional promovido por las autoridades locales, por tanto, la frecuencia de promoción de estos eventos por la autoridad es nula.

1.3.7.2 Cambios de actitudes de responsables de programas

- **Frecuencia de eventos de sensibilización alimentaria y nutricional promovidos por los responsables de los programas.**

En los distritos de Monsefú y Santa Rosa, las fuentes consultadas evidenciaron que los responsables de los programas alimentarios nutricionales promueven con poca frecuencia eventos de sensibilización alimentaria y nutricional, y cuando lo hacen no cuentan con la acogida esperada y los esfuerzos resultan siendo aislados y vanos.

- **Frecuencia de eventos de educación alimentaria y nutricional organizados por los responsables de programas.**

En los distritos de Monsefú y Santa Rosa los responsables de los programas alimentarios nutricionales nunca han desarrollado eventos de educación alimentaria y nutricional en la población beneficiaria.

Solo en los Centros de Salud de ambos distritos los responsables del PAN organizan charlas educativas a maestros y dirigentes del Programa de Vaso de Leche, y apoyan a los miembros de Comités de Alimentación Educativa del Programa Nacional Alimentario Qali Warma, cuando lo solicitan.

1.3.7.3 Cambios de actitudes de dirigentes de beneficiarios de programas.

- **Frecuencia de eventos de educación alimentaria y nutricional organizados por dirigentes de los beneficiarios de los programas.**

En los distritos de Monsefú y Santa Rosa nunca los dirigentes de los Comités de Vasos de Leche, Comedores Populares, Comité de Alimentación Educativa (CAE) del Programa Nacional Alimentario Qali Warma y Comité Gestión –Cuna Mas promueven eventos de educación alimentaria y Nutricional a favor de los beneficiarios.

- **Compromiso de dirigentes con objetivos del programa/proyecto alimentario nutricional**

Las fuentes consultadas también nos determinaron que el nivel de interés y compromiso¹⁴ de los dirigentes de las organizaciones beneficiarias con los objetivos de los programas alimentario nutricional que se ejecutan en los distritos en estudio, es que, en el caso de los comedores populares, que existe un nivel de interés y compromiso alto, ya que desarrollan una vida grupal activa diariamente para obtener los insumos de los alimentos y su preparación en la cantidad requerida para los beneficiarios que coberturan.

Mientras que los dirigentes de los Comités de Vaso de Leche y Comité de Alimentación Educativo (CAE) del Programa Qali Warma, presentan un nivel de interés y compromiso de nivel medio, porque su actividad está en función del beneficio que reciben (el alimento), pero con un nivel de compromiso bajo.

1.3.8 LABOR ARTICULADA DE LAS AUTORIDADES INVOLUCRADAS EN ASISTENCIA ALIMENTARIA

1.3.8.1 Rol de las autoridades involucradas.

Las fuentes consultadas evidenciaron para el distrito de Monsefú, que las autoridades (Municipales, Salud, MIDIS, etc.) nunca se promueve eventos de coordinación sobre la intervención de la asistencia alimentaria nutricional, no obstante, el rol que les asigna la normatividad legal vigente.

En el distrito de Santa Rosa, se evidenció cierto interés de la autoridad municipal y del centro de salud, pero la coordinación sobre el tema sigue siendo de muy poca frecuencia.

1.4. MARCO METODOLÓGICO

1.4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Interesa al presente estudio profundizar el conocimiento sobre el nivel de articulación de las actividades sectoriales como salud, educación, agua, saneamiento y otros respecto al problema de la desnutrición infantil en los distritos de Monsefú y Santa Rosa, así como determinar, con los actores involucrados, políticas y estrategias efectivas para superar dicho problema.

Determinar los grados de participación actual de sectores como educación, salud, agua, saneamiento, desarrollo social, municipalidades, programas alimentarios nutricionales frente al fenómeno de la desnutrición existente en la zona de estudio resulta difícil de cuantificar; pues los programas ó proyectos alimentarios nutricionales que interviene no cuentan con un sistema de datos que permitan medir que sus actividades efectivamente están combatiendo a la desnutrición infantil.

Siendo desnutrición infantil un problema social complejo, en la que intervienen factores causales múltiples, así como actores diversos, el método empleado es un método mixto, que combina los métodos cualitativo y descriptivo; ello en razón de que necesitamos indagar en mayor profundidad los niveles de articulación entre los programas existentes y la actividad que sobre este campo realizan los actores sociales de los diversos sectores involucrados.

Mediante el método empleado se estudiaron las variables que nos conducen a determinar los niveles de articulación de los sectores y sus programas/proyectos que por la naturaleza, finalidad institucional y funciones se encuentran involucradas en la misión de contrarrestar el fenómeno de la desnutrición infantil. Muchas de las variables a estudiar tienen que ver con aspectos subjetivos como las voluntades, aptitudes y conductas de los actores sociales; con la necesidad de tener normativas adecuadas y eficaces; desarrollo de acciones de coordinación y concertación; ofertar servicios adecuados; responsabilidad de roles y desarrollo de capacidades entre otros.

Mediante la metodología aplicada, queremos llegar a responder y explicar con el mayor grado de profundidad las interrogantes planteadas en el presente estudio. Así mismo, a través de ellas pretendemos conocer el valor social que actualmente tienen los programas, proyectos ó actividades de carácter alimentario y nutricional que intervienen en la zona.

No se ha encontrado en la zona de estudios trabajos de investigación relacionados al tema, los actores sociales que conducen, trabajan y participan de los programas alimentarios-nutricionales de la zona serán los informantes claves, para lo cual emplearemos las técnicas cualitativas de recolección diseñadas para este estudio, tal como las entrevistas semi estructuradas, la revisión documentaria y técnicas participativas.

Para ello se han definido variables para cada uno de las fuentes de análisis y sus correspondientes indicadores, las cuales nos darán respuestas y explicaciones sobre la actuación articulada o no de los sectores que intervienen con apoyo alimentario en la zona, a través de programas, proyectos o actividades alimentarios – nutricionales.

1.4.2 POBLACIÓN Y MUESTRAS DE DATOS UTILIZADAS

El proyecto considera como datos requeridos las proporcionadas por las fuentes de información a emplear. Como población utilizada se considera lo proporcionado por las instituciones actoras involucradas:

- 1 Los responsables de programas alimentarios nutricionales e instituciones; que fueron esencialmente funcionarios de los sectores claves identificados por distritos de estudio: GERESA (Establecimientos de Salud y Microred Circuito Playas), Instituciones prestadoras de servicios de agua y saneamiento (Agencias de la Empresa de Agua y Saneamiento de Monsefú y Santa Rosa), MIDIS (responsable regional Programa Qali Warma), Municipalidades (Responsables Programa Vaso de Leche).

- 2 Documentos de Gestión (planes, programas, plan operativo, ROF, programa presupuestal, etc.), registros de atenciones, etc.
- 3 Registros de Establecimiento Gerencia Regional de Salud (GERESA) y programas de vaso de leche, instituciones educativas, otros.
- 4 Programas curriculares de centros educativos, registros de asistentes a eventos, convenios vigentes, registros de Empresa Prestadora de Servicios de Saneamiento.
- 5 Autoridades municipales locales.

El nivel muestral, se utilizó solamente para el levantamiento de información de los responsables de comités de los programas alimentario nutricional de los distritos de Monsefú y Santa Rosa. La muestra escogida tuvo en cuenta los lugares donde convergen intervenciones de los Programas de Alimentario Nutricionales del Vaso de Leche y Qali Warma, caso de los Comités de Vaso de Leche (CVL) y Comité de Alimentación Escolar (CAE) de las Instituciones Educativas de Inicial y Primaria beneficiarias, respectivamente, aplicándose para ellas una muestra de 12% y 45%, que incluye las áreas urbanas y rurales.

RECOJO DE INFORMACIÓN EN INSTITUCIONES BENEFICIARIAS DE PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONALES DE LOS DISTRITOS DE ESTUDIO

Instituciones	Total Nº	Muestra Nº	% Muestra
DISTRITO MONSEFU			
Comité de Alimentación Escolar de Instituciones Educativas	42	19	45.00
Comité Vaso de Leche	89	11	12.0
DISTRITO SANTA ROSA			
Comité de Alimentación Escolar de Instituciones Educativas	11	5	45.0
Comité Vaso de Leche	24	3	12.0

El proyecto considera como datos requeridos todo lo que proporcionarán las fuentes de información a emplear, según las unidades de análisis definidas, éstas serán de tipo primaria y secundaria. Así tenemos:

1.4.2.1 Para la Unidad de Análisis 1: Programas/proyectos/actividades de complementación alimentaria nutricional locales.

Fuentes primarias: Los funcionarios responsables y trabajadores del programa/proyecto/actividad, para el análisis real actual.

Las propuestas de políticas y estrategias locales que conlleven a mejorar los programas alimentarios nutricionales en los diversos sectores, serán tomadas de Autoridades y Funcionarios públicos, dirigentes de organizaciones.

Fuentes secundarias: Los documentos de gestión: Reglamentos de Organización y Funciones, Organigramas, planes operativos de los programas/proyectos; datos de cobertura de beneficiarios; dispositivos legales locales, las fuentes de financiamiento de los programas/proyectos/actividades.

1.4.2.2 Para la Unidad de Análisis 2: Niños vulnerables beneficiados.

Fuentes primarias: Madres de familias de los beneficiarios; personal responsable de los programas/proyectos/actividades (Presidentes de comités de Vaso de Leche)

Fuentes Secundarias: Registro de beneficiarios (as) de los programas/proyectos/actividades, en Establecimientos Gerencia Regional de Salud (GERESA), programas de vaso de leche (Comités de Vaso de Leche), Municipios y centros educativos beneficiarios del Programa Qali Warma.

1.4.2.3 Unidad de Análisis 3: La familia de niños beneficiados

Fuentes primarias: La madre o padre de familia de los beneficiarios (as), dirigentes de organizaciones de beneficiarios: Comités de Vaso de Leche, Clubes de Madres.

1.4.2.4 Unidad de Análisis 4: Servicios de programas de seguridad alimentaria y nutricional.

Fuentes primarias:

a) De implementación: Personal responsable de los programas/proyectos; autoridades y funcionarios de los sectores y programas alimentarios-nutricionales (municipios, establecimientos de Salud, Instituciones educativas y EPSEL. S.A.)

b) De sensibilización/capacitación: Personal responsable de los programas/proyectos; Madre/padre de familia beneficiada y dirigentes de organizaciones beneficiarias

c) De cambios de actitudes: Responsables de sectores involucrados: centros educativos, establecimiento de salud, Sociedad de Beneficencia Pública, EPSEL S.A.; Personal responsable de los programas/proyectos; Autoridades y funcionarios de instituciones involucradas (municipalidades, establecimientos de Salud, Instituciones educativas y EPSEL. S.A.)

Fuentes Secundarias

a) De implementación: Asignación financiera y presupuestal; oferta del servicio, estructura organizativa del servicio.

b) De sensibilización/capacitación: Se analizará Registros /certificados que acreditan la participación en eventos de capacitación del personal que trabaja en los programas alimentarios nutricionales, de beneficiarios; archivos documentarios.

c) Cambios de actitudes: Programa Curricular de los centros educativos que atiende a beneficiarios, para ver si incluye contenidos sobre el tema en estudio.

1.4.2.5 Unidad de Análisis 5: Marco normativo de instituciones responsables de programas, proyectos de complementación alimentaria.

Fuentes primarias: Los funcionarios públicos responsables de la ejecución de los programas/proyectos/actividades.

Fuentes Secundarias: Se revisará toda la normatividad legislativa, normas del poder ejecutivo (decretos supremos, resoluciones), normas municipales (acuerdos, resoluciones), normas sectoriales sobre el funcionamiento de los programas, proyectos o actividades.

1.4.3 INSTRUMENTOS O TÉCNICAS UTILIZADAS

Son tres las técnicas de recolección a empleados para el presente estudio: la entrevista semi estructuradas; la revisión documentaria y la técnica participativa (focus group).

- **Entrevistas Semi estructuradas:**

Realizado con la finalidad de contar con datos y opiniones de informantes claves en las dependencias sectoriales involucradas con el tratamiento del tema nutricional, tales como: salud, educación, empresas de servicios de saneamiento, municipios, MIDIS; de las organizaciones sociales Vaso de Leche, Comedores populares u otras organizaciones de beneficiarios.

Esta técnica nos permitirá tener una mayor aproximación a los datos subjetivos que deseamos obtener y tener una visión clara de las posiciones de los principales actores sociales involucrados (sectores) que vienen participando en la ejecución de los programas alimentario-nutricionales y conocer su grado de relación con respecto al problema social de la desnutrición crónica infantil en la zona de estudio. Para ello se diseñó una guía de preguntas orientadoras, teniendo en cuenta las unidades de análisis, así como las correspondientes variables e indicadores, instrumento que se validó a nivel técnico.

Esta técnica contribuye a contestar a las interrogantes específicas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 planteadas en la hipótesis.

- **La revisión documental:**

Adicionalmente se realizó una investigación documental para conocer en detalle el funcionamiento actual de los programas/proyectos/actividades alimentario-nutricionales que intervienen en el ámbito de estudio. Explorando políticas públicas sociales locales y análisis de los servicios sociales sectoriales que conlleven a conocer los niveles de articulación intersectorial en el tratamiento de la desnutrición infantil; para ello realiza un minucioso análisis de documentos relacionados a políticas locales, planes concertados, planes operativos de las instituciones y de programas que intervienen con complementación alimentaria y nutricional a nivel local (programas de vaso de leche, comedores populares, crecimiento y desarrollo, etc); también convenios de cooperación, informes y otros documentos relacionados directa o indirectamente con el tema de estudio. Esta revisión se realizará para las siguientes variables e indicadores que contribuyen a dar respuestas de las preguntas 1 y 2, 3, 5, 6, 7 y 8 de la hipótesis.

- **Técnicas participativas:**

En nuestro caso, se utilizó la técnica participativa de focus group de discusión y propuestas, a nivel de distritos, con la participación de actores claves que intervienen en los programas/proyectos alimentarios nutricionales, así como de sectores claves vinculados al tema de la investigación (salud, educación, desarrollo social, agua y saneamiento, gobiernos locales).

La finalidad es recoger información de los actores involucrados en el funcionamiento de los programas, proyectos y/o actividades alimentario nutricionales; cuyos resultados constituyen insumos que contribuyen al diseño de modelo de gestión para la reducción de la tasa de desnutrición infantil en la zona de estudio (propuestas participativas de **políticas y estrategias** locales).

Esta técnica contribuirá a contestar las interrogantes 9 y 10:

¿Qué políticas locales son necesarias para reducir la desnutrición infantil en el ámbito de estudio? ¿Qué estrategias de intervención son claves?, las cuales conducen a la propuesta de un modelo de gestión para el ámbito de estudio.

1.4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes pasos:

1. Solicitud vía documento (carta) de información oficial sobre organización, beneficiarios y responsables de los programas alimentarios nutricionales de las Municipalidades de Monsefú y Santa Rosa (programa de Vaso de Leche, Comedores Populares); del Ministerio de Desarrollo Social – MIDIS (Programa Qali Warma) y Gerencia Regional de Salud (Nº de establecimientos que intervienen en el ámbito estudiado), haciendo uso de la aplicación de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).
2. Organización de directorio y coordinación vía visitas o comunicación telefónica con responsables de las instituciones sectoriales involucradas con el tratamiento del tema nutricional como: establecimientos de salud, centros educativos, empresa EPSEL S.A., Municipios de Monsefú y Santa Rosa, Responsables de la Unidad Territorial Departamental del Programa Qali Warma (MIDIS); Responsable del Programa Vaso de Leche, Presidentes de Comité de Vaso de Leche seleccionados.
3. Aplicación del instrumento Entrevista Semiestructurada a responsables de establecimientos de salud, empresa EPSEL S.A., Municipios, Responsables de la Unidad Territorial Departamental del Programa Qali Warma (MIDIS); Responsable del Programa Vaso de Leche, Presidentes de Comité de Vaso de Leche seleccionados y centros educativos seleccionados, dentro del ámbito de los distritos de Monsefú y Santa Rosa.
4. Revisión de las fuentes solicitadas y autorizadas por las instituciones para su acceso in situ (Programa de Vaso de Leche, Centros Educativos escolarizado y

no escolarizado del nivel Inicial y nivel primario escolarizada, Centros y Puestos de Salud).

5. Coordinación y convocatoria para desarrollo del Grupo Focal con el área de programas sociales de la municipalidad.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Internacionales

Sobre un modelo de atención a la malnutrición crónica infantil en la región de Upper River, Gambia, Martínez - Pérez (2013) describe y analiza al conjunto de actores e instituciones, así como las políticas e intervenciones involucradas en el abordaje de la malnutrición crónica infantil en la región. Para ello tuvo en cuenta los componentes esenciales y el marco de análisis del modelo conceptual Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) desarrollado por la OMS a partir del Chronic Care Model. Este modelo postula que, para realizar un abordaje más efectivo de las enfermedades crónicas más prevalentes, como la malnutrición infantil, se debe potenciar la capacitación de los actores del nivel micro de actuación en la autogestión de sus procesos de salud. Tras la descripción realizada de las intervenciones y actuaciones de lucha contra la malnutrición que implementaron los actores de los niveles micro, meso y macro, se realizaron propuestas de intervenciones, actitudes y actividades que, de acuerdo con la filosofía del modelo ICCC, podrían colaborar en la mejora del modelo vigente y facilitarían el manejo de casos de malnutrición crónica infantil por los agentes del nivel micro en el seno de la comunidad de origen de los pacientes y familias afectadas.

Ricse (2012), expresa como lección a aprender contra la desnutrición infantil crónica la experiencia del país de Chile, donde:

Diversos programas y acciones se implementaron para abordar, de manera simultánea, los distintos factores que inciden en la aparición y mantención del fenómeno de la desnutrición infantil crónica. Entre las medidas implementadas, se mencionan los programas de agua y saneamiento básico, planificación familiar, aumento de los niveles de escolaridad del conjunto de la población y en especial de la madre, reducción de los niveles de pobreza, aumento de la infraestructura sanitaria básica, etc. Estas intervenciones, en conjunto con los programas de complementación alimentaria, explican los importantes logros de la salud materno-infantil alcanzados por Chile, incluyendo la erradicación de la desnutrición infantil crónica. Según las autoridades chilenas "...el elemento central en el logro de estos resultados fue la existencia de una política de Estado

de lucha contra la desnutrición infantil crónica, aplicada de manera sostenida durante décadas, independientemente de los vaivenes políticos y económicos que sufrió el país. Este resultado se debió en gran medida al consenso técnico logrado en el país respecto al tema de la desnutrición y sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentarlo” (p.42-43).

Nacionales

Ricse, 2012, refiere que las principales políticas públicas que se ejecutan actualmente en el país para enfrentar la desnutrición infantil crónica se caracterizan porque no existe como política social expresa; lo más cercano a una política social es la Estrategia Nacional CRECER, que establece la intervención articulada de las entidades que conforman el gobierno nacional, regional y local que se encuentren directa o indirectamente vinculadas con la lucha contra la desnutrición infantil crónica. Sin embargo, no es una política sino un mecanismo de funcionamiento institucional. Desde el ángulo del abordaje como problema, la intervención más directa emprendido por el Estado peruano ha sido la operación del Programa Articulado Nutricional (PAN), en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) a partir de 2007, cuyo enfoque lógico trata de la vinculación basada en evidencias entre productos (servicios que llegan al público objetivo respectivo) y resultados (inmediatos, intermedios y final).

Para alcanzar el resultado final de reducción de la desnutrición infantil crónica hay que asegurarse de que todos los servicios lleguen al sujeto de intervención, para lo cual se deben alcanzar resultados inmediatos e intermedios, los cuales son necesarios para alcanzar los resultados de impacto, y que son responsabilidad de diferentes entidades públicas. El desafío del PAN y del PpR en su conjunto es alcanzar el impacto buscado, y depende de la articulación entre múltiples agencias públicas, procedentes de los tres niveles de gobierno.

Por otro lado, Ricse (2012), refiere para Perú el logro de experiencias exitosas aunque de alcance territorial y temporal muy reducido como:

la Iniciativa Buen Inicio, ejecutado por el Ministerio de Salud y varias Organizaciones No Gubernamentales (Kusi Warma, Solaris Perú, Visión Mundial y misiones religiosas en la selva) con el apoyo técnico y financiero de UNICEF,

entre 1999 y 2004 en comunidades rurales de Cajamarca, Apurímac, Cusco y Loreto. ... El factor más importante de éxito fue la movilización local y la articulación con los servicios de salud del primer nivel de atención (puestos y centros de salud). (p.43)

Este modelo diseñado para la zona andina propone desarrollar intervenciones educativas con adecuación sociocultural y con énfasis en la alimentación de los menores de 2 años y de las gestantes, con alimentos locales y de origen animal y debe estar complementada con un mejor acceso a servicios de saneamiento básico y agua segura, desde una perspectiva integrada e integral. Asimismo, considera fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de gobierno, y la participación de entidades públicas, privadas y programas sociales en interacción con líderes comunales y organizaciones sociales de base para la lucha contra la desnutrición infantil. Además, se debe establecer un sistema de información para la toma de decisiones, monitoreo y de rendición de cuentas para el manejo transparente de los recursos. El modelo propone también su replicabilidad.

En un trabajo sobre los determinantes de la desnutrición crónica infantil en el Perú, Beltrán. y Seinfeld (2009), resaltan la importancia de atender el problema nutricional desde antes del nacimiento del niño, y la elevada posibilidad de perpetuación del problema, que se va reproduciendo en los niños más pequeños de cada familia, si es que este problema no es atacado tempranamente. Así mismo, presentaron los resultados del modelo para los hogares de los dos quintiles más pobres; de los cuales se derivan una serie de medidas de política destinadas a combatir la desnutrición: dotación de agua potable y desagüe, de cocinas mejoradas y de piso acabado; así como incremento de las raciones del PIN –Programa Integrado Nutricional-, de puestos de salud en el distrito y del número de nutricionistas MINSA que trabajan en el distrito. Con estas variables de política se hizo un análisis costo efectividad. Entre las estrategias más costo efectivas se encuentran la dotación de cocinas mejoradas, el incremento de las raciones del PIN y el aumento del número de nutricionistas en cada distrito. (p.2).

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2014), a través del Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014-2016, asume que en el Perú:

El abordaje de la DCI y anemia se ha dado a través de la implementación de intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y los diferentes sectores

involucrados, en el marco del Programa Articulado Nutricional, que a la luz del análisis de indicadores de resultado, producto y cobertura ha generado la necesidad de un alineamiento, ordenamiento y fortalecimiento intrasectorial e intersectorial de las intervenciones para el logro de resultados. (p.11)

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 LA TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA.

Las teorías del desarrollo humano postulan que se trata de un proceso en el cual el ser biológico se constituye en un ser social y cultural. El mayor exponente de la noción de la teoría del desarrollo humano es el economista y filósofo Amartya Sen, quien postuló que la base del desarrollo son las libertades y los derechos de los individuos, en un encadenamiento virtuoso que va desde las dotaciones iniciales con las que cuentan los individuos (materiales, culturales y sociales), el desarrollo de las capacidades individuales, las realizaciones personales (la posibilidad de “ser” y “hacer”) y las oportunidades que ofrece la sociedad para que las personas se realicen de acuerdo a sus objetivos de vida. (*Arcos, O. 2008, p.130*).

Los planteamientos teóricos de Amartya Sen, han sido asumidos por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y los países desde 1990, al concebir como noción de desarrollo humano al ambiente en que la gente puede desarrollar su potencial completo y llevar vidas plenas y productivas. La gente, entonces es el medio y el fin del desarrollo (Uribe, C., Donayre, N., Federice, M., Fort, Amelia; Guabloche, J.; Lévano, C. y Manrique, L. 200, p. 101).

El aporte central de Sen a la Teoría del Desarrollo tiene que ver con el bienestar sobre la base de las libertades, así en su libro *Desarrollo y Libertad* (como lo cito Uribe, C. 2005) expresa que:

Una concepción satisfactoria del desarrollo debe ir mucho más allá de la acumulación de riqueza y del crecimiento del producto nacional bruto y de otras variables relacionadas con la renta (...) El desarrollo tiene que

ocuparse más de mejorar la vida que llevamos y las libertades que disfrutamos (...). Esas libertades son de cinco tipos:

- Las libertades políticas, incluyen la libertad de elegir gobernantes y ser elegidos, de criticar a las autoridades, libertades de expresión y de prensa y los derechos humanos en general.
- Libertades sociales, en forma de acceso a los servicios educativos y sanitarios con calidad.
- Libertades económicas, en forma de oportunidades transacciones para participar en el comercio y en la producción (libertad de empleo), de utilizar recursos que posea una persona, de acceso al crédito y de hacer transacciones sin impedimentos ni obstáculos.
- Garantías de transparencia y necesidad de franqueza en la divulgación de la información para prevenir la corrupción.
- Acceso a la red de protección social que impida a la población vulnerable caer en la miseria. (p.101)

Es decir, el bienestar está emparentado con el acceso a los servicios de salud y educación y con una adecuada alimentación (...). Sen, concibe la libertad como la oportunidad real de llevar a cabo los deseos y necesidades, lo cual incluye tanto fenómenos políticos (derechos civiles y políticos) como el acceso a servicios sociales y a bienes materiales (...) Para Sen la medición de la pobreza no es un ejercicio empírico, sino un planteamiento ético (Uribe, C. et al, 2005, p.101).

Basados en la teoría de Amartya Sen, el PNUD ha desarrollado una metodología para la estimación del Índice de Desarrollo Humano, la cual tiene como base la siguiente concepción de desarrollo explicada por Mahbub ul Haq:

El propósito básico del desarrollo es expandir las alternativas de elección de la gente. En principio, estas elecciones pueden ser infinitas y pueden cambiar con el tiempo. La gente valora logros que no son visibles, o por lo menos no de manera inmediata, en cifras sobre el ingreso o sobre crecimiento: mayor acceso al conocimiento, mejor nutrición y servicios sanitarios, formas de vida más seguras, seguridad contra el crimen y la violencia física, horas de

esparcimiento satisfactorias, libertad política y cultural y sentido de participación en actividades comunitarias. El objetivo del desarrollo es el de crear un ambiente posible para que la gente tenga vidas largas, saludables y creativas (como lo cito Uribe, C. et al, 2005).

Este indicador refleja, según Uribe, C. et al (2005) “los aspectos más importantes del desarrollo humano tales como Salud, educación e ingresos. Dentro de cada uno de esos aspectos se tiene en cuenta otras variables. Para el caso de salud, se tiene en cuenta la esperanza de vida y, en algunos casos, la tasa de mortalidad infantil” (p.103).

En el marco de esta teoría, el Informe Sobre el Desarrollo Humano del Perú del Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (1997) refiere que:

la esperanza de vida, es un indicador que sintetiza la situación nutricional de la población, la calidad de los programas de salud pública, los niveles de sanidad ambiental, el desarrollo de la infraestructura sanitaria, la existencia de profesionales de la salud, las políticas de vacunación y prevención de enfermedades epidémicas, etc.

(...) El Índice de Desarrollo Humano (IDH), constituye un avance importante en el esfuerzo por medir de manera más certera el desarrollo (...) Resulta también un desafío para los especialistas, quienes buscan constantemente perfeccionar el índice mediante mayores niveles de desagregación e introduciendo nuevos componentes que permitan reflejar mejor la real situación de los distintos países (...). El enfoque del desarrollo humano proporciona un marco conceptual dentro del cual ubicar los diversos procesos sociales, económicos, políticos y culturales que caracterizan al Perú de hoy (p.23); y permite abordar de manera *integral* los principales temas de desarrollo (p.29).

El PNUD (1997), aborda en su documento informe cinco ejes temáticos (evolución económica; generar empleo y erradicar la pobreza; educación de calidad;

salud y medio ambiente; y seguridad humana). En el eje de Salud, medio ambiente y desarrollo humano, se conceptúa que:

“La salud es fruto de las condiciones de vida de los habitantes de un país. Los niveles precarios de salud están relacionados, por un lado, a la situación de pobreza y la exclusión – que impide el acceso a una nutrición básica y a infraestructura sanitaria mínima. De otro lado son consecuencia del limitado acceso a una educación de calidad –que permitiría mejorar los hábitos alimentarios, las prácticas sanitarias y el manejo adecuado del medio ambiente... Desde la perspectiva del desarrollo humano, el problema de salud más grave que enfrenta el país es aquél de la desnutrición infantil. (p.61)”.

Así mismo, el PNUD (1997), refirió sobre la introducción del **índice de pobreza de capacidad (IPC)**, que es una medición multidimensional de privación humana. El IPC, igual que el IDH, se concentra en la capacidad humana, pero, en lugar de examinar la situación media de la capacidad de las personas, refleja el porcentaje de la población que carece de la capacidad humana básica o mínimamente esencial. El IPC considera la falta de tres capacidades básicas. La primera es **la capacidad de estar bien alimentado y sano, representado por la proporción de niños menores de 5 años que tienen peso insuficiente**. La segunda es la capacidad de procreación en condiciones saludables, indicada por la proporción de nacimientos con asistencia de personal de salud calificado. La tercera es la capacidad de tener educación y conocimientos, representada por la alfabetización femenina. (p.21).

Teniendo en cuenta la teoría del desarrollo humano, observamos que la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años es un indicador de pobreza y por tanto de desarrollo de una sociedad.

El desarrollo humano incluye el tema de género

El PNUD (1997), refiere en su informe que desde 1995 introdujo dos nuevos índices: El **índice de desarrollo relativo de género (IDG)** y el **índice de potenciación de género (IPG)**. El IDG mide el adelanto en las mismas capacidades

básicas que el IDH, pero incorpora la desigualdad entre el hombre y la mujer en cuanto al grado de dicho adelanto. El IPG, por su parte, indica si las mujeres y los hombres están en condiciones de participación activamente en la vida económica y política de sus países, así como en el proceso de toma de decisiones. (p.21).

2.2.2 POLÍTICA SOCIAL Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

a) Política Social

Políticas sociales son “acciones que desde el Estado – o con su apoyo- son ejecutadas para el logro del desarrollo humano personal y, en tal sentido, no son equivalentes a los servicios sociales que son una expresión instrumental de las políticas sociales. Se refieren más bien a acciones estratégicas aplicadas en momentos específicos y sobre aspectos cruciales de la vida del ser humano, a los cuales se puede dar atención dentro del marco de actividades de las instituciones de la sociedad”, Parodi (2012).

El Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, citado por el Instituto de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porras (IGGP-USMP), 2014:

“establece que política la social es el conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad” (p.5).

Y citando a Hartínez y Collinao (2010), señala que:

“abarca al conjunto de actividades relacionadas con el diseño e implementación de estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida de la población de un país, región o localidad. Considera, por tanto, una amplia variedad de sectores, los más comúnmente reconocidos son salud, educación, trabajo y seguridad social (...). A la política social se la identifica a su vez con la atención a grupos vulnerables de la población (niños y jóvenes, mujeres, ancianos, indígenas, pobres e indigentes, etc.) y con el

objetivo de proteger los derechos sociales, económicos y culturales de las personas. (p.5)

Así mismo, el mencionado instituto afirma que las políticas sociales:

“tiene como objetivo la superación de pobreza y para ello se subdividen en políticas de salud, educación, vivienda, etc.; por un lado, están las medidas (por ejemplo, el diseño de una política alimentaria) y por otro los impactos (ejemplo la reducción de la tasa de desnutrición infantil). (p.4) ... se operacionaliza o se hace realidad a través de planes, programas, proyectos y normas, en los que se define el qué y cómo. La gestión social constituye el sistema de decisiones que involucra los procesos y estructuras organizacionales a través de los cuales esta política se implementa. Si la política es la definición, la gestión es la acción; la primera da el sentido y la segunda diseña e implementa los procesos, no es posible entender una sin la otra. (p.5)

Gómez y La Serna (2005) precisa que “el paradigma emergente de las políticas sociales promueve la focalización de los programas sociales.”(p134)

IGGP- USMP (2014), hace mención a tres persistentes problemas en los programas sociales que impiden hacer tangible la inclusión social a su máximo nivel: la subcobertura, filtración y yuxtaposición.

Valenzuela, I. (2012) refiere que la:

Focalización es un proceso mediante el cual se dirigen los recursos públicos hacia un determinado grupo de destinatarios generalmente seleccionados según el criterio de pobreza. De esta manera, las políticas de focalización del gasto social tienen como objetivo priorizar éste sobre la población más pobre, bajo el supuesto que, con ello, el gasto se concentra en las personas que más pueden beneficiarse con dicha política y así se ahorra recursos que podrían haber sido asignados a aquellos que no requieren de una intervención estatal. (...) la intervención de un programa puede estar sujeta a dos tipos de errores: de Inclusión o filtración ó de exclusión o Subcobertura.” (p.19)

Alcázar, L (2007), refiere que:

Los programas aplican principalmente un criterio de focalización geográfica en combinación con diferentes métodos para determinar la focalización individual —de acuerdo con el tipo de programa—, la mayoría de los cuales utilizan mecanismos de demanda. Es allí, en el ámbito de la focalización individual, donde se encuentran los principales problemas debido a la falta de mecanismos e incentivos adecuados para identificar los hogares más pobres. (p.227)

Entre los problemas en la implementación de los programas sociales se ubica los de “Subcobertura” al establecerse que ningún programa social se acerca al ideal de cubrir el 100% de la población objetivo (IGGP- USMP, 2014, p.29)

El error de inclusión o filtración se refiere a que el beneficio de un determinado programa social alcanza a personas que no forman parte del grupo objetivo del mismo y se mide como el porcentaje de ese grupo de beneficiarios, refiere Raczynski (como lo citó Valenzuela, 2012).

Un estudio de investigación de Gajate y Inurritegui (2002) refiere que la desnutrición:

Desbalance entre los nutrimentos requeridos y los ingeridos, es un problema muy serio tanto a nivel personal como a nivel social. Es un problema de salud, complejo que puede deberse a diversas carencias simultáneas de proteínas, energía y micronutrientes (...). Como problema nacional se enmarca dentro de una súper estructura política, ideológica y económica que define los recursos destinados a apoyar instituciones (oficiales o no oficiales) que lidian con las causas subyacentes de este problema. Estas son la carencia de alimentos suficientes, la ineficaz atención materno-infantil, los servicios inadecuados de atención de la salud y la falta de agua potable y saneamiento ambiental. Las consecuencias personales no sólo se manifiestan en el campo de la salud sino también en la capacidad de aprendizaje, retención y memoria del niño, así como en su nivel de

coeficiente intelectual, lo cual termina minando el potencial nivel socioeconómico que puede alcanzar dicho individuo en su vida adulta. Así, en una sociedad donde la tasa de desnutrición es elevada, el nivel de bienestar de la misma, medido a través de niveles de pobreza, tiende a ser inferior. (p.5)

Para Dosamantes y Gutiérrez Reyes, citado por Gajate e Inurritegui (2002) la desnutrición “es una enfermedad que afecta no sólo al que la padece, sino que además tiene consecuencias directas en la sociedad, ocasionando un círculo vicioso de pobreza-desnutrición-pobreza difícil de romper.” (p.7)

Salcedo, S. (2005), refiere existir consenso en que el resultado o manifestación última de la inseguridad alimentaria es la desnutrición. (p.2)

b) La Desnutrición Infantil.

Roja (2008) refiere que:

La desnutrición es un Indicador de carencias estructurales de la sociedad. Es el estado en el cual niños y niñas tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia, siendo el reflejo de efectos acumulados como ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes y episodios repetidos de enfermedades. (p.227)

Según Wisbaum (2011):

Se manifiesta en el niño de diversas formas: Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad; pesa poco para su altura; y pesa menos de lo que le corresponde para su edad. Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición. (p.8)

El MINSA (2014) para la evaluación nutricional infantil considera los siguientes tipos de desnutrición: la crónica, la aguda y la global; además evalúa el sobre peso, la obesidad y el normal.

- **Desnutrición Crónica infantil.** - Es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social (p.15). Es el desequilibrio celular entre la oferta de nutrientes y energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas (...) se calcula con el Z-score y se define como un índice de talla para la edad (A/E) a menos 2 desviaciones estándar de la altura media de una población de referencia de los niños de la misma edad. Actualmente se utiliza el patrón de talla promedio para la edad de la Organización Mundial de la Salud. (p.106).

Un niño con desnutrición crónica “presenta una estatura por debajo de la esperada para su edad, evidenciando deficiencias crónicas en su nutrición y/o salud” (Benavides et al, 2011, p.36), es decir, “presenta carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño”. (Wisbaum, 2011, p9).

- **Desnutrición aguda,** se manifiesta en una deficiencia de peso por altura (P/A), se presenta con una delgadez extrema producto de la pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad, se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo, según Ricse, 2012. (p.2-3)
Existen dos categorías: la desnutrición aguda moderada y la desnutrición grave o severa. Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura; se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore. Mientras que en la desnutrición aguda grave o severa, el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. Requiere atención médica urgente. (Wisbaum, 2011, p.9)

- **Desnutrición global**, “es la que se manifiesta en una deficiencia de peso por edad, es decir la combinatoria de las dos primeras ($P/A \times A/E = P/E$)” (Ricse, 2012, p. 2-3).

Para el MINSA, la malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre, el embarazo adolescente, los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño, las prácticas inadecuadas de crianza, el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación, estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, infecciones repetidas y severas. Según el área de residencia, la mayor proporción de DCI en niños menores de 5 años se encuentra en los de áreas rurales; siendo 3 veces más que en los residentes de áreas urbanas al año 2012, 31,9% rural y 10,5% urbano (p.11,15).

2.2.3 FACTORES CAUSALES DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL

La desnutrición es un problema multicausal y como tal requiere de una respuesta articulada y multisectorial (Cáritas del Perú, 2007).

“Una de las principales limitantes para un adecuado uso o aprovechamiento de los alimentos son las condiciones de saneamiento de los hogares y el acceso al agua potable, ... la educación y la salud son factores que también influyen”, refieren Salcedo y Lora (2005, p.16, 17).

Ricse (2012), refiere que

La desnutrición crónica infantil no solo está vinculada con la falta de acceso a los alimentos, sino también con la falta de acceso a los servicios de salud, saneamiento y educación, con las prácticas de higiene y nutrición en los hogares, así como con problemas estructurales de pobreza y exclusión. Por lo tanto, las intervenciones claves deben estar orientadas a combatir estas causas a lo largo de los primeros meses de vida, e incluso desde antes del nacimiento. (p.16).

Así mismo, considera “que son dos las estrategias que deben ser abordadas, en el marco de consolidar la gestión por resultados: poner al niño menor de 5 años en el centro orientador de las intervenciones del Programa Articulado Nutricional y articular las intervenciones (actividades y proyectos) con sus distintos efectores (público y privados) en el ámbito local bajo el liderazgo del gobierno local”.

Vásquez, Enrique et al (2010) refiere que

Las causas de los problemas nutricionales en el país son complejas; los factores que más influyen sobre la nutrición por lo general se analizan en la categoría de alimentos, salud y cuidados generales de la madre y el niño. El Modelo Causal de la Desnutrición Unicef reconoce como causas inmediatas al déficit de ingesta y al exceso de enfermedades, y como causas subyacentes a la falta de disponibilidad o acceso a los alimentos en los hogares, a prácticas de cuidado infantil inadecuadas, carencia de servicios para la atención preventiva y básica de salud, y a las condiciones de salud ambiental inapropiadas –particularmente disponibilidad de agua–, evacuación de desechos, higiene alimentaria en hogares y zonas de expendio de alimentos .(p.17) .

Así mismo, el autor antes mencionado indica al retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) como principal problema nutricional vigente en el país, cuyo “porcentaje en menores de 5 años ha permanecido estacionario en los últimos años; precisando grandes disparidades entre las zonas urbanas (13.8%) y rurales (46%), y en los niños de los distritos de quintil de pobreza 1 (54%) y 2 (43%) en contraste con el 5% de niños de los distritos del quintil superior.

a) Efecto de las practicas sanitarias y de alimentación

Según USAID (como lo cita Gómez y La Serna, 2005), considera como “otros causantes de la desnutrición las practicas deficientes de higiene y salud, el consumo deficiente de calorías y de alimentos de origen animal, la inadecuada alimentación y el bajo peso al nacer, que suele deberse a la mala nutrición materna.” (p.117)

Dosamantes y Gutiérrez Reyes refieren (como lo cita Gajate y Inurritegui, 2002) que la desnutrición infantil:

Altera el sistema inmunológico, afectando los mecanismos de defensa, en especial la inmunidad celular, lo que favorece infecciones más frecuentes, prolongadas y graves. Las infecciones agravan aún más el estado nutricional del niño, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper que empeora con el tiempo (...). Lo más grave es que los efectos nocivos de una nutrición insuficiente no son del todo reversibles. Tal vez se pueda recuperar peso y talla, pero la maduración del sistema nervioso, y por tanto del cerebro, ya no se recupera, por lo que ciertos daños son permanentes. (p.5)

Según la Carta de Política Social 2001-2006, citado por Gómez y La Serna (2005), una de las formas para responder a la problemática nutricional es:

“desarrollar programas de servicios de protección integral en nutrición; integrar, monitorear, mejorar el diseño y evaluar el impacto de los programas de nutrición y alimentación; incluir a la atención integral de salud acciones de control nutricional y estimulación temprana; asegurar la capacitación de las madres y escolares para que mejoren las prácticas de higiene y alimentación” (p.126).

b) Efecto de servicios agua y saneamiento básico

“Mejorar el acceso y la calidad de agua y desagüe en zonas rurales es una acción para responder a la problemática nutricional” refiere la Carta de Política Social 2001-2006 (como se citó en Gómez y La Serna, 2005), porque una de las

“principales limitantes para un adecuado uso o aprovechamiento de los alimentos son las condiciones de saneamiento de los hogares y el acceso al agua potable” (Salcedo y Lora, 2005, p16).

Cortés, citado por Gómez y La Serna (2005, p117), refiere que “la calidad de la dotación de desagüe de la comunidad tiene una fuerte relación directa con el estado de la nutrición infantil”. Así mismo, citando a la USAID refiere que “otro causante de la desnutrición crónica son las enfermedades originadas por el escaso acceso a servicios básicos.”

c) Efecto de la cultura y educación:

La cultura es un conjunto de supuestos básico subyacentes y creencias profundamente arraigadas y compartidas por los integrantes del grupo, que operando a un nivel preconsciente influyen en forma importante en la conducta de todos. Es el resultado de un proceso de aprendizaje de soluciones útiles para resolver tanto situaciones de sobrevivencia frente a amenazas externas, como situaciones de inestabilidad por problemas de integración interna, Hax y Majluf (como lo citó la Fundación Frei, 2005. (p.8)

Para Gomes y La Serna (2005) la desnutrición está asociada al bajo nivel de instrucción de la madre (p.116); así mismo, Cortéz (como citó Gomes y La Serna, 2005) expresa que, niños mayores de tres años son los que comienzan a enfrentar mayores problemas de desnutrición y que el impacto directo de la educación de ambos padres es significativo sobre la reducción de la desnutrición infantil. La mayor educación facilita la adopción de nuevas prácticas de alimentación y hábitos de vida que en su conjunto tienen efectos positivos en la nutrición infantil. (p.17)

Reyes, Smith y Haddad, y Charmarbagwala et al (como los cita el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, 2012) refieren que las madres mejor educadas pueden ser capaces de hacer un mejor uso de la información disponible acerca de la nutrición infantil y la salud, y por lo tanto pueden mejorar la calidad de los alimentos de los niños. El impacto de la educación materna sobre la prevalencia de desnutrición crónica es demostrable en el entorno rural y urbano. Así mismo, la

alfabetización de las mujeres también parece tener efectos beneficiosos en el bienestar de los niños en términos de nutrición y mortalidad en Latinoamérica.

Estudios de Ravina y Chávez (2007) muestra que la tasa de desnutrición en niños menores de 5 años alcanzó un valor de 60.8%, 58.6% durante los años 2000 y 2005 cuando las madre no tenían educación, mientras que fue 19.5% y 20.0% , respectivamente en el caso de madres con educación secundaria; así mismo según Vásquez, Enrique et al (2010) refiere que los más afectados (por la desnutrición) son los hijos de madres sin educación (65%), en contraste con el 6% de hijos de madres con educación superior.

d) Factores sanitarios asociados a la desnutrición (IRA; EDA; parasitosis)

El MINSA (2014), en el diagnóstico del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016, refiere:

respecto a las IRAs en general, la necesidad de explorar los factores asociados a ella para continuar impulsando su reducción, en especial de sus formas graves de presentación que, a su vez, permitan romper el círculo vicioso entre la DCI y la enfermedad propiamente. Además, considerando que la morbilidad por EDA que experimentan las niñas y niños después de los seis meses de edad, justo cuando comienza el periodo de alimentación complementaria, conlleva a la pérdida de hierro y zinc (micronutrientes esenciales para el desarrollo y la maduración del menor de 24 meses). Siendo necesario agotar todos los recursos que contribuyen con su reducción, ya que los niños con tres o más episodios de EDA por año presentan riesgo de tres veces de desnutrición aguda y dos veces más riesgo de desnutrición crónica. (p.24)

Respecto a la parasitosis intestinal en niñas y niños, el plan mencionado, citando a Thinking beyond deworming y Lancet, refiere que “es una morbilidad que se relaciona frecuentemente con las enfermedades diarreicas agudas, anemia por deficiencia de hierro y la desnutrición crónica infantil que, aunque requiere de mayores revisiones científicas y estudios que respalden su relación causal, es importante considerar que afecta a más de

un tercio de la población mundial y las tasas son más elevadas entre niños de 5 a 15 años de edad. (p.24)

2.2.4 PRACTICAS RECOMENDADAS

- a) **Práctica lactancia materna exclusiva:** La leche humana es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que le proporciona nutrición, protección e información al lactante humano. No solo es un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional, otra de protección contra las infecciones, y otra de estímulo del desarrollo al asegurar y prolongar la formación de vínculos. MINSA (2009, p.87).

En este sentido, la práctica de la lactancia materna es una de las mejores intervenciones para proteger la supervivencia, nutrición y desarrollo de los niños ... En el Perú, la lactancia materna es una práctica culturalmente aceptada, sin embargo el crecimiento urbano, la escasa regulación de la comercialización y la distribución de los sucedáneos de la leche materna, el incremento de la actividad laboral de la mujer, los cambios en las pautas de alimentación infantil, el incremento de los partos por cesáreas, así como la escasa información y educación en derechos vinculados a la lactancia materna; han influido en la tendencia decreciente de la LME en las últimas décadas. (MINSA, 2014, p.25)

- b) **Adecuada ingesta de hierro:** según Hill Z, Kirkwood B, Edmont K y el Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, (como lo citó MINSA, 2014), refieren que hay un consumo inadecuado de hierro y otros micronutrientes en la dieta de la población peruana; y que el consumo promedio de hierro a nivel nacional es de 7,4 mg/día en las mujeres en edad fértil, lo cual solo cubre un tercio de las necesidades diarias de este micronutriente. ... Según Miranda; Rojas; et al (como lo citó MINSA, 2014) la dieta peruana no provee la cantidad necesaria para cubrir los requerimientos

de este mineral, alcanzando a cubrir solo un 62,9% en el caso de los niños menores de cinco años.

- c) **Fortificación de alimentos:** Una de las estrategias actuales para la prevención y control de la anemia es la fortificación de alimentos, por lo que las inadecuadas prácticas en la alimentación de la niña y el niño, son consideradas también como una causa directa de DCI, habiéndose consignado para el presente Plan, el análisis de algunas de ellas como la lactancia materna, la ingesta adecuada de hierro y la fortificación de alimentos, que abordadas de manera adecuada contribuirán con la reducción de la mortalidad, la desnutrición y la anemia infantil (MINSA, 2014, p.25)
- d) **Bajo peso al nacer (BPN):** Definido como el nacimiento de una niña o niño con menos de 2 500 g y es, en general, un factor de riesgo para su salud y supervivencia, es así que también sus probabilidades de tener desnutrición crónica son también más altas. En nuestro país, en el periodo de los años 2007 al 2012, la disminución porcentual de 0,7 puntos en el área rural y de 1 punto en el área urbana no ha sido significativa. (MINSA, 2014, p.25)

2.2.5 FOCALIZACIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONAL

Vásquez, Enrique et al (2010), refiriéndose a los programas PIN, PVL y PCP, indica que “tienen altos niveles de filtración y subcobertura, lo cual se traduce en recursos inadecuadamente asignados” (p.26)

Filtraciones

Para el IGGP- USMP (2014), la filtración en los programas sociales se presenta en menor cantidad cuando se determina si los beneficiarios forman parte de la población objetivo de cada programa (p.29)

El Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (como lo citó IGGP- USMP, 2014) refiere que a nivel nacional la eficacia de los programas sociales alimentarios y no alimentarios, tenían costo de ineffectividad de 0.17% del PBI, es decir 897, 010,126 a causa de la filtración; indicando que dicho costo es

causado directamente por el administrador de los programas debido a los errores en la focalización y asignación. (p. 33).

El Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (como lo citó el IGGP- USMP, 2014), reportó que la filtración en el año 2012 de los programas de: Vaso de Leche es de 50.9% de los beneficiarios, Comedor Populares 44%, Desayuno escolar 37% y Cuna Mas 32.40%, representando costos malgastados en nuevos soles de 185'046,142, 564'512,142, 117'539,662 y 60'412,983, respectivamente. (p.34)

Subcobertura

El error de exclusión o subcobertura, se “refiere a la brecha entre el grupo destinatario del programa y los que efectivamente participan de él, y se mide como el porcentaje de la población objetivo del programa que no están cubiertos por éste” refiere Raczynski (como lo citó Valenzuela, 2012).

Estudio de Alfageme y Del Valle (Como lo citó Valenzuela, 2012), refiere, según el criterio de pobreza monetaria, que la subcobertura de los programas sociales Vaso de Leche (80.1%) aumento en 6,8 puntos porcentuales entre 2007 y 2011, y el Desayuno Escolar (77.2%) aumentó en 12,9 puntos porcentuales en dicho periodo.

Yuxtaposición

Según el IGGP- USMP (2014) en los programas sociales “la yuxtaposición son en pocos niveles los casos, identificando que existe población que es beneficiada por los programas de Vaso de Leche y Desayuno Escolar al mismo tiempo” (p.29).

Utilizando los resultados de ENAHO 2007, Vásquez et al (2010) refieren que la yuxtaposición medida como el cruce de dos programas con similares objetivos y poblaciones meta se presenta entre el Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Vaso de Leche (PVL), donde 290,595 niños y niñas son atendidos a la vez. Afirma además que, el costo de la yuxtaposición total que genera dichos programas es de 49'181,413.09 nuevos soles.

2.2.6 GASTO SOCIAL Y PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONAL

Para el Ministerio de Economía y Finanzas, citado por el IGGP- USMP (2014), “el gasto social es aquel realizado por el Estado, en sus diferentes niveles de gobierno, para proveer bienes y servicios públicos o privados, con el fin de buscar el aseguramiento universal o selectivo de un conjunto de derechos sociales de la población”. (p.7)

Mendoza y García (2006), refieren que

La inversión en capital físico es una condición insuficiente para el crecimiento alto y sostenido... Uno de los instrumentos esenciales que tiene el Estado para alcanzar este objetivo (crecimiento) es la inversión en capital humano o el llamado gasto social. El Estado está entonces obligado a gastar cada vez más en capital humano, en educación, salud y nutrición, por motivos de justicia social y para mejorar la competitividad de nuestra economía. (p.8).

El gasto social, orientado a la inversión en capital humano o al alivio de la pobreza, define la política social del Estado... El gasto en salud y educación constituye inversión en el capital humano de los hogares que mejora sus capacidades de generación de ingresos y, por tanto, de salida de la pobreza (p17).

Un estudio realizado durante el 2000-2005 por Vásquez (2006), refiere como hecho importante que:

el gasto social y el gasto en programas sociales se han incrementado año tras año, en promedio 8% anual, y sin embargo, este esfuerzo no se ha traducido en resultados tangibles en tanto los niveles de pobreza se han mantenido casi constantes ... En respuesta a ¿Por qué no se logró lo prometido si se podía hacer?, el autor atribuye tentativamente a la escasez de personal técnico que pueda combatir la filtración (beneficiarios del programa que no son parte del público objetivo), subcobertura (personas que pertenecen al público objetivo)

que deberían recibir las raciones del programa, pero no son beneficiarios), la politización del gasto (destinar partidas a regiones sensiblemente más políticas), incremento en las planillas poco productivas (asesores para organizar fiestas de cumpleaños) y gastos operativos innecesarios (consultorías para sistematizar consultorías), entre otros.

El Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (2012), citado por el IGGP- USMP reportó que durante el año 2012 el costo promedio anual por beneficiario de los programas Vaso de Leche era 212 soles, Comedor Popular 295 soles, Desayuno Escolar 233 soles y Cuna Mas 3,225. (p.34)

2.2.7 LA GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONALES Y SU ARTICULACIÓN

Estudiosos de los programas alimentarios nutricionales, como Vásquez (2006), refiere que éstos:

Son verdaderamente importantes, puesto que cumplen una doble función. La primera, aliviando la pobreza al mejorar la calidad de vida de las personas en dicha situación. La segunda, al reducir la pobreza, al existir un claro vínculo entre una buena alimentación y una buena salud, particularmente en los primeros años de vida. Se ha determinado que la salud en la infancia y juventud temprana tienen un importante impacto sobre el nivel de vida futuro de las personas. (p.15)

Luego, Vásquez et al (2010), refieren que los programas de complementación alimentaria:

Tienen por objetivo otorgar un complemento alimentario a la población en situación de pobreza, pobreza extrema y en riesgo moral y de salud, así como a grupos vulnerables: niñas, niños, personas con TBC, adultos mayores y personas con discapacidad, en situación de riesgo moral, abandono y víctimas de violencia familiar y política” pero “en términos de impacto, el cambio en el estado nutricional de los beneficiarios es muy limitado e incluso nulo. (p.7)

Según el IGGP- USMP (2014):

Otro problema que enfrenta los programas sociales es la articulación de éstas, existiendo además una gran limitación respecto a la evaluación y seguimiento de los programas sociales del Estado. Refiriendo que por ejemplo el MIDIS solo se encarga de supervisar los programas sociales a cargo del propio MIDIS (Cuna Mas, Juntos, FONCODES, Pensión 65 y Qali Warma).

Sin duda, esto representa una limitante estructural para una supervisión de la ejecución de las políticas sociales. Existen alrededor de 47 programas sociales, 11 fondos sociales y 39 proyectos sociales que de alguna manera, tiene un objetivo en común: mejorar la condición social de la población peruana. (p.31)

Vásquez (como se citó en Alcázar, 2006), resalta como importante en los programas alimentario nutricionales que lo que distribuyen es, además de insuficiente —tanto en términos de su incidencia absoluta y relativa como en su contenido nutricional—, ineficiente. Las raciones alimentarias distribuidas no son costo efectivas: la calidad de los productos distribuidos por 45% de las instituciones públicas es inferior al promedio de calidad nutricional —en cuanto a fuente de energía y proteína— ofrecido por instituciones privadas sin fines de lucro (aunque se debe tomar en cuenta que las diferencias de logística influyen en los costos).

Gómez y La Serna (2005) concluye que

Un problema de la política alimentaria es la ejecución de planes, programas y proyectos caracterizado por una marcada tendencia a priorizar acciones de asistencia alimentaria como la solución de problemas de nutrición. Estas acciones no resaltan el componente educativo y pretenden reducir la desnutrición solo en virtud de la ayuda alimentaria... Los programas (sociales) también se caracterizan por la ineficiencia de sus ejecutores y la falta de una coordinación estrecha entre entidades que, por su naturaleza, debería involucrarse en la implementación de algunos programas.

Un estudio realizado por Alcázar (2007), enfatiza que los programas alimentarios y nutricionales han sido escasamente evaluados y existen pocos estudios que midan sus resultados. Una revisión de los estudios y las evaluaciones de los principales programas alimentarios muestra que, en su mayoría, no logran impactos significativos, con la excepción del Programa Desayunos Escolares y del PACFO. Luego concluye que entre las posibles causas del por qué los programas alimentarios no logran los efectos esperados son: el apoyo alimentario transferido a los beneficiarios es muy reducido en términos de valor y contenido nutricional; hay problemas de diseño y confusión de objetivos en los programas; existen múltiples programas con objetivos y poblaciones metas superpuestas; los recursos no se asignan a donde ni a quienes se debe; ausencia de monitoreo y evaluación de los programas; entre otras ineficiencias en la implementación de los programas.

Sobre lo antes manifestado se destaca hechos, como el Vaso de Leche, por ejemplo, cuyos productos no cubren ni 15% de los requerimientos nutricionales de los beneficiarios; falta de claridad en los actores sobre los objetivos nutricionales respecto a los objetivos de alivio de la pobreza, de seguridad alimentaria e incluso de fomento de la producción local; se adolecen de articulación con los componentes de salud y educación, así como la falta de capacitación de las familias beneficiarias; no se llega a los beneficiarios más necesitados (mejora de los criterios de focalización), fugas en las transferencias de recursos por las ineficiencias en las compras de alimentos .

Gómez y La Serna (2005) “recomienda el fortalecimiento de los programas nutricionales e introducir las recomendaciones del ‘paradigma emergente’ para la mejora de los paradigmas sociales de alivio y de superación de la pobreza: focalización, descentralización, evaluación de impacto, etc. (p146)

Vásquez et al (2010), expresa que:

Diferentes autores han encontrado que estos programas tienen muy limitado o nulo impacto en la situación nutricional de la población atendida, como se puede observar en la tabla siguiente (p.25)

TABLA N° 20
PROGRAMAS ALIMENTARIOS Y SU IMPACTO

Programa	Impacto Social
PVL (Programa Vaso de Leche)	<ul style="list-style-type: none"> • Harold Alderman (2004) no encuentra evidencia econométrica de que el programa haya obtenido objetivos nutricionales. • Gajate e Inurretegui (2001) encontraron que los niños menores a 5 años que se benefician de este programa no logran elevar su nivel nutricional. • Stifel y Alderman (2003) encuentran que este programa no logra ningún objetivo nutricional. • Prisma (2004) concluyó que el programa no afecta nivel de gasto de beneficiarios y tampoco el estado nutricional de los niños. • Según el estudio de Grade, el alimento que se distribuye contiene un bajo aporte nutricional y no se logran impactos significativos en el rendimiento escolar ni en el desarrollo físico.
PIN (programa Integral Nutricional)	<ul style="list-style-type: none"> • Pollit, Jacoby y Cueto (1996) y Cueto y Chinen (2001) encontraron que los desayunos escolares mejoran la ingesta dietética y memoria de corto plazo de los niños, e incrementan la asistencia de los niños a la escuela. Sin embargo, no logró un impacto significativo en el rendimiento escolar ni en la talla para la edad (desnutrición). • Según Prisma (2002), para el Panfar los niños experimentan una mejora nutricional sólo en el corto plazo. • Maximize y Cuánto (2002) encontraron para el Pacfo resultados nutricionales que no reducen significativamente el nivel de nutrición. • Cuánto (2007) sostiene que los desayunos escolares no tienen impacto en la antropometría ni anemia de los niños. Sin embargo, han incrementado su nivel de hierro y VA. • Cuánto (2005) alude que los comedores infantiles no mejoran el nivel nutricional ni la salud. Presenta un impacto negativo a la vacunación de los niños. Sin embargo, aporta proteínas y hierro.
PCP	<ul style="list-style-type: none"> • Cuánto (1997) a través de una encuesta de cobertura a nivel nacional, encontró que sólo el 23.5% de los clientes de los comedores pertenecía a la población objetivo. • Portocarrero y Romero (2000) encuentran que existe un alto grado de politización y centralización, lo que impide mejorar la situación nutricional a nivel nacional.

Fuente: Vásquez et al (2010)

... las intervenciones estatales han tenido poco o ningún éxito en su tarea de resolver los problemas alimentarios y nutricionales que afectan a la población. A partir del análisis de los programas Vaso de Leche, Comedores Populares y Programa Integral de Nutrición, se han encontrado factores comunes que explican sus dificultades y debilidades en el logro de sus objetivos (p.28), entre ellos menciona:

- La falta de planes operativos conjuntos entre programas de cada institución, impidiendo consolidar sinergias a favor de la lucha contra la desnutrición infantil, anemia y déficit calórico
- La dificultad de generar cambios profundos, producto de la interacción de diferentes grupos con intereses diversos, han constituido barreras para el replanteamiento de estrategias.
- Falta de definición de objetivos de los programas. ¿Hasta qué punto un órgano público de distribución de alimentos puede ser realmente responsable de la reducción de la desnutrición crónica? ¿En qué forma la entrega de alimentos asegura la lucha contra la malnutrición?
- Limitada comunicación entre los órganos de ejecución. La falta de sistemas de información que se retroalimenten o el uso de un solo sistema de registro de beneficiarios, mediante el uso del DNI, por ejemplo, han generado problemas de filtración, subcobertura y yuxtaposición. El costo social de la ineficacia se traduce en la desatención de una parte importante de la población nutricionalmente vulnerable: los niños y las niñas más pobres del Perú.
- Debilidades en los procesos de entrega de la ayuda alimentaria. La falta de infraestructura necesaria para el almacenamiento de las canastas distribuidas a través de los establecimientos de salud ha impedido la entrega completa de la canasta en la calidad, cantidad y oportunidad adecuadas.
- La falta de condicionalidad de los programas PVL y PCA ha generado una cultura de asistencialismo difícil de revertir en la población. Ello genera mayores costos al no poder dejar de atender a la población beneficiaria que ha superado la pobreza.

El MINDES (2005), sobre la innovación en los programas de complementación alimentaria, refiere como debilidades en la gestión operativa de los programas, el hecho de que no se cuenta con reglamentos locales que señalen una pauta mínima para el establecimiento de prioridades en la atención de beneficiarios, para un control y reorientación del programa; las municipalidades no han organizado la supervisión de los programas. La mayoría de programas sociales, relacionados a combatir el flagelo de la desnutrición infantil, requieren de una

innovación en su gestión. Es decir que su gestión este referidas al conjunto de actividades que conducen a transformar de mejor manera los servicio y las formas de manejo del programa o proyecto social, de tal forma, que pueda responder, a las necesidades que atiende (funcionalidad) y que al mismo tiempo, lo haga de una manera diferente o creativa.

Vásquez et al (2010), refiere que de:

La diversidad de razones que explican parte de los problemas de los programas, las principales se encuentran dos. En primer lugar, los procesos, productos y resultados de los programas alimentario-nutricionales no están alineados a los propios objetivos de los programas mismos y menos a los de las estrategias nacionales. En segundo lugar, problemas de identificación de beneficiarios, limitaciones en el delivery, del servicio y el casi inexistente componente de monitoreo y evaluación han impedido que la gestión pública, en todo nivel de gobierno, sea eficiente, eficaz, transparente y equitativa. (p.7)

Programa vaso de leche

Vásquez, Enrique et al (2010), refiere que el objetivo del Programa del Vaso de Leche es la:

Provisión diaria, por parte del Estado, a través de los municipios, sin costo alguno para las madres gestantes y en periodo de lactancia y niños de 0 a 6 años, de 250 cc de leche o alimento equivalente (p.7) ... priorizando entre ellos la atención de quienes presenten un estado de desnutrición o se encuentren afectados por tuberculosis. Asimismo, en la medida en que se cumpla con la atención a la población antes mencionada, se mantendrá la atención a los niños de 7 a 13 años, ancianos y afectados por tuberculosis. (p.22)

Sobre su funcionamiento, Alcázar (2007), afirma que:

No existe sistema ni autoridad que regule este programa en términos del cumplimiento de sus metas o de su operación en general. Se ejecuta, además, en un contexto de autonomía y heterogeneidad municipal, de un papel

preponderante y variado de organizaciones sociales de base, y de presión por parte de los proveedores de productos. (p.195)

Estudio sobre los efectos del programa realizado por Gajate e Inurritegui (como se citó en Alcázar, 2007), evaluaron el impacto del programa en la nutrición de niños de hasta 5 años, usando como variable proxy la talla para la edad, y como variables de control características del niño, la madre y el jefe del hogar, el hogar, el distrito y geográficas. Los modelos alternativos utilizados hallaron un efecto negativo del programa, que se podría deber a variables omitidas como niveles de nutrición de la madre o a un sesgo de selección (características de quienes participan en el programa).

Asimismo, Stifel y Alderman (como se citó en Alcazar (2007), buscaron medir el impacto nutricional del Programa, utilizando información de ENAHO, ENVIV, ENDES y las encuestas de monitoreo y seguimiento del gasto aplicado por el Instituto Apoyo. Los resultados del modelo aplicado mostraron que el efecto en la nutrición de los niños implicados no es significativo, confirmando resultados bastante predecibles, asociados a las características nutricionales de los productos distribuidos y, sobre todo, a las cantidades incluidas en las raciones entregadas a los beneficiarios del programa, factores que hacen pensar a los especialistas que no es esperable un efecto nutricional como resultado de esta intervención

Gajate e Inurritegui (2002) concluyen en su estudio que el Programa del Vaso de Leche:

Sin importar el tipo de modelo utilizado para estimar la selección de beneficiarios ni el tipo de emparejamiento empleado, es siempre negativo. En otras palabras, los niños menores a cinco años que se benefician de este programa no logran efectivamente elevar su nivel nutricional. Esto es bastante preocupante dado el gran alcance que tiene el programa a nivel nacional, constituyéndose en el programa alimentario de mayor envergadura y en el cual se asigna gran parte del presupuesto nacional destinado a los programas alimentarios. (...) Es probable que aquéllos que buscan participar del Vaso de Leche creen que, de ese modo, el niño va a recibir todos los requerimientos nutricionales necesarios, cuando este programa en realidad

busca complementar una alimentación adecuada que debe recibir el niño en el hogar. (...). Lo más preocupante en estos resultados es que podrían estar indicando que el Programa del Vaso de Leche no se constituye como una verdadera estrategia de apoyo nutricional por su bajo contenido energético y proteico. (p.47)

Programa comedor popular

Alcázar (2007), afirma:

Al igual que el Vaso de Leche, el Programa Comedores Populares surgió como respuesta política a un problema social. Su objetivo es elevar el nivel nutricional de los grupos más vulnerables y brindar seguridad alimentaria a la población en extrema pobreza. Se basa en grupos de entre veinte y cuarenta madres que se organizan para comprar, preparar y distribuir menús de alimentos. Estos comedores venden las raciones alimenticias a precios subsidiados debido al apoyo que reciben del gobierno (un paquete de alimentos), y a su organización y trabajo. (..) La focalización de este programa adolece de serios problemas (...) Por otro lado, es importante mencionar que —aunque no está entre sus objetivos— el programa ha cumplido un importante papel de formación de capital social. (p.195)

Programa desayunos escolares / almuerzos escolares

Alcázar (2007) refiere que:

Este programa tiene objetivos que van más allá de elevar los niveles nutricionales de su población objetivo. Usado en muchos países en desarrollo, está dirigido a mejorar el aprendizaje de los niños escolares mediante el apoyo nutricional (en particular reduciendo la anemia), así como a incentivar la asistencia escolar. También se considera que el programa reduce el hambre de corto plazo y con ello puede aumentar la atención de los niños durante la clase. En el Perú, el programa distribuye a los niños que asisten a las escuelas públicas una ración de alimentos, consistente generalmente en una galleta fortificada y un producto lácteo (hay algunas variaciones). Si bien el contenido de cada ración es alto en términos nutricionales, hay problemas de aceptación por parte de los beneficiarios.

Pollit y Cueto (citados por Alcázar, 2007) realizaron una evaluación experimental (en escuelas rurales de Huaraz) con el objetivo de determinar si la contribución alimentaria del programa tenía algún efecto en el proceso educativo de los niños beneficiados, en términos de asistencia escolar y capacidad cognoscitiva. (...) Los resultados mostraron un efecto significativo en la ingesta dietética de los niños (consumo de energía, proteínas y hierro). Se encontró también un efecto significativo en la asistencia de los niños a la escuela, aunque no se halló que el programa lograra un impacto significativo en su capacidad cognoscitiva, medida con pruebas de comprensión de lectura, de vocabulario y matemáticas. Resultados similares halló varios años después una evaluación cuasi experimental del programa en Apurímac y Cusco (Cueto y Chinen 2001). Este estudio encontró efectos positivos en asistencia diaria, tasa de deserción, memoria a corto plazo y hemoglobina; por el contrario, no los halló en otros indicadores nutricionales como talla para la edad, ni en las pruebas de rendimiento escolar.

Programa Articulado Nutricional (PAN)

El Programa Articulado Nutricional comprende un conjunto de estrategias específicas que articula insumos, intervenciones y productos con un conjunto de resultados, que en una lógica de causa-efecto, tienen por objetivo final reducir los elevados índices de desnutrición crónica infantil en el país, particularmente en áreas geográficas donde 1 de cada 2 niños padece de desnutrición crónica.

Según Vásquez et al (2010) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el objetivo del PAN es reducir la desnutrición crónica de niños menores de 5 años y tiene como actores involucrados al Ministerio de Salud, Presidencia del Consejo de Ministros (Juntos), Mimdes-Pronaa, Instituto Nacional de Salud, Seguro Integral de Salud y Regiones.

Articulación en la gestión de los programas alimentario nutricionales

Vásquez, Enrique et al (2010), refiriéndose al Modelo Causal de la Desnutrición Unicef, indica que la “traducción de este modelo multicausal a la realidad lleva a la necesidad de intervenciones multisectoriales integradas y

coordinadas para prevención y control de las causas inmediatas y básicas, así como a acciones orientadas a medidas de seguridad alimentaria.” (p.17)

Caritas (2007), en su informe del proyecto reducción de la desnutrición crónica y la anemia infantil, refiere que

Las estrategias que muestran mejores resultados son las que se articulan con la de desarrollo productivo, generación de ingreso familiar, acceso a mercados, con estrategias orientadas a mejorar las prácticas saludables en alimentación, nutrición, higiene y acceso a servicios de agua segura y saneamiento, junto con la participación de la organización comunitaria y la gestión local y regional, que dan soporte institucional y generan mejores condiciones de sostenibilidad.

La “Estrategia nacional de seguridad alimentaria 2004-2015”, MIMDES (2005), determinó como factores de la inseguridad alimentaria y nutricional:

El limitado acceso a la educación básica con mayor restricción para la niña y la mujer y poca calidad de los servicios; la asistencia desarticulada con servicios sociales; el limitado acceso a la salud básica, a las coberturas y calidad de servicios de atención integral de salud y nutrición del niño, al limitado acceso a servicios de saneamiento básico, vivienda básica y ambientes saludables, etc. (p. 35)

Gajate e Inurritegui (2002, p.13), afirman que “debido a la concentración de programas en zonas rurales y de mayor nivel de pobreza y a la falta de coordinación entre las instituciones ejecutoras, en algunas ocasiones existe una duplicación de esfuerzos en perjuicio de otras zonas que deben ser consideradas también como prioritarias.”

Se considera a la desnutrición o subnutrición como indicador de la manifestación última de la inseguridad alimentaria en un ámbito. Salcedo y Lora (2005), refieren que las fuentes de ésta son diversas y consideran tener en cuenta a los principales factores que caracterizan a sus cuatro componentes (disponibilidad, acceso, usos o aprovechamiento, y estabilidad); al cual agrega considerar al componente institucionalidad como una manera de garantizar una política de

seguridad alimentaria, para garantizar su efectividad y eficacia, supone el diseño y puesta en marcha un sistema integral con a) participación del conjunto de instituciones, b) incorpora las dimensiones productiva, medioambiental, sanitaria, cultural, económica, social, c) realiza acciones, de manera coordinada, en los planos local, regional, nacional y supranacional, y d) cuenta con un oportuno sistema de seguimiento y evaluación de impacto.

Desde años atrás, El MIMDES (2005), refirió sobre el Programa de Complementación Alimentaria, que

Por sus características de asistencia y por el tipo de problemática que atiende, requiere de una gestión capaz de articularse a una perspectiva de atención más integral del problema alimentario, que de soluciones en el mediano plazo... debe enmarcarse en una estrategia de seguridad alimentaria de gestión local, que en términos prácticos puede suponer, para la municipalidad, tres acciones concretas: a) Integrar todas las intervenciones vinculadas al aspecto alimentario. b) Conformar un Comité de Gestión que integre actores multi sectoriales, para contribuir a una comprensión y acción integral frente al problema. c) Organizarse para una atención articulada. (p.22); lo creativo de esta articulación es que son experiencias nuevas para todas las municipalidades, en donde se vienen construyendo formas de relación e interacción antes no realizadas. (p55)

Beltrán y Seinfeld (2009), refieren que:

A partir de las experiencias latinoamericanas se derivan algunas estrategias a considerar para reforzar la estrategia nutricional en el caso peruano: (i) La integralidad de las atenciones, (ii) La importancia del monitoreo y (iii) Ampliación de la cobertura de las iniciativas, pero sobre la base de un sistema transparente y eficaz de focalización hacia la población carente. (p.2)

Caritas del Perú, (2011), de la experiencia al ejecutar el proyecto Ally Micuy 2007-2010, con el propósito mejorar el estado de salud y nutrición de los niños menores de 3 años en 47 comunidades de 11 provincias de la región Ancash, refiere una disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 3

años de 37% a 27%, y en los niños menores de 5 años de 42.2% a 34.8% (p19); logrando que “Familias con niñas y niños menores de tres años y madres gestantes apliquen mejores prácticas en alimentación, cuidado y atención de salud” , las “Familias pobres y extremos pobres elaboran su plan familiar de mejoramiento de la vivienda, implementando progresivamente la estrategia de vivienda rural saludable” y “Comunidades y municipios implementando la estrategia de comunidades y municipios saludables”.

Los resultados conseguidos en la reducción de la desnutrición crónica infantil se atribuyen a la implementación de actividades fundamentadas en el Enfoque de Promoción Comunitaria del Crecimiento y Desarrollo Infantil; sobre todo, a la gran labor de las Educadoras Comunes en Nutrición (ECN), quienes recibían un pequeño estipendio, basado en su desempeño. Las ECN han demostrado la eficacia de la consejería nutricional entre pares para la lucha contra la desnutrición infantil y la anemia nutricional. Consideramos que es conveniente replicar a mayor escala la experiencia de las ECN en la lucha contra la desnutrición y la anemia nutricional en nuestro país. Asimismo, la experiencia resalta el trabajo multisectorial, ya que el proyecto desarrolló sus actividades considerando la participación multisectorial como estrategia importante para lograr la sostenibilidad los resultados. Las alianzas estratégicas desarrolladas con el Programa JUNTOS, con el PRONAA, con las autoridades de las municipalidades distritales, con el personal de salud de los servicios del primer nivel de atención, con las Redes y Micro redes de Salud, con la Dirección Regional de Salud, permiten dar una mayor sostenibilidad a los resultados del proyecto. También es importante la socialización de estrategias, metodologías y resultados.

En un estudio sobre propuestas de reforma de programas alimentario – nutricionales en Perú, Vásquez et al (2010), indica que

En el Perú existen diversas iniciativas orientadas a resolver los problemas alimentario-nutricionales existentes. Las estrategias más importantes vinculadas directamente a este fin son la Estrategia Nacional Crecer y la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, además del Programa Articulado de Nutrición. Todas estas concentran sus esfuerzos en la

reducción de la desnutrición crónica en los niños y las niñas menores de 5 años.

En la Estrategia Crecer, el objetivo es Asegurar el capital humano y social de grupos sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad y contribuir a lograr una inserción efectiva de las familias y productores en los mercados, contribuyendo así a la reducción de la pobreza y al empleo sostenible; los actores involucrados en ésta son el Gobierno central, gobiernos regionales, provinciales y distritales; instituciones privadas, cooperantes y sociedad civil. Y las metas fueron: Disminución de la pobreza en 30 puntos porcentuales al 2011; disminución de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en nueve puntos porcentuales al 2011; atención integral de un millón de niñas, niños y gestantes en riesgo nutricional al 2011.

En la Estrategia Seguridad Alimentaria su objetivo es Prevenir los riesgos de deficiencias nutricionales y reducir los niveles de malnutrición, en especial en las familias con niños y niñas menores de 5 años y gestantes, y en aquellas en situación de mayor vulnerabilidad; promoviendo prácticas saludables de consumo alimentario e higiene, y asegurando una oferta sostenible y competitiva de alimentos de origen nacional. Los actores involucrados son los: Gobiernos subnacionales; y las metas son: Reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de 25% a 15%, cerrando las brechas urbano-rurales al 2015; reducción de la deficiencia de micronutrientes, prioritariamente anemia, en menores de 36 meses y en mujeres gestantes de 68% y 50% respectivamente, a menos de 20% en ambos grupos (p.21)

En línea con estas directrices nacionales, el Estado promueve, ejecuta y financia programas alimentario-nutricionales, con el propósito de contribuir a la consecución de las metas anteriormente descritas. Los más importantes, en cuanto a presupuesto y alcance a nivel nacional, son el Programa Integral de Nutrición, Programa del Vaso de Leche y Programa de Complementación

Alimentaria, que agrupa a Programa de Comedores Populares, Hogares y Albergues, Pan TBC y Alimentos por Trabajo. (p.22)

Respecto a la lucha contra la desnutrición, Vásquez et al (2010), refiere que: La complementación alimentaria, aunque considerada como una intervención conflictiva, es una de las estrategias alternativas si: a) está focalizada a grupos en riesgo biológico (niños menores de 3 años, madres gestantes y lactantes) y social (población pobre y pobre extrema con ingesta calórica deficiente), b) integran a la madre y al niño a las redes de salud y educación, y c) se integran a las acciones educativas, con el propósito principal de disminuir las brechas de ingesta de macronutrientes y micronutrientes, y contribuir a la mejora del uso de los servicios de salud y los cuidados generales de la madre y el niño.

Una intervención preventiva desde las primeras etapas de la vida contribuye, de una u otra manera, a la prevención no sólo de problemas de déficit en la niñez y adolescencia, sino también al desarrollo de obesidad y de enfermedades crónicas en el adulto. (p.20)

Para solución del problema alimentario nutricional Vásquez et al (2010) afirma que:

El establecer objetivos claros, precisos y alineados a una estrategia multisectorial es de suma importancia. De la misma forma, es primordial comprender la relevancia del componente alimentario en el marco de una intervención articulada; es decir, reconocer que la existencia aislada de este elemento tendrá poco o ningún impacto en el problema. Y sugiere tomar en cuenta el establecimiento de prioridades de atención entre la población objetivo. Esto significa destinar el presupuesto del programa, en primer lugar, a los grupos más vulnerables, como los niños menores de 3 años y sus madres y, dentro de este grupo, a aquellos en situación de extrema pobreza.

El IGGP- USMP (2014), considera para la lucha articulada que se impulsa como compromiso nacional desde el gobierno es necesario unir esfuerzos para lograr esta meta desde todos los ministerios que cuentan con algún programa

vinculado con la nutrición infantil. La lista de programas incluye al Programa Articulado Nutricional (MINSa), Qali Warma (MIDIS), Programa de Complementación Alimentaria (MIDIS), Programa Integral de Nutrición (MIDIS), Comedores Populares, Cocina Perú (MINEM). Los diferentes actores responsables de articular la lucha contra la desnutrición crónica infantil, además de los mencionados anteriormente son: Programa Vaso de Leche (Municipalidades Distritales-MEF), PRONASAR (Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento), CENAN (Ministerio de Salud), Dirección Nacional de Alfabetización (Ministerio de Educación), Cuna Más (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS).

2.2.8 EL PLANEAMIENTO EN TEMAS DE DESARROLLO SOCIAL

El planeamiento o planificación, según muchos autores, se trata de un proceso, en el cual se establecen metas y eligen medios para alcanzarlos; determina en forma exacta lo que la organización hará para alcanzar sus objetivos; evalúa toda la información relevante y los desarrollos futuros probables, dando como resultado un curso de acción recomendado (un plan); selecciona información y hace suposiciones respecto al futuro para formular las actividades necesarias para realizar los objetivos organizacionales¹⁷. Ackoff, Russell. (1974), refiere que se trata de un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos.

2.2.7.1 Visión Histórica de Enfoques teóricos sobre planeamiento

Según Osorio, Alfredo (2003)

“En el siglo XX, la constitución del estado soviético y de los estados socialistas, sumado a la formación de economías enmarcadas en el esfuerzo de guerra, dieron origen a una cultura de la planificación similar en cuanto a su fundamentación técnica y sus inclinaciones economicistas, aunque con ciertas distancias respecto de la inoperatividad de aplicación del plan La

planificación, el análisis y la previsión son consideradas como herramientas económicas con prescindencia del sistema ideológico que las utiliza. ... Con base en el alcance de la obligatoriedad de su aplicación distingue a dos formas de planificación: la imperativa e indicativa.

GRÁFICA N° 04

PLANIFICACION IMPERATIVA	PLANIFICACION INDICATIVA
El Estado actúa de manera directa.	El Estado actúa de manera indirecta conciliando el respeto por las libertades e iniciativas individuales con una orientación común hacia fines compartidos.
La planificación es una función del Estado y el plan, un instrumento imprescindible de la economía socializada: diseña e instrumenta la secuencia y magnitud de la producción, distribución, circulación y consumo.	Es obligatoria para el sector público y sugerido y concertada para el sector privado, al que se invita a participar en la orientación solidaria de los esfuerzos bajo la direccionalidad del plan.
Tiene carácter obligatorio y fuerza de ley para todos los habitantes del territorio y los denominados agentes económicos, tiene fuerza de ley y presupone una economía en el marco de un Estado dirigista.	Supone una dirección e intervención graduada del Estado que establece previsiones, políticas e indicadores que sugieren a los actores sociales y a los agentes económicos cuáles son los objetivos que se pretenden alcanzar. En este marco el Estado actúa mediante el empleo de políticas de política de crédito, de gasto público, de inversiones, y otras que enmarcan la acción y tiende al concierto del conjunto de las fuerzas económicas y sociales.
La producción se establece con base en los criterios que define el Estado en términos de las necesidades colectivas a las que pretende representar.	Tiene lugar en una economía capitalista con vocación de economía concertada.
Supone la inexistencia de propiedad privada de los medios de producción.	Supone el sostenimiento de la propiedad privada de los medios de producción enmarcada en criterios sociales.

Fuente: Osorio, Alfredo (2003).

La **planificación imperativa** define cantidades y precios de los bienes, define programas y metas y establece responsabilidades de cumplimiento mediante un acto de autoridad del poder político. (...) La planificación es centralizada, la economía es dirigida y las empresas son ejecutoras del plan.

La **planificación indicativa** consiste en un estudio del comportamiento posible de los mercados y en la definición y selección de políticas y líneas de acción **obligatorias para el estado y orientadas y sugeridas para el sector privado**. Las bases técnicas del **plan indicativo** adicionan a la contabilidad económica nacional un soporte de previsiones que dibujan una aproximación sobre la situación económica futura. La idea del plan es, en este correlato orientar a los “agentes económicos” en función de las perspectivas más probables de desarrollo. (p.30)

Por otro lado, dentro del desarrollo de la planificación , se han creado distintos enfoques para abordarla, las cuales a partir de los cambios y evoluciones que se han producido en el mundo se han ido transformando y adquiriendo nuevos matices, dando lugar a tipos de planificación, los cuales se sintetizan en: Planificación Tradicional o Normativa, Situacional y Estratégica, tal como lo refiere Aramayo (2005); los diversos enfoques de la reflexión planificadora se han estructurado a partir de bases epistemológicas diversas, como la de Von Clausewitz, Carlos Matus, Russel Ackoff, H. Ozbekahn y Alberto Levy. (Ossorio, 2003).

a) Planificación Normativa

Según Aramayo (2005), esta planificación se inicia con un diagnóstico de la situación actual, a partir de ahí, se elabora un modelo de **como desearía ser**, y así, partiendo de un concepto de racionalidad, el planificador se da la tarea de decidir sobre las formas adecuadas de alcanzar las metas y objetivos que se cree son los más convenientes y esboza un plan cerrado a ser aplicado. En este tipo de planificación, la participación comunitaria es parcial: en ocasiones puede ser autocrática. Lo insólito de esta planificación es el hecho que el sujeto que planifica está fuera de esa realidad social y aun así él es dueño del plan y lo controla, el sujeto que planifica está “sobre” o “fuera” de la realidad planificada, tiene el monopolio del plan y la capacidad de controlar la realidad.

Su punto de partida es el “modelo analítico” y su base teórica se ubica en la teoría funcionalista; es decir, se trata de adaptar a los individuos a un sistema social armónico, funcional e idealista, “el deber ser”, donde la participación de los

mismos se da dentro de un proceso que fue elaborado desde fuera y su única participación es en la ejecución, no en el diseño y menos, en la evaluación del mismo.

Ossorio, Alfredo (2003), refiere respecto a la visión de planeamiento de Ozbekhan que la planeación comienza por la *reflexión prospectiva* y la *definición de un futuro idealizado*. En la *reflexión prospectiva* establece una estructura jerárquica constituida por tres niveles de planeación: la normativa, la estratégica y la operativa; precisando que el **Nivel de la planeación normativa:** consiste en la definición de fines o ideales, la definición de futuros deseados y la derivación de objetivos congruentes con los anteriores. Este nivel se orienta a la determinación del “deber ser”, lo que “deberá ser hecho” y se vale de proyecciones directas que posibiliten establecer las consecuencias de no mediar la intervención deliberada sobre las variables.

De acuerdo a lo anterior se trata de una planificación restringida a los actores gubernamentales, formalista y muy centrada en la etapa de diseño y poco en la etapa de ejecución.

b) **Planificación Situacional o Planeamiento Estratégico Situacional (PES)**

Aramayo (2005), refiere que el planeamiento situacional ha sido desarrollado por Carlos Matus en Chile:

Como método de planificación de las políticas públicas tiene como base inicial el concepto de situación, definido como “la realidad explicada por un autor que vive en ella en función de su acción”. Lo que hace el plan es permitir llegar a esa situación a través de la definición de una estrategia para tal efecto, entendiendo a ésta como el uso del cambio situacional para alcanzar la situación-objetivo, haciendo que se conciba a la planificación como la realización de un cálculo sistemático que permite relacionar el presente con el futuro y el conocimiento con la acción, de tal manera que sirva como herramienta para llegar o generar esa situación ... Este modelo viene a cuestionar el carácter externo y ajeno que tiene el planificador en el esquema tradicional. Es por ello que es necesario un involucramiento y consideración de los distintos actores que influyen en

el proceso de tal manera que, además de conocer las características “informales” de la realidad, sea posible la generación de un compromiso tal que facilite la generación de las voluntades necesarias que permitan la materialización del plan generado (p.18-19).

Este tipo de planeamiento, según Ossorio (2003), considerando lo señalado por el creador del PES:

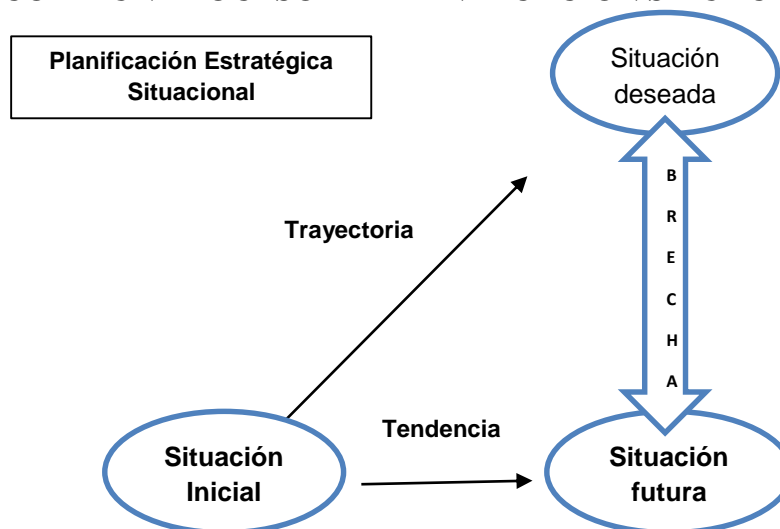
La acción de gobierno se articula en tres vértices de un sistema complejo constituido por el **proyecto de gobierno**, la **governabilidad** y la **capacidad de gobierno**. ... El proyecto de gobierno define los objetivos, identifica los problemas, selecciona el conjunto de operaciones para su resolución y arbitra los recursos necesarios para su ejecución.

La gobernabilidad refiere al peso de las variables relevantes y pertinentes al proyecto de gobierno que controla un actor con relación a uno o varios actores. Cuanta mayor influencia o control tenga el actor sobre esas variables mayor será la gobernabilidad del sistema. Por el contrario, cuanto menor decisión tenga el actor sobre las distintas variables, menor será su grado de libertad.

La capacidad de gobierno reside en la facultad de liderazgo basado en la experiencia y en los conocimientos en ciencias y técnicas de Gobierno. Dicho de otra manera, es la capacidad de conducción o dirección acumulada en la persona que lidera, en su equipo de gobierno y en la organización que gobierna. (p.44)

Por otro lado, Amarista y Camacho (2004), refieren que la planificación situacional se genera por instancias de discusión, cálculos y análisis de los actores de una organización que construyen una situación objetiva de un determinado acto social. Definitivamente, en concordancia con su origen, es una excelente herramienta para el cambio social (articula lo político con lo económico), de hecho, nació y se caracteriza por ser un proceso social. A diferencia de la anterior (Normativa), asume supuestos más realistas, ya que quién planifica está dentro de la realidad y coexiste con otros actores que también planifican.

GRÁFICA N° 05
ESQUEMA BÁSICO DE UN PROCESO DE PLANIFICACIÓN SITUACIONAL



Fuente: Bracesco, 2004

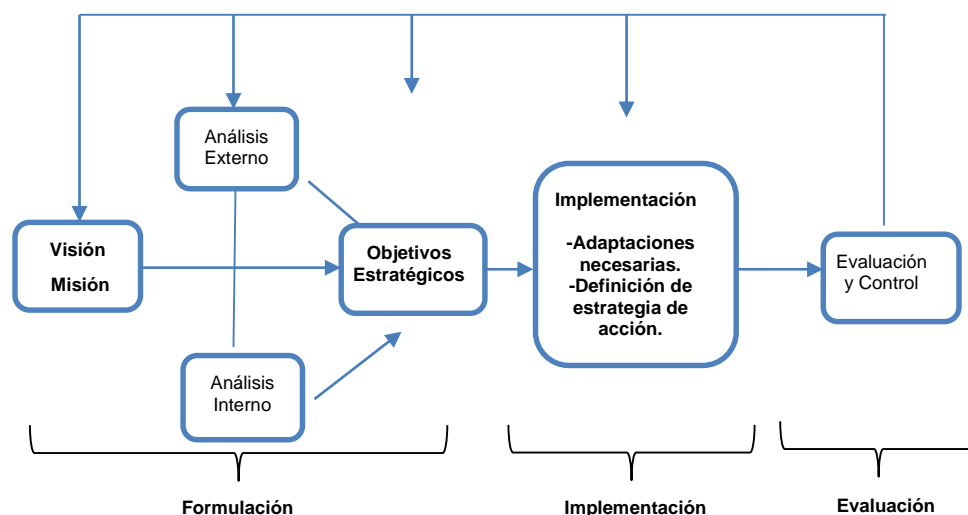
c) Planificación Estratégica:

Este tipo de planificación, según Aramayo (2005), se trata de una herramienta estrechamente entrelazada, que prácticamente es inseparable con el proceso completo de la dirección; por tanto, todo directivo, al igual que todo gerente, debe necesariamente comprender y manejar con soltura, sus características, naturaleza y realización. Esta pone énfasis (no es el único) en el análisis del contexto y su evolución pasada, gira en torno a los elementos que están en su cúspide (visión, misión, objetivos y estrategias globales de la organización) y se centra principalmente en las directrices, objetivos y estrategias para el bienestar de la organización y su interrelación con el entorno (comunidad y por ende el país)... rompe de plano con lo urgente y se aboca a lo importante, en contraposición con el normal funcionamiento operativo en el que están inmersas las organizaciones, por lo que generalmente se enfrenta a una serie de típicas barreras en los diferentes niveles jerárquicos de éstas.

Según el mismo autor, es una herramienta que ha sido creada en el mundo privado y que, dada su eficacia para enfrentar entornos dinámicos y fuertemente competitivos, ha ido adquiriendo una relevancia creciente en el sector público en

tal magnitud que, actualmente, constituye uno de los ejes del proceso de Reforma y Modernización del Estado que se está impulsando (p2.)

GRÁFICA N° 06
PRINCIPALES ETAPAS DEL PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO



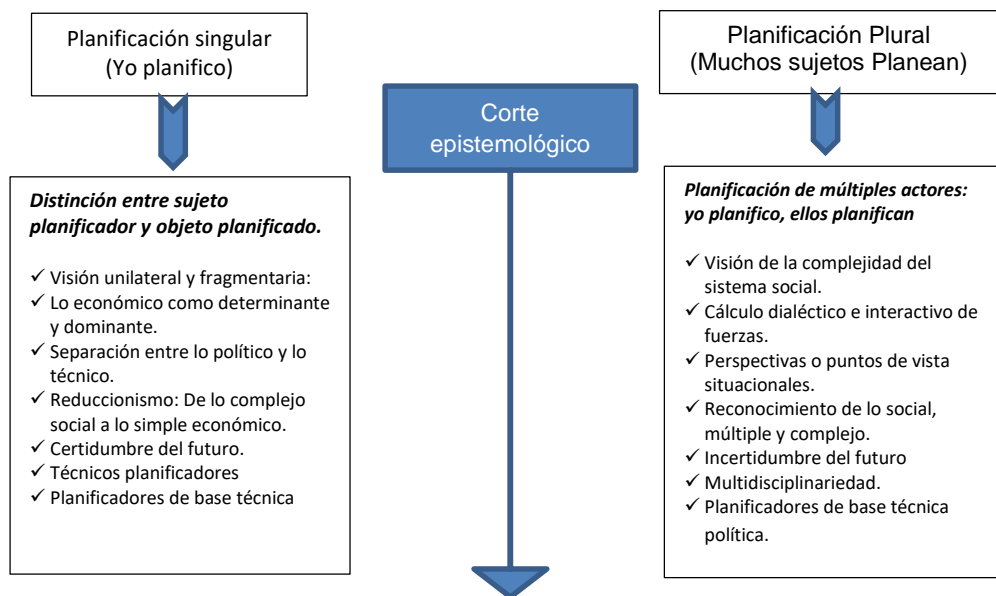
Fuente: Aramayo, 2005.

El planeamiento tradicional y el planeamiento estratégico.

Según Ossorio (2003), la prospectiva viene a ampliar los horizontes de las ciencias sociales desplazando a las tendencias predominantes en los años 60-70. Asociada al planeamiento estratégico, se incorpora, incluso, como un método importante de su fase normativa. Ambas disciplinas aportan una visión superadora del reduccionismo (tecnológico, social, económico, etc.) de la ilusión progresista y del determinismo dominante; incorporan variables cualitativas, reconocen el papel de la voluntad, la conciencia y la actividad humanas en la construcción del futuro.

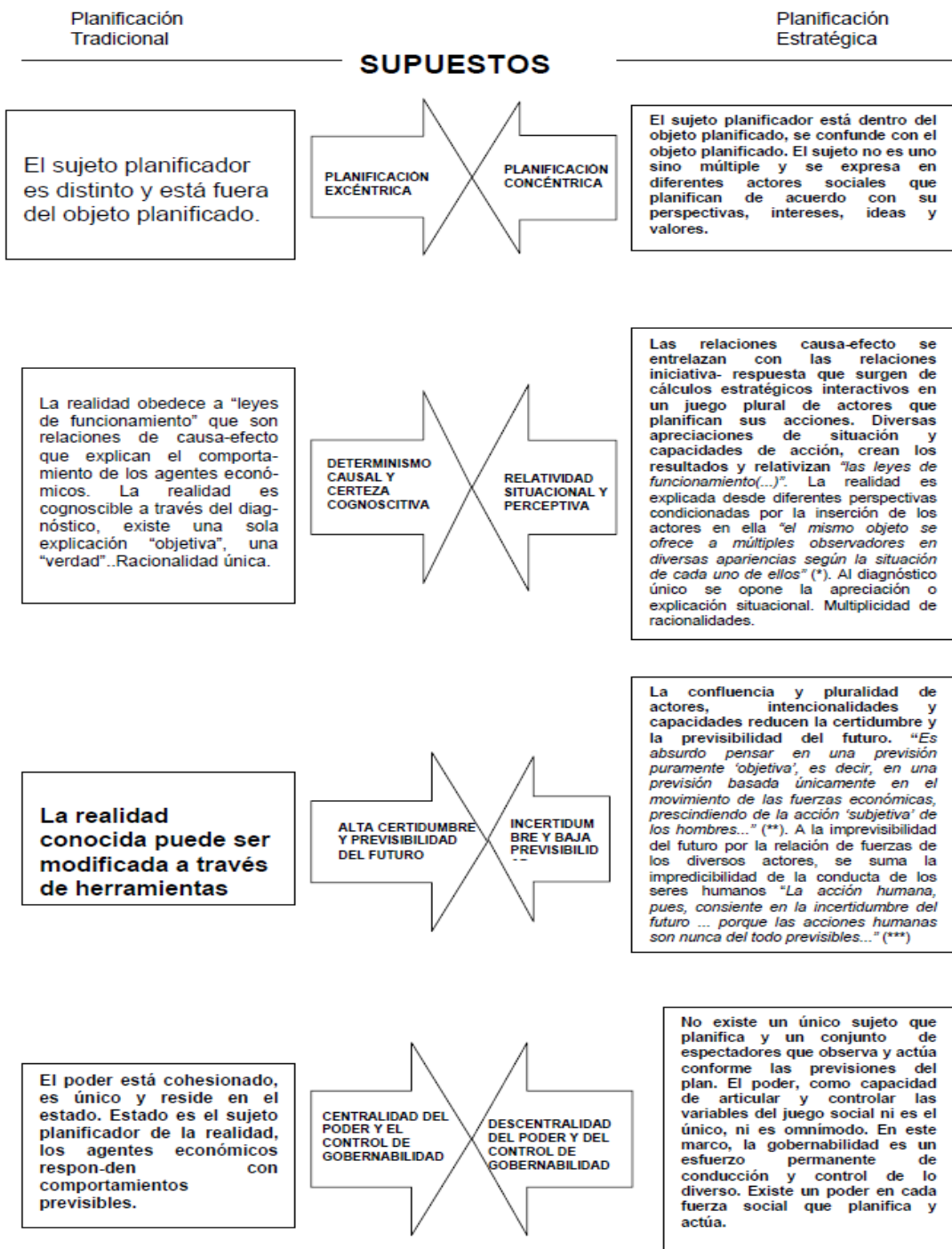
La conformación del concepto de **planeamiento estratégico** no es una simple adición de ambos conceptos. Significa una ruptura epistemológica, vale decir un cambio en los supuestos filosóficos –la teoría –, los principios y finalmente en los métodos y técnicas instrumentales.

GRÁFICA N° 07
LA PLANIFICACIÓN SINGULAR Y LA PLANIFICACIÓN PLURAL



Fuente: Ossorio, 2003

GRÁFICA N° 08 LA PLANIFICACIÓN TRADICIONAL Y LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



*Raymon Aron, Introducción a la Filosofía de la Historia, 1983, Siglo XXI.

** Antonio Gramsci, Contra el pesimismo, previsión y perspectiva. Ed. Roca, México, 1973.

*** Raymon Aron, Op. Cit.

El planeamiento estratégico participativo

Sobre el planeamiento estratégico participativo, Quedena (2002), refiere que:

El planeamiento estratégico participativo es un instrumento de gestión orientado a apoyar el cambio en las localidades a partir del fortalecimiento de su sistema social (las personas y sus organizaciones sociales) e institucional (como las municipalidades y otras instituciones públicas comprometidas con el desarrollo de la localidad), promoviendo el desarrollo de las capacidades internas y compromisos entre los distintos tipos de actores que intervienen.

La naturaleza de los cambios que puede provocar el planeamiento estratégico participativo es muy variada (p.70)

... Pero el común denominador se encuentra en la disposición de todos los que intervienen, de hallar soluciones a los problemas a partir del intercambio con otros actores, aun cuando inicialmente parezcan ser muy disímiles entre sí.

En el centro de esta planificación se encuentra la disposición al reconocimiento y el diálogo entre distintos actores, para encontrar soluciones a los problemas, bajo mecanismos de interacción y amplia participación democrática. En este sentido, se puede sostener que la planificación significa un proceso de reflexión y de posterior acción humana basada justamente en esa reflexión. (p.71).

Para esta forma de planificación, la participación de la población es un requisito indispensable. (...); una política de participación debe contener cinco elementos indispensables.

- Debe contar con mecanismos de información previa. La población debe acudir a un evento adecuadamente informada sobre el asunto a discutir.
- Se tiene que aludir directamente a un conjunto de actores sociales e instituciones. Los actores sociales son los protagonistas, no los invitados.
- Se debe permitir a los actores sociales la toma de decisiones. No se trata de tener solo espectadores de las decisiones que toman otros.

- Se requiere dotar a las organizaciones sociales de facultades para ejercer acciones de fiscalización o control.
- Se debe permitir a los actores sociales el derecho a formular propuestas.
- ...

Así mismo, afirma que “la planificación estratégica participativa, entonces, no guarda ninguna relación con aquella planificación tradicional basada en aspectos puramente físicos que intenta resolver situaciones y problemáticas a partir de consideraciones exclusivamente técnicas, y que generalmente impone sus resultados a la población”. (p72)

En un proceso de desarrollo, Quedena (2002), refiere que la planificación tradicional se caracteriza porque parte del supuesto acerca de lo que “debe ser”; se trata de imagen construida generalmente por un grupo de técnicos que, en nombre de todos, interpreta aquello que consideran es lo mejor para las personas; siendo además totalizadora que trata de abarcar todos los aspectos que presenta una realidad y proponiendo respuestas para cada uno de ellos; además posee un sentido normativo, caracterizado por tratar de imponer sus disposiciones de la misma manera como lo hace la legislación ordinaria, convirtiéndola en norma imperativa, y trabaja con plantillas que debe aplicarse en todos los casos por igual.

Mientras que la planificación estratégica participativa parte de **“lo que es”**; es decir, de aquello que ya existe y que explica la necesidad de construir – entre todas las personas que se sientan interesadas- una visión compartida de futuro que desean alcanzar... Se preocupa principalmente por los aspectos que resultan capitales para impulsar un cambio; precisando además que “el mayor aspecto se asigna a las opiniones de la sociedad local. (p.82) Su objetivo final es principalmente echar andar un proceso social, conducido por la sociedad y apoyado por el Estado, destinado a lograr el desarrollo sostenible. Este desarrollo necesita liberar energías contenidas en la sociedad, que anida en los distintos grupos y sectores, en los conocimientos nativos y en la cultura local. ...Un proceso de desarrollo alentado por la planificación estratégica participativa puede comenzar por cualquier tema y en cualquier orden.

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS (2012) concibe que:

La participación comunitaria es una estrategia efectiva para incrementar las coberturas de las intervenciones efectivas que previenen la desnutrición crónica infantil. Esta contribución ha sido documentada en diversos reportes entre los cuales puede mencionarse un estudio de 15 años realizado por USAID en 48 países de África, Asia y América Latina, un estudio realizado por el Banco Mundial en un número similar de países (Labbok, 2012; Rifkin, Hewitt y Draper, 2007; Aubel, 2011; Laverack, 2006; Mangasaryan, Arabi y Schultink, 2011). En poblaciones rurales las intervenciones comprensivas que ha integrado estrategias de participación comunitaria para el cuidado de las gestantes y niños menores de tres años con la atención en los servicios de salud redujo la desnutrición crónica en 31% (Lechtig et al., 2009)...Existen varias iniciativas basadas en comunidad que han mostrado éxito en la promoción de la salud (Nissenen et al., 2001) y en la mejora de la salud infantil (Wright et al., 1998; Zulficar et al., 2005). p.96

2.2.7.2 Monitoreo y evaluación en el planeamiento estratégico.

Alcázar (2007), refiere que en los procesos de planeamiento: “queda claro que no existe una cultura de monitoreo y evaluación por parte del Estado” (p.216)

Las acciones de monitoreo y evaluación en los sectores que manejan los programas sociales son aún bastante limitadas. Cuando estas se realizan, por lo general es de manera aislada, a nivel de programas o proyectos, y los resultados son muy poco difundidos. ... Los programas no solo carecen de indicadores de resultados, sino que el escaso seguimiento que se realiza se ocupa solo de la cobertura (raciones compradas y distribuidas). Es necesario promover y asegurar una supervisión de los programas que vaya más allá de los procedimientos; y, sobre todo, generar y difundir la información necesaria para que la sociedad civil realice una labor de fiscalización sobre el manejo de los recursos que provee el Estado (p.217).

a) El Monitoreo

Según Mokate (como lo citó Jurado, 2005):

El control o monitoreo es un seguimiento sistemático y periódico de la ejecución de una actividad, que busca determinar en que el grado de su desenlace coincida con lo programado, con el fin de detectar oportunamente deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste de la ejecución (UNICEF); para el BID busca comprobar la efectividad y la eficiencia del proceso de ejecución, mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos (p.55).

Durante la etapa de implementación, el monitoreo o seguimiento de actividades es una herramienta clave para conocer el cumplimiento o avance de las metas planificadas de acuerdo al plan operativo anual... la función del monitoreo tiene como característica ser una actividad permanente que se realiza en el continuamente y permite contar con información válida para formular los ajustes o reorientaciones a nivel de acciones, metas e incluso, de ser necesario, a nivel de estrategia (Bobadilla et al, 2006, p.22).

Así mismo, Silva (como lo citó Jurado, 2005) refiere que:

El seguimiento físico financiero es el método del monitoreo más usado en la actualidad en los proyectos durante la fase de ejecución e instalación, y se aplica a todo tipo de proyecto, inclusive a los de inversión social (p.160).

b) La Evaluación

“Es un proceso que busca determinar de forma periódica, sistemática y objetiva la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de un proyecto social con relación al logro de los objetivos propuestos en su etapa de diseño” (Bobadilla et al, 2006, p.22).

Sobre el proceso de evaluación, Jurado (2005), refiere que:

Evaluable de la gestión de las políticas sociales consideran que gran parte de los fracasos de los proyectos radica en la falta de acompañamiento, de corrección oportuna de las desviaciones y,

sobre todo, en la incapacidad administrativa para enmendar rumbos cuando el proyecto se encamina al fracaso (p.153).

Si no se efectúa este tipo de control, no sabríamos cuales fueron los aspectos positivos y cuales los negativos de lo previsto en el proyecto, considerando además que con la evaluación es posible retroalimentar todo el sistema, lo que permitirá, a su vez, planificar, organizar, ejecutar y delegar con mayor eficacia a las entidades operadoras (p.154).

c) El tablero de control gerencial,

Con la finalidad de sistematizar herramientas para la gestión productiva, Sanin (como lo citó Jurado, 2005):

ha sistematizado el Tablero de Control Gerencial que, precisamente, lo presenta como todo un sistema integrado por cinco tipos de control: Control de evaluación de resultados; control de procesos; control de proyectos; evaluación ex post; y evaluación estratégica global.

Toda institución que opera políticas sociales interactúa con el entorno a través de dos subsistemas:

Primer subsistema de administración: organiza estratégicamente las funciones de planificación, dirección innovación “mirando hacia afuera” subsistema (externo). El objetivo de la gestión, en este nivel, es la obtención de eficiencia, que es la medición del logro esperado por el entorno, por la demanda. Así la intervención gerencial que se preocupa de este ámbito se denomina Evaluación de Resultados.

Segundo subsistema de operaciones: Tiene por objetivo producir los bienes y servicios eficientemente: Gestión de personal, desarrollo de tecnologías, logística (adquisiciones-abastecimiento, producción, ventas, contabilidad) (subsistema interno). Por su parte, el objetivo de la gerencia, en este nivel es alcanzar la eficiencia que es la optimización de la relación producto/insumo (denominado Control de Procesos).

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 DEL ANÁLISIS DE ESTUDIO

3.1.1 No se encontró una política local concertada para erradicar los actuales niveles de desnutrición crónica infantil en los niños y niñas menores de cinco años en los distritos de Monsefú y Santa Rosa, ámbito del presente estudio.

- En Monsefú, el tema está totalmente ausente en el Plan de Desarrollo Local Concertado (periodo 2005-2014) y en Santa Rosa si bien existe meta al 2021, no define acciones estratégicas para cumplirla; en ambos no existen planes de salud local que prioricen el problema; y la voluntad política local para afrontar el problema nutricional infantil está ausente en el distrito de Monsefú y muy débil en el distrito de Santa Rosa.
- Los programas alimentario nutricionales que intervienen en la zona de estudio (Vaso de Leche, Comedores Populares, Qali Warma, y Articulado Nutricional - PAN) no funcionan concertadamente ni coordinadamente. La visión y misión de éstos es conocido solo por los responsables y operadores del Programa Articulado Nutricional en 100% en ambos distritos; en tanto los Programa Vaso de Leche solo 21.4% en Monsefú y 9.1% en Santa Rosa; el Programa Qali Warma por el 84.2% en Monsefú y el 40% en distrito de Santa Rosa, el resto de operadores estaba entre poco enterado o muy poco enterado.
- La articulación de los programas antes mencionados con política local, tienen un nivel de Coherencia Nula en el distrito de Monsefú y un nivel Alto en el distrito de Santa Rosa, este último por enmarcarse en la meta de “Reducción de la Desnutrición Cónica Infantil” del Plan Desarrollo Local Concertado al 2021. Sin embargo, en ambos distritos los programas se encuentran alineados a la política nacional y regional de reducción de la desnutrición infantil, a través de los objetivos estratégicos, políticas y estrategias del Plan Estratégico De Desarrollo Nacional. El Perú Hacia el 2021 (CEPLAN, 2015), Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016 del Ministerio de Salud y Plan Regional de

Desarrollo Concertado de Lambayeque 2011-2021; cuyas metas al 2021 son la reducción de la “Tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años a 10%, 10% y 2% respectivamente, correspondiendo con un nivel de Coherencia Alto.

La situación encontrada es contraria a lo referido por Perez-Martínez (2013) y Ricse (2012) sobre los resultados en la lucha contra la desnutrición en otros países que aplicaron políticas y programas adecuados para enfrentarlo; y difiere también a lo propuesto por las instituciones públicas como el MIDIS ex MIMDES (2005) y estudios e investigaciones como de Salcedo (2005), Vásquez et al (2010), IGGP-USMP y otros que sustentan y apuestan tratar la desnutrición crónica infantil mediante la aplicación de una política social pública.

3.1.2 Los servicios de los sectores que tiene relación con la erradicación de la desnutrición crónica infantil en los niños y niñas menores de cinco años, como salud, educación, saneamiento, municipalidad y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que intervienen en los distritos en estudio, funcionan bajo una orientación sectorial, cumpliendo metas institucionales de su sector y está ausente la articulación de éstos para reducir los actuales niveles de desnutrición crónica infantil; la oferta de estos sectores tienen como características principales:

- En salud nutricional, el distrito de Monsefú durante el año 2015 registró 773 casos con desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años, 152 casos con desnutrición global y 62 con desnutrición aguda, 426 con sobre peso, 145 con obesidad y 2,616 normales. En el distrito de Santa Rosa, se registraron 466 casos de desnutrición crónica, 90 con desnutrición global, 30 con desnutrición aguda, 350 con sobre peso, 90 con obesidad y 2,058 normales.

A nivel de establecimientos de salud del distrito de Monsefú, tal como se demostró en Tabla N°03 y Gráfica N°02, la desnutrición crónica registró tasas de 17% en el Centro de Salud Miguel Custodio Pisfil (cobertura mayormente urbana) y en los Puesto de Salud rurales fue de 20% en Callanca, 19% en Pómape y 44% en Valle Hermoso; mientras en el Centro de Salud del distrito Santa Rosa, registró 15 % de niños desnutridos (netamente urbana). La

desnutrición crónica por programas alimentario nutricionales no se conoce al no existir data organizada a este nivel,

- La oferta educativa de los distritos en estudio, el cien por ciento de las instituciones educativas aportan con contenidos alimentarios nutricionales en las unidades didácticas de enseñanza – aprendizaje de los niveles inicial y primaria, orientados por Guías Educativas emitidas por el Ministerio de Educación y Gerencia Regional de Educación Lambayeque; la Gerencia de Salud Lambayeque no tenía participación en el diseño de las sesiones de aprendizaje y su apoyo a eventos educativos sobre prácticas nutricionales a los padres de familia, docentes y alumnos de las instituciones educativas son de reducida cobertura; y el apoyo interinstitucional es débil (no existe convenios, acuerdos, etc.)
- La oferta del servicio agua y saneamiento es crítica. La relación abastecimiento de agua y el grado de desnutrición crónica encontrada a nivel de los establecimientos de salud, fue: para el ámbito del Centro de Salud Miguel Custodio Pisfil de Monsefú, el abastecimiento de agua tratada a través de la red pública a las viviendas fue 79,2%, con una carencia de 20.8% y la tasa de desnutrición crónica encontrada es 18.9%. En el ámbito de los Puesto de Salud Pómape, Vallehermoso y Callanca, la carencia de agua tratada por red pública a las viviendas es total y las tasas de desnutrición crónica encontrada fueron de 25%, 39.3% y 23.3%, respectivamente. En el Centro de Salud Santa Rosa, el 76% de las viviendas se abastecen de agua tratada por la red pública, mientras el 24% lo hace mediante piletas, pozos, cisterna y acequias, la tasa de desnutrición crónica infantil es de 21.2%. En ambos distritos es poco frecuente la realización de eventos de buenas prácticas en el uso y manejo del agua.

En la relación tipo de sistema de desagüe y la incidencia de niños con desnutrición crónica, se encontró para el ámbito del Centro de Salud de Monsefú “Miguel Custodio Pisfil” que las viviendas conectada al desagüe de la red pública eran el 99.4%; en el distrito de Santa Rosa, el sistema de desagüe en las viviendas alcanzó el 70.58%; mientras que en los puestos de salud de Pómape, Valle Hermoso y Callanca (zonas rurales) la carencia de desagüe en

las viviendas es total. En ambos distritos, las viviendas carentes usan servicios higiénicos a través de pozo ciego/negro/letrina u otras formas.

- En ambos distritos, la focalización en los servicios de los programas alimentario nutricionales no existe, la selección de beneficiarios no obedece a ninguna técnica, no usan el Sistema de focalización de hogares (SISFOH).
- El Programa de Vaso de Leche, en Monsefú tiene 1,898 niños beneficiarios (menores de 6 años), de los cuales el 59.6% son de la zona rural y el 40.6% urbana marginal; el Programa Nacional de Alimentación Qali Warma (con 4,003 niños beneficiarios de 3 a 11 años) el 76.9% son de zona urbana y el 23.06% rural; de ellos 1,189 son del nivel inicial (niños de 3 a 5 años); el Programa Nacional Cuna Más solo beneficia a 80 niños de la zona urbana. En el distrito de Santa Rosa, el Programa Vaso de Leche beneficia a 749 de niños menores de 6 años; el Programa Qali Warma beneficia a 923 niños de 3 – 11 años, de los cuales 181 son del nivel inicial (3 a 5 años), todos ellos de zona urbana.
- La condición socio económica de los beneficiarios de los programas, medido primero por el nivel educativo (promedio de años de estudio de los padres) en el distrito de Monsefú resultó, que en el Programa Vaso de Leche el 20.8% de los padres son sin nivel educativo, con 1 a 5 años de estudios el 0.07%, el resto (79.13%) contaba con 6 a más años de estudio; en el Programa Nacional Alimentario Qali Warma el 15.33% de jefes de hogares no tenía ningún nivel educativo, el 0.08% tenían de 1 a 5 años de estudio, el resto (84.59%) contaba con más de 6 años de estudio. En el distrito de Santa Rosa, el Programa Vaso de Leche, el 9.46 % de padres eran sin nivel educativo, el 0.17% tenían de 1 a 5 años de estudio y el resto (90.37%) tenían de 6 a más años. En el Programa Nacional Alimentario Qali Warma, un 5.01% de los padres no tenían nivel educativo; 0.17 % contaban con 1 a 5 años, el resto (94.82%) tenía más de 6 años de estudios.
- Respecto al nivel de integración familiar de los beneficiarios (situación conyugal de los padres), en el distrito de Monsefú se encontró que los padres

de los niños beneficiarios del Programa Vaso de Leche el 50% eran padres o parejas unidas, el 43 % son de madres solteras, 6 % de padres separados y 1% huérfanos. Los beneficiarios del Programa Qali Warma, el 52.7% son de padres unidos, 39.4% de madres solas, el 4.1% de padres separados/divorciados y 3.7% huérfanos. En el distrito de Santa Rosa, los niños beneficiarios del Programa Vaso de Leche era 57.3% de padres unidos, 38.1% mamás solteras y 1% de padres fallecidos/o viudos (as); los beneficiarios del Programa Qali Warma el 56.7% de los niños eran de padres o parejas unidas, el 38.4% de madres solteras y el 2.5% era de padre/ madre fallecidos.

- La condición socio económico de los beneficiarios, según valoración cualitativa (Muy baja, Baja, Media o Alta), arrojó para ambos distritos en estudio, que los del Programa Vaso de Leche y Programa Cuna Mas son de condición económica Muy baja y Baja. Mientras que los beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, por estar dirigidos a estudiantes de la escuela pública (inicial y primaria) no hace discriminación en sus beneficiarios sobre la condición económica de sus hogares, y toda la población escolar es atendida con raciones.
- La implementación y organización de los programas alimentario nutricionales y no nutricionales involucrados en la erradicación de la desnutrición crónica infantil, se rigen por normas legales propias que les asigna roles específicos a sus beneficiarios; La contribución y participación en la eficacia de los programas por parte de éstos es solo de distribución y/o preparación de los alimentos, pero escasa su participación en la evaluación del funcionamiento de los programas.
- En el Distrito de Monsefú, los Comités de Vasos de Leche es en número de 88; distribuidos 27 en la zona urbana y 61 en la zona rural, con un total de 2,214 beneficiarios, de los cuales 85.7% menores de 6 años En el Distrito de Santa Rosa, el número de Comités de Vasos de Leche es 24 en urbana y periurbana con 749 (68.5%) menores de 6 años. También son beneficiarios lactantes y gestantes.

- El programa de Comedores Populares en el Distrito de Monsefú funciona con siete (7) comedores que benefician a 278 personas, mayormente adultos de muy bajos recursos; distribuidos 02 en el área rural de Callanca y Rama Castilla y los 5 restantes en el área urbana (sectores de San Juan, Jesús Nazareno Cautivo, San José, Misericordia y El Tanque). En el distrito de Santa Rosa, funcionan cinco (5) comedores que beneficia a 75 personas adultos de muy bajos recursos de la zona periurbana de la ciudad.
- Respecto a los recursos humanos de las instituciones involucradas, se encontró Que el número de docentes capacitados en temas alimentario nutricionales por la GERESA solo fue reducido, 48 en todo el distrito de Monsefú y 01 en el distrito de Santa Rosa; el número de profesionales de la salud que participa en los programas alimentario nutricional, es ausente en Programas de Vaso de Leche y Comedores Populares de ambos distritos; mientras que en los otros programas, Programa Articulado Nutricional y Qali Warma, si existe participación de profesionales de la salud.
- Las fuentes de financiamiento todos los Programas alimentario Nutricionales ejecutados en los distritos de Monsefú y Santa Rosa, se financian en un 100% con recursos del Estado; y los responsables desconocen el costo por ración distribuida.
- Respecto a la sensibilización sobre el problema nutricional del personal que opera y los beneficiarios de los programas sociales, se encontró que en el Programa Vaso de Leche y Comedores Populares no están suficientemente sensibilizados ni cuentan con las capacidades adecuadas para lograr la eficacia de los programas; mientras los Programas Nacionales del MIDIS Qali Warma y Cuna Mas, así como el Programa Articulado Nutricional de GERESA los productos comunicacionales difunden sus políticas y objetivos de intervención pero a nivel general.
- El conocimiento de la temática nutricional y el trabajo articulado por parte de los trabajadores los Programas Vaso de Leche y Comedores Populares es escaso. Y en los Programas Nacionales de Alimentación Escolar Qali Warma

y Programa Nacional Cuna Mas del MIDIS, si existe conocimiento, pero es escasa la práctica del trabajo articulado. Y la capacitación a los beneficiarios de los programas Vaso de Leche, Programa de Comedores Populares y Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma sobre elaboración de dietas alimentarias y manipulación de alimentos por parte de los establecimientos de salud de GERESA son ocasionales.

- El estudio de cambios de actitudes de autoridades, responsables de programas y dirigentes de beneficiarios de los programas alimentario nutricionales, encontró como resultado que en las autoridades de ambas municipalidades no promueven eventos de educación alimentaria y nutricional. Las autoridades educativas de la Gerencia Regional de Educación Lambayeque y las Unidades de Gestión Educativa Local implementan programas curriculares con sesiones de aprendizaje con temas relacionados al problema nutricional local, en cumplimiento con la política educativa nacional y regional, con la finalidad que los alumnos practiquen adecuados hábitos alimentarios y de salud junto con los padres de familia, a través de las áreas de Personal Social, Ciencias y Ambiente, Comunicación y Matemática.
- Los responsables de programas alimentarios, promueven con poca frecuencia eventos de sensibilización alimentaria y nutricional; y ningún evento de educación alimentaria y nutricional. Solamente el Programa Articulado Nutricional organiza limitadas charlas educativas a maestros y dirigentes del Programa de Vaso de Leche. Los dirigentes de los beneficiarios de los programas antes mencionados, tampoco se promueve este tipo de eventos.
- El rol actual de las autoridades involucradas en la asistencia alimentaria (Municipales, Salud, MIDIS, etc.) se manifiesta desarticulada; en el caso del distrito de Monsefú nunca promueven eventos de coordinación para la intervención de sus programas y el distrito Santa Rosa es poco frecuente, no obstante, el rol asignado por la normatividad legal vigente.

El funcionamiento desarticulados de los actuales servicios sectoriales relacionados al tratamiento de la desnutrición crónica infantil de la zona de estudio difiere con

lo propuesto por CARITAS (2012) a raíz de sus experiencias logradas en otros lugares como en el proyecto Ally Micuy 2007-2010, Ancash; así como lo propuesto por el MIMDES (2005), Ricse (2012); Gómez y La Serna (2005); Vasquez et al (2010), MIDES (2013) y otros investigadores que consideran a la desnutrición como un problema multicausal y proponen dar una respuesta e intervención articulada, multisectorial, integrada y con coordinación estrecha entre entidades involucradas, con la finalidad de tratar las causas inmediatas y básicas de la desnutrición crónica infantil que sufren los niños y niñas menores de cinco años.

3.2 MODELO DE GESTIÓN PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA

La superación de la problemática estudiada en el ámbito de estudio es posible lograrlo con la implementación de un Modelo de Gestión, diseñado sobre la base de los resultados de las técnicas de entrevistas semi estructuradas y focus group aplicadas. Este modelo se fundamenta en lo siguiente:

3.3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN

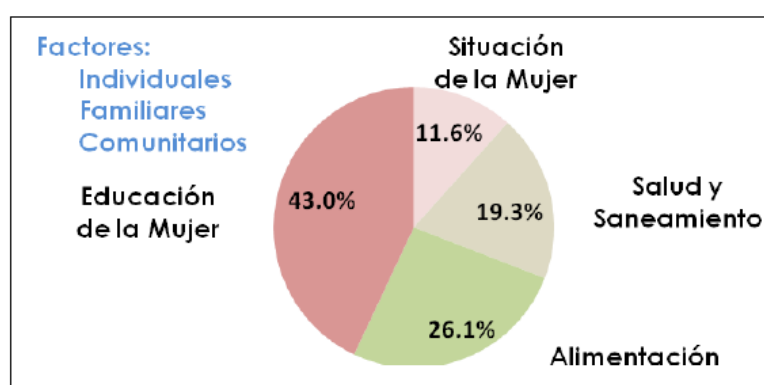
Actualmente existe consenso común de los entes los rectores de la salud (Ministerio de salud- MINSA) y de la política social (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS) en que la “desnutrición crónica Infantil no es sólo un problema de falta de alimentos, también la poca educación de la madre, el rol secundario de la mujer en la toma de decisiones familiares y comunitarias, la presencia de barreras geográficas, sociales y culturales para el acceso a los servicios de salud y educación, son factores determinantes de la desnutrición crónica. Por ello, si las autoridades invierten sólo en alimentación estarán resolviendo solo un porcentaje relativamente pequeño del problema. Para reducir la desnutrición infantil se debe invertir en intervenciones que abarquen todos los factores determinantes de este daño” que según Smith y Haddad, (como lo citó MINSA, 2013, p.9) son la educación de la mujer (43%), la situación de la mujer

(11.6%), la salud y saneamiento (19.3%) y la alimentación (26.1%). Véase Grafica N° 09.

La interacción social, determinada por las condiciones socioculturales, adquiere también gran importancia porque se relaciona con las variadas formas de comportamiento, con el cuidado y la alimentación de los niños y niñas, especialmente de los menores de 2 años, que están a su vez mediatizadas por la conservación de tradiciones familiares y comunitarias, la publicidad, el marketing y otros factores, tal como lo refieren Álvarez (2009); Jiménez, Rodríguez y Jiménez (2010).

GRAFICA N° 09

Factores determinantes de la Desnutrición infantil



Fuente: Smith L. y Haddad L. Explaining Child Malnutrition in Developing countries
International Food Policy research Institute Washington DC - 2000

Por ello, el Ministerio de Salud considera importante que las autoridades locales conozcan en qué situación están estos factores determinantes a fin de identificar qué tipo de planificación y proyectos deben de ejecutar. Así mismo, el MIDIS (2012) considera que dada la naturaleza multidimensional de la desnutrición crónica, la implementación de un enfoque que la reduzca, requiere la articulación efectiva entre las intervenciones sectoriales, las de los distintos niveles de gobierno y los programas presupuestales¹⁸.

La Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social para Crecer (MIDIS, 2013), que es una herramienta de gestión orientada a la articulación de la

política social, con carácter vinculante en el ciclo de la gestión pública y orientada al logro de resultados prioritarios de inclusión social, con la finalidad de generar enfoques flexibles y adaptables que permitan elevar la calidad de vida y reducir las condiciones de riesgo que enfrentan los hogares en un contexto cambiante, ha definido cinco ejes estratégicos de “Incluir para Crecer” a saber: nutrición infantil, desarrollo infantil temprano, desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, inclusión económica y protección del adulto mayor (p.18), véase grafica N° 10.

GRÁFICA N° 10

EJES ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS EN EL MARCO DEL CICLO DE VIDA DE LA ESTRATEGIA “INCLUIR PARA CRECER”



Fuente: MIDIS - Dirección General de Políticas y Estrategias

Si bien el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) involucra la atención a los niños y niñas de 0 a 5 años, la estrategia de la política social antes mencionada orienta acciones en dos periodos claves de la vida del infante. El primero es el periodo de vida de niños y niñas de 0 a 3 años, en el cual considera que es prioridad del Estado y del Gobierno la lucha contra la desnutrición crónica infantil (DCI), el compromiso con la inversión en la infancia, “reconociendo que para que todo niño alcance el peso y la estatura adecuados para su edad, no sufra de infecciones respiratorias o diarreas severas y cuente, en general, con un buen estado de salud; se requiere asegurar una adecuada nutrición y alimentación en los primeros años de vida. Desde la gestación, la madre debe tener una alimentación rica en calorías,

proteínas y hierro, así como asistir a sus controles prenatales desde el primer mes de embarazo. Una vez nacido, mantener la lactancia materna de manera exclusiva hasta cumplir los 6 meses, dado que esta contiene todos los nutrientes requeridos para su crecimiento y desarrollo.

Adicionalmente, los padres deberán llevar a sus hijos puntualmente a todos sus controles de salud. Finalmente, acceder a agua potable y saneamiento, permitirá prevenir enfermedades. Todo esto permitirá tener niñas y niños años saludables, listos para afrontar la siguiente etapa de su desarrollo cuando empiecen a asistir a escuelas de educación inicial y a interactuar con el entorno en el cual se desarrollarán”.

Más adelante, en el siguiente periodo, hasta los cinco años, la misma estrategia conceptualiza que “para que todo niño y niña camine y corra libremente, forme frases de dos o más palabras, reconozca formas y colores y tenga un buen estado de salud que le permita disfrutar de su infancia, es importante que sus familias se hagan responsables de su crianza, les presten toda la atención, les den el cuidado necesario y los alimenten adecuadamente. La educación temprana es clave para promover el desarrollo psicomotriz, social y de lenguaje en la primera infancia. Tanto al interior del hogar, así como en los centros de educación inicial y en la comunidad, se debe promover el desarrollo integral de la infancia. Todo esto permitirá tener niñas y niños saludables y alertas, preparados para afrontar la siguiente etapa de su desarrollo cuando empiecen a asistir a la escuela primaria y de esta manera, no encontrarse en desventaja a la hora de aprender o hacer sus tareas.”

Adicionalmente, Holveck et al., Waddell y D Brown, OMS y Young (como lo citó MIDIS, 2013), fundamentan que existe evidencia que respalda que los determinantes sociales de la Desnutrición Crónica Infantil y la inseguridad alimentaria son variados, e incluyen las condiciones físicas y sociales del ambiente, la incidencia de conductas de riesgo en adolescentes, la educación, el acceso a información, el estado de salud de la madre, el ingreso familiar y las condiciones de trabajo. Cabe resaltar también la importancia de la existencia de planes de desarrollo local que organicen la aplicación de las intervenciones

efectivas de manera coordinada y simultánea. En ese sentido, si bien la evidencia internacional señala que estos determinantes involucran directamente la implementación de intervenciones efectivas desde el sector Salud, también muestra que los resultados son más efectivos y sostenibles cuando se articulan con las acciones de los otros sectores como Saneamiento, Educación, Desarrollo Social, agricultura y otros, que resultan ser también actores Involucrados a la salud nutricional. Es decir, para todo el desarrollo infantil temprano, se requiere esfuerzos intersectoriales e intergubernamentales que reflejen la articulación oportuna de intervenciones efectivas.

3.3.2 ENFOQUES DEL MODELO DE GESTIÓN

Teniendo en cuenta la problemática analizada, y tomando como base la teoría del Desarrollo Humano, el modelo de gestión para reducir la Desnutrición Crónica Infantil tendrá los siguientes enfoques:

Enfoque integral

La desnutrición crónica, por ser un tema de desarrollo debe abordarse de manera integral, tal como lo plantea el Informe de Desarrollo humano del Perú (PNUD, 1997). Por ello se pretende que el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos operen articuladamente en los diferentes niveles de un sector, para garantizar los derechos de la persona, la familia y la comunidad en sus diversas etapas de desarrollo para mejorar sus condiciones de vida, en particular la salud y la nutrición, con una perspectiva sociocultural y de género, tal como lo refiere Espejo et al (2012); deberá expresarse en el alineamiento de las principales herramientas de gestión, como los planes sectoriales, institucionales, planes de desarrollo concertado local, presupuesto participativo, presupuesto institucional, programas presupuestal, así como en las diferentes estrategias de intervención de entidades del sector privado, sociedad civil y la cooperación internacional, cuyas acciones benefician el desarrollo de la población más pobre y vulnerables de ámbito.

Enfoque territorial.

Aunque no se ha llegado a una teoría unificada del espacio económico que integre las corrientes de pensamiento en materia de desarrollo territorial, sin embargo, los diversos paradigmas confluyen que el territorio no sería un factor circunstancial del análisis de crecimiento económico, sino un elemento explicativo de los procesos de desarrollo. Los aportes de la geografía socioeconómica (como teoría) indican que el desarrollo territorial trasciende el campo económico para entrar a la dimensión social, cultural y política (Fundación Frei, 2005, p.4).

El enfoque territorial consiste en definir una estrategia de desarrollo considerando las relaciones y las características de un territorio. Contribuye a la formulación de las políticas públicas con miras a mejorar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones públicas (entrega de los bienes y servicios a las personas). Aplicar este enfoque parte por garantizar la inclusión de sus elementos fundamentales: participación, multidimensionalidad, multisectorialidad, visión de una economía de territorio y búsqueda de una mayor conciencia institucional, refieren la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y El Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (como lo citó CEPLAN, 2016).

Por ello el modelo plantea acciones de fortalecimiento de la gestión de los gobiernos locales y los sectores, para que tengan una cobertura eficaz y eficiente de toda su jurisdicción territorial, de manera equitativa y valorada por su población, tal como concuerdan Espejo et al (2012) y la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para Crecer (MIDIS, 2013), reconociendo el importante rol de los gobiernos regionales y locales como responsables de la articulación de la política de desarrollo e inclusión social en el ámbito de sus territorios.

Se trata pues de transitar del dominante enfoque sectorial, que caracteriza a la acción del Estado, al enfoque territorial por el que los denominados sectores, antes que entes rectores de un campo determinado, son responsables de las metas sociales correspondientes a su sector en un territorio determinado, en el entendido que ningún sector por sí sólo podrá cumplir cabalmente con las metas sociales que

le competen, sino es en la medida en que se avance en el logro del conjunto de las metas sociales.

Enfoque integrador

Es el resultado de la articulación, en los diferentes niveles, de las prestaciones que oferta los sectores del Estado (educación, salud, agricultura, saneamiento, desarrollo social, vivienda, gobiernos locales, etc.) a través de sus programas, proyectos y actividades (Espejo et al, 2012). En tal sentido, el modelo debe desarrollar y/o fortalecer las capacidades de los sectores involucrados en el tratamiento de la desnutrición para que organicen e integren sus servicios articulándolos al objetivo de reducir las brechas en la desnutrición crónica de niñas y niños, así como en las diferentes etapas de desarrollo de las personas, familias y comunidad, lo cual involucra también a su vez una participación interdisciplinaria, que permitirá tener una misión más amplia, completa y unificada del problema nutricional del ámbito y sus soluciones.

Enfoque sociocultural y de desarrollo

En el marco de la teoría sociológica actual los sistemas sociales de comunicación con un enfoque pragmático basado en la conducta, las personas son sistemas de pensamiento que forman parte del entorno social y la cultura es considerada la premisa para tomar decisiones (Waltzlawick y Rodríguez, como lo citó la Fundación Frei, 2005, p.9).

La cultura, entendida como algo vivo, compuesta tanto por elementos heredados del pasado, por influencias exteriores adoptadas y novedades inventadas localmente; tiene funciones sociales. Una de ellas es proporcionar una estimación de sí mismo, condición indispensable para cualquier desarrollo, sea este personal o colectivo (Verhelst y Molano, como lo citó Gárate y Linares, 2013). La cultura ocupa actualmente, y desde hace unas décadas, un lugar central en los sistemas decisionales. No hay cambio posible en una organización social sin tomar en cuenta la cultura (Fundación Frei, 2005, p.8).

El modelo debe contribuir a cambios en el entorno socio-cultural de la población, revirtiendo patrones culturales adversos que vienen dificultado la disminución de

la desnutrición crónica infantil, cuya prevalencia actual impacta negativamente en el desarrollo local al permitir que un buen porcentaje de futuros de ciudadanos no tengan oportunidad de desarrollar sus capacidades para romper con el círculo de la pobreza. Por ello, se debe abordar el modo de vida del poblador urbano y rural del ámbito estudio, ligados en su mayoría a las actividades económicas: agricultura y comercio. En el caso del poblador rural, en concordancia con Espejo et al (2012), se debe partir de la suposición de que el modo de vida agrícola define en gran nivel sus relaciones sociales, sus prácticas y sus creencias. Además de la adecuación de las actividades para que respondan a las características socioculturales de la zona; lo cual concuerda mediante la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS, 2103) y el Plan Nacional de Para la Reducción Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia (MINSA, 2014).

Enfoque de género

Siendo el género un tema incluido en el desarrollo humano (PNUD, 1997), cuyo concepto alude a las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres; el propósito es que mujeres y hombres tengan iguales oportunidades en la vida. La reducción de las asimetrías entre hombres y mujeres redunda en beneficio no únicamente de ellas, sino también de la familia en general (Espejo et al, 2012).

El órgano rector de Salud¹⁹, reconoce actuales diferencias y los requerimientos específicos de las mujeres y los grupos étnico-culturales a través de políticas que conduzcan a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni obviar las diferencias, por lo que considera que los mensajes y contenidos educativos se adecuarán a las características de los grupos poblacionales. En tal sentido, el modelo promueve la intervención equitativa de hombres y mujeres en la actividad de planificación, capacitación y acciones de organización comunitaria, con el propósito de asegurar la participación de la mujer en la toma de decisiones en todos los niveles, concordando con Espejo et al (2012); Gárate y Linares (2013).

Enfoque participativo

En la misma línea de la teoría del desarrollo humano; la lucha contra la desnutrición crónica infantil debe basarse en un proceso social mediante el cual todos los actores, sectores y fuerzas sociales, en especial los de la comunidad,

intervienen en la identificación de las cuestiones de salud y nutrición, y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica la búsqueda y ejecución de las soluciones. Por tal razón, el modelo concibe la participación de instituciones públicas, privadas y organismos sociales de base (OSB) en los espacios de concertación de la sociedad civil (ECSC) y en las asambleas comunales a realizar fortaleciendo vínculos y canales horizontales de coordinación y articulación para la planificación, la gestión y el seguimiento de los planes, programas locales de desarrollo y los programas sociales, a través de decisiones informadas, tal como lo refiere Espejo et al (2012).

3.3.3 OBJETIVOS DEL MODELO DE GESTIÓN

a) Propósito

Contribuir al desarrollo integral de la población de los distritos de Monsefú y Santa Rosa al año 2030 sobre la base del incremento de su desarrollo humano y disminución de la vulnerabilidad ante la desnutrición crónica infantil.

b) Objetivo

Reducir la tasa de desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años de la zona de estudio distritos de Monsefú y Santa Rosa al año 2021 a la mitad (50%) de su incidencia actual

3.3.4 COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN

Para lograr la reducción de la desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años de los distritos de Monsefú y Santa Rosa, se requiere aplicar el presente modelo, diseñado sobre la base de las variables estudiadas en la situación problemática, el mismo que define desarrollar los siguientes componentes temáticos:

1. Gestión territorial articulada,

2. Desarrollo de la institucionalidad local
3. Salud y nutrición
4. Saneamiento básico,
5. Capacitación, y
6. Sensibilización y cambios de comportamiento.

Cada uno de estos componentes, se sustentan en el desarrollo de elementos de componente o grandes actividades, que se definieron producto del análisis de la situación problemática estudiada en el ámbito de estudio y que a su vez orientan el diseño de propuestas para solucionarla; proponiéndose la aplicación de estrategias y acciones claves, tal como se describen a continuación:

GRÁFICA N°11
MODELO PARA REDUCIR LA
DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN LOS
DISTRITOS DE MONSEFU SANTA ROSA



A. Componente: Gestión territorial articulada

La gestión del territorio es una competencia municipal establecido por la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, que precisa que “los gobiernos locales son entidades básicas de la organización territorial del Estado”; son promotores del “desarrollo integral, para viabilizar el crecimiento económico, la justicia social y la sostenibilidad ambiental, así como responsables de la planeación local, el mismo que debe ser integral, permanente y participativo, articulando a las municipalidades con sus vecinos. En dicho proceso se establecen las políticas públicas de nivel local, teniendo en cuenta las competencias y funciones específicas exclusivas y compartidas.

La gestión del territorio es fundamental para promover un desarrollo local sostenible y debe ser concebido como un proceso que involucra la participación activa de los actores públicos y de la sociedad civil, para un manejo ordenado, planificado, sostenible y eficiente de los recursos, articulando a los diferentes niveles de gobierno (nacional, regional y local). Esto genera un entorno propicio para la incidencia en políticas públicas, financiamiento y mejoras en la calidad de la prestación de los servicios públicos, como el caso de la lucha contra la desnutrición crónica; permite el crecimiento de la comunidad, ya que ella no puede desarrollarse y combatir la desnutrición infantil solo por sus propios medios, sino que necesita también de nuevos recursos, fortalecimiento de sus capacidades e ideas. En este sentido el modelo fortalecerá la gestión local —entendida como la promoción de un tejido social en el que las organizaciones de base y las instituciones locales interactúan para conseguir objetivos comunes— como la base sobre la que se sostendrá el desarrollo comunal (de abajo hacia arriba).

El desarrollo de este componente, concuerda con lo referido por Espejo et al (2012); Ricse (2012); Vásquez (2010); MINDES (2005), CARITAS (2007 y 2011), Beltrán y Seinfeld (2009); IGGP-USMP (2014), que refieren abordar de manera simultánea los factores causales del problema, con intervenciones articuladas e integrales de las entidades que conforman el gobierno nacional, regional y local (multisectoriales) y el liderazgo del gobierno local; también con Mendoza y García (2006) que plantea mejorar el gasto social invirtiendo en

capital humano, educación, salud y nutrición; y con Alcazar (2007) que plantean superar la ineficiencia de los procesos de planeamiento en las intervenciones estatales, en especial la planificación operativa conjunta a favor de la lucha contra la desnutrición, ejecución de lo programado, desarrollo del monitoreo y evaluación de los programas alimentarios nutricionales,, así como la información y comunicación.

Teniendo en cuenta lo antes expresado el presente componente propone trabajar los siguientes elementos o grandes actividades, con sus respectivas estrategias y acciones o actividades claves:

A.1 Liderazgo Local fortalecido para articular

Estrategia A.1.1: Promover y materializar la declaratoria de interés para erradicar la desnutrición crónica infantil con participación inter sectorial e inter institucional, liderado por el Gobierno Local distrital.

Para lo cual se debe concretar las siguientes actividades o acciones claves:

- Formación de un comité impulsor para reducir la desnutrición crónica infantil a nivel de distrito.

Los actores involucrados, para esta actividad son: Municipalidad Distrital e instituciones públicas y de la sociedad civil interesadas por resolver la problemática.

- Gestión de una Ordenanza Municipal que declara de interés público la reducción de la desnutrición crónica del distrito y la ejecución de un plan de acción en el marco del Plan de Desarrollo Concertado Local.

Los actores involucrados de la actividad son: Municipalidad Distrital y el Comité Impulsor distrital conformado por representantes de instituciones públicas y de la sociedad civil.

A.2 Planificación participativa e inclusiva

Estrategia A.2.1: Actualización del Plan Concertado Local con participación de actores sociales que incorporan objetivos, política, estrategia y metas para reducir la desnutrición crónica infantil en el distrito.

Para lo cual se debe concretar las siguientes actividades o acciones claves:

- Actualización de indicadores de base sobre la desnutrición crónica Infantil.
- Implementación del uso del instrumento Tecnología Decisiones Informadas (TDI) del MINSA, para monitoreo de indicadores nutricionales y determinantes
- Actualización o reformulación del Plan Concertado Local distrital con horizonte año 2021 y 2030

Los Actores involucrados para todas estas acciones son: Municipalidad Distrital, Establecimiento de Salud representante de GERESA, Unidad de Gestión, Educativa de Provincia de Chiclayo, Programa de Vaso de Leche, Programa Alimentario Escolar Qali Warma, Programa Cuna Mas, Programa Articulado nutricional, Programa Comedores Populares, EPSEL S. A. y Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento Rurales (JAAS).

A.3 Gestión institucional en base a resultados

Estrategia A.3.1: Mejorar la gestión institucional articulando la programación presupuestal con la planificación operativa que incluya actividades y proyectos orientados a la reducción de la desnutrición crónica infantil.

Para esto se debe concretar las siguientes actividades o acciones claves:

- Creación de una actividad presupuestal en la Municipalidad Distrital orientada a reducir la desnutrición crónica de niños (as) en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal –PI²⁰ (Ley N° 29332 y modificatorias).
- Elaboración, aprobación y ejecución de una actividad /proyecto para mejorar y ampliar la provisión de agua de consumo humano en zona rural.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Comité de Coordinación Multisectorial Para reducir la desnutrición crónica Infantil.

A.4 Coordinación y concertación intersectorial

Estrategia A.4.1: Promover y crear un espacio intersectorial con funciones de coordinación, concertación, organización y evaluación de las acciones que intervienen para reducir la desnutrición crónica infantil a nivel local.

Las actividades o acciones claves deben ser:

- Organizar Comité de Coordinación y Concertación Multisectorial Para Reducir la Desnutrición Crónica Infantil, cuyo consejo directivo es reconocido por decreto municipal.

Actores claves involucrados son:

Municipalidad Distrital, Establecimiento de Salud representante de GERESA, Unidad de Gestión Educativa de Provincia de Chiclayo Programa de Vaso de Leche, Programa Alimentario Escolar Quali Warma, Programa Cuna Mas, Programa Articulado nutricional, Programa Comedores Populares, EPSEL S. A., Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento Rurales (JASS).

- Implementar la intervención coordinada de los programas alimentarios nutricionales y demás programas sociales que intervienen en el ámbito distrital, orientándolos a contribuir en la meta de reducción de la desnutrición crónica infantil.

Los actores Involucrados son: Comité Multisectorial, Municipalidad Distrital, Programas Vaso de Leche, Programa Articulado Nacional, Programa Comedor Popular, Programa Cuna Mas, Programa Qali Warma.

A.5. Intervención integrada de involucrados

Estrategia A.5.1: Promover las intervenciones integradas de los actores involucrados en la lucha contra la desnutrición.

Para ello la actividad o acción clave es:

- Ejecución de prestaciones de salud y alimentación para los niños menores de 5 años en cantidad, calidad, consistencia y oportunos.

Los Actores Claves involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de salud, Programa Vaso de Leche, Programa Articulado Nutricional (PAN), Programa Comedor Popular, Programa Cuna Más, Programa Qali Warma

Estrategia A.5.2: Normar la focalización de la actuación de los programas alimentarios nutricionales y sociales en el área rural y periurbana, garantizando la inclusión de población infantil de lugares con mayor incidencia en desnutrición crónica infantil.

Las actividades o acciones claves son:

- Elaboración y aplicación de un solo sistemas de focalización local que debe ser aplicado por los diferentes programas sociales bajo el liderazgo de la Municipalidad Distrital.

Actores Claves involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de salud, Programa Vaso de Leche, Programa Articulado Nutricional (PAN), Programa Comedor Popular, Programa Cuna Mas, Programa Qali Warma.

Estrategia A.5.3: Intervención focalizada e integrada de los proyectos/programas de salud nutricional y programas alimentario nutricionales mediante la aplicación de un solo instrumento de focalización de programas sociales.

Las actividades o acciones claves son:

- Reuniones de trabajo anual entre programas para la identificación y priorización de acciones en grupos metas de población desatendida y con prevalencia de desnutrición crónica infantil, utilizando un único instrumento de focalización.

Actores claves: Municipalidad Distrital, Programas sociales alimentario nutricionales y Establecimientos de salud de GERESA.

- Reuniones de coordinación y articulación de acciones concertadas de los programas en lugares donde se coincida la intervención de varios programas sociales.

Actores claves: Municipalidad Distrital, Programas sociales alimentario nutricionales y Establecimientos de salud de GERESA.

B. Componente: Desarrollo de la institucionalidad local

De acuerdo a la problemática analizada se requiere fortalecer el liderazgo, la cohesión social y la capacidad de gestión de las instituciones que representan a la sociedad civil para que este en capacidad de interactuar con las instituciones públicas y privadas. Ello conllevará a generar autonomía a las instituciones locales del distrito para plasmar acuerdos y compromisos con las

municipalidades del distrito o provincia, así como tener acceso a financiamientos en los procesos de planificación presupuestal participativa, y tener activa participación en el Consejos de Coordinación Local (CCL) correspondiente. También conlleva a que las asociaciones participen en los espacios de concertación y de vigilancia social, que fortalecerán sus vínculos con la comunidad y con otras instituciones; a través de estos espacios las instituciones pueden tener voz y voto en el presupuesto participativo y hacer seguimiento a los proyectos, acuerdos de gestión y a los programas sociales del Estado.

Por otro lado también, la población beneficiaria de los servicios públicos cuando está organizada a través de asociaciones, le permite fortalecer vínculos con las instituciones proveedoras de servicios, por ejemplo con Gerencia Regional de Salud, pudiendo lograr que el personal de los Establecimientos de Salud brinde capacitaciones y acompañamiento continuo y sostenible a actores claves como: agentes comunitarios de salud, mujeres líderes, JASS, Comités o Asociaciones de padres de familia, etc. en concertación con la Municipalidad.

Otro vínculo que debemos resaltar con el desarrollo institucional es con la Municipalidad, a través de lo cual se puede obtener la asistencia técnica requerida a las JASS (existentes y por formarse) y se provean de los servicios de agua apta para consumo humano y saneamiento básico a la población, en concertación con los establecimientos de salud correspondiente.

Lo propuesto en este componente de desarrollo de la institucionalidad local, concuerda con Salcedo y Lora (2005) quien considera al factor institucionalidad como importante en la política social de seguridad alimentaria, para garantizar su efectividad y eficacia, el diseño y puesta en marcha de un sistema integral debe contar con la participación de un conjunto de instituciones y la realización de acciones coordinadas.

Por ello el componente propone trabajar en:

B.1 Fortalecimiento institucional local

Estrategia B.1.1: Promover y desarrollar mecanismos para fortalecer la institucionalidad local, en especial de las organizaciones beneficiarias de programas sociales.

Las actividades o acciones claves son:

- Promover la organización y formalización como asociaciones de los Agentes Comunitarios de Salud, Mujeres Líderes, Mujeres Agricultoras Locales.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud de GERESA, Comisión de Regantes Sub sector de riego.

- Fortalecer a las organizaciones claves que representan a la sociedad civil como al Consejo de Coordinación Local, Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza, Comités de Vaso de Leche, Comités Escolares Alimentación, APAFAS y otras instituciones estratégicas para la gestión del modelo.

Actores involucrados: Consejo de Coordinación Local, Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza, Comités de Vaso de Leche, Comités Escolares Alimentación, APAFAS, Comedores Populares, etc.

- Elaborar y aplicar base datos de pacientes desnutridos para garantizar su atención sanitaria, monitoreo y evaluación

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud

- Aplicación de plan de sensibilización y capacitación a comités de beneficiarios y promotores comunales, y demás instituciones locales.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud, Programa Qali Warma, Programa Cuna Mas, UGEL Chiclayo, JASS, Red de Promotoras de Salud, Asociación de Mujeres líderes, etc.

B.2 Participación de beneficiarios

Estrategia B.2.1: Promover un adecuado proceso de motivación para elevar el nivel de participación de los beneficiarios de programas sociales alimentarios nutricionales, teniendo en cuenta su cultura, costumbres y situación socio económica.

Las actividades o acciones claves son:

- Formulación y ejecución de una estrategia (programa/plan) participativo de fortalecimiento del rol de beneficiarios de los programas sociales y de salud nutricional en el marco del plan estratégico comunicacional de lucha contra la desnutrición.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud, Programa Qali Warma, Programa Cuna Mas

B.3 Vigilancia social de la calidad de servicios

Estrategia B.3. 1: Promover mecanismos de transparencia y rendición de cuentas de las actividades/proyectos/programas de intervención para la reducción de la desnutrición crónica infantil y fortalecer la vigilancia social en la calidad de los servicios.

Las actividades o acciones claves son:

- Realización de asambleas públicas anuales de rendición de cuentas de la inversión, productos y resultados sobre las intervenciones de programas alimentarios nutricionales y no nutricionales y su contribución a la reducción de la desnutrición crónica infantil.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud, Programa Qali Warma, Programa Cuna Mas

- Difusión de actividades y logros o metas operativas a través de medios masivos.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud, Programa Qali Warma, Programa Cuna Más.

C. Componente salud y nutrición

Un primer paso será ampliar las capacidades institucionales (personal, materiales y equipos) y otras, que generen condiciones para la mejora y ampliación de la atención de la salud nutricional, ello conllevará a que la prestación de los servicios se vaya integrando en forma progresiva de acuerdo a las necesidades de cada ámbito de acción de los establecimientos de salud. Cada prestación debe integrarse a las otras hasta completar el conjunto de prestaciones que la comunidad, la familia, el menor de 5 años y la gestante debe recibir de acuerdo con su etapa de desarrollo, coincidiéndose con lo referido por Espejo et al (2012).

Así mismo, se concuerda que las prestaciones de salud en el ámbito familiar, deben estar orientadas a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional para satisfacer las demandas nutricionales de los niños y niñas, pero éstas deben estar vinculadas con el abastecimiento de agua para su consumo seguro y el buen uso de los productos agropecuarios que son fuente proteica, especialmente en la zona rural, así como al saneamiento e higiene de su hogar para disminuir los riesgos de enfermedades diarreicas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA). Para este componente, los Agentes Comunitarios de Salud y las Mujeres Líderes son claves para orientar y brindar la educación a la población objetivo, promoviendo la utilización de productos de la zona y material educativo adecuado a sus costumbres y cultura, a las madres, los padres, cuidadores de menores y miembros del hogar; y éstos a su vez, brinden las atenciones de salud y nutrición, el cuidado y afecto a sus niños y niñas y gestantes. A estas prestaciones a las familias deben integrarse EPSEL S.A. con su “Programa Educación Sanitarias” y las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento (JASS). Todo ello debe formar parte de la promoción de la salud local.

Para ello, resulta necesario fortalecer la programación presupuestal en base a resultados, mejorando la gestión de recursos asignados a las municipalidades, y

optimizando los que maneja los establecimientos de salud del ámbito para disminuir la desnutrición infantil a nivel distrital. Para ello, los recursos municipales, según competencia, deben ser orientados a mejorar los servicios básicos (agua y saneamiento y atención en salud y nutrición), la seguridad alimentaria, el desarrollo de proyectos y programas sociales, entre otros, de manera integral, integrada y sostenible.

En cuanto a la educación y las orientaciones técnicas que se brinde tiene que estar integradas en módulos educativos de manera progresiva, en concertación entre las JASS, Agentes Comunitarios de Salud, Mujeres Líderes y productores agropecuarios modelos; con el acompañamiento del personal de las instituciones prestadoras de estos servicios (servicios de salud, agricultura, la Municipalidad y las instituciones no gubernamentales locales).

El desarrollo de este componente, concuerda con lo referido por Espejo et al (2012), Salcedo y Lora (2005), Ricse (2012), Gómez y La Serna (2005); MIMDES (2005) hoy MIDIS, CARITAS (2011) quienes consideran como condicionantes de la desnutrición crónica el acceso a la salud básica de las personas, por lo que deben desarrollarse programas que incluyan atención integral de salud con acciones de control nutricional, estimulación temprana, capacitación a madres y escolares para la mejora de prácticas de higiene y alimentación; también con Vásquez (2006) que considera importantes a los programas de alimentación-nutrición por cumplir doble función: aliviar la pobreza al mejorar la calidad de vida de los desnutridos y a reducir la pobreza por tener claro vínculo con la buena alimentación y buena salud; y con Ricse (2012) al proponer producto de cortas experiencias exitosas ejecutadas Cajamarca, Apurímac, Cuzco y Loreto que se debe proponer intervenciones educativas con adecuación socio cultural.

De acuerdo a lo antes descrito, el componente salud y nutrición considera que las grandes actividades o elementos claves y estrategias a desarrollar son:

C.1 Desarrollar las capacidades para la mejora de la atención.

Estrategia C.1. 1: Aplicación de adecuada política de gestión de personal que incluya capacitación, incentivos y motivación a labor del trabajador público involucrado

Las actividades o acciones claves son:

- Plan de incentivos a la labor destacada del trabajador público que destaca en las labores de los programas sociales y de la salud nutricional.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud, Programa Qali Warma, Programa Cuna Más.

- Promover el Involucramiento de funcionarios y trabajadores públicos en el desarrollo de la salud nutricional distrital.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud, Programa Qali Warma, Programa Cuna Más.

- Implementación de programa de becas de capacitación.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud

Estrategia C.1.2: Implementación de los establecimientos de salud para ampliar la atención de salud nutricional del distrito priorizando los de zona rural y periurbana.

Las actividades o acciones claves son:

- Fortalecer la implementación de los recursos humanos, materiales y equipamentales para mejorar resultados en las actividades del programa articulado nutricional y demás programas complementarios que se implementen.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud

Estrategia C.1.3: Integrar las prestaciones de los servicios de salud infantil en el ámbito.

Las actividades o acciones claves son:

- Intensificar controles de crecimiento y desarrollo (CRED, inmunizaciones, control peso y talla, estimulación temprana, multimacronutrientes, consejería nutricional

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud

- Mejorar la focalización del Seguro Integral de salud (SIS) y la atención sanitaria.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud

- Implementar un paquete integral de salud nutricional para las madres gestantes

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud.

Estrategia C.1.4: Desarrollar competencias técnico profesional en el campo de la salud nutricional al personal encargado de los programas alimentarios nutricionales.

Las actividades o acciones claves son:

- Desarrollar capacidades en el personal técnico profesional que trabaja en los programas alimentario nutricional para el acompañamiento a Madres/padres y mujeres líderes en su labor promotora.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital y Establecimientos de Salud.

Estrategia C.1.5: Organizar y desarrollar capacidades de los actores sociales que desarrollan labor promotora de la salud local.

Las actividades o acciones claves son:

- Desarrollar las capacidades de los promotores de salud local en tema de salud nutricional;
- Implementar la formación de Mujeres líderes promotoras (ML) de salud local en áreas rurales y urbanos marginales del distrito con capacidades para orientar y educar a las madres, padre o cuidadora del niño.
- Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimientos de Salud.

C.2 Gestión presupuestal en base a resultados

Estrategia C.2.1: Gestionar la ampliación y optimización de los recursos presupuestales del Programa Articulado Nutricional para los distritos de mayor incidencia en desnutrición crónica infantil en áreas críticas.

Las actividades o acciones claves son:

- Reformulación del presupuesto municipal distrital, incorporando actividades dentro del Programa presupuestal "Programa Articulado Nutricional".

Actores claves involucrados: Municipalidad Distrital (Monsefú y Santa Rosa)

Estrategia C.2.2: Mejoramiento de la gestión financiera y presupuestal en municipios para implementar el desarrollo de la salud nutricional en el distrito.

Las actividades o acciones claves son:

- Gestionar apoyo de la cooperación técnica internacional vía proyecto.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, fuentes cooperantes

- Programar y priorizar recursos presupuestales anuales para actividades del PAN a nivel de establecimientos para los distritos en priorizados en combatir la desnutrición crónica infantil.

Actores involucrados: Gerencia Regional de Salud y Establecimientos de Salud

C.3 Implementación logística sectorial

Estrategia C.3.1 Mejoramiento y simplificación de procesos del servicio logístico en municipios y GERESA en base a revisión y superación de trabas burocráticas que mejoren y dinamicen los procesos de adquisiciones de bienes y servicios que son soporte para el servicio público.

Las actividades o acciones claves son:

- Planes de adquisiciones mejorados y actualizados en Municipios y GERESA.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, GERESA.

- Procesos de adquisición de bienes y servicios dinamizados para las actividades de los programas alimentarios nutricionales en Municipios y GERESA.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, GERESA.

C.4 Educación sanitaria en escolares y población beneficiaria

Estrategia C.4.1: Ampliar las capacidades de los docentes de II. EE en temas de salud nutricional, priorizando a los del nivel inicial y primaria que conlleve a fortalecer el contenido y desarrollo de las sesiones de enseñanza aprendizaje, involucrando a los padres de familia y apoderados

Las actividades o acciones claves son:

- Ejecutar un plan participativo de capacitación a los docentes en temas de salud nutricional para la mejora de la enseñanza aprendizaje en Instituciones Educativas de Inicial y Primaria con participación de los establecimientos de salud de GERESA.

Actores involucrados: GERESA- Establecimientos del distrito, UGEL Chiclayo, APAFAS /Comités de Aula.

- Desarrollo de sesiones de trabajo con padres de familias a nivel de Comités de aula de centros educativos incorporando temas de salud nutricional.

Actores involucrados: GERESA- Establecimientos del distrito, UGEL Chiclayo, APAFAS/Comités de Aula.

C.5 Promoción de la salud

Estrategia C.5.1: Fortalecer el trabajo extramural para reducir la desnutrición crónica infantil a nivel distrital, priorizado las zonas con la más alta incidencia.

Las actividades o acciones claves son:

- Ampliación de horarios de atención en establecimiento de salud de menor categoría en base a resultados.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital y Establecimientos del distrito de GERESA

- Fortalecer el Plan de Trabajo de Promoción de la Salud, priorizando el servicio relacionado a la salud nutricional

Actores involucrados:

Establecimientos del distrito de GERESA

- Gestión del número adecuado de personal enfermero y nutricionistas para la ejecución de la promoción de la salud nutricional en función a resultados.

Actores involucrados:

Municipalidad Distrital y Establecimientos del distrito de GERESA

- Mejorar y ampliar los niveles de coordinación y articulación del Programa Articulado Nutricional con los programas alimentario nutricionales y no nutricionales, establecimientos de salud y Dirección de Programas Sociales de la Municipalidad distrital.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital y Establecimientos del distrito de GERESA.

C.6 Intervenciones efectivas

Estrategia C.6.1: Priorizar el cumplimiento de metas de las intervenciones que han demostrado ser efectivas para abordar el problema de la desnutrición crónica infantil (niños y niñas) en el ámbito.

Las actividades o acciones claves son:

- Desarrollar las mayores coberturas de metas en las acciones efectivas priorizadas:
 - Suplementación de Vitamina A en niños y niñas;
 - Suplementación de hierro y folatos;
 - Comunicación para el cambio de comportamientos para la mejora de la alimentación complementaria;
 - Extensión de agua y saneamiento básico;
 - Promoción de hábitos de higiene (lavado de manos, cuidados de la limpieza del hogar) entre los cuidadores del niño (a) (madres, padre, familiar, etc.);
 - Suplementación proteica, vitamínica y de micronutrientes a gestantes;
 - Promoción de la lactancia materna exclusiva;
 - Transferencia condicionada de efectivo (con educación sobre la nutrición).

Actores involucrados: Municipalidad Distrital y Establecimientos del distrito de GERESA.

D. Componente: Saneamiento

La implementación de este componente en la zona es crucial y demanda darle un tratamiento integral, para ello se considera integrar el modelo de Intervención Integral en Saneamiento Ambiental Básico propuesto por Cancino, Z. (2011) con el de Santolic²¹. La conjunción de ellas permite construir un enfoque integral y participativo para desarrollar intervenciones de saneamiento básico en las zonas rurales y generar cambios de comportamiento sanitario en la población, tal como lo propone Espejo et al (2012).

Este componente se puede implementar desde dos perspectivas a través del marco legal vigente, una conformada por intervenciones integrales a nivel

comunitario y la otra por intervenciones para el fortalecimiento de las capacidades del gobierno regional y los gobiernos locales.

Para el desarrollo de estas intervenciones, debe considerarse el rol protagónico de la comunidad y las familias, desde el inicio de la implementación. Pues ésta concretiza su rol con aporte de mano de obra no calificada y con material existente en la zona, así como con la organización de los usuarios en las JASS para la gestión del saneamiento ambiental básico rural. Su aporte debe merecer el co-financiado del Gobierno Regional y/o la Municipalidad local, la cooperación técnica, etc.

Esta propuesta de componente, concuerda con lo referido por Riese (2012); Beltran y Seinfeld (2009); Vasquez et al (2010) al considerar a los programas de agua y saneamiento básico como una de las medidas claves para abordar la incidencia de la desnutrición crónica infantil, por ser causa subyacente del problema nutricional; y con Gomez y La Serna (2005); Salcedo y Lora (2005) que afirma que mejorar el acceso y la calidad de agua y desagüe en zonas rurales es una acción para responder a la problemática nutricional, ya que la falta de éstas generan enfermedades que impactan en la nutrición .

Para el desarrollo del componente, se considera ejecutar los elementos o grandes actividades, estrategias y acciones claves siguientes:

D.1 Ampliación del acceso y mejora de calidad del agua

Estrategia D.1.1: Mejorar y ampliar la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano por parte de GERESA-

Las actividades o acciones claves son:

- Programa de comunidades saludables implementadas y activas.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Centros de Salud de la GERESA- *Dirección de Salud Ambiental*.

Estrategia D.1.2: Promover masivamente el tratamiento de las aguas de consumo humano en las zonas rurales y periurbanas que no son atendidos por EPSEL S.A. con participación de las JAAS rurales del distrito.

Las actividades o acciones claves son:

- Promoción, organización e implementación de las JAAS rurales a nivel distrital para dar agua segura a la población.

Actores involucrados: EPSEL, Municipalidad Distrital, JASS

- Ejecución del Plan de Desarrollo de capacidades de las JASS en tratamiento y uso del agua para consumo humano.

Actores involucrados: GERESA- Establecimientos del distrito, JAAS organizadas.

D.2 Infraestructura de agua y alcantarillado

Estrategia D.2.1: Priorizar un plan de construcción, ampliación y renovación de los sistemas de agua y alcantarillado en el distrito para el corto y mediano plazo, considerando procesos de cofinanciamiento entre la comunidad y gobierno local, donde los expedientes técnicos de obra recojan los aportes y necesidades de mejora de la calidad de agua y saneamiento de la población, vinculándolos con las condiciones ambientales de la vivienda.

Las actividades o acciones claves son:

- Priorizar la ejecución de proyectos de renovación y ampliación del sistema de agua y alcantarillado del distrito.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, EPSEL, Comité de beneficiarios (Pro construcción/renovación).

Estrategia D.2.2: Mejora del saneamiento básico rural promoviendo y gestionando la ejecución de programa de letrinas y eliminación de excretas para la zona rural del distrito.

Las actividades o acciones claves son:

- Gestión de programa de letrinas y eliminación de excretas en zona rural.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, JAAS

- Ampliación del sistema de alcantarillado con mejora de la planta de tratamiento de aguas servidas en el distrito de Santa Rosa y Monsefú.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Dirección Ejecutiva de Vivienda - GRL, GERESA- Establecimientos del distrito.

Estrategia D.2.3: Desarrollo de acciones de promoción y educación sanitaria en los beneficiarios de cada uno de los proyectos de saneamiento que se ejecuten tanto en el área urbana como rural, articulándolos con las acciones del Programa de Educación Sanitaria ejecutado por EPSEL S.A.

Las actividades o acciones claves son:

- Campañas de promoción sanitaria nutricional, con la finalidad de garantizar que la comunidad haga suya el servicio de agua y saneamiento básico a dotar a través de los proyectos de saneamiento que se ejecutan, dándole un adecuado uso y mantenimiento y mejorando sus hábitos de higiene personal y ambiental.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, JASS

- Desarrollo de educación sanitaria a la comunidad beneficiaria para que interiorice colectivamente el impacto que genera en la salud de la población los malos hábitos de las excretas, uso de letrinas, lavado de

manos, manipulación de los alimentos, eliminación segura de residuos sólidos, etc.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, JASS, establecimientos de salud de GERESA.

- Capacitación en la gestión de las JASS para garantizar que ésta sea participativa y sostenible en la administración de los sistemas de agua potable y alcantarillado rurales, la cual debe incluir el desarrollo de capacidades para elaborar plan de trabajo, operación y mantenimiento de dichos sistemas.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, JASS, Dirección Ejecutiva de Vivienda – GR Lambayeque.

E. Capacitación de actores claves

Para este componente se debe ejecutar un plan de desarrollo de las capacidades del personal de las instituciones que operan los diversos programas relacionados con el desarrollo de la niñez y la salud nutricional de éstos, a los voluntarios comunales y autoridades, sobre la base de un análisis de necesidades de capacitación, en el que se pueda identificar y definir áreas de mejora de sus conocimientos y habilidades. La efectividad de las actividades de capacitación se evaluará a través de un pretest y un posttest en cada módulo brindado, así como también el cumplimiento de los compromisos asumidos por los participantes.

El desarrollo de las capacidades del personal de las instituciones locales como la Municipalidad Distrital, Establecimientos de salud de GERESA, Agencia agraria, espacios de concertación y otros deberán orientarse a mejorar su desempeño a través del manejo de ciclos de mejora continua de calidad, para que brinden un mejor servicio a la comunidad. Otro aspecto que contempla el modelo es el fortalecimiento de las habilidades del personal de las instituciones mencionadas, para que puedan capacitar a los voluntarios de la comunidad

(Agentes Comunitarios de Salud) y directivos de organizaciones de base involucrados (Comités de vaso de leche, Comités de Alimentación Escolar, Comités de Mujeres de los Comités de Regantes, Comités de Aulas, etc.). Para ello, se brindará capacitación (con diferentes contenidos y niveles de intensidad) sobre metodologías de educación para adultos, estrategias de salud y alimentación, seguridad alimentaria, normas y gestión de las municipalidades, metodología para el desarrollo y empoderamiento comunal.

Para el desarrollo de las capacidades de las familias, esta se realizará luego del fortalecimiento del personal de las instituciones, quienes a su vez capacitarán a los miembros voluntarios de la comunidad (Agentes Comunitarios de Salud, Comités de Vaso de Leche, Mujeres Líderes, Comités de Mujeres Usuarias de Comisiones de Regantes, JASS, etc.), para que éstas eduquen, orienten y acompañen a las familias en el cuidado de la salud y nutrición de los niños y niñas y gestantes, acompañados de una estrategia de comunicación y sensibilización para el cambio de comportamiento.

Luego, las familias recibirán en un tercer momento, la educación y el acompañamiento por parte de los voluntarios comunales capacitados; que serán reforzados con la generación de espacios de análisis y reflexión comunales, así como con programas de comunicación masiva (radios, concursos) y otras que formen parte de la estrategia comunicacional adoptada.

El presente componente, concuerda con la experiencia reportada por Martínez-Pérez (2013) en la región de Upper River, Gambia, al referir que para realizar un abordaje más efectivo en la desnutrición infantil, se debe potenciar la capacitación de los actores del nivel micro de actuación; También concuerda con Salcedo (2005) que considera necesario la utilización de instrumentos de política dirigidos a la educación nutricional; con Gomez y La Serna (2005); al indicar que la mayor educación, en especial de ambos padres, facilita la adopción de nuevas practica y hábitos de vida que en su conjunto tiene efectos positivos en la nutrición infantil; con MIDIS (2012) y Vásquez et al (2010) que refieren que las madres mejor educadas **pueden** ser capaces de hacer un mejor uso de la información disponible acerca de la desnutrición infantil y la salud; y que los

hijos de madres sin educación son más afectados por la desnutrición. Así mismo, concuerda con MIDIS al señalar que las municipalidades y los programas sociales relacionados a combatir el flagelo de la desnutrición infantil, requieren innovación en su gestión para que puedan responder a las necesidades de que atiende (funcionalidad de los servicios).

En tal sentido, se considera desarrollar para este componente las siguientes grandes actividades, estrategias y acciones claves siguientes:

E.1 Capacitación en roles y competencias a involucrados

Estrategia E.1.1: Diseñar e implementar un proceso de desarrollo de capacidades para la reducción de la desnutrición crónica infantil que involucre a autoridades, instituciones operadoras de los programas alimentario nutricionales locales, promotores voluntarios, líderes y familias beneficiarias.

Las actividades o acciones claves son:

- Ejecutar plan participativo de desarrollo de capacidades para reducir la desnutrición crónica infantil distrital para personal operativo, promotores y beneficiarios.

Actores involucrados: GERESA-Establecimiento de salud, Municipalidad Distrital (Trabajadores y funcionarios), Organismo Cooperante, Comités de JAAS.

- Formación de Mujeres líderes que acompañan, orientan y educan a padres para corregir y evitar los niveles actuales de desnutrición crónica en niños y niñas

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, GERESA-Establecimientos del distrito

- Fortalecimiento de capacidades de personal de instituciones públicas y privadas para el apoyo de actividades efectivas para reducir la desnutrición crónica en niños y niñas.

Actores involucrados: Agentes comunales de salud, mujeres líderes, JASS, Municipalidad, Directivos de Comités de Vaso de Leche, Comité de Mujeres de Comisiones de Regantes.

- Fortalecer las capacidades de las familias hasta el nivel de hogares con el propósito de participar en las actividades efectivas para la reducción de la desnutrición crónica de niños (as).

Actores involucrados: Agentes comunales de salud, mujeres líderes, JASS, Directivos de Comités de Vaso de Leche y de Comedores Populares.

F. Sensibilización y cambios de comportamiento

El modelo también contempla la necesidad de generar conciencia y conocimiento en los actores involucrados y población en general sobre la problemática nutricional que vive gran porcentaje de la población infantil, y que afecta el futuro de la quinta parte de niños y niñas menores de cinco años del ámbito de estudio. Para ello será necesario que a través de una estrategia de comunicación y sensibilización la población (o incluso una persona) debe tomar conocimiento del tema nutricional en el distrito y apropiarse de él, primero siendo consciente de su característica actual, la problemática que hay detrás de ello y como se podría actuar al respecto para reducir los actuales niveles de desnutrición crónica infantil.

Para ello, se requiere que todo el proceso de ejecución del modelo adoptado debe estar acompañado con acciones de sensibilización y motivación a los diversos actores y población para cambiar los hábitos actuales en salud y

nutrición, que contrarrestan la buena salud nutricional de niños y niñas del ámbito.

Lo propuesto en este componente, concuerda con Salcedo (2005) que considera en la educación nutricional, la inocuidad de los alimentos, la generalización de prácticas de preparación y consumo de alimentos con potencial nutricional y revalorización de los patrones de consumo local con alto valor nutricional, la implementación de programas efectivos de información y comunicación. Así mismo, con los resultados obtenidos por CARITAS (2011) en el proyecto Ally Micuy 2007-2011, para mejorar el estado de salud y nutrición de los niños menores de 3 años en 11 comunidades de Ancash con la eficacia de la implementación de actividades de promoción y comunicación fundamentadas en el Enfoque de Promoción Comunitaria del Crecimiento y Desarrollo Infantil, a cargo de Educadoras Comunes en Nutrición (ECN).

Para ello el componente considera, desarrollar las siguientes grandes actividades y estrategias:

F.1 Incidencia contra la desnutrición crónica infantil

Estrategia F.1.1: Impulsar un proceso de incidencia política local y regional con la finalidad de posicionar el tema de la desnutrición crónica infantil y la salud nutricional en la agenda política de partidos y movimientos políticos locales y regionales, y en las autoridades municipales y autoridades políticas de turno, de tal manera que se convierta en una política pública sostenida.

Las actividades o acciones claves son:

- Desarrollar incidencia política para el establecimiento y aplicación de una política regional orientada a reducir drásticamente la desnutrición crónica infantil por parte del Gobierno Regional Lambayeque y la Gerencia Regional de Salud Lambayeque; dentro de la cual se priorizará la gestión (formulación, aprobación y ejecución) de proyectos orientados a la salud, nutrición, agua y saneamiento, seguridad alimentaria.

Actores involucrados: Comité de Coordinación Multisectorial para reducir la desnutrición crónica infantil; Municipalidad distrital; Establecimientos de Salud de GERESA.

- Impulsar la Institucionalización a nivel distrital de los componentes del modelo local para reducir la desnutrición crónica infantil en la municipalidad distrital y en demás instituciones involucradas vía ordenanza municipal que hagan sostenible las acciones a ejecutar y se canalicen financiamiento.

Actores involucrados: Comité de Coordinación Multisectorial para reducir la desnutrición crónica infantil; Municipalidad distrital; Establecimientos de Salud de GERESA.

- Adecuación de la organización y función institucional para incorporar estrategias, productos y resultados orientados a la disminución del problema, en sus planes operativos y documentos de gestión.

Actores involucrados: Comité de Coordinación Multisectorial para reducir la desnutrición crónica infantil; Municipalidad distrital; Establecimientos de Salud de GERESA.

- Incidir para que el gobierno local correspondiente gestione (formule, apruebe y ejecute) proyectos orientados a la salud, nutrición, agua y saneamiento, seguridad alimentaria, priorizando las zonas de mayor incidencia de desnutrición crónica infantil.

Actores involucrados: Comité de Coordinación Multisectorial para reducir la desnutrición crónica infantil; Municipalidad distrital; Establecimientos de Salud de GERESA.

F.2 Cambios de comportamientos de actores

Estrategia F.2.1: Promover masivamente un cambio de actitudes de los decisores políticos, técnicos, líderes y beneficiarios a favor la reducción de la desnutrición crónica Infantil.

Las actividades o acciones claves son:

- Elaboración y ejecución de plan estratégico de sensibilización y capacitación para cambio y mejora de actitudes en la reducción de la desnutrición crónica infantil distrital, con aplicación de técnicas de la comunicación para el desarrollo local.

Actores involucrados: GERESA-Establecimiento de salud, Municipalidad Distrital (Trabajadores y funcionarios), Organismo Cooperante

- Desarrollar convenios interinstitucionales con los medios de comunicación social radial a nivel de empresa y programas de mayor sintonía en la localidad para la aplicación de las actividades comunicacionales durante el proceso de gestión.

Actores involucrados: GERESA-Establecimiento de salud, Municipalidad Distrital (Trabajadores y funcionarios), emisoras radiales y televisivos locales.

Estrategia F.2.2: Promover la participación masiva de los beneficiarios a favor la reducción de la desnutrición crónica Infantil

Las actividades o acciones claves son:

- Ejecutar plan/programas de marketing social para reducir la desnutrición crónica infantil en los segmentos poblacionales críticos, tanto urbanos como rurales.

Actores involucrados: Municipalidad Distrital, Establecimiento de Salud de GERESA, Organismo Cooperante, Beneficiarios (Comités de Vaso de Leche, Comedores Populares, Comités de Alimentación Escolar y Directivos de las JAAS).

Observar Matriz de Marco Lógico del Modelo de gestión (Tabla N° 21).

TABLA N° 21

**MARCO LÓGICO DEL MODELO DE GESTIÓN PARA REDUCIR LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y
SANTA ROSA**

Jerarquía	Resumen de Objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	Contribuir al desarrollo integral de la población de los distritos de Monsefú y Santa Rosa al año 2030 sobre la base del incremento de su desarrollo humano y disminución de la vulnerabilidad ante la desnutrición crónica infantil.			
Propósito (objetivo)	Reducir la tasa de desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años de Monsefú y Santa Rosa al año 2021 a la mitad de su incidencia actual	Tasa de desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años se ha reducido en un 50% de su incidencia actual en los Distritos de Monsefú y Santa Rosa.	Reporte anual de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque (Patrón de referencia OMS).	Existe voluntad política de las autoridades sectoriales.
Componentes/ Resultantes	A. Gestión territorial articulada	Declaración de interés y reconocimiento de comité multisectorial para la lucha contra la disminución de la desnutrición crónica infantil	- Ordenanza Municipal. - Plan de desarrollo concertado local actualizados	Se mantiene voluntad política de la autoridad municipal

	B. Desarrollo de la institucionalidad Local	Mesa de Concertación contra la desnutrición crónica infantil funcionando	Resolución Municipal que reconoce Mesa de Concertación e instituciones que la integran	Se mantiene voluntad política de la autoridad municipal e interés de actores sociales.
	C. Salud y Nutrición	95% de actividades del Plan local de salud nutricional son ejecutadas	Resolución de aprobación de titular de Microred de Salud e Informe de evaluación anual.	Programa Articulado Nutricional de Establecimientos de salud coordina y articula sus acciones con la ejecución del modelo
	D. Saneamiento	95% de las obras del Programa de saneamiento básico local ejecutados.	Programa de Inversión de Municipalidad Distrital	Autoridad Municipal, EPSEL y JASS priorizan y gestionan proyectos claves.
	E.Capacitación	95 % de actores claves identificados capacitados para la salud nutricional.	Resolución de aprobación de Municipalidad Distrital e Informe de sistematización	Disposición de actores identificados a participar de las capacitaciones
	F.Sensibilización y cambios de comportamiento	95% de los decisores políticos expresan cambios de conductas El 35% de familias identificadas asumen cambios de comportamiento en sus hogares sobre la nutrición infantil la gestión de la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de cinco años.	Encuesta a actores involucrados en la estrategia de sensibilización y comunicación	Se ejecuta estrategia comunicacional
Actividades	Componente /Resultante: A. Gestión territorial articulada			
	A1. Liderazgo local fortalecido para articular			
	A2. Planificación participativa e inclusiva			
	A3. Gestión institucional en base a resultados			
	A4. Coordinación y concertación intersectorial			
	A5. Intervención integrada de involucrados			
	Componente /Resultante: B. Desarrollo de la institucionalidad Local			
	B1. Fortalecimiento institucional local			
	B2. Participación de beneficiarios			
	B3. Vigilancia social de la calidad de servicios			

	Componente /Resultante C: Salud y Nutrición	
	C1. Desarrollo de capacidades del capital humano	
	C2. Gestión presupuestal en base a resultados	
	C3. Implementación logística sectorial	
	C4. Educación sanitaria en escolares y población beneficiaria	
	C.5 Promoción de la salud	
	C.6 Intervenciones efectivas	
	Componente /Resultante D: Saneamiento	
	D1. Ampliación del acceso y mejora de calidad del agua.	
	D2 Infraestructura de agua y alcantarillado	
	Componente /Resultante E: Capacitación	
	E1 Roles y competencias de involucrados	
	Componente /Resultante F: Sensibilización y cambios de comportamiento	
	F1. Incidencia contra la desnutrición crónica infantil	
	F2. Cambios de comportamientos de actores	

3.3.5 IDENTIFICACIÓN E INVOLUCRAMIENTO DE ACTORES FRENTE A LA PROBLEMÁTICA.

Conscientes que el problema de la desnutrición crónica infantil requiere de un tratamiento multisectorial, multidisciplinario e intergubernamental, la aplicación del modelo demanda de considerar dentro de su proceso una etapa de identificación de actores motrices, así como de resistencia al cambio que queremos generar con el presente modelo.

Para este proceso, la primera etapa consiste en crear la necesidad revertir la situación sobre la base del producto a lograr en el componente *A1 Liderazgo local fortalecido para articular* del presente modelo. Esto implica una tarea promotora y movilizadora de sectores sociales por parte del Comité Impulsor Para Reducir la Desnutrición Crónica Infantil, que debe conformarse a nivel de distrito, y para lo cual es necesario identificarlos y convocarlos.

Coincidiendo con Jurado et al (2005), otra labor concomitante en esta etapa es, también identificar los sectores adversos a los cambios de forma tal que se pueda

gestionar la resistencia al cambio. Además de determinar alianzas estratégicas... La única manera de lograr esta acción colectiva en forma exitosa consiste en el ejercicio de la concertación y en las alianzas estratégicas.

Metodología Del Mapeo De Actores

Tomando como referencia los Aportes a la Inclusión Social del Ministerio del Ambiente (MINAM-VMDEIN-DGOT, 2015), los objetivos para la identificación de los actores son: Tener una idea clara de quienes son los actores principales, y entender sus valores, creencias, problemas y actitudes hacia el proyecto.

La identificación de los actores también dará una buena comprensión de quien debe participar directamente en la planificación del proyecto.

Su mapeo se hace necesario para identificar en forma concreta los posibles actores con las que se vincularán, que tipo de relaciones se establecerá con ellos y cuál será el nivel de participación de cada uno de los actores.

Se plantea seguir los pasos siguientes:

Paso 1. Propuesta inicial de clasificación de actores.

Mediante una lluvia de ideas hacer un listado de los diferentes actores que tiene una influencia positiva o negativa en la propuesta de intervención. Luego clasificarlos por grupos de actores sociales, con la finalidad de hacer un reconocimiento de los actores más importantes que intervienen en la propuesta.

Se plantea, la siguiente clasificación de grupo de actores sociales:

Instituciones públicas, conformadas por las entidades de gobiernos centrales, regionales y locales y otros que se identifique.

Instituciones Privadas, conformadas por empresas privadas que puedan contribuir y/o participar en el proyecto.

Organizaciones sin fines de Lucro. Conformadas por las Organizaciones No Gubernamentales principalmente.

Organizaciones sociales, y otras que es necesario identificarlas.

Paso 2. Identificación de funciones y roles de cada actor

El actor es el conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta. El objetivo de este paso es reconocer las principales funciones de los actores sociales e institucionales en la propuesta de intervención; así como identificar las posibles acciones que podrían desarrollar los actores sociales e institucionales perfilando una red de alianzas interinstitucionales en relación con la propuesta de intervención.

Paso 3. Rol en el proyecto

Aquí se estudia las funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones. Los objetivos del análisis de los actores son:

Enumerar y caracterizar a los actores principales; entender sus papeles actuales, roles potenciales y responsabilidades; Entender sus intereses, preocupaciones, problemas y roles potenciales; y obtener las conclusiones para la planificación del proyecto.

En este paso hacemos un análisis de los actores siguiendo las dos siguientes categorías planteadas: i) relaciones predominantes y ii) niveles de poder. Con ello se busca realizar un análisis cualitativo de los diferentes actores de cara a los procesos participativos.

1. Relaciones predominantes: Se definen como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto), en la propuesta de intervención. Se considera los siguientes tres aspectos: 1.1 *A favor*: predomina las relaciones de confianza y colaboración mutua. 1.2 *Indeciso/indiferente*: Predomina las relaciones de afinidad, pero existe una mayor incidencia de las relaciones antagónicas. 1.3 *En contra*: el predominio de relaciones es de conflicto.
2. Jerarquización del poder: Se define como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones que se emprenda con la intervención. Se considera los siguientes niveles de poder. 2.1 *Alto*: predomina una alta influencia sobre los demás 2.2 *Medio*: La influencia es medianamente aceptada 2.3 *Bajo*: no hay influencia sobre los demás actores.

Paso 4: Relación Predominante

Definida como el estudio de las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto): 1. Favor; 2. Indiferente; y 3. En contra.

En este se elabora un cuadro de doble entrada en donde cada fila (eje vertical) esté determinada por los tres grados de poder que puede poseer cada actor (alto, medio, bajo) y cada columna (eje horizontal) este identificada por la posición de cada actor respecto a la propuesta de intervención (a favor, indiferentes y opuestos).

Paso 5: Jerarquización de su poder

Consiste en definir la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones: 1. Alto;

2. Medio; 3. Bajo.

Mediante la discusión entre los participantes, se procederá a la ubicación de cada actor identificado en el cuadro de acuerdo con su nivel de posición y grado de poder de tal manera de ir tejiendo el mapa de actores.

Paso 6: Reconocimiento de las relaciones sociales

El propósito es identificar y analizar el tipo de relaciones que puede existir entre los diferentes actores identificados, por ejemplo: relación fuerte de coordinación y trabajo conjunto, relación débil con poca o casi ninguna coordinación y relación de conflicto. Se plantea los siguientes niveles de relaciones sociales

- Relaciones débiles o puntuales
- Relaciones de conflicto o a fortalecer
- Relaciones de fuerte colaboración y coordinación

Vea propuesta de Matriz de Identificación de los principales actores en el ámbito de estudio (Tabla N° 22.)

TABLA N° 22:
IDENTIFICACION DE PRINCIPALES ACTORES

N°	Actor	Rol en el proceso de gestión	Intereses	Acciones, limitaciones y resultados que se vienen dando en la gestión	Jerarquización de su Poder
1	Municipalidad Distrital de Monsefú	Representar al vecindario y promueven la adecuada prestación de los servicios públicos locales y el desarrollo integral, sostenible y armónico de su circunscripción.	Generar el bienestar en la población de su jurisdicción, mediante la atención de servicios públicos y conducción de programas sociales.	Cuenta con un dirección de desarrollo social, no cuenta con equipo técnico suficiente para implementar política de desarrollo social	ALTA
2	Municipalidad Distrital de Santa Rosa	Representar al vecindario y promueven la adecuada prestación de los servicios públicos locales y el desarrollo integral, sostenible y armónico de su circunscripción.	Generar el bienestar en la población de su jurisdicción, mediante la prestación de servicios públicos y conducción de programas sociales	Cuenta con un dirección de desarrollo social, no cuenta con equipo técnico suficiente para implementar política de desarrollo social	ALTA
3	Unidad de Gestión Educativa (UGEL Chiclayo) Instituciones Educativas del nivel Inicial	Realiza la gestión de los servicios educativos de nivel inicial, primaria, secundaria y superior no universitaria, con criterios de interculturalidad orientados a potenciarla formación para el desarrollo.	Promover la calidad del sistema educativo regional como base del desarrollo.	Viene aplicando contenidos curriculares sobre alimentación y nutrición en la enseñanza aprendizaje; no cuenta con orientación técnica de GERESA para capacitación docente.	ALTA
4	Gerencia Regional de Salud (GERESA) Establecimientos de Salud: Monsefú, Santa Rosa, Callanca, Pómape y Valle Hermoso	Brinda la atención de las necesidades de salud con recurso humano competente y servicios de salud organizados, articulando diversos actores estratégicos, en concordancia con las prioridades regionales, que contribuya al desarrollo integral y sostenido de la Región Lambayeque.	Lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable.	Viene implementando el Programa Articulado Nutricional, pero con escasa coordinación y concertación con actores sociales. Escasa implementación logística y de recursos humanos en los establecimientos	ALTA
5	Gerencia Regional de Agricultura	Formula, propone, ejecuta, evalúa, dirige y controla los planes y políticas de la región en materia agraria,	Conducir el desarrollo agrario, con una producción agropecuaria	Brinda los servicios de información agraria actualizada, promoción agraria, pero desarticulados con los	MEDIO

		concordancia con la política nacional de seguridad alimentaria.	insertada en el mercado interno y externo.	sectores claves para la reducir la desnutrición crónica de la zona.	
6	Dirección de Vivienda y Saneamiento	Ejecuta programas de vivienda urbanos y rurales utilizando y promueve la existencia de las Juntas de Administración de Agua (JASS) para las zonas rurales.	Generar el bienestar de la población vulnerable, a través de la ejecución de programas de vivienda y saneamiento urbanos y rurales.	Se cuenta con un programa de vivienda e ejecución. No se cuenta con personal suficiente para la realización de actividades inherentes a la dirección.	MEDIO
7	Empresa de Servicios de Saneamiento(EPSEL)	Entidad prestadora de los servicios de Agua y Alcantarillado en los distritos de Monsefú y Santa Rosa	Utilización racional y con calidad del recurso hídrico para consumo humano	Cuenta con un Plan Optimizado de Agua y Saneamiento que involucra a proyectos de los distritos de Monsefú y Santa Rosa	BAJO
8	Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento (JASS)	Entidades que representan a centros poblados rurales demandantes del recurso agua y saneamiento.	Administrar los pequeños sistemas de agua que provee a las poblaciones rurales.	Están casi inactivas que requieren ser reactivadas para la mejora y ampliaciones de pequeños sistemas de agua y saneamiento.	BAJO
9	Programa de Alimentación Escolar Qali Warma	Entidad que brinda alimentos ricos, variados y nutritivos a niños y niñas de inicial y primaria de las escuelas públicas de todo el país, y de secundaria	Mejorar la atención en clases, la asistencia y la permanencia.	Intervienen en el área urbana y rural de los distritos de Monsefú y Santa Rosa, escasa coordinación con el Municipio, establecimientos de salud y otros.	MEDIO
10	Programa Cuna Más	Programa con un programa con modelo de Cogestión Estado – comunidad, dedicado a brindar capacitación y acompañamiento técnico en temas de salud, nutrición, prácticas de cuidado y aprendizaje infantil temprano	Lograr el desarrollo infantil temprano de niñas y niños menores de 3 años de edad en situación de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas.	Incrementar su intervención en la zona atendiendo a niños menores de 3 años	ALTO
11	Comités de Vaso de Leche	Representan a los beneficiarios del Vaso de Leche, su función es organizar, coordinar y ejecutar la	Contar con la ración de alimentos para los niños beneficiarios	Existe organización con asistencia de las municipalidades distritales; pero estas no tienen fuerte participación en las decisiones, carecen de	MEDIO

		implementación del programa en sus fases de selección de beneficiarios, programación, distribución, supervisión y evaluación.		implementación, desarrollo de capacidades y para cumplir su misión de acuerdo a Ley.	
11	Comités de Alimentación Escolar (CAE) en instituciones educativas de inicial	Representan a los beneficiarios del Programa Qali Warma, acompañan y vigilan en forma permanente el cumplimiento y buen desarrollo de las actividades del programa.	Participan en la distribución de las raciones cuando se proveen preparados y en la preparación de alimentos	Escasa participación en la evaluación del funcionamiento del funcionamiento del programa.	MEDIO
12	Asociaciones de Padres de Familia de II. EE. Inicial.	Representan a los padres de la población escolar, apoyan el funcionamiento de programas sociales y el desarrollo de las sesiones de aprendizaje y demanda de mejora del servicio educativo	Formación educativa de sus hijos demandando calidad del servicio	Participan acompañando a las tareas de los hijos; por razones de trabajo y culturales no participan activamente en la organización.	MEDIO
13	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	Formación Profesional, Investigación y proyección social.	Convertirse en una institución educativa líder en la macro región norte.	Apoyan actividades para el desarrollo local, pero cuentan limitada participación en la toma de decisiones públicas y los procesos de desarrollo.	MEDIO
14	Asociación Nacional de Periodistas del Perú – Filial Monsefú	Contribuyen con la difusión y promoción de actividades de desarrollo local de Monsefú y Santa Rosa, mediante los medios radiales que funcionan en distrito de Monsefú.	Contar con material informativo para el desarrollo de sus programas periodísticos y políticos.	Reclaman el usos de herramientas de gestión territorial para el desarrollo a nivel de región u municipalidades	ALTO

3.3.6 IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN

El proceso de implementación del modelo en el marco del planeamiento estratégico es una fase crucial; y comprende la ejecución o puesta en operación del conjunto de las estrategias y acciones claves con el propósito de lograr los cambios planteados. En concordancia Bobadilla, Percy et al (2006) y Jurado, Noel et al (2005) se debe considerar los siguientes aspectos fundamentales:

- a) La gestión administrativa financiera: referida a la gestión de los recursos humanos, materiales, financieros, planificación de las actividades y metas.
- b) La ejecución programática: referida al desarrollo de las actividades o acciones claves definidas y planificadas (capacitación, asistencia técnica sanitaria, apoyo a las organizaciones, sensibilización y otras).
- c) Definición de una estructura orgánica y procedimientos claros, tanto administrativos – financieros como programáticos para la gestión eficiente y eficaz de proyecto.

Esto debe garantizar las condiciones de organización para el trabajo y definición de cargos, roles y normas para implementar los procesos requeridos por el modelo. La organización debe favorecer el trabajo en equipo y el ajuste mutuo como mecanismo de coordinación, ya que los procesos de trabajo exigen información y colaboración continua de todos los miembros de la organización involucrados en la implementación del modelo, tal como lo refiere Espejo A., Luis et al (2012).

Propuesta de estructura organizacional básica para la gestión del modelo para reducir la desnutrición crónica infantil

A través de las Tablas N°23 y Gráfica N° 12, se describe una propuesta de Estructura Organizacional Básica para la ejecución del modelo propuesto:

TABLA N° 23
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA GESTIÓN DEL MODELO
PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL DISTRITAL

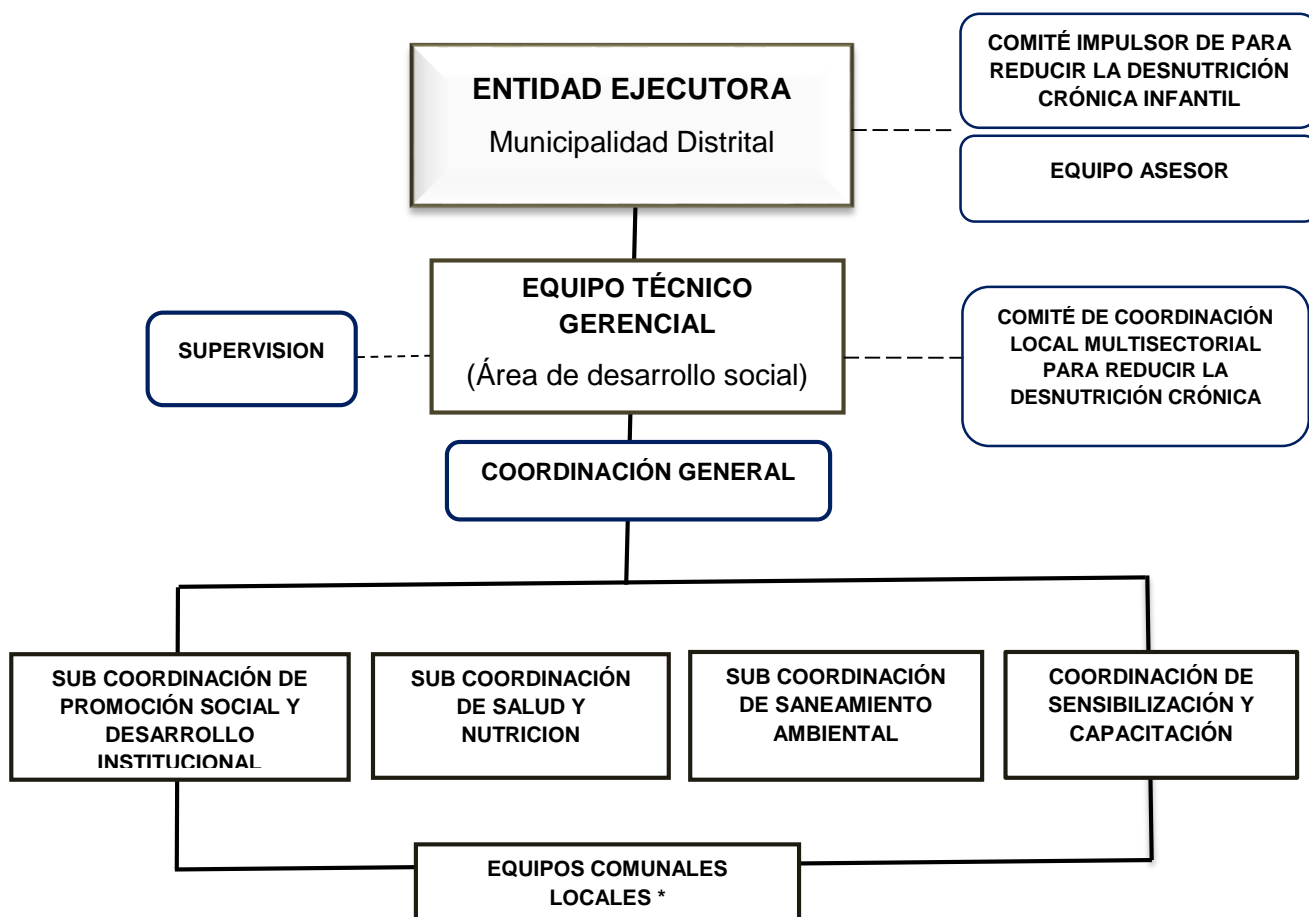
ENTIDAD	FUNCIÓN	ROL	COMPOSICIÓN
Entidad Ejecutora	Responsable de Liderar el proceso de Gestión del Modelo Para Reducir la Desnutrición Crónica Infantil en coordinación con Grupo Impulsor, Equipo Técnico Gerencial y el apoyo de un equipo asesor	Liderar, ejecutar, monitorear, coordinar la aplicación del Modelo	Municipalidad Distrital Monsefú/Santa Rosa, a través de la Dirección de Programas Sociales
Comité Impulsor	Desarrollar incidencia política, acompañar y participar en el Proceso de Gestión Para Reducir la Desnutrición Crónica Infantil.	Promover e impulsar la aplicación del modelo	Municipalidad Distrital, Micro Red Salud Monsefú, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Instituciones Educativas, Sociedad Civil.
Equipo Asesor	Asesorar, acompañar y facilitar la gestión de contrapartidas financieras y/o logísticas que refuercen el logro de los productos requeridos.	Orientador y facilitador de los procesos de gestión operativa y financiera del proyecto	Instituciones cooperantes, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo-FACHSE.
Equipo Técnico Gerencial (Dirigido por un Coordinador de Proyecto)	Planificar, dirigir y evaluar la ejecución de las actividades de gestión operativa contra la desnutrición crónica infantil del distrito. Facilitar las actividades del Comité de Coordinación Multisectorial, Equipo Asesor, y Supervisión	Director, ejecutor, evaluador y facilitador de la operatividad de la gestión	Dirección de Programas Sociales Municipio Local. Representante de Micro Red de salud Circuito de Playas Representante de Dirección Ejecutiva de Vivienda y saneamiento Representante de Ministerio de Desarrollo Social - MIIDIS Representante de Ugel Chiclayo.
Supervisión	Monitorear y verificar el cumplimiento de las actividades/ sub actividades/ acciones programadas. Evalúa avance de metas y logro de objetivos. Sistematiza el proceso de ejecución y recomienda a la entidad ejecutora las mejoras para logro de objetivos.	Acompañamiento, monitoreo Evaluación y retroalimentación del proceso	Consultor de la Municipalidad.

ENTIDAD	FUNCIÓN	ROL	COMPOSICIÓN
Comité de Coordinación Local Multisectorial Para Reducir la Desnutrición Crónica	<p>Opinar, recomendar y validar actividades y acciones del proceso de gestión de reducción de la desnutrición crónica infantil en el distrito.</p> <p>Proponer los mecanismos de consulta y participación ciudadana y proceso de difusión y capacitación.</p>	Acompañar, coordinar, facilitar acciones del proceso de gestión.	Actores institucionales claves (sector público, instituciones socio culturales locales, iglesias, empresas, organización de beneficiarios, etc.), profesionales expertos multidisciplinarios y otros seleccionados en Mapeo de actores.
Sub Coordinaciones Técnicas			
Sub Coordinación de Promoción Social y Desarrollo Institucional	<p>Promover y desarrollar la participación ciudadana e institucional local en el proceso de la gestión de reducción de la desnutrición crónica infantil.</p> <p>Impulsar y conducir la actualización del Plan Desarrollo Concertado Local</p>	Promover, coordinar y ejecutan acciones de promoción y de desarrollo institucional.	Profesionales con experiencia en promoción social y Desarrollo institucional
Sub Coordinación de Salud y Nutrición	<p>Desarrollar las capacidades institucionales del sector salud para la atención de la salud nutricional del distrito.</p> <p>Capacitación especializada a actores para las acciones comunitarias de la salud nutricional de salud.</p> <p>Ejecución de acciones de promoción de la salud nutricional y de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil.</p>	Coordinar, ejecutar, evaluar acciones de servicio para salud nutricional del público objetivo	<p>Profesionales de la salud en salud</p> <p>(Medico, enfermera, nutricionista)</p>

ENTIDAD	FUNCIÓN	ROL	COMPOSICIÓN
Sub Coordinación de Saneamiento Ambiental	<p>Identificar y priorizar las necesidades de proyectos de ampliación de agua y alcantarillado básico rural y/o urbano.</p> <p>Diseño de proyecto de saneamiento básico rural para población rural. Desarrollar.</p> <p>Monitorear y coordinar la mejora del servicio de agua y saneamiento.</p> <p>Organizar y Capacitar en la gestión de las JASS.</p>	Coordinar, ejecutar , evaluar las acciones en el área de saneamiento local	Profesionales de las ciencias sociales o ingeniería, con experiencia en ejecución o formulación de proyectos de inversión social.
Coordinación de Sensibilización y Capacitación	<p>Planificar y ejecutar la estrategia comunicacional para la difusión del proceso, sensibilización y cambios de comportamientos de actores locales involucrados en la reducción de la desnutrición crónica infantil local</p> <p>Planificar y ejecutar plan operativo de desarrollo de capacidades de actores involucrados</p> <p>Formación de actores para la promoción de la salud nutricional comunitaria.</p>	Coordinar, ejecutar , evaluar las acciones de sensibilización y capacitación de públicos objetivos	Profesional de las ciencias sociales o comunicación social con experiencia en procesos de capacitación, sensibilización y comunicación social para el desarrollo.
Equipos Comunales Locales	<p>Recopilar información técnica local que sirve como insumo para el proceso de gestión.</p> <p>Colaborar con la ejecución de las acciones operativas para la reducción de la desnutrición crónica infantil en su comunidad.</p> <p>Apoyar en la difusión de las actividades del proceso a nivel local.</p>	Coordinar, apoyar, impulsar Difundir y coordinar	Promotores de salud Mujeres líderes Comités de Mujeres usuarias de riego, Comités de productores agrarios, JASS.

GRÁFICA N° 12

ORGANIGRAMA BÁSICA PARA LA GESTIÓN DE LA REDUCCION DE LA DESNUTRICION CRÓNICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA



* A nivel de centros poblados: Agentes Comunitarios de salud, mujeres líderes, comités de agricultores/regantes, JASS.

3.3.7 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO

Como fase final del ciclo de la gestión articulada para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, el modelo considera aplicar mecanismos de monitoreo/seguimiento y evaluación para medir el avance de las intervenciones concertadas de los actores involucrados, los cuales deben estar también alineados a los lineamientos del sistema de seguimiento y evaluación de la política de desarrollo e inclusión social establecidos por Directiva N° 004-2012-MIDIS.

Monitoreo /Seguimiento

Concordando con Bobadilla, Percy et al (2006), la función del monitoreo será conocer cómo se están realizando las actividades programadas y sus acciones o tareas, si están cumpliendo con las metas diseñadas en los plazos previstos y con los recursos económicos y materiales asignados; en tal sentido el proceso de monitoreo tendrá en cuenta para su labor los componentes:

- a) Actividades y tareas, para determinar si están alcanzando las metas programadas en el plan operativo (en la cantidad y calidad previstas) y si se está cumpliendo con los plazos programados
- b) Los recursos, para determinar si se están suministrando y usando las cantidades previstas de acuerdo a las metas del plan operativo.

Sobre la base de la información recaudada se hará una permanente retroalimentación con las medidas correctivas a que hubiere lugar para mejorar la eficiencia y eficacia de lo programado.

Para ello, los actores elaborarán concertadamente tableros de control que incluirán las metas, indicadores de productos y procesos claves definidos en cada componente del modelo; donde cada uno de los actores asumen compromisos de elaborar los reportes trimestrales de las metas operativas los indicadores de productos y/resultado relacionados a sus intervenciones y remitirlos al Gobierno Local correspondiente para su análisis y sistematización; sus fuentes serán sus registros de información sectorial.

El Gobierno Local anualmente, elaborará un reporte en el que se dará a conocer a los actores involucrados los resultados y cobertura de intervenciones efectivas por cada uno de los ejes Estratégico de trabajo, mostrando un sistema geo-referenciado.

Evaluación

Concordando con Bobadilla, Percy et al (2006), la naturaleza y el alcance de la evaluación se centrarán en conocer el logro de los resultados (efectos) y propósitos (impactos) del proyecto de modelo. Permitirá verificar si las actividades desarrolladas realmente permiten obtener los resultados (evaluación del proceso) y si éstos realmente permitieron alcanzar el propósito (evaluación ex-post); busca conocer si lo ejecutado realmente contribuyó a resolver el o los problemas detectados, midiendo directamente los efectos e impactos esperados e inesperados en la población destinaria. Esta evaluación lo realizará el equipo ejecutor del modelo o agentes externos, y deben ceñirse a las normas técnicas que establecen estándares, metodologías, herramientas y responsabilidades con el fin de guiar el proceso de evaluación y generación de evidencias y recomendaciones para las intervenciones de la Estrategia, con adecuados estándares de calidad.

Los sectores involucrados asumen compromiso de evaluar los indicadores de productos y/o resultado relacionados a sus intervenciones y remitirlos al Gobierno Local correspondiente para su análisis y sistematización; sus fuentes serán sus registros de información sectorial.

Las fuentes de información para la evaluación serán los informes de monitoreo, el análisis de los indicadores de acuerdo a las metas y objetivos definidos para el nivel del propósito y resultados, la población objetivo directa e indirecta, así como información externa.

Así mismo, cada uno de los componentes del presente modelo se evaluará aplicando una herramienta de pre test y post test previamente diseñado por el equipo gerencial que participa del proceso.

La línea base y su relación con el monitoreo y la evaluación

Para ambos casos, se identificarán las fuentes de información primaria y secundaria que nos definen la situación inicial o punto de partida de la población

destinataria y que se usan como parámetros referenciales de acuerdo a las competencias del monitoreo o la evaluación; éstos nos permitirán conocer los avances de las metas operativas, de los productos y resultados del proceso de ejecución del proyecto.

3.3.8 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

TABLA 24: CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION DEL MODELO

COMPONENTES	ELEMENTOS DE COMPONENTE/ GRAN ACTIVIDAD	DESCRIPCION	.META FISICA		CRONOGRAMA				
		ACTIVIDAD/ ACCION CLAVE	UNIDAD	CANTIDAD	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
A. GESTION TERRITORIAL ARTICULADA	A.1 Liderazgo Local para articular	Formar comité impulsor para la reducción de la desnutrición crónica infantil a nivel de distrito.	Comité Coordinación Multisectorial 1	2	X				
		Gestión de la Ordenanza Municipal que declara de interés la reducción de la desnutrición crónica del distrito y ejecución de plan de acción en el marco del Plan de Desarrollo Concertado Local.	Ordenanza	2	X				
	A.2 Planificación participativa e inclusiva	Actualización de indicadores de base sobre la desnutrición crónica Infantil. Implementación del uso del instrumento Tecnología Decisiones Informadas (TDI)- MINSA, para monitoreo de indicadores nutricionales y determinantes	Estudio	2	X	X			
		Actualización o reformulación del Plan Concertado Local distrital con horizonte año 2021 y 2030	Documento Plan	2	X				
	A.3 Gestión institucional en base a resultados	Creación de una actividad presupuestal en la Municipalidad Distrital orientada a reducir la desnutrición crónica de niños (as) en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal – PI (Ley N° 29332 y modificatorias).	Actividad presupuestal	1	X	X			
		Elaboración, aprobación y ejecución de actividad /proyecto para mejorar y ampliar la provisión de agua de consumo humano en zona rural (Monsefú)	Proyecto/ actividad	1	X	X	X	X	X
	A.4 Coordinación y concertación intersectorial	Organizar Comité de Coordinación Multisectorial Para reducir la desnutrición crónica Infantil reconocido por ordenanza o decreto municipal.	Comité Coordinación Multisectorial 1	2	X				

		Implementar la intervención coordinada de los programas alimentarios nutricionales y demás programas sociales que intervienen en el ámbito distrital, orientándolos a contribuir en la meta de reducción de la desnutrición crónica infantil.	Evento anual	10	X	X	X	X	X
	A.5 Intervención integrada de involucrados	Ejecución de prestaciones de salud y alimentación para los niños menores de 5 años en cantidad, calidad, consistencia y oportunos.	Actividad anual	10	X	X	X	X	X
		Elaboración y aplicación de un solo sistemas de focalización local que debe ser aplicado por los diferentes programas sociales bajo el liderazgo de la Municipalidad Distrital.	Sistema	1	X	X	x	x	x
		Reuniones de trabajo anual para la identificación y priorización de acciones en grupos metas de población desatendida y con prevalencia de desnutrición crónica infantil, a nivel distrito.	Reunión	10	X	X	X	X	X
		Reuniones de coordinación y articulación de acciones concertadas de los programas en lugares donde se coincida la intervención de varios programas sociales a nivel distrito.	Reunión	10	X	X	X	X	X
B. DESARROLLO DE LA INSTITUCIONALIDAD LOCAL	B.1 Fortalecimiento institucional local	Promover la organización y formalización como asociaciones de los Agentes Comunitarios de Salud, Mujeres Líderes, Mujeres Agricultoras Locales, a nivel distrito	Acción	6	X	X	X		
		Fortalecer a las organizaciones claves que representan a la sociedad civil como al Consejo de Coordinación Local, Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza, Comités de Vaso de Leche, Comités Escolares Alimentación, APAFAS y otras instituciones estratégicas para la gestión del modelo, por distrito	Acción	6	X	X	X		
		Elaborar y aplicar base datos distrital de pacientes desnutridos para garantizar su atención sanitaria, monitoreo y evaluación.	Base Datos	2		X	X		
		Aplicación de plan de sensibilización y capacitación a comités de beneficiarios y promotores comunales.	Plan anual	5	X	X	X	X	X
	B.2 Participación de beneficiarios	Formulación y ejecución de una estrategia (programa/plan) participativo de fortalecimiento del rol de beneficiarios de los programas sociales y de salud nutricional en el marco del plan estratégico comunicacional de lucha contra la desnutrición, a nivel distrito	programa/pla n	2	X	X	X	X	X

	B.3 Vigilancia social de la calidad de servicios	Realización de asambleas públicas anuales de rendición de cuentas de la inversión, productos y resultados sobre las intervenciones de programas alimentarios nutricionales y no nutricionales y su contribución a la reducción de la desnutrición crónica infantil, a nivel distrito.	Evento	5	X	X	X	X	X
		Difusión de actividades y logros o metas operativas a través de medios masivos, por distrito.	Acción	10	X	X	X	X	X
C. SALUD Y NUTRICION	C.1 Desarrollar capacidades para mejorar la atención	Plan de incentivos a la labor destacada del trabajador público de programas sociales y de la salud nutricional, a nivel distrito.	Plan anual	8		X	X	X	X
		Promover el Involucramiento de funcionarios y trabajadores públicos en el desarrollo de la salud nutricional distrital.	Evento	10	X	X	X	X	X
		Fortalecer la implementación de los recursos humanos, materiales y equipamentales para mejorar resultados en las actividades del programa articulado nutricional y demás programas complementarios que se implementen.	Acción	10		X	X	X	X
		Intensificar controles de crecimiento y desarrollo (CRED, inmunizaciones, control peso y talla, estimulación temprana, multimacronutrientes, consejería nutricional en establecimientos	Acción	12	X	X	X	X	X
		Mejorar la focalización del Seguro Integral de salud (SIS) y la atención sanitaria en cada distrito.	Acción	8	X	X	X	X	
		Implementar un paquete integral de salud nutricional para las madres gestantes	Beneficiario	800	X	X	X	X	X
		Desarrollar las capacidades de los promotores de salud local en tema de salud nutricional, a nivel distrito	Evento	50	X	X	X	X	X
		Implementar la formación de Mujeres líderes promotoras (ML) de salud local en áreas rurales y urbanos marginales del distrito con capacidades para orientar y educar a las madres, padre o cuidadora del niño, por distrito	Evento	20	X	X	X	X	X
	C.2 Gestión presupuestal en base a resultados	Reformulación del presupuesto municipal distrital, incorporando actividades dentro del Programa presupuestal "Programa Articulado Nutricional".	Acción	4	X	X	X	X	
		Gestionar apoyo de la cooperación técnica internacional vía proyecto	Consultoría	2	X	X	X		

		Programar y priorizar recursos presupuestales anuales para actividades del PAN a nivel de establecimientos para los distritos priorizados en combatir la desnutrición crónica infantil	Consultoría	2	X	X	X	X	X
C. SALUD Y NUTRICION (Gestion integra)	C.3 Implementación logística sectorial	Planes de adquisiciones mejorados y actualizados en Municipios y GERESA.	Acción	4	X	X	X	X	X
		Procesos de adquisición de bienes y servicios dinamizados para las actividades de los programas alimentarios nutricionales en Municipios y GERESA.	Acción	20	X	X	X	X	X
	C.4 Educación sanitaria en escolares y población beneficiaria	Ejecutar un plan participativo de capacitación a los docentes en temas de salud nutricional para la mejora de la enseñanza aprendizaje en Instituciones Educativas de Inicial y Primaria con participación de los establecimientos de salud de GERESA.	Acción		X	X	X	X	X
		Desarrollo de sesiones de trabajo con padres de familias a nivel de Comités de aula de centros educativos incorporando temas de salud nutricional.	Sesión	100	X	X	X	X	X
	C.5 Promoción de la salud	Ampliación de horarios de atención en establecimiento de salud de menor categoría en base a resultados	Acción	24	X	X	X	X	X
		Fortalecer el Plan de Trabajo de Promoción de la Salud, priorizando el servicio relacionado a la salud nutricional.	Servicio Locación	40	X	X	X	X	X
		Gestión del número adecuado de personal enfermero y nutricionistas para la ejecución de la promoción de la salud nutricional en función a resultados.	Acción	6	X	X			
		Mejorar y ampliar los niveles de coordinación y articulación del Programa Articulado Nutricional con los otros programas alimentario nutricionales y no nutricionales, establecimientos de salud y Dirección de Programas Sociales de la Municipalidad distrital.	Acción	50	X	X	X	X	X
	C.6 Intervenciones efectivas	Desarrollar las mayores coberturas de metas en ocho actividades efectivas priorizadas	Acción	25	X	X	X	X	X
		Programa de Comunidades saludables implementadas y activas, distritales	Acción	25	X	X	X	X	X

D. SANEAMIENTO	D.1 Ampliación del acceso y mejora de calidad del agua	Promoción, organización e implementación de las JAAS rurales a nivel distrital para dar agua segura a la población	Evento	25	X	X	X	X	X
		Ejecución del Plan de Desarrollo de capacidades de las JASS en tratamiento y uso del agua para consumo humano.	Evento	16		X	X	X	X
	D.2 Infraestructura de agua y alcantarillado	Priorizar ejecución de proyectos de renovación y ampliación del sistema de agua y alcantarillado del distrito.	Proyecto	2	X	X	X		
		Gestión de programa de letrinas y eliminación de excretas en zona rural.	Acción	4	X	X	X		
		Ampliación del sistema de alcantarillado con mejora de la planta de tratamiento de aguas servidas en el distrito de Santa Rosa y Monsefú.	Proyecto	2		X	X	X	X
		Campañas de promoción, con la finalidad de garantizar que la comunidad haga suya el servicio de agua y saneamiento básico a dotar a través de los proyectos de saneamiento que se ejecutan, dándole un adecuado uso y mantenimiento y mejorando sus hábitos de higiene personal y ambiental	Campaña	6	X	X			
		Desarrollo de educación sanitaria a la comunidad beneficiaria para que interiorice colectivamente el impacto que genera en la salud de la población los malos hábitos de las excretas, uso de letrinas, lavado de manos, manipulación de los alimentos, eliminación segura de residuos sólidos, etc.	Evento	50	X	X	X	X	X
		Capacitación en la gestión de las JASS para garantizar que ésta sea participativa y sostenible en la administración de los sistemas de agua potable y alcantarillado rurales, la cual debe incluir el desarrollo de capacidades para elaborar plan de trabajo, operación y mantenimiento de dichos sistemas.	Evento	10	X	X	X	X	X
E. CAPACITACION DE ACTORES CLAVES	E.1 Capacitación en roles y competencias a involucrados	Ejecutar plan participativo de desarrollo de capacidades para reducir la desnutrición crónica infantil distrital para personal operativo, promotores y beneficiarios	Evento	20	X	X	X	X	X
		Formación de Mujeres lideresa que acompañan, orientan y educan a padres (1) para corregir y evitar los niveles actuales de desnutrición crónica en niños y niñas	Nº Lideres	80	X	X			
		Fortalecimiento de capacidades de personal de instituciones públicas y privadas para el apoyo de actividades efectivas para reducir la desnutrición crónica en niños y niñas.	Acción	6	X	X	X		

		Fortalecer las capacidades de las familias hasta el nivel de hogares con el propósito de participar en las actividades efectivas para la reducción de la desnutrición crónica de niños (as).	Eventos/taller	80		X	X	X	X
F. Sensibilización y cambios de comportamiento	F.1 Incidencia contra la desnutrición crónica infantil	Desarrollar incidencia política para el establecimiento y aplicación de una política regional orientada a reducir drásticamente la desnutrición crónica infantil por parte del Gobierno Regional Lambayeque y la Gerencia Regional de Salud Lambayeque; dentro de la cual se priorizará la gestión (formulación, aprobación y ejecución) de proyectos orientados a la salud, nutrición, agua y saneamiento, seguridad alimentaria	Eventos/taller	4	X	X			
		Impulsar la Institucionalización a nivel distrital de los componentes del modelo local para reducir la desnutrición crónica infantil en la municipalidad distrital y en demás instituciones involucradas vía ordenanza municipal que hagan sostenible las acciones a ejecutar y se canalicen financiamiento	Evento	6					
		Adecuación de la organización y función institucional para incorporar estrategias, productos y resultados orientados a la disminución del problema, en sus planes operativos y documentos de gestión.	Acciones	10	X	X	X	X	X
		Incidencia y acompañamiento a gobierno local para la gestión (formule, apruebe y ejecute) proyectos orientados a la salud, nutrición, agua y saneamiento, seguridad alimentaria, priorizando las zonas de mayor incidencia de desnutrición crónica infantil.	Servicio Locación	8	X	X	X	X	
	F.2 Cambios de comportamiento s de actores	Elaboración y ejecución de plan estratégico de sensibilización y capacitación para cambio y mejora de actitudes en la reducción de la desnutrición crónica infantil distrital.	Programa año	5	X	X	X	X	X
		Desarrollar convenios interinstitucionales con los medios de comunicación social radial a nivel de empresa y programas de mayor sintonía en la localidad para la aplicación de las actividades comunicacionales durante el proceso de gestión	Convenio	2	X	X	X	X	X
		Ejecutar plan/programas de marketing social para reducir la desnutrición crónica infantil en los segmentos poblacionales críticos, tanto urbanos como rurales.	Plan anual	2		X	X	X	X

3.3.9 PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

TABLA N° 25
PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO

COMPONENTES	ELEMENTOS DE COMPONENTE/ GRAN ACTIVIDAD	DESCRIPCION	META FISICA		PRESUPUESTO (SOLES)						TOTAL
		ACTIVIDAD/ ACCION CLAVE	UNIDAD	CANTIDAD	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Sub total	
A. GESTION TERRITORIAL ARTICULADA	A.1 Liderazgo Local para articular	Formar comité impulsor para la reducción de la desnutrición crónica infantil a nivel de distrito.	Comité Coordinación Multisectorial	2	15.000,00					15.000,00	30.000,00
		Gestión de la Ordenanza Municipal que declara de interés la reducción de la desnutrición crónica del distrito y ejecución de plan de acción.	Ordenanza	2	15.000,00					15.000,00	
	A.2 Planificación participativa e inclusiva	Actualización de indicadores de base sobre la desnutrición crónica Infantil. Implementación del uso del instrumento Tecnología Decisiones Informadas (TDI)-MINSA	Estudio	2	50.000,00	50.000,00				100.000,00	150.000,00
		Actualización o reformulación del Plan Concertado Local distrital con horizonte año 2021 y 2030	Documento Plan	2	50.000,00					50.000,00	
	A.3 Gestión institucional en base a resultados	Creación de una actividad presupuestal en la Municipalidad Distrital orientada a reducir la desnutrición crónica de niños (as) en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal – PI (Ley N° 29332 y modificatorias).	Actividad presupuestal	1	10.000,00	10.000,00	-	-		20.000,00	820.000,00
		Elaboración, aprobación y ejecución de actividad/proyecto para mejorar y ampliar la provisión de agua de consumo humano en zona rural (Monsefú)	Proyecto/ actividad	1	100.000,00	100.000,00	500.000,00	50.000,00	50.000,00	800.000,00	
	A.4 Coordinación y concertación intersectorial	Organizar Comité de Coordinación Multisectorial Para reducir la desnutrición crónica Infantil	Comité Coordinación Multisectorial	2	15.000,00					15.000,00	240.000,00
		Implementar la intervención coordinada de los programas alimentarios nutricionales y demás programas sociales que intervienen en el ámbito distrital,	Evento anual	10	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	225.000,00	
	A.5 Intervención integrada de involucrados	Ejecución de prestaciones de salud y alimentación para los niños menores de 5 años en cantidad, calidad, consistencia y oportunos.	Actividad anual	10	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	600.000,00	900.000,00
		Elaboración y aplicación de un solo sistemas de focalización local a aplicarse por los diferentes programas sociales bajo el liderazgo de la Municipalidad Distrital.	Sistema	1	130.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	250.000,00	

		Reuniones de trabajo anual para la identificación y priorización de acciones en grupos metas de población desatendida y con prevalencia de desnutrición crónica infantil, a nivel distrito.	Reunión	10	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	25.000,00	
		Reuniones de coordinación y articulación de acciones concertadas de los programas sociales a nivel distrito.	Reunión	10	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	25.000,00	
					TOTAL COMPONENTE A						2.140.000,00
B. DESARROLLO DE LA INSTITUCIONALIDAD LOCAL	B.1 Fortalecimiento institucional local	Promover la organización y formalización como asociaciones de los Agentes Comunitarios de Salud, Mujeres Líderes, Mujeres Agricultoras Locales, a nivel distrito	Acción	6	18.000,00	18.000,00	18.000,00			54.000,00	422.000,00
		Fortalecer a las organizaciones claves que representan a la sociedad civil	Acción	6	36.000,00	36.000,00	36.000,00			108.000,00	
		Elaborar y aplicar base de datos distrital de pacientes desnutridos para garantizar su atención sanitaria, monitoreo y evaluación.	Base Datos	2		40.000,00	40.000,00			80.000,00	
		Aplicación de plan de sensibilización y capacitación a comités de beneficiarios y promotores comunales.	Plan anual	5	60.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	180.000,00	
	B.2 Participación de beneficiarios	Formulación y ejecución de una estrategia (programa/plan) participativa de fortalecimiento del rol de beneficiarios de los programas sociales y de la salud nutricional.	programa/plan	2	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	100.000,00	100.000,00
	B.3 Vigilancia social de la calidad de servicios	Realización de asambleas públicas anuales de rendición de cuentas de la inversión, productos y resultados sobre las intervenciones de programas alimentarios nutricionales y no nutricionales y su contribución a la reducción de la desnutrición crónica infantil, a nivel distrito.	Evento	5	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000,00	100.000,00
		Difusión de actividades y logros o metas operativas a través de medios masivos, por distrito.	Acción	10	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000,00	
					TOTAL COMPONENTE B						622.000,00
C. SALUD Y NUTRICIÓN	C.1 Desarrollar capacidades para mejorar la atención	Plan de incentivos a la labor destacada del trabajador público de programas sociales y de la salud nutricional, a nivel distrito.	Plan anual	8		50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	200.000,00	1.112.400,00
		Promover el involucramiento de funcionarios y trabajadores públicos en el desarrollo de la salud nutricional distrital.	Evento	10	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	25.000,00	
		Fortalecer la implementación de los recursos humanos, materiales y equipamentales del programa articulado nutricional y demás programas complementarios	Acción	10		50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	200.000,00	

		Intensificar controles de crecimiento y desarrollo (CRED, inmunizaciones, control peso y talla, estimulación temprana, multimacronutrientes, consejería nutricional en establecimientos	Acción	12	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	300.000,00	
		Mejorar la focalización del Seguro Integral de salud (SIS) y la atención sanitaria en cada distrito.	Acción	8	4.000,00	400,00	4.000,00	4.000,00		12.400,00	
		Implementar un paquete integral de salud nutricional para las madres gestantes	Beneficiario	800	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	200.000,00	
		Desarrollar las capacidades de los promotores de salud local en tema de salud nutricional, a nivel distrito	Evento	50	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	125.000,00	
		Implementar la formación de Mujeres líderes promotoras (ML) de salud local en áreas rurales y urbanos marginales del distrito con capacidades para orientar y educar a las madres, padre o cuidadora del niño, por distrito	Evento	20	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000,00	
	C.2 Gestión presupuestal en base a resultados	Reformulación del presupuesto municipal distrital, incorporando actividades dentro del Programa presupuestal "Programa Articulado Nutricional".	Acción	4	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00		12.000,00	92.000,00
		Gestionar apoyo de la cooperación técnica internacional vía proyecto	Consultoría	2	10.000,00	10.000,00	10.000,00			30.000,00	
		Programar y priorizar recursos presupuestales anuales para actividades del PAN a nivel de establecimientos para los distritos priorizados.	Consultoría	2	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000,00	
	C. SALUD Y NUTRICIÓN (Gestión integral)	Planes de adquisiciones mejorados y actualizados en Municipios y GERESA.	Acción	4	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	30.000,00	60.000,00
		Procesos de adquisición de bienes y servicios dinamizados para las actividades de los programas alimentarios nutricionales en Municipios y GERESA.	Acción	20	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	30.000,00	
		Ejecutar un plan participativo de capacitación a los docentes en temas de salud nutricional con participación de los establecimientos de salud de GERESA.	Acción		20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	100.000,00	150.000,00
		Desarrollo de sesiones de trabajo con padres de familias a nivel de Comités de aula de centros educativos.	Sesión	100	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000,00	
		Ampliación de horarios de atención en establecimiento de salud de menor categoría en base a resultados	Acción	24						-	131.000,00
	C.5 Promoción de la salud	Fortalecer el Plan de Trabajo de Promoción de la Salud, priorizando el servicio relacionado a la salud nutricional.	Servicio Locación	40	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	100.000,00	
		Gestión del número adecuado de personal enfermero y nutricionistas	Acción	6	3.000,00	3.000,00				6.000,00	

		para la ejecución de la promoción de la salud nutricional en función a resultados.									
		Mejorar y ampliar los niveles de coordinación y articulación del Programa Articulado Nutricional con los otros programas alimentario nutricionales y no nutricionales, establecimientos de salud y Dirección de Programas Sociales de la Municipalidad distrital.	Acción	50	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	25.000,00	
	C.6 Intervenciones efectivas	Desarrollar las mayores coberturas de metas en ocho actividades efectivas priorizadas	Acción	25	125.000,00	125.000,00	125.000,00	125.000,00	125.000,00	625.000,00	625.000,00
					TOTAL COMPONENTE C						2.170.400,00
D. SANEAMIENTO	D.1 Ampliación del acceso y mejora de calidad del agua	Programa de Comunidades saludables implementadas y activas, distritales	Acción	25	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	62.500,00	187.500,00
		Promoción, organización e implementación de las JAAS rurales a nivel distrital.	Evento	25	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	25.000,00	
		Ejecución del Plan de Desarrollo de capacidades de las JASS en tratamiento y uso del agua para consumo humano.	Evento	16	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	100.000,00	
	D.2 Infraestructura de agua y alcantarillado	Priorizar ejecución de proyectos de renovación y ampliación del sistema de agua y alcantarillado del distrito.	Proyecto	2	200.000,00	3.300.000,00	3.500.000,00			7.000.000,00	14.260.000,00
		Gestión de programa de letrinas y eliminación de excretas en zona rural.	Acción	4	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	100.000,00	
		Ampliación del sistema de alcantarillado con mejora de la planta de tratamiento de aguas servidas en el distrito de Santa Rosa y Monsefú.	Proyecto	2	200.000,00	800.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	7.000.000,00	
		Campañas de promoción, con la finalidad de garantizar que la comunidad haga suya el servicio de agua y saneamiento básico a dotar a través de los proyectos de saneamiento que se ejecutan, y mejorando sus hábitos de higiene personal y ambiental	Campaña	6	5.000,00	5.000,00				10.000,00	
		Desarrollo de educación sanitaria a la comunidad beneficiaria para que interiorice colectivamente el impacto que genera en la salud de la población los malos hábitos de las excretas, uso de letrinas, lavado de manos, manipulación de los alimentos, eliminación segura de residuos sólidos, etc	Evento	50	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	125.000,00	
		Capacitación en la gestión de las JASS para garantizar que sea participativa y sostenible en la administración de los sistemas de agua potable y alcantarillado rurales, la cual debe incluir el desarrollo de capacidades para elaborar plan de trabajo, operación y mantenimiento de dichos sistemas.	Evento	10	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	25.000,00	
					TOTAL COMPONENTE D						14.447.500,00

E. CAPACITACION DE ACTORES CLAVES	E.1 Capacitación en roles y competencias a involucrados	Ejecutar plan participativo de desarrollo de capacidades para reducir la desnutrición crónica infantil distrital para personal operativo, promotores y beneficiarios	Evento	20	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000,00	250.000,00
		Formación de Mujeres líderes que acompañan, orientan y educan a padres para corregir y evitar los niveles actuales de desnutrición crónica en niños y niñas	N° Líderes	80	40.000,00	40.000,00				80.000,00	
		Fortalecimiento de capacidades de personal de instituciones públicas y privadas para el apoyo de actividades efectivas para reducir la desnutrición crónica en niños y niñas.	Acción	6	8.000,00	6.000,00	6.000,00			20.000,00	
		Fortalecer las capacidades de las familias hasta el nivel de hogares con el propósito de participar en las actividades efectivas para la reducción de la desnutrición crónica de niños (as).	Eventos/ taller	80		25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	100.000,00	
			TOTAL COMPONENTE E								250.000,00
F. Sensibilización y cambios de comportamiento	F.1 Incidencia contra la desnutrición crónica infantil	Desarrollar incidencia política para el establecimiento y aplicación de una política regional orientada a reducir drásticamente la desnutrición crónica infantil por parte del Gobierno Regional Lambayeque y la Gerencia Regional de Salud Lambayeque; dentro de la cual se priorizará la gestión (formulación, aprobación y ejecución) de proyectos orientados a la salud, nutrición, agua y saneamiento, seguridad alimentaria	Eventos/ taller	4	5.000,00	5.000,00				10.000,00	78.000,00
		Impulsar la Institucionalización a nivel distrital de los componentes del modelo local para reducir la desnutrición crónica infantil vía ordenanza municipal que hagan sostenible las acciones a ejecutar	Evento	6	5.000,00	5.000,00			5.000,00	15.000,00	
		Adecuación de la organización y función institucional para incorporar estrategias, productos y resultados orientados a la disminución del problema, en sus planes operativos y documentos de gestión.	Acciones	10	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	25.000,00	
		Incidencia y acompañamiento a gobierno local para la gestión (formule, apruebe y ejecute) proyectos orientados a la salud, nutrición, agua y saneamiento, seguridad alimentaria.	Servicio Locación	8	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00		28.000,00	
	F.2 Cambios de comportamientos de actores	Elaboración y ejecución de plan estratégico de sensibilización y capacitación para cambio y mejora de actitudes distrital.	Programa año	5	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	250.000,00	670.000,00

		Desarrollar convenios interinstitucionales con los medios de comunicación social radial a nivel de empresa y programas de mayor sintonía en la localidad.	Convenio	2	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	60.000,00	
		Ejecutar plan/programas de marketing social para reducir la desnutrición crónica infantil en los segmentos poblacionales críticos.	Plan anual	2	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	360.000,00	
			TOTAL COMPONENTE F								748.000,00
COSTO TOTAL PROYECTO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO											20.377.900.00

CONCLUSIONES

1. En la zona de estudio no se encontró política local concertada para reducir los actuales niveles de desnutrición crónica infantil que se encuentran en tasas de 21.2% en el distrito de Santa Rosa y 20.7% en el distrito de Monsefú. No existe ningún instrumento normativo ni de gestión que muestre la voluntad política de las autoridades para tratar el problema para el caso del Distrito de Monsefú, mientras en el distrito de Santa Rosa la meta para reducir la desnutrición crónica infantil no se encuentra debidamente estructurada ni institucionalizada; los programas alimentarios trabajan sin focalización; las autoridades, el personal que labora en los programas sociales que administra los gobiernos locales y los propios beneficiarios no están suficientemente sensibilizados ni cuentan con capacidades adecuadas para lograr la eficacia de éstos; y mantienen actitudes pasivas no obstante tener conocimiento del problema.
2. Las instituciones que brindan servicios sectoriales y que tiene relación con la erradicación de la desnutrición crónica infantil, como como las Instituciones Educativas, la Empresa Prestadora de Servicio de Saneamiento (EPSEL), el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –MIDIS, que interviene con los Programas Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y el Programa Nacional Cuna Mas (no alimentario), así como las Municipalidades distritales (administradoras de los Programas Vaso de Leche y Comedores Populares) trabajan descoordinada y desarticuladamente, no ejerciéndose ningún liderazgo local para la solución de la problemática nutricional de la niñez menor de cinco años, dejándose toda la responsabilidad del problema al sector salud; éstos funcionan bajo una orientación sectorial, tratando de cumplir las metas institucionales de su sector.
3. La actual intervención de los diferentes actores institucionales en la salud nutricional local no responde a ningún modelo gestión integral, articulado ni territorial que tenga como meta común la reducción de los actuales niveles de desnutrición crónica infantil, que se encuentra en 20.7% para Monsefú y 21.2% en el distrito de Santa Rosa.

4. El modelo de gestión que se propone implementar en la zona de estudio, para reducir los actuales niveles de desnutrición crónica infantil a la mitad (50%) de su incidencia actual, se basa en enfoque un territorial, integrador, articulador, de género y socio cultural; toma en cuenta propuestas de representantes de instituciones involucradas en el tema de la salud nutricional, por lo que es factible su aplicación en la zona de estudio y puede ser replicado a otros distritos con características similares a las encontradas en la zona de estudio.

RECOMENDACIONES

- ✓ Conformar un grupo impulsor de carácter multisectorial y multidisciplinario que promueva institucionalizar el tema de la salud nutricional infantil de los distritos de la zona en estudio, como un tema de política pública local que tenga como objetivo la erradicación de la desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años en el mediano y largo plazo, como resultado de un proceso de construcción social.

- ✓ Implementar modelo propuesto, aplicando como herramienta de gestión el planeamiento estratégico participativo y situacional, porque promueve y genera el involucramiento y movilización de los actores involucrados, especialmente de los sectores de salud, educación, desarrollo social y agricultura, además de las organizaciones de los beneficiarios de los servicios, espacios de concertación, organizaciones productivas y sociales, etc. liderados por el gobierno local correspondiente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Alcázar, L. (2007). *¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma*. Lima, Perú. Editorial Grupo de Análisis para el Desarrollo (Grade). Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20100513021726/InvPolitDesarr-5.pdf>
- Aramayo, O. (2005). *Manual de Planificación Estratégica*. Chile. Universidad de Chile. Instituto de la Comunicación e Imagen. Recuperado de: http://guiametodologica.dbe.uchile.cl/doc/planificacion_estrategica.pdf
- Ackoff, R. (1974). *El paradigma de Ackoff: una administración sistémica*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Limusa.
- Arcos, O. (2008). *Teorías y enfoques del Desarrollo*. Bogotá D.C. Colombia. Edición Escuela Superior de administración Pública
- Beltrán, A. y Seinfeld J. (2009). *Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente*. Lima Perú. Edición: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Benavides, M., Ponce C. y Mena, M. (2011). *Estado de la Niñez en el Perú*. Lima, Perú. Edición del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) e Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
- Bobadilla, P., Benavides, M., Zorobabel, C., Donayre, N., Galdo, O., Heredia, J., Piazza, M. y Tovar, T. (2006). *Diseño, seguimiento y evaluación de proyectos sociales*. Lima, Perú. Edición Pontificia Universidad Católica del Perú. Maestría en gerencia Social.
- Cancino, Z. (2011). *“Saneamiento básico rural: elementos de un modelo exitoso. La cooperación suiza y el saneamiento básico integral en el Perú”*. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE). Lima.
- Cáritas del Perú (2011). *Reducción de la desnutrición crónica y la anemia infantil en Ancash. Proyecto Ally Micuy 2007 – 2010*. Lima, Perú. Edición Caritas.

- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - CEPLAN (2015). *Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado. Perú hacia el 2021*. Lima, Perú. Edición CEPLAN.
- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN (2016). *Fase de Análisis Prospectivo y Fase Estratégica para Territorios. Guía Metodológica*. Lima, Perú. Documento de Trabajo CEPLAN.
- Espejo, A., Vargas, A., Diaz, J. y Quispe, L. (2012). *Generando un Modelo para Disminuir la desnutrición crónica infantil*. Fundación Acción Contra el Hambre. Primera Edición.
- Fundación Frei (2005). *Catálogo Metodologías de planificación territorial*. Cuaderno 2. Santiago, Chile. www.fundaciónfrei.cl; fundaciónfrei@entelchile.net
- Gajate, G. e Inurritegui, M (2002): “*El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del Propensity Store Matching*”. Lima. Edición CIES-GRADE. 55pp.
- Gárate, P. y Linares, Y. (2013). *Tesis: Implicancia del enfoque intercultural en las actividades implementadas por el proyecto “Fortalecimiento de capacidades para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la Región Tacna”, para el periodo junio 2009 – junio 2010*: Lima. PUCP.
- Gobierno Regional Lambayeque (2011). *Plan de desarrollo regional concertado Lambayeque 2011-2021*. Chiclayo, Perú. Edición GRL.
- Gómez, R. y La Serna, K. (2005). *Políticas de Seguridad Alimentaria en los Países de la Comunidad Andina. Capítulo 6: “Gestión Pública y Seguridad Alimentaria en el Perú”*. Lima, Perú. Editorial FAO (112-153).
- Jurado, N., Allain, E., Zorobabel, R., Capcha, H., Checkley, J., Escalante, G. y Galdo, G. (2005). *Planificación estratégica en Gerencia Social*. Lima, Perú. Edición Pontificia Universidad Católica del Perú. Maestría en gerencia Social.

- Martinez - Perez, G. (2013) *Modelo de atención a la malnutrición crónica infantil en la región Upper River, Gambia, según el marco Innovative care for Chronic Conditions*". Bogotá, Colombia. Edición: Rev. Geren. Polit. Salud 12(24):130-142
- Martínez R. & Collinao, M. (2010). *Gasto Social: Modelo de medición y análisis para América Latina y el Caribe*. Manual N° 65. Santiago de Chile, Chile. Edición CEPAL.
- Mendoza, W. y García, J. (2006). *Perú. 2001-2005: Crecimiento económico y Pobreza*. Documento de Trabajo N° 250. Edición PUCP. Recuperado de: <http://www.pucp.edu.pe/economía/pdf/DDD250.pdf>.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, MIMDES, (2005). Módulo IV: *Innovación en los programas de complementación alimentaria*. Lima. Primera Edición Cendoc Mimdes. 70 pp.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, MIMDES, (2005). *Estrategia nacional de seguridad alimentaria 2004-2015*. Lima. Primera Edición Cendoc Mimdes. 45 pp.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS (2012). *Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social*. Directiva N° 004-2012-MIDIS. Lima Perú.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS (2013). *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para Crecer*. Lima Perú. Edición MIDIS
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012). *El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021 (PNAIA 2021)*. Lima, Perú. Edición MIMP.
- Ministerio De Salud - MINSA. (2009). *Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño*. Lima, Perú. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF.
- Ministerio de Salud – MINSA (2013). *Instructivo para la gestión de informada en nutrición-Tecnología Decisiones Informadas*. Lima. Edición INS/CENAN.

- Ministerio de Salud (2014). *Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014-2016*. Lima. MINSA
- Ossorio, A. (2003). *Planeamiento estratégico*. Dirección Nacional del Instituto Nacional de la Administración Pública. Argentina. Quinta Edición INAP.
- Parodi, C. (2012). *Política Económica y Política Social. Economía para todos*. Diario Gestión Lima. Recuperado de: <http://blogs.gestion.pe/economiaparatodos/2012/01/politica-economica-y-politica.html>.
- Prado, C. (2006). *Sensibilización ciudadana y cambios de comportamiento en transporte sostenible*. División 44: Medio Ambiente e infraestructura. Bogotá, Colombia. 2da Edición GTZ. www.gtz.de
- Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD (1997). *Informe Sobre el Desarrollo Humano del Perú. Temas y experiencias*. Lima, Perú. Edición PNUD.
- Quedena, E. (2002). *Descentralización y gestión estratégica del desarrollo local*. Bolivia, Ecuador y Perú. Lima, Perú. Edición Escuela para el desarrollo – Plataforma Ruralter.
- Ravina, R. y Chávez. (2007). *Análisis de los factores subyacentes asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú*. Lima, Perú. Edición Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI),
- Ricse, C. (2012). *Documento de investigación sobre la desnutrición infantil crónica. Infobarometro de la primera infancia*. Lima Perú. Salgalú Comunicación & Responsabilidad Social y la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. Recuperado de http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/3_informe_desnutricion.pdf.
- Rojas, C. (2008). *Nutrición y los niños. En: Encuesta demográfica y de salud familiar 2007 – 2008*. Perú. INEI. (p227).

- Salcedo, S. (2005). *Políticas de Seguridad Alimentaria en los Países de la Comunidad Andina. Capítulo 12: Marco teórico de la seguridad alimentaria*. Edición. FAO. (1-8pp).
- Salcedo, S. y Lora, A. (2005). *Políticas de Seguridad Alimentaria en los Países de la Comunidad Andina. Capítulo 2: Los problemas de seguridad alimentaria desde la perspectiva regional andina*. Edición FAO. 23pp.
- Universidad San Martín de Porras (2014). Instituto de gobierno y Gestión Pública. *Política Económica y Rol del Estado. Módulo: Estado y la Política Social*. Edición USMP.
- Uribe, C., Donayre, N., Federice, M., Fort, Amelia, Guabloche, J., Lévano, C. y Manrique, L. (2005). *Enfoques de Desarrollo*. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) - Maestría en Gerencia Social. Edición PUCP.
- Valenzuela, I. (2012). *Focalización de los programas sociales en el Perú: 2007-2011*. Lima, Perú. Moneda/ Política Social. Documento.
- Vásquez, E. (2006). *Programas sociales ¿de lucha contra la pobreza?: casos emblemáticos*. Edición Universidad del Pacífico. Centro de investigación.
- Vásquez, E., Baiocchi, N., Campos, M., Lia, A., Cusirramos, S., Chiang, N. y Portocarrero, I. (2010). *Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas en Perú. Estudio propuesta de reforma de programas alimentario-nutricionales en Perú*. Edición PMA.
- Wisbaum, W. (2011). *La desnutrición Infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España. Edición UNICEF.

NOTAS DE PÁGINA

- ¹ Universidad San Martín de Porras. Instituto de gobierno y Gestión Pública. Política Económica y Rol del Estado. Módulo: Estado y la Política Social (2014).
- ² Meta emblemática es aquella meta prioritaria y esencial para el desarrollo de la infancia y adolescencia en el Perú, cuyo señalamiento tiene impacto orientador, simbólico y motivador para la sociedad, y cuyo avance impulsa el cumplimiento integral del PNAIA 2021.
- ³ Micro Red Circuito de Playas: conformado por el ámbito de acción de los establecimientos de salud que operan en los distritos de Eten, Eten Puerto, Monsefú, Reque, Santa Rosa.
- ⁴ Pronoie de Monsefú y Santa Rosa.
- ⁵ Ministerio de Educación. Dirección General de Educación Básica Regular. Dirección de educación Inicial. Guía Docente para uso de los cuadernos de trabajo Aprendemos Jugando para niños y niñas de 4 y de 5 años.
- ⁶ Programación Anual de la I.E.I N° 074 Nuestra Señora de la Misericordia N° 074-Monsefú. 2015;
Programación Anual de la I.E.I N° 152 – Caserío Cusupe.2015.
Programación Anual de la I.E.I N° 10034 – “María Inmaculada” - Caserío Larán.2015.
Programación Anual de la I.E.I N° 012 “Talentos de María” – Monsefu.2015.
- ⁷ Programación Curricular Anual de Institución Educativa N° 10037 – Caserío Cúsupe, segundo grado. 2015.
Programación Curricular Anual de Institución Educativa N° 10037 María Inmaculada– Caserío Larán, cuarto grado. 2015.
Programación Curricular Anual de Institución Educativa N° 10795– P.J. Jesús Nazareno Cautivo, VII Unidad de aprendizaje, sexto grado. 2015.
Programación Curricular Anual de Institución Educativa de la I.E. San Carlos-Monsefú: Proyecto de aprendizaje: El Consumo de Alimentos Nutritivos Nos Da Vida Sana. Primer y segundo grado. 2015
Programación Curricular Anual de Institución Educativa N° 11029 – Monsefú. Unidad de Aprendizaje VI: Participemos del Festival Gastronómico Nutritivo.2015
Programación Curricular Anual de Institución Educativa N° 10035 – Jorge y E. Pisfil Villalobos – Callanca. Unidad de Aprendizaje 02: Nuestras familias se alimentan saludablemente.2015.
- ⁸ Alta = Se enmarca con política y prioridad local/regional/nacional

Media= Se enmarca débilmente con política y prioridad local/regional/nacional

Baja= Se enmarca en política o prioridad en forma indirecta local/regional/nacional

Nula= No se enmarca en ninguna política ni prioridad local/regional/nacional.

- ⁹ Ley N° 27470. Ley que Establece Normas Complementarias para la Ejecución del Programa del Vaso de Leche
- ¹⁰ Decreto Supremo N° 041-2002-PCM, Reglamento de la ley N° 25307 que declara prioritario interés nacional la labor que realizan organizaciones en lo referido al servicio de apoyo alimentario que brindan a las familias de menores recursos.
- ¹¹ Decreto Supremo N° 041-2002-PCM, Reglamento de la ley N° 25307 que declara prioritario interés nacional la labor que realizan organizaciones en lo referido al servicio de apoyo alimentario que brindan a las familias de menores recursos.
- ¹² http://www.qw.gob.pe/?page_id=64. Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma.
- ¹³ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. CAE. Manual Para La Gestión Del Servicio Alimentario. 2013.
- ¹⁴ Alto = Hacen vida activa por iniciativa y muestran compromiso con el programa.
Medio = Con vida activa por el beneficio que recibe, pero bajo compromiso.
Bajo = Con vida activa cuando se les motiva y de escaso compromiso
Muy Bajo = Escasa vida activa y escaso compromiso a pesar de la motivación por los responsables
Ninguno = Totalmente inactivo y sin compromiso.
- ¹⁵ El INEI establece la definición de la pobreza de acuerdo al criterio monetario, por el cual son consideradas pobres aquellas personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de consumo de alimentos y no alimentos.
- ¹⁶ Referida a tener una o más condiciones precarias en la vivienda: a) habita en choza, cabaña, vivienda improvisada o local no habitable; b) el piso de la vivienda es de tierra; c) no cuenta con alumbrado eléctrico dentro de la vivienda; y d) se provee de agua a través de río o acequia.
- ¹⁷ <http://planiestraevaluac.blogspot.pe/2012/01/planificacion-conceptos-elementos.html>
- ¹⁸ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2012). Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social. Directiva N° 004-2012-MIDIS.

- ¹⁹ Ministerio de Salud (2012). Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el País 2014-2016.
- ²⁰ El PI es un instrumento del Presupuesto por Resultados (PpR), orientado a 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, siendo uno de sus 6 objetivos: Reducir la desnutrición crónica infantil en el país.
- ²¹ Se origina con la evaluación del Programa de Saneamiento Tradicional de Water Aid, Bangladesh, y su organización asociada local-VERC (Centro Comunitario de Recursos Educativos, una ONG), realizada por Kamal Kar, y su trabajo posterior en Bangladesh a fines de 1999 y durante el 2000.
- ²² Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, artículo 80°. El peruano, Lima, Mayo 2003
- ²³ Ley 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, artículo 58°, Lima, noviembre 2002
- ²⁴ Ley 26338, Ley General de Servicios de Saneamiento - Texto Único Ordenado del Reglamento de la Ley. Lima. Julio de 1994.
- ²⁵ Decreto Supremo 031-2010-SA, Reglamento de la Calidad del Agua. Lima, 201

INDICE DE TABLAS

Nº	NOMBRE	PÁG.
01	TASA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL, 2010 -2015	22
02	FUNCIONARIOS Y TRABAJADORES CLAVES QUE CONOCEN LA VISION Y MISION DEL PROGRAMA/PROYECTO/ACTIVIDAD EN LOS DISTRITO DE MONSEFU Y SANTA ROSA.	35
03	FRECUENCIA CON SE REUNEN LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA/PROYECTO/ACTIVIDAD EN EL DISTRITO DE MONSEFU Y SANTA ROSA	38
04	ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA. 2015	39
05	CONOCIMIENTO SOBRE LA INCORPORACION DE CONTENIDOS DE TEMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONALES EN PROGRAMA CURRICULARES EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA	42
06	TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS DE NIÑOS DESNUTRIDOS EN EL DISTRITO DE MONSEFU	44
07	TIPO DE SISTEMA DE DESAGUE EN LAS VIVIENDAS A NIVEL DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS DISTRITO DE MONSEFU Y SANTA ROSA	46
08	BENEFICIADOS DE PROGRAMA VASO DE LECHE POR ZONA DE PROCEDENCIA DE LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA.	47
09	BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA QALI WARMA EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y POR ZONA DE PROCEDENCIA.	47
10	PORCENTAJE PROMEDIO DE AÑOS DE ESTUDIO DE LOS PADRES BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONAL, SEGUN GRUPOS DE EDAD EN EL AMBITO DE ESTUDIO	49
11	SITUACION CONYUGAL DE PADRES DE MIÑOS BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS ALIMETARIO NUTRICIONALES POR DISTRITOS EN ESTUDIO	51
12	VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN ECONÓMICO DE LOS HOGARES DE BENEFICIARIOS DE PROGRAMA ALIMENTARIO NUTRICIONAL EN DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA	52
13	NUMERO DE COMITES Y BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE LECHE EN EL DISTRITO DE MONSEFU.	56
14	NUMERO DE COMITES Y BENEFICIARIOS PROGRAMA VASO DE LECHE DISTRITO DE SANTA ROSA.	57
15	NUMERO DE COMITES Y BENEFICIARIOS PROGRAMA COMEDORES POPULARES DE LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA.	58
16	CENTROS EDUCATIVOS CON DOCENTES CAPACITADOS POR GERESA EN TEMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONALES EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA.	58

17	PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA ALIMENTARIO NUTRICIONALES EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA	61
18	FUENTES DE FINANCIAMIENTO, SEGUN RESPONSABLES DE PROGRAMAS ALIMENTARIO NUTRICIONAL EN DISTRITOS	62
19	CONOCIMIENTO DEL COSTO POR RACION POR RESPONSABLES DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS NUTRICIONALES DE LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA	63
20	PROGRAMAS ALIMENTARIOS Y SU IMPACTO	102
21	MARCO LÓGICO DEL MODELO DE GESTIÓN PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFÚ Y SANTA ROSA	173
22	IDENTIFICACION DE PRINCIPALES ACTORES	179
23	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA GESTIÓN DEL MODELO PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL DISTRITAL	183
24	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION DEL MODELO	189
25	PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO	195

INDICES DE GRAFICAS

N°	NOMBRE	PAG.
01	MAPA DEL AREA DE ESTUDIO	13
02	TASA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN MENORES DE CINCO AÑOS EN LOS DISTRITOS DE ESTUDIO, CIRCUITO PLAYAS, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO, 2010 -2015.	22
03	PROCENTAJES DE NIÑOS < 5 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA EN MICRORED CIRCUITO DE PLAYAS ANUAL 2015.	40
04	PLANIFICACION IMPERATIVA Y PLANIFICACIÓN INDICATIVA	114
05	ESQUEMA BÁSICO UN PROCESO DE PLANIFICACIÓN SITUACIONAL	118
06	PRINCIPALES ETAPAS DEL PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	119
07	LA PLANIFICACIÓN SINGULAR Y LA PLANIFICACIÓN PLURAL	120
08	LA PLANIFICACIÓN TRADICIONAL Y LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.	121
09	FACTORES DETERMINANTES DE LA DESNUTRICION INFANTIL	135
10	EJES ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS EN EL MARCO DEL CICLO DE VIDA	136
11	MODELO PARA REDUCIR LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU SANTA ROSA.	144
12	ORGANIGRAMA BÁSICA PARA LA GESTIÓN DE LA REDUCCION DE LA DESNUTRICION CRÓNICA INFANTIL EN LOS DISTRITOS DE MONSEFU Y SANTA ROSA	186

ANEXOS

a) CUADROS

CUADRO ANEXO N°01

TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS Y % NIÑOS DESNUTRIDOS EN EL DISTRITO DE MONSEFU

ESTABLECIMIENTO DE SALUD/Sectores que cobertura	Area (U/R)	TASA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL %	TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN VIVIENDA					
			Red Pública %	Piletas/v ecino %	Pozos %	Cisterna/ otro %	Acequias %	Viviendas con carencia a la red pública (%)
DISTRITO MONSEFU		20.7	59.0	17.0	22.0	1.0	1.0	41
CENTRO SALUD MIGUEL CUSTODIO PISFIL		19.9	79.18	7.2	11.4	0.44	1.78	20.82
Algarrobos	Rural		79.81	20.0	3.0	0.0	2.0	20.29
Ciudad de Monsefú	Urbana		76.1	18.90	3.0	2.0	0.0	23.9
Jesús Nazareno Cautivo	Urbana		76.0	18.9	2.9	2.0	0.0	24.0
Caseríos adyacentes a la Ciudad Dispersa	Rural		15.0	4.0	93.90	0.0	2.0	85.0
Micarcape	Rural		94.74	3.0	0.0	0.0	2.26	5.26
Choloque	Rural		100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00
Cúsupe	Rural		100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00
Carretera Monsefú – Larán	Rural		100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00
Muysil	Rural		90.24	0.0	0.0	0.0	9.76	9.76
PUESTO SALUD PÓMAPE		25.0	0.0	0.0	98.17	0.0	1.83	100.00
Pómape	Rural		0.0	0.0	98	0.0	2.0	100.0
Poncoy	Rural		0.0	0.0	98	0.0	2.0	100.0
Chacupe	Rural		0.0	0.0	98.53	0.0	1.47	100.0
PUESTO SALUD VALLE HERMOSO		39.3	0.0	0.0	98.0	0.0	2.0	100.00
Valle Hermoso	Rural		0.0	0.0	98.0	0.0	2.0	100.00
PUESTO SALUD CALLANCA		23.3	0.0	4.85	91.25	0.0	3.90	100.00
Alicán Bajo	Rural		0.0	21.61	76.39	0.0	2.0	100.0
Calazan	Rural		0.0	0.0	98.59	0.0	1.41	100.0
Centro Poblado Callanca	Rural		0.0	0.0	91.28	0.0	8.72	100.0
Guzmán	Rural		0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
Villa Saúl	Rural		0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
DISTRITO SANTA ROSA		21.2	76.00	21.00	1.00	1.00	1.00	24.00
CENTRO SALUD SANTA ROSA		21.2	76.00	21.00	1.00	1.00	1.00	24.00
Ciudad Santa Rosa	Urbana		77.75	21.07	0.59	0.18	0.00	22.25
Población Dispersa - Laguna Grande	Urbana		0	0	10.53	89.47	0.00	100.00

b) INSTRUMENTOS O TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

TÉCNICA 1: GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

UNIDAD DE ANÁLISIS: Servicios del programa/proyectos alimentarios nutricionales

FUENTE: Responsables de programas alimentarios nutricionales; Funcionarios de sectores claves: Educación, Salud, Empresa de Agua y Saneamiento, MIDIS, Municipalidades

VARIABLE	INDICADORES	DIMENSIONES	PREGUNTAS DE LA GUÍA	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN A QUIEN RESPONDE
Políticas	Funcionarios y trabajadores conocen visión y misión del programa/proyecto /actividad	Rol del programa	Conoce la visión y misión del proyecto/programa a) Bastante enterado b) Poco enterado c) Muy poco enterado d) No sabe / no responde.	Pregunta 1
Niveles de coordinación entre programas/proyectos	Frecuencia de coordinación entre programas /proyectos alimentarios y nutricionales.	Reuniones de coordinación	¿Con que frecuencia se reúnen para analizar el avance de los programas que ejecutan? a) anual b) semestral c) mensual d) no se reúnen.	Pregunta 2
			De ser positiva. ¿Con quienes se reúne? Instituciones Educativas Establecimiento de salud EPSEL Autoridad Municipal Responsable Vasos de Leche Qali Warma Otro (especificar)	Pregunta 2

Oferta educativa	Los centros que han incorporado contenidos nutricionales en programas curriculares con apoyo de GERESA	Contenidos curriculares	¿El centro educativo incorpora contenidos de temas alimentarios nutricionales en su programa curricular? a) Si incorpora b) No incorpora c) No sabe d) No recibe asistencia de GERESA.	Pregunta 3
			¿Los servicios brindados se encuentran focalizados?	Pregunta 3
Recursos humanos	Docentes de centros educativos conocen la misión de programas /proyectos alimentario nutricionales	Personal competente	¿Existen docentes capacitados en temas alimentarios nutricionales por GERESA? a) Si existen b) Son pocos c) No hay capacitados d) ¿Cuántos son los docentes capacitados?	Pregunta 5
Recursos humanos	Nº de médicos/ Nº de enfermeras/ Nº de nutricionistas que participan en los programas/proyectos alimentarios nutricionales.	Personal competente	¿Qué profesionales de la salud participa en el programas/proyecto?: -----MédicosEnfermeraNutricionistapersonal no ligado al campo de la salud	Pregunta 5
Recursos presupuestales	Fuente de financiamiento de programas/proyectos alimentario nutricionales.	Fuentes de financiamiento	¿Con que fondos se financia el programa/proyecto alimentario nutricional? a) Recursos del Estado b) Recursos propios c) Donaciones d) Otros e) No sabe no opina	Pregunta 5
Recursos presupuestales	Conocimiento del costo de ración que distribuye el programa/proyecto	Costo -ración	¿Conoce el costo por ración distribuido por el programa/proyecto? a) Cuesta S/ b) No conoce	Pregunta 5

INSTRUMENTO 1: REVISIÓN DOCUMENTAL

UNIDAD DE ANÁLISIS: Programa/proyectos alimentarios nutricionales

FUENTE: Documentos de Gestión (planes, programas, plan operativo, ROF, programa presupuestal, etc.), registros de atenciones, etc.

VARIABLE	INDICADORES	DIMENSIONES	PREGUNTAS DE GUÍA EN LA REVISIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN A QUIEN RESPONDE
Políticas	Políticas de desarrollo alimentario y nutricional de nivel local existentes.	Tipo de Documentos de gestión	¿El Plan de Desarrollo Concertado Local ...X., contempla políticas, objetivos, estrategias, actividades /metas especificar para reducir desnutrición crónica? ¿Existe alguna política específica concertada para reducir la desnutrición infantil en el distrito X? ¿Planes de Salud Local contempla políticas, objetivos y estrategias para reducir desnutrición infantil? ¿Centros educativos, ¿Empresa prestadora de servicios de saneamiento, MIDIS, tienen incorporado políticas, objetivos y actividades en sus planes institucionales relacionadas a la salud nutricional?	Pregunta 1
Políticas	Acuerdos u ordenanzas municipales existentes sobre políticas alimentario nutricionales	Voluntad política	En el distrito X ¿En los dos últimos años existe alguna ordenanza o acuerdo municipal que prioriza políticas alimentarias para la reducir desnutrición infantil?	Pregunta 1
Programas	Nº de programas alimentario nutricionales concertados operando	Cantidad de programas	¿Cuántos programas alimentario nutricionales están operando en el distrito X? ¿Cómo se financia este programa?	Pregunta 1

Proyectos	Nº de proyectos/actividades alimentario nutricionales concertados operando	Cantidad de proyectos/actividades	¿Cuántos proyectos /actividades alimentario nutricionales están operando en el distrito X? ¿Cómo se financian?	Pregunta 1
Niveles de coordinación entre políticas	Nivel de coherencia de programa/proyecto/actividad alimentario y nutricional con políticas locales	Coherencia con política locales	¿Los programa/proyecto/actividad alimentario nutricional que operan en el distrito X se enmarcan en políticas y prioridades locales establecidas? ¿El nivel de coherencia es alta, media, baja o nula?	Pregunta 2
Niveles de coordinación entre políticas	Nivel de coherencia de programa/proyecto/actividad alimentario y nutricional con políticas regional y nacional.	Coherencia con política regional/nacional	¿Los programa/proyecto/actividad alimentario nutricional que operan en el distrito X se enmarca en políticas y prioridades regionales y nacionales establecidas? ¿El nivel de coherencia es alta, media, baja o nula?	Pregunta 2
Niveles de coordinación entre programas	Frecuencia de reuniones de coordinación entre programas/proyectos/actividades alimentario nutricionales	Reuniones de coordinación	Los responsables de programa/proyecto actividad alimentario nutricional se reúnen para coordinar su intervención en forma anual, semestral, a veces, o nunca se reúnen?	Pregunta 2
Organización de beneficiarios	Reglamento y estructura orgánica de comités de beneficiarios	Organización	¿Cómo es la estructura orgánica de los beneficiarios del programa/proyecto/actividad X? ¿Cuentan con reglamento reconocido? ¿Cuál es su papel dentro del programa/proyecto/actividad? ¿Contribuyen con su participación en la eficacia de los objetivos del programa/proyecto o actividad?	Pregunta 5
Organización de beneficiarios	Nº de Comités de vasos de leche urbano y rurales implementados	Presencia del programa	¿Cuántos son los comités y los beneficiarios del PVL en el distrito X.?	Pregunta 5
Organización de beneficiarios	Nº de comedores populares urbanos y rurales implementados	Presencia del programa	¿Cuántos son los comités y los beneficiarios de los comedores populares del distrito X?	Pregunta 5

INSTRUMENTO 2: REVISIÓN DOCUMENTAL

UNIDAD DE ANÁLISIS: Niños

FUENTE: Registros de Establecimiento Gerencia Regional de Salud (GERESA), programas de vaso de leche, comedores populares, otros.

VARIABLE	INDICADORES	DIMENSIONES	PREGUNTAS DE LA GUÍA	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN A QUIEN RESPONDE
Oferta del servicio salud nutricional	Grado nutricional de niños del distrito, evaluados por establecimiento de GERESA.	Incidencia actual	¿Cuál es el grado nutricional de niños del distrito X? a) Normal b) Crónico b) Agudo c) Global. d) Sobre peso e) Obesidad	Pregunta 3
Oferta del servicio salud nutricional	Grado nutricional de niños beneficiarios de programas/ proyectos, evaluados por establecimiento de GERESA.	Incidencia local	¿Qué nivel nutricional presentan los niños beneficiarios del programa/proyecto/actividad X del distrito X? a) Normal b) Crónico b) Agudo c) Global d) Sobre peso e) Obesidad	Pregunta 3
Oferta del servicio salud nutricional	Frecuencia de evaluación nutricional realizado por GERESA a niños beneficiarios.	Periodicidad de evaluaciones	En promedio ¿Con que frecuencia la GERESA evalúa el nivel nutricional en el Programa X del distrito X a) anual b) semestral c) mensual d) a veces e) nunca	Pregunta 3

Oferta de agua y saneamiento	Nº casos de desnutrición infantil relacionados con los servicios de agua y saneamiento	Casos relacionados	Casos de niños con algún nivel de desnutridos registrados y relacionado con carencias de servicios de agua y saneamiento en establecimientos de GERESA ubicados en el distrito X.	Pregunta 3
Procedencia	Nº de niños beneficiados procedentes de zona urbana marginal. Nº de niños beneficiados procedentes de zona rural.	Área procedencia	En el programa/proyecto/actividad X del distrito X: ¿Cuántos beneficiados provienen de la zona urbana marginal? ¿Cuántos de la zona rural?	Pregunta 4
Condición socio económica	Nº promedio de años de estudio de padres de beneficiarios en programas/ proyectos/ actividad alimentario nutricional.	Nivel educativo de padres	En el programa/proyecto/actividad X del distrito X, : el promedio de años de estudio de los padres de los beneficiarios es: a) Sin nivel educativo b) 1 a 5 años c) 6 a 10 años d) mayor de 11 años	Pregunta 4
Condición socio económica	Nivel de integración familiar del beneficiario	Integración familiar	En el programa/proyecto/actividad X del distrito X, : los beneficiarios provienen de : a) Parejas unidas b) Parejas separadas c) Madres solteras, d) Madres abandonadas e) Padres fallecidos.	Pregunta 4
Condición socio económica	Nivel económico de beneficiarios de programa/proyecto/actividad alimentario nutricional	Ubicación en el nivel	En el programa /proyecto/actividad X del distrito X: los beneficiarios provienen de hogares de condición económica: a) Muy baja b) Baja c) Media d) Alta	Pregunta 4

INSTRUMENTO 3: REVISIÓN DOCUMENTAL

UNIDAD DE ANÁLISIS: Servicios de programas/proyectos

FUENTE: Programas curriculares de centros educativos, registros de asistentes a eventos, convenios vigentes, registros de Empresa Prestadora de servicios de Saneamiento.

VARIABLE	INDICADORES	DIMENSIONES	PREGUNTAS DE LA GUÍA	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN A QUIEN RESPONDE
Oferta educativa	Centros educativos que han incorporado contenidos nutricionales en programas curriculares con apoyo de GERESA	Apoyo interinstitucional	En el distrito X, establecimientos de salud de GERESA han apoyado en la programación curricular a a) Todos los C.E. de su ámbito b) Algunos C.E. que lo solicitaron c) A ningún C.E.	Pregunta 3
Oferta educativa	Frecuencia de eventos realizados por centros educativos sobre prácticas alimentario nutricionales a padres con apoyo de GERESA.	Apoyo interinstitucional	En el distrito X, el establecimiento de salud X de GERESA han apoyado con eventos educativos sobre prácticas nutricionales a a) Todos los C.E. de su ámbito b) Algunos C.E. que lo solicitaron c) A ningún C.E.	Pregunta 3
Oferta educativa	Convenio interinstitucional educación - salud – EPSEL (escuelas saludables)	Apoyo interinstitucional	En el distrito X, el establecimiento de salud X de GERESA, centros educativos X y EPSEL ¿Tienen suscrito compromisos de apoyo conjunto para promover la salud infantil? a) Si existe b) No existe.	Pregunta 3

Oferta de agua y saneamiento	Tipo y situación del sistema de agua en viviendas de niños con desnutrición	Sistemas de agua	En el establecimiento de salud X de GERESA, del distrito X, la vivienda de los niños detectados con desnutrición se abastecen de agua por: a) Red pública b) Piletas a) Pozos c) acequias.	Pregunta 3
Oferta de agua y saneamiento	Eventos de buenas prácticas en el uso del manejo de agua.	Frecuencia de eventos	Frecuencia de eventos realizados por Empresa prestadora de servicios de saneamiento sobre buenas prácticas en el uso y manejo del agua a) Muy frecuente b) Frecuente c) Poco frecuente d) nunca	Pregunta 3
Oferta de agua y saneamiento	Tipo y situación del sistema de desagüe o alcantarillado en viviendas de niños con desnutrición	Sistemas desagüe	En el establecimiento de salud X de GERESA, del distrito X, la vivienda de los niños detectados con desnutrición el sistema de desagüe de su vivienda es: a) A la red pública b) No tiene desagüe	Pregunta 3
Sensibilización	Folletos /boletines, etc. que difunden la problemática nutricional editados y distribuidos y conocidos por los beneficiarios.	Difusión problemática	En los últimos dos años en el programa/proyecto/actividad alimentario nutricional X, del distrito X, se han editado y distribuido y conocido medios que difunden la problemática nutricional: a) Si b) No c) solo folletos d) solo boletines e) ambos.	Pregunta 6
Capacitación	Nº de trabajadores de programas/ proyectos con conocimiento de temática nutricional y el trabajo articulado	Conocimiento de temática nutricional	En el distrito X, los trabajadores del programa/ proyecto/ actividad X, acreditan conocimientos en la temática nutricional.	Pregunta 6
Capacitación	Nº de beneficiarios de programas /proyectos capacitados en elaboración de dietas alimentarias por establecimiento de GERESA.	Conocimiento de temática nutricional	En el distrito X, los beneficiarios del programa/ proyecto/ actividad X son capacitados en elaboración de dietas alimentarias por los el establecimiento de GERESA.	Pregunta 6

Capacitación	Nº de beneficiarios de programas / proyectos capacitados en manipulación de alimentos por establecimiento de GERESA.	Conocimiento de temática nutricional	En el distrito X, los beneficiarios del programa/ proyecto/ actividad X son capacitados en elaboración y manipulación de alimentos por los el establecimiento de GERESA en Número de	Pregunta 6
Cambio de actitudes de autoridades	Plan de estudios de educación básica y su relación con el problema nutricional.	Educación y nutrición	En el ámbito ¿El Plan de Estudios de educación básica evidencia alguna relaciona con el problema nutricional? a) Si evidencia b) No evidencia c) Es superficial.	Pregunta 7
Cambio de actitudes de autoridades	Frecuencia de eventos de educación alimentaria y nutricional promovidos por autoridades.	Eventos de educación	En el distrito X, las autoridades promueven eventos de educación alimentaria y nutricional en forma a) Muy frecuente b) Frecuente c) Poco frecuente d) nunca	Pregunta 7
Cambio de actitudes de responsables de programas/proyectos	Frecuencia de eventos de sensibilización alimentaria y nutricional promovidos por responsables de programas/ proyectos	Eventos de educación	En el distrito X, los responsables de programas/ proyectos promueven eventos de sensibilización alimentaria y nutricional en forma a) Muy frecuente b) Frecuente c) Poco frecuente d) nunca	Pregunta 7
Cambio de actitudes de autoridades	Frecuencia de eventos de educación alimentaria y nutricional en instituciones actoras claves organizados por responsables de programas / proyectos	Eventos de educación	En el distrito X, los responsables de programas/proyectos promueven eventos de educación alimentaria y nutricional en forma a) Muy frecuente b) Frecuente c) Poco frecuente d) nunca	Pregunta 7
Cambio de actitudes de dirigentes	Frecuencia de eventos de educación alimentaria y nutricional promovidos por dirigentes.	Eventos de educación	En el distrito X, los dirigentes de organizaciones beneficiaras promueven eventos de educación alimentaria y nutricional en forma a) Muy frecuente b) Frecuente c) Poco frecuente d) nunca	Pregunta 7

Cambio de actitudes de dirigentes	Dirigentes comprometidos con los objetivos del programa/proyecto alimentario nutricional		En el distrito X, los dirigentes de organizaciones beneficiarias, manifiestan interés y compromiso con los objetivos del programa/proyecto en nivel: a) Alto b) medio c) bajo d) muy bajo e) ninguno	Pregunta 7
Rol de involucrados	Nº de eventos de coordinación en temas de asistencia alimentaria y nutricional promovidos por autoridades.	Eventos de coordinación	En el distrito X, las autoridades promueven eventos de coordinación en temas de asistencia alimentaria y nutricional promovido por autoridades. a) Muy frecuente b) Frecuente c) Poco frecuente d) nunca.	Pregunta 8

INSTRUMENTO 4: TÉCNICA PARTICIPATIVA PARA ELABORAR POLÍTICAS LOCALES DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

UNIDAD DE ANÁLISIS: **Programa /proyecto**









FUENTE: Autoridades municipales locales, funcionarios de sectores educación, salud, Empresa de servicios de agua y saneamiento, desarrollo social, dirigentes de organizaciones beneficiarias, responsables de programas/proyectos (vaso de leche, comedores populares, otros).

Los participantes mediante el mecanismo de lluvias de ideas y su respectiva socialización desarrollaran la siguiente matriz




VARIABLE A CONSIDERAR	PROBLEMA DETECTADO	PROPUESTA DE POLITICA (Propuesta de actuación)	INSTRUMENTOS DE ACCION	ACTORES CLAVES	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN A QUIEN RESPONDE
Articulación					Pregunta 9 y 10
Coordinación					
Filtración					
Yuxtaposición					
Organización institucional					
Usuarios (beneficiarios)					
Funcionario –trabajadores					
Implementación Capital humano					
Implementación recursos económicos					
Implementación logística					
Oferta educativa					
Oferta de salud					
Oferta de agua					
Oferta de saneamiento					
Desarrollo de capacidades					
Sensibilización					
Cambios de actitudes					
Sub cobertura en la demanda del servicio					

C) DESARROLLO A FOCUS GROUP

REUNION GRUPAL SOBRE TEMA: DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN MONSEFU

NOMBRE Y APELLIDO DEL PARTICIPANTE	INSTITUCION QUE REPRESENTA	CORREO ELECTRONICO/TELEFONO	FIRMA	TEL.
1. LUIS RELOZ FLOREZ	MDM. MONSEFU	lorf31@hotmail.com		979856640
2. Janet del Rosario Delgado Ayala	I.E.F. N° 152 CUSUPE	merlie-2@hotmail.com		986834114
3. Julia Gutierrez Saez	J.E. 28 178	jcontreraspardo@hotmail.com		#942130114
4. Wenceslas Sarango Elias	Programa Nacional Cuna Más IEI N° 012	wsarango@cunamas.gob.pe		#954451230
5. Fatima Barboza Borralde	TALENTO DE MARIA	foba668@gmail.com		#979682321
6. José Maguén Bontre	UNPRG - FACHSE	jmaguen@hotmail.com		#979996442
7. Inés Giovanna Mecha González	MDM - Monsefu	ineo80-24@hotmail.com		#943013127
8. Gloria Leibel Varguz Mancada	IEI N° 124 Alameda	isa.5m@hotmail.com		#975764404

REUNION GRUPAL SOBRE TEMA: DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN MONSEFU

	NOMBRE Y APELLIDO DEL PARTICIPANTE	INSTITUCION QUE REPRESENTA	CORREO ELECTRONICO/TELEFONO	FIRMA
9.	Julia Isabel Acosta Sandoval	I.E.I. N° 074. Nuestra Sra de la Misericordia"	isabelita_1621@hotmail.com #970083957	
10.	Romelia Barco Pisfil	San Jose Vaso de leche		Romelia Barco Pisfil 97771501
11.	Yessenia Ysabel Mechañ Agapito	Regidora M.D.M. Programas Sociales	yesi_mechan25@hotmail.com #973452466	
12.	Jose Efraim Pisfil Hunter	UNPRG-	jpisfil143@hotmail.com #95564967	

D) FOTOGRAFIAS

Fotografía N°01: Entrevista y recojo de información en Instituciones Educativas.



Fotografía de Andy E. Pisfil. Monsefú. 2016. Colección Autor. Chiclayo, Monsefú-Santa Rosa.

Fotografía N°02: Entrevista y recojo de información en Establecimientos de Salud.



Fotografía de José E. Pisfil. Monsefú. 2016. Colección del Autor. Monsefú, Callanca – Vallehermoso.

Fotografía N°03: Entrevista y recojo de información a Presidentes Comité Vaso de Leche



Fotografía de Juan C. Pisfil. Monsefú. 2016. Colección del Autor. Chiclayo, Santa Rosa y Monsefú.

Fotografía N° 04: Reunión de Focus Group, jueves 10 noviembre 2016



Fotografía de Andy Efraín Pisfil. Monsefú. 2016. Colección Pisfil. Chiclayo, Monsefú



Fotografía de Andy Efraín Pisfil. Monsefú. 2016. Colección Pisfil. Chiclayo, Monsefú