



SERVICIO DE CONSULTORÍA:

**EVALUACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS
PARA PROMOVER LA ADECUADA
ALIMENTACIÓN, Y LA PREVENCIÓN Y
REDUCCIÓN DE LA ANEMIA**

Preparado para:



ENTREGABLE 4: INFORME FINAL

Este documento ha sido elaborado por el siguiente equipo consultor:

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por el Ministerio de Economía y Finanzas, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web <https://apps4.mineco.gob.pe:443/st/r?hr=e33cb7ea-0eaa-4c8a-b930-c749c08e7f36-2594989> ingresando el siguiente código de verificación EFDGKFKJK



Confidencial

Sede C
Jr. Jun
Tel. (51
www.mef.gob.pe

Investigador Principal: Alvaro Monge
Investigador Asociado: Yohnny Campana
Investigador Asociado: Raquel Lozada
Especialista en Nutrición: Oscar Aquino
Equipo de evaluadores: Katherine Sanchez y Enrique Vera
Equipo de asistentes: Stephanie Maita, Daniela Berdejo, Roberto Caballero y Gabriel Guevara



Contenido

| | |
|---|-----|
| Resumen ejecutivo..... | 4 |
| 1. Introducción | 17 |
| 2. Marco conceptual | 21 |
| 2.1 Teoría de cambio..... | 21 |
| 2.2 Marco de la política pública..... | 31 |
| 2.2.1 Programa Presupuestal Articulado Nutricional | 32 |
| 2.2.2 Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia..... | 35 |
| 2.2.3 Estrategia Incluir para Crecer..... | 37 |
| 2.2.4 Lineamientos “Primero la Infancia”..... | 38 |
| 2.2.5 Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia..... | 40 |
| 2.2.6 Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia | 42 |
| 2.2.7 Programa Presupuestal Orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (PPORDIT) | 44 |
| 2.2.8 Balance de la política pública | 47 |
| 3. Metodología | 50 |
| 3.1 Enfoque Metodológico..... | 50 |
| 3.1.1 Evaluación de diseño | 50 |
| 3.1.2 Evaluación de gestión | 52 |
| 3.1.3 Evaluación de resultados | 54 |
| 3.1.4 Evaluación de eficiencia | 56 |
| 3.1.5 Evaluación de sostenibilidad | 57 |
| 3.2 Estrategias de recolección de información | 58 |
| 3.2.1 Información documentaria..... | 59 |
| 3.2.2 Información primaria..... | 59 |
| 4. Evaluación de las visitas domiciliarias..... | 66 |
| 4.1 Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más..... | 66 |
| 4.1.1 Evaluación de diseño | 70 |
| 4.1.2 Evaluación de gestión | 100 |
| 4.1.3 Evaluación de resultados | 125 |
| 4.1.4 Evaluación de eficiencia | 133 |
| 4.1.5 Evaluación de sostenibilidad | 145 |
| 4.2 Meta 4 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal 2019..... | 148 |
| 4.2.1 Evaluación de diseño | 148 |
| 4.2.2 Evaluación de gestión | 174 |
| 4.2.3 Evaluación de resultados | 219 |
| 4.2.4 Evaluación de eficiencia | 228 |
| 4.2.5 Evaluación de sostenibilidad | 236 |



| | | |
|-------|---|-----|
| 4.3 | Interacción de las intervenciones en el territorio | 240 |
| 4.3.1 | Cobertura de las VD | 240 |
| 4.3.2 | Tendencias en indicadores de cambio de comportamiento y anemia | 244 |
| 5. | Hallazgos y conclusiones | 260 |
| 5.1 | Servicio de Acompañamiento Familiar (SAF) | 260 |
| 5.2 | Meta 4 del Programa de Incentivos..... | 263 |
| 6. | Recomendaciones | 267 |
| 6.1 | Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más | 267 |
| 6.2 | Meta 4 del Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal | 268 |
| 7. | Principales limitaciones | 270 |
| 8. | Bibliografía | 271 |
| 9. | Anexos | 279 |



RESUMEN EJECUTIVO

- En el Perú, de acuerdo con los resultados de la Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 3 años se ha mantenido alrededor del 40% entre el 2011 y 2019. Si bien se ha dado una notoria caída del indicador para el último año de cerca de 4 puntos, los datos revelan que la anemia es un problema persistente en el país. Asimismo, la mayor prevalencia se encuentra en las zonas rurales, lo cual revela una brecha de casi 10 puntos respecto de las zonas urbanas. Dicha brecha, a su vez, se habría mantenido constante durante la última década.
- La anemia es un problema que comenzó a ser priorizado en el 2014 y que tomó mayor notoriedad a partir del año 2017 con la realización tanto del Plan Nacional para la Reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil como del Plan Multisectorial de lucha contra la anemia (PMLCA). Por un lado, el Plan Nacional adopta el modelo causal del PAN y convierte al problema de la anemia como prioridad dentro del sector salud, mientras que el Plan Multisectorial toma como referencia la Estrategia “Incluir para crecer” y los Lineamientos “Primero la Infancia”, y a diferencia del anterior la importancia de combatir la anemia pasó de ser prioridad dentro de un sector para pasar a ser prioridad máxima dentro de los objetivos de la mayoría de los sectores del Estado. Es decir, si con el Plan Nacional del 2017 se materializó la importancia de la anemia para el sector salud, fue en 2018 que esta problemática pasó a ser prioridad multisectorial por combatir.
- Como parte de esta mayor relevancia de la anemia en la agenda pública las estrategias como las visitas domiciliarias se consideraron conceptualmente pertinentes dado que su principal objetivo es incidir sobre el comportamiento de las familias para poder generar finalmente una mejora en resultados en los niños y niñas. Tomando en cuenta este esquema, existen dos intervenciones clave que buscan mejorar el estado nutricional de las niñas y niños y disminuir la prevalencia de anemia en la población infantil. Estos son:
 - **Las visitas domiciliarias en el marco de la Meta 4 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal**, denominada “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia”, implementada desde el 2019, siendo las entidades responsables de su desarrollo el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
 - **Las visitas domiciliarias en el marco del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)** del Programa Nacional de Cuna Más (PNCM) diseñado y dirigido por Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). La intervención del SAF es implementada desde el 2012, con el fin de promover el cambio y adopción de prácticas de cuidado y aprendizaje en el marco de los resultados del Desarrollo Infantil Temprano. A partir del 2018, se implementa la Estrategia para la prevención y control de la anemia en los niños y niñas usuarios de los servicios del PNCM, dentro del ellos el SAF, como resultado de la notoriedad del problema de la anemia.
- UNICEF busca a través de la “Evaluación de las visitas domiciliarias para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia” generar información que permita orientar y optimizar la implementación de los programas en sus diversas etapas, así como de revisar su diseño y actividades para establecer, a partir de ello, una propuesta de estrategias que ayuden a su mejora continua.
- De este modo, las dos intervenciones evaluadas, el PI y el SAF atienden algunas causas indirectas que afectan críticamente las causas directas de la anemia. Por un lado, las visitas domiciliarias implementadas bajo el SAF de Cuna Más buscan a través del diálogo, otorgar información y concientizar sobre la promoción de prácticas de cuidado (alimentación



saludable, suplementación complementaria, prácticas de higiene, entre otros) y aprendizaje (juegos y dinámicas con los niños y niñas). En base a lo mencionado, dicha acción trata de incidir y combatir la falta de costumbre y conocimiento sobre prácticas de alimentación saludable, prácticas de higiene y de cuidado del niño. Por otro lado, las visitas domiciliarias ejecutadas bajo la Meta 4 del Programa de Incentivos, se realiza con un enfoque de monitoreo y supervisión, ya que durante la visita se consulta al cuidador sobre el consumo de la suplementación de hierro de los menores de 11 meses de edad. Esta estrategia es mucho más focalizada, ya que ataca directamente la inadecuada ingesta de hierro a través de la suplementación con gotas o jarabes.

Síntesis de la metodología

- El documento se centra en desarrollar la evaluación sumativa de las intervenciones bajo análisis. En ese sentido, la metodología bajo el cual se desarrolla la presente evaluación descansa en el análisis reflexivo, sistemático y estructurado de variables que se vinculan con hipótesis plausibles atadas a las preguntas específicas de investigación contenidas en los TdR. El estudio de los programas se hace por separado, aunque se desarrolla una sección final de interacción de las intervenciones en el territorio. Esta decisión se toma no solo porque ese fue el planteamiento originalmente solicitado por UNICEF y corroborado por las instituciones usuarias del estudio, sino que los diferentes momentos en que se encuentran ambas intervenciones SAF (programa consolidado), Meta 4 de PI (programa en estadio temprano) impide la capacidad de realizar contrastes adecuados. Además, debe reconocerse que la evaluación de SAF se hace solo sobre una parte acotada (anemia) de la atención integral que supone el programa (desarrollo infantil temprano) mientras para que en el caso de la Meta 4 de PI el ámbito de intervención de la anemia es más representativo del esfuerzo del programa. Por lo anterior, si bien se ha tratado de mantener cierta homogeneidad en el análisis y en las respuestas a las preguntas persisten diferencias en el nivel de profundidad alcanzado en cada programa.
- La evaluación de las intervenciones se ha abordado desde 5 perspectivas: evaluación de diseño, de gestión, de resultados, de eficiencia, y de sostenibilidad. En cada una de ellas se detallan las preguntas específicas de evaluación que guían el análisis de cada sección trabajada en la sección 4 del presente documento. Las estrategias para recolectar la información necesaria para responder a cada una de las preguntas específicas de evaluación consistieron en la revisión documentaria de cada una de las intervenciones. Adicionalmente se trabajó con bases administrativas de las intervenciones y bases de datos secundarias. Finalmente se recolectó información primaria a partir de entrevistas que recogieran las percepciones de los actores vinculados directamente con las intervenciones. De este modo, los hallazgos no descansan en supuestos de causalidad o controla por ellos, tampoco en la verificación de hechos, comprobación de circunstancias o auditoría de la calidad de información recibida. Más bien los mismos son de carácter exploratorio basados fundamentalmente en percepciones de informantes clave que debe invitar a desarrollar métodos más exhaustivos de investigación o indagación que los confirmen o rechacen. Dada esta limitación metodológica muchas de las recomendaciones de este estudio se basan en verificar hallazgos que a juicio del consultor son relevantes profundizar.
- Para la recolección de información a nivel regional, se establecieron 6 departamentos a ser visitados: Lima, Ancash, Piura, Cusco, San Martín y Amazonas; los cuales habían sido previamente definidos por UNICEF. Asimismo, para la selección de municipalidades se tomaron como referencia tres criterios: el tipo de las municipalidades, la clasificación de éstas según el programa de intervención (SAF, PI o ambos), y el grado de cumplimiento de las visitas como variable que aproxima de forma imperfecta el desempeño en la implementación de los programas. Con ello, se esperaba contar con un nivel de variabilidad suficiente que permita obtener hallazgos sobre las distintas condiciones en las que operan los programas en cada una de las localidades, sobre todo considerando que el estudio dado el limitado número de municipios, responde más al concepto de estudio de caso que muestra



representativa a nivel nacional. De esta manera, las entrevistas para el SAF, a nivel local, se realizaron en 4 distritos: Cajaruro en la región de Amazonas; Paimas, en Piura; Pariahuanca, en Ancash y Yanaoca, en Cusco. Por otro lado, en el caso de PI se realizaron entrevistas a 8 distritos: Carabayllo en Lima, Taricá en Ancash, Chinchaypujio en Cusco, La Banda de Shilcayo en San Martín, Paimas y Chulucanas en Piura, y Cajaruro y Chachapoyas en Amazonas.

- A nivel nacional, se recogió información tanto del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y del Programa Nacional Cuna Más para el caso del SAF; y del Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas para el caso de la Meta 4 del PI. De manera complementaria, se realizaron entrevistas con un grupo de expertos en temas de políticas públicas relacionadas a salud y desarrollo infantil.

Principales hallazgos y conclusiones

Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más

- El Servicio de acompañamiento a familias brindado por el Programa Nacional Cuna Más nace con el objetivo principal de mejorar el desarrollo infantil temprano en niños y niñas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, en línea con las prioridades políticas respecto a la anemia, el SAF fue uno de los programas sociales que fortaleció e incorporó actividades específicas en el marco del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia.
- La operativización de la política de lucha contra la anemia, en el marco del SAF, se hizo a través de una estrategia de control y prevención de la anemia en niños y niñas usuarios del servicio. Si bien las actividades de promoción de prácticas saludables, tomando en cuenta lineamientos del MINSA, el PMLCA y el Plan Sectorial del MIDIS, ya venían siendo contempladas por el servicio, el SAF ha ido incorporando actividades como el fortalecimiento de capacidades y el seguimiento al consumo de hierro de manera preventiva. A través de ello, el SAF termina siendo una de las actividades priorizadas alineadas con el lineamiento 4.1 de la Política General del Gobierno: Reducir la anemia infantil en niños y niñas de 6 a 35 meses con enfoque en la prevención.
- La adaptación de actividades a nivel operativo en el diseño de la visita domiciliaria no cuenta con una correspondiente adaptación del marco lógico de la intervención. Por ello, la adecuación de este programa a la lucha contra la anemia habría sido imperfecta durante el periodo de evaluación. No obstante, casi al finalizar el estudio se tomó conocimiento de algunos avances que viene desarrollando el programa en esta adecuación, de manera particular con la construcción de la Cadena de Valor actualizada del programa aprobada mediante RDE 429-2020-MIDIS/PNCM del 18 de agosto del 2020. La cadena de valor reformulada por el PNCM incluye indicadores que permitirían medir el conocimiento y la aplicación de prácticas de cuidado saludable, lo cual se esperaría que en corto plazo sea incluido en una actualización de la MML del PNCM.
- El análisis de los indicadores de la Cadena de Valor bajo criterios SMART es limitado debido a que a la fecha no se cuenta con una MML que incluya resultados asociados a la anemia y los indicadores propuestos aun no disponen de fichas técnicas en versiones finales. A pesar de esta limitación se puede concluir que los indicadores a nivel de producto, relacionados a la cobertura y prestación del servicio se encuentran adecuadamente alineados con criterios SMART. Solo en 2 de los 4 indicadores la brecha de información está relacionada a la falta de establecimiento de metas. Por otro lado, tanto a nivel de resultados inmediatos como de resultado específico, se observa una mayor incertidumbre vinculada a su medición, aun cuando estos indicadores son relevantes. Tal como están planteados los indicadores, existirían brechas sobre fuentes de información para recolectar tanto los conocimientos de los y las cuidadoras principales, así como también para verificar la aplicación de estos conocimientos. Por ello, de acá a la construcción de la MML y las fichas de indicadores será



importante realizar una evaluación sobre qué fuentes de información serán necesarias para hacer el seguimiento de los indicadores y, de no contar con ellas, elaborar un plan de levantamiento de información periódica que permita su seguimiento.

- La adecuación al territorio y realidad local del programa se soporta en la selección de facilitadoras (miembros de la comunidad) que no solo se comunican en lengua materna, sino que incorporan valores culturales propios de las comunidades. La capacidad de ser vistas como pares es un elemento central para generar empatía y confianza y así facilitar la ocurrencia de la visita y transmisión de mensajes. Este aspecto positivo del programa se logra al costo de menores niveles de capacitación que podría tener frente un acompañante profesional. Por ello, el modelo se sustenta fuertemente en las capacitaciones y la cercanía que exista con los acompañantes técnicos. Que existan vínculos sólidos entre las facilitadoras y el acompañante técnico resulta relevante ya que permite tener una capacidad de respuesta rápida ante cualquier situación que pueda ocurrir antes, durante y luego de la visita, y que la facilitadora no pueda resolver.
- La revisión documentaria del programa arroja que los perfiles y funciones de los actores involucrados en el SAF están definidos. Asimismo, no se presentan mayores inconvenientes respecto de su adecuación al cumplimiento de sus funciones cuando se analiza de forma conjunta toda la línea operativa desde sede central hasta sede regional. Sin embargo, tomando en cuenta a los actores más cercanos a las localidades, sí se presentarían inconvenientes. Como se detalla más adelante, un hallazgo recurrente, tanto en el presente estudio a través de las percepciones de los informantes clave como en otras evaluaciones del programa, es que existen factores que dificultarían el cumplimiento de funciones a este nivel. No obstante, la manera en que está planteado el funcionamiento del modelo de cogestión sugiere que sería un modelo adecuado para el funcionamiento del servicio. A lo que nos referimos es que su éxito pareciera estar condicionado por factores como la disposición voluntaria de las personas que forman parte de la junta directiva y consejo de vigilancia, niveles de coordinación entre la población, miembros del comité y autoridades locales y los niveles de confianza; aspectos que no necesariamente están garantizados.
- Existe la percepción que las capacitaciones se habrían brindado de manera adecuada, cumpliendo con lo que se indica desde sede central (capacitación inicial y continua), de acuerdo con el tipo de actor local. Sin embargo, es notorio que el grado de involucramiento y monitoreo cercano juegan un rol central en el éxito de estas. Por un lado, las facilitadoras, parecen desenvolverse de manera adecuada con las indicaciones brindadas por los AT. Por otro lado, el desenvolvimiento de los miembros del comité de gestión y vigilancia dependen de factores asociados al interés, disposición o voluntad de ser parte del programa; al ser monitoreados con menor frecuencia por los AT.
- Relacionado con las visitas domiciliarias y en línea con lo encontrado previamente, se han identificado niveles de satisfacción altos en cuanto a las mismas y al desempeño de las facilitadoras. A pesar de la demanda por mayor tiempo de duración de las visitas (lo que en general aboga en favor del nivel de empatía y confianza generados), cuando se contrasta con otras experiencias similares se considera el tiempo y cantidad como adecuado para poder realizar todas las actividades comprendidas en las guías de visitas al hogar. Sin embargo, existe la percepción que la articulación con el sector salud, principalmente a nivel local, es débil. La problemática pareciera concentrarse en los primeros niveles de atención. Ya sea por cantidad de personal de salud o por temas relacionados a insumos médicos, la calidad de los servicios de salud en algunas de las localidades intervenidas no sería percibida como óptima.
- Según estimaciones con información del INEI, del total de niños menores de 36 meses (1.7 millones de niños), el SAF atiende a menos del 10%, y del total de menores en ese rango etario en situación de pobreza y pobreza extrema (413 mil), el SAF atendería a poco menos del 27% de niñas y niños. Tomando en cuenta únicamente a los distritos focalizados por el programa, la población objetivo del mismo se estima en alrededor de 267 mil de la cual el



nivel de atención llega al 40%. La situación anterior arrojaría un nivel de subcobertura del 60%, siendo más de la mitad de esta población ubicada en distritos donde se registra niveles de anemia superiores a la meta del 19%.

- Respecto a los resultados operativos, el SAF en general cumple y muchas veces supera la meta asignada en términos de visitas y cumplimiento de estas en el territorio. De acuerdo con las entrevistas realizadas y la información documentaria se verifica que el programa cumple, en la mayoría de los casos, con todas las visitas programadas al mes. Además, en opinión de los informantes las mismas parecieran estar influyendo en promover prácticas de cuidado saludable que incluye alimentación, atención médica y prácticas de higiene, de acuerdo con las entrevistas realizadas. Esta percepción, no obstante, contrasta con algunos resultados preliminares respecto a evaluaciones de impacto realizadas por el MEF de las visitas domiciliarias sobre la prevalencia de anemia, adherencia al consumo de hierro y asistencia CRED. Estos resultados aún no permiten concluir sobre la existencia de efectos significativos atribuibles a la intervención. Esto contrasta con los hallazgos relacionados al impacto del SAF sobre el DIT, que fue evaluado en 2016. Presumiblemente, y tomando en cuenta las entrevistas a expertos, los resultados en salud estarían siendo condicionados por la calidad de la oferta de salud y la articulación a nivel local, ya sea entre programas sociales o a nivel intersectorial. Asimismo, la usencia de un liderazgo claro, al menos a nivel local, respecto a temas de anemia infantil, podría estar condicionando el tamaño del efecto. Si es que esto es cierto los resultados del MEF podrían estar siendo condicionados por problemas de potencia para identificar resultados significativos, pero pequeños en magnitud.
- Respecto a resultados no esperados, se identificaron dos grandes resultados no previstos en el marco lógico ni en el diseño de la intervención: (1) empoderamiento de las madres beneficiarias, (2) involucramiento de los padres de familia. Hay un consenso en que a medida que las madres de familia tienen mayor conocimiento de cómo cuidar a sus niños, ya sea a partir de estimulación o de prácticas de cuidado, las madres se sienten con mayor capacidad para poder discernir qué cosas pueda consumir o hacer el niño y qué cosas no. Esto, a su vez, se relaciona con que las madres ya saben qué es lo que tienen que preguntar y demandar en los puestos de salud. Esto ha permitido que las madres se empoderen respecto al cuidado de la salud de las niñas y niños, dentro del hogar como fuera de él. En cuanto al segundo resultado, según las entrevistas realizadas cada vez más se observa la participación de los padres en el juego y aprendizaje de los niños. Con las orientaciones recibidas de parte de las facilitadoras hacia las madres y al ponerlas en práctica, los padres estarían notando cambios positivos. Esto finalmente estaría desencadenando un interés en el padre de involucrarse en el proceso de aprendizaje del menor, así como en el cuidado de su salud y desarrollo integral. Ambos resultados no previstos, tomando en cuenta información de las entrevistas, estarían ayudando a tener más en cuenta la salud de los niños al interior del hogar, lo cual permitiría mejorar los resultados asociados al desarrollo del niño.
- Respecto a los estipendios otorgados a las facilitadoras, no se encontraron documentos que justifiquen o definan los criterios detrás del monto. Sin embargo, por la información recabada en campo, el estipendio establecido no estaría tomando en cuenta las dificultades y riesgos por las cuales atraviesan las facilitadoras para el cumplimiento de sus labores. Por ejemplo, los gastos adicionales, tales como costos de transporte en caso de inundaciones o gastos de viáticos incrementales cuando las facilitadoras dedican el día entero a la ejecución de sus visitas. De acuerdo con las entrevistas realizadas, lo que estaría cubriendo los estipendios solo estaría relacionado a la movilidad para realizar las visitas y la hora de cada una de las visitas realizadas. Sin embargo, estas visitas pueden durar más de una hora y la dedicación de las facilitadoras no solo se refleja en dicha hora, sino que, como señalan los informantes, dedican tiempo adicional en elaborar materiales para las visitas.
- El SAF, involucra la participación de una gran cantidad de personas que enfrentan desafíos logísticos al actuar en zonas remotas y de escasa conectividad. Esto hace que los recursos necesarios para que opere sean elevados. En promedio, el costo por familia fluctúa entre los



S/ 1,200 y S/ 1,500 al año (entre USD 360 y USD 450), siendo la mayor parte comprendida por los estipendios a las facilitadoras y los salarios de los acompañantes técnicos (51%). Al comparar dicho costo con otras experiencias en América Latina, estos no difieren en gran magnitud (USD 380). De acuerdo con las entrevistas realizadas, los recursos necesarios para ampliar la intervención podrían estar inhibiendo la capacidad de escalar la intervención, incluso a pesar de los resultados positivos que podría generar.

- Por ello, en tales circunstancias cobra especial relevancia los espacios que existen para que el programa gane eficiencia, en el sentido de si existen oportunidades de ahorro únicamente. Los principales identificados son dos. Primero, mitigar a nivel operativo, la alta rotación de actores comunales y acompañantes técnicos, siendo este último el más relevante. Los costos hundidos al rotar de acompañantes técnicos son muy altos toda vez que de ellos depende mucho la coordinación y articulación a nivel local. La cantidad de funciones realizadas a nivel local, referidas al acompañamiento de las facilitadoras, articulación con los encargados de niños de los centros de salud, la coordinación con las gerencias de desarrollo locales, y el seguimiento a los miembros de las juntas directivas de los comités de gestión y consejos de vigilancia hace que la adecuación tome su tiempo y genere costos adicionales al PNCM durante los primeros meses. Segundo, a nivel estratégico, aprovechar mejor las tecnológicas de información, esto es, desarrollar alguna estrategia que implique capacitaciones y orientaciones no presenciales, como el uso de tablets, para acompañantes técnicos y facilitadoras. Asimismo, se podrían aprovechar plataformas ya desarrolladas, como Aprendo en Casa, para llevar mensajes relacionados a la salud y nutrición de las niñas y niños. El aprovechamiento de las TICs y la implementación de este tipo de estrategia debería lograrse sin reducir la calidad media del programa. Según entrevistas con expertos y literatura revisada, la evidencia relacionada a la prestación del servicio o intervención a través de tablets parece ser buena en programas de educación financiera. En el caso de anemia, sería importante indagar sobre alguna estrategia de este tipo, sin dejar de lado la generación de empatía entre facilitadoras y madres o cuidadores principales, pero que permita escalar la intervención.
- Sobre este último punto el contexto del COVID puede actuar como un acelerador y experiencia piloto de esta adaptación programática, en la medida que en un contexto de distanciamiento social impedirá la implementación presencial del programa. En este sentido la estrategia adoptada a la fecha (Estrategia temporal de vigilancia comunitaria no presencial) deberá ser evaluada para poder extraer los principales puntos a favor y en contra de implementar un servicio de manera remota. Con ello se podrían extraer lecciones aprendidas para plantear de modo permanente con objetivos de escalar la intervención alguna estrategia semipresencial o mixta, sin reducir la calidad media del programa.
- La sostenibilidad de los resultados del programa en cuanto a anemia solo se ha explorado conceptualmente, siendo los factores críticos comentados la adecuada coordinación y articulación intersectorial; y seguimiento y monitoreo de las practicas promovidas. Al respecto la principal brecha se identifica respecto del nivel de coordinación de estrategias de lucha contra la anemia a nivel local. Lo que sí se analizó fueron las condiciones de continuidad del programa, entre las que destacan la asignación de recursos, y vinculado a ello, la prioridad política relacionada al desarrollo infantil. Asimismo, a nivel operativo, generar el incentivo necesario, sobre todo a nivel de facilitadoras y acompañantes técnicos, para atraer a personas que puedan brindar los servicios a una calidad mínima establecida.

Meta 4 del Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal

- La Meta 4 denominada “Acciones para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia” forma parte del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal. La versión 2019 de esta Meta a cargo del Ministerio de Salud incorpora la estrategia de las visitas domiciliarias como mecanismo para realizar un seguimiento a la correcta



adherencia del consumo de hierro en las familias con menores de 4 a 11 meses de nacido. Adicionalmente a ello, en estas visitas se imparte información sobre alimentación saludable, productos ricos en hierro, prácticas de higiene y cuidado infantil. Los gobiernos locales (provinciales y distritales) son los encargados de gestionar y ejecutar las visitas domiciliarias en cada uno de sus ámbitos de acción. Ellos con el apoyo del personal de los establecimientos de salud correspondientes y los actores sociales llevan a cabo la implementación de esta intervención. Los actores sociales mencionados refieren al personal encargado de realizar la visita domiciliaria.

- Los objetivos de la intervención de Meta 4 se encuentran alineados a la política nacional de lucha contra la anemia a través del “Plan Nacional para la reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil 2017-2021”, ya que la estrategia de realizar visitas domiciliarias enfocado a menores de 12 meses para asegurar el consumo adecuado del suplemento de hierro nace a partir de esa política. Asimismo, con el Plan Multisectorial, esta estrategia de visitas domiciliarias es vinculada y anexada al Programa de Incentivos del MEF, por lo que también es alineada a esta política. La Meta 4, contribuye en los indicadores multisectoriales relacionados a la anemia, razón por la cual desde su construcción la Meta 4 es parte de las intervenciones que se desarrollan en el marco del PAN.
- A grandes rasgos, la lógica causal de Meta 4 es realizar la estrategia de visitas domiciliarias para impartir conocimiento en las familias sobre adherencia de hierro, alimentación saludable, entre otras, de tal forma que se genere cambio de comportamiento en esas familias sobre las prácticas de cuidado infantil. Con ese cambio de comportamiento obtenido se busca atacar a las causas del problema de la anemia y nutricional en la población objetivo. Dicha lógica causal trabajada conceptualmente para Meta 4 recoge ciertos componentes extraídos del modelo teórico del PAN. A raíz de ello, se identifican diferencias entre la población atendida (actividad) y la población a generar cambios (producto y efecto). Es decir, la población objetivo sobre la que se desea generar cambios (hasta 35 meses) difiere de la población efectiva atendida a través de las visitas domiciliarias (hasta 11 meses), debido a que se focaliza al periodo de edad clave para la mejor adherencia del consumo de hierro en los infantes.
- La Meta 4 maneja indicadores tanto de cumplimiento operativo como de seguimiento. Estos dos grupos de indicadores solo pueden ser vinculados con la parte de actividades y producto de la cadena de resultados propuesta por el MINSA, por lo que resultan insuficientes para medir y evaluar los resultados de todos los niveles de su modelo lógico. Ante ello, se sugiere adoptar indicadores ya definidos en los documentos técnicos de los planes nacionales de lucha contra la anemia, para que de esa forma un evaluador del programa o encargado de seguimiento puedan medir los resultados de efecto e impacto de la intervención.
- Los indicadores evaluados bajo la metodología SAMRT están relacionados al grupo enmarcado en los documentos técnicos, como los de cumplimiento operativo y los de seguimiento local. Cabe precisar que los indicadores del grupo empleado para la evaluación de las actividades operativas de las municipalidades son los únicos que poseen ficha técnicas elaboradas por los propios diseñadores de la Meta. De este grupo, los indicadores que miden el nivel de cumplimiento de las visitas domiciliarias realizadas cumplen con todos los criterios SMART, mientras que el indicador de conformación de la IAL no cumple con el criterio de relevancia, ya que no estaría midiendo de forma exacta la conformación real de la IAL ni su operación adecuada. Por otro lado, el grupo de indicadores de seguimiento local cumple con 4 de 5 criterios, siendo aquel que regularmente falla es el establecimiento de metas alcanzables.
- La intervención ha tenido una adecuación protocolar para las diversas realidades sobre las que se desarrolla. Estos lineamientos se elaboraron con el fin de guiar a los responsables regionales y locales de tal forma que sean ellos los que concretamente adecúen las actividades. Esto ha generado contextos diferenciados ya que depende mucho de las



capacidades de gestión y criterios que tengan los funcionarios locales y regionales para realizar las adecuaciones. La estrategia no es errada, siempre y cuando se establezcan lineamientos claros y explícitos sobre cómo llevar a cabo las actividades de la intervención considerando las realidades y necesidades de sus distritos, así como un nivel de acompañamiento o asistencia mínimos. Por ello, entre los distritos evaluados en el estudio se identifica heterogeneidad en la adecuación, según se puede intuir de las entrevistas realizadas. Para reforzar la adecuación, a nivel de diseño se podrían reforzar los lineamientos de adecuación haciéndolos más claros y abordando quizás las casuísticas más recurrentes. Adicionalmente, se puede implementar seguimiento y soporte constante en las zonas con adecuaciones deficientes. Aquí, el equipo regional de las DIRESA podría tomar el protagonismo, identificando dichas zonas para profundizar el trabajo con estas.

- La Instancia de Articulación Local (IAL) sería el órgano local clave para lograr, por un lado, la articulación de las entidades pertinentes de la zona y cumplir con las metas planteadas por la intervención. Esta IAL ha servido para priorizar, dentro las actividades locales, a la lucha por la anemia y que sea el gobierno municipal que comande dichas funciones para lograr ese objetivo. Según la evidencia del trabajo de campo, las capacidades y la voluntad de los gobiernos locales ha influido considerablemente en la capacidad de articulación de la IAL y en su correcto funcionamiento. Por ello, se notan resultados heterogéneos en las localidades visitadas. En aquellos distritos con bajo nivel de articulación el proceso de toma de decisiones al momento de la implementación se habría visto afectado. En estos casos, con la finalidad de no afectar los resultados de la intervención es necesario contar con un intermediario o que haga las veces de facilitador para corregir o aclarar las diferencias entre entidades. Aquí podría considerarse una responsabilidad compartida entre el equipo regional de DIRESA y Gestor PI.
- La base para reclutar a los actores sociales de la intervención son los agentes comunitarios. Dependiendo de las condiciones iniciales que tengan estos actores, varía la situación que deben afrontar las municipalidades en cuanto a la convocatoria y selección de los visitadores. En algunas localidades los agentes comunitarios cumplen con los requisitos mínimos lo cual no genera inconvenientes, mientras que en otras localidades se presenta escasez de personal con un perfil mínimo adecuado. Esto fuerza a que la municipalidad enfrente la disyuntiva de reclutar persona que cumple de manera imperfecta el perfil o reclutar personal con escaso trabajo comunitario. Este hallazgo nos hace intuir que la definición de perfiles no ha tomado en cuenta cierta heterogeneidad en la disponibilidad de perfiles locales, por lo que la adaptación requerirá en alguna medida compatibilizar la demanda por perfiles capacitados con la oferta local. En este contexto la medida de mitigación disponible para evitar pérdidas en la especialización de estos perfiles sería aumentar la frecuencia e intensidad de las capacitaciones, asumiendo que existirán brechas de capital humano por cubrir. Al respecto, la percepción de las capacitaciones es nuevamente es heterogénea. El modelo en cascada adoptado si bien es costo efectivo, corre el riesgo de perder información si es que no hay un adecuado nivel de estandarización de los mensajes y monitoreo del proceso.
- De la información revisada, el diseño operativo de las visitas aborda de forma clara y secuencial las actividades que se deben trabajar tanto en el momento previo como durante el desarrollo de la visita. Además, se detallan los pasos generales a seguir al inicio, en el desarrollo y al cierre de una visita domiciliaria, siendo concisos en cuanto a los mensajes claves a compartir con las familias beneficiarias.
- Sin embargo, en la etapa de planificación de las visitas se identificaron cuellos de botella relacionados a la sectorización de los distritos. La principal razón de las dificultades en esta etapa de sectorizar se atribuiría a las incongruencias entre el catastro del aplicativo informativo con respecto al catastro que el establecimiento de salud o municipalidad pertinente poseía. Esto consecuentemente los habría llevado a cometer errores al momento de localizar a los usuarios objetivo y de asignar eficientemente a los actores sociales. Otra gran dificultad de la etapa de planificación de las visitas fue el padrón nominal. En muchos de



los distritos de la muestra se comentaron problemas con dicho padrón. Los informantes locales o de DIRESA revelaron complicaciones con este padrón ya que no encontraban a los niños y niñas en las direcciones que figuraban en el aplicativo o no llegaban a encontrar a los niños y niñas que según la data figuraba en su distrito, y viceversa. Esto en cierta manera restringió la capacidad de cobertura de las municipalidades dado que no necesariamente se encontraba registrado adecuadamente su población objetivo por atender.

- La percepción sobre la calidad de la visita, desde las madres beneficiarias, también es heterogénea. Algunas consideran que la cantidad de visitas que reciben al mes es suficiente y los contenidos les ayuda mucho, pero para otras la impresión es opuesta. Esto estaría asociado al nivel de empatía generado entre actor social y beneficiaria, lo cual no es igual en todas las localidades. El factor crítico detectado se relaciona cuando la visita va más allá del monitoreo de adherencia al hierro o no. Por ello, una de las medidas para mejorar la calidad de la visita sería reforzar la parte de capacitación hacia los actores sociales de tal manera que obtengan no solo conocimientos técnicos, sino que desarrollen habilidades de expresión, capacidad para relacionarse adecuadamente, entre otras capacidades interpersonales.
- No obstante, un buen resultado encontrado es que el suplemento de hierro es un producto bien distribuido que abastece bastante bien a las familias entrevistadas. Casi la totalidad de las familias entrevistadas indicaron que no tuvieron problemas con el suministro del producto, el cual es entregado por el establecimiento de salud más cercano. De este modo, por lo menos para el año 2019 no se puede argumentar problemas de oferta complementaria mayores alrededor del programa, en este aspecto.
- La intervención de Meta 4 focaliza a partir de la clasificación de municipalidades del MEF, en el marco del Programa de incentivos. Esta condición parece dificultar y limitar la selección adecuada de los distritos con mayor población de niños entre 4 y 11 meses de edad y con elevada prevalencia de anemia. Considerando los distritos focalizados, los niveles de cobertura son elevados siendo cercanos al 70% (al menos una visita domiciliaria). Los mayores niveles de cobertura se alcanzan en los distritos de tipo G y los menores en los tipo C. A lo largo de las entrevistas, se recoge una serie de factores que estarían limitando la cobertura de la intervención. (i) En las zonas urbanas, sería la cantidad poblacional por atender dado que, para poder cumplir con todos los niños objetivo se superarían las capacidades de acción de los municipios. (ii) En las zonas rurales, uno de los puntos más comentados por los informantes es la lejanía de las viviendas, la poca accesibilidad de las zonas y la gran cantidad de niños no encontrados. Al verificar la información estadística, pareciera que la razón (i) tendería a ser más crítica que (ii). Se ha calculado que un 6.7% del total de las visitas de Meta 4 fueron realizadas cuando él o la menor se encontraban fuera del rango objetivo de la intervención (4 a 11 meses). Asimismo, se identificó que el 1.4% de los niños visitados en 2019 pertenecían a un seguro de EsSalud, privado o de las fuerzas armadas/policía nacional, siendo estos también considerados como usuarios filtrados del programa.
- Las municipalidades tipo G (rurales) son las que obtuvieron los mejores rendimientos en cuanto a la realización de visitas por todo el 2019. En las de tipo C (Lima Metropolitana) ocurrió lo contrario. De esta manera, pareciera que mientras mayor sea la cantidad de visitas domiciliarias que una municipalidad deba realizar, menor es la probabilidad de que cumplan lo planificado obteniendo, por ende, un menor rendimiento. Esto refuerza la idea que las dificultades de implementación de la estrategia en zonas urbanas por un tema de escala son mayores a las que se presentan en zonas rurales por un tema de dispersión. Con respecto a las cantidades de VD recibidas a lo largo de todo 2019, cerca del 36% de los usuarios atendidos se les visitó entre 6 a 8 veces, seguido de un 30% del total que recibió entre 3 a 5 VD. Además, se registra que un 11% de la población atendida no logró recibir una dosis completa de VD según lo estipulado en los documentos de diseño, es decir solo se les realizó entre 1 o 2 visitas en total.



- La evidencia preliminar (MEF 2020) aun no permite concluir sobre la existencia de efectos significativos relacionados a la prevalencia de anemia. Los factores que podrían estar limitando a los resultados de las intervenciones según las entrevistas realizadas estarían asociados principalmente a: la mala calidad del agua para consumo humano, los bajos ingresos económicos que limita el consumo de productos ricos en hierro recomendados por los visitadores, la poca voluntad política por la lucha contra la anemia, a baja adherencia efectiva por los efectos secundarios percibidos. Es decir, todas razones que podrían estar incidiendo en un bajo efecto mínimo detectable por parte de la intervención, por lo que no se podría descartar tampoco problemas de potencia en las evaluaciones realizadas.
- La intervención de Meta 4 es intensiva en mano de obra. Del presupuesto inicial modificado transferido a las municipalidades pertinentes, el 74% de ese monto es destinado al pago de los estipendios otorgados a los actores sociales, y al pago mensual del coordinador de estos actores. La intervención gasta un promedio anual de US\$ 37 dólares por cada niño y niña atendido. Hay un cierto consenso sobre el poco espacio para ganar eficiencias en esta intervención. Sin embargo, se destacan dos frentes en los que se puede avanzar: (i) a nivel operativo, mejorando la información del padrón nominal para reducir la incidencia de visitas fallidas, (ii) nuevamente a nivel operativo generar los incentivos que eviten a rotación de personal a todo nivel; y (iii) a nivel estratégico, al igual que SAF se menciona la importancia de la articulación interinstitucional, sobre todo local, así como el aprovechamiento de TICs.
- Sobre este último punto la experiencia COVID nuevamente puede generar un contexto de aprendizaje para el desarrollo e implementación de estrategias semipresenciales en el futuro con numero acotado de visitas y luego monitoreo usando medios virtuales o refuerzo de mensajes a través de medios masivos usados por el Estado. Al respecto, en un contexto de Covid19 y distanciamiento social, los expertos recomiendan una serie de condiciones para poder implementar adecuadamente las intervenciones de visitas domiciliarias. Entre estas sugerencias tenemos: entablar una comunicación inicial vía telefónica dado que de forma presencial podría generar rechazos o miedos por los riesgos sanitarios del acercamiento de los AS a sus domicilios, elaborar una base de datos telefónicos sólida dado que será el principal medio de comunicación entre consejeros y usuarias, la entrega de mensajes breves y concisos para un mayor entendimiento de las cuidadoras, asegurar el abastecimiento de sulfato ferroso en los centros de salud y la entrega del producto a las familias, ya que, sin cumplirse ello, atentaría notablemente sobre los intereses de la intervención.
- Para asegurar la continuidad del programa y la sostenibilidad de sus resultados, uno de los factores identificados más importantes a considerar es la voluntad política tanto a nivel nacional como a nivel local. Según comentan los informantes locales, si las autoridades no tienen dentro de su agenda la lucha contra la anemia, las actividades que busquen este fin podrían ser relegadas a un segundo plano. Asociado con ello, la asignación presupuestal es clave para asegurar el desarrollo de la intervención a un nivel local. La sostenibilidad de los resultados va a depender mucho de la calidad del servicio entregado a la población: si este servicio es de baja calidad, en caso se logre efectividad del programa como los cambios de comportamiento, estos serán solo temporales. Además, inevitablemente se debe mantener un nivel de acompañamiento mínimo, pero constante a la población ya sea con las VD o de forma masiva para mantener los resultados alcanzados con la Meta 4.

Interacción de las intervenciones en el territorio

- En cuanto a la interacción en el territorio local, no se ha recogido de las entrevistas ningún comentario sobre la interferencia de las actividades o algún tipo de entorpecimiento entre las intervenciones, por lo que no puede afirmarse ello. Sin embargo, sí se han recogido testimonio de algunos pocos casos sobre la ocurrencia de duplicidad de visitas, información corroborada con la data administrativa de las intervenciones, calculando un 4.5% de usuarios atendidos por Meta 4 que también reciben las visitas de SAF.



- Además, se ha identificado que la cobertura es mayor para zonas donde se yuxtaponen ambas intervenciones cuando se compara con las zonas únicamente de PI, pero cuando se compara con los territorios propios de solo SAF, ocurre lo contrario. Asimismo, con la información recogida de las entrevistas aplicadas a funcionarios de los ministerios competentes y a los expertos, conducen a concluir que estas intervenciones deberían funcionar con el objetivo de complementarse entre sí, el principio de dicha complementariedad radicaría en concebir PI como una estrategia que permita escalar la intervención de SAF, al menos en lo que anemia implica.

Principales recomendaciones

Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más

- A nivel de diseño, adecuar el modelo lógico del programa con el fin de operativizar los resultados esperados en anemia y cambio de comportamiento en la estructura lógica del programa. Asimismo, establecer la metodología para la medición de indicadores, asociados al modelo lógico adaptado, así como establecer metas explícitas sobre cada uno de los mismos expuestas en las correspondientes fichas de indicadores. El PNCM ya ha avanzado en esta línea al elaborar la cadena de valor de sus servicios, por lo que creemos que la adaptación podría lograrse en poco tiempo. En todo caso, la urgencia por hacerlo radica en que si el resultado intermedio de anemia y los cambios de comportamiento que debería facilitar no se reconocen en la línea causal o en los instrumentos de diseño se corre el riesgo de limitar la forma en que operativamente el programa se orienta a resultados, lo cual en este caso particular puede ser un riesgo mayor considerando la multiplicidad de comportamientos que se promueven que pueden invisibilizarse entre sí.
- Fortalecer el modelo de cogestión, sobre todo buscando mecanismos que incentiven la participación activa de funcionarios en las instancias de coordinación local así como los niveles de articulación de estas instancias con otros esfuerzos locales de lucha contra la anemia, sobre todo con el sector salud. Unido a la recomendación anterior, se puede estudiar si es que parte de los incentivos pueden venir estableciendo metas concretas vinculadas a las actividades del comité de gestión y comité de vigilancia relacionadas con el propósito del programa, pero que se puedan visibilizar en el ámbito municipal. Una forma de avanzar en esta dirección es explorar en qué medida el set de indicadores por implementarse podría incluir, además, indicadores relacionados al cumplimiento de actividades y desempeño de los comités de gestión y consejos de vigilancia, con el objetivo de realizar un monitoreo más cercano a su labor. Asimismo, fortalecer el monitoreo cercano de las capacitaciones realizadas en el ámbito del programa, sobre todo en los actores locales de orden superior.
- Explorar espacios de ganancias de eficiencia con el objetivo de avanzar en el escalamiento de la intervención. Al respecto destaca mitigar en lo posible la rotación de actores locales incluyendo facilitadoras y acompañantes técnicos. Las medidas adoptar pasan necesariamente por la revisión de los estipendios otorgados, diferenciándolos según los desafíos logísticos que enfrentan las distintas zonas atendidas y transparentando mecanismos a través de los cuales se puedan reconocer gastos adicionales por la ocurrencia de riesgos durante el desempeño de la labor. Asimismo, es posible implementar incentivos no pecuniarios visibilizando y reconociendo la labor de estos actores a nivel local. Finalmente, y de modo estructural para escalar la intervención, explorar la adopción de TICs en el desarrollo de esquemas de intervención semi presenciales que permitan brindar el servicio a un menor costo y a una mayor escala. La experiencia de la adaptación programáticas al COVID deberían ser usadas como experiencias piloto por lo que deberán ser adecuadamente documentadas y evaluadas para extraer lecciones críticas de un potencial nuevo modelo operativo mixto (semi presencial) que no genere pérdida de impactos medios.

Meta 4 del Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal



- En cuanto al diseño, se recomienda asociar el conjunto de indicadores con la cadena de resultados de forma explícita y que quede plasmado en algún documento o protocolo de monitoreo a nivel central. De esta forma los indicadores de índole operativo el programa debería vincularse con indicadores multisectoriales que permitan evidenciar los resultados de cambio de comportamiento y anemia que supone la intervención. Ello implicaría, también, evidenciar los encadenamientos causales con literatura científica, asociar indicadores a cada nivel de la cadena de resultados, así como supuestos y potenciales riesgos según corresponda. Una forma de hacerlo es formular una matriz de marco lógico, lo cual podría ser evaluado por las autoridades correspondientes.
- Además, a nivel local, se puede mejorar el aplicativo web. En al menos 3 de los 8 distritos evaluados, los funcionarios municipales o los coordinadores de las VD no se encontraban familiarizados plenamente con los indicadores de seguimiento ofrecidos y disponibles en el aplicativo web. Estos indicadores de seguimiento al estar más vinculados a temas de nutrición infantil temprana y no directamente con los resultados inmediatos relacionados con la intervención, cumplen una función referencial, con lo cual, no son evaluados dentro del programa. Ante ello, se sugiere implementar indicadores que permitan monitorear los resultados de cambio de comportamiento que supone la intervención o indicadores que permitan analizar la calidad con la que se realizan las visitas, sobre los cuales, al estar mucho más asociados a la intervención sí podrían considerarse como criterio evaluador de las municipalidades. Estudiar esta posibilidad podría estar a cargo del equipo de OGTI del MINSA junto con el equipo correspondiente de estadística de las DIRESAS.
- Abordar las diferencias estructurales en la capacidad de los actores locales con el fin de adaptar el programa a la distintas necesidades y realidades territoriales. Para ello, se podrían explorar alternativas que refuercen dos puntos clave. El primero está relacionado a la elaboración de documentos guía que contengan los lineamientos claros y de fácil entendimiento para los actores locales y regionales, en donde se trabajen diversas casuísticas recurrentes a lo largo de los distritos de la intervención, a partir de los cuales se analice el cómo abordarlos para lograr una correcta adecuación del programa. Dichos lineamientos deben ser plenamente socializados con los actores locales competentes, instruyendo especialmente al equipo regional de cada zona, de tal manera que sean estos los que puedan dar soporte a cualquier duda o inconveniente que tengan los actores locales. El segundo punto está asociado a buscar alternativas para fomentar el compromiso y dedicación por parte del equipo regional de las DIRESA y también por parte del Gestor PI para asistir y apoyar ante cualquier adversidad y dificultad que puedan presentar los actores locales, poniendo especial énfasis en las zonas donde la intervención no logró una buena adecuación en 2019. De esta forma se mejorará la estrategia de adecuación, ya que se considera al personal de DIRESA como los actores clave del sector salud para asistir en primera instancia a los funcionarios municipales y establecimientos de salud.
- Respecto al modelo operativo la dependencia de la capacidad de articulación de la IAL a las habilidades y voluntad de los funcionarios de turno hace necesario, en el mediano plazo, que se analicen mecanismos para institucionalizar procedimientos de coordinación. Sin embargo, en el corto plazo para evitar que la falta disposición a coordinar afecte el proceso de toma de decisiones deberá designarse alguna especie de facilitador de la coordinación interinstitucional, labor que bien podría recaer en la DIRESA.
- Tomando en cuenta la heterogeneidad en las habilidades de los candidatos a actores sociales, dada la oferta de capital humano en ciertas zonas, adoptar una actitud conservadora respecto a la capacidad atraer talento. Es decir, mitigar cualquier brecha de conocimiento aumentando las dosis de capacitación y reforzándolas. Para ello, se sugiere reforzar no solo a través de las normativas y lineamientos con los contenidos desarrollados, sino también a través de un seguimiento exhaustivo. Esto con el fin de poder garantizar, primero la realización de una cantidad mínima de capacitaciones y, segundo, una buena calidad de estas en la cual, aparte de lo teórico y conceptual, también se desarrollen sesiones demostrativas



fomentando la participación de los actores sociales y que refuercen habilidades blandas que permitan fomentar la confianza y empatía con los beneficiarios. Asimismo, se deben diseñar mecanismos de retención a los actores sociales con mayor experiencia y representatividad en las comunidades.

- Asimismo, se recomienda estudiar la forma de superar las deficiencias del padrón nominal que se maneja a lo largo de intervención. Con la versión 2020 de la Meta 4 se modificó la primera actividad de cumplimiento de la intervención, es decir, en lugar de considerar a la conformación de la IAL (2019) se reemplazó por la corrección y modificaciones del padrón nominal (2020). Esta es una medida que va a ayudar a las municipalidades, pero debe complementarse con un estudio exhaustivo de las causas que están generando esas imprecisiones del padrón nominal.
- Finalmente, se sugiere realizar estudios que evalúen la metodología de selección de distritos que conforman la Meta 4 con la finalidad de focalizar las zonas de mayor población objetivo y de mayor incidencia de anemia. Por ejemplo, para esto se sugiere explorar nuevas metodologías que no involucren a la normativa establecida por el Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal, como la no consideración de los tipos de municipalidades.

De modo general

- A pesar de que se plantean recomendaciones para cada intervención, a nivel general, se han identificado espacios de mejora para la estrategia de lucha contra la anemia que se pueden puntualizar y estudiar a mayor profundidad. Por ejemplo, la necesidad de identificar e implementar un paquete integral de servicios. Si bien a nivel conceptual se elaboró el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, a nivel local aun pareciera que persisten esfuerzos individuales en cada sector, dificultando de esta manera, plantear una estrategia adecuada en cada localidad. Es necesario, de esta manera, fortalecer los espacios de articulación y la gestión territorial para que puedan sacar adelante estrategias enfocadas en la reducción de la anemia aprovechando intervenciones diseñadas a nivel nacional, como es el caso de SAF y Meta 4 del PI. Cualquier estrategia en el marco de la lucha contra la anemia, a su vez, debería estar acompañada de una estrategia de comunicación que involucre a los primeros niveles de atención y prestación de los servicios a nivel local. De esta manera se podría esperar una retroalimentación respecto a dificultades que pueda haber a nivel territorial, e incluirlas en el diseño de estas estrategias.
- Asimismo, es prioritario avanzar en la evaluación de impacto de las intervenciones para extraer evidencia concreta de cuáles son los aspectos que están funcionando y cuáles no. Si bien en el documento se han referenciado algunos resultados preliminares, es imperativo avanzar en la línea de mejorar y complementar esta evidencia. Dichas evaluaciones deberán realizarse a lo largo de toda la cadena causal. Es decir, no solo anemia o algunos indicadores de indicadores de cambio de comportamiento como la adherencia al consumo de hierro, sino la ocurrencia y calidad de la visita domiciliaria, los niveles de satisfacción y empatía.



1. INTRODUCCIÓN

La anemia es una de las principales enfermedades que aqueja a la población mundial. La OMS estimó que cerca del 25% de la población mundial es afectada por esta enfermedad, siendo principalmente afectados los niños menores de 5 años y mujeres embarazadas. Los perjuicios se dan especialmente en los primeros años de vida dado que es la causante de notables efectos negativos sobre el desarrollo cognitivo, motor, emocional y social de las personas, provocando desventajas en aspectos básicos del desarrollo infantil, como déficit de atención, fatiga, desánimo, entre otros. Estos efectos, además, no son sólo de naturaleza coyuntural, sino que se proyectan en el largo plazo. Estudios como el de Walter y otros (1989) muestran que los impactos negativos de la anemia persisten en niños que han superado el problema propiamente médico. Es decir, las deficiencias cognitivas generadas no son reversibles (Alcázar 2011). Por consiguiente, el campo de la salud pública ha enfocado sus esfuerzos en atender el problema de anemia infantil, llegando a ser una de las mayores prioridades por resolver de la actualidad.

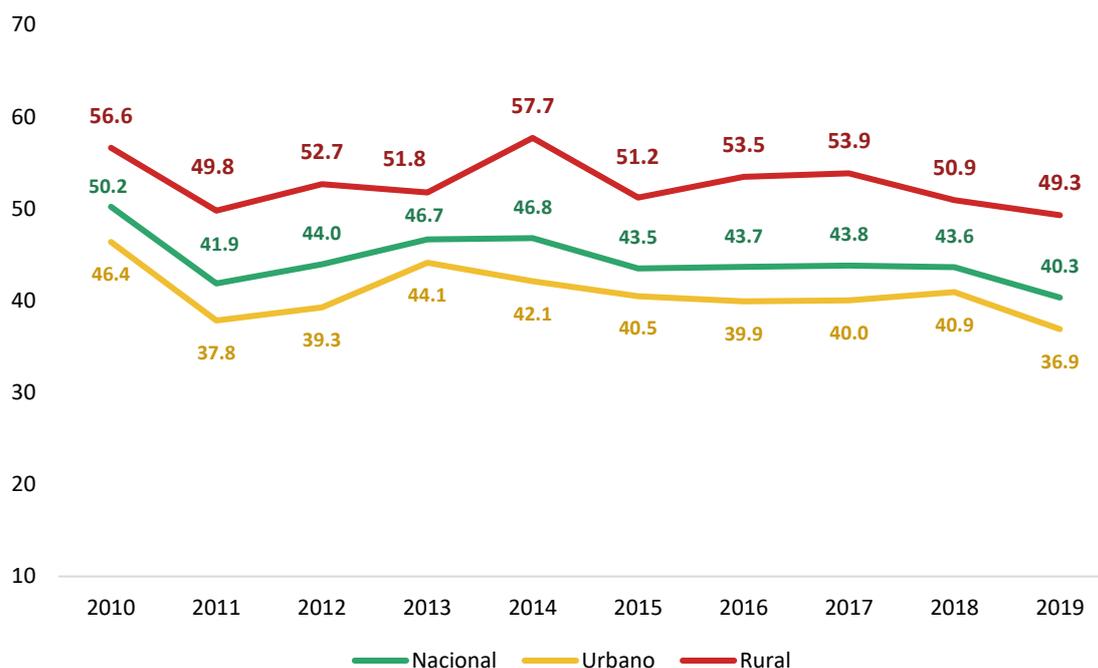
Existen distintos tipos de anemia, pero la más común en el mundo es la producida por insuficiencia de hierro (representa por sí sola alrededor del 50% de los casos). El hierro es el insumo básico para la creación de hemoglobina, la cual permite que los eritrocitos transporten el oxígeno al resto del cuerpo. Si el organismo no recibe el hierro suficiente como para producir la hemoglobina necesaria, las reservas de hierro del organismo se empiezan a agotar y, finalmente, se dificulta el transporte de oxígeno. De acuerdo con un estudio de la OMS (2015), la anemia por déficit de hierro conlleva a sufrir de fatiga, así como a una disminución de los niveles de productividad de quienes la padecen. El déficit de este nutriente puede ser producido por una inadecuada lactancia materna exclusiva, inadecuada alimentación y nutrición (alimentación complementaria), causas sanitarias deficientes (parasitosis, infecciones gastrointestinales, etc.) entre otras. Por ello, es necesario que los cuidadores sigan una serie de prácticas saludables para prevenir o combatir la prevalencia de anemia en los niños y niñas a su cargo.

En el Perú, tal como se muestra en la **Ilustración 1**, la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años se ha mantenido alrededor del 43% entre el 2011 y 2018, y sólo en 2019 se observó una reducción hasta 40%. A pesar de la notoria caída del indicador para el último año, los datos revelan que la anemia es un problema persistente en el país y que afecta a una proporción significativa de la población. Asimismo, si se desagrega por área geográfica, se observa que la mayor prevalencia se encuentra en las zonas rurales, lo cual revela una brecha de casi 10 puntos respecto de las zonas urbanas. Dicha brecha, a su vez, se habría mantenido constante durante la última década.

Es importante reiterar que luchar contra la anemia cobra especial relevancia en las primeras edades pues, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el desarrollo temprano saludable—en lo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo—es fundamental para alcanzar el éxito y la felicidad no solo durante la infancia sino a lo largo de toda la vida” (OMS, 2007) y, de no ser combatida, acarrearían consecuencias a largo plazo. Por ejemplo, Alcázar (2011) estimó que el costo para el estado peruano asociado a la baja productividad de trabajadores afectados por la anemia en su primera infancia ascendía a los S/ 2,777 millones, frente a los S/ 18 millones que se invertiría para tratar a los pacientes.



Ilustración 1: Evolución de la anemia en menores de 6 a 35 meses para los años 2010-2019



Fuente: ENDES -INEI 2010-2019. Elaboración: Macroconsult.

Las causas de esta condición son diversas: falta de hierro y otros nutrientes esenciales en la alimentación, acceso inadecuado a los servicios de agua y saneamiento, falta de cobertura de los servicios de salud, entre otras. Es por esta razón que en los últimos años los diferentes sectores del gobierno han realizado esfuerzos conjuntos con el fin de reducir su prevalencia y cumplir el objetivo de llegar a una tasa de 19% para el 2021¹. Si bien la anemia comenzó a ser priorizada en el 2014, fue a partir del 2017 que cobró notoriedad con la realización del “Plan Nacional para la Reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil” y del “Plan Multisectorial de lucha contra la anemia”. En estos planes, una de las estrategias consideradas para lograr la reducción de la anemia fue el esquema de visitas domiciliarias. Este esquema es propuesto tomando en cuenta que, conceptualmente, es uno de los mecanismos definidos para promover cambios de comportamiento de largo plazo en la población. De esta manera, existen dos intervenciones clave que buscan mejorar el estado nutricional de las niñas y niños y disminuir la prevalencia de anemia en la población infantil. Estos son:

- Las visitas domiciliarias en el marco de la Meta 4 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal**, denominada “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia”, implementada desde el 2019, siendo las entidades responsables de su desarrollo el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
- Las visitas domiciliarias en el marco del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)** del Programa Nacional de Cuna Más (PNCM) diseñado y dirigido por Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). La intervención del SAF es implementada desde el 2012 con el fin de promover el cambio y adopción de prácticas de cuidado y aprendizaje en el marco de los resultados del Desarrollo Infantil Temprano. A partir del 2018 se implementa la Estrategia

¹ Meta establecida en el “Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021”, documento técnico aprobado con RM N° 249-2017/MINSA.

para la prevención y control de la anemia en los niños usuarios de los servicios del PNCM, dentro del ellos el SAF, como resultado de la notoriedad del problema de la anemia.

Dada la relevancia de las intervenciones en la coyuntura actual de alta incidencia de anemia en infantes, UNICEF busca a través de la presente consultoría denominada “Evaluación de las visitas domiciliarias para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia” generar información que permita orientar y optimizar la implementación de los programas en sus diversas etapas. Asimismo, de la revisión del diseño y actividades de las intervenciones se espera establecer una propuesta de estrategias que ayuden a su mejora continua. De esta manera, el objetivo general del estudio consiste en determinar la relevancia, efectividad, eficiencia y sostenibilidad de las visitas domiciliarias en el marco de la meta 4 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal y en el marco del SAF Cuna Más, en adelante **las Intervenciones**, así como proporcionar lecciones aprendidas y recomendaciones que sean de utilidad para orientar sus estrategias e implementación. Como objetivos específicos se plantea:

- Determinar si el diseño de las Intervenciones y el proceso de implementación fueron los más adecuados para la consecución de resultados deseados.
- Determinar si la implementación de las intervenciones tuvo resultados sobre las niñas y niños.
- Identificar y sistematizar los resultados alcanzados por las intervenciones, así como las lecciones aprendidas y emitir recomendaciones generales y específicas que ayuden a todos los actores involucrados.

De esta manera, la evaluación de las intervenciones se ha abordado desde 5 perspectivas: evaluación de diseño, de gestión, de resultados, de eficiencia, y de sostenibilidad. Cada perspectiva se ha abordado a partir de preguntas específicas predefinidas para realizar la evaluación que guían el análisis del presente documento. Las estrategias para recolectar la información necesaria para responder a cada una de las preguntas específicas de evaluación consistieron en la revisión documentaria de cada una de las intervenciones. Adicionalmente se trabajó con bases administrativas de las intervenciones y bases de datos secundarias. Finalmente se recolectó información primaria a partir de entrevistas que recogieran las percepciones de los actores vinculados directamente con las intervenciones. De este modo, los hallazgos no descansan en supuestos de causalidad o controla por ellos, tampoco en la verificación de hechos, comprobación de circunstancias o auditoría de la calidad de información recibida. Más bien los mismos son de carácter exploratorio basados fundamentalmente en percepciones de informantes clave que debe invitar a desarrollar métodos más exhaustivos de investigación o indagación que los confirmen o rechacen.

El estudio de los programas se hace por separado, aunque se desarrolla una sección final de interacción de las intervenciones en el territorio. Esta decisión se toma no solo porque ese fue el planteamiento originalmente solicitado por UNICEF y corroborado por las instituciones usuarias del estudio, sino que los diferentes momentos en que se encuentran ambas intervenciones SAF (programa consolidado), Meta 4 de PI (programa en estadio temprano) impide la capacidad de realizar contrastes adecuados. Lo anterior tiene consecuencias en el grado de correspondencia en las preguntas respondidas en cada programa. si bien mayoritariamente son las mismas el nivel de profundidad en cada uno puede variar.

El presente documento corresponde al cuarto entregable de la consultoría denominado como Informe Final, en el que se presenta la evaluación de diseño, gestión, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones bajo análisis. Para la elaboración de este documento se incluye la información documentaria, la información primaria obtenida tanto del campo presencial como del campo virtual y la información recopilada a partir de las entrevistas con expertos. Con ello, el documento se encuentra estructurado de la siguiente manera. En la segunda sección se presenta el marco conceptual bajo el cual se realizará el análisis general de ambas intervenciones. En la



misma, se desarrolla la teoría de cambio de las intervenciones y la política nacional de la que son parte. En la tercera sección se desarrolla el marco metodológico bajo el cual se alinean las respuestas a cada una de las preguntas evaluativas de interés de UNICEF que fueron establecidas en los TdR. La siguiente sección corresponde a la implementación de evaluación bajo el diseño metodológico descrito previamente. En ella se abordan la evaluación del diseño, de gestión, de resultados, de eficiencia y sostenibilidad de ambas intervenciones. A la vez, en dicha sección se presenta un breve análisis sobre la interacción de ambas intervenciones, tanto a nivel local como nacional. Considerando que la metodología adoptada para la presente evaluación corresponde a una metodología, en su mayoría, cualitativa, el análisis se basa principalmente en las percepciones de los actores involucrados en la elaboración e implementación de las dos intervenciones bajo análisis. En la quinta sección se presentan los hallazgos y conclusiones de la evaluación de las intervenciones. Las recomendaciones planteadas, tomando en cuenta los hallazgos principales del estudio, se presentan en la sexta sección. Finalmente, las limitaciones con las que cuenta el presente estudio son desarrolladas en la sección siete. Como secciones adicionales, se presenta la bibliografía empleada para la presente evaluación y en los anexos se presentan las tablas de salida de las entrevistas realizadas como parte de la consultoría.



2. MARCO CONCEPTUAL

En la presente sección se desarrolla un marco conceptual que permitirá guiar la evaluación de las intervenciones. Para ello, primero, se construirá una teoría de cambio asociada a las visitas domiciliarias y cómo este tipo de intervenciones contribuyen en la reducción del problema (anemia). Este análisis de identificación y sustentación tomará en cuenta evidencia de literatura previa que permite, en primer lugar, ver el encadenamiento de los determinantes de la anemia y, en segundo lugar, ver cómo es que las intervenciones enmarcadas en las visitas domiciliarias permiten incidir en los determinantes previamente identificados. En la segunda parte de la presente sección se describe el marco de la política pública con el cual se articulan los programas de interés de la evaluación. Para ello se ha sistematizado la información documentaria revisada la cual consiste en diversos instrumentos de política a los que se tuvo acceso durante la investigación.

2.1 Teoría de cambio

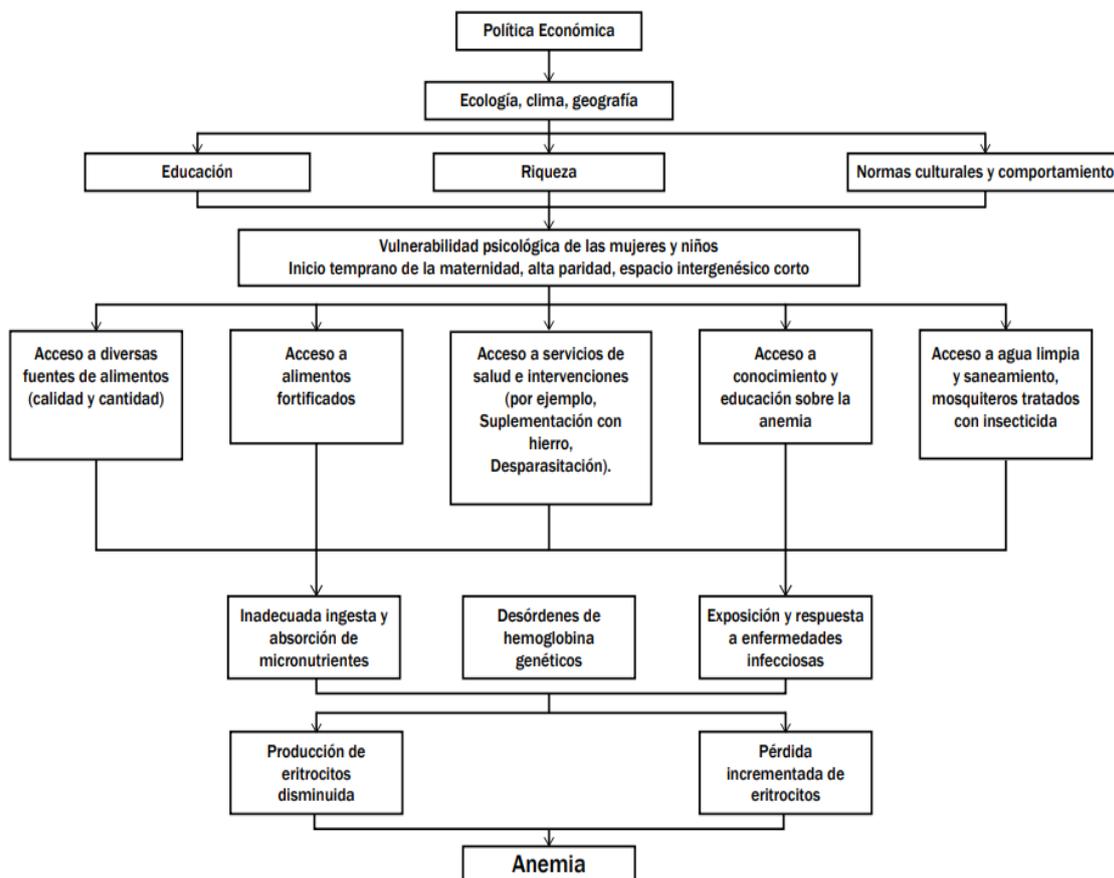
Existe literatura diversa que busca abordar conceptualmente el problema de la anemia a través de la identificación de sus determinantes, específicamente para el grupo de niños entre 0 a 3 años. Una manera de hacerlo es a través de un modelo causal o teoría de cambio, el cual recoge las secuencias lógicas entre los determinantes del problema (causas) y los resultados previsibles asociados a un problema específico. A partir de ello, se identifican acciones específicas (soluciones) que atiendan las causas más importantes. Estas acciones darán lugar a estrategias de atención articuladas por parte de los gestores de la política pública.

Dado el amplio desarrollo conceptual acerca de las causas principales detrás del problema de anemia, se considera pertinente la revisión de dos modelos causales referenciales. A partir de ellos se definirá una teoría de cambio ajustada al contexto del estudio, vinculado a las visitas domiciliarias y el cambio de comportamiento que suponen, para superar dicha condición por parte de los niños menores de 3 años. Uno de los dos modelos causales corresponde al desarrollado por Balarajan y otros (2011), y el segundo refiere al propuesto por Zavaleta y Astete-Robilliard (2017). Ambos marcos conceptuales guardan mucha relación y presentan similares causas directas del problema de la anemia, a pesar de la diferencia en los contextos sobre los cuales se desarrollan. Así, mientras que el primero de ellos es contextualizado en países con ingresos bajos y medios, el segundo corresponde a una propuesta para el contexto peruano sobre el cual analiza los efectos de largo plazo de la anemia.

En la **Ilustración 2** se muestra el modelo elaborado por Balarajan y otros (2011), donde los factores de contexto que condicionan el desarrollo nutricional de los menores de 3 años se refieren a los niveles educativos, niveles de riqueza, al aspecto político-económico, normas culturales y comportamiento de la población analizada. Es decir, estos factores contextuales influyen en los niveles de las causas indirectas de la anemia. Por ejemplo, la situación político-económica y los niveles de riqueza de un distrito condicionan a los niveles de acceso a servicios de salud e intervenciones relacionadas. Como causas indirectas que incrementa los niveles de anemia en la población, ellos consideran 5 factores: acceso a diversas fuentes de alimentos; acceso a alimentos fortificados; acceso a servicios de salud e intervenciones, por ejemplo, desparasitación o entrega de suplementos de hierro; acceso a conocimiento y educación sobre anemia; y acceso a agua limpia y saneamiento. A través de estos cinco factores considerados en el modelo, se identificaron 2 causas directas de la anemia: (1) Inadecuada ingesta y absorción de micronutrientes y (2) Exposición y respuesta a enfermedades infecciosas. Además, consideran una causa adicional que no se desprende necesariamente de los cinco factores previamente presentados ya que constituye una causa genética referida a desórdenes de hemoglobina.



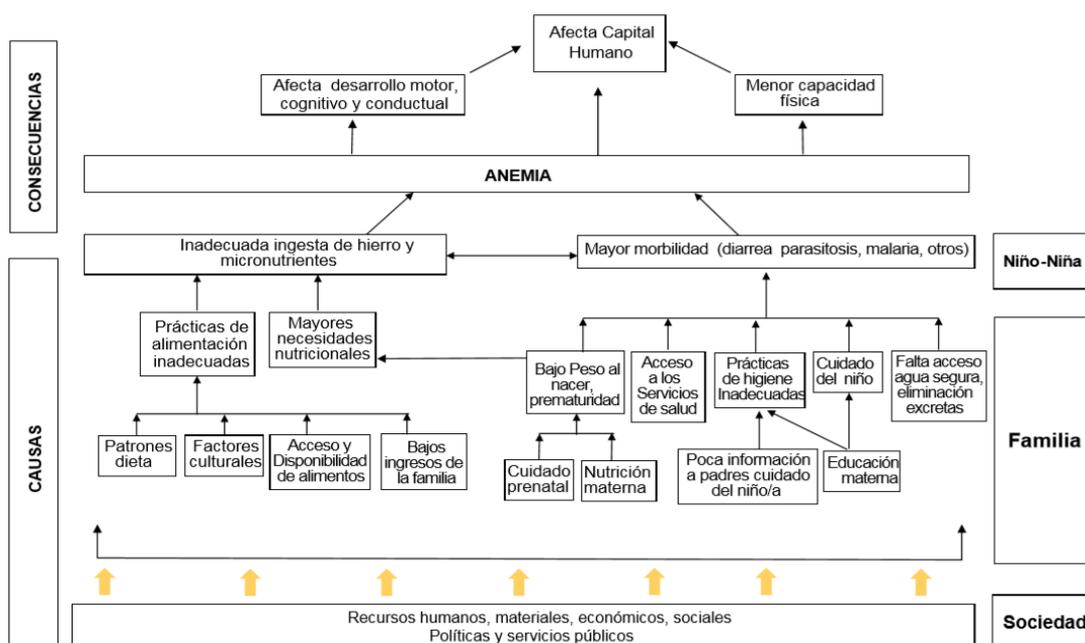
Ilustración 2: Modelo conceptual de los determinantes de anemia según Balarajan y otros (2011)



Fuente: Balarajan et al. (2011). Elaboración: MINSA (2017). Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil, 2017-2021.

En cuanto al modelo conceptual de Zavaleta y Astete-Robilliard (2017), los autores consideran, al igual que en el modelo anterior, factores contextuales que influyen sobre las causas indirectas de la anemia. Estos factores refieren a la cantidad de recursos humanos, materiales, económicos y sociales que existen en un determinado espacio geográfico, además del aspecto político-económico y la calidad de los servicios públicos ofrecidos. En lo que comprende a las causas indirectas de la anemia, según los autores, estas se encuentran a nivel del hogar o son factores generados en las familias de los niños menores de 36 meses. A diferencia de Balarajan y otros (2011), este modelo conceptual muestra una mayor cantidad de determinantes mucho más específicos, agrupándolos en dos grandes conjuntos vinculados a dos tipos de causas de la anemia: por un lado, se tiene la que está relacionada a la inadecuada ingesta de hierro y otros nutrientes; por otro lado, se tiene aquella relacionada a otras enfermedades como parasitosis, malaria, diarrea y otros (enfermedades infecciosas). De esta manera, el primer tipo se relaciona en mayor medida (no únicamente) a la relación de cuidado entre la madre – niño, mientras que el segundo tipo se relaciona en mayor medida al acceso a servicios de salud y prácticas de higiene en el hogar. Ambas causas, sin embargo, no deben ser leídas de manera independiente, ya que las causas indirectas que terminan afectando la morbilidad de los niños, también pueden causar la inadecuada ingesta de micronutrientes.

Ilustración 3: Modelo conceptual de los determinantes de anemia según Zavaleta y Astete-Robilliard (2017)



Fuente: Zavaleta y Astete-Robilliard (2017).

La línea causal referida a la inadecuada ingesta de nutrientes se da a través de las malas prácticas de alimentación implementadas dentro de la familia. Dichas prácticas son resultado de factores culturales, costumbres familiares respecto a la dieta, bajos niveles de ingreso que suelen afectar la cantidad, calidad y diversidad en la adquisición de alimentos, sobre todo aquellos ricos en hierro y otros nutrientes (acceso de alimentos). Asimismo, otro mecanismo por el cual habría una inadecuada ingesta de nutrientes estaría relacionado al nacimiento prematuro. La prematuridad conlleva a un mayor riesgo de que los neonatos nazcan con anemia o sean más propensos a padecerla en los primeros meses, ya que es, en el último trimestre de gestación, que la madre transfiere hierro al feto. Si el neonato nace antes de la fecha prevista, esta transferencia de hierro de la madre al feto no se llega a concretar. La segunda línea causal, relacionada a mayor morbilidad, es explicada por la aplicación de prácticas de cuidado e higiene inadecuadas sobre el niño que, a su vez, es resultado del desconocimiento o falta de información por parte de los cuidadores principales. Otro mecanismo relacionado a esta línea causal es la falta de acceso a servicios básicos, principalmente a servicios de salud y saneamiento.

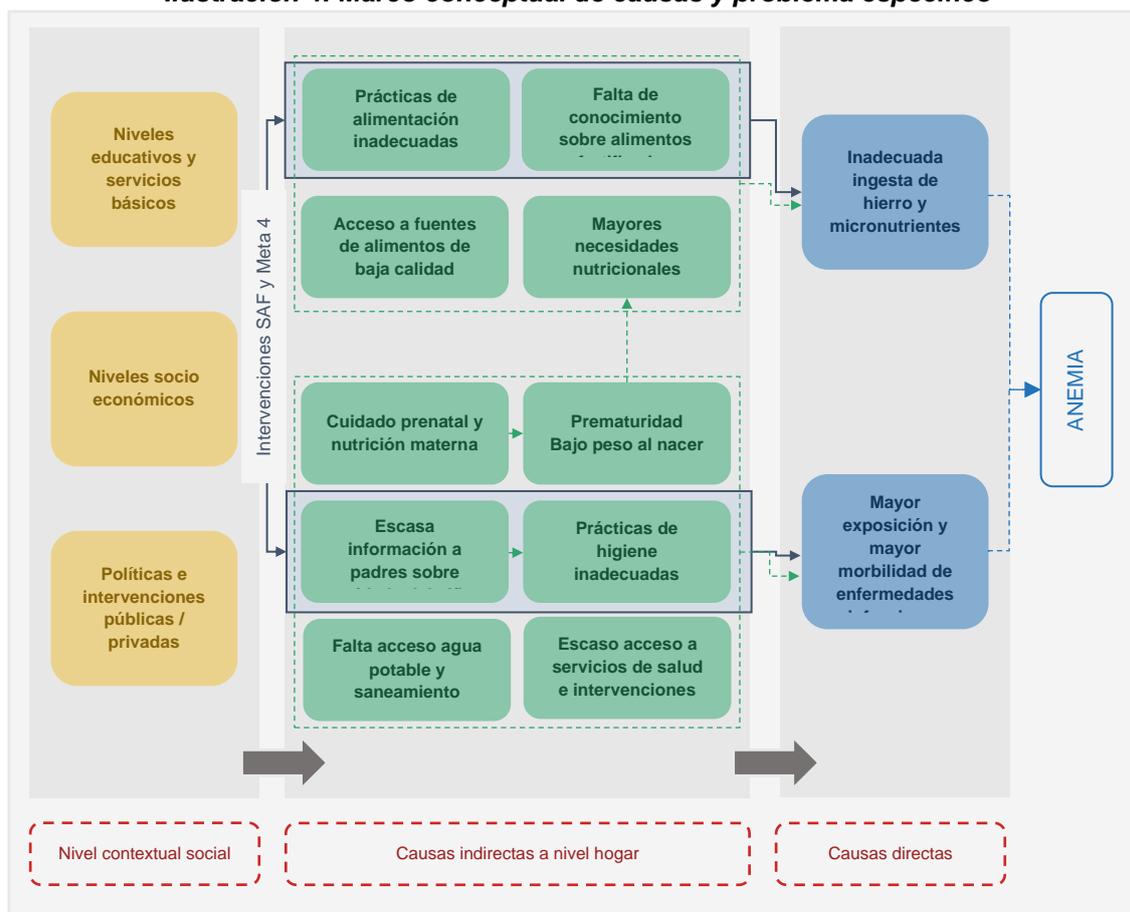
Una consideración adicional de Zavaleta y Astete-Robilliard (2017) es la agregación de consecuencias de la anemia en su modelo conceptual. En este detalla que la anemia, como resultado intermedio, afecta al desarrollo motor, cognitivo y conductual de la persona, además de aumentar el riesgo de padecer de una menor capacidad física. De esta manera, no se ve a la reducción de la anemia como un fin único de cualquier política pública, sino que se enmarca en los resultados como consecuencia de la reducción de la anemia, esto es, el desarrollo infantil. Esto último, como se verá más adelante, justifica políticas articuladas vinculadas al desarrollo infantil temprano donde la anemia es un componente (importante), aunque no único.

Sobre la base de estos dos modelos conceptuales, es posible plantear una síntesis adecuada al grupo etario de interés y vinculada con el tipo de intervenciones que se pretende analizar. Sin dejar de reconocer que los avances en la lucha contra la anemia pueden considerarse resultados intermedios dentro de un esquema conceptual basado en el desarrollo infantil temprano, en lo

que sigue consideraremos a la anemia como resultado final, con el objetivo de adecuarlo a las preguntas de investigación del presente estudio.

El modelo causal propuesto mantiene la estructura de los modelos previos; es decir, se consideran condiciones de contexto que influyen en cierta medida sobre las causas indirectas. Las causas directas serán agrupadas en dos dimensiones: (1) inadecuada ingesta de hierro y micronutrientes; y (2) exposición a enfermedades infecciosas. Estas dimensiones ayudan a ordenar al resto de factores que influyen sobre la prevalencia de anemia, tal como se presenta en la **Ilustración 4**.

Ilustración 4: Marco conceptual de causas y problema específico



Elaboración: Macroconsult.

A nivel de contexto político - socioeconómico, se contemplan como factores condicionales para el desarrollo nutricional de menores de 36 meses de edad a (1) los niveles educativos y la calidad de los servicios básicos ofrecidos por parte del Estado, (2) los niveles de desarrollo económico del espacio geográfico analizado, y (3) a la ejecución de intervenciones públicas o privadas referidas a la reducción de la anemia.

A nivel del hogar, se han establecido dos grupos de causas indirectas que desencadenan impactos sobre las causas directas de la anemia. El primer grupo de factores indirectos corresponden, en términos generales, a los niveles de conocimiento y costumbres sobre el consumo de alimentos fortificados con hierro, componente primordial para evitar y combatir la anemia. Siempre que haya falta de conocimiento respecto a alimentos ricos en hierro y se empleen inadecuadas prácticas de alimentación en los niños, afectará la ingesta adecuada de hierro, con lo cual redundará en el problema de la anemia. Además, a este grupo se agrega el

factor de deficiencias nutricionales entre niños que nacen de manera prematura, tal como se describió en el marco conceptual planteado por Zavaleta y Astete-Robilliard (2017).

La FAO (2004) establece, sobre la base de las recomendaciones de la OMS, requerimientos nutricionales para niños menores de 3 años y madres gestantes, considerando a la ingesta adecuada de micronutrientes (hierro, yodo y zinc) como un estándar internacional. La ingesta insuficiente, especialmente de hierro, vitamina A, vitamina B12 y ácido fólico, son las principales causas de anemia (OMS 2017). Intervenciones relacionadas a la educación y asesoramiento en nutrición para la provisión de una dieta adecuada por parte del cuidador principal, así como intervenciones relacionadas a la seguridad alimentaria tienen como objetivo estimular el cambio de comportamiento y mejorar la diversidad y la calidad de la dieta (Allen 2008). Respecto a esto, en la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional se define la seguridad alimentaria como el “acceso físico, económico y sociocultural de todas las personas en todo momento a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, a fin de llevar una vida activa y sana” (MINAGRI), definición que engloba los cinco componentes establecidos por la FAO: disponibilidad, acceso, uso, estabilidad e institucionalidad.

Los hogares que viven en pobreza enfrentan serias limitaciones en sus ingresos y deben tomar decisiones que pueden generar inseguridad alimentaria. Existen estudios que identifican a la inseguridad alimentaria como un factor asociado a la anemia infantil. Leal y otros (2011) estiman que los niños de hogares con inseguridad alimentaria tienen un riesgo 2.34 veces mayor de desarrollar anemia. La mayor prevalencia de anemia en los niños que viven en hogares con inseguridad alimentaria puede deberse a una ingesta inadecuada de dietas, al consumo de una variedad limitada de grupos de alimentos con bajo contenido de hierro y al mecanismo de supervivencia durante la escasez de alimentos (Coates, J. et al 2007 y Legason, I. et al 2017).

De este modo, para el encadenamiento entre factores indirectos sobre la causa directa de ingesta inadecuada de hierro y micronutrientes, la literatura ha realizado estudios empíricos encontrando asociaciones y efectos sobre los niveles de hemoglobina en niños. Por ejemplo, Skalicky y otros (2006) encontraron que, para hogares con bajos ingresos, es más probable que los infantes con alimentación insegura tengan anemia por deficiencia de hierro con respecto a los infantes con alimentación adecuada. Esto también es encontrado por Pasricha y otros (2010), en donde se trató de encontrar factores biológicos, nutricionales y socioeconómicos que tuvieran influencia en la prevalencia de anemia en los niños. Así, se encontró que los niños con inseguridad alimentaria, debido a los bajos ingresos de sus familias, tienen mayor probabilidad de tener anemia por insuficiencia de hierro. Bushamuka y otros (2005) indican que el acceso limitado de alimentos se relaciona con deficiencias en la demanda de una comunidad, o sea, causado principalmente por restricciones presupuestarias. Por último, los resultados de Park y otros (2009) muestran que la probabilidad de que los niños en hogares con muy baja seguridad alimentaria tengan anemia por déficit de hierro es dos veces mayor que los niños de hogares que cuentan con seguridad alimentaria.

Otro factor importante es la adopción de buenas prácticas alimentarias por parte de las madres o cuidadores principales de los niños. En un estudio experimental desarrollado por Solano y otros (2012) relacionado a la educación nutricional dirigida a madres de niños con anemia, se encontró que después de la asistencia de las madres durante 20 horas de capacitación, el 100% de las madres elaboraron dietas adecuadas incluyendo todos los grupos de alimentos. En la evaluación inicial, el 56% de madres elaboraron dietas deficitarias en hierro, esto indica que la mayoría de las madres con niños con anemia no tenía conocimientos adecuados sobre la elaboración de alimentos para sus niños. Otro estudio desarrollado por Kapur y otros (2004), evaluó los resultados de niños entre 9 a 36 meses y de sus cuidadores principales, luego de una intervención de 4 meses diferenciada en 4 grupos: (1) madres cuidadoras recibían educación



nutricional, (2) solo se daba suplementación de hierro a los niños, (3) educación nutricional con suplementación, (4) Grupo de control al que se le daba un placebo. Dicho programa se dividió en 2 semanas de tratamiento y 2 semanas sin tratamiento. A las 16 semanas, el grupo que tuvo educación nutricional tuvo mejores resultados: las madres mostraron un conocimiento nutricional significativamente mayor y la ingesta de hierro en la dieta de los niños fue significativamente mayor que del grupo control. De esta manera, el estudio sugiere que la educación nutricional tiene un efecto positivo en los niveles de hierro (medido a través de la ferritina) posiblemente a mejorar la inclusión de hierro en la dieta del niño.

El segundo grupo de factores indirectos comprende a dos subgrupos: por un lado, refiere al cuidado prenatal y el cuidado del niño vinculado a prácticas de higiene inadecuadas; el otro subgrupo contempla a la falta de acceso al consumo de agua potable, saneamiento, servicios de salud o intervenciones complementarias por parte del Estado o sector privado. Todos los factores indirectos que se inician en el hogar, a excepción de los accesos a bienes y servicios de calidad que se generan con la desatención estatal, provocan una mayor exposición y morbilidad de enfermedades infecciosas, aumentando a su vez la propensión a sufrir de anemia.

En lo que respecta a los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento en las viviendas, una variedad de investigaciones reporta que la baja calidad de estos servicios influye en la salud y crecimiento de los niños y niñas, asociándose con una alta prevalencia de enfermedades infecciosas (Escobal y otros, 2005; Chong y otros, 2003; Benavides y otros, 2012). Por otro lado, en lo que refiere a servicios de salud, tanto Victora y otros (1999) como Escobal y otros (2005), mencionan la relevancia de los accesos a servicios de salud sobre el estado de salud de las niñas y niños menores de 3 años. Finalmente, las causas indirectas a nivel de hogar tienen incidencia sobre las causas directas de la anemia identificadas en el modelo causal: inadecuada ingesta de hierro y micronutrientes y mayor exposición y morbilidad de enfermedades infecciosas. Estos son los factores últimos que incidirán sobre el nivel de anemia infantil.

Del marco conceptual desarrollado, la implementación de intervenciones como las visitas domiciliarias (objeto del presente estudio), resultan pertinentes dado que su principal objetivo es incidir sobre el comportamiento de las familias para poder generar una mejora en resultados de los niños. En este caso en particular, se espera que, como resultado de la adopción de prácticas adecuadas en cuidado de la salud y buenas prácticas alimentarias, disminuya la prevalencia de la anemia.

En línea con Minkowitz et al (2016), las visitas domiciliarias son un tipo de servicio preventivo cuyo objetivo, en términos generales, es el de satisfacer las necesidades de familias vulnerables con niños pequeños o mujeres embarazadas a través de servicios en el hogar y vínculos con otros recursos de la comunidad. El esquema mediante el cual se brindan los servicios de visitas domiciliarias varía de acuerdo con el modelo del programa y los objetivos específicos de cada uno, pero, de forma general, se desarrollan a través de visitas por actores capacitados al entorno natural de la familia. Estos actores se guían de planes de estudio diseñados para promover el desarrollo socioemocional, motor, lenguaje, y desarrollo cognitivo, a través de la detección y tratamiento de depresión parental, enseñanza de habilidades parentales, promoción del aprendizaje y estimulación temprana, y programas de alimentación y suplementación nutricional.

Una de las ventajas de las visitas domiciliarias es la conveniencia del servicio de entrega basado en el hogar, pues maximiza la probabilidad de la participación de las familias en la intervención, especialmente, en el caso de familias en riesgo. Precisamente, estas familias son las que a menudo presentan problemas para participar en otro tipo de programas que requieren algún tipo de desplazamiento. De esta manera, las visitas domiciliarias eliminan costos de transporte y otras dificultades de acceso (Gomby, Culross, & Behrman, 1999). Además, los servicios a domicilio brindan al visitador un conocimiento más extenso de los antecedentes familiares, lo que le



permite adecuarse de mejor manera a las necesidades particulares de cada familia. Por lo tanto, las visitas al hogar pueden ser un método más exitoso de educación para padres entre las familias en riesgo que los servicios basados en centros de atención (Nievar et al, 2010).

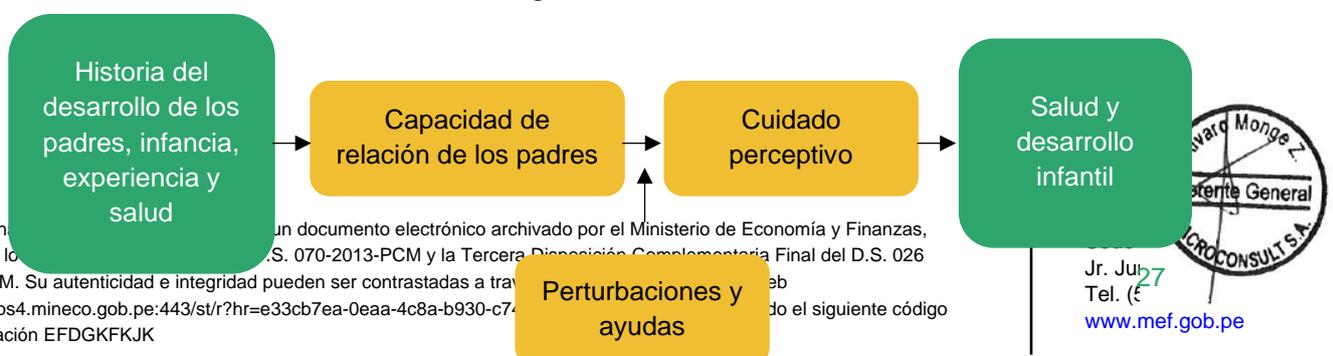
Por los motivos anteriormente desarrollados, las intervenciones focalizadas en salud y desarrollo infantil temprano son cada vez más reconocidos como una estrategia necesaria para garantizar que todos los niños desarrollen su máximo potencial, siendo una de estas, la estrategia de visitas domiciliarias (Berlinski & Schady, 2015). Como parte del seguimiento a estos programas, el documento de revisión anual de programas de visitas domiciliarias “Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary 2019” de la Oficina de Planeamiento, Investigación y Evaluación del Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno de los Estados Unidos de América (OPRE, por sus siglas en inglés), identifica un crecimiento conjunto de investigaciones que respaldan el potencial de estas visitas para la mejora de una amplia gama de resultados como: (i) prevención del maltrato infantil; (ii) apoyo a la crianza positiva; (iii) mejora de la salud materno infantil y (iv) promoción del desarrollo de la infancia y preparación escolar.

La evidencia de evaluaciones experimentales y cuasiexperimentales de programas de visitas domiciliarias en múltiples contextos demuestra el potencial de estos programas para mejorar una amplia gama de resultados de salud, desarrollo, comportamiento y educación, particularmente entre las familias más vulnerables (Berlinski & Schady, 2015). Sin embargo, aunque existe un amplio respaldo para el vínculo causal entre las visitas domiciliarias y los resultados de desarrollo y salud infantil, pocos estudios han explorado qué es lo que impulsa este impacto.

Las visitas domiciliarias buscan abordar el desarrollo y salud infantil no solo brindando atención médica, pues esta por sí sola no garantiza salud; en cambio, los programas de visitas domiciliarias buscan mejorar la capacidad del cuidador y la comunidad para apoyar los fundamentos de la salud. Entre estos fundamentos se encuentran los cuidados receptivos, como la respuesta adecuada y sensible a las señales del niño (Atkins-Burnett S. et al, 2015), entornos domésticos seguros y protegidos, nutrición adecuada y apropiada y comportamientos que promuevan la salud (Mistry K., 2012). De esta manera, las visitas domiciliarias pueden interrumpir el ciclo mediante el cual la adversidad temprana contribuye a las deficiencias posteriores en el aprendizaje, el comportamiento y el bienestar físico y mental (Shonkoff J.P. & Garner A.S., 2012; Garner A.S., 2013).

La mayoría de los programas de visitas domiciliarias están basados en una teoría ecológica que postula que los niños se desarrollan en ambientes multifacéticos (Bronfenbrenner, 1992). Las habilidades de paternidad y la relación padre-niño forman parte de este entorno y, por este motivo, muchos de los programas de visitas domiciliarias están dirigidos a la educación parental para finalmente tener un efecto sobre el desarrollo del niño a través de la relación padre-hijo. De hecho, algunos de los programas más exitosos para la primera infancia con resultados a largo plazo son aquellos que involucran a los padres (Yoshikawa, 1995). En esta línea, el enfoque de las visitas domiciliarias para promover el comportamiento de los padres se puede ver a la luz de las teorías del comportamiento de los padres, las cuales típicamente incluyen determinantes personales, interpersonales, sociales y ambientales. La **Ilustración 5** muestra una visión general de cómo estos determinantes influyen en el cuidado receptivo, un concepto importante de la paternidad (Minkowitz et al, 2016).

Ilustración 5: Base lógica de las visitas domiciliarias



Fuente: Home visiting: A service strategy to reduce poverty and mitigate its consequences.

Según esta ilustración, la capacidad de relación de los padres influye directamente en la crianza de los hijos y está determinada por la propia historia de desarrollo, las experiencias de la infancia y la salud de los padres. Por una parte, tiene un efecto directo sobre la capacidad de relación de los padres con sus hijos (Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children, 1994; Lyons-Ruth & Zeanah, 1993; Shonkoff & Phillips, 2000), las cuales a su vez tienen relación directa con los resultados de desarrollo de los niños (Fiorini, M. y Keane, M. 2014;); y por otra parte, sobre las habilidades de cuidado perceptivo, definido como la adecuada y oportuna respuesta de los cuidadores principales sobre el niño (Halpern, 2000; Roberts & Wasik, 1990; Roberts, Wasik, Casto, & Ramey, 1991) y que a su vez es afectada por la capacidad de relación entre los cuidadores y el niño en desarrollo.

Finalmente, un tercer componente mostrado en la ilustración es el relacionado a perturbaciones y problemas que afectan el entorno familiar derivados en muchos casos de las condiciones de pobreza de la familia o de la extrema de los padres (Aber, Jones, & Cohen, 2000; Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Conger, McCarty, Yang, Lahey, & Kropp, 1984; Duncan, Brooks-Gunn, & Aber, 1997; Werner, 2000), perturbaciones que a su vez afectan el compromiso de los padres con los programas de ayuda. En este sentido, los perturbaciones y ayudas son relevantes para el desarrollo de programas de visitas domiciliarias al hogar pues moderan la influencia de la capacidad de relación de los padres en la crianza de los hijos. De esta manera, la crianza de los hijos, la capacidad de relación de los padres y las tensiones y el apoyo sobre estos, son los 3 objetivos principales de las visitas al hogar y otros programas destinados a la promoción de la salud y el desarrollo infantil.

Se observa que, para lograr un impacto positivo sobre la salud del niño atendido, debe lograrse la adopción de prácticas de cuidado y salud por parte de los cuidadores. Sin embargo, no todos los programas de visitas domiciliarias que incorporan un componente de salud como parte de la intervención (ya sea a través de la enseñanza de prácticas de salud a los padres o la suplementación alimenticia) tienen resultados favorables sobre la salud del niño o niña atendido. Por un lado, algunas de las intervenciones que combinan la estimulación psicosocial con nutrición encuentran un efecto positivo en la salud y el desarrollo de los niños (Grantham-McGregor S., Powell C., Walker S. & Himes J., 1991; Waber D., 1981; Gardner J., Powell C., Baker-Henningham H., Walker S., Cole T. & Grantham-McGregor S., 2005) pero algunos otros no encuentran relación directa de este efecto (Nahar B. y otros, 2012).

Algunos de estos programas también han demostrado una mejora en el conocimiento nutricional de las mujeres y su participación en la toma de decisiones domésticas (Masset E. y otros, 2012; Faber M. y otros, 2002 y Bushamuka V. y otros, 2005). Sin embargo, aún no quedan claros los componentes de la visita que llevan a estos resultados o las diferencias en magnitud de estos. Al respecto, Nievar A. y otros (2010) encuentran en su estudio que un predictor crítico de las diferencias en los tamaños del efecto entre las evaluaciones que estudian es la frecuencia en el número de las visitas domiciliarias. En todos los estudios que revisan, los programas intensivos o con más de tres visitas por mes tuvieron un efecto medio en promedio de más del doble del



tamaño de los efectos en programas no intensivos, lo cual sugiere que los programas con contacto más frecuente entre los visitantes y las familias beneficiarias tienen más éxito.

De la revisión realizada puede concluirse que la evidencia respecto al efecto de las visitas domiciliarias en el comportamiento de los cuidadores y las prácticas de estos en cuanto cuidado, salud y desarrollo infantil es mixta pues, por un lado, existen diversos estudios que abalan dicha estrategia de intervención, mientras otros encuentran resultados nulos o no significativos (ej. Wagner & Clayton, 1999) en muchos casos, o incluso negativos (Wasik y otros, 1990). En este sentido, la literatura revisada, como se mencionó anteriormente, indica que el éxito de estos programas dependerá de (i) la intensidad de las visitas, (ii) su contenido, (iii) y la escala de aplicación de las intervenciones, en el sentido de que programas de menor escala y con un menor número de beneficiarios han mostrado mejores resultados sobre familias en riesgo que aquellos de mayor alcance (Nievar, A. y otros 2010). Sin embargo, esto no compromete la efectividad de la adopción de prácticas de cuidado saludable cuando esta práctica ha sido adoptada (entornos de juego adecuados, lavado de manos o prácticas alimenticias adecuadas). La literatura parece tener un mejor consenso respecto a los efectos positivos de estas prácticas sobre la salud y el desarrollo infantil, como se mostró anteriormente.

Por otro lado, respecto a quien realiza la visita y que perfil es más efectivo, la literatura revisada no es concluyente. En los programas que utilizan la estrategia de visitas domiciliarias para atender a familias con infantes, es común utilizar a los agentes comunitarios de salud como gestores de la visita. Por ejemplo, en un estudio elaborado por UNICEF en 2015, en el cual se sistematiza un total de 105 intervenciones que entregan algún tipo de servicio nutricional a padres de familias con infantes, logran identificar que el 65% de las intervenciones revisadas fueron ejecutadas por para-profesionales (agentes comunitarios), mientras que solo el 20% de las intervenciones estuvo a cargo de un personal profesional. Claramente la evidencia nos indica que prima el uso de personajes comunitarios propios de las zonas en donde se implementa las intervenciones. Pero, a pesar de ello, aún en los estudios empíricos prevalece la discusión sobre cuál es el perfil adecuado que otorga los mejores resultados para este tipo de intervenciones.

Por un lado, tenemos estudios como el de Moran y Ghatge (2004) en el que se concluye que, si las visitas son realizadas por proveedores profesionales, entonces aumenta significativamente el conocimiento de los padres. En línea con ello, en la revisión sistemática de literatura que realiza Rebello y otros en UNICEF (2015), se encuentra que los programas más exitosos para la mejora en la crianza son los que emplearon a médicos, enfermeras o educadores como los encargados de proveer el servicio. Es decir, los programas de educación nutricional fueron más efectivos cuando el mensaje era transmitido por un profesional. Ellos tratan de buscar una razón ante ello indicando que los padres pueden interpretar a los profesionales de la salud como expertos en el campo y, por lo tanto, son más susceptibles de escucharlos y seguir su orientación. Sin embargo, en un estudio del BID (2015) en el cual utilizaron un instrumento individualizado denominado como HOVRS-A para medir la calidad de las visitas domiciliarias de 185 visitantes domiciliarios, los autores encuentran niveles muy bajos de correlación entre las características de los visitantes domiciliarios y el puntaje total de HOVRS-A. Adicionalmente se encontró una correlación estadísticamente no significativa entre la calidad de las visitas domiciliarias y el nivel educativo del visitante domiciliario.

Asimismo, la otra parte de la evidencia nos indica que la efectividad de los programas se logra cuando se forjan relaciones continuas entre el visitante y el cuidador, siendo estas estables, respetuosas, cálidas, honestas, abiertas y receptivas (Paulsell y otros 2010; Roggman y otros 2006; Miller y Rolnick 2002; Riley y otros 2008). Las visitas de mayor calidad, caracterizadas por relaciones cálidas, alentadoras y de apoyo, tienen más éxito en cambiar el comportamiento del cuidador y tener un impacto positivo en el desarrollo del niño (Paulsell y otros 2010; Peterson y otros 2007; Roggman y otros 2006). Esto se alinea con la idea de utilizar a los agentes



comunitarios dado que estos al ser representativos a las comunidades podrían llegar a tener una mayor afinidad con las familias beneficiarias. Sin embargo, la evidencia no necesariamente explica cuáles deben ser esas características que debe contar un consejero a domicilio, ni tampoco indica cuál es ese perfil mínimo estándar que le permita al visitador desarrollar adecuadamente su actividad, ya que definir ello depende mucho de los objetivos, contenidos y condiciones bajo las cuales se desarrolla la intervención. No obstante, algo bastante rescatado por estudios empíricos es la capacitación que estos visitadores deben recibir. Esto es muy importante ya que las capacitaciones bien implementadas les permite complementar sus conocimientos en relación con los temas que se deseen impartir, así como tener claros los objetivos que se buscan con las visitas.

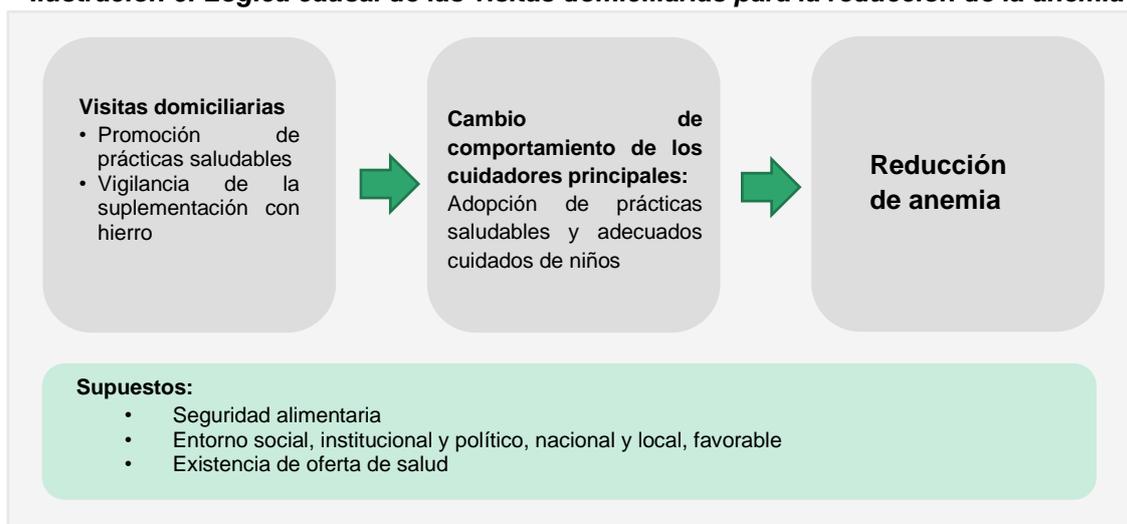
En resumen, la literatura no tiene una posición dominante ni contundente sobre cuál es ese perfil ideal con el que debe contar el visitador para lograr una intervención exitosa. Y la variedad de resultados nos indica que los perfiles correctos dependen mucho de las características particulares de la intervención y del contexto sobre el que se desarrolla. Pero lo que sí es recomendable es tener a este consejero plenamente capacitado de tal forma que pueda transmitir adecuadamente los mensajes clave de interés, ya que a través de este se está entregando el servicio de las visitas domiciliarias. Al respecto, la literatura si es concluyente. En un estudio del BID (2018) donde se analiza la calidad de una intervención sobre visitas domiciliarias, concluyen que es necesario que los visitantes dominen una combinación de habilidades muy sutiles, como instrucción explícita, interacciones sensibles y cálidas, y comentarios receptivos para crear los cambios de comportamiento deseados en los beneficiarios. Sin embargo, en la práctica no necesariamente estos personajes poseen un buen nivel educativo, o incluso están mal capacitados recibiendo poca o ninguna retroalimentación sobre su desempeño (Wasik y Bryant, 2001).

Además, las capacitaciones para los visitadores no solamente deben centrarse en los temas objetivo de la intervención (en nuestro caso la adherencia de hierro y otros), sino también debe inculcarse formas de cómo abordar temas sensibles dentro de la familia. Por ejemplo, en India, una intervención exitosa capacitó a sus consejeros para ser sensibles y sensatos a las limitaciones del hogar, tales como escasos recursos financieros, alimentos disponibles en el hogar, capacidad de toma de decisiones y privilegios de la estructura familiar (Griffiths y otros, 2005). En línea con ello, la literatura nos indica que las cuidadoras que reciben asesoramiento de personal capacitado tienen significativamente mayores tasas de recordar los mensajes sobre alimentos específicos y prácticas de alimentación, así como recomendaciones sobre la preparación de alimentos (Pelto y otros, 2004).

Las dos intervenciones evaluadas, el PI y el SAF, por su diseño, se introducen en el modelo conceptual atendiendo algunas causas indirectas que afectan críticamente las causas directas de la anemia. Por un lado, las visitas domiciliarias implementadas bajo el SAF de Cuna Más buscan a través del diálogo otorgar información y concientizar sobre la promoción de prácticas de cuidado (alimentación saludable, suplementación complementaria, prácticas de higiene, entre otros) y aprendizaje (juegos y dinámicas con los niños y niñas). En base a lo mencionado, dicha acción trata de incidir y combatir la falta de costumbre y conocimiento sobre prácticas de alimentación saludable, prácticas de higiene y de cuidado del niño, cuyo esquema se aproxima en la **Ilustración 6**. Por otro lado, las visitas domiciliarias ejecutadas bajo la Meta 4 del Programa de Incentivos se realizan con un enfoque de monitoreo y supervisión, ya que durante la visita se consulta al cuidador sobre el consumo de la suplementación de hierro de los menores de 11 meses de edad. Esta estrategia es más focalizada, ya que ataca directamente la inadecuada ingesta de hierro a través de la suplementación con gotas o jarabes. En ambos casos, el implementador de la visita (pieza fundamental) es un para-profesional y cuentan con modelos de capacitación en cascada.



Ilustración 6: Lógica causal de las visitas domiciliarias para la reducción de la anemia



Elaboración: Macroconsult.

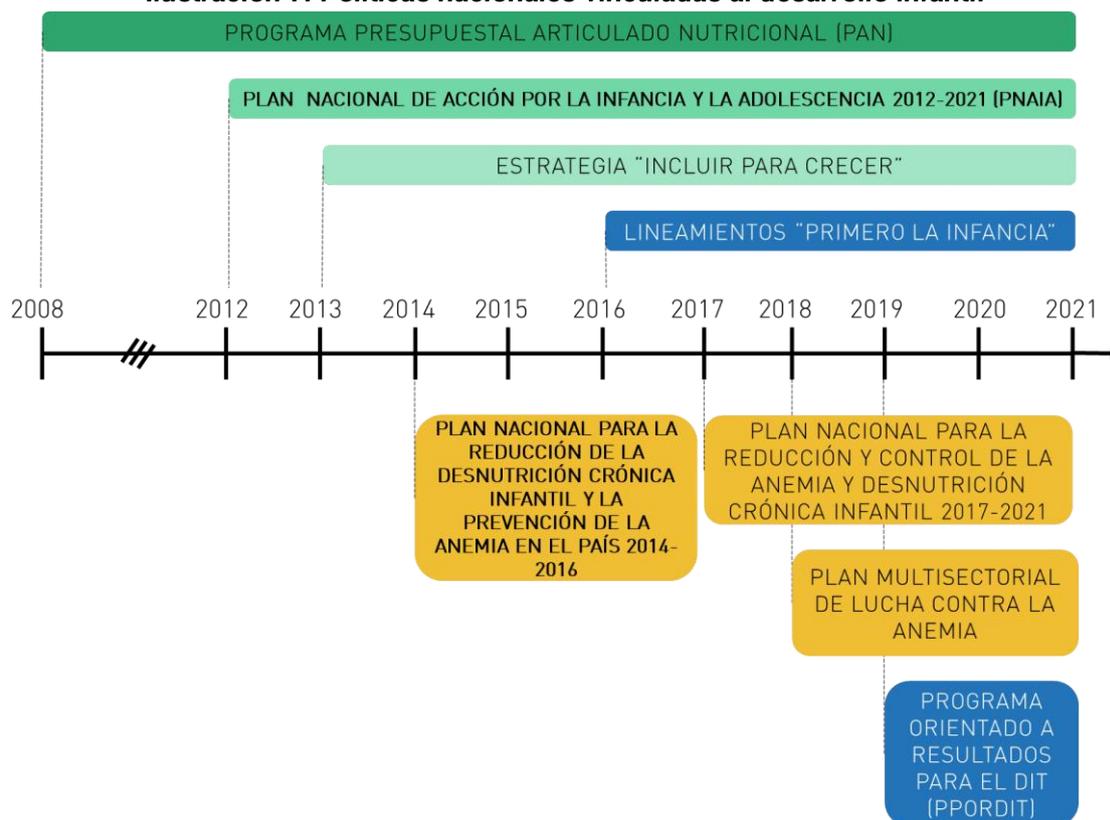
Esta forma reducida de presentar el mecanismo causal de los programas evaluados permite además identificar los supuestos sobre los que se sustenta su efectividad. Por ejemplo, se asume seguridad alimentaria, de modo que, partiendo de ella, las visitas promueven el consumo de alimentos ricos en hierro. Si los hogares carecen de acceso seguro a alimentos variados, entonces las prácticas de alimentación saludable impartidas no tendrán mayor efecto. Otro supuesto importante será el relacionado al entorno social favorable (o al menos no negativo) para el desarrollo de los infantes. Mientras se cumpla, las decisiones sobre el cuidado del niño no deberían generar problemas y, por tanto, las prácticas mostradas durante la visita podrán ser replicadas por el hogar. Un supuesto adicional será la existencia de oferta de salud, tanto referida a la atención como a la disponibilidad de la suplementación de hierro. Considerando que, el objetivo de las visitas domiciliarias es promover el uso de los servicios de salud, mas no realizar el diagnóstico y tratamiento del niño o niña, es importante que los servicios de salud se encuentren disponibles para las familias y que éstos, de manera oportuna, brinden el tratamiento adecuado en los casos de anemia.

2.2 Marco de la política pública

Según lo descrito en la **sección 2.1**, se deduce que la anemia en infantes genera daños severos sobre su desarrollo integral, perjudicándolos consecuentemente para el resto de sus vidas. Por ello, en ese contexto, combatir la prevalencia de anemia infantil (condición estrechamente vinculada a la desnutrición) es una de las prioridades que el gobierno nacional ha establecido, con la finalidad de contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo de las niñas y niños de una edad temprana. La presente sección se desarrolla con la finalidad de identificar y describir todo el conjunto de políticas públicas de ámbito nacional que guardan algún tipo de vínculo o se encuentran asociadas, ya sea de forma directa o indirecta, con el objetivo de reducir la anemia en infantes. Asimismo, esta descripción estará acompañada de un análisis que explique cómo estas políticas se articulan entre sí y cómo ha evolucionado la importancia de la erradicación de la anemia y de la estrategia de visitas domiciliarias a lo largo del tiempo. En ese sentido, para una mejor comprensión del análisis, las políticas nacionales vinculadas al desarrollo infantil se han organizado de forma temporal según el año de su formulación, con la intención de analizar la evolución o dinámica que han presentado hasta llegar al contexto actual. Esto se gráfica en una línea de tiempo presentada en la Ilustración 7, sobre la cual se identifican los años de vigencia de las políticas bajo análisis. Esta línea temporal será la guía para describir y analizar las políticas de forma ordenada y consecuente.



Ilustración 7: Políticas nacionales vinculadas al desarrollo infantil



Elaboración: Macroconsult.

De manera general, podemos notar que la primera política nacional desarrollada bajo la lógica de contribuir al desarrollo infantil es el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN). Años después, fue formulado el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA) y la Estrategia "Incluir para Crecer". Es a partir de esta estrategia que, en 2016, se utilizaron sus dos primeros ejes de acción como marco para diseñar los Lineamientos denominados "Primero la Infancia". En 2017 se materializó la priorización del Estado por combatir el problema de la anemia con la formulación del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021². De igual manera, un año más tarde, se definió el Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia, el cual también establecía como objetivo central la reducción de anemia. Finalmente, en 2019 se formuló el Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (PPORDIT). La descripción presentada en las siguientes subsecciones se basa en la documentación sobre los planes, programas, estrategias y lineamientos a la que se tuvo acceso durante la investigación.

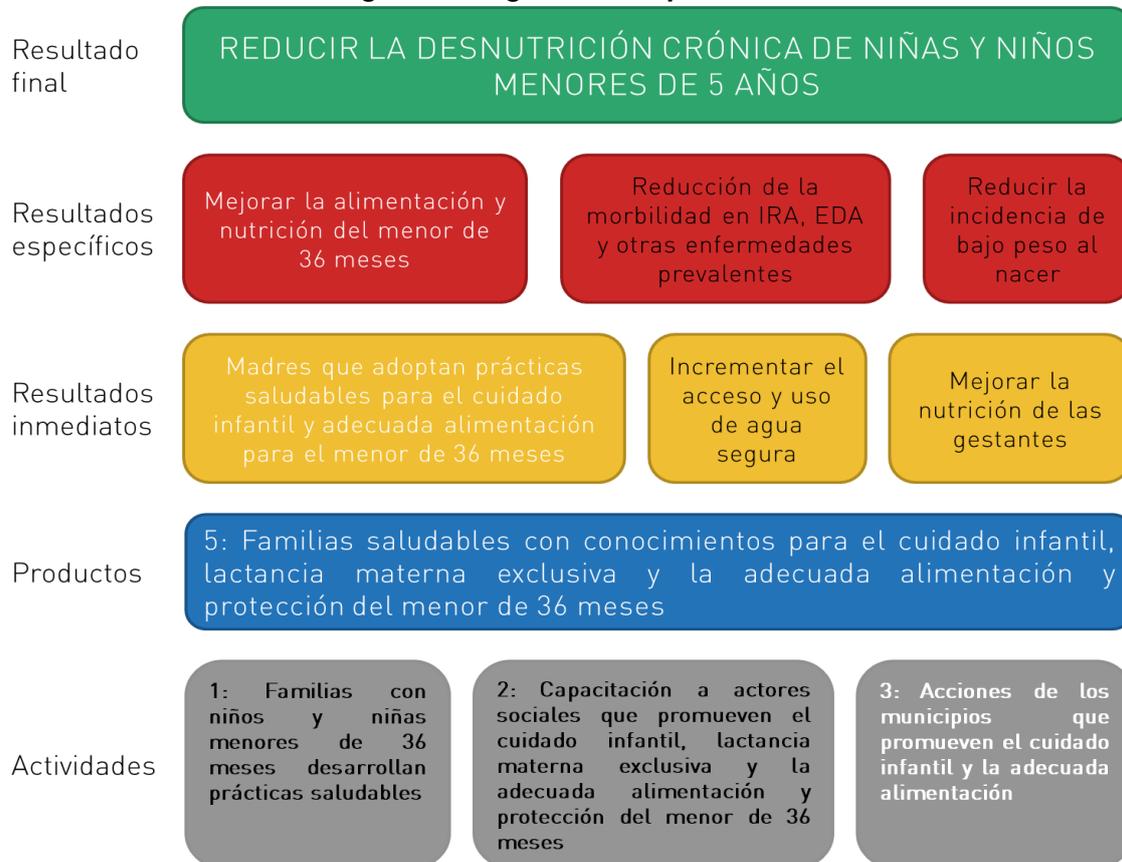
2.2.1 Programa Presupuestal Articulado Nutricional

Dentro de las políticas que aún mantienen vigencia en la actualidad, podríamos indicar que la primera en abordar el desarrollo infantil y a partir de la cual se fundamentan algunas de las posteriores políticas es el Programa Articulado Nutricional, el cual se implementó en el marco del enfoque de Gestión por Resultados. El PAN fue uno de los 5 primeros Programas Presupuestales (PP) que se implementaron en el 2008 y que priorizaban intervenciones a favor del desarrollo infantil (MEF, 2012). Específicamente, este PP tiene como objetivo final reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años y adopta un modelo causal que le

² Una versión previa a este documento fue el elaborado para el periodo 2014-2016.

permite determinar 3 resultados específicos para lograr el objetivo trazado: i) reducir incidencia de bajo peso al nacer, ii) reducir la morbilidad por IRA, EDA en menores de 24 meses y iii) mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.

Ilustración 8: Matriz lógica de Programa Presupuestal Articulado Nutricional



Fuente: Anexo 02 PP Articulado Nutricional. Elaboración: Macroconsult.

Es importante resaltar que el marco lógico del PAN no ha presentado modificaciones en el tiempo (al menos en líneas generales) y, por tanto, los resultados y productos que actualmente componen el programa han seguido siendo los mismos desde su creación hasta la actualidad. Los resultados u objetivos que se establecieron para el PAN no contemplaban directamente abordar el problema de la prevalencia de anemia infantil; sin embargo, al menos sí se consideró como un indicador de seguimiento dentro del resultado específico de “Mejorar la Alimentación y Nutrición del menor de 36 meses”. De esta manera, el PAN estaría identificando la reducción de la anemia como parte de las actividades a realizar para lograr los resultados vinculados a nutrición, mas no como un resultado en sí mismo.

Sabemos que la entidad rectora del PAN es el Ministerio de Salud y, al ser un programa que busca abarcar de forma integral el desarrollo nutricional de menores de 5 años, este se compone de un total de quince productos. De estos quince productos, el denominado “**Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses**” es el producto que desarrolla la estrategia de las visitas domiciliarias. En la **Ilustración 8**, se muestra la matriz lógica del PAN, ahondando únicamente en los resultados y el producto de interés:

El Producto 5 considera un total de tres actividades, de las cuales dos parten desde el Gobierno Central hacia los Gobiernos Locales y la actividad restante implica la atención directa hacia la población beneficiaria:

a) **Actividad 1: Familias con niños y niñas menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables. (GN, GR, GL)**

Conjunto de acciones orientadas a mejorar prácticas de cuidado, alimentación, protección y crianza del menor de 24 meses. Incluye:

- Consejería a través de visita domiciliaria por personal de salud
 - Consejería en domicilio orientada a mejorar las prácticas de alimentación y a promover la adherencia a la **suplementación preventiva en niños de 4 y 5 meses**. Realizado por un personal de salud capacitado a los quince días de iniciado la suplementación, con un tiempo promedio requerido de 60 minutos.
 - Consejería en domicilio orientada a mejorar las prácticas de alimentación y a promover la adherencia a la **suplementación preventiva a familias con niños de 6 a 18 meses**. Realizado por un personal de salud a los 30, 90 y 180 días de iniciado la suplementación, con un tiempo promedio requerido por cada una de 60 minutos.
 - Consejería en domicilio orientada a mejorar las prácticas de alimentación y a promover la adherencia el **tratamiento de anemia, a familias con niños menores de 24 meses con diagnóstico de anemia**. Realizado por personal de salud con un intervalo de 30 días a partir de iniciado el tratamiento (6 visitas).

- Sesiones demostrativas
- Sesiones de grupos de apoyo

b) **Actividad 2: Capacitación a actores sociales que promueven el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses. (GN, GR)**

Conjunto de acciones realizadas por el personal de salud del MINSA, GERESA/DIRESA/DIRIS, Redes y establecimientos de salud con el objetivo de fortalecer las competencias de los actores sociales para el desarrollo de la consejería a través de la VD. Incluye:

- Formación de facilitadores regionales, a través de sesiones de ocho horas (MINSA).
- Diseño de un “Aplicativo informático de registro de VD/AS” y capacitación para su uso (MINSA).
- Diseño de la metodología de capacitación e instrumentos para la ejecución de las VD (MINSA).
- Capacitación a los responsables de promoción de la salud de las redes y micro red para la implementación de las VD, a través de sesiones educativas de ocho horas realizadas con un máximo de 30 participantes por sesión (Facilitadores regionales).
- Convocatoria, selección y registro de actores sociales realizado por el Municipio a través de la IAL.
- Capacitación a los actores sociales, mediante sesiones de ocho horas con un máximo de 25 participantes. El contenido está relacionado a la metodología e instrumentos a utilizar para la ejecución y registro de las visitas.

c) **Actividad 3: Acciones de los municipios que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación (GL)**

Conjunto de acciones realizadas por el municipio provincial o distrital, con la finalidad de contribuir con la mejora del cuidado y alimentación infantil, así como en la reducción de la anemia. Incluye:



- Conformación/Formalización y conducción de una Instancia de Articulación Local (IAL).
- Coordinar con el EESS para definir acciones relacionadas con la salud local e incorporarlas en el Plan de Desarrollo Municipal Concertado y sus respectivos Planes de Desarrollo Municipal.
- Organizar y monitorear, en coordinación con el EESS, el desarrollo de VD por parte de los actores sociales, que a su vez incluye:
 - Sectorización del territorio
 - Convocatoria, selección y registro de actores sociales
 - Identificación de niños a ser priorizados para recibir VD
 - Ingreso y procesamiento de la información en el Aplicativo
 - Analiza la información de las VD y referencias de los actores sociales, juntamente con el EESS y las presenta al IAL
 - Conformidad técnica de las visitas y pago de una retribución económica cuando corresponda.
- Actualizar permanentemente el padrón nominal del ámbito de su jurisdicción en coordinación con el EESS. Entre otras acciones.

2.2.2 Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia

Cuatro años después de entrar en vigor el PAN, se elaboró el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA) como instrumento marco de política pública, con la finalidad de articular y vincular las políticas diseñadas en materia de infancia y adolescencia en el país. El plan al que se hace mención no corresponde a la primera edición del PNAIA. En realidad, el documento del periodo 2012-2021 refiere a su cuarta edición, dado que este viene desarrollando desde 1992.

En cuanto al documento vigente, el PNAIA 2012-2021 se entiende como la estrategia concertada y articulada desde los diversos sectores del Estado para impulsar el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia del Perú. Este plan se rige por los principios de fomento de la igualdad de derechos y la protección de los mismos respecto a los niños y adolescentes. A su vez, su enfoque es integral a las distintas etapas de desarrollo que vive un menor de edad y a fomentar su autodeterminación y participación acorde a su etapa de desarrollo.

La estrategia de acción del PNAIA establece 6 Metas Emblemáticas esenciales y prioritarias para lograr el desarrollo de la infancia y del adolescente en el país, estas metas son recogidas en 4 **objetivos estratégicos** (OE), que enmarcan el plan de acción general (ver **Tabla 1**). Nuestro OE de interés es denominado como **“Garantizar el crecimiento y desarrollo integral para niños y niñas de 0 a 5 años”**, ya que con este objetivo se asocia la meta emblemática de reducir al 5% la desnutrición crónica en la primera infancia.

Tabla 1: Metas emblemáticas y objetivos estratégicos englobados en el PNAIA 2012-2021.

| Metas Emblemáticas | Objetivos Estratégicos |
|--|--|
| 1. Desnutrición crónica de la primera infancia se reduce al 5%. | 1. Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años. |



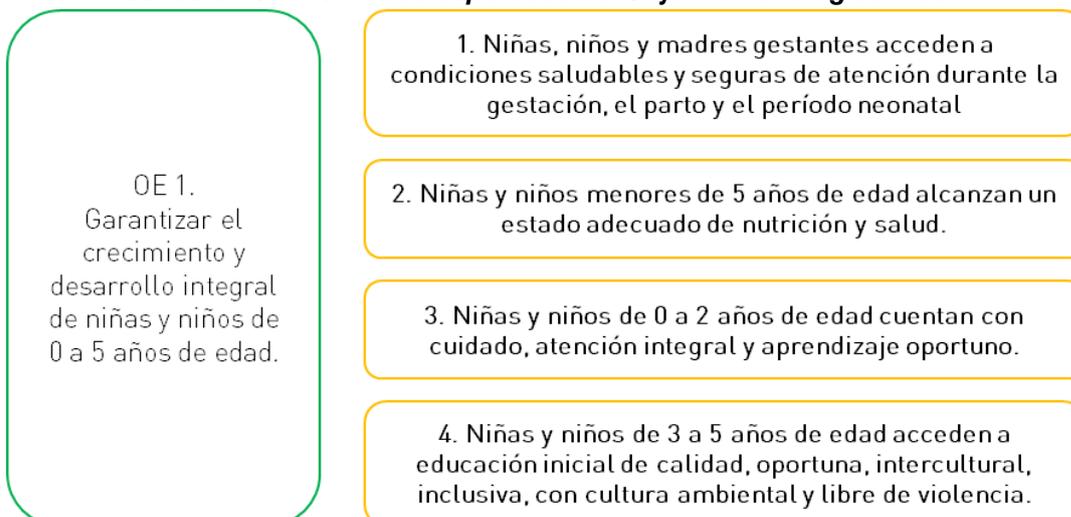
| Metas Emblemáticas | Objetivos Estratégicos |
|---|--|
| 2. El 100% de las niñas y niños de tres a cinco años accede a una educación inicial de calidad . | 2. Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años. |
| 3. El 70% de las niñas y niños peruanos de segundo grado de primaria alcanzan un nivel suficiente de comprensión lectora y razonamiento matemático . | |
| 4. La tasa de maternidad adolescente se reduce en un 20%. | 3. Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años. |
| 5. Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una educación secundaria de calidad . | |
| 6. ¡En el Perú no se maltrata a su infancia! Disminuye la violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes. | 4. Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años. |

Fuente: PNAIA 2012-2021. Elaboración: Macroconsult.

Además, en dicho OE de interés, se plantean 4 resultados esperados (ver **Ilustración 9**), siendo el segundo vinculado directamente con el PAN, denominado como “Niños y niñas menores de 5 años alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud”. Es en este resultado esperado, que al igual que en el PAN, la anemia es reconocida como un problema severo de salud pública, pero es utilizada como un indicador de seguimiento y como paso intermedio para mejorar el estado nutricional de los infantes.

Es verdad que, con el avance de los años, en los informes anuales del PNAIA se destaca mucho más el problema de la anemia, siendo más enfáticos con los procesos que inciden en el indicador y cuáles son esas dificultades que impiden disminuir la anemia infantil, pero dada la envergadura sobre la que trabaja el PNAIA, dentro de todo su ámbito de acción, la anemia seguirá siendo uno de los varios indicadores que permiten medir la evolución del estado nutricional de los y las menores de 5 años.

Ilustración 9: Resultados esperados del Objetivo Estratégico 1 del PNAIA



Fuente: PNAIA 2012-2021. Elaboración: Macroconsult.

Por otro lado, algo similar sucede con la estrategia de visitas domiciliarias. En un inicio esta estrategia no fue planteada como medida ni para la mejora de la anemia ni para la mejora de otro indicador nutricional. Sin embargo, con el pasar de los años, sus informes anuales comenzaron a considerar a la visita domiciliaria como estrategia adoptada por la política pública peruana para contribuir a la reducción de la anemia de forma específica, y del estado nutricional de los menores de 5 años de forma generalizada. Incluso, en casos puntuales realizan recomendaciones que favorezcan a una mejor implementación de la estrategia en mención.

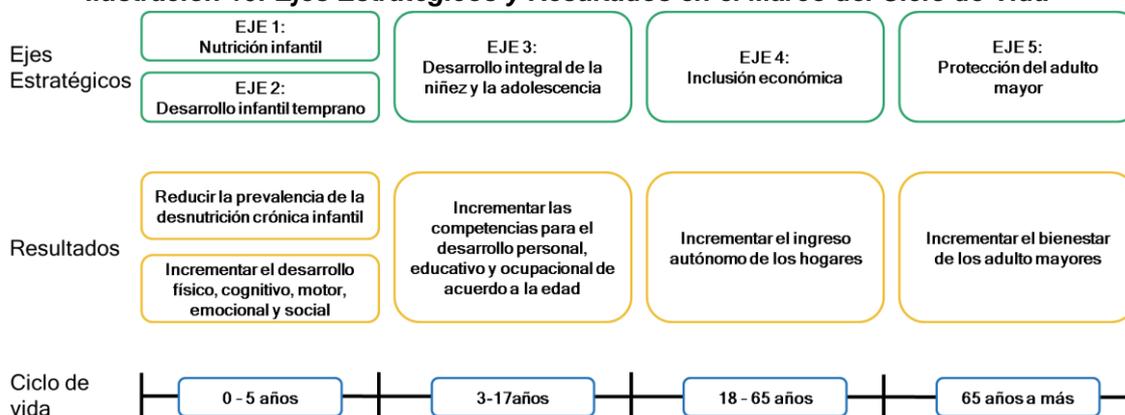
2.2.3 Estrategia Incluir para Crecer

De igual modo, la Estrategia Nacional “Incluir para Crecer”, desarrollada por el MIDIS en el 2013, surge como instrumento de gestión que cumple la función de documento guía que orienta la articulación de la política de desarrollo e inclusión social en el contexto de la Gestión por Resultados y bajo un enfoque de ciclo de vida. Entonces su objetivo general es “establecer el marco general para las intervenciones articuladas de las entidades en los tres niveles de gobierno vinculadas a su sector, ordenándolas y orientándolas a los resultados prioritarios de desarrollo e inclusión social”.

Esta estrategia parte del enfoque de ciclo de vida, en el cual se priorizan 5 ejes estratégicos, que se presentan en la **Ilustración 10**. Nótese que los 3 primeros ejes estratégicos engloban implícitamente al PNAIA, pues abarcan las etapas de infancia temprana, niñez y adolescencia. Además, dentro de estos, el primer eje (sobre nutrición infantil) sí incluye explícitamente en su formulación al PAN (rango de 0 a 5 años). Esta referencia explícita se observa a través de dos formas: primero, la estrategia adapta el modelo conceptual del PAN para la elaboración del marco lógico del Primer Eje Estratégico, y segundo, se identifica al PAN como parte de los agentes involucrados en la operatividad de 3 de los 5 resultados inmediatos.

Asimismo, el Programa Nacional Cuna Más también forma parte de los Ejes 1 y 2 de esta política, ya que el MIDIS ha enmarcado a cada uno de sus programas sociales en los diferentes Ejes estratégicos. Para el caso del Eje N° 01 se involucra a Cuna Más en uno de los resultados inmediatos de su modelo lógico, denominado como “Adopción de prácticas para el cuidado de la salud y nutrición infantil”, y a través de ello incide en el resultado intermedio de la “Calidad de la dieta de menores de 36 meses”. Por otro parte, para el segundo Eje estratégico, el programa de Cuna Más tiene una mayor injerencia, dado que sus estrategias actúan sobre 4 de 7 resultados inmediatos que plantea su modelo lógico. A consecuencia de ello, se define que las acciones de Cuna Más repercuten sobre los tres resultados intermedios identificados para alcanzar el Desarrollo físico, cognitivo, motor, emocional y social.

Ilustración 10: Ejes Estratégicos y Resultados en el Marco del Ciclo de Vida



Fuente: Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para crecer”. Elaboración: Macroconsult.

En esta oportunidad, la anemia dentro de la Estrategia Incluir para Crecer también es empleada como indicador para cuantificar la evolución del resultado intermedio “Calidad de la dieta de menores de 36 meses” dentro del Eje estratégico N° 01. Por dicha razón, en esta política aún se mantenía al tema de la anemia como un paso intermedio útil para contribuir con un objetivo más integral como lo es la nutrición infantil.

En cuanto a las visitas domiciliarias, esta estrategia sí aparece en los primeros dos ejes estratégicos, pero su planteamiento no se encontraba asociado al tema de reducción de anemia, sino que son planteados con el fin de mejorar la atención del menor visitado y la enseñanza a las familias sobre el cuidado infantil y otras actividades que favorezcan al desarrollo infantil. Es decir, la estrategia es empleada no con el fin de reducir anemia, sino como mecanismo para orientar a las familias sobre prácticas de cuidado y desarrollo infantil temprano.

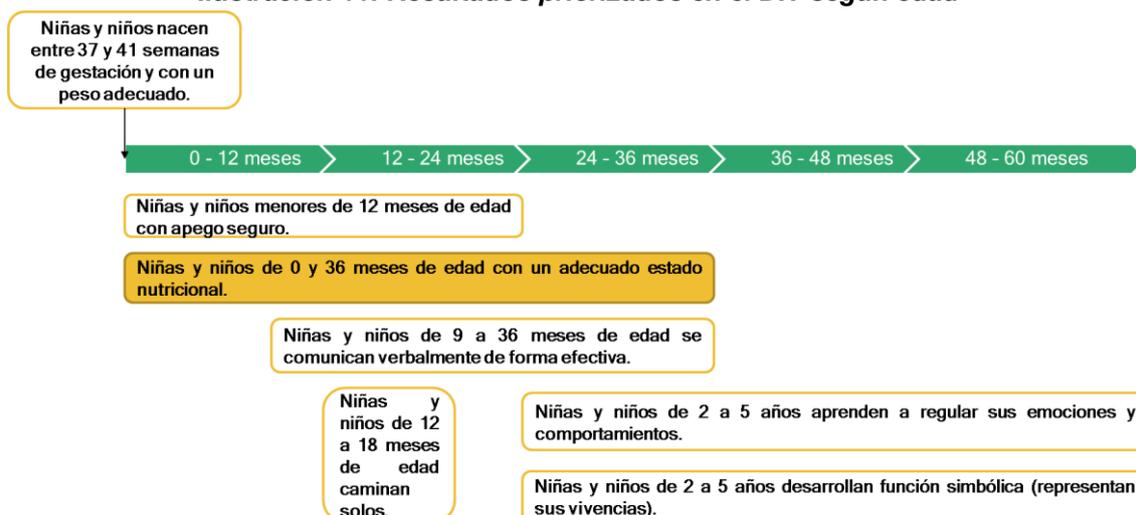
2.2.4 Lineamientos “Primero la Infancia”

En el año 2016 a través del MIDIS³, se elaboraron los Lineamientos “Primero la Infancia” con el objetivo general de establecer las directrices que orienten el logro de resultados e intervenciones y garanticen el Desarrollo Infantil Temprano (DIT). Estos Lineamientos toman como referencia (base legal) el PNAIA y la Estrategia “Incluir para crecer”, ubicándose dentro de los Ejes Estratégicos 1 (Nutrición Infantil) y 2 (Desarrollo Infantil Temprano) de esta última.

Particularmente, para estos lineamientos se determinan los siguientes objetivos específicos:

- Definir los resultados y factores priorizados que deberán ser abordados para el DIT
- Definir las intervenciones a desarrollar para lograr los cambios deseables sobre los factores que condicionan los resultados en el DIT, y
- Establecer los indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados en el DIT

Ilustración 11: Resultados priorizados en el DIT según edad



Fuente: Anexo de DS N° 010-2016-MIDIS, Lineamientos “Primero la Infancia”. Elaboración: Macroconsult.

³ Estos lineamientos se aprobaron mediante DS N° 010-2016-MIDIS.

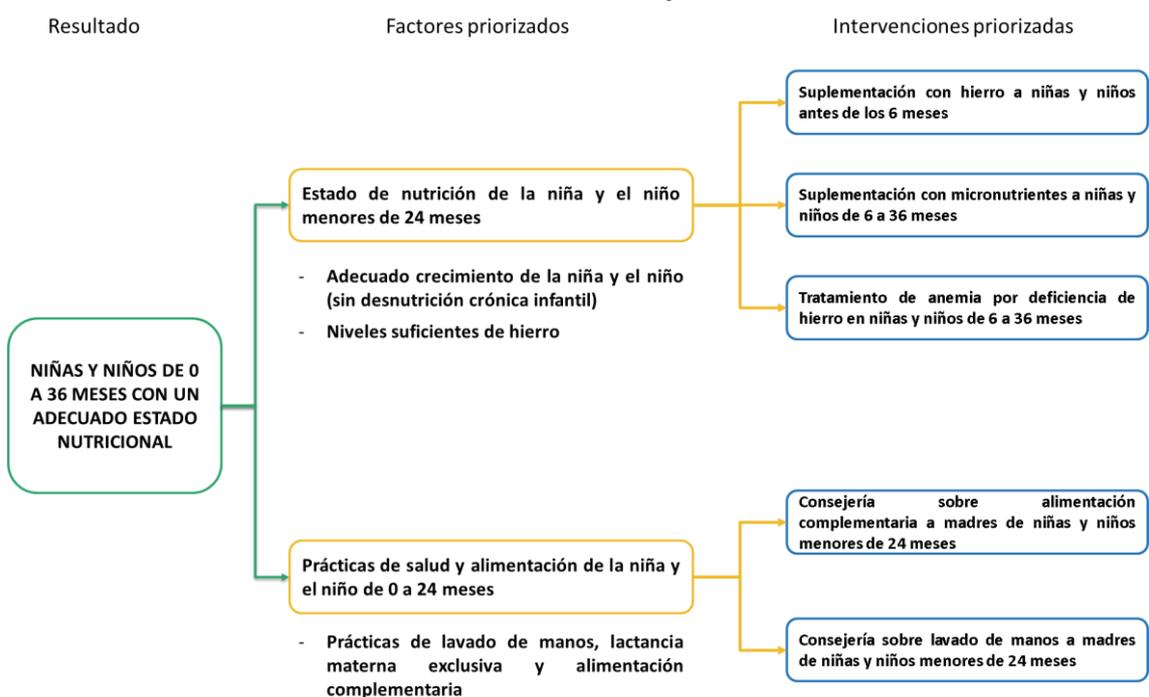
Para ello, se definen 7 resultados priorizados en el DIT, los cuales se mencionan en la **Ilustración 11**. El tercer resultado hace referencia al adecuado estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses de edad, que es definido a partir de 2 parámetros a ser observados:

- Mantener la longitud o talla igual a la esperada para su edad y sexo según la población de referencia establecido por la OMS.
- Mantener niveles suficientes de hierro con niveles de hemoglobina mayores o iguales 11 g/dL o 110 g/L.

Para el logro de estos 7 resultados, los Lineamientos establecen un conjunto de factores que el Estado debe priorizar en actuar sobre ellos para el desarrollo del DIT. Estos factores son priorizados según 4 etapas de vida: antes del embarazo, durante el embarazo, desde el nacimiento hasta los 36 meses y desde los 3 años hasta los 5. También se establecen factores priorizados del entorno físico: entorno físico de la vivienda y entorno social.

Posteriormente, se definen las intervenciones como un conjunto de acciones específicas que el Estado debe proveer a los ciudadanos con la finalidad de incidir en los factores priorizados y, consecuentemente, en los resultados priorizados en el marco del DIT. En este sentido, se describirán en la **Ilustración 12**, los factores e intervenciones priorizados que se vinculan directamente al resultado “Niñas y niños de 0 a 36 meses de edad con un adecuado estado nutricional”. En este punto, cabe precisar que las intervenciones referidas al servicio de consejerías incluyen dentro de sus actividades la realización de Visitas domiciliarias a las familias a cargo del personal de salud o agentes comunitarios, junto a otras actividades como sesiones demostrativas grupales.

Ilustración 12: Factores e intervenciones priorizados del Resultado 3



Fuente: Anexo de DS N° 010-2016-MIDIS, Lineamientos “Primero la Infancia”. Elaboración: Macroconsult.

Finalmente, los Lineamientos contienen un conjunto de indicadores en función a los resultados priorizados, con el objetivo de viabilizar el seguimiento y evaluación de los logros y de los avances como parte del desarrollo del DIT. De esta manera, la información a considerar para su determinación es la siguiente (ver **Tabla 2**): la variable por ser evaluada, el indicador por medir,

las edades en las que se lleva a cabo y la descripción de la operatividad del indicador. De igual manera, se describen los indicadores del Resultado 3:

Tabla 2: Indicadores de los resultados priorizados en el DIT

| Variable | Indicador por medir | Edades | Operacionalización |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑA Y NIÑO | Desnutrición crónica infantil | 36 a 59 meses | Porcentaje de niñas y niños que se encuentran en -2 DE o menos del puntaje Z de talla para la edad (estándar OMS) |
| | Anemia | 6 a 35 meses y 6 a 59 meses | Prevalencia de anemia en niñas y niños (Hemoglobina menor a 11g/dL) |
| | Deficiencia de hierro | 6 a 35 meses y 6 a 59 meses | Prevalencia de deficiencia de hierro en niñas y niños (Ferritina) |

Fuente: Anexo de DS N° 010-2016-MIDIS, Lineamientos "Primero la Infancia". Elaboración: Macroconsult.

Como conclusión para esta política, a diferencia de las políticas pasadas, la anemia fue incorporada, al igual que la desnutrición crónica infantil, como un indicador final de seguimiento para conocer el estado nutricional de la niña y niño, variable asociada al resultado priorizado número 3 "Menores de 0 a 36 meses con adecuado estado nutricional". Entonces aquí la anemia ya tomaba una mayor importancia en al menos uno de los 7 resultados priorizados. Del mismo modo, las visitas domiciliarias tomaron un mayor protagonismo como mecanismo para mejorar el estado nutricional del menor de 36 meses, ya que fueron establecidas como intervenciones priorizadas con el fin de impartir conocimiento a las cuidadoras sobre alimentación saludable, lactancia materna y lavado de manos.

2.2.5 Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia

Luego de comprender las políticas como el PAN, PNAIA e Incluir para Crecer, la anemia fue interpretada dentro de sus modelos conceptuales como un resultado intermedio para alcanzar sus objetivos centrales. Por ello, al hablar del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia nos estamos refiriendo al primer documento de política pública que desarrolla como eje central al problema de la anemia. Es decir, toda la estrategia desarrollada en esta política fue diseñada con el fin de poder lograr el objetivo general de reducir y controlar la anemia. Previamente, una primera versión de este tipo de documento es el elaborado para el periodo 2014-2016, denominado como "Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País", pero en aquella versión la anemia aún no estaba en el eje central de la política a pesar de ser parte del objetivo general junto con la desnutrición crónica infantil.

Además, con los lineamientos "Primero la Infancia" se incorporó a la anemia como un indicador final para medir el nivel nutricional de una niña o niño junto con la desnutrición crónica, pero estos indicadores finales correspondían únicamente a uno de los 7 factores priorizados que maneja la política. Y como estos lineamientos buscan promover el desarrollo infantil temprano, la anemia tomaba relevancia pero aún no era en ese momento el punto central por atender.

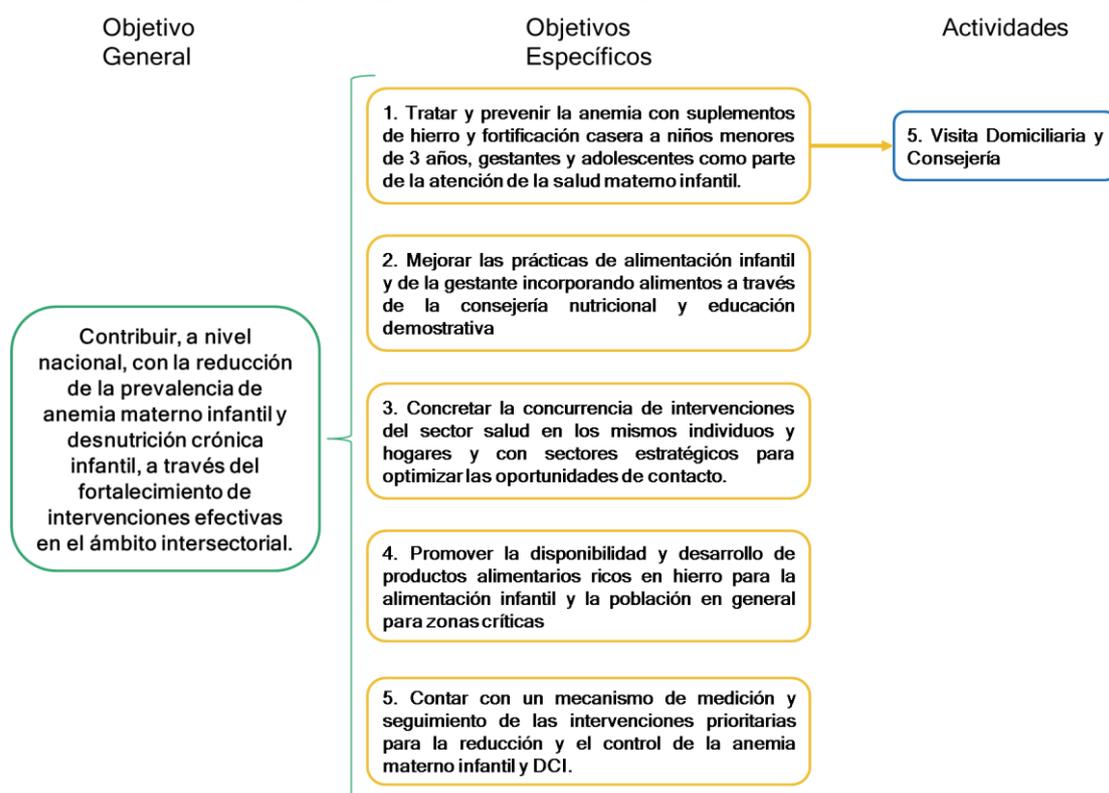
La finalidad central que establece el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia 2017-2021 es:



“Contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo, prioritariamente de la población infantil de menores de tres años y mujeres gestantes, como inversión pública en el capital humano, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social, a través de la orientación y fortalecimiento de las acciones institucionales y concurrencia con intervenciones de diversas plataformas de contacto intersectorial, a nivel nacional, regional y local, para alcanzar los objetivos planteados al 2021”.

El MINSA, ente encargado de formular la política, plantea un conjunto de estrategias centradas en las personas y en las familias para reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil. En particular, hace énfasis en 15 intervenciones estratégicas con un enfoque en las etapas del ciclo de vida, siendo una de ellas las Visitas Domiciliarias y Consejería. Este conjunto de intervenciones (o actividades) permitirán alcanzar los 5 Objetivos específicos que propone el MINSA en este Plan Nacional, con el objetivo general de “contribuir con la reducción de la prevalencia de anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil”, lo cual se describe en la **Ilustración 13**. Finalmente, cabe destacar que dichas intervenciones están contempladas en el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal.

Ilustración 13: Objetivo general, específicos y actividad relacionada a Meta 4.



Fuente: Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la DCI 2017-2021

Objetivo específico 1: Tratar y prevenir la anemia con suplementos de hierro y fortificación casera a niños menores de 3 años, gestantes y adolescentes como parte de la atención de la salud materno infantil.

Actividad 5: Visita Domiciliaria (VD) y consejería

La VD se constituye en un espacio fundamental importante para reforzar la adopción de prácticas en las madres o cuidadoras de niños pequeños tales como:

- Prácticas acordadas durante la consejería del Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil (CRED)
- Prácticas de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y continuar hasta los 2 años
- Prácticas de incluir alimentos ricos en hierro, preparación adecuada de alimentos y prácticas de higiene aprendidas en sesiones demostrativas
- Prácticas de consumo de suplemento de hierro en gotas o jarabe en niños y tabletas en la gestante y la fortificación casera con micronutrientes en niños.

La actividad establece aprovechar todas las oportunidades de contacto (barridos, casa por casa, vacunaciones) para identificar el avance y la forma en que las madres ponen en práctica los acuerdos adoptados y las dificultades encontradas en el contexto del hogar.

A nivel comunitario, se contempla sumar esfuerzos con los agentes de la comunidad que estén disponibles para acompañar en las VD, enfatizando en menores de 12 meses y gestantes. Particularmente, para los menores que forman parte del Programa Nacional Cuna Más y son visitados en su hogar, se buscará realizar un trabajo de manera articulada para fortalecer las prácticas críticas y optimizar los diversos esfuerzos.

Esta actividad se ejecuta en el marco del Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación”, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA. Asimismo, está enmarcada en el Producto “Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses” del Programa Articulado Nutricional (PAN).

Cabe mencionar que, en este documento, se plantean metas a nivel nacional, las cuales fueron auspiciosas para el momento de su formulación (2016), pero que actualmente no parecen realizables, haciendo inviable el objetivo de 2021 al proyectar un 19% de tasa de anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad. Por ejemplo, para el año 2018, la meta de reducción propuesta era alcanzar un 33.2% de menores entre 6 a 36 meses con anemia, pero según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) se reporta el dato nacional de 43.5%.

Por último, lo concluyente e importante de esta política es que la problemática de la anemia pasó a ser el objetivo central por solucionar, y que la visita domiciliaria se establece como intervención estratégica para combatir y reducir la anemia en infantes en edad temprana.

2.2.6 Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia

El Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia plantea la articulación intersectorial e intergubernamental de intervenciones efectivas principalmente a cargo de los sectores salud, educación, vivienda, agricultura, producción, cultura, mujer y poblaciones vulnerables, desarrollo en inclusión social, economía y finanzas, ambiente, interior, defensa, trabajo y transportes en el marco de sus funciones y competencias, priorizando la gestión articulada en los territorios con mayor prevalencia en el país.

Tiene como objetivo general prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niños y niñas con énfasis en menores de 36 meses de edad, gestantes y adolescentes a nivel nacional, a través de la articulación intersectorial e intergubernamental de intervenciones efectivas implementadas por el gobierno nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales en el territorio.



Por otra parte, en cuanto a sus objetivos específicos, estos se definen como:

- Asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal de las entidades de los tres niveles de gobierno para la implementación de acciones e intervenciones efectivas orientadas a la prevención y reducción de la anemia en niños menores de tres años en el territorio, principalmente menores de un año.
- Implementar procesos de movilización social en el ámbito nacional, con énfasis en los distritos priorizados, que promuevan la participación de todos los sectores y actores a nivel nacional y local, con la finalidad de sensibilizar, a través de la información y conocimiento sobre la situación de anemia que afecta a gestantes, niños y niñas menores de 36 meses de edad.
- Implementar acciones comunicacionales a nivel nacional dirigidas a familias y madres gestantes para la reducción y prevención de la anemia.
- Asegurar la asignación y ejecución de recursos de los programas presupuestales de las intervenciones efectivas y el alineamiento de los mecanismos de incentivos para la reducción y prevención de la anemia.
- Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación a nivel nacional, regional y local de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia.

En ese sentido, se define como población objetivo a niños y niñas menores de 36 meses de edad, madres gestantes y mujeres adolescentes. Población que será intervenida mediante dos mecanismos: de forma un universal, en tanto el problema afecta a todo el país, a través de injerencias sociales que apliquen intervenciones universales; y la intervención focalizada, dado que el problema afecta en mayor medida a ciertos ámbitos, los cuales se priorizarán considerando determinantes de salud asociados a la anemia. Algunos de estos criterios son:

- Cantidad de niños y niñas que conforman la población objetivo.
- Nivel de pobreza distrital de acuerdo con el mapa de pobreza distrital publicado por el INEI.
- Quintiles de pobreza monetaria distrital de forma independiente en cada departamento, priorizando los quintiles I y II.
- En el caso de Lima, se consideran los estratos Lima Metropolitana y Lima Región.

Con estos criterios de focalización se seleccionaron 1226 distritos de todas las regiones del país. Es importante precisar que esta selección no consideró la presencia actual de otros programas sociales. Así, tomando como referencia los determinantes de la anemia, se han identificado intervenciones directas y transversales que se deben implementar para prevenir y reducir la anemia en los grupos poblacionales clave previamente identificados.



Ilustración 14: Intervenciones multisectoriales según marco conceptual



Fuente: Programa Multisectorial de Lucha Contra la Anemia.

Dentro de estas intervenciones, destaca el de “Visita domiciliaria para el seguimiento del consumo del suplemento de hierro”, según el cual se establece que, dado que alrededor de solo el 30% de niños y niñas de 6 a 36 meses de edad consumieron el suplemento entregado, no basta con asegurar la entrega del insumo en el establecimiento de salud, sino que también requiere confirmarse su consumo a través de visitas domiciliarias en el hogar para garantizar su adherencia. Estas visitas son priorizadas en todos los niños y niñas de 4 y 5 meses y de 6 a 11 meses con diagnóstico de anemia.

2.2.7 Programa Presupuestal Orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (PPORDIT)

Esta política identifica como periodo crítico de desarrollo el comprendido entre la gestación y los primeros cinco años de vida, pues es en ese periodo donde los niños y niñas desarrollan capacidades y habilidades fundamentales para desplegar su potencial. En ese sentido, establece que es la infancia temprana la que se constituye como punto crítico tanto para promover el desarrollo pleno del potencial de niños y niñas como para protegerlos de los factores de riesgo que pueden afectar gravemente sus trayectorias de desarrollo.

De esta forma, toma la definición de desarrollo infantil del MIDIS que la describe como un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que llevan al niño o niña ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

Así, toma como referencia el marco conceptual presentado por la política “Lineamientos Primero la Infancia” y desarrolla cuatro componentes para el logro de un desarrollo integral:

1. Desarrollo socioemocional, motores de la comunicación y del pensamiento

Que considera los aspectos asociados al desarrollo de los resultados de apego seguro, control postural, comunicación verbal efectiva, la regulación de emociones y comportamientos, y el pensamiento simbólico.

2. Estado de salud y nutrición de la madre, niña y niño

Considera los aspectos asociados al estado nutricional (presencia de desnutrición crónica o deficiencia de micronutrientes) y el nacimiento saludable (peso adecuado y nacimiento a término). Incluye factores como el estado de salud, nutricional y emocional de la gestante, la presencia de deficiencias y trastornos, de presión materna, enfermedades infecciosas, así como las prácticas de cuidado y alimentación en niños.

3. Protección de las niñas y niños

Contempla principalmente los aspectos vinculados al ejercicio de la violencia hacia niñas y niños, así como la ausencia de cuidados parentales o desprotección (niñas y niños en situación de institucionalización-abandono) o con deficientes cuidados parentales (niñas y niños en riesgo de desprotección).

4. Entorno

Considera los aspectos externos asociados a las condiciones de la comunidad y de la vivienda. Específicamente incluye factores como la existencia de espacios de juegos comunales, la ausencia de contaminación del aire y suelo, la existencia de sistemas de agua y desagüe seguros, la existencia de piso firme, y adecuada temperatura e iluminación en la vivienda.

Por otra parte, en cuanto al modelo explicativo de la política, esta establece que la evidencia plantea siete condiciones de interés relacionadas al desarrollo infantil temprano:

- a) Nacimiento saludable
- b) Apego seguro
- c) Estado nutricional
- d) Marcha estable y autónoma
- e) Comunicación verbal efectiva
- f) Regulación de emociones y comportamientos
- g) Función simbólica

De estas condiciones, la relevante para el caso de estudio es la relacionada al estado de salud y nutrición del niño o niña, condición para la cual se consideran 21 intervenciones que se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3: Intervenciones del componente de Salud y Estado nutricional

| Intervención | Descripción |
|----------------|--|
| Intervención 1 | Acceso a agua segura mediante desinfección, provisión y sesiones educativas |
| Intervención 2 | Instalación de Unidades Básicas de Saneamiento |
| Intervención 3 | Cocina mejorada y sesiones educativas |
| Intervención 4 | Suplementación con multimicronutrientes (hierro, zinc, calcio, Vit A) en niños y niñas de 0 a 36 meses |
| Intervención 5 | Tratamiento de la anemia en niños menores de 60 meses |
| Intervención 6 | Diagnóstico y tratamiento de IRA, EDA en Niños de 0 a 24 meses |
| Intervención 7 | Inmunizaciones en Niños de 0 a 24 meses: Rotavirus |

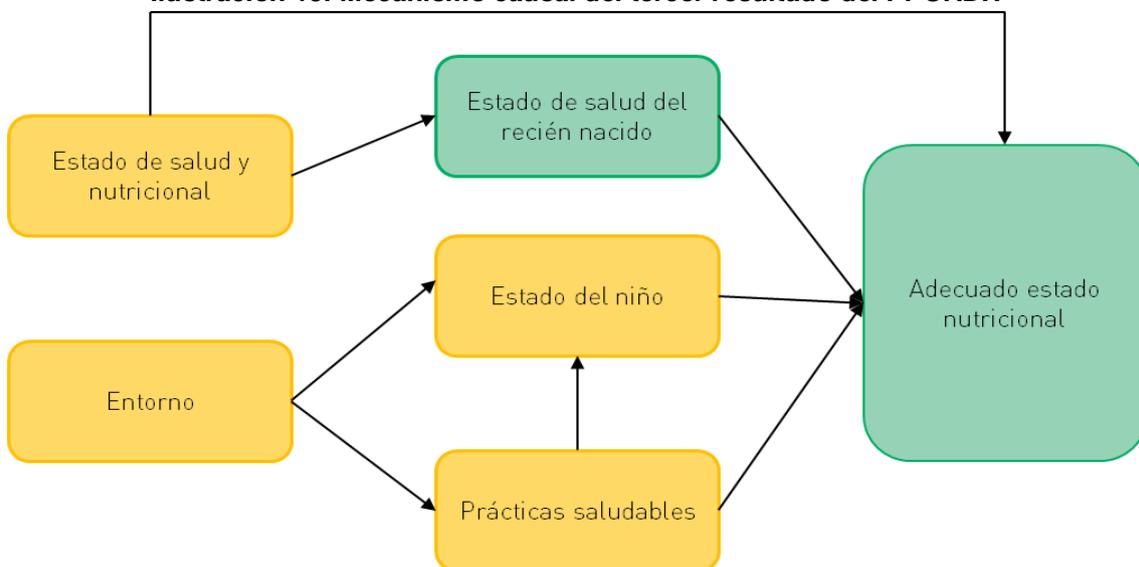


| Intervención | Descripción |
|-----------------|--|
| Intervención 8 | Inmunizaciones en Niños de 0 a 24 meses: Neumococo |
| Intervención 9 | Inmunizaciones en Niños de 0 a 36 meses: contra Haemophilus Influenza tipo b, contra la tos ferina (Pertrusis), contra el sarampión, las paperas y la rubéola, contra la hepatitis B, contra la tuberculosis |
| Intervención 10 | Contacto piel a piel en Recién nacidos |
| Intervención 11 | Intervenciones educativas para promover la Lactancia Materna Exclusiva (LME) |
| Intervención 12 | Intervenciones educativas para promover la Alimentación complementaria en menores de 60 meses |
| Intervención 13 | Intervenciones educativas para promover el Lavado de manos en Familias con niños menores de 60 meses |
| Intervención 14 | “Hospitales amigos de la Lactancia” Madres que atendieron su parto en EESS |
| Intervención 15 | Extensión Licencia Maternidad (20 semanas) en Madres con niños menores de 24 meses |
| Intervención 16 | Lactarios institucionales en Madres de centros laborales con menores de 24 meses |
| Intervención 17 | Clampaje tardío de cordón umbilical durante parto en Recién nacidos |
| Intervención 18 | Tamizaje para la identificación de deficiencias en Menores de 48 horas |
| Intervención 19 | Tamizaje para la identificación de retrasos en el desarrollo en Menores de 71 meses |
| Intervención 20 | Tratamiento de retraso en el desarrollo en Menores de 71 meses |
| Intervención 21 | Fortificación de alimentos impacto en la reducción de la anemia a largo plazo |

Fuente: Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano. Elaboración: Macroconsult.

Por otra parte, la política establece también que el logro del Resultado 3: Estado nutricional y de salud de los niños y niñas, equivale a evitar la malnutrición en la niñez, específicamente en la edad comprendida entre los 0 y 36 meses de edad. Para esto, se menciona a la OMS, entidad que define la malnutrición como “las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona”.

Ilustración 15: Mecanismo causal del tercer resultado del PPORDIT



Fuente: Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano. Elaboración: Macroconsult.

En síntesis, como el PPORDIT es un programa presupuestal que aterrizó las especificaciones de los Lineamientos “Primero la Infancia”, la anemia infantil forma parte de la política como un resultado intermedio relacionado a mejorar el estado de salud y nutrición de los niños y niñas. Por otra parte, las visitas domiciliarias son una estrategia frecuentemente propuesta no directamente para combatir contra la anemia, sino para fomentar la consejería sobre alimentación saludable, salud sexual y reproductiva, consejería de acompañamiento para un apego seguro al menor de edad, para la promoción del desarrollo motor del niño y niña, entre otras finalidades más.

2.2.8 Balance de la política pública

Luego de repasar cada una de las políticas públicas, a modo de resumen, se recapitula la importancia que tuvo la anemia y la estrategia de las visitas domiciliarias dentro de las políticas públicas descritas.

En primer lugar, es necesario mencionar que el PAN es un programa presupuestal que, de forma muy marcada, define a la desnutrición crónica infantil como el tema central a solucionar. Dicho esto, la anemia dentro del modelo conceptual del PAN es considerada como un paso intermedio de seguimiento que favorece al cumplimiento de su objetivo final. Por otro lado, tanto el PNAIA como la Estrategia Incluir para Crecer, al ser políticas de una mayor envergadura con respecto al desarrollo integral, decidieron, para los casos donde se buscaba mejorar la nutrición infantil, referenciar directamente lo desarrollado en el PAN y Cuna Más, según corresponda. Debido a ello, en estas dos políticas mencionadas se siguió considerando a la anemia como un indicador secundario que sirve de monitoreo para poder alcanzar el objetivo de la mejora nutricional en niñas y niños, en el primer caso, y el desarrollo infantil temprano en el segundo.

En lo que respecta a los Lineamientos “Primero la Infancia”, esta política se enmarca tanto en el PNAIA como en la Estrategia “Incluir para crecer”, específicamente en sus Ejes 1 y 2. Sin embargo, el esfuerzo multisectorial para su diseño supuso una actualización sobre la Estrategia Incluir para Crecer, sobre todo en el caso del Eje Desarrollo Infantil Temprano. La propuesta consistió en establecer un enfoque más integral donde aparte de considerar al *Estado de salud y nutrición de la madre y de la niña y niño*, se establecen otros factores articulados entre sí, que les permite alcanzar el Desarrollo Integral infantil. Entonces, además de desarrollar un diseño mucho más integral con respecto a la Estrategia “Incluir para crecer”, esta política fue la primera, en términos temporales, en considerar a la anemia y a la desnutrición crónica como indicadores finales que debían cumplirse para alcanzar un mejor estado nutricional del niño y niña.

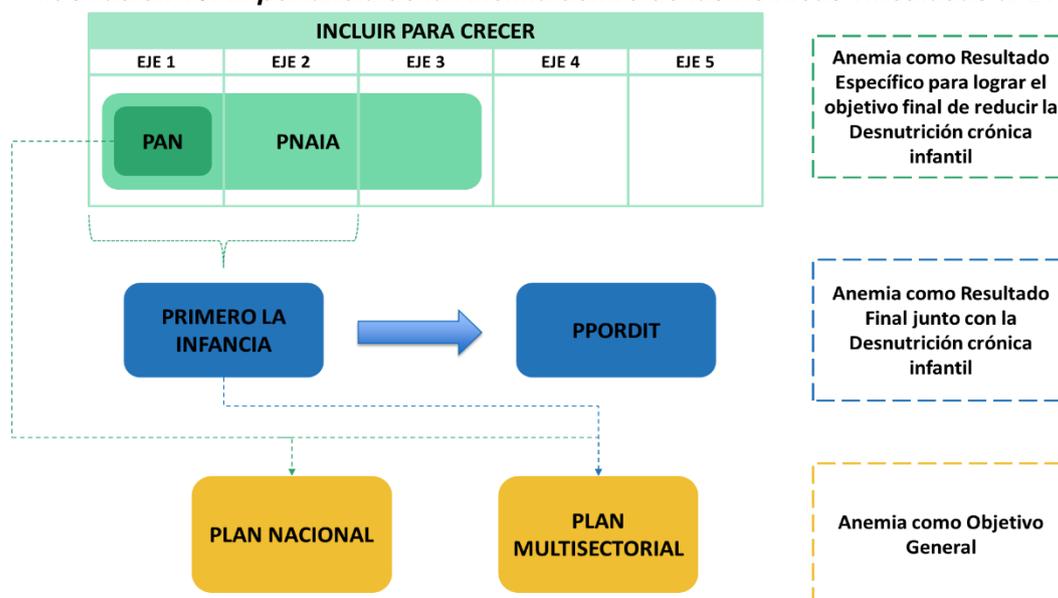
Posteriormente, el Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (PPORDIT) lo que hace es “materializar” los Lineamientos Primero la Infancia en un programa presupuestal, pues adopta el modelo conceptual que este plantea y aborda los mismos 7 resultados priorizados y sus factores. A partir de ello, desarrolla el conjunto de intervenciones y define los productos relacionados al programa. De esta manera, dado este vínculo, el PPORDIT también identifica en un mismo nivel a la desnutrición crónica infantil, la anemia y el sobrepeso como parámetros para el resultado priorizado de *Mejorar el estado de salud y nutrición de niñas y niños*.

Finalmente, es recién con la realización tanto del Plan Nacional para la Reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil como del Plan Multisectorial de lucha contra la anemia que se definió a la prevalencia de anemia infantil como el objetivo general a



abordar dentro de las políticas públicas. Por un lado, el Plan Nacional adopta el modelo causal del PAN y convierte al problema de la anemia como prioridad dentro del sector salud, mientras que el Plan Multisectorial toma como referencia la Estrategia “Incluir para crecer” y los Lineamientos “Primero la Infancia”, y a diferencia del anterior la importancia de combatir la anemia pasó de ser prioridad dentro de un sector para pasar a ser prioridad máxima dentro de los objetivos de la mayoría de los sectores del Estado. Es decir, si con el Plan Nacional del 2017 se materializó la importancia de la anemia para el sector salud, fue en 2018 que esta problemática pasó a ser prioridad multisectorial por combatir.

Ilustración 16: Importancia de la Anemia dentro de las Políticas vinculadas al DI



Elaboración: Macroconsult.

En lo que respecta a las visitas domiciliarias, esta ha sido una estrategia ampliamente mencionada a lo largo de las políticas analizadas. Además, la propuesta de esta estrategia ha tenido diferentes funcionalidades que no solo lo vinculan al problema de la anemia, sino que ha servido de intervención para atacar a otras causas indirectas o directas relacionadas a la nutrición y desarrollo infantil. Por ello, lo importante aquí es identificar el o las políticas en dónde comenzó a asociarse a esta estrategia como mecanismo clave para contribuir a la reducción de la anemia.

En el PAN, las visitas domiciliarias son planteadas con la finalidad de atacar a la falta de conocimiento sobre las prácticas de cuidado infantil tales como lavados de manos, lactancia materna exclusiva, adherencia de micronutrientes y preparación de alimentos, para que de esa manera genere familias con conocimientos sobre prácticas saludables para que así, consecuentemente, contribuyan a reducir la desnutrición crónica infantil. Asimismo, en la Estrategia Incluir para Crecer, en el PPORDIT, y en los Lineamientos “Primero la Infancia”, las visitas domiciliarias son definidas como mecanismos para incentivar el desarrollo integral del menor de 36 meses a través del cuidado infantil, juegos de estimulación, prácticas de higiene, entre otros; pero no directamente como herramienta para atacar la problemática de la anemia, o al menos no de forma explícita. Por otro lado, el PNAIA es la única política que en su documento de formulación no emplea ni propone la estrategia de la visita domiciliaria, pero con el pasar de los años y con la evolución que tuvo las visitas domiciliarias en las otras políticas públicas, su ente rector se vio con el compromiso de añadir y considerar dentro de sus lineamientos a la visita domiciliaria como mecanismo para contribuir tanto a la anemia como a otras problemáticas nutricionales. Recién con el Plan Nacional para la reducción de la anemia es que se asocia directamente a la visita domiciliaria como mecanismo para atacar la anemia. De igual manera, el Plan Multisectorial resalta el problema de la adherencia de hierro, por lo que propone a la visita



domiciliaria como medio para monitorear e incentivar a las familias a la correcta adherencia de hierro, contribuyendo por ende en la reducción de la anemia.



3. METODOLOGÍA

En esta sección se detalla la metodología utilizada para llevar a cabo la evaluación de las visitas domiciliarias bajo el marco del Servicio de Acompañamiento Familiar del programa Cuna Más y de la Meta 4 del programa de Incentivos de Gestión Municipal. Para lograr una evaluación integral se abordaron dimensiones vinculadas a la relevancia, pertinencia, efectividad, eficiencia y sostenibilidad de ambas intervenciones. Este estudio se centra en desarrollar la evaluación sumativa de las intervenciones bajo análisis, la cual se entiende como un “tipo de evaluación realizada al final de una intervención (o en una etapa de la intervención) para determinar en qué medida los resultados anticipados fueron producidos” (UNICEF 2014). Por dicha razón, la metodología que se presenta descansa en el análisis reflexivo, sistemático y estructurado de variables que se vinculan las preguntas específicas de investigación contenidas en los TdR.

3.1 Enfoque Metodológico

La evaluación de las intervenciones se ha dividido en 5 diferentes tipos de evaluación: de diseño, de gestión, de resultados, de eficiencia, y de sostenibilidad. A su vez, en cada una de ellas se detallan las preguntas específicas de evaluación que guiarán el análisis de cada sección trabajada en la **sección 4** del presente documento. Es necesario precisar que las preguntas evaluativas específicas establecidas tanto en los TdR de la consultoría y en los entregables anteriores, han sido reorganizadas según cada tipo de evaluación, de tal forma que se mantenga un ordenado y adecuado análisis de las intervenciones.

3.1.1 Evaluación de diseño

Esta evaluación está orientada a analizar la estructura lógica del programa, es decir, si atiende el problema identificado y si las actividades y componentes se encadenan lógicamente y en un sentido causal, de modo que tengan relación con los resultados que busca generar (pertinencia). También se verifica si apuntan a los aspectos críticos del problema (relevancia), si son las soluciones más adecuadas entre otras que pudieron implementarse (eficacia) y si son suficientes para alcanzar los objetivos planeados (suficiencia). Para esto típicamente es necesario construir una teoría de cambio que permita ubicar la intervención en un marco conceptual amplio que identifique los determinantes del problema, cosa que se hizo en la **sección 2.1** de este informe.

La fuente de información principal para lograr la evaluación de diseño es la documentación secundaria e información de diseño del programa. A su vez, estas fuentes han sido complementadas con información recogida de modo directo de los encargados del diseño de las intervenciones. A continuación, se precisan, en la **Tabla 4** y la **Tabla 5**, las preguntas específicas de investigación comprendidas en la parte de diseño de cada una de las intervenciones.



Tabla 4: Preguntas evaluativas de diseño para el Servicio de Acompañamiento Familiar de Cuna Más

| Sección | Preguntas de investigación |
|---------------------------------------|--|
| Evaluación de diseño | |
| Alineamiento con la política nacional | a. ¿Cómo y en qué medida la intervención se relaciona con los objetivos y prioridades de la política nacional de reducción de la anemia? |
| Modelo lógico | d. ¿Cuenta la intervención con una teoría de cambio o modelo lógico, explícito o implícito, que oriente sus acciones a resultados de anemia? ¿Son claros y lógicos los vínculos entre insumos, actividades, productos y resultados? ¿Se han establecido los riesgos y supuestos? |
| | e. ¿Las teorías de cambio de la intervención cuentan con evidencia científica sólida debidamente documentada? ¿De qué tipo es dicha evidencia? ¿Fue contextualizada a la realidad local? |
| Indicadores | f. ¿Cuentan los indicadores de seguimiento de la intervención con los criterios de calidad (SMART) para la medición de los productos y resultados esperados? |
| | f. ¿Los indicadores de la intervención permiten medir los resultados y efectos esperados (adherencia al consumo de hierro, mejoras en las prácticas de cuidados, entre otros)? |
| Adecuación de la intervención | b. ¿En qué medida se adecúa la intervención a las necesidades y prioridades de la población beneficiaria respecto de la reducción de la anemia? |
| | c. ¿El diseño de la intervención incorpora las adecuaciones específicas a las diversas poblaciones y territorios de su ámbito de intervención (sierra/selva, poblaciones andinas/amazónicas, etc.)? |
| | k. ¿El protocolo de visita se ajusta adecuadamente a la realidad geográfica y cultural de las zonas visitadas? |
| Enfoque de derechos humanos | g. ¿La intervención considera, en el diseño e implementación, de manera implícita o explícita, el enfoque de derechos humanos, en específico de equidad, género, interculturalidad e inclusión (incluidas las condiciones de discapacidad)? |
| (*) | t. ¿Cuál es la percepción de los actores involucrados en la implementación de la intervención (MINSA, Cuna Más en sus diferentes niveles de gestión, gobiernos municipales, sociedad civil) respecto al diseño? |

Nota: (*) El análisis para esta pregunta es transversal a todas las secciones. Elaboración: Macroconsult.

Tabla 5. Preguntas evaluativas de diseño para la Meta 4 del PI

| Sección | Preguntas de investigación |
|---------------------------------------|---|
| Evaluación de diseño | |
| Alineamiento con la política nacional | a. ¿Cómo y en qué medida la intervención se relaciona con los objetivos y prioridades de la política nacional de reducción de la anemia? |
| Modelo lógico | d. ¿Cuenta la intervención con una teoría de cambio o modelo lógico, explícito o implícito, que oriente sus acciones a resultados? ¿Son claros y lógicos los vínculos entre insumos, actividades, productos y resultados? ¿Se han establecido los riesgos y supuestos? |
| | e. ¿Las teorías de cambio de la intervención cuentan con evidencia científica sólida debidamente documentada? ¿De qué tipo es dicha evidencia? ¿Fue contextualizada a la realidad local? |



| Sección | Preguntas de investigación |
|-------------------------------|---|
| Evaluación de diseño | |
| Indicadores | f. ¿Cuentan los indicadores de seguimiento de la intervención con los criterios de calidad (SMART) para la medición de los productos y resultados esperados? En específico, ¿los indicadores de la intervención permiten medir los resultados y efectos esperados (adherencia al consumo de hierro, contribución a la reducción de la anemia, entre otros) ¿La medición de los indicadores de producto son complejos y difíciles de entender para los gobiernos locales? ¿Se reportan oportunamente? |
| Adecuación de la intervención | c. ¿En qué medida se adecúa la intervención a las necesidades y prioridades de la población beneficiaria respecto de la reducción de la anemia? |
| | h. ¿En qué medida las necesidades de los gobiernos locales, en tanto capacidades y condiciones para implementar la intervención, han sido tomados en cuenta en el diseño de la intervención? |
| Enfoque de derechos humanos | g. ¿La intervención considera, en el diseño e implementación, de manera implícita o explícita, el enfoque de derechos humanos, en específico de equidad, género, interculturalidad e inclusión (incluidas las condiciones de discapacidad)? |
| (*) | s. ¿Cuál es la percepción de los actores involucrados en la implementación de la intervención (MEF, MINSA, DIRESA, gobiernos municipales) respecto al diseño? |

Nota: (*) El análisis para esta pregunta es transversal a todas las secciones. Elaboración: Macroconsult.

3.1.2 Evaluación de gestión

La evaluación de gestión se ha orientado a verificar si las actividades se ejecutan de acuerdo con lo planificado, en la población beneficiaria seleccionada, con los medios, recursos y tiempo disponibles para producir los resultados esperados, siguiendo los procesos establecidos en la cadena logística para convertir los insumos en productos. Aquí es primordial conocer cómo el modelo operativiza a cada intervención y los actores involucrados en toda la implementación de las actividades programadas. A partir de ello, se identificarán las dificultades, cuellos de botella utilizando como insumo principal lo recogido en las entrevistas y focus group aplicados durante el trabajo de campo presencial.

Cabe precisar que esta evaluación no corresponde a un análisis de verificación observacional, sino en una verificación documentaria y de testimonio. Por lo que también las fuentes de información de esta parte de la evaluación serán los reportes de monitoreo de las intervenciones, reportes de ejecución financiera del MEF, protocolos de ejecución de las intervenciones, entre otros. A continuación, se precisan, en la **Tabla 6** y la **Tabla 7**, las preguntas específicas de investigación comprendidas en la parte de diseño de cada una de las intervenciones.

Tabla 6: Preguntas evaluativas de gestión para el Servicio de Acompañamiento Familiar de Cuna Más

| Sección | Preguntas de Investigación |
|---------------------------------|--|
| Evaluación de la gestión | |
| Modelo Operacional | y. ¿Existe un modelo operacional definido? ¿En qué medida y cómo están coordinando las instituciones participantes? |

| Sección | Preguntas de Investigación |
|---|---|
| Evaluación de la gestión | |
| | <p>i. ¿En qué medida todos los actores y partes involucradas están cumpliendo con sus responsabilidades en la implementación de la intervención? ¿Existen roles y funciones claramente definidos? ¿El modelo de cogestión del servicio (implementación a cargo de Comités de Gestión) es el más adecuado para cumplir con los objetivos de lucha contra la anemia? ¿Qué cuellos de botella existen en este modelo de gestión para cumplir con los objetivos?</p> <p>j. En relación a los actores, ¿existen perfiles adecuados para cada labor? ¿Existe alta rotación de facilitadores o sobre carga laboral en algún nivel de la organización? ¿Cuáles son las principales razones? ¿Qué cuellos de botella existen en el proceso de convocatoria, selección y registro de los actores locales por parte del programa?</p> <p>p. ¿En qué medida las actividades asociadas a la intervención (capacitación a acompañantes técnicos y facilitadores, programación y ejecución de visitas, entrega de materiales educativos a las familias, detección de riesgos en el hogar, entre otros), se desarrollan dentro de lo planificado y con la calidad requerida? ¿Es el contenido adecuado para las actividades que estos realizan? ¿Qué opinan los actores sobre la utilidad de las capacitaciones?</p> <p>q. ¿Qué factores están contribuyendo o limitando el desempeño de las facilitadoras y los acompañantes técnicos (rango de edad, nivel de instrucción, rotación-cambio, tiempo de capacitación, acompañamiento, estipendio económico, entre otros)?</p> |
| Monitoreo de los indicadores del programa | <p>f. ¿La planificación y seguimiento de las visitas se está realizando de manera adecuada? ¿Qué cuellos de botella se identifican? ¿Se reportan oportunamente?</p> |
| Suplemento de hierro | <p>m. ¿Los establecimientos están abastecidos de hierro? ¿Realizan entrega oportuna del mismo? ¿todos los hogares visitados tienen sus gotas o jarabe de hierro? ¿Cuál es la mejor estrategia para asegurar el consumo de hierro y reporte oportuno de evaluaciones CRED de las niñas y niños atendidos por el programa?</p> <p>n. ¿Todos los hogares visitados tienen sus gotas o jarabe de hierro de manera oportuna? ¿Cómo es el abastecimiento y distribución del hierro? ¿Cuál es la percepción de los beneficiarios sobre el hierro entregado? ¿Y con relación a sus atributos y efectividad?</p> |
| Protocolo de las visitas domiciliarias | <p>k. ¿Los actores sociales ejecutan adecuadamente el protocolo de visita? ¿Se realiza un adecuado registro de las visitas? ¿Existen incentivos para realizar menos visitas o visitar a niños de mayor edad o quienes viven más cerca de la vivienda de las facilitadoras? ¿Se hace esta verificación de manera periódica? ¿Existen sanciones en caso no se cumpla el protocolo?</p> <p>u. ¿Cuál es la percepción de los actores locales (líderes locales, familias beneficiarias) respecto de la implementación? ¿En qué momento del día se realizan las visitas? ¿Es oportuna la visita?</p> |
| (*) | <p>t. ¿Cuál es la percepción de los actores involucrados en la implementación de la intervención (MINSA, Cuna Más en sus diferentes niveles de gestión, gobiernos municipales, sociedad civil) respecto a la implementación de la intervención?</p> |

Nota: (*) El análisis para esta pregunta es transversal a todas las secciones. Elaboración: Macroconsult.



Tabla 7. Preguntas evaluativas de gestión para la Meta 4 del PI

| Sección | Preguntas de Investigación |
|--|---|
| Evaluación de la gestión | |
| Modelo Operacional | x. ¿Existe un modelo operacional definido? ¿En qué medida y cómo están coordinando las instituciones participantes? |
| | j. ¿En qué medida todos los actores y partes involucradas están cumpliendo con sus responsabilidades en la implementación de la intervención? ¿Existen roles y funciones claramente definidos? ¿Existen cuellos de botella en la organización para la entrega del servicio? |
| | f. ¿La planificación y seguimiento de las visitas se está realizando de manera adecuada? |
| | k. En relación a los actores, ¿existen perfiles adecuados para cada labor? ¿Existe alta rotación de personal o sobre carga laboral en algún nivel de la organización? ¿Cuáles son las principales razones? ¿Qué cuellos de botella existen en el proceso de convocatoria, selección y registro de los actores locales por parte del gobierno regional? |
| | l. ¿El contenido de su programa, los capacitadores y los lugares donde se capacita es el más adecuado? ¿Cómo se ejecuta la capacitación del MINSA a los facilitadores regionales, personal de salud y municipalidades y las capacitaciones de los EEES a los actores sociales? ¿Cuál es la percepción de los capacitados sobre la utilidad de lo que se les enseña? ¿Cuáles son los cuellos de botella en las capacitaciones? |
| Protocolo de las visitas domiciliarias | m. ¿El protocolo de visita se ajusta adecuadamente a la realidad geográfica y cultural de la visita? ¿Se realiza un adecuado registro de las visitas? ¿Existen incentivos para alterar los registros? ¿Existen incentivos para realizar menos visitas o visitar a niños de mayor edad o quienes viven más cerca de la vivienda de los que se visitan? ¿Se hace esta verificación de manera periódica? ¿Existen sanciones en caso no se cumpla el protocolo? |
| | t. ¿Consideran necesarias las visitas? ¿Es suficiente el número de visitas o se requieren más? ¿En qué momento del día se realizan las visitas? ¿Es oportuna la visita? |
| Suplemento de hierro | n. ¿Todos los hogares visitados tienen sus gotas o jarabe de hierro de manera oportuna? ¿Cómo es el abastecimiento y distribución del hierro? ¿Cuál es la percepción de los beneficiarios sobre el hierro entregado y con relación a sus atributos y efectividad? |
| Análisis de focalización | b. ¿La selección de los territorios (tipos de municipalidades o distritos) para la implementación de la intervención es adecuada? ¿Debería ser cambiada o incluir a otros territorios? |
| | p. ¿Está la intervención alcanzando la cobertura planificada? ¿Qué factores están contribuyendo o limitando la cobertura? ¿Cómo se podría abordar estos factores para mejorar las intervenciones? |
| | o. ¿Las visitas domiciliarias hogares del PSI y del SAF están llegando a los mismos hogares en los territorios? ¿Genera esto efectos positivos o negativos? ¿Cómo lo hacen? |
| (*) | s. ¿Cuál es la percepción de los actores involucrados en la implementación de la intervención (MEF, MINSA, DIRESA, gobiernos municipales) respecto a la implementación? |
| | t. ¿Cuál es la percepción de los actores locales (líderes locales, familias beneficiarias) respecto de la implementación? |

Nota: (*) El análisis para esta pregunta es transversal a todas las secciones. Elaboración: Macroconsult.

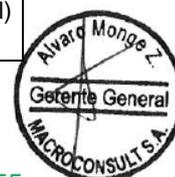
3.1.3 Evaluación de resultados

Esta evaluación apunta a verificar el grado de cumplimiento de las metas que el programa se ha impuesto a nivel de productos, resultados, propósitos y fines. Desde un punto de vista cuantitativo, el procedimiento implica aproximar el valor de los indicadores asociados a cada variable relevante utilizando las fuentes de información disponibles y verificar si estos se acercan a los valores meta o a valores que razonablemente deberían esperarse en intervenciones “modelo”. Para esto, donde es posible, se realizan comparaciones reflexivas (es decir, observando la trayectoria de un indicador de la población beneficiaria) y comparándolo con la trayectoria de un grupo de referencia. Sin embargo, debe aclararse que este procedimiento no corresponde a una evaluación de impacto en la medida que no se ha desarrollado una estrategia de identificación que permita definir la causalidad de los eventos ni aislar la influencia de factores de contexto. De ahí el término “reflexivo” adoptado para presentar el tipo de análisis realizado en esta sección. Desde un punto de vista cualitativo, la evaluación de resultado busca establecer juicios respecto de la consecución de los objetivos planteados en torno a los productos, propósitos y fines.

La fuente de datos principal proviene de bases de datos secundarias (ENDES), los sistemas de seguimiento interno de las intervenciones, entre otros. Esta se complementa con entrevistas a informantes clave y focus groups para la interacción población beneficiaria-visitador a domicilio. Asimismo se tuvo acceso a evaluaciones de impacto realizadas por el MEF, las cuales se referencian como parte del análisis documentario. A continuación, se precisan, en la **Tabla 8** y la **Tabla 9**, las preguntas específicas de investigación comprendidas en la parte de diseño de cada una de las intervenciones.

Tabla 8: Preguntas evaluativas de resultados para el Servicio de Acompañamiento Familiar de Cuna Más

| Sección | Preguntas de Investigación |
|--|---|
| Evaluación de resultados: Efectividad | |
| Resultados alcanzados | o. ¿Está la intervención alcanzando la cobertura planificada? ¿Qué factores están contribuyendo o limitando la cobertura? ¿Cómo se podría abordar estos factores para mejorar las intervenciones? ¿Existe baja afiliación temprana? ¿Cuáles son las principales limitantes para la afiliación temprana (menores a 90 días de nacido)? |
| | i. ¿Las visitas domiciliarias hogares del PI y del SAF están llegando a los mismos hogares en los territorios? ¿Genera esto efectos positivos o negativos? ¿Cómo lo hacen? |
| | h. ¿En qué medida la intervención está logrando los resultados y metas establecidas? ¿Qué resultados y metas se han logrado hasta el momento? Dada la diversidad de contextos en los cuales se implementa la intervención, ¿las metas establecidas requerirán ser diferenciadas por áreas, zonas y/u otras formas de división-categorización? |
| | s. ¿Qué factores están contribuyendo o limitando el logro de los resultados y metas? ¿Cómo se podría abordar estos factores para mejorar la intervención? |
| | r. ¿Qué resultados no previstos, positivos o negativos, se han identificado a la fecha? |
| | v. ¿La intervención ha contribuido a reducir los factores subyacentes de la inequidad en el derecho a la salud y protección de las niñas y niños? |
| (*) | t. ¿Cuál es la percepción de los actores involucrados en la implementación de la intervención (MINSA, Cuna Más en sus diferentes niveles de gestión, gobiernos municipales, sociedad civil) respecto a los logros de los resultados y metas de la intervención? |



| Sección | Preguntas de Investigación |
|--|---|
| Evaluación de resultados: Efectividad | |
| | u. ¿Cuál es la percepción de los actores locales (líderes locales, familias beneficiarias) respecto de los logros de los resultados y metas? ¿Es suficiente el número de visitas o se requieren más? |

Nota: (*) El análisis para esta pregunta es transversal a todas las secciones. Elaboración: Macroconsult.

Tabla 9. Preguntas evaluativas de resultados para la Meta 4 del PI

| Sección | Preguntas de Investigación |
|--|---|
| Evaluación de resultados: Efectividad | |
| Análisis de resultados | i. ¿En qué medida la intervención está logrando los resultados y metas establecidas? ¿Qué resultados y metas se han logrado hasta el momento? Dada la diversidad de contextos en los cuales se implementa la intervención, ¿las metas establecidas requerirán ser diferenciadas por áreas, zonas y/u otras formas de división-categorización? |
| | r. ¿Qué factores están contribuyendo o limitando el logro de los resultados y metas? De manera particular, ¿qué factores contribuyen o limitan la adherencia al consumo de hierro (abastecimiento, tipo de producto, prácticas en el hogar, entre otros)? ¿Cómo se podría abordar estos factores para mejorar la intervención? |
| | u. ¿La intervención ha contribuido a reducir los factores subyacentes de la inequidad en el derecho a la salud? |
| (*) | s. ¿Cuál es la percepción de los actores involucrados en la implementación de la intervención (MEF, MINSA, DIRESA, gobiernos municipales) respecto a los logros de los resultados? |
| | t. ¿Cuál es la percepción de los actores locales (líderes locales, familias beneficiarias) respecto de los logros de los resultados y metas? |

Nota: (*) El análisis para esta pregunta es transversal a todas las secciones. Elaboración: Macroconsult.

3.1.4 Evaluación de eficiencia

Luego de evaluar la operatividad y los resultados alcanzados para cada una de las intervenciones, el análisis se enfocará en la eficiencia de las actividades realizadas. Aquí, la evaluación se centrará en los costos y presupuesto empleados para llevar a cabo las intervenciones. Esto implica identificar cuáles son las actividades más costosas y determinar cómo estos costos pueden optimizarse. Asimismo, se analizarán los estipendios entregados a los ejecutores de las visitas domiciliarias (actores sociales y facilitadoras).

La principal fuente de información corresponde, por un lado, a los reportes de presupuesto que recogen los gastos en los que se han incurrido para desarrollar las actividades de las intervenciones. Por otro lado, la información primaria recogida en campo también es utilizada para conocer si se han tomado medidas tanto en la planificación como en la implementación para asegurar el uso eficiente de los recursos. A continuación, se precisan, en la **Tabla 10** y la **Tabla 11**, las preguntas específicas de investigación comprendidas en la parte de diseño de cada una de las intervenciones.

Tabla 10: Preguntas evaluativas de eficiencia para el Servicio de Acompañamiento Familiar de Cuna Más

| Sección | Preguntas de Investigación |
|---------------------------------|---|
| Evaluación de eficiencia | |
| Eficiencia de la Intervención | w. ¿Pueden las actividades y los resultados lograrse a un menor costo mediante un enfoque diferente? ¿Qué actividades son las más costosas y cómo se pueden optimizar? |



| | |
|--|---|
| | estos costos? ¿Existen oportunidades de ahorro en el desarrollo de las actividades? |
| | x. ¿Los estipendios entregados a las personas encargadas de las visitas son adecuados? ¿Debería haber una diferenciación por zona? |
| | z. ¿Qué medidas se han tomado durante la planificación y la implementación para asegurar un uso eficiente de los recursos? |

Elaboración: Macroconsult.

Tabla 11. Preguntas evaluativas de eficiencia para la Meta 4 del PI

| Sección | Preguntas de Investigación |
|---------------------------------|---|
| Evaluación de eficiencia | |
| Eficiencia de la intervención | q. ¿Se implementan acciones orientadas a generar o fortalecer las condiciones y capacidades de los gobiernos locales para implementar la intervención? ¿Cómo se realizan? ¿Su cantidad es suficiente? |
| | y. ¿Qué medidas se han tomado durante la planificación y la implementación para asegurar un uso eficiente de los recursos? |
| | v. ¿Pueden las actividades y los resultados lograrse a un menor costo mediante un enfoque diferente? ¿Qué actividades son las más costosas y cómo se pueden optimizar estos costos? ¿Existen oportunidades de ahorro en el desarrollo de las actividades? |
| | w. ¿Los estipendios entregados a las personas encargadas de las visitas son adecuados? ¿Debería haber una diferenciación por zona? |

Elaboración: Macroconsult.

3.1.5 Evaluación de sostenibilidad

En esta oportunidad, la evaluación de sostenibilidad consiste en verificar que los objetivos e impactos positivos de un proyecto perduren luego de culminado el periodo de ejecución de la intervención. La información para este análisis proviene principalmente de la revisión de información secundaria y documental, así como de entrevistas a encargados responsables de las intervenciones y del panel de expertos a ser convocado de forma posterior a la realización de este informe. Es importante agregar que en esta sección se incluirá la situación del Covid19 y la emergencia sanitaria que atraviesa el país y las estrategias de adaptación que deberán adoptar las intervenciones bajo análisis. Además, serán analizados como medidas o factores que afectan notoriamente a la sostenibilidad de ambas intervenciones. A continuación, se precisan, en la **Tabla 11** y la **Tabla 12**, las preguntas específicas de investigación comprendidas en la parte de diseño de cada una de las intervenciones.

Tabla 12: Preguntas evaluativas de sostenibilidad para el Servicio de Acompañamiento Familiar de Cuna Más

| Sección | Preguntas de Investigación |
|--|---|
| Evaluación de la sostenibilidad | |
| Análisis de sostenibilidad | aa. ¿Cuáles son los factores que facilitarían o afectarían la sostenibilidad de los resultados alcanzados? |
| | bb. ¿Cuáles son los factores que facilitarían o afectarían la sostenibilidad de la intervención? |
| Lecciones aprendidas/recomendaciones | cc. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas y las buenas prácticas (administrativas, financieras y de gestión) obtenidas en el proceso de implementación de la intervención? |



| | |
|--|--|
| | dd. ¿Qué recomendaciones se pueden extraer de la implementación de las intervenciones que sean útiles para orientarlas y optimizarlas en sus diversas etapas, así como para revisar su diseño y estrategias? |
|--|--|

Elaboración: Macroconsult.

Tabla 13. Preguntas evaluativas de sostenibilidad para la Meta 4 del PI

| Sección | Preguntas de Investigación |
|--|--|
| Evaluación de la sostenibilidad | |
| Análisis de sostenibilidad | z. ¿Cuáles son los factores que facilitarían o afectarían la sostenibilidad de los resultados alcanzados? |
| | aa. ¿Cuáles son los factores que facilitarían o afectarían la sostenibilidad del PI? |
| Lecciones aprendidas/recomendaciones | bb. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas y las buenas prácticas (administrativas, financieras y de gestión) obtenidas en el proceso de implementación de las intervenciones? |
| | cc. ¿Qué recomendaciones se pueden extraer de la implementación de las intervenciones que sean útiles para orientarlas y optimizarlas en sus diversas etapas, así como para revisar su diseño y estrategias? |

Elaboración: Macroconsult.

3.2 Estrategias de recolección de información

Luego de presentado el enfoque metodológico del estudio, se detalla las estrategias empleadas a lo largo del servicio que permitió recolectar información útil para responder correctamente a cada una de las preguntas específicas de la evaluación. Estas estrategias se refieren principalmente a la recopilación a través de la documentación del programa (documentos técnicos, informes, reportes, bases de datos, entre otros) y a través de la aplicación de entrevistas como estrategia de recolección de información primaria.

A modo general, se menciona que, para la parte evaluativa del diseño, como se indicó líneas arriba, el insumo principal para poder analizarlo a detalle es la información documentaria de las intervenciones, tales como los documentos técnicos y normativos de los programas presupuestales que enmarcan a cada una de las intervenciones analizadas, documentación de las políticas públicas de lucha contra la anemia, documentos de diseño de las intervenciones, entre otros. Como complemento a ello, también se utiliza parte de la información primaria recogida de las entrevistas aplicadas a los formuladores de las intervenciones, según corresponda.

En cuanto a la evaluación de gestión, principalmente son los documentos del proceso de implementación y gestión los utilizados para analizar los modelos operacionales de las intervenciones bajo interés. A su vez, la recolección de las entrevistas de los informantes regionales y locales permitió contrastar entre lo planificado para cada etapa del proceso operativo contra la realidad de las diversas zonas y realidades visitadas. Complementariamente, se ha hecho uso de literatura científica con el fin de identificar buenas prácticas o experiencias exitosas que sean de ayuda para mejorar las posibles deficiencias o complejidades que presenten cada una de las intervenciones.

Para la evaluación de resultados el insumo clave son las bases de datos administrativas y fuentes secundarias para lograr el análisis propuesto. Lo hallado a partir de las bases de datos ha sido

alimentado con la información primaria de los informantes regionales y locales identificando a los factores que contribuyen o limitan al logro de las metas y/o resultados objetivo.

En lo que concierne a la evaluación de eficiencia, el análisis se basa primordialmente en la información presupuestal de cada una de las intervenciones, acompañado del análisis fundamentado en la información recogida de las entrevistas sobre estrategias o acciones para mejorar la eficiencia del programa. Por último, en la evaluación de sostenibilidad, de lo recogido de los formuladores, implementadores y buenas prácticas de literatura internacional se lleva a cabo la sección que identifica los factores que favorecerían o afectarían la sostenibilidad tanto de los resultados como de los programas mismos.

3.2.1 Información documentaria

Los tipos de información documentaria utilizada a lo largo de todo el análisis corresponde a los documentos normativos de las políticas nacionales, los documentos técnicos de los programas presupuestales que enmarcan a cada intervención bajo análisis, los documentos técnicos de diseño y de gestión, literatura internacional, bases de datos administrativas, bases de datos secundarias y otros reportes que complementan al conjunto de documentos mencionados.

Cabe precisar que para el caso de Meta 4 del PI, tanto el equipo de MEF como el MINSA colaboraron con la entrega de los documentos relacionados al programa presupuestal del PAN, documentos de diseño y gestión propios de la Meta, reportes técnicos, información administrativa a un nivel distrital, bases de datos propias del programa tales como las metas de cumplimiento de los distritos atendidos y otros archivos técnicos vinculados a las actividades contempladas en la Meta 4. De igual manera, para el caso de SAF, el equipo del MIDIS y del Programa Nacional de Cuna Más dispuso de documentos relacionados a su programa presupuestal, evidencia científica relacionada, normas técnicas, resoluciones ministeriales, bases administrativas de los beneficiarios atendidos, entre otros documentos de gestión y diseño de la intervención.

Como complemento a ello, el equipo consultor ha realizado una revisión exhaustiva de literatura internacional con el fin de recopilar evidencia científica que permita construir la teoría de cambio del presente informe. Además, esta revisión ha permitido identificar buenas prácticas o experiencias exitosas de otras intervenciones relativamente semejantes. Igualmente, se indagó en las bases de datos secundarias tales como la ENDES y ENAHO del INEI, así como los indicadores de anemia y desnutrición que posee el Instituto Nacional de Salud. Esto ha sido de utilidad para la construcción de variables que alimentan el análisis de los resultados intermedios y finales de las intervenciones bajo análisis, así como en las aproximaciones de cobertura efectiva.

Otro punto importante fue la indagación de las diferentes normativas y lineamientos establecidos en los diversos programas, políticas o planes que guardan algún tipo de vínculo sobre la lucha contra la anemia. Entre las políticas analizadas y ya trabajadas en secciones anteriores de este informe se tienen al PAN, PNAIA, Estrategia Incluir para Crecer, Lineamientos “Primero la Infancia”, Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia, Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia y el PPORDIT.

3.2.2 Información primaria

A continuación, se detalla el procedimiento aplicado sobre el cuál se seleccionó a los distritos e informantes tanto para la intervención de Meta 4 como para la intervención de SAF, la

construcción de los instrumentos aplicados y el balance global del trabajo de campo según lo planificado.

3.2.2.1 Selección de distritos

Para la selección de municipalidades, se tomaron como referencia tres criterios: el tipo de las municipalidades, la clasificación de estas según el programa de intervención (SAF, PI o ambos), y el grado de incumplimiento de las visitas como variable que aproxima el desempeño de los programas. Para esto último, como se presentó en el informe anterior, se ha considerado que una municipalidad atendida por el SAF tiene una tasa de incumplimiento alta si ésta es igual o superior a 15% y baja en caso contrario. Se ha tomado este umbral porque representa el percentil 75 de la distribución. En el caso de municipalidades atendidas por el PI, el umbral tomado es de 14% que representa el percentil 75 de la distribución de la tasa de incumplimiento a nivel municipal de este programa. De esta manera, aquellas municipalidades que tienen un valor por encima de este valor fueron clasificadas como de alto incumplimiento en las visitas domiciliarias, mientras que de bajo incumplimiento en caso contrario.

La **Tabla 14** sistematiza la información de las municipalidades y las clasifica de acuerdo con los tres criterios. Entre las municipalidades intervenidas se identificó aquellas que sólo tenían el SAF con alto incumplimiento en las visitas (fila a) y con bajo incumplimiento (fila b). También se identificaron municipalidades que sólo tenían el PI con alto incumplimiento (fila g) y bajo incumplimiento (fila h). Finalmente, se identificaron municipalidades que tienen ambos programas en simultáneo con alto y bajo incumplimiento y combinaciones intermedias (filas c - f). En acuerdo con las instituciones contratantes, se optó por tomar el nivel de desempeño del proceso de implementación de las visitas domiciliarias ejecutadas como el principal criterio de selección, de modo que la muestra recoja la heterogeneidad observada de las municipalidades en esta dimensión.

En la **Tabla 14**, se ha resaltado las celdas de las que se obtuvieron las municipalidades de las observaciones: en plomo se muestran las celdas para la muestra de municipalidades que brindarán información de la categoría únicamente atendidas por el SAF; en amarillo se señala a las categorías de las se recogerá información para municipalidades únicamente atendidas por el PI, y en azul para la categoría de municipalidades en las que se implementan los dos programas en simultáneo. Esta propuesta de selección busca maximizar la heterogeneidad basada en los criterios propuestos. Se hace esto para recoger la mayor variabilidad posible dentro de categorías con alta concentración de municipalidades intervenidas por este programa.

Tabla 14. Categoría de municipalidad y programa de visitas domiciliarias

| | A | B | C | D | E | F | G | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Intervenidos | 26 | 14 | 45 | 27 | 7 | 54 | 183 | 356 |
| 1) SAF Alto | 0 | 5 | 0 | 0 | 3 | 13 | 0 | 21 |
| 2) SAF bajo | 0 | 9 | 0 | 0 | 4 | 41 | 0 | 54 |
| 3) SAF alto - PI alto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 9 |
| 4) SAF alto - PI bajo | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 31 |
| 5) SAF bajo - PI alto | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 11 | 13 |
| 6) SAF bajo - PI bajo | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 48 |
| 7) PI alto | 7 | 0 | 33 | 4 | 0 | 0 | 15 | 59 |
| 8) PI bajo | 15 | 0 | 12 | 22 | 0 | 0 | 72 | 121 |
| No | 0 | 28 | 0 | 0 | 153 | 140 | 1 | 322 |
| Total | 26 | 42 | 45 | 27 | 160 | 194 | 184 | 678 |

Elaboración: Macroconsult.

A partir de la tabla anterior, la Tabla 15 presenta la propuesta de municipalidades de la muestra dentro de las regiones priorizadas en el estudio, considerando una observación por cada categoría. Por ejemplo, para las municipalidades del tipo B que tienen solamente el SAF con altos niveles de incumplimiento en visitas, se propuso que el caso sea obtenido de la región Cusco. En cambio, para aquellas de tipo C que tiene únicamente el PI con bajos niveles de incumplimiento, se propuso que el caso sea recogido en Lima.

Tabla 15. Propuesta de selección de municipalidades según regiones priorizadas en el estudio

| | A | B | C | D | E | F | G |
|-----------------------|------------------|-------|------|------------|---|--------|----------------|
| 1) SAF Alto | | | | | | ANCASH | |
| 2) SAF bajo | | CUSCO | | | | | |
| 3) SAF alto - PI alto | | | | | | | |
| 4) SAF alto - PI bajo | | | | | | | PIURA |
| 5) SAF bajo - PI alto | | | | | | | |
| 6) SAF bajo - PI bajo | | | | | | | AMAZONAS |
| 7) PI alto | | | LIMA | | | | |
| 8) PI bajo | AMAZONAS PIURA | | | SAN MARTIN | | | ANCASH CUSCO |

Elaboración: Macroconsult.

Siguiendo la propuesta de la Tabla 15, la lista de municipalidades seleccionadas como parte de la muestra final se presenta en la **Tabla 16**. Con fines operativos, todas las municipalidades tenían al menos 20 usuarios de los programas sociales, de modo que la identificación de este tipo de informantes fuera viable.

Tabla 16. Muestra de municipalidades seleccionadas

| SAF | PI |
|--|--|
| | Lima Carabayllo (Lima) {750} [C7] |
| Ancash Pariahuanca (Carhuaz) {48} [F1] | Ancash Taricá (Huaraz) {35} [G8] |
| Cusco Yanaoca (Canas) {198} [B2] | Cusco Chinchaypujio (Anta) {26} [G8] |
| Piura Paimas (Ayabaca) {155} [G4] | Piura Paimas (Ayabaca) {40} [G4] Chulucanas (Morropón) {348} [A8] |
| | San Martín La Banda de Shilcayo (San Martín) {212} [D8] |
| Amazonas Cajaruro (Utcubamba) {275} [G6] | Amazonas Cajaruro (Utcubamba) {83} [G6] |



En (*paréntesis*) se indica la provincia en la que se ubica la municipalidad. Entre *{llaves}* se indica el número de usuarios del programa social a noviembre de 2019. En [*corchetes*] se muestra la celda a la que corresponde la municipalidad seleccionada. La letra indica el tipo de municipalidad y los números, la fila correspondiente en la Tabla 15. Elaboración: Macroconsult.

La **Tabla 16** es la muestra de localidades finalmente aprobada por el equipo de UNICEF para la implementación en campo. Sin embargo, para llegar a esta selección se desarrolló un proceso de revisión, ajuste y validación previo en el que tuvieron participación los funcionarios del MINSA, MEF y Cuna Mas. Adicionalmente, con tal de capturar la heterogeneidad del universo de intervención, se verificó que hubiera variabilidad a nivel de las siguientes variables: al número potencial de usuarios del PI (niños de 4 y 5 años), el porcentaje de visitas incompletas, el porcentaje de utilización del aplicativo móvil, el número de actores sociales capacitados, el número de actores sociales aprobados, y la pertenencia a distrito del ámbito de intervención del FED. El propósito fue que, aun cuando la muestra no pretendió ser estadísticamente representativa, sí se tuviera suficiente dispersión como para incorporar las características del universo en las dimensiones señaladas.

3.2.2.2 Selección de informantes

La definición de los informantes estuvo ligado al tipo de información que se requería recabar. Así, informantes de la alta dirección de las instituciones involucradas podrían dar más información sobre el diseño de los programas y algunos comentarios sobre la gestión interna, mientras que informantes del ámbito operativo podrían tener mayor información de la gestión. Finalmente, las familias beneficiarias que son los directos receptores podrían brindar la información sobre la oportunidad y calidad de las visitas.

Por otro lado, se definió que en el caso del programa de incentivos municipales se entrevistaría a representantes del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y del Ministerio de Salud (MINSA). Estas entrevistas serían en Lima. Luego, en las seis regiones señaladas en los TdR (Amazonas, Ancash, Cusco, Lima, Piura y San Martín), se entrevistaría a representantes clave de las Direcciones Regionales de Salud y de las capacitaciones a establecimientos de salud. En las regiones de Piura y Amazonas se seleccionaron a dos municipalidades, y en las cuatro regiones sobrantes se determinó a un municipio, de modo que dentro de cada municipalidad se aplicarían entrevistas a representantes de los gobiernos municipales y miembros de la IAL, así como focus groups a actores sociales y a población beneficiaria (posteriormente reemplazados por entrevistas. Ver el reporte detallado de campo en el producto 2).

En el caso del SAF de Cuna Más, se planeó entrevistar a representantes del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), en particular a algún funcionario encargado de la gestión del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF). Luego, en cuatro de las seis regiones de intervención priorizadas en los TdR se planeó entrevistar a los equipos regionales de Cuna Más. Posteriormente se seleccionó una municipalidad por región, de modo que en cada una de ellas se entreviste a representantes de gobiernos municipales, acompañantes técnicos del programa, comités de gestión y consejos de vigilancia. Finalmente, en cada municipalidad se debía aplicar un focus group con población beneficiaria y facilitadores, agentes responsables de la visita a domicilio (posteriormente reemplazados por entrevistas. Ver el reporte detallado de campo en el producto 2).

Tabla 17. Actores clave/Instituciones identificadas para el trabajo de campo

| Informante | Nivel |
|--|----------|
| Visitas domiciliarias de la Meta 4 del PI Municipal | |
| MEF | Nacional |
| MINSA | Nacional |
| DIRESA | Regional |
| Capacitadores de establecimientos de salud | Regional |
| Gobiernos Municipales | Local |
| Miembros de la IAL | Local |
| Agentes comunitarios de salud (*) | Local |
| Actores sociales (responsables de las visitas domiciliarias) | Local |
| Población beneficiaria (cuidadores de niños) | Local |
| SAF de Cuna Más | |
| MIDIS | Nacional |
| Cuna Más | Nacional |
| Equipos regionales de Cuna Más | Regional |
| Gobiernos Municipales | Local |
| Acompañantes técnicos | Local |
| Comités de Gestión | Local |
| Consejos de vigilancia | Local |
| Facilitadores | Local |
| Población beneficiaria (cuidadores de niños). | Local |

(*) Se verificó en campo que en su mayoría los Agentes Comunitarios eran Actores Sociales, por lo que se estimó al entrevistar a estos últimos, se contaba con la opinión requerida. Elaboración: Macroconsult.

Posteriormente, para la identificación detallada de los informantes, se llevaron a cabo un conjunto actividades que involucró la participación de UNICEF, el MEF, el MINSA, el MIDIS, Cuna Más y el PCM.

3.2.2.3 Preparación de instrumentos

Para el estudio se desarrollaron diversos instrumentos para recoger la información necesaria que permita responder las preguntas de investigación. Los dos primeros son el formato de la carta de presentación institucional enviada a todos los informantes institucionales solicitando su participación en las entrevistas y focus groups, y el formato de declaración jurada de consentimiento informado que fue entregado (o leído) a cada informante antes de la aplicación de la encuesta. Los instrumentos elaborados para la presente consultoría fueron:

1. **Carta de presentación institucional**
2. **Declaración Jurada de Consentimiento informado**
3. **Instrumentos de Cuna Mas**
 - *Entrevistas a profundidad:*
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios del MIDIS
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios del Cuna Mas
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios del Equipos regionales de Cuna Mas
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios del Gobierno Municipal
 - Guía de entrevista a profundidad para Acompañantes Técnicos



- Guía de entrevista a profundidad para miembros del Comité de Gestión
- Guía de entrevista a profundidad para miembros del Consejos de Vigilancia
- Guía de entrevista a profundidad para responsable de Entidades de Salud (DIRESA/Red de salud/Microred o EESS)
- *Focus Group a:*
 - Focus Group con Facilitadores
 - Focus Group con los Padres o representantes legales de las familias beneficiarias

4. Instrumentos para el Programa de Incentivos Meta 4

- *Entrevistas a profundidad:*
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios del MEF
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios del MINSA
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios de las DIRESA/EESS
 - Guía de entrevista a profundidad para funcionarios de los Gobiernos Municipales
 - Guía de entrevista a profundidad para las Autoridades de la instancia de articulación local (IAL)
 - Guía de entrevista a profundidad para los Capacitadores de establecimientos de salud
- *Focus Group:*
 - Focus Group con Actores sociales (responsables de las visitas domiciliarias).
 - Focus Group con los cuidadores de niños (beneficiarios)

El proceso de preparación de los instrumentos fue un esfuerzo participativo, en donde se involucraron en etapas tempranas a los diferentes funcionarios de los sectores identificados por UNICEF, entre los que se encontraron el MEF, MINSA, MIDIS y Cuna Más. La secuencia de actividades de coordinación llevadas a cabo inicia con el armado del modelo operativo de los programas bajo análisis para la identificación de los informantes y la distribución de preguntas de investigación, y culmina con la aprobación de los instrumentos por parte de UNICEF y el MEF.

Asimismo, debido a los eventos ocurridos a consecuencia del COVID 19 y el inicio de la cuarentena, el campo se vio interrumpido y debió adaptarse a un proceso de virtualización. Esto demandó realizar ajustes a los instrumentos para optimizar su implementación por medios remotos, lo cual fue acordado con UNICEF y el MEF en reunión virtual sostenida con el equipo consultor, en la misma que se indicaron los criterios a tomar en cuenta para esta labor. En particular, para el momento de la suspensión, la gran mayoría de las entrevistas a instituciones nacionales habían sido realizadas y ya se veía saturación en algunas preguntas. Por ello, el ajuste a los instrumentos para informantes de este nivel apuntó principalmente a llenar las brechas de información faltante. Por otro lado, las encuestas a informantes en regiones se encontraban avanzadas en algo más de la mitad, pero quedaba pendiente un número relativamente importante. Por ello, el ajuste para este nivel de informantes consistió en retirar las preguntas que bajo la experiencia del tramo presencial de campo habían demostrado proporcionar poca o nula información. También se ajustó el instrumento del focus groups para convertirlo en entrevista. En conjunto, todos los ajustes realizados buscaron reducir y acotar el número de preguntas para focalizarlas sobre las brechas de información faltante, de modo que su aplicación tomara menos tiempo.

3.2.2.4 Rendimiento del campo

A modo de resumen sobre el balance del recojo de información primaria, en la **Tabla 18** se presenta información agregada de los informantes previstos y ejecutados por cada programa y



distrito de intervención. Los resultados nos indican que se ha llegado a contactar y levantar opiniones a un total de 226 personas, entre la realización de entrevistas y focus groups, en la modalidad presencial y virtual. Si desagregamos por cada intervención, en el caso de SAF se levantó información de 95 informantes en los cuatro (04) distritos seleccionados, mientras que PI Meta 4 se han realizado 131 observaciones.

Tabla 18. Cantidad de Informantes que participaron en el Estudio, por programa y distrito

| Distrito e intervención | Previstas | Ejecutada en campo | | | | % adicionales/pérdida |
|-------------------------|-----------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|
| | | Realizada | Reemplazo | Adicional | Total | |
| CUNA MAS | | | | | | |
| Nacional (LIMA) | 12 | 10 | | 2 | 12 | 0% |
| Cajamaruro (AMAZONAS) | 18 | 17 | 1 | | 18 | 0% |
| Paimas (PIURA) | 18 | 16 | 3 | | 19 | 6% |
| Yanaoca (CUSCO) | 18 | 21 | 1 | | 22 | 22% |
| Pariahuanca (ANCASH) | 18 | 18 | 1 | 5 | 24 | 33% |
| Subtotal | 84 | 82 | 6 | 7 | 95 | 13% |

| | | | | | | |
|--------------------------------|------------|------------|-----------|----------|------------|-----------|
| PI META 4 | | | | | | |
| Nacional (LIMA) | 10 | 10 | | | 10 | 0% |
| Banda de Shilcayo (SAN MARTÍN) | 14 | 10 | 3 | | 13 | -7% |
| Cajamaruro (AMAZONAS) | 14 | 13 | 2 | | 15 | 7% |
| Carabayllo (LIMA) | 14 | 15 | 1 | | 16 | 14% |
| Chachapoyas (AMAZONAS) | 14 | 10 | 2 | | 12 | -14% |
| Chinchaypujio (CUSCO) | 14 | 10 | 1 | 1 | 12 | -14% |
| Chulucanas (PIURA) | 14 | 11 | 1 | | 12 | -14% |
| Paimas (PIURA) | 14 | 16 | 2 | 3 | 21 | 50% |
| Taricá (ANCASH) | 14 | 15 | 1 | 4 | 20 | 43% |
| Subtotal | 122 | 110 | 13 | 8 | 131 | 7% |

| | | | | | | |
|----------------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|
| Total General | 206 | 192 | 19 | 15 | 226 | 10% |
|----------------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|

Elaboración: Macroconsult.

4. EVALUACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS

4.1 Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más

El Servicio de Acompañamiento a Familias, conocido como SAF, es uno de los dos servicios brindados dentro del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). Este Programa fue creado el año 2012 mediante Decreto Supremo N° 003-2012-MIDIS sobre la base del ex Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW) como programa adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). De acuerdo con la documentación del programa revisada, este fue creado con el propósito de brindar servicios de atención integral de calidad y pertinente a niños y niñas menores de tres años que permitan cultivar y guiar su potencial intelectual, emocional y social para la superación de brechas, promoviendo la intervención articulada de sectores y niveles de gobierno, organismos y programas que compartan o complementen sus objetivos. De esta manera, los objetivos del Programa, que se encuentran alineados a los objetivos estratégicos del MIDIS, específicamente al objetivo OEE 6.1 “Mejorar el desarrollo de niños y niñas menores de 36 meses de edad”, son tres: (i) incrementar el desarrollo, cognitivo, social, físico y emocional de los niños y niñas menores de 36 meses de edad en zonas de situación de pobreza y pobreza extrema; (ii) mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje de sus niñas y niños menores de 36 meses de edad; (iii) fortalecer el vínculo afectivo madre/padre/cuidador – hijo/hija.

Tomando en cuenta los objetivos previamente mencionados, las funciones del programa involucran, además de orientación en el tratamiento de la anemia, la atención integral de la primera infancia, los espacios de juego y aprendizaje con el menor, medidas de afecto de los cuidadores, entre otras actividades, que contribuyen al desarrollo intelectual, emocional, social y motor de los niños usuarios del programa, tal como se muestra en la Ilustración 17.

Ilustración 17: Funciones generales del Programa Nacional Cuna Más



Fuente: Decreto Supremo que crea el Programa Nacional Cuna Más – DS N°003-2012-MIDIS. Elaboración: Macroconsult.

La cadena causal desarrollada para el Programa se encuentra sustentada en una amplia revisión de literatura. Dicha cadena causal se basa en dos construcciones conceptuales:

1. El modelo ecológico de desarrollo infantil:

Desarrollado inicialmente por Bronfenbrenner (1992), permite identificar los niveles a los cuales es necesario intervenir para afectar de manera significativa y persistente el proceso de desarrollo infantil. Así, de acuerdo con Molina et. al (2008), bajo este modelo el desarrollo infantil depende en conjunto de la interacción dinámica del niño con su entorno, el cual está representado por el Estado, la comunidad y su familia, donde la madre o el cuidador principal son los representantes del primer ecosistema en el que se desarrolla el niño o niña.

2. Identificación de ventanas de oportunidades y de factores de riesgo:

Según evidencia mostrada por Walker et al. (2007), National Scientific Council on the Developing Child (2007) y Mustard et al. (s/f), existen ventanas de oportunidades de desarrollo infantil, así como factores de riesgo asociados a resultados adversos al desarrollo infantil en países en desarrollo. De esta forma, se identifican periodos de edad durante los primeros años de vida donde el desarrollo de determinadas partes del cerebro determina a su vez el desarrollo de capacidades como el lenguaje o las capacidades cognitivas.

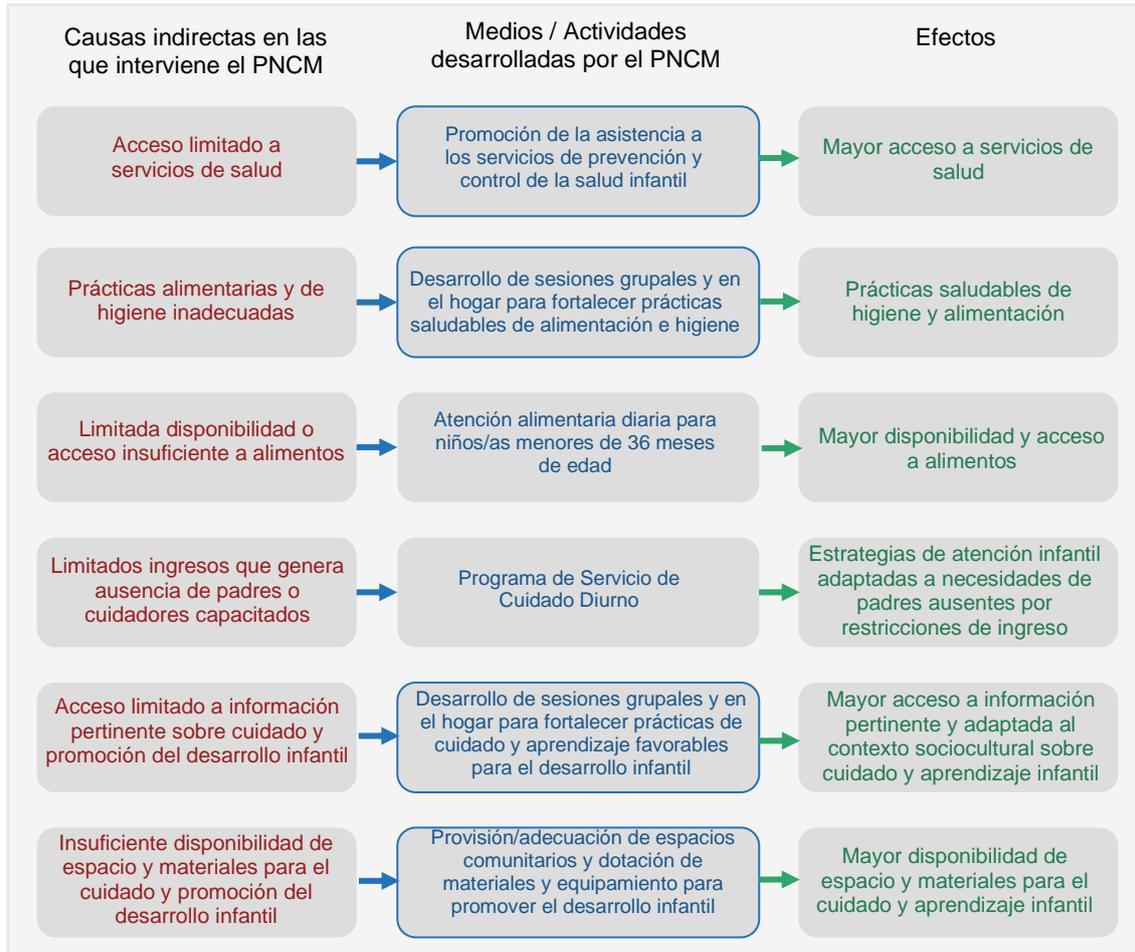
Con ello, tal como se desarrolla en el Anexo 2 del Programa Presupuestal del PNCM, se identifican tres causas directamente relacionadas con el problema del desarrollo infantil:

- Inadecuado estado de salud y estado nutricional de la madre gestante o el niño o niña menor de 36 meses de edad.
- Niños y niñas menores de 36 meses expuestos a prácticas de cuidado y aprendizaje que no favorecen su desarrollo infantil.
- Niños y niñas menores de 36 meses de edad expuestos a espacios con condiciones físicas que no favorecen el desarrollo infantil.

La primera causa está estrechamente relacionada a riesgos biológicos, la segunda a la relación del niño o niña con sus cuidadores y su entorno, y la tercera y última a los riesgos contextuales y sociales. A partir de estas causas directas, se identifican un grupo específico de causas indirectas en las que el programa plantea intervenir y las actividades a realizar para mejorar el nivel de desarrollo infantil en niños y niñas menores de 36 meses en situación de pobreza y pobreza extrema, tal como se muestra en la **Ilustración 18**.



Ilustración 18 :Cadena causal de las actividades del PNCM

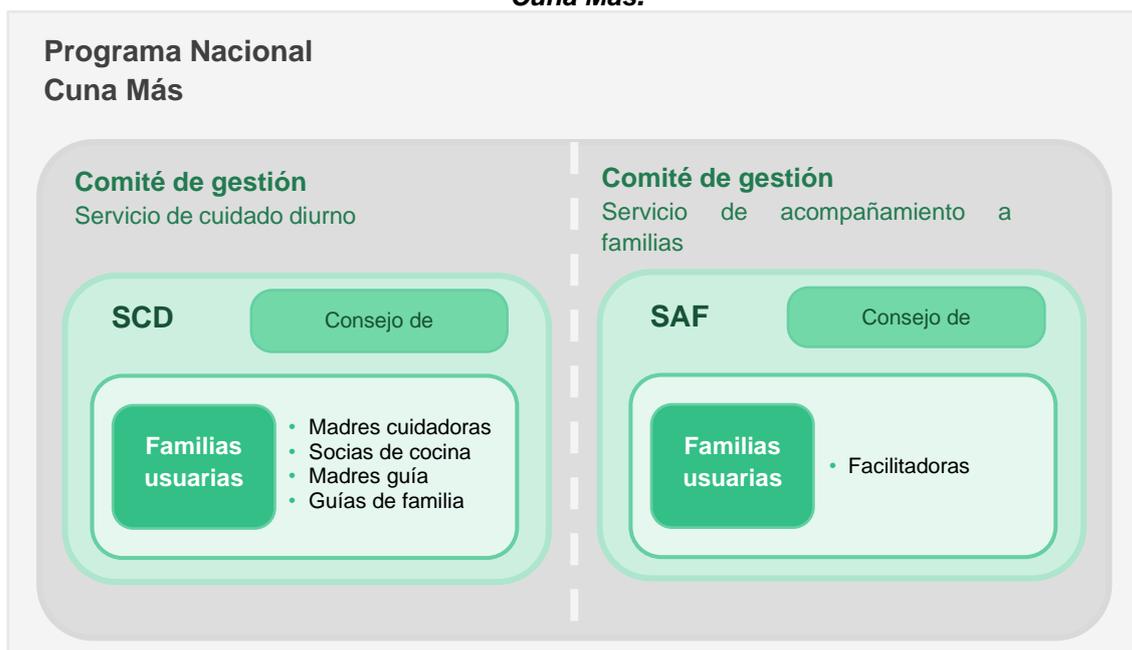


Nota: Se resaltan las actividades relacionadas directamente al Servicio de Acompañamiento a Familias.

Fuente: Anexo 02 PP Cuna Más – 2020. Elaboración: Macroconsult.

A partir de la identificación de actividades a ser implementadas, el PNCM brinda dos servicios diferenciados tanto para el ámbito urbano como para el ámbito rural. De acuerdo con la documentación del programa, dichos servicios son implementados mediante un modelo de cogestión Estado – comunidad, bajo el cual el programa transfiere recursos a los Comités de Gestión para la administración de los servicios, supervisando y brindando asistencia técnica para garantizar la calidad de los servicios brindados. Este modelo busca el involucramiento de diversas instancias de participación comunitaria tanto en la prestación de los servicios del programa como en su administración y gestión, operando bajo la estructura mostrada en la **Ilustración 19**.

Ilustración 19 :Estructura del Modelo de Cogestión Comunitaria del Programa Nacional Cuna Más.



Fuente: Lineamientos del Modelo de Cogestión Comunitaria. Elaboración: Macroconsult.

Según la información del programa los servicios del PNCM son los siguientes:

a. Servicio de Cuidado Diurno (SCD):

Servicio que se desarrolla en locales denominados como “Centros Cuna Más de Cuidado Diurno” a través del cuidado integral de niños y niñas entre 6 y 36 meses de edad, que requieren atención básica en cuanto a salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades. Este servicio cuenta con un ámbito de aplicación preferentemente urbano.

Las actividades definidas para el servicio son:

- Asistencia técnica para la gestión y vigilancia comunitaria.
- Capacitación de Equipos Técnicos y Actores Comunales.
- Atención integral durante el cuidado diurno.
- Acondicionamiento y equipamiento de locales de cuidado diurno.

b. Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF):

Servicio que se realiza mediante visitas a hogares y sesiones grupales en Centros Cuna Más de Acompañamiento Familiar acondicionados por el programa, con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses y sus familias. Este servicio está orientado principalmente a mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje infantil. Su ámbito de aplicación es preferentemente rural.

Las actividades definidas para el servicio son:

- Capacitación de Equipos Técnicos y Actores Comunales.
- Asistencia técnica para la gestión y vigilancia comunitaria.
- **Visitas domiciliarias a las familias**
- Sesiones de socialización e interaprendizaje.

De manera particular, y para propósito del presente estudio, se analizarán las visitas domiciliarias implementadas por el Programa, enmarcadas en el Servicio de Acompañamiento a Familias

(SAF). Asimismo, es necesario precisar que el análisis se realizará tomando en cuenta solo dicho servicio como mecanismo para lograr un cambio de comportamiento en los beneficiarios (madres o cuidadores principales de los niños) y que finalmente incida en la reducción de la anemia, tal como se presentó en la **Sección 2.1**.

4.1.1 Evaluación de diseño

Para la evaluación de diseño del SAF, en esta subsección se abordarán las preguntas relacionadas al (1) alineamiento de la intervención con la política nacional, (2) al modelo lógico de la intervención, (3) Indicadores establecidos, (4) adecuación de la intervención y (5) enfoque de derechos humanos.

Para el primer caso, se analiza el modo en que la intervención se articula dentro de la política nacional de lucha contra la anemia y si sus objetivos se encuentran alineados con la misma. En el segundo caso, a partir de la revisión documentaria se establecerá un modelo lógico, ya sea que exista de manera explícita o implícita. Con ello, se analizará si los encadenamientos lógicos son claros, a partir de la literatura revisada, y si se han establecido riesgos y supuestos. Asimismo, se clasifica la evidencia científica tomada en cuenta para la implementación de la intervención del SAF. En cuanto a los indicadores, a partir del modelo lógico definido, se analiza cada uno tomando en cuenta si es que cumplen o no y en qué medida los criterios SMART. Respecto a la adecuación de la intervención, se trata de responder si el diseño de la intervención ha incorporado adecuaciones específicas a la diversidad de población atendida y en qué medida se ha dado o ha ido dando dicha adecuación, para lo cual se tomará en cuenta información documentaria e información primaria recogida en campo. Finalmente, de la revisión de documentos de diseño, se permitirá observar si la intervención ha tomado en cuenta un enfoque de derechos humanos, de manera particular, respecto a equidad, género, interculturalidad e inclusión.

4.1.1.1 Alineamiento con la Política Nacional de Lucha contra la Anemia

Como ya se ha desarrollado en la Sección 2.2, la problemática de la anemia ha pasado a ocupar uno de los principales temas en la agenda política del Estado. Si bien antes del 2017 se desarrollaron políticas y estrategias relacionadas con el desarrollo infantil que de manera indirecta tocaban temas de anemia, no es hasta ese año que la preocupación por el problema de la anemia cobra notoriedad y se materializa con la aprobación del Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú 2017 – 2021 desarrollado por el MINSA. Siendo el Ministerio de Salud el ente rector que vela por la salud pública de la población, establece lineamientos a ser tomados en cuenta para el tratamiento y control de la anemia, y establece como uno de los principales la suplementación de hierro. Asimismo, dentro de dicho Plan se establecen mensajes a ser priorizados como parte de la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento, tomando en cuenta como población objetivo a gestantes y a niños y niñas menores de 3 años y como medio para la comunicación de dichos mensajes, las visitas domiciliarias. De esta manera, se esperaba un trabajo coordinado con los programas que hasta ese momento realizaban visitas a familias, de manera particular, el Servicio de Acompañamiento a Familias del PNCM.

Por otro lado, el MIDIS, en el mismo año y en el marco de la Estrategia “Incluir para Crecer” y “Primero la Infancia”, aprueba su Plan Sectorial para contribuir con la reducción y control de la anemia. En dicho Plan, además de las actividades a realizar propias de la sede central para contribuir con dicha problemática, se identifica como prioridad un componente educativo que permita contribuir a la adopción de prácticas saludables por parte de las gestantes y madres o cuidadores principales de los niños. Así, en el caso específico del SAF, la intervención educativa



consistía en fortalecer 8 prácticas en la familia, las mismas que debían contar con los mensajes priorizados en el Plan Nacional del MINSA: control prenatal, control CRED, consumo de micronutrientes en gestante, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes, lavado de manos, uso y consumo de agua segura.

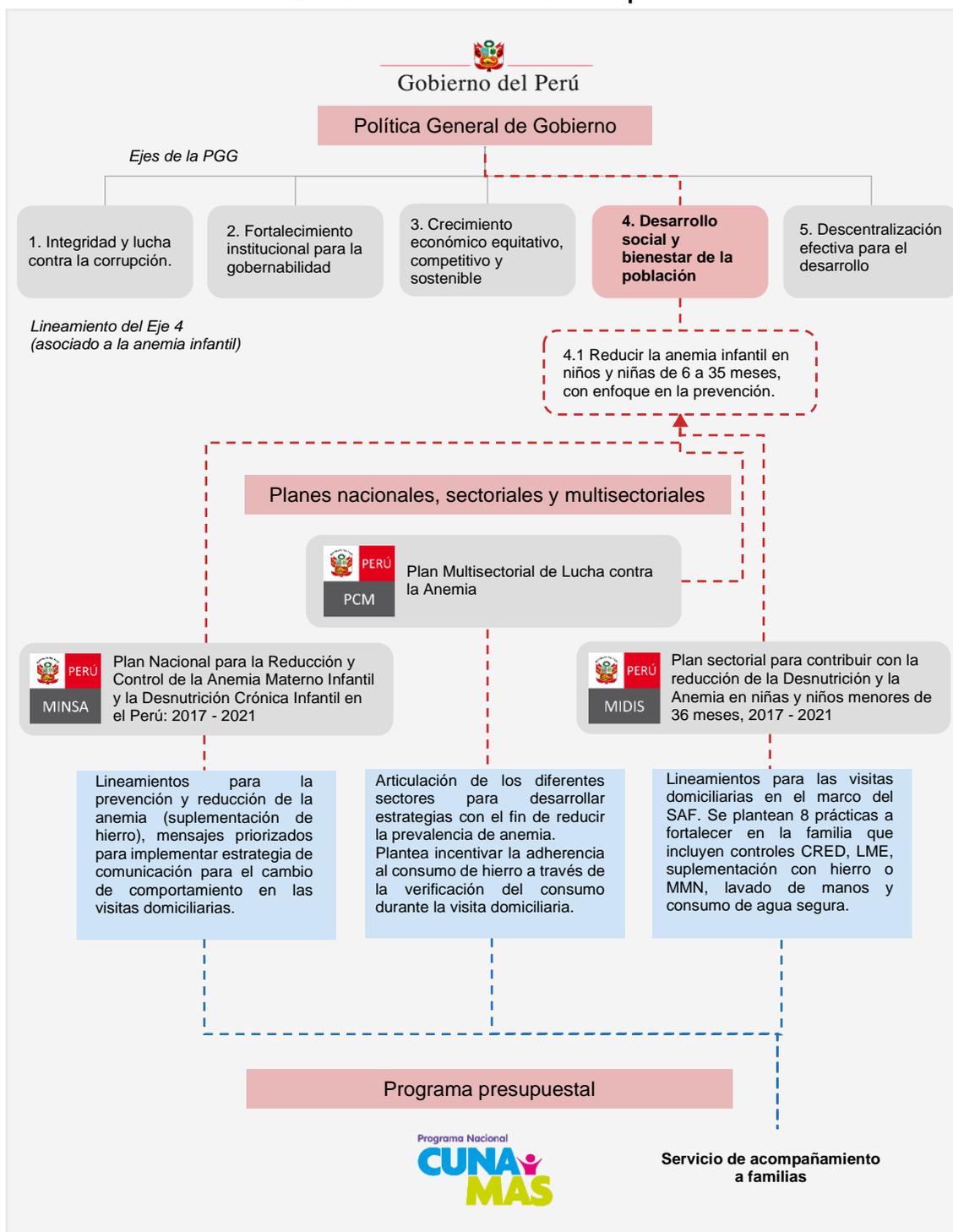
En el 2018, con el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia (PMLCA), se establece una estrategia que involucra la coordinación de los diferentes sectores del ejecutivo para poder hacer frente a la problemática de la anemia. Entre las diferentes intervenciones planteadas en el PMLCA, las visitas domiciliarias están comprendidas como una de las intervenciones con el fin de promover la adopción de prácticas saludables. Tomando en cuenta que, hasta dicha fecha, las visitas domiciliarias realizadas como parte del SAF ya brindaban consejería en cuanto a prácticas saludables⁴, lo que el PMLCA plantea es realizar la confirmación del consumo de suplementos de hierro por parte de los niños en cada visita realizada. De esta forma se esperaba garantizar la adherencia al consumo del suplemento, siendo prioridad los niños menores de 1 año.

Finalmente, y en línea con lo planteado en el PMLCA, el MIDIS en el 2018, mediante la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 668-2018-MIDIS/PNCM, aprueba la “Estrategia para la prevención y reducción de la anemia en niños y niñas usuarias del Programa Nacional Cuna Más - MIDIS”. Esta estrategia buscaba contribuir a prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses, implementando intervenciones efectivas producto de la articulación intersectorial e intergubernamental en el marco del Plan Nacional de Lucha contra la anemia. Esto se realizaría a través del fortalecimiento de acciones orientadas a su control y prevención en los servicios de cuidado diurno y acompañamiento a las familias. Las acciones priorizadas en la estrategia toman como punto de referencia el componente presentado por el MIDIS en el Plan Sectorial. En este se menciona incorporar procesos educativos para generar cambios de comportamiento a nivel de familias usuarias promoviendo la aplicación de prácticas saludables. En otras palabras, parten del entendido de que a través del SAF se promueve de manera efectiva la adopción de prácticas saludables y, por ello, adicionan nuevas prácticas para la reducción de la anemia.

De esta manera, la estrategia de prevención de la anemia en el SAF sí se encuentra alineada con la política nacional de lucha contra la anemia bajo el esquema que se presenta en la **Ilustración 20**. En este servicio se ha ido incorporando en los últimos años, actividades de promoción de prácticas saludables, tomando en cuenta lineamientos del MINSA para el caso de mensajes priorizados y guías técnicas sobre el consumo de los suplementos, y sobre articulación y adherencia al consumo de suplementos a partir del PMLCA y el Plan Sectorial del MIDIS. A través de ello, el SAF termina siendo una de las actividades priorizadas alineadas con el lineamiento 4.1 de la Política General del Gobierno: Reducir la anemia infantil en niños y niñas de 6 a 35 meses con enfoque en la prevención. Sin embargo, como se verá más adelante la adaptación del programa ha sido imperfecta más en términos operativos (por ejemplo, contenidos y protocolos de visitas domiciliarias) que desde sus documentos estratégicos (marco lógico).

⁴ Uno de los mensajes dentro de las visitas del SAF era incentivar el consumo de hierro a través de micronutrientes o jarabe (considerando como guía técnica los lineamientos del MINSA y la estrategia planteada por el MIDIS en su plan sectorial).

Ilustración 20 :Alineamiento del SAF en la política nacional



Elaboración: Macroconsult



4.1.1.2 Modelo Lógico

Como se ha indicado previamente, el SAF forma parte del paquete de servicios ofrecidos por el Programa Nacional Cuna Más, el mismo que tiene como propósito el desarrollo infantil de niños y niñas menores de 36 meses que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. Dicho propósito, a lo largo del tiempo de operación del PNCM, no ha variado. Sin embargo, y como se ha desarrollado en la subsección anterior, en el caso particular del SAF se ha ido adaptando a los lineamientos dados desde el MINSA y el MIDIS con el fin de abordar y estar en línea con la política general del Gobierno. Esta adaptación se ha ido dando a través de la incorporación de nuevas actividades ya sea dentro de las visitas domiciliarias o a nivel de articulación institucional. Sin embargo, la adaptación no habría sido perfecta ya que dichas actividades adicionales no han sido incorporadas en la matriz de marco lógico. Con ello, la orientación del SAF en la obtención de resultados relacionados a la reducción de la anemia en niños y niñas menores de 36 meses no termina siendo un resultado priorizado, aun cuando es una condición necesaria para que el niño pueda cumplir con los objetivos de desarrollo infantil. Incluso, dentro del marco lógico desarrollado para el PNCM, dentro de la explicación de las actividades a desarrollar por el SAF, en específico, durante la visita domiciliaria, no se incorpora la actividad adicional mencionada en el PMLCA, la corroboración de la ingesta del suplemento de hierro por parte de las facilitadoras.

Tabla 19: Matriz de marco lógico del SAF

| | Objetivos | Indicadores |
|------------------|--|---|
| Fin | Mejora de los logros de aprendizaje en educación básica | Mejora de las competencias en comunicación y matemáticas, entre otras |
| Propósito | Mejora en el nivel de desarrollo infantil de los niños y niñas menores de 36 meses que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. | <ul style="list-style-type: none"> • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos motricidad fina esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran hitos de motricidad gruesa esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos cognitivos esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos de lenguaje esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos socioemocionales esperados para su edad |
| Producto | Familias acceden a acompañamiento en cuidado y aprendizaje de sus niños y niñas menores de 36 meses, que viven en situación de pobreza y extrema pobreza | <p>N° de Familias que reciben acompañamiento en el cuidado y aprendizaje de sus niños y niñas menores de 36 meses (incluye trabajo con gestantes)</p> <p>% de familias con un mínimo de 12 meses de permanencia en el Servicio de Acompañamiento a Familias que aplican prácticas de aprendizaje infantil promovidas por el servicio.</p> |

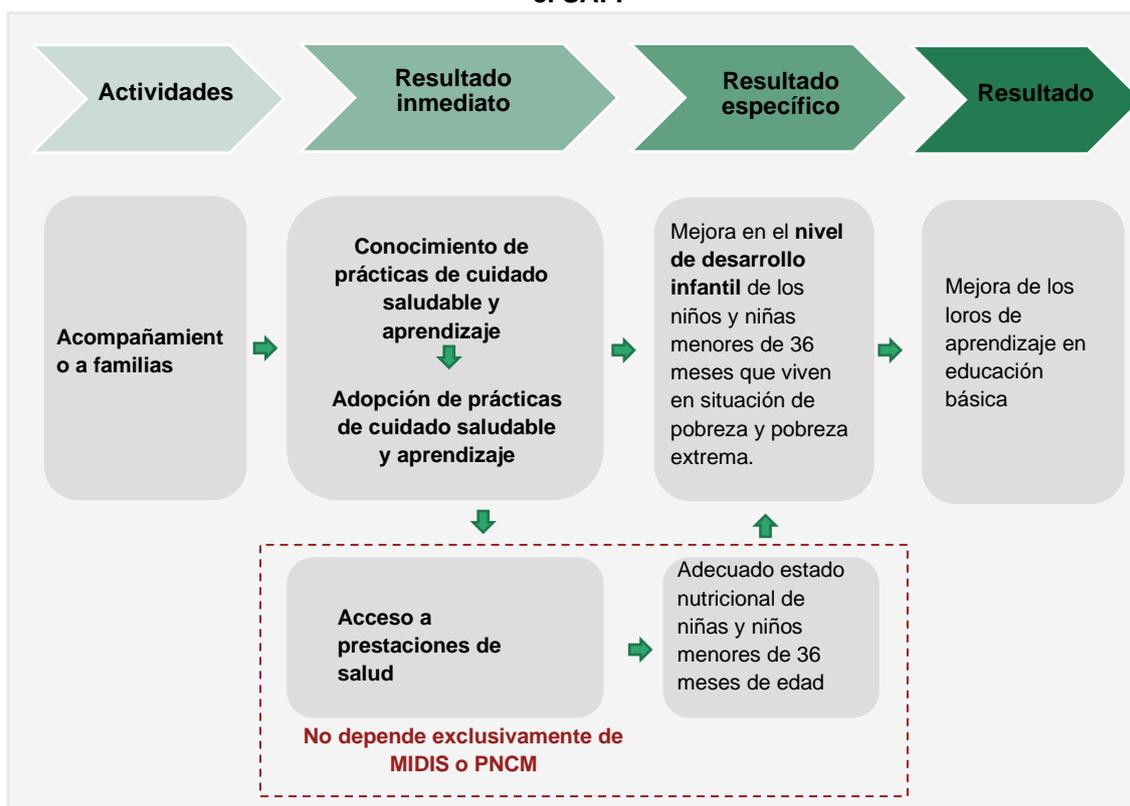
| | Objetivos | Indicadores |
|--------------------|--|---|
| | | % de familias con un mínimo de 12 meses de permanencia en el Servicio de Acompañamiento a Familias que aplican prácticas de cuidado saludable promovidas por el servicio. |
| | | % de cobertura de la población objetivo que reciben el servicio de acompañamiento a familias |
| | | % de familias atendidas a través del Servicio de Acompañamiento a familias que han recibido 4 visitas al mes. |
| Actividades | 1.1. Capacitación a equipos técnicos y actores comunales | N° de Equipo técnico y actores comunales capacitados |
| | 1.2. Asistencia técnica para la gestión y vigilancia comunitaria | N° de Comités de Gestión y Consejo de Vigilancia del servicio de Acompañamiento a Familias en funcionamiento |
| | 1.3. Visitas domiciliarias a Familias | N° de Familias Visitadas en el hogar |
| | 1.4. Sesiones de socialización e interaprendizaje | N° de Familias que participan de las Sesiones de socialización e interaprendizaje |

Fuente: Matriz de marco lógico del PNCM en el Anexo 02 PP.

Respecto a la matriz de marco lógico (MML) del PNCM, enfocándonos solo en el SAF, y tal como se muestra en la **Tabla 19**, los resultados sobre la anemia no se ven reflejados de manera explícita. Tampoco han sido incluidos los indicadores que el PMLCA y la estrategia proponen para el SAF relacionado al control y prevención de la anemia en los niños y niñas usuarias del servicio. Cabe señalar, sin embargo, que en nuestro análisis no consideramos que la mirada del SAF deba dejar de enfocarse en el desarrollo infantil temprano, sino que es necesario tomar en cuenta a la anemia como uno de los resultados intermedios relevantes para poder generar el desarrollo del niño en el largo plazo. De esta manera, el resultado relacionado a la anemia podría ser ubicado entre el producto y propósito de la MML. Los esfuerzos recientes parece que van en ese sentido, en particular la elaboración de una cadena de valor e indicadores del tablero de control del PNCM durante la primera mitad del 2020, la cual fue aprobada en agosto de este año. Esta cadena de valor, considerando solo la línea del SAF y, en específico, aquellas relacionada únicamente a la anemia, se encuentra alineada con lo que ya se venía mencionando como aspectos faltantes en la MML (ver **Ilustración 21**); **Error! No se encuentra el origen de la referencia..**



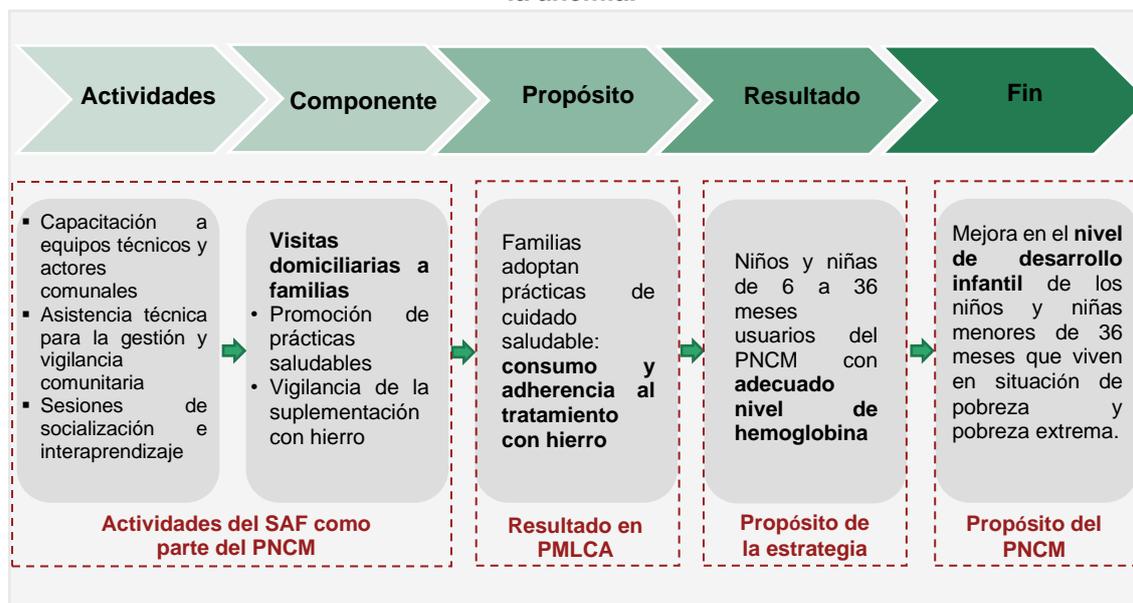
Ilustración 21: Cadena de valor del PNCM considerando la línea relacionada a anemia en el SAF.



Fuente: RDE 429 – 2020 Cadena de valor e indicadores del tablero de control del PNCM. Elaboración: Macroconsult.

Finalmente, tomando en cuenta el marco conceptual desarrollado en la sección 2.1, el marco de la política bajo la cual la intervención SAF incorpora aspectos específicos relacionados a la anemia (sección 4.2.1.1), la matriz de marco lógico y la cadena de valor recientemente aprobada, se desarrolló un modelo lógico implícito que toma en cuenta el propósito de la estrategia de la prevención y reducción de la anemia en niños del PNCM y el propósito de más largo plazo del programa en general. Dicho modelo se presenta en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y, si bien no pretende ser una propuesta de marco lógico, puede utilizarse como una cadena lógica que permita guiar la adaptación del marco lógico del programa, específicamente, relacionada al SAF.

Ilustración 22: Modelo lógico implícito del SAF en el marco de la política de lucha contra la anemia.



Fuente: Elaborado sobre la base de la Matriz de marco lógico del PNCM en el Anexo 02 PP, RDE 668 – 2018 – MIDIS/ PNCM “Estrategia para la prevención y reducción de la anemia en niños y niñas usuarias del PNCM”, Plan Multisectorial de lucha contra la anemia. Elaboración: Macroconsult.

De manera general, la lógica de la intervención como parte del PNCM es, junto al servicio de cuidado diurno, mejorar el nivel de desarrollo infantil de niños y niñas menores de 36 meses en situación de pobreza y pobreza extrema, generando un impacto positivo en el logro de aprendizaje en educación básica. El encadenamiento lógico para lograr dicho resultado de largo plazo se centra en la necesidad de intervenir en las primeras etapas de vida de los niños y niñas, aprovechando cada una de las oportunidades para desarrollar capacidades cognitivas y motoras. La literatura revisada por el PNCM es amplia respecto a cada una de las cadenas por las cuales el servicio logra su objetivo final; sin embargo, para el caso particular del presente estudio, es necesario aislar las otras cadenas y centrarnos en aquella que corresponde a la prevención y reducción de anemia. Así, para lograr dicho objetivo, el paso previo que se plantea en el PMLCA es conseguir el consumo y la adherencia al tratamiento con hierro como resultado de la práctica de cuidados saludables por parte de los padres o cuidadores principales de los niños. Estas prácticas serán fomentadas a través de las visitas domiciliarias que, en este caso, vienen dadas como una actividad del SAF. Además, se espera que, como parte de las visitas, se realice una verificación del consumo de hierro en el momento de la visita. Finalmente, esto se logrará siempre que quienes realicen las visitas domiciliarias, las facilitadoras, se encuentren adecuadamente capacitadas para emitir y fortalecer los mensajes claves a las familias. De esta manera, y como se observa en el modelo lógico propuesto, el encadenamiento lógico no es independiente del ya desarrollado por el SAF, pero sí se incluye el resultado intermedio de reducción de la anemia.

Basándonos en estricto en el Anexo 2 del PNCM, a partir del cual se diseña y establecen las actividades de cada uno de los servicios del programa, la literatura es variada, aunque no necesariamente justifica cada una de las causalidades planteadas en el modelo presentado en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** La primera línea causal comprende el encadenamiento entre visitas domiciliarias, que fomentan prácticas de cuidado saludable entre los cuales se refuerza la suplementación de hierro para prevenir la anemia, y la adopción de dichas prácticas saludables. La segunda línea causal corresponde a que si efectivamente estas prácticas de cuidado saludable finalmente generan una reducción en la prevalencia de la anemia. Como ya lo hemos mencionado, el modelo lógico del PNCM prioriza el encadenamiento referido



al desarrollo infantil, como un resultado integral del niño. Es por esta razón que, si bien el PNCM cuenta con amplia evidencia científica, no toda está relacionada a la reducción de anemia a pesar de que dicha condición es fundamental para que el niño pueda lograr los hitos esperados de desarrollo infantil.

Respecto a la primera línea causal mencionada, la evidencia señala que hay una relación positiva entre el fomento de prácticas de cuidado saludable y resultados del niño, tal como se ha desarrollado en la **sección 2.1**. No existe mucha literatura específica relacionada a visitas domiciliarias en las que se refuerce el consumo de la suplementación de hierro y que el cuidador o cuidadora principal efectivamente le brinde al niño o niña; sin embargo, sí se encuentra el fortalecimiento del vínculo padre e hijo. Este vínculo termina siendo fundamental para que la madre o el padre se preocupen por la salud del niño y que de esta manera la salud del niño sea priorizada. La evidencia revisada por el PNCM parece ir en esa línea. Cabe señalar que lograr la adopción de buenas prácticas de cuidado está condicionado a una buena gestión de la intervención, razón por la cual la evidencia no es tan concluyente respecto al resultado final (impacto en el niño). Son 6 los estudios encontrados que abordan la primera línea causal y que se dividen en dos tipos de literatura:

a. Metaanálisis

Respecto a este tipo de estudios, el Anexo 02 del PP Cuna Más revisa los documentos de investigación de Gomby, D. et al (1999) y Engle, F. et al (2011), los cuales estudian los efectos de promover prácticas de cuidado y de salud en los padres a través de visitas domiciliarias y sus impactos en habilidades cognitivas y de rendimiento futuro, así como en el desarrollo infantil.

En el caso particular de Gomby, D. et al (1999), este evaluó programas que intervinieron a través de la promoción del conocimiento de los padres, mejora de actitudes o comportamientos en relación con la crianza de los hijos, promoción de la salud de los niños, promoción del desarrollo infantil y prevención del abuso y negligencia, con especial foco en prácticas de salud adecuadas; encontrando que, si bien algunas prácticas de crianza de los padres mejoraron como consecuencia de la intervención de los proyectos, muchas otras no presentaron cambios significativos, especialmente aquellas relacionadas a la prevención del abuso y la negligencia.

Por otra parte, Engle, F. et al (2011) encuentra que aquellas intervenciones que refuerzan la crianza, en cuanto a prácticas de salud adecuadas, cuidado y alimentación, tienen un efecto significativo en el desarrollo infantil. De las once intervenciones que evalúa el autor, nueve encontraron evidencia de su impacto en el desarrollo cognitivo o socioemocional de los niños y dos en el conocimiento de los padres, la estimulación en el hogar y las actividades de aprendizaje con niños, todas asociadas con el desarrollo infantil. Los autores encontraron también que la magnitud de los efectos fue mayor en intervenciones que involucraron a padres e hijos en comparación con aquellas que trabajaron solo con padres.

b. Experimental

En cuanto a los estudios experimentales relacionados a prácticas de cuidado saludable revisados por el programa en el Anexo 02 del PP, la revisión hace mención a la evidencia encontrada por Care-USAID (2015) respecto a la incidencia de prácticas de higiene, particularmente el lavado de manos de las madres, en momentos críticos (después de usar el baño, antes de preparar la comida, antes de dar de comer y después de cambiar el pañal) sobre la prevalencia de desnutrición crónica en niños(as) menores de 3 años. Una evaluación de su intervención, en los años 2003 y 2004, muestra que la principal causa de pérdida de nutrientes esenciales para el desarrollo infantil es la diarrea que resulta de la manipulación de los alimentos sin haberse lavado previamente las manos.



Adicionalmente, el Anexo 02 del PP hace mención del estudio realizado por Walker, S. (2010) que evalúa el efecto de una intervención relacionada a cuidados de salud y nutrición estándar sobre indicadores de desarrollo infantil. Así, para esta intervención en particular encuentra que, si bien se identificaron beneficios significativos en las subescalas de desarrollo, habla y escucha, coordinación mano-ojos y desempeño en la prueba Griffiths, no hubo un impacto en desarrollo motor ni crecimiento (nutrición). En cambio, en cuanto a las madres, se observaron beneficios en cuanto a conocimiento y prácticas de paternidad, reducción de síntomas de depresión materna; sin embargo, este cambio en el conocimiento y prácticas de salud y nutrición no generaron un efecto sobre el estado nutricional del niño.

Respecto a la segunda línea causal relacionada a la adopción de prácticas saludables y reducción de la anemia, la literatura sí es concluyente. Sin embargo, la evidencia revisada por el PNCM no ha tomado en cuenta esta cadena causal previa al DIT, es decir aquella vinculada directamente a la anemia. De esta manera, los estudios hacen mención sobre cómo la adopción de prácticas saludable ha contribuido con logros referidos a crecimiento o mejores resultados a nivel educativo, mas no a nivel de salud.

a. Experimental

En el Anexo 02 del PP se mencionan los resultados encontrados por Grantham-McGregor, S. et al (2003) que evalúa el efecto de la provisión de suplemento nutricional y estimulación psico-social en el desarrollo mental de niños con retraso severo en talla para la edad; este estudio encuentra que la estimulación y el suplemento tuvieron efectos beneficiosos sobre el desarrollo de los niños y que, al suministrarse en conjunto se obtienen mejores resultados que haciéndolo por separado lo cual, según sus conclusiones, indica que el pobre desarrollo mental en niños con bajo crecimiento es, por lo menos parcialmente, atribuible a la desnutrición.

Por otra parte, se revisa también el estudio realizado por Watanabe, K. et al (2005) que realiza un análisis longitudinal comparando medidas de altura y desarrollo cognitivo en un estudio que comprende a 313 niños de 6.5-8.5 meses en 2 comunas intervenidos con un programa de desarrollo temprano y otro de nutrición durante 4 años, encontrando que existen efectos significativos de la intervención de desarrollo en comparación con la de nutrición.

Finalmente, se hace mención del estudio realizado por Waber, D. et al (1981) en el cual se evalúa el impacto de suplemento nutricional y educación de la madre. Evalúan el impacto de suplemento nutricional y educación de la madre en los niños y madres pertenecientes a familia de alto riesgo. Sobre este estudio los autores encuentran que el suplemento alimenticio generó resultados beneficiosos en todas las subescalas de la prueba Griffith y de desarrollo, al mismo tiempo que generó comportamientos menos apáticos entre los niños beneficiarios. La estimulación, por otro lado, benefició el habla y escucha y redujo la incidencia de llanto, mas no tuvo efecto en el crecimiento a los tres años. Respecto al efecto en las madres, los autores encuentran que estas se mostraron más atentas y responsivas luego de 4 meses.

b. Cuasi experimental

Respecto a los estudios cuasiexperimentales relacionados a prácticas de cuidado saludable y consumo y adherencia al tratamiento de hierro revisados por el programa, se exploran los resultados de Walker, S. et al (2005) y Neufeld, L. et al (2004), quienes evalúan el impacto de intervenciones tempranas de nutrición y estimulación en niños con



retardo en el crecimiento y el impacto de las oportunidades en el crecimiento y estado nutricional de niños en zonas rurales, respectivamente.

Respecto al primero de los estudios mencionados, Walker, S. et al (2005) encuentran que una menor proporción de niños sin retardo temprano en el crecimiento desertaron de la escuela (14%) en comparación con los que sí la padecieron y no recibieron estimulación (29%), mientras que entre aquellos que sí recibieron estimulación, el porcentaje de deserción fue de 15%. Finalmente, los autores concluyen que los resultados de la intervención perduran en la adolescencia tardía y tienen implicancias para el desarrollo del capital humano posterior.

Por otra parte, Neufeld, L. et al (2004) evalúa el programa mexicano denominado “Oportunidades” antes “Progresa” cuyo objetivo es mejorar el estado nutricional de los niños de las localidades rurales más pobres del país, a través de la educación nutricional y atención a la salud, complementado con transferencias monetarias y la entrega de una papilla (suplemento fortificado). Los autores no pudieron reportar el efecto de cada componente del programa, sólo constataron que más de la mitad de los niños que recibieron el suplemento nutricional, incrementaron el consumo de alimentos y aumentaron su ingesta calórica.

Una evaluación posterior del programa encontró para los niños menores de un año un incremento de talla ligeramente mayor en el grupo intervenido con respecto al control, resultando en una ganancia de talla de cerca de un centímetro.

Si bien el PNCM, como programa integral, cuenta con amplia evidencia científica, la cual se muestra en el Anexo 2 del PP, no sucede lo mismo si solo nos concentramos en la línea causal referente a la anemia. Tal como se ha mostrado, la evidencia revisada por el PNCM se centra en evaluaciones y resultados asociados a logros cognitivos, desarrollo infantil y resultados en talla y peso, pero no sobre la anemia. De la **sección 2.12.1** se concluye que podrían haber efectos positivos de las visitas domiciliarias sobre la relación entre padre e hijo; sin embargo, aún no habría evidencia concluyente respecto a la adopción de prácticas saludables, más aun, de adherencia al consumo de hierro. Por otro lado, sí hay evidencia que sustenta que la adopción de prácticas saludables contribuye en la reducción de la anemia; sin embargo, no se desarrolla de manera amplia en la revisión realizada por el PNCM. Con ello, sería importante considerar, en una posible actualización del diseño de la intervención, incluir cierta evidencia relacionada a las visitas domiciliarias y su efecto en variable asociadas a la anemia. Eso permitirá aproximar, de manera conceptual, la forma y la magnitud de posibles impactos en esa línea.

4.1.1.3 Indicadores

Como ya se comentó previamente, en agosto del presente, fue aprobada la cadena de valor del PNCM. Esta cadena ha hecho explícitos un conjunto de indicadores de seguimiento a distintos niveles de resultados. El listado de indicadores se muestra en la **Tabla 20**. Cabe señalar, sin embargo, que a la fecha aún no se cuentan con las fichas de los indicadores ni con metas planteadas. Esto, de acuerdo con la información brindada por el PNCM, aún se encuentra en desarrollo.

Tabla 20: Indicadores de la cadena de valor del PNCM considerando la línea relacionada a anemia, en el SAF

| Producto | Acompañamiento a familias |
|----------|---|
| | % de niños y niñas menores de 90 días con primer contacto (nuevos usuarios) |



| | |
|---|---|
| | % de familias con niñas y niños menores de 36 meses de edad y/o gestantes atendidas a través de SAF que han recibido 4 visitas en el mes |
| | % de familias con niñas y niños menores de 36 meses de edad y/o gestantes atendidas a través de SAF que han recibido 4 consejerías telefónicas y enviado 20 mensajes de texto en el mes |
| | % de cobertura de niños y niñas menores de 36 meses de edad de la población objetivo del SAF |
| Resultado inmediato | Conocimiento de prácticas de cuidado saludable |
| | % de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen que deben darles a sus niños/as suplementos de hierro de acuerdo con las indicaciones del personal de salud |
| | % de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen el calendario de control CRED según la edad |
| | % de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen la vacuna que le toca de acuerdo con la edad del niño o niña |
| | % de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen que deben hervir el agua antes de brindarle a los niños/as |
| | % de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen los insumos, momentos claves y tiempo para el lavado de manos |
| | % de cuidadores principales del Programa que conocen que niñas y niños menores de 6 meses de edad deben consumir solo leche materna |
| | % de cuidadores principales de niñas y niños de 6 a 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen qué cantidad, frecuencia y consistencia de alimentos debe comer su niño o niña de acuerdo con la edad |
| | Adopción de prácticas de cuidado saludable |
| | % de cuidadores principales brindan a los niños y niñas de 4 a 11 meses de edad usuarios del Programa suplementación con hierro |
| | % de cuidadores principales que brindan a los niños y niñas menores de 36 meses de edad usuarios del Programa agua segura para su consumo |
| | % de cuidadores principales que brindan a los niños y niñas menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que lavan las manos de su niño o niña en momentos clave en el tiempo requerido utilizando los insumos respectivos |
| | % de cuidadores principales que refieren que los niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarios del Programa reciben lactancia materna. |
| % de cuidadores principales de brindan a los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad usuarios del Programa alimentación complementaria según su edad. | |
| Resultado específico | Adecuado estado nutricional de niñas y niños menores de 36 meses |
| | % de niños y niñas de 6 a menos de 36 meses de edad usuarios del PNCM con anemia |

Fuente: RDE 429 – 2020 Cadena de valor e indicadores del tablero de control del PNCM. Elaboración: Macroconsult.

Para poder realizar un adecuado análisis de indicadores, los insumos principales a tener en cuenta son la matriz de marco lógico (lógica horizontal de la matriz) y las fichas técnicas de los indicadores. En este caso en particular, como ya se ha desarrollado previamente, no se cuenta con una matriz que haya incorporado aun alguna línea relacionada con la anemia. Sin embargo, con lo que se cuenta a la fecha es con los indicadores asociados a la cadena valor aprobada, pero existe la brecha de información asociada a la falta de metas y fichas que den cuenta de su constructo y medios de verificación. Con estas limitaciones, si bien no se puede realizar un análisis exhaustivo en cuanto a los indicadores de la cadena de valor, buscamos realizar un análisis acotado en los criterios posibles a partir de la descripción contenida en el nombre del indicador y el nivel de resultados en el que se encuentran. El análisis es parcial por lo que sugerimos replicarlo cuando las fichas estén completas y el evaluador independiente cuente con mayor información.



Los indicadores de la cadena de valor son analizados considerando los criterios SMART⁵. Los criterios corresponden a que los indicadores deben ser específicos (*Specific*), medibles (*Measurable*), alcanzables (*Acheivable*), relevantes (*Relevant*) y acotados en el tiempo (*Time bound*).

(1) Específico, se refiere a que la redacción del indicador debe reflejar el cambio que se espera lograr con la intervención. Está referido a la formulación del indicador y debe estar acotado a un grupo particular de la población.

(2) Medible, ya sea que el indicador sea cuantitativo o cualitativo, debe ser medible con el fin de que permita evaluar si se alcanzó el resultado esperado o no. Implica que los datos deben estar fácilmente disponibles para determinar el progreso realizado en la consecución de resultados. Para ello es importante que el indicador tenga una metodología clara de cómo se obtendrá el valor con el fin de realizar el monitoreo y evaluación.

(3) Alcanzable, este criterio se refiere a que, en primer lugar, se tengan metas respecto a cada indicador y, segundo, que la meta sea razonable y se pueda lograr con los recursos destinados a la intervención (costos y esfuerzos razonables).

(4) Relevante, se refiere a que el indicador mida lo que efectivamente se espera medir, para ello es importante tener en cuenta los objetivos de la intervención y la lógica bajo el cual la intervención opera. De esta manera se espera que el indicador propuesto permita decir si se está alcanzando o no lo que se espera de la intervención.

(5) Acotados en el tiempo, los indicadores deben tener un plazo específico en el cual se pretenda medir y evaluar si se está logrando la meta establecida o no.

⁵ Debido a las distintas precisiones sobre los criterios SMART, para el Desarrollo de esta sección se considera la definición del PNUD sobre estos criterios. Dicha definición se encuentra en el “Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results” (PNUD, 2009)



Tabla 21: Indicadores de la cadena de valor del PNCM, en el marco del SAF como mecanismo para la lucha contra la anemia

| Indicador | Específico (1) | Medible (2) | Alcanzable (3) | Relevante (4) | Plazo determinado (5) | SMART ¹ | Comentario |
|---|----------------|-------------|----------------|---------------|-----------------------|--------------------|--|
| Resultado específico: Adecuado estado nutricional de niñas y niños menores de 36 meses | | | | | | | |
| % de niños y niñas de 6 a menos de 36 meses de edad usuarios del PNCM con anemia | x | x | | x | | | Este indicador, que mide el nivel de anemia en niños menores de 36 meses cumple con el criterio (4), toda vez que permite medir el logro de la estrategia cuyo objetivo es reducir la anemia en niños usuarios del programa. También cumple con el criterio (1) ya que el nombre del indicador permite saber cuál es la población objetivo y qué es lo que se está buscando a este nivel (% anemia). El último criterio referido a la formulación del indicador corresponde a si el indicador es medible (2). Bajo este criterio, el indicador debe ser analizado en dos dimensiones: si cuenta con medio de verificación, por un lado, y cómo se construye el mismo, por otro. A pesar de que el indicador no cuenta con una ficha técnica que permita saber cuál es su medio de verificación y la forma en cómo será construido, de las entrevistas realizadas con miembros del PNCM, se sabe que el indicador puede ser obtenido de la ficha de visitas al hogar, en el cual se obtiene de la cartilla de control del niño, el dosaje de hemoglobina y por tanto si el niño tiene o no anemia. De esta manera se trabaja con información secundaria y la construcción del indicador correspondería a la tabulación de dicha variable en la ficha, lo cual es factible. Respecto a si el indicador es alcanzable (3), primero es necesario saber si se han planteado metas para el mismo. De lo indagado, aun no se tienen metas establecidas para estos indicadores ya que están en elaboración, con lo cual no es posible establecer una conclusión sobre este criterio. Por último, tampoco se tiene el plazo (5) que se ha establecido para realizar la medición del indicador. De acuerdo con las entrevistas realizadas tanto al PNCM a nivel nacional como regional (UT), se sabe que el seguimiento del indicador es mensual; sin embargo, no se ha establecido de qué manera se va a hacer seguimiento del resultado del |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|---|
| | | | | | | | indicador respecto de la meta ya que, finalmente, tampoco se ha establecido una meta de cumplimiento del indicador. |
| Resultado inmediato 1: Adopción de prácticas de cuidado saludable | | | | | | | |
| % de cuidadores principales que brindan a los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad usuarios del Programa alimentación complementaria según su edad. | x | | | x | | | A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre la adopción de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promocionadas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, a pesar de no contar con una ficha técnica en su versión final, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que añadir o elabora un instrumento (de verificación) que permita el recojo de dicha información y establecer la metodología referida a cuándo se considerará correcta o adecuada la alimentación complementaria. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que debería ser mensual y con una evaluación de frecuencia anual. |
| % de cuidadores principales que refieren que los niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarios del Programa reciben lactancia materna. | x | x | | x | | | A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre la adopción de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promocionadas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, a pesar de no contar con una ficha técnica en su versión final, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Tomando en cuenta el nombre del indicador, haría referencia a que el o la cuidadora principal del niño o niña comenten si se está dando o no lactancia materna, con lo cual no pareciera ser complicado la recolección de dicha información y su respectiva tabulación. Con ello se cumpliría el criterio (2). En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que debería ser mensual y con una evaluación de frecuencia anual. |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|---|
| <p>% de cuidadores principales que brindan a los niños y niñas menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que lavan las manos de su niño o niña en momentos clave en el tiempo requerido utilizando los insumos respectivos</p> | x | | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre la adopción de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promocionadas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que añadir o elabora un instrumento (de verificación) que permita el recojo de dicha información y establecer la metodología referida a cuáles son los momentos clave o cuántos momentos serán considerados como adecuados. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que debería ser mensual y con una evaluación de frecuencia anual.</p> |
| <p>% de cuidadores principales que brindan a los niños y niñas menores de 36 meses de edad usuarios del Programa agua segura para su consumo</p> | x | | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre la adopción de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promocionadas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que añadir o elaborar un instrumento (de verificación) que permita el recojo de dicha información, sobre todo cuando no necesariamente durante toda la visita se consuma o verifique que se está brindando agua segura al niño o niña. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que debería ser mensual y con una evaluación de frecuencia anual.</p> |
| <p>% de cuidadores principales brindan a los niños y niñas de 4 a 11 meses de edad usuarios del Programa suplementación con hierro</p> | x | x | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre la adopción de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promocionadas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Tomando en cuenta el nombre del indicador, se podría inferir que es un indicador medible (2), toda vez que en la ficha de la visita domiciliaria se recoge información sobre si efectivamente se ha brindado o no la suplementación de hierro. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3)</p> |

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | | | ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que debería ser mensual y con una evaluación de frecuencia anual |
| Resultado inmediato 2: Conocimiento de prácticas de cuidado saludable | | | | | | | |
| % de cuidadores principales de niñas y niños de 6 a 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen qué cantidad, frecuencia y consistencia de alimentos debe comer su niño o niña de acuerdo con la edad | x | | | x | | | A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre el conocimiento de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promocionadas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que elaborar un instrumento que permita el recojo de información relacionado al conocimiento del o la cuidadora principal y cuándo se considere un conocimiento adecuado sobre la alimentación complementaria del niño o niña. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que podría ser anual. |
| % de cuidadores principales del Programa que conocen que niñas y niños menores de 6 meses de edad deben consumir solo leche materna | x | | | x | | | A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre el conocimiento de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promocionadas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que elaborar un instrumento que permita el recojo de información relacionado al conocimiento del o la cuidadora principal sobre la lactancia materna del niño o niña. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que podría ser anual. |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|
| <p>% de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen los insumos, momentos claves y tiempo para el lavado de manos</p> | x | | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre el conocimiento de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promovidas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que elaborar un instrumento que permita el recojo de información relacionado al conocimiento del o la cuidadora principal sobre los momentos clave y tiempo adecuado o mínimo para el lavado de manos. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que podría ser anual.</p> |
| <p>% de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen que deben hervir el agua antes de brindarle a los niños/as</p> | x | | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre el conocimiento de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promovidas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que elaborar un instrumento que permita el recojo de información relacionado al conocimiento del o la cuidadora principal sobre el consumo de agua segura. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que podría ser anual.</p> |
| <p>% de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen la vacuna que le toca de acuerdo con la edad del niño o niña</p> | x | | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre el conocimiento de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promovidas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que elaborar un instrumento que permita el recojo de información relacionado al conocimiento del o la cuidadora principal sobre las vacunas que corresponden a la edad del niño o niña. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que podría ser anual.</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| <p>% de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen el calendario de control CRED según la edad</p> | x | | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre el conocimiento de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promovidas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que elaborar un instrumento que permita el recojo de información relacionado al conocimiento del o la cuidadora principal sobre el calendario de control CRED. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que podría ser anual.</p> |
| <p>% de cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad usuarios del Programa que conocen que deben darles a sus niños/as suplementos de hierro de acuerdo con las indicaciones del personal de salud</p> | x | | | x | | <p>A este nivel, los indicadores que se están proponiendo sobre el conocimiento de prácticas de cuidado saludable son relevantes, toda vez que corresponden específicamente a las prácticas promovidas por el SAF. De esta manera, todos cumplirían con el criterio (4). Asimismo, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Sin embargo, para cumplir con el criterio de ser medible (2), se tendría que elaborar un instrumento que permita el recojo de información relacionado al conocimiento del o la cuidadora principal sobre la suplementación con hierro y las especificaciones brindadas por el personal de salud. En tanto no se cuente con una ficha técnica no se podrá saber las metas establecidas para el indicador (3) ni el plazo de medición (5), aunque se presumiría que podría ser anual.</p> |
| <p>Producto: Acompañamiento a familias</p> | | | | | | |
| <p>% de cobertura de niños y niñas menores de 36 meses de edad de la población objetivo del SAF</p> | x | x | x | x | X | <p>A este nivel, los indicadores están relacionados al servicio efectivamente brindado. De esta manera se espera contar con indicadores de cobertura y calidad del servicio. En este caso, el indicador es relevante (4) ya que permite dimensionar la cobertura del servicio respecto a la población objetivo de la intervención. Asimismo, se define la población objetivo por año y la definición de familia atendida por el programa, con lo cual es indicador específico (1). Este indicador sí se encuentra en la MML, con ello el método de cálculo es especificado en la ficha técnica del indicador. Consiste en la razón entre el número de familias atendidas por el servicio que han recibido mínimamente una visita en el mes y la población objetivo del SAF. Asimismo, se mide con</p> |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|
| | | | | | | <p>fuente de información pública (Censo 2017 y patrones de crecimiento de INEI) y con registros del SISAF, con lo cual es un indicador medible (2)</p> <p>En línea con los objetivos de atención del programa y la evaluación del alcance del mismo respecto de la población objetivo. Mide la proporción del logro de metas de cobertura especificados en la programación multianual del programa. Las metas establecidas toman en cuenta el factor de crecimiento obtenido del INEI, con lo cual el indicador es alcanzable (3).</p> <p>Finalmente, es un indicador de periodicidad de evaluación anual con periodo de medición en el mes de diciembre. Al tener un plazo de medición definido, el indicador cumple con el criterio (5).</p> |
| <p>% de familias con niñas y niños menores de 36 meses de edad y/o gestantes atendidas a través de SAF que han recibido 4 consejerías telefónicas y enviado 20 mensajes de texto en el mes</p> | x | x | | x | X | <p>A este nivel, los indicadores están relacionados al servicio efectivamente brindado. De esta manera se espera contar con indicadores de cobertura y calidad del servicio. En este caso, el indicador es relevante (4) ya que permite realizar el seguimiento no presencial respecto de los mensajes brindados por el SAF. A pesar de no contar con una ficha técnica en su versión final, estaría cumpliendo con ser específico (1) dado que se puede identificar la población objetivo y qué es lo que está buscando medir. Es medible (2) ya que consistiría en el registro de llamadas y mensajes realizados, aunque se podría tener algún instrumento que permita verificar la recepción de los mismos.</p> <p>Para este indicador no se han encontrado metas establecidas, de esta manera no se puede decir que es un indicador alcanzable (3). Finalmente, es un indicador de periodicidad mensual. Al tener un plazo de medición definido, el indicador cumple con el criterio (5).</p> |
| <p>% de familias con niñas y niños menores de 36 meses de edad y/o gestantes atendidas a través de SAF que han recibido 4 visitas en el mes</p> | x | x | | x | X | <p>A este nivel, los indicadores están relacionados al servicio efectivamente brindado. De esta manera se espera contar con indicadores de cobertura y calidad del servicio. En este caso, el indicador es relevante (4) ya que permite dimensionar la calidad del servicio asociado a la cantidad de visitas que se le haya realizado a una familia. Asimismo, cumple con ser específico (1) toda vez que cuenta con una ficha técnica en la que se establece cuándo se debe contabilizar una visita domiciliar completa (indicador de la MML). Es medible (2) ya que los medios de verificación corresponden al Censo y estimaciones de crecimiento, además de registros internos obtenidos de las fichas de visitas al hogar. Asimismo, el método de cálculo se encuentra especificado en la ficha técnica del indicador. Consiste en la razón entre el número de familias atendidas por el servicio que han recibido 4 visitas al mes y el total de familias que han recibido por lo menos una visita al mes.</p> |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|---|
| | | | | | | | Para este indicador no se han encontrado metas establecidas, de esta manera no se puede decir que es un indicador alcanzable (3). Finalmente, es un indicador de periodicidad de evaluación anual con periodo de medición en el mes de diciembre. Al tener un plazo de medición definido, el indicador cumple con el criterio (5). |
| % de niños y niñas menores de 90 días con primer contacto (nuevos usuarios) | x | x | x | x | X | | A este nivel, los indicadores están relacionados al servicio efectivamente brindado. De esta manera se espera contar con indicadores de cobertura y calidad del servicio. En este caso, el indicador es relevante (4) ya que permite realizar el seguimiento de cómo se está desempeñando la intervención respecto de la captación de niño o niñas menores de 3 meses. Esto a su vez va a permitir reducir la edad media de ingreso al SAF y de esta manera maximizar el tiempo de recepción del servicio, lo cual presumiblemente, podría generar mayores impactos de largo plazo. A pesar de no contar con una ficha técnica, el indicador es claro y específico (1) ya que se sabe la población objetivo y qué es lo que va a medir. Es medible (2) dado que se tendría que usar las fichas de registro de usuarios SAF. Respecto de si es alcanzable, primero es importante señalar que este indicador sí cuenta con metas establecidas, al menos para el año 2020 y 2021. Tal como se verá en la sección 4.2.3.1, este indicador es posible de ser alcanzado. Finalmente, es un indicador de periodicidad de evaluación anual con periodo de medición en el mes de diciembre. Al tener un plazo de medición definido, el indicador cumple con el criterio (5). |

Nota: (1) Si cumple con todos los criterios SMART, la celda será de color verde; caso contrario, si el indicador cumple con 3 o 4 criterios, la celda será de color amarillo; por último, si el indicador cumpliera con solo 1 o 2 criterios, la celda estará de color rojo. Fuente: Anexo 02 PP Cuna Más – 2020. Elaboración: Macroconsult.

Como se observa, de los 17 indicadores planteados en la cadena de valor del PNCM (únicamente referidos a SAF), 2 de ellos cumplirían con todos los criterios SMART, los cuales corresponden a los niveles de cobertura o atención del servicio. Si lo dividimos por niveles de resultados, a nivel de producto, en donde se cuentan con indicadores más operativos, a 2 de los cuatro indicadores solo les faltaría establecer metas para ser adecuados. Por otro lado, tanto a nivel de resultados inmediatos como específicos la brecha es mayor, principalmente, porque no se cuenta con fichas técnicas de los indicadores ello no permite conocer las metas establecidas ni el plazo de medición de las mismas.

Al nivel de resultados inmediatos, se cuentan con 2 resultados: el conocimiento de prácticas saludables y la adopción de estas. En ambos casos los indicadores propuestos en la cadena de valor del PNCM son considerados como relevantes ya que indagan sobre cada una de las prácticas saludables promovidas por el SAF. Además de las deficiencias relacionadas a las metas y plazo de medición, se encuentra la medición del indicador en sí mismo. Tal como están planteados los indicadores, existirían brechas relacionadas a las fuentes de información para recolectar tanto los conocimientos de los y las cuidadoras principales, así como para verificar la aplicación de estos conocimientos. Por ello será necesario realizar una evaluación sobre qué fuentes de información serán necesarias para hacer el seguimiento de los indicadores y, de no contar con ellas, elaborar un plan de levantamiento de información periódica que permita su seguimiento.

Finalmente, respecto del resultado asociado a la mejora del estado nutricional de las niñas o niños, la principal deficiencia está en la falta de establecimiento de metas a este nivel. Cabe señalar que, si bien los resultados en salud no dependerán únicamente de la prestación del servicio de acompañamiento a familias, sí es necesario saber cómo evolucionan los niños atendidos por el SAF en este resultado en particular. Sobre todo porque se espera que intervenciones del tipo visitas domiciliarias aporten en algún grado en la reducción de esta enfermedad (en el PMLCA se señala como una estrategia a abordar). De esta manera, para poder plantear metas alcanzables o realistas es importante realizar el seguimiento de los resultados en salud de los niños.

4.1.1.4 Adecuación de la intervención

Para poder analizar la adecuación de la intervención, esta debe ser analizada tomando en cuenta si a partir del diseño se consideró particularidades y heterogeneidades de la población objetivo del SAF. Sin embargo, también es necesario abordar de qué manera se adecuó la estrategia de control y prevención de la anemia en la intervención del SAF. Tomando en cuenta ello, el análisis se hará considerando dos dimensiones, (1) la adecuación del Programa a nivel general, tomando en cuenta el modelo de cogestión comunitaria como el principal instrumento de adecuación y (2) cómo se ha enfocado el diseño de la intervención, que ya estaba en marcha, para abordar el tema de la anemia, esto es, a nivel del diseño de la visita domiciliaria y su operativización para lograr los objetivos del control y prevención de la anemia.

a. Cogestión comunal

Si bien el Programa nace de la continuidad de la intervención del Programa Wawawasi, el SAF como intervención nace ante la necesidad de llegar a las familias más alejadas y dispersas que no necesariamente podían dejar a sus niños en los locales o cunas en donde se impartía el servicio, primero Wawawasi, y luego, cuidado diurno. Para la implementación del SAF, se desarrolló un piloto en 72 distritos rurales de Ayacucho y Cajamarca y donde se atendió 16 mil niños, para luego ser escalado a nivel nacional. Los resultados del piloto, de acuerdo con las entrevistas realizadas, fueron positivos y la escala de intervención se empezó a hacer de manera progresiva.



El proceso de transferencia del Programa Nacional Wawawasi (PNWW) hacia el Programa Nacional Cuna Más implicó, además, seguir con el modelo de gestión que venía siendo desarrollado por el primer programa. Es este modelo bajo el cual descansa la adecuación de las dos intervenciones brindadas por el PNCM. Si bien no se han encontrado documentos que detallen los lineamientos bajo los cuales operaba dicho modelo en el PNWW, el estudio “Evaluación de diseño e implementación del modelo de cogestión del Programa Nacional Cuna Más” MIDIS (2019) identifica que funcionaba de manera similar al actual modelo de cogestión implementado por el PNCM y que, incluso, la estructura de este ha sido replicada casi exactamente al implementar el PNCM.

De acuerdo con la información documentaria analizada y las entrevistas realizadas, este modelo de cogestión tiene por finalidad la promoción del desarrollo de capacidades en los actores de la comunidad y la participación empoderada de la población en la ejecución de las prestaciones de los referidos programas. De esta forma, el desarrollo que propone el modelo se orienta a lograr que las personas que son usuarios del programa mejoren sus capacidades para aprovechar las oportunidades que abre el crecimiento económico. El desarrollo comunitario implica el fortalecimiento de los procesos de articulación territorial de los actores sociales, de las personas, y de las estructuras organizativas que integran la localidad, dirigido hacia el permanente mejoramiento de la calidad de vida y a la ampliación de las oportunidades.

Adicionalmente, según establecen los lineamientos técnicos para la implementación del modelo de cogestión, y como se menciona en el documento de MIDIS (2019), la estructura del modelo y los pilares bajo los cuales se sostienen se mantienen vigentes desde su primera implementación con el PNWW. En ese sentido, el modelo de cogestión se construye sobre los siguientes tres pilares:

- **La Participación Social:**

Se trata de un proceso social mediante el cual los individuos asumen responsabilidades en cuanto a la toma de decisiones al mismo tiempo que desarrollan capacidades y contribuyen activamente a su propio desarrollo y al de la comunidad a la que pertenecen.

Bajo este pilar se plantea el primer lineamiento respecto a la corresponsabilidad entre las autoridades y los integrantes de la comunidad. Asimismo, funciona como mecanismo de promoción de capacidades de liderazgo en los actores sociales partícipes.

- **El voluntariado como sustento de la cogestión:**

Este pilar refiere al rol que cumplen los ciudadanos en el proceso de gobierno y al compromiso personal en proyectos comunitarios de desarrollo. Consiste básicamente en el desarrollo de labores o actividades sin fines de lucro, en forma gratuita y sin vínculos ni responsabilidad contractual.

- **La vigilancia social:**

Concepto que se sustenta en el derecho a la participación en la vida política, social, económica y cultural de toda persona, orientada al control ciudadano sobre la gestión pública. Este pilar permite ampliar los niveles de participación de las personas en cuanto a la defensa de sus derechos.

En la práctica, de acuerdo con la opinión de los entrevistados recogida en campo y a nivel de sede central, el modelo de cogestión como estrategia de adecuación del programa ha funcionado de manera parcial ya que, en principio, la adecuación se ha dado a través de las facilitadoras del SAF. El nivel de integración de la junta directiva de los comités de gestión y de los consejeros de vigilancia sería parcial y no se darían en mayores niveles que de cumplir algunas funciones respecto al presupuesto de los comités, tal como se desarrolla en la sección de evaluación de



gestión. De la información recogida en campo, el eje del PNCM es el modelo de cogestión. Es dentro de este modelo, de acuerdo con lo comentado, que se espera que los miembros de la junta directiva del comité de gestión asuman un liderazgo frente a los problemas asociados al desarrollo infantil temprano. Sin embargo, en las 4 unidades territoriales entrevistadas se reconoce que aún la participación de los miembros es limitada y depende mucho de la voluntad de estos. Esto también se vio reflejado en las entrevistas realizadas a las madres beneficiarias quienes señalaron que la interacción con los miembros de los comités puede ser limitada, al menos respecto a temas de salud. En lo hallado de las entrevistas, parece ser que el comité de gestión con mayor participación comunitaria es el del distrito de Cajaruro, en Amazonas. Tal como lo mencionan funcionarios locales, siempre están en constante comunicación con las familias beneficiarias para saber cómo les está yendo a sus niños y si la relación es buena con la facilitadora. En el caso de Paimas, Piura, un funcionario sí señaló que había, en cierto grado, interacción con miembros de su comunidad relacionados a problemas de desarrollo en los niños de la comunidad. En los casos de Pariahuanca, Ancash, y Yanaoca Cusco, los niveles de participación parecieran ser bajos, al menos desde la perspectiva de las madres usuarias. Como se ha indicado en las entrevistas, complementando con la evaluación de diseño e implementación del modelo de cogestión comunitaria (MIDIS, 2019), hay aun aspectos por mejorar en la implementación de la cogestión. Esto se desarrolla con mayor detalle en la sección 4.2.2.1.

Por otro lado, tomando en cuenta a la facilitadora y al Acompañante técnico, ambos han desarrollado funciones que han permitido la adaptación del programa. Quizá la característica más importante es que las facilitadoras sean de la misma comunidad de las familias beneficiarias y conozcan y manejen la lengua materna de las madres o padres usuarios. Con ello se espera que los mensajes respecto al cuidado de los niños y niñas lleguen de manera adecuada, que no generen fricciones con las costumbres propias de la comunidad y que, finalmente, las familias sean capaces de aplicarlos en su día a día. A su vez, la percepción sobre el acompañante técnico (AT), como alguien que está en constante seguimiento de las facilitadoras, ha permitido que las mismas tengan mayor confianza en las actividades que realizan y frente a cualquier limitación que se dé durante la visita, o que las mismas facilitadoras puedan tener para poder llevar a cabo la visita, sea rápidamente coordinado con el AT.

Adicional a ello, y como parte de las adecuaciones realizadas en el diseño respecto a la estrategia de control y prevención de la anemia, se consideró a nivel territorial fortalecer la articulación con gobiernos locales y miembros de los centros de salud para que la estrategia tenga mejores resultados. Esto implicaba que tanto facilitadoras y acompañantes técnicos trabajen de la mano con el sector Salud y el gobierno local, para que no solo la intervención termine en la promoción de sulfato ferroso y fortalecimiento de conocimientos respecto a la anemia, sino que los otros factores determinantes de dicha condición sean tomados en cuenta por los médicos y autoridades de la zona (relacionados a oferta de salud mejorada y acceso a servicios básicos). Sin embargo, esta articulación se habría dado de forma parcial, más relacionados con el establecimiento de salud. Particularmente, es este el espacio que debería ser aprovechado para reforzar y mejorar resultados en la anemia y otros vinculados a la niñez, ya que los profesionales de salud pueden aprovechar el vínculo formado entre las facilitadoras y las familias para potenciar mensajes importantes. Algunas beneficiarias, en su mayoría de Pariahuanca, Ancash, mencionaban que muchas veces no querían que los médicos vayan a sus casas a ver a sus niños ya que les hacían sentir mal. Es por ello por lo que valorarían el trabajo de las facilitadoras. El nivel de empatía bajo el cual descansa la visita domiciliar es la clave de la aceptación que el SAF está teniendo con el tiempo. Como lo mencionara Paton y Tsortos (2013) en un estudio realizado sobre un programa de visitas domiciliarias en Australia, estos dependen mucho de la relación facilitadora – madre o padre de familia. Uno de sus principales hallazgos fue la distinción que hicieron las madres entrevistadas, quienes señalaron haber entablado una relación con la facilitadora, no con el programa.



Finalmente, entre las acciones implementadas sobre la marcha de la intervención, la más importante sería la construcción y reporte de indicadores de manera nominal. No se cuenta con información respecto a cuándo se inició el reporte de manera nominal; sin embargo, esto ha sido fundamental para que el seguimiento de niños con indicadores negativos sea constante y que tanto acompañantes técnicos como facilitadoras busquen qué factores pueden estar afectando el desempeño de sus niños a cargo.

b. Visita domiciliaria

Como ya se ha mencionado, las visitas domiciliarias se realizan con el objetivo de brindar acompañamiento a la madre, padre u otro cuidador en el hogar para promover el diálogo y la reflexión sobre las prácticas de cuidado y aprendizaje que aplican con su niño/ niña menor de 36 meses, facilitar experiencias de aprendizaje dentro del entorno familiar y monitorear el desarrollo del niño, la calidad del entorno del hogar y la aplicación de prácticas de cuidado y aprendizaje infantil⁶. Esta actividad se lleva a cabo con el fin de generar un cambio en el comportamiento de los padres o cuidadores en el largo plazo relacionado con sus capacidades para asumir la crianza de los niños de manera informada, responsable y **coherente con sus valores y prácticas culturales** de modo que se garantice el desarrollo infantil y bienestar de las niñas y niños.

El diseño de las visitas, con el fin de incorporar el componente de anemia tal como se encuentra en el PMLCA, ha tenido cambios. En la RDE N° 864 – 2016- MIDIS/PNCM “Lineamientos técnicos de los servicios del Programa Nacional Cuna Más” (en adelante, “Directiva 2016”) se estableció un instrumento marco que orientaba los dos servicios brindados por el PNCM, el cual estuvo vigente hasta la época previa a la estrategia de control y prevención de la anemia en niñas y niños del PNCM. De esta manera, en la RDE N° 285 – 2019 – MIDIS/PNCM “Visitas al hogar del Servicio de Acompañamiento a Familias” (en adelante, “Directiva 2019”), se precisan los cambios que serán realizados para poder adaptarse a dicha estrategia.

Los cambios se dieron fundamentalmente en 3 ámbitos:

- Población objetivo del SAF
- Prácticas y habilidades fortalecidas en las familias
- Secuencia metodológica de la visita domiciliaria

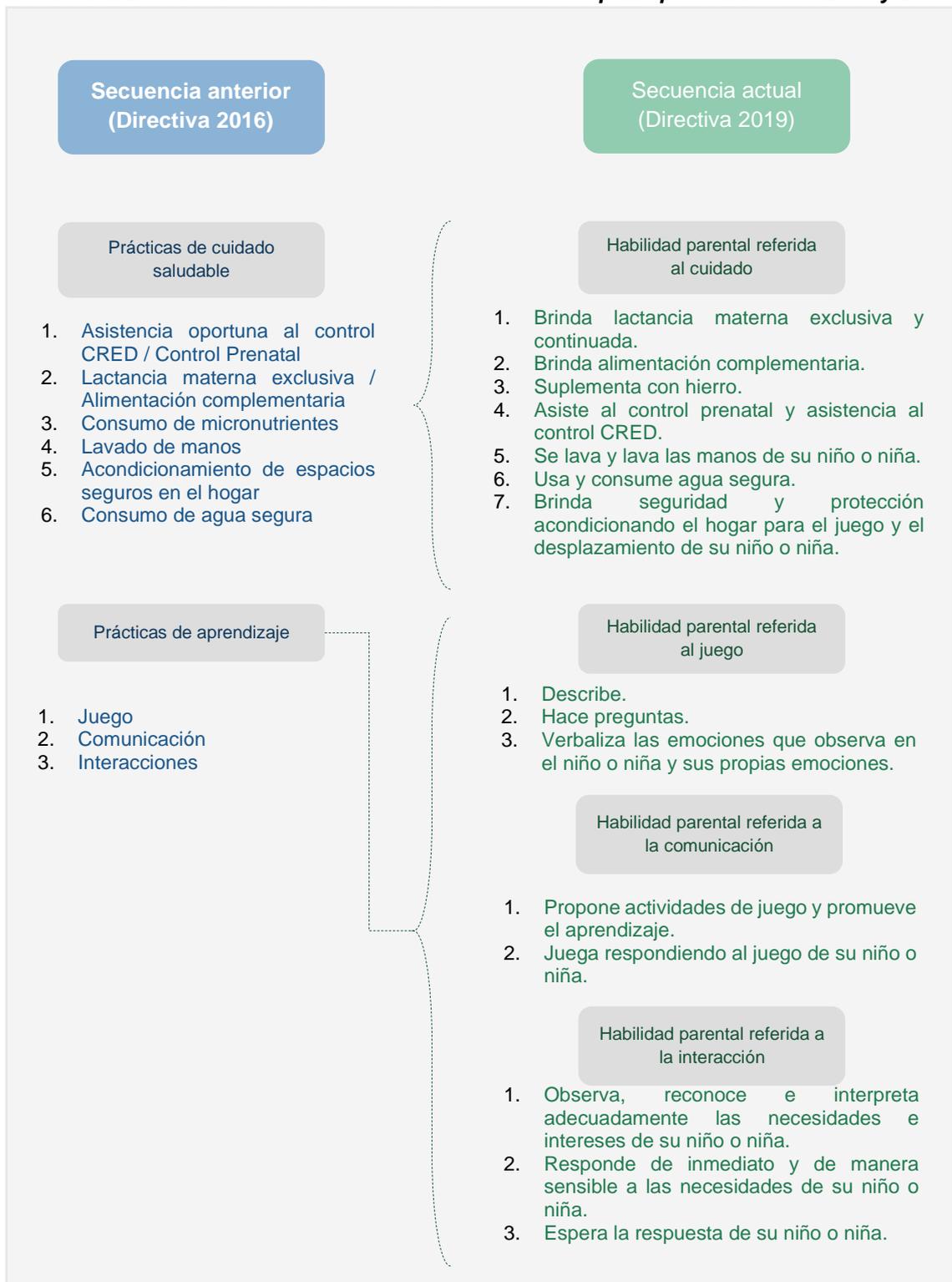
Respecto a la población objetivo del SAF, en la directiva vigente solo se consideran a la madre, padre u otro cuidador que viva con la niña o niño y a madres gestantes. En la directiva anterior, la población objetivo incluía a los niños y niñas menores de 36 meses.

Considerando el segundo punto, en la **Ilustración 23** se muestran las habilidades parentales promovidas por la intervención, precisadas en la Directiva del 2019. De manera particular, son las prácticas de cuidado saludable en donde se realiza la incidencia respecto a la prevención y tratamiento de la anemia.

⁶ Directiva de visitas al hogar en el Servicio de Acompañamiento a Familias. Resolución Directiva N° 285-2019-MIDIS/PNCM.



Ilustración 23: Prácticas fortalecidas de los cuidadores principales Directiva 2016 y 2019



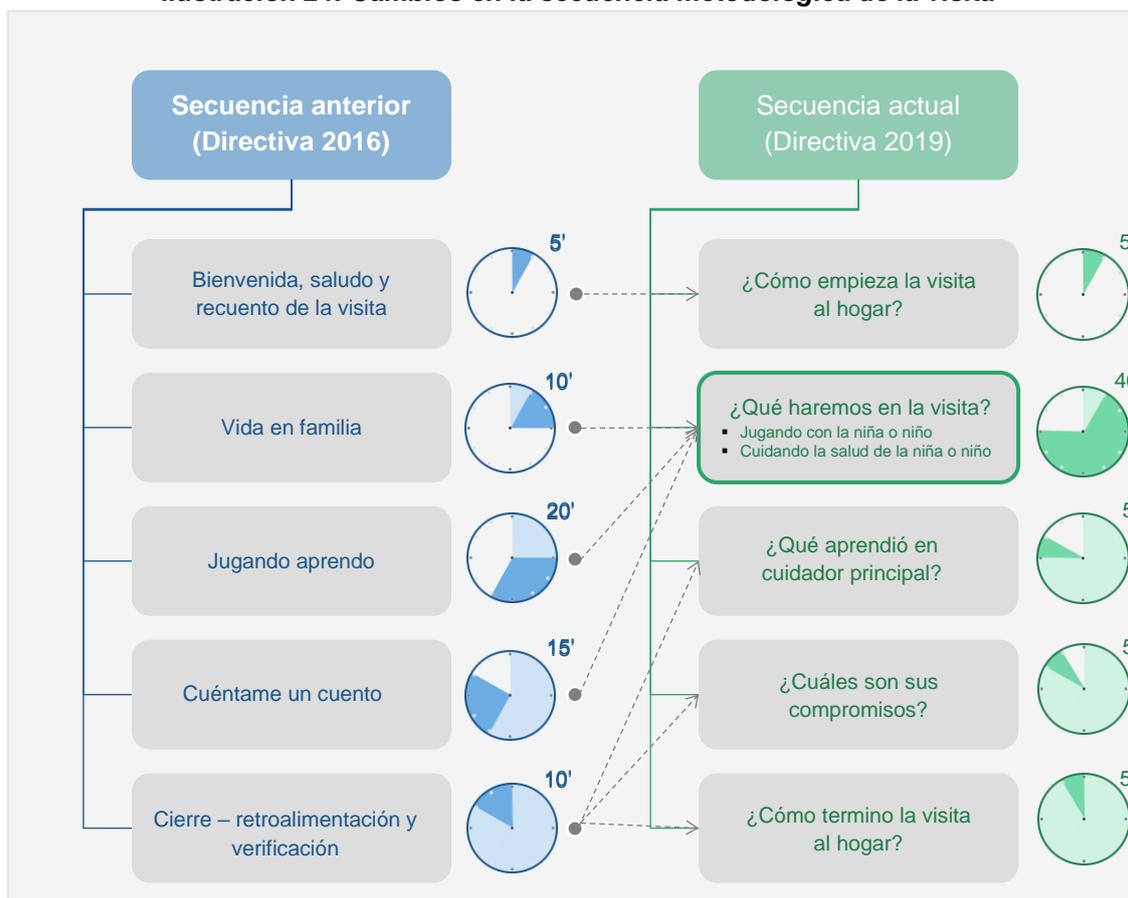
Fuente: Directiva “Lineamientos técnicos de los servicios del PNCM” y “Visitas al hogar en el servicio de acompañamiento a familias” Resoluciones Directivas N° 009-2016 y N° 285-2019-MIDIS/PNCM. Elaboración: Macroconsult.

Por último, la modificación más notoria es aquella relacionada a la secuencia metodológica de la visita. En ella se sigue considerando el mismo número de momentos de la visita; sin embargo, 3



momentos “Vida en familia”, “jugando aprendo” y “cuéntame un cuento” que en conjunto duraban 45 minutos aproximadamente, ahora se consideran en un solo momento denominado “¿Qué haremos en la visita?”, el cual dura 40 minutos. En dicho momento se desarrollan los segmentos relacionados al juego y luego a la salud de la niña o niño, tal como se muestra en la **Ilustración 24**. La verificación de la suplementación de hierro se realiza en este segundo momento, luego de la actividad de juego con el niño o niña.

Ilustración 24: Cambios en la secuencia metodológica de la visita



Nota: Las actividades asociadas a la estrategia de control y prevención de la anemia se realizan en el segundo momento, luego de las actividades de “jugando con la niña o niño”, y antes de “cuidando la salud de la niña o niño”. Fuente: Directiva “Lineamientos técnicos de los servicios del PNCM” y “Visitas al hogar en el servicio de acompañamiento a familias” Resoluciones Directivas N° 009-2016 y N° 285-2019-MIDIS/PNCM. Elaboración: Macroconsult.

Según establece la Directiva vigente, y tal como se ha visto en la ilustración anterior, las visitas a los hogares deben tener una duración aproximada de 60 minutos y deben darse en 3 etapas:

Etapas de reconocimiento (semana 1 a 4)

Esta etapa comprende la presentación inicial del servicio. De esta manera, se presentan los objetivos del PNCM y las características y objetivos del SAF, de modo que las familias entiendan el propósito de las visitas. En esta primera etapa se promueve la generación de un vínculo con la familia, la identificación de las prácticas básicas de cuidado y aprendizaje, y la identificación de las necesidades e intereses de las familias y niños o niñas.

Etapas de generación de condiciones (semana 5 a 8)



Comprende el acondicionamiento de un espacio educativo en el hogar y favorecer el juego libre con la familia. Se promueve la importancia del juego en el desarrollo de los niños y niñas, como se señala en la directiva que establece los lineamientos de la visita al hogar.

Etapas de fortalecimiento de capacidades (semana 9 en adelante)

Comprende las visitas a los hogares complementadas con las sesiones grupales de interaprendizaje. El cumplimiento de esta actividad implica la ejecución de dos tareas, la primera comprende propiamente las visitas al hogar a familias, realizada por las facilitadoras a un promedio de 10 familias; la segunda actividad comprende a la dotación de material educativo para familias, el uso de este material contribuye al fortalecimiento del vínculo afectivo y el desarrollo de actividades de aprendizaje en el entorno familiar, potenciando las habilidades y capacidades de los niños y niñas con su familia dentro de su entorno.

Para el desarrollo de estas actividades el/la Facilitador/a lleva consigo un documento denominado “Cartilla para la Visita al Hogar”, que el material elaborado por la Unidad de Atención Integral para orientar el desarrollo de la actividad. Dicha cartilla contiene cada uno de los pasos a seguir de acuerdo con las etapas de implementación del SAF.

1. Momento 1: ¿Cómo empieza la visita al hogar?

Que consiste en el saludo inicial a la familia y al niño o niña. Tiene una duración aproximada de cinco minutos.

2. Momento 2: ¿Qué haremos en la visita al hogar?

Consta de dos actividades. En la primera el Facilitador resalta la importancia de la participación de los miembros del hogar, especialmente de los cuidadores principales, en las actividades a desarrollarse como parte de la visita domiciliaria, resaltando la importancia de las actividades en el desarrollo y aprendizaje del niño o niña, así como el de establecer una relación afectiva entre el cuidador y el niño o niña con el fin de fortalecer el desarrollo socioemocional de la familia. El o la facilitadora invitan a los cuidadores principales a

- Realizar algunos juegos con el juguete u objeto con el que habitualmente juega la niña o el niño / o del kit de materiales de la facilitadora (dependiendo de la etapa de la visita),
- Dialogar con él o ella lo que están haciendo
- Observar su conducta y
- Felicitarlos por los juegos que realizan.

Mientras, en la segunda actividad el Facilitador resalta la importancia de los espacios seguros para el niño o niña, especialmente para las actividades de juego. Del mismo modo, durante este momento el Facilitador brinda orientaciones sobre alimentación, ventilación e iluminación, así como equipamiento e higiene de los espacios de juego, alimentación y descanso. **Es en este momento, además, que el Facilitador realiza las actividades relacionadas a la revisión de la cartilla CRED, el peso y talla del niño o niña y la verificación de los resultados de tamizaje. Se verifica en este momento también la correcta ingesta (en cuanto a dosis y forma de tratamiento) de los suplementos de hierro del niño.**

3. Momento 3: ¿Qué aprendió el cuidador principal? / ¿Qué aprendió la madre gestante?

En este momento el facilitador hace un recuento de las actividades realizadas durante la visita y retroalimenta los mensajes clave de esta. Bajo este esquema, el Facilitador debe consultar a la madre gestante o cuidador principal: (i) lo dialogado o realizado durante la visita, (ii) las actividades que le gustó o disgustó, (iii) el juego realizado y qué aprenderá



el niño con él, (iv) qué aprendió de las actividades de cuidado saludable y (v) qué preguntas tiene sobre el programa.

4. Momento 4: ¿Cuáles son sus compromisos?

Momento en el que la facilitadora propone que la familia promueva y verbalice su compromiso de la semana. Para este momento el Facilitador promueve el uso del “Mural de compromisos”, espacio en el hogar donde se detallan los compromisos y actividades que la familia acuerda con el Facilitador luego de cada visita. Bajo este esquema, se reafirman los compromisos de la familia relacionados a: (i) actividades que se realizarán con el niño o niña durante la semana siguiente para que aprenda y se desarrolle y (ii) las acciones que se realizarán para cuidar su salud y generar espacios seguros.

5. Momento 5: ¿Cómo termina la visita al hogar?

Momento final de la visita a la familia. En este el Facilitador agradece a los cuidadores u otros miembros que hayan participado por su tiempo y buena disposición a la visita, recordándoles el cumplimiento de sus compromisos y el uso de los materiales de su kit. Asimismo, acuerdan la hora y la fecha de la próxima visita y se firma la ficha de la visita en curso.

En cada una de las etapas mencionadas se deben desarrollar los 5 momentos de las visitas. La última etapa es en donde se fortalecen directamente las habilidades de los cuidadores principales, luego de haber generado una relación de confianza y ayudado a implementar un lugar seguro para el cuidado y aprendizaje de la niña o niño. Tal como se presenta en las cartillas para la visita al hogar, cada cartilla corresponde a la edad particular de la niña o niño, con lo cual los aprendizajes relacionados a la importancia de saber las causas y consecuencias de la anemia y cómo prevenirla empiezan 1 mes antes de que las niñas o niños cumplan 4 meses (edad en la que empiezan con el consumo de la suplementación de hierro como prevención o tratamiento). Es ahí donde radica la importancia de la afiliación temprana (niños nuevos menores de 90 días), toda vez que permite realizar un trabajo previo con los cuidadores principales para que conozcan la importancia de que la niña o niño no cuente con anemia y que se prevenga o trate de manera efectiva.

Adicionalmente, las actividades que se desarrollan como parte de cada uno de los componentes de la secuencia metodológica de la visita distingue sus actividades por tipos de familias identificando tres de ellas. La primera, hogares en familias que tienen dos niños o niñas de la misma edad, donde se propone realizar dos visitas en diferentes días, caso contrario se realiza una sola visita con mayor tiempo para la actividad de juego, que es la misma dado que los niños tienen la misma edad. La segunda, hogares con dos niños o niñas de diferentes edades, para lo cual también se presenta la opción de realizar dos visitas en días distintos o realizar una sola visita planificando y diferenciando la actividad de juego dado que esta debe corresponder a la edad cronológica de cada niño o niña. Y tercero, hogares con una madre gestante y un niño o niña, caso en el cual deben realizarse dos visitas en dos días distintos, para lo cual se tendrá en cuenta si la madre gestante ingresó al programa como madre gestante o madre de un niño o niña menor de 36 meses.

Tomando en cuenta la adecuación que han tenido las visitas domiciliarias en el marco del control y prevención de la anemia, de acuerdo con la percepción de las facilitadoras y acompañantes técnicos, la nueva secuencia metodológica ha funcionado bien con las familias. De acuerdo con lo indagado en campo, se puede intuir que si bien al inicio había dudas y rechazo a que los niños consuman la suplementación de hierro, las orientaciones que recibieron las facilitadoras sobre cómo abordar los mitos y creencias de las familias, habría permitido que las y los cuidadores de los niños se sientan más seguros con que sus niñas y niños consuman dicho suplemento. Asimismo, como lo indicó un funcionario en Ancash, si bien la adecuación por parte de las



facilitadoras tomó un poco de tiempo (entre 4 y 5 meses), a la fecha las facilitadoras ya se adaptaron completamente a la nueva metodología de la visita. Cabe señalar, sin embargo, que este énfasis sobre los cuidados de salud relacionados a la anemia sumado a la verificación del consumo del suplemento y de la información de los controles CRED sí ha demandado que las visitas se extiendan un poco, entre 15 a 30 minutos más de lo que se espera que demore una visita. Este tiempo adicional también incluye mayor tiempo de juego del niño, aspecto que es más valorado por las familias usuarias.

4.1.1.5 Enfoque de derechos

Para poder analizar la adecuación de la intervención que ha tenido la intervención a nivel de diseño resulta relevante saber cuál es la normativa que rige a la intervención para luego, a través de lo indagado en campo, saber si se da en la práctica.

El MIDIS en línea con los objetivos de incorporación y promoción del uso de lenguaje inclusivo y la adecuación de los servicios que presta a las distintas realidades de los ámbitos en los que interviene en carácter cultural, de lengua, características geográficas y de otra índole, desarrolló tres directivas orientadas al establecimiento de pautas que orienten la intervención del programa en distintos ámbitos o para la implementación de actividades que incorporen el uso de técnicas inclusivas.

Sobre estas directivas, la primera en promulgarse fue la de “Orientaciones para la intervención del Programa Nacional Cuna Más en pueblos indígenas que se ubican en la amazonia peruana” mediante Resolución Directiva Ejecutiva N° 670-2015-MIDIS/PNCM. Este documento busca establecer pautas para la intervención del PNCM con la finalidad de garantizar un adecuado proceso de implementación, funcionamiento y evaluación de servicios que brinda el programa en pueblos indígenas de la amazonia peruana. De esta manera, los enfoques del PNCM son cinco:

- **Enfoque de derechos.**

Basado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDC) que refleja la perspectiva del desarrollo de la primera infancia basada en los principios de invisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos, así como la universalidad, no discriminación y el interés superior del niño.

En este sentido, se hace mención que los niños y niñas indígenas son personas sujetas a estos derechos y de otros instrumentos internacionales que se establecen en cuatro áreas claves: salud y nutrición, educación de calidad, protección y participación en los procesos de toma de decisiones. De esta forma, y según se establece en el Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y la Declaración de los Pueblos Indígenas, los programas para el desarrollo de la infancia deben incidir en las fortalezas existentes de las familias, la comunidad y la sociedad indígena.

- **Enfoque intercultural.**

Que hace referencia a la postura ético-política que busca perfeccionar el concepto de ciudadanía añadiendo a los derechos ya consagrados el reconocimiento de los derechos culturales de los pueblos, culturas y grupos étnicos dentro del Estado. Se trata de un proceso permanente de relación, diálogo y aprendizaje de valores, tradiciones, conocimientos y comunicación entre personas y grupos de diferentes culturas.

- **Enfoque de género.**

Que busca la equidad en las diferentes oportunidades que tienen los varones y las mujeres, las interrelaciones entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Se da de forma transversal en la intervención con la inclusión del varón y la mujer en todos los espacios y el respeto de las diferencias que naturalmente corresponde a cada grupo en el ejercicio de sus roles dentro de su contexto cultural.



- **Enfoque inclusivo.**

Se refiere a la incorporación de la comunidad nacional de los grupos sociales excluidos y vulnerables, como por ejemplo niños con necesidades diferentes o en condiciones de pobreza. En lo que refiere a las familias y comunidades amazónicas, este enfoque suma valor a la intervención y le da una mirada local incorporando el compromiso del entorno inmediato del niño en sus esfuerzos de integración y reconocimiento en la comunidad nacional.

- **Enfoque territorial.**

Visto y entendido como una construcción social, el territorio constituye una unidad de análisis, planificación y gestión para la mejora del trabajo con las familias y las condiciones de vida de la comunidad. En el caso de la comunidad amazónica, el programa considera que el territorio toma mayor relevancia pues abarca no solo a la comunidad sino a todo el pueblo indígena, trascendiendo la visión geopolítica del Estado, poniendo en relieve los valores morales y sociales de la cultura. En este sentido, según se establece en la directiva, este enfoque pretende respetar, incluir y construir respetando dicha concepción.

En la práctica, todos los enfoques previamente mencionados están relacionados con el SAF. En primer lugar, el enfoque de derechos es claro toda vez que el objetivo principal de la intervención es lograr el desarrollo infantil temprano. Este es parte de las áreas clave referentes a la salud, dado que, como parte de la intervención, se espera que las madres beneficiarias tengan mayor acceso a servicios de salud y se promueve el acceso a salud de los niños (controles CRED, vacunas, tratamiento y prevención de la anemia). Como parte de las entrevistas realizadas a las madres usuarias del servicio, respecto a años atrás, consideran que se encuentran mejor orientadas sobre qué hacer en los centros de salud y, por tanto, acuden con mayor frecuencia que como lo habrían hecho de no tener las visitas. Asimismo, otro punto importante respecto a este enfoque es que se promueve el derecho a la identidad. Como lo mencionara un especialista integral, la cualidad del SAF es que llega a zonas muy alejadas en donde no necesariamente es fácil el acceso a todos los servicios. Se han dado casos en los que incluso encontraban familias enteras que no contaban con DNI. Ante ello, se elaboraron directivas en las que se señalaba que ante situaciones en las que la familia usuaria no cuente con identificación, la facilitadora, a través del Acompañante técnico, debía comunicar a personal de RENIEC.

Respecto al enfoque intercultural, es necesario mencionar que el SAF, al considerar facilitadoras propias de las localidades de las madres beneficiarias, hace llegar sus mensajes a través de costumbres propias de las beneficiarias. Este vínculo desarrollado entre las madres beneficiarias y facilitadoras podría constituir un mecanismo fundamental para el logro de resultados de la intervención. Asociado a ello, las madres beneficiarias manifiestan de modo general su conformidad en cómo se llevan a cabo a las visitas y cómo son orientadas tomando en cuenta costumbres y prácticas comunes propias de la comunidad. Sería un trato entre pares, que se identifican de una misma comunidad, por ende, los vínculos de confianza son más fuertes que entre algún personal técnico que también pueda realizar sus visitas comunitarias.

Respecto del enfoque de género, de manera explícita se plantea que los beneficiarios pueden ser padres o madres de niños menores de 36 meses; sin embargo, lo que comentan facilitadoras de Cusco y Piura, por ejemplo, es que algunas veces en sus visitas se encuentran los padres de familias aunque solo observan la visita. Lo que les comentan las madres es que algunos por vergüenza no se sienten con la confianza de ser parte de la visita, pero durante la semana posterior a la visita sí han empezado a involucrarse un poco más en el cuidado del niño. Quizá a este nivel sea necesario plantear algún mecanismo o estrategia que permita un involucramiento efectivo de los padres de familia durante la visita.



En cuanto al enfoque inclusivo, este se cumple toda vez que la población objetivo corresponde a familias en situación de pobreza y pobreza extrema, siendo dicha población, población vulnerable. Asimismo, tomando en cuenta a la población en condición de discapacidad, se han establecido lineamientos para poder abordar a niñas y niños que tengan alguna condición de este tipo. Quien es responsable de orientar la adecuación es el Especialista Integral, que luego coordinará con los Acompañante técnicos y facilitadoras la atención que será brindada. Sin embargo, como lo comentaba un funcionario de MIDIS, si bien el objetivo es llegar a toda la población, independientemente de las limitaciones físicas, psicológicas o sociales, el componente de atención ante condiciones de discapacidad es aún débil. Por último, en cuanto al enfoque territorial, se tiene como referencia el desarrollo del modelo de cogestión, el cual se analiza en la siguiente sección como parte del modelo operacional.

4.1.2 Evaluación de gestión

En cuanto a la evaluación de gestión del SAF este se abordará en dos niveles: (1) el modelo operacional del programa y (2) la focalización de la intervención. De esta manera se espera responder a cómo funciona la intervención y en qué medida dicha intervención está llegando o no a quienes debería llegar.

Respecto al modelo operacional, se abordará, en primer lugar, cómo funciona el SAF, tomando en cuenta la cadena desde sede central hasta la local. A su vez, se describirán las funciones de cada uno de los actores involucrados y sus perfiles, para finalmente enfocar dicho modelo en el ámbito local y cómo, en el marco de la política de la lucha contra la anemia, se articula con otras instituciones. Para ello, se ha desarrollado un esquema que permita entender el funcionamiento a nivel local del servicio. Una vez definido dicho modelo, son cuatro los aspectos a ser descritos y analizados: (a) el modelo de cogestión, modelo bajo el cual el PNCM descansa para asegurar la vigilancia comunitaria y de esta manera lograr resultados importantes a nivel de la comunidad; (b) las capacitaciones brindadas a los actores comunales, (c) las visitas domiciliarias, (d) el involucramiento de los establecimientos de salud y la prestación del servicio, incluyendo aspectos relacionados al sulfato ferroso, y (e) el involucramiento de los gobiernos locales.

Asimismo, respecto a la focalización y niveles de cobertura del SAF, primero se describen los criterios de focalización de la intervención y posteriormente el proceso de inclusión de familias beneficiarias. Una vez descrito el proceso, se analizará la cobertura del SAF respecto a la población objetivo y, luego, si existe sub cobertura y filtración de la intervención. Cabe mencionar que estos niveles solo han podido ser calculados a nivel geográfico, esto es, se estiman tasas de sub cobertura y filtración referidos a qué distritos, dado un set de características, están y no están siendo atendidos por el SAF. Este set de características incluye criterios relacionados a tasas de pobreza, anemia, desnutrición crónica infantil y cantidad de población objetivo por distrito. Tasas de sub cobertura y filtración a nivel individual no pueden ser calculados toda vez que se necesita la base de datos o padrón SAF y el padrón nominal, incluyendo niños hasta los 36 meses, a los cuales no se ha tenido acceso. Por lo tanto, los resultados deben considerarse como referenciales.

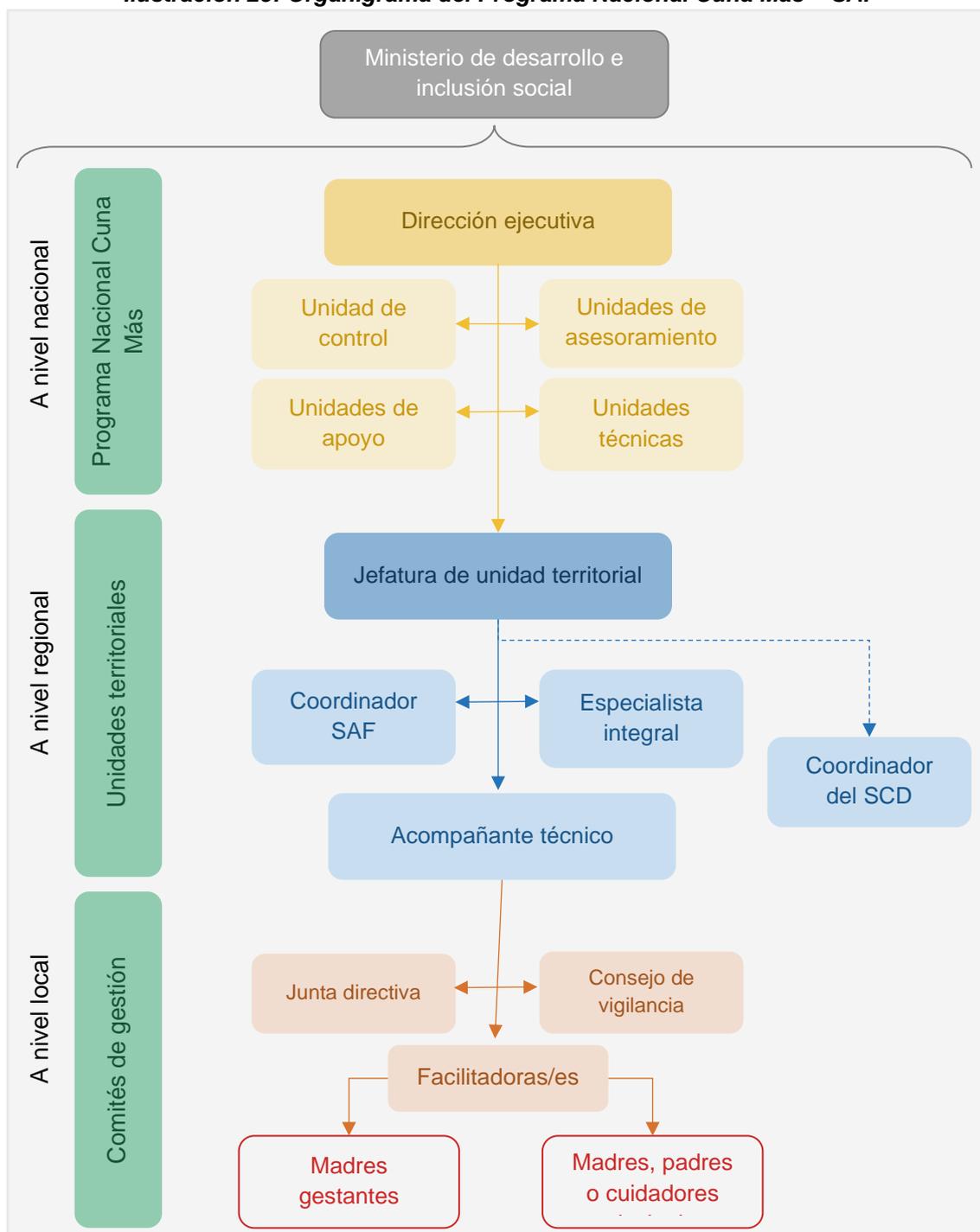
4.1.2.1 Modelo operacional

Para poder comprender el funcionamiento del SAF, es importante tener en cuenta la organización del Programa desde el ámbito nacional hasta beneficiarios. Jerárquicamente, el PNCM depende del Viceministerio de Prestaciones Sociales del MIDIS y su organización estructural está contemplada en el Manual de Operaciones aprobado mediante Resolución Ministerial N° 274-2017-MIDIS, que modifica el Manual de Operaciones publicado previamente el año 2012 mediante Resolución Ministerial 175-2012-MIDIS. Respecto a esta organización, el nuevo



Manual de Operaciones incorpora dentro de su nueva estructura a la Unidad de Integridad y Gestión de la Calidad, así como a la Unidad Técnica de Atención Integral y a la Unidad Operativa de Atención Integral. De esta forma, para el cumplimiento de sus objetivos, el PNCM cuenta con órganos de dirección, apoyo, asesoramiento, y otros, las cuales están organizadas según el organigrama presentado en la **Ilustración 25**.

Ilustración 25: Organigrama del Programa Nacional Cuna Más – SAF



Fuente: Manual de Operaciones del PNCM. Elaboración: Macroconsult.

De acuerdo con la documentación revisada del programa, el PNCM se encuentra dirigido desde la Dirección Ejecutiva, que es la máxima autoridad ejecutiva y administrativa del programa y



depende funcionalmente del Despacho Viceministerial de Prestaciones Sociales del MIDIS. Entre sus funciones se encuentra la decisión estratégica, conducción y supervisión de la gestión del programa. Las unidades técnicas son responsables del diseño y planificación de los procesos relacionados a la organización, instalación y funcionamiento de los servicios del programa al mismo tiempo que acompaña, supervisa y evalúa los procesos relacionados a su funcionamiento. De esta manera, a este nivel se realiza el planeamiento estratégico de las actividades involucradas en los servicios del PNCM, así como también se elaboran estrategias o planes sectoriales que repercuten en el desarrollo de los servicios.

A nivel operativo, los actores más importantes son los que se encuentran a nivel regional (unidad territorial) y a nivel local (acompañantes técnicos y actores comunales). La coordinación adecuada entre ellos permite el adecuado funcionamiento del SAF. La unidad territorial es la responsable de la supervisión de las actividades orientadas a la prestación de servicios del programa en su ámbito jurisdiccional, en el marco de los criterios y mecanismos establecidos por las unidades competentes y en cumplimiento de las políticas y lineamientos dictados por la Dirección Ejecutiva⁷. Las unidades territoriales se encuentran organizadas por el jefe de la unidad territorial (JUT), los coordinadores de los servicios (Coordinador SAF y coordinador SCD) y los especialistas integrales. Tanto el coordinador como los especialistas integrales tienen a su cargo a los Acompañante técnicos, quienes serán los que coordinen a nivel local la prestación del SAF.

Tomando en cuenta solo al SAF, se identifican dos actores clave en la unidad territorial: los acompañantes técnicos y los especialistas integrales. Los acompañantes técnicos son los encargados de brindar acompañamiento técnico a las/los facilitadoras/res en la ejecución de las visitas del hogar además de acompañar y conducir las sesiones de interaprendizaje con las familias usuarias del servicio. Del mismo modo, entre sus responsabilidades se encuentra la evaluación, selección, capacitación y monitoreo de las/los facilitadoras/res. Adicionalmente, el acompañante técnico está encargado de facilitar los procesos de gestión comunitaria, respetando la organización de cada comunidad, asesorando y acompañando a los líderes y autoridades para la constitución de los Comités de Gestión y Comités de Vigilancia.

Por otra parte, los especialistas integrales asumen las labores de diseño, planificación, organización, implementación, sistematización y evaluación de las acciones de formación y desarrollo que dirige a los acompañantes técnicos, así como de las acciones de formación y desarrollo de capacidades que llevan a cabo los asistentes técnicos dirigidas a las/los facilitadoras/es, Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia, de acuerdo con los lineamientos del programa. Respecto a estos últimos, y como ya se ha mencionado en la descripción del programa, a nivel local el SAF es implementado mediante un modelo de cogestión Estado – comunidad que implica el involucramiento de diversas instancias de participación comunitaria tanto en la prestación de los servicios del programa como en su administración y gestión.

De forma general, un modelo de cogestión se define como una estrategia de gestión basada en la corresponsabilidad en la ejecución de las prestaciones del PNCM entre el Estado y la comunidad organizada, según su definición establecida en el Decreto Supremo N° 001-2013-MIDIS y cuyos lineamientos técnicos fueron aprobados mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1169-2016-MIDIS/PNCM.

De manera particular, el modelo de cogestión del PNCM se construye sobre la base de la participación comunitaria, lo cual implica la promoción de la participación empoderada de la población y por tanto un alto grado de involucramiento en el conjunto de estrategias, constituyéndose, así, como un fin en sí mismo. Con el fin de asegurar dicha participación, como parte del modelo se definieron instancias de representación comunitaria que facilitan tanto la

⁷ Manual de Operaciones del Programa Nacional Cuna Más. RM N°274-2017-MIDIS.

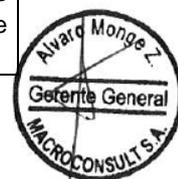


gestión de los servicios como la vigilancia de estos. De esta forma, primero se lleva a cabo una asamblea comunitaria, la cual se constituye como máxima instancia de debate y decisión en la jurisdicción de la comunidad. Es en esta instancia que se presentan los servicios del programa a la comunidad y esta acepta la implementación de estos. Asimismo, en el desarrollo de la asamblea se eligen o rectifican a los miembros del Comité de Gestión y del Comité de Vigilancia cuyos miembros y funciones son establecidos en la RDE N°1169-2016-MIDIS/PNCM – “Lineamientos técnicos para la implementación y funcionamiento de los servicios bajo el modelo de cogestión comunitaria del Programa Nacional Cuna Más” y se resume en la **Tabla 22**.

Adicionalmente, el documento citado anteriormente también establece el perfil y las funciones de los actores comunitarios que finalmente llevarán a cabo la prestación de los servicios. En ese sentido, se define al actor comunitario como personas que reciben incentivos monetarios por el desarrollo de actividades de voluntariado, los cuales no tienen carácter de contraprestación ni remuneración. Los actores comunitarios son seleccionados a propuesta por la Junta Directiva del Comité de Gestión y son capacitados y acompañados por el Equipo Técnico de cada Unidad Territorial. En el caso del SAF, el actor comunitario es la/ el facilitadora / facilitador.

Tabla 22: Actores comunitarios para la operatividad de los servicios.

| Actor comunitario | Descripción | Perfil y funciones |
|---------------------------------------|--|---|
| Junta directiva del Comité de Gestión | Definido como la organización que representa a la comunidad en la implementación y ejecución del servicio. Tiene como finalidad constituir un espacio para la participación de la comunidad en la cogestión de los servicios. Está representada por la Junta Directiva establecida sobre la base de la representatividad de la comunidad ejercida por líderes comunitarios. | <p>Perfil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembro reconocido de la comunidad • Saber leer y escribir <p>Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear el funcionamiento del PNCM en el ámbito del comité de gestión • Movimiento de recursos financieros otorgados al Comité de gestión • Identificación de actores comunitarios para operatividad del servicio • Organización y convocatoria a reuniones mensuales para la rendición de cuentas. • Promoción de la participación de familias en actividades realizadas por el SAF |
| Consejo de vigilancia | Es la instancia encargada de vigilar y verificar el funcionamiento del servicio que se brinda, así como las acciones del Comité de Gestión, teniendo en consideración los lineamientos definidos por el programa. Su funcionamiento es de carácter preventivo y propositivo. Como instancia de vigilancia de la comunidad, representa el nexo entre el programa, el Comité de Gestión y la representación comunitaria. Este órgano de vigilancia está integrado por autoridades líderes locales elegidos en asamblea de la comunidad. Sus funciones están definidas en los Lineamientos técnicos para la implementación y funcionamiento de los servicios bajo el modelo de cogestión comunitaria del Programa Nacional Cuna Más | <p>Perfil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembro reconocido de la comunidad • Saber leer y escribir <p>Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el funcionamiento de los servicios del programa. • Participar en la vigilancia de las acciones que se implementan en los servicios para mejorar el desarrollo infantil temprano. • Verificar el buen uso de los recursos que el programa asigna al Comité de Gestión y el cumplimiento oportuno de las justificaciones del gasto. • Verificar el cumplimiento de funciones y acuerdos del Comité de Gestión. • Socializar al Comité de Gestión los hallazgos encontrados en las acciones de vigilancia |



| Actor comunitario | Descripción | Perfil y funciones |
|-------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Informar juntamente con el Comité de Gestión a la organización comunal, a la población y a los aliados estratégicos sobre el funcionamiento y resultados de los servicios. |
| Facilitador/a | <p>Miembro reconocido por la comunidad y propuesto en la asamblea comunal para un proceso de selección técnica realizada por el Acompañante Técnico de la UT. Previo al cumplimiento de sus funciones es capacitado y cuenta con el acompañamiento técnico permanente para asumir la tarea de realizar visitas a las familias en sus hogares fortaleciendo prácticas de cuidado y aprendizaje en la familia y potenciar el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas. Asimismo, apoya en las sesiones de socialización promoviendo la participación de los niños, niñas y familias usuarias del SAF. Tiene bajo su responsabilidad un máximo de 10 familias.</p> | <p>Perfil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad mínima de 18 años o ser madre o padre mayor de edad. • Contar con primaria completa (de preferencia). • Saber leer y escribir (de preferencia). • Poseer experiencia en trabajo comunitario con niños y familias o identificarse con actividades relacionadas (de preferencia). • Manejar la lengua materna y conocer la cultura de las familias de la comunidad <p>Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de información en las fichas de visitas • Verificación del consumo de suplemento de hierro • Coordinar y establecer un cronograma de visitas con su familia • Llevar a cabo la visita tomando en cuenta la guía de visita y siguiendo la metodología de la misma. |

Fuente: Resolución Directiva Ejecutiva N° 1169-2016-MIDIS/PNCM – “Lineamientos técnicos para la implementación y funcionamiento de los servicios bajo el modelo de cogestión comunitaria del Programa Nacional Cuna Más”

De acuerdo con lo descrito previamente, las funciones se encuentran debidamente establecidas y los perfiles para cada uno de los actores que interviene en la prestación del servicio se encuentran definidos. A nivel de MIDIS, se establecen los lineamientos generales que luego deberán ser adecuados en el territorio. Como ya se ha mencionado, es bajo la estrategia presentada por este ministerio que se da un énfasis particular en la lucha contra la anemia sin dejar de lado el principal fin del PNCM, el cual es mejorar el desarrollo infantil.

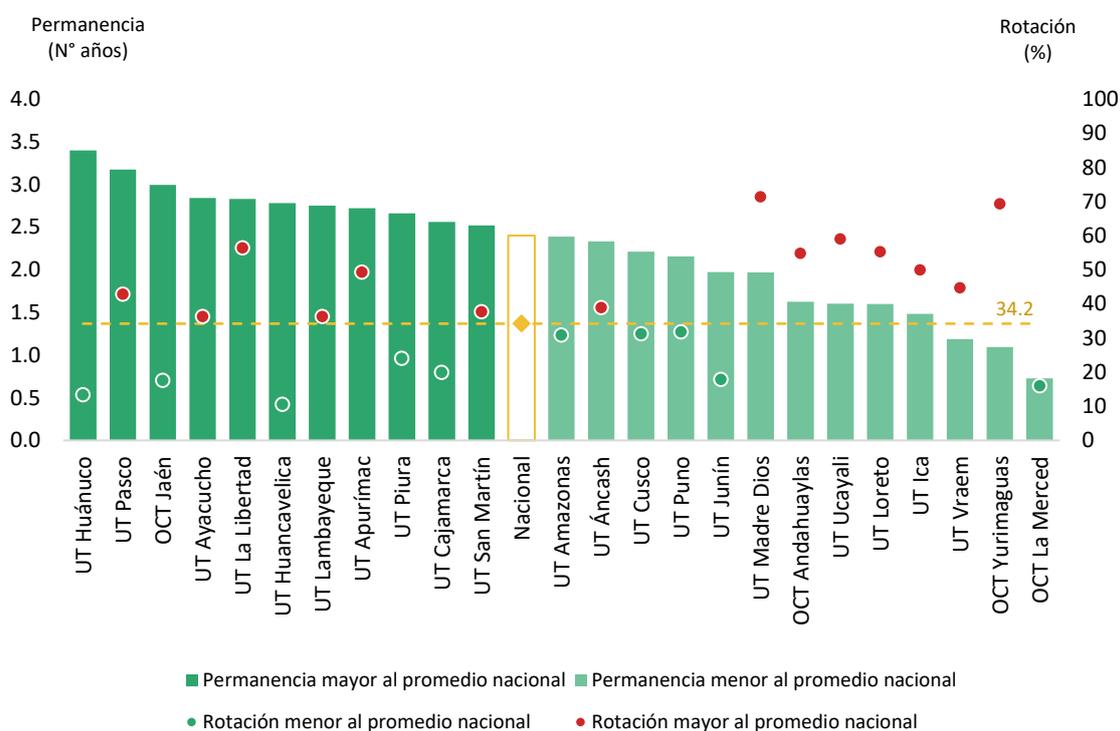
Como sede central, el PNCM hace seguimiento de las actividades que se dan a nivel territorial gracias al sistema de información del SAF (SISAF). De esta manera, existe comunicación entre las unidades territoriales (UT) y sede central y la socialización de los indicadores de desempeño se realiza de manera periódica, mensualmente. Durante los últimos años, de acuerdo con lo señalado por los jefes de las unidades territoriales, la manera en que se han estado comunicando los avances de cada una de las regiones ha ido mejorando, y el detalle de los mismos ha permitido que cada una de las UT tengan las herramientas necesarias para coordinar aspectos a mejorar con los respectivos acompañantes técnicos de cada Comité de Gestión.

Una vez que se llega al ámbito regional, algunos problemas empiezan a aparecer. Por ejemplo, con relación a los trabajadores a nivel regional del SAF, de acuerdo con lo comentado por los miembros de las unidades territoriales, suele haber una prolongada demora en cubrir puestos de especialistas integrales. Es importante señalar que los especialistas integrales son los que supervisan el desempeño de los acompañantes técnicos (ATs) y, a su vez, son quienes reportan



cualquier incidencia que escape de las manos de los ATs ante la Unidad Territorial. Ellos también realizan un seguimiento periódico de las visitas, pero abarcan un mayor número de comités de gestión. De esta manera, por ejemplo, en la región Ancash se comentó que había solo una especialista integral que hacía la labor de 4 de ellos. En Cusco, si bien no había problemas en el momento de la visita, también se manifestó que era un problema relativamente constante. De igual manera, en Amazonas, se señaló que el principal cuello de botella es cuando no se cuenta con todo el personal completo dentro de la UT ya que, además de las funciones de reporte que se deben realizar para sede central, los esfuerzos se duplican para las actividades de campo de supervisión y monitoreo de ATs y facilitadoras. Las funciones tanto para el o la Jefe(a) de la unidad territorial y para el o la coordinador(a) SAF, de acuerdo a las entrevistas, no presentan problemas o cuellos de botella.

Ilustración 26: Permanencia y rotación del personal CAS por Unidad territorial



Nota: El personal CAS comprende a jefes de UT, coordinadores, especialistas integrales, acompañantes técnicos y personal de apoyo en la UT. Fuente: Información enviada por PNCM. Elaboración: Macroconsult.

Para tener una idea de magnitud, tomando en cuenta información administrativa enviada por el PNCM, relacionado al personal CAS por cada unidad territorial, se tiene que, en promedio, el personal de la UT permanece 2.4 años en su cargo. Asimismo, entendiendo la tasa de rotación como el porcentaje que representa el número de ceses durante el año respecto al promedio de CAS activos en el mismo año, para el año 2019 se tiene una tasa de rotación promedio de 34%. Si se observa de manera desagregada por UT, tal como se muestra en la Ilustración 26, se tiene que la menor permanencia se da en unidades territoriales ubicadas en la selva y la zona sur del Perú. Es en esta misma zona donde se concentran niveles de rotación de más del 50% del promedio de CAS activos, durante un año.

Al nivel local, empezando por el Acompañante técnico, se observa un número considerable de funciones que implican bastante coordinación y ser el principal agente de articulación del Programa a nivel local, lo cual, a su vez, implica bastante movilización entre caseríos o centros poblados que no necesariamente son de fácil acceso o que estén unos cerca de otros. De hecho,



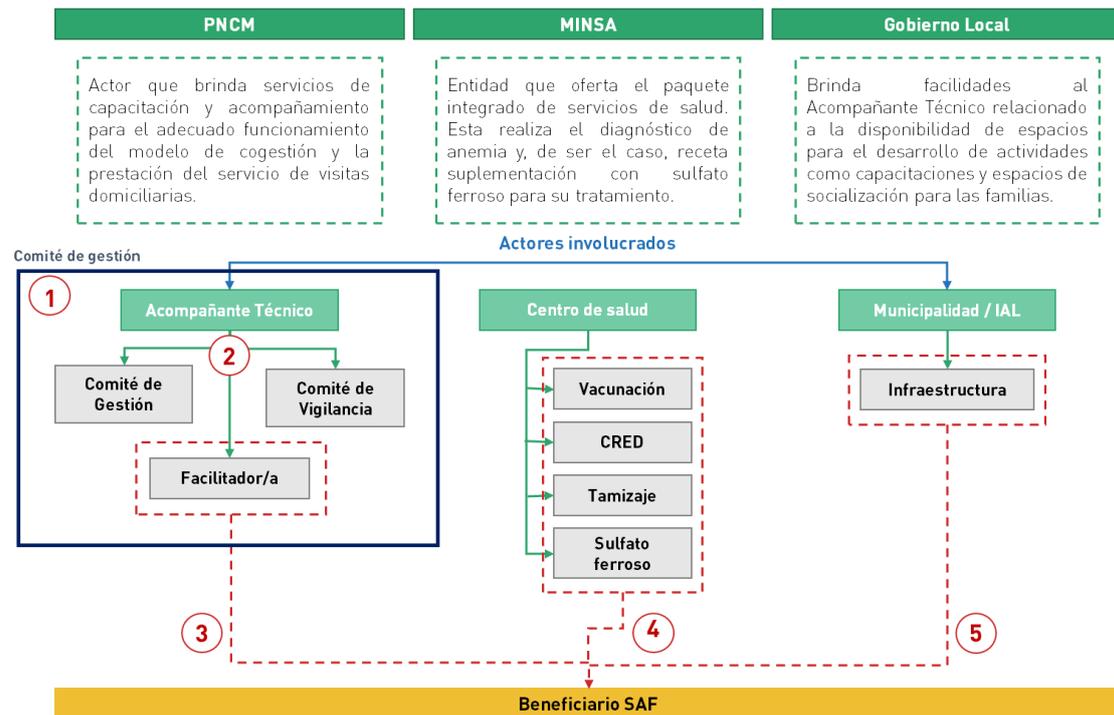
al consultar con informantes de Ancash, Cusco y Piura, una constante fue señalar que la sobrecarga de labores se encuentra a nivel del acompañante técnico. Entre las funciones que realiza dentro de la localidad se encuentra: (1) acompañamiento a las facilitadoras, cada una recibe 1 acompañamiento cada 2 semanas, y, en promedio, un acompañante técnico cuenta con 10 facilitadoras. De esta manera, tiene que programar 20 visitas de 1 hora al mes. Esto sumado a (2) capacitaciones dadas a las facilitadoras 1 vez al mes que dura un día completo. Asimismo, (3) seguimiento a las actividades realizadas por el consejo de vigilancia y por la junta directiva del comité de gestión, por lo menos una vez al mes. Luego, (4) coordinaciones con el encargado de niños del establecimiento de salud en caso haya algún indicador negativo en los niños que se encuentran a su cargo; y, finalmente, (5) se reúne con los otros actores y el gobierno local en las Instancias de Articulación Local en las cuales participa para mostrar resultados y hacer requerimientos relacionados a accesos a servicios de las familias usuarias del SAF. Si bien lo anterior se realiza a nivel local, el AT también debe cumplir con sus funciones en las UT. Una vez que recoge todas las fichas de las facilitadoras, el AT llena los registros y debe participar en las capacitaciones brindadas por el o la coordinador(a) del SAF, los cuales toman 2 días. Adicional a ello, es necesario sumar el tiempo de traslado entre comunidades y hacia la capital de la región en donde se encuentra la UT. Con todo lo anterior se observa, primero, que es un puesto relevante para el adecuado funcionamiento del comité de gestión, y, a su vez, se observa el nivel de sobrecarga que tiene el puesto y quizá una de las razones principales por las cuales haya alta rotación en el mismo.

Respecto a los actores comunales, al no ser personal del PNCM, sus funciones serán analizados bajo el modelo de cogestión. Para ello, en la **Ilustración 27** se presenta un modelo más grande que abarca tres grandes actores importantes enmarcados en la estrategia de lucha contra la anemia.

Como se observa, por un lado, se tiene al comité de gestión, encabezado por el acompañante técnico que a su vez realiza el acompañamiento a los tres actores sociales ya mencionados: Junta directiva del comité de gestión, consejo de vigilancia y facilitadoras. Por otro lado, se tiene a la oferta de salud representada por los encargados de niños en los establecimientos de salud de cada una de las comunidades en donde se encuentran las familias beneficiarias. Es importante tomar en cuenta al sector salud, ya que, como se había mencionado en la **sección 2.1**, las visitas domiciliarias en el marco de la reducción de la anemia no buscan solucionar el problema de la anemia con el tratamiento del mismo, sino a través de la enseñanza de cuidados y promoción del uso de servicios de salud. Por último, se considera al gobierno local como un actor relevante toda vez que a este nivel se deberían articular todas las acciones enfocadas en la reducción de la anemia

Ilustración 27: Articulación de actores para el funcionamiento del SAF en el marco de lucha contra la anemia





Nota: El acompañante técnico está agrupado junto con los actores comunales para fines de diagramar el modelo de articulación de actores únicamente. Elaboración: Macroconsult.

Tomando en cuenta este modelo, primero se describirá y analizarán los principales problemas del (1) modelo de cogestión. En segundo lugar, se analizará el proceso de (2) capacitaciones y cuál es la recepción de las facilitadoras y los otros actores sociales. Luego, la subsección (3) estará asociada al proceso de visitas domiciliarias y el monitoreo de las mismas. Como cuarto punto se analizará la (4) articulación con los servicios de salud a partir de la información brindada por los ATs y los encargados de los establecimientos de salud. Finalmente, (5) se analizará el nivel de articulación de la intervención con el gobierno local en el marco de lucha contra la anemia.

a) Modelo de cogestión

Como se ha podido observar, para el Servicio de Acompañamiento a Familias existe un modelo operacional definido, el cual se basa principalmente en la participación activa y voluntaria de la población. Sin embargo, y como ya se ha desarrollado en la evaluación de diseño e implementación del Modelo de Cogestión Comunitaria (MIDIS, 2019), el modelo viene funcionando de una manera que permite brindar el servicio, mas no asegura la participación de todos los actores involucrados en la cogestión, con lo cual se estaría perdiendo mecanismos que el servicio considera en su diseño para el logro de sus objetivos. Algunos de los problemas mencionados en el documento de MIDIS 2019 también han sido encontrados en el trabajo de campo realizado para el presente estudio:

- Pocas personas dispuestas a asumir el rol de miembro de comité de gestión o consejo de vigilancia de manera voluntaria.
- Escasa coordinación con la comunidad (usuarios y no usuarios) y gobiernos locales.
- Instrucciones no muy claras del PNCM sobre cómo desempeñar el cargo asignado.
- Miembros de la junta directiva del comité de gestión y consejo de vigilancia son capacitados con mucha información en poco tiempo; sin embargo, en la práctica solo



realizan una o dos labores como máximo, dejando muchas veces de lado el pilar de la gestión que implica vigilancia comunitaria.

Respecto a la implementación del modelo, partiendo de la conformación de Comités de gestión (CG) y Consejo de vigilancia (CV), de acuerdo con lo indagado en campo, no se observaría el involucramiento esperado de la comunidad. En las localidades visitadas la participación es limitada y la rotación suele ser escasa (dificultades en la convocatoria o se reeligen a los miembros). Esta poca participación de la población puede ser resultado de la falta de una estrategia comunicacional del PNCM respecto a los servicios brindados y sus objetivos, en particular del SAF, tal como se señaló en la sistematización del PNCM (MIDIS, 2016). También se ha mencionado un disminuido interés en ser parte del CG o CV ya que implica cumplir funciones adicionales a las que ya se tiene a nivel del hogar y el estipendio⁸ percibido en algunos casos no estaría justificando, de acuerdo con lo señalado por los informantes, el nivel de involucramiento que se espera como miembro de ambos grupos de acuerdo con la normativa vigente.

Respecto a las facilitadoras, se tiene que, dependiendo del nivel de involucramiento del Comité de Gestión, la forma en que se incorporan nuevas facilitadoras es heterogéneo. Por ejemplo, en el caso particular de Cusco informantes clave mencionaban que cuando los miembros del comité de gestión son participativos y tienen un rol de autoridad, terminan coordinando la rotación de las facilitadoras ya que lo ven como brindar la oportunidad a las mujeres de la comunidad. De esta manera, es importante señalar que ser facilitadora, en las localidades visitadas, es visto como un trabajo, aun cuando no existe ninguna relación contractual con el Programa. Por otro lado, cuando no hay involucramiento activo de los miembros del comité de gestión, sobre todo del presidente o presidenta, al parecer, la incorporación de nuevas facilitadoras queda a criterio del Acompañante técnico.

De los cuatro comités de gestión entrevistados, 3 de ellos (Cusco, Piura y Amazonas) parecen funcionar de manera similar entre ellas y de forma relativamente adecuada (o con menores limitaciones), y muy diferente a lo observado en el comité de gestión de Pariahuanca, Ancash. En este último se comentaron mayores problemas de coordinación y articulación. El principal factor fue la rotación del acompañante técnico ya que, como se había señalado, el AT es una pieza fundamental en la adecuada prestación del servicio SAF en los comités de gestión. Ello debido a que se encargan de articular al gobierno local, mediante su participación en la IAL, con los otros actores comunales (junta directiva del comité de gestión, consejo de vigilancia y facilitadoras), a quienes les brinda las capacitaciones. Asimismo, se encargan del monitoreo de las visitas realizadas por las facilitadoras. Tomando todo ello en cuenta, el no contar con un acompañante técnico podría dejar a la deriva al comité de gestión, sobre todo cuando no se encuentra articulado o sus funciones institucionalizadas.

La articulación dentro de los comités de gestión de Paimas, Piura; Yanaoca, Cusco y Cajaruro, Amazonas, se contraponen al de Pariahuanca. En el caso de los dos primeros, tomando en cuenta la percepción de los actores involucrados a nivel local, hay un mayor nivel de coordinación entre el CG, el CV y facilitadoras, aun cuando el vínculo más delgado es entre estos dos últimos actores. Por el diseño del servicio, cada uno de los miembros de consejo de vigilancia (3 en promedio) pertenecen a un centro poblado diferente, con el fin de que puedan hacer una mejor vigilancia a los grupos de niños en cada centro poblado al que pertenecen. Sin embargo, al ser centros poblados con viviendas muy dispersas no siempre se llegaría a hacer la vigilancia comunitaria esperada. A esto se le sumaría el tiempo dedicado a las actividades propias de cada uno de los miembros del consejo de vigilancia y la falta de incentivos brindados por el Programa.

⁸ De acuerdo con las entrevistas, el estipendio asociado a CG o CV corresponde a cubrir movilidad y alimentación cuando se realizan reuniones.



Por último, en cuanto al tercer comité de gestión, parece haber un nivel de articulación aún mayor que los casos de Cusco y Piura. De la información que se ha podido recoger de las entrevistas, no solo los niveles de autoridad superiores del comité de gestión o del consejo de vigilancia estaban al tanto de los resultados de los niños usuarios del SAF sino que se mencionó que se hacían coordinaciones con el gobierno local para poder tener espacios de interacción con todos los miembros de ambas instancias. También se mencionó un rol activo del presidente del comité de gestión para reunirse con todas las facilitadoras y hacer el seguimiento del servicio, por lo menos, 2 veces al mes.

Como parte del modelo de cogestión, se espera que además del servicio brindado a través del SAF, esto es, las visitas domiciliarias, se realice una vigilancia comunitaria. Como ya se ha mencionado, si bien se ha encontrado en los distritos visitados que los miembros del CG y CV saben que una de sus funciones es vigilar aspectos de cuidado de salud y aprendizaje de los niños, no existe algún medio de verificación de esta actividad a la que se haya tenido acceso. En el caso de que, como iniciativa propia se desarrolle algún tipo de registro para el seguimiento, tampoco se ha encontrado alguna plataforma que sistematice los resultados de dichos registros y, por ende, intuimos que tampoco se puede hacer seguimiento de ello. De esta manera, la vigilancia comunitaria depende más del nivel de involucramiento de cada miembro, lo cual es variable entre comités de gestión. Al indagar por algunos indicadores de los comités de gestión mencionados (por ejemplo, indicadores de salud de los niños), pareciera que estos reflejan (aunque de modo imperfecto) el desempeño de los comités de gestión mencionados. Al 2019, de los cuatro comités de gestión, el de Cajaruro, Amazonas, es el que tiene menor número de niños con anemia (7) y menor porcentaje de niños con anemia respecto a aquellos que cuentan con tamizaje vigente (6%). En segundo lugar, se encuentra el de Yanaoca, Cusco, en el cual se tuvo un total de 9 niños con anemia, que representó el 7% de niños con tamizaje vigente. Luego se encuentra Paimas, Piura, con un total de 15 niños con anemia que representa el 13% de niños con tamizaje vigente; y, por último, está Pariahuanca, Ancash, en el que se tiene 14 niños con anemia y que representa el 34% de niños con tamizaje vigente.

En suma, la manera como está planteado el funcionamiento del modelo de cogestión sería adecuado para el funcionamiento del servicio. Esto, sin embargo, descansa en el supuesto de que los líderes comunales, o las personas elegidas para ser parte del CG y CV, se involucrarán en el desarrollo infantil temprano de los niños de su comunidad y, con ello, cumplirán un rol efectivo e interesado dentro del modelo. Para esto son claves las relaciones de confianza que se establezcan con el AT, cosa que se ve mermada cuando existe alta rotación de estos. En adición a ello, es necesario generar incentivos, no necesariamente monetarios, que fomenten el voluntariado entre los miembros de las comunidades, lo cual depende de qué figura del CG y CV adquiera un cariz de notoriedad y prestigio. En esto importa involucrar a toda la comunidad, y no solo a las familias usuarias, alrededor de la problemática de la anemia y desarrollo infantil.

b) Capacitaciones a actores comunales

En cuanto a las capacitaciones realizadas por el Acompañante Técnico, es necesario mencionar que se contempla dos tipos de capacitaciones: (a) formación inicial y (b) formación continua. La primera se encuentra orientada a desarrollar las habilidades y actitudes básicas para que el actor comunal pueda iniciar sus labores, tomando en cuenta las competencias que tenga que desarrollar de acuerdo con los objetivos y lineamientos del PNCM. Para ello se elaboran talleres tomando en cuenta los contenidos establecidos en la Malla de Formación. En promedio, la duración del taller es de un día. Por otro lado, la formación continua está orientada a complementar las habilidades y actitudes básicas, desarrolladas en la etapa inicial, para poder utilizarlas en el desarrollo de sus labores como actor comunal.



Tomando en cuenta información recogida en las entrevistas en campo, tanto sobre la duración y sobre los temas abarcados en las capacitaciones, las facilitadoras se muestran de acuerdo con la metodología que se viene usando. Lo que consideran importante respecto a las capacitaciones es la flexibilidad que puede tener el AT. Si bien en la malla de formación se desarrollan los grandes temas que deberán ser abordados, los AT refieren que, siempre que sea necesario, priorizarán un espacio de tiempo para fortalecer temas que no hayan quedado claros. Esto se da, principalmente, porque los acompañantes técnicos reconocen, en las entrevistas realizadas, que las facilitadoras deben estar lo mejor capacitadas para poder generar efectos positivos en las familias usuarias. Asimismo, la relación de confianza entre las facilitadoras y los acompañantes técnicos, como ya se había mencionado, permite que las facilitadoras puedan comunicar a los AT cuando algún tema no les haya quedado claro.

Por otro lado, respecto al CG y CV, los miembros de ambos grupos señalaron que las capacitaciones se dan al inicio de su participación, y luego de estas se les brinda acompañamiento por parte del AT. De esta manera la capacitación inicial cubriría bastante información relacionada a funciones y actividades, de vigilancia comunitaria y de gestión, que algunas veces no queda clara. En este punto depende de la metodología que los AT puedan aplicar para que los miembros tengan información clara y específica sobre sus actividades y funciones. Tal como lo señalara un informante clave sobre este proceso: la documentación que se les hace llegar al inicio del programa, folletos y resoluciones, es voluminosa y puede ser tedioso entenderlo. Por ello, se buscan mecanismos que resuman de manera sencilla y entendible lo que harán como miembros del comité de gestión. Asimismo, sobre el acompañamiento a sus funciones, este no se realizaría tan seguido como en el caso de las facilitadoras ya que dependería en alguna medida de la sobrecarga de labores del AT que pueda tener al mes. Además, cuando hay capacitaciones continuas o reuniones, se habrían dado casos en los que no llegan todos los miembros porque implica que se desplacen a un lugar que puede ser alejado o difícil de acceder. De esta manera, dependiendo de la disposición de los actores comunales y de su involucramiento en resultados de salud infantil en su comunidad, pueden brindar o restar importancia a las capacitaciones.

En suma, a nivel operativo las capacitaciones se brindarían de manera relativamente adecuada, cumpliendo con lo que se indica desde sede central (capacitación inicial y continua), de acuerdo con el tipo de actor local. Sin embargo, la percepción sobre las capacitaciones y el cumplimiento de sus funciones está sujeta al nivel de involucramiento del actor local. Las facilitadoras, por un lado, parecen desenvolverse de manera adecuada con las indicaciones brindadas por los AT. En este punto, el acompañamiento y monitoreo constante juegan un rol importante. Por otro lado, el desenvolvimiento de los miembros del comité de gestión y vigilancia dependen de factores asociados al interés o disposición de ser parte del programa. Al ser aparentemente monitoreados con menor frecuencia por los AT, la vigilancia social queda en un segundo plano. Detrás de estas diferencias se identifica como una razón el pago de los estipendios a las facilitadoras. Por ello, sería importante implementar mecanismos bajo los cuales, tanto CG como CV, se involucren de manera más activa en el programa, por ejemplo, estableciendo metas asociadas a sus actividades que, a su vez, estén relacionadas al propósito del programa. Luego, el cumplimiento de estas metas podría visibilizarse como un logro de la comunidad y, con ello, de los CG y CV, dentro del ámbito del municipio o la región.

c) Visitas domiciliarias

El tercer eslabón, de acuerdo con el modelo propuesto en la Ilustración 27 corresponde a la realización de la visita domiciliaria. De acuerdo con lo señalado en las entrevistas, tanto por las facilitadoras como por las madres beneficiarias, durante el proceso de la visita no se habrían dado mayores complicaciones. La secuencia metodológica planteada por el SAF es reconocida por las madres beneficiarias del programa como satisfactoria. Como se mencionó anteriormente,



la visita domiciliaria debe tener una duración aproximada de 60 minutos en familias con niños y niñas menores de 36 meses y de 45 minutos en familias con gestantes y deben ser de frecuencia semanal. Sin embargo, cabe señalar en este punto que es común que las madres hayan mencionado que esperan que las facilitadoras se queden más tiempo con los niños o niñas. Sobre esto, las madres señalan que el vínculo desarrollado entre el niño o niña y la facilitadora sería la principal razón por la cual quisieran que la visita dure mayor tiempo, lo cual revelaría una relación directa entre interés de las madres por el desarrollo de sus infantes y una mayor demanda por las visitas domiciliarias. Sin embargo, como contrapunto de lo anterior, algunas facilitadoras señalan que tiene que ver con el interés de algunas madres de que haya quien pueda “encargar” el cuidado de los menores mientras las madres realizan otras labores del hogar.

Respecto a la hora de visita, hay distintas opiniones y básicamente las facilitadoras se adecúan al tiempo de las madres beneficiarias. Por un lado, hay madres que señalan que el mejor momento es durante las mañanas porque el niño está más despierto y puede captar de mejor manera todo lo que les enseña la facilitadora. Por otro lado, hay madres que sugieren que el mejor momento de la visita es durante las tardes, luego del almuerzo, momento en que tienen mayor tiempo para estar con los niños y la facilitadora. Los horarios de visita son coordinados entre facilitadoras y madres o cuidadores principales tomando en cuenta, en la mayoría de los casos, los dos criterios previamente mencionados. De esta manera, no existe un consenso respecto al mejor momento de la visita, al menos en los cuatro distritos en los que se ha entrevistado a las madres beneficiarias, pero sí se resalta el hecho de que deba haber flexibilidad para ser acordado entre las partes.

Relacionado a observaciones que puedan tener las facilitadoras de no realizar las visitas o realizarlas de manera inadecuada, la respuesta ha sido la misma en las cuatro regiones visitadas. Cuando se presentan casos del primer tipo, ante una primera vez, se llama la atención de la facilitadora y se indaga el porqué del no cumplimiento de la visita. Si esto es recurrente, se invita a la persona a dejar de ocupar el rol de facilitadora. Estas situaciones, de acuerdo con las entrevistas realizadas, no se dan de manera recurrente. Respecto a la segunda situación, si en el acompañamiento se observan deficiencias en los mensajes brindados a las familias o algún procedimiento de la visita se realiza de manera inadecuada, el Acompañante Técnico realiza un reforzamiento a las facilitadoras para que mejore su visita. Tomando en cuenta las experiencias de los acompañantes técnicos entrevistados, esto tampoco ha sido problema mayor, aun cuando en general las facilitadoras nuevas son las que necesitan mayor nivel de reforzamiento y esto es abordado en la etapa de inducción de estas.

La mayor complicación alrededor de las visitas puede estar dada por dificultades en el traslado de las facilitadoras y en la calidad de los materiales entregados. Respecto a lo primero, esto tiene que ver con la naturaleza de las comunidades focalizadas por el PNCM y el SAF. En la mayoría de los casos, los distritos del ámbito de intervención del SAF son distritos con centros poblados de viviendas dispersas, lo cual también desincentiva a las facilitadoras a ir a nuevos centros poblados donde podrían encontrarse familias potencialmente beneficiarias ya que realizar las visitas implicaría mayor tiempo de lo que ya demora la visita en sí misma. Además de las distancias a recorrer, otro factor asociado al traslado es el clima de las zonas intervenidas. Por ejemplo, en regiones como Cusco, en el distrito de Yanaoca, en épocas de lluvia es muy probable que las facilitadoras arriesguen su seguridad por llegar a las casas de las familias usuarias. Como nos comentaban algunas facilitadoras, ciertas veces las lluvias y truenos pueden empezar en cualquier momento y sorprenderlas en medio camino a las casas de las madres asignadas o de regreso a sus propias viviendas. Esto puede implicar cambios en el cronograma de visitas. En lugares menos accidentados, este no parece ser problema, como es el caso de Paimas, Piura, en el cual, al ser territorio más llano, las facilitadoras incluso pueden trasladarse en mototaxis. Sin embargo, tampoco se puede decir que son ajenas a las lluvias ya que, como comentaron las madres beneficiarias, las facilitadoras para cumplir su visita caminan incluso bajo la lluvia, con lo



cual sería conveniente que tengan implementos básicos necesarios para garantizar su seguridad (como botas, ponchos impermeables, etc.). También se comentaba sobre el peligro de ir caminando solas por el camino hacia los hogares. Las entrevistadas no manifestaron que hayan tenido problemas cuando han caminado solas durante bastante tiempo en zonas alejadas; sin embargo, sí lo mencionan como una situación que les preocupa.

Por otro lado, respecto a los materiales entregados a las familias, se señala que la entrega no siempre es oportuna y que la rotación de los materiales no es constante. En el caso de Pariahuanca, Ancash, se mencionaron casos en que a las nuevas facilitadoras se tardaron en entregarles el kit en el cual también se incluye algunos materiales para los niños. Respecto a la calidad, no se mencionan problemas con los materiales, pero si ha sucedido que en algunos casos los materiales entregados no correspondían con lo que se solicitaba⁹. Asimismo, las facilitadoras y madres usuarias sí resaltaron particular preocupación respecto al deterioro de los materiales entregados. El cambio de estos materiales no es rápido, y muchas veces puede dificultar la visita dado que el niño o niña quieren empezar a usar nuevos elementos. De manera general, las facilitadoras de los cuatro distritos comentaron que ellas mismas elaboran sus propios materiales para poder motivar a los niños. Ello también implica un mayor tiempo destinado a realizar sus labores como facilitadoras que, como ellas señalan, perciben que no siempre es valorado este tiempo adicional que le dedican al Programa.

Finalmente, respecto al recojo de información, tanto a nivel local como regional no se manifestó complicación alguna. Respecto al recojo de información durante la visita, esto es, tomar información de la cartilla de las madres usuarias para ver el tamizaje, si tiene controles al día, si las vacunas están al día y si tiene el niño o niña anemia o no, no se han reportado mayores dificultades. Salvo ocasiones muy particulares, los acompañantes técnicos manifestaron que sí han tenido que corroborar la información de la ficha de visita con la información del establecimiento de salud; sin embargo, no se ha dado muy seguido.

Respecto al registro de información en el sistema que centraliza los datos de las niñas y niños, solo en casos particulares de localidades con poca conectividad, la información puede no llegar de manera inmediata dado que el acompañante técnico espera llegar a la capital de distrito para poder subir la información. Por otro lado, en el caso de registro de información, el cual se da a nivel de sede central, de las entrevistas no se ha podido mapear alguna dificultad relevante. Aunque no haber podido acceder al SISAF no ha permitido saber si el funcionamiento del aplicativo permite hacer un seguimiento correcto de las visitas domiciliarias enmarcadas en el SAF.

d) Servicios de salud

- Articulación con los establecimientos de salud

Como parte de la estrategia de control y prevención de la anemia en niños y niñas usuarios del PNCM, una de las actividades priorizadas es la gestión territorial y participación comunitaria, dentro de la cual se menciona el establecimiento de flujos de coordinación y articulación local con los centros de salud. De manera general, se señala que la coordinación busca principalmente, fomentar la captación temprana de niñas y niños para el SAF, dosaje adecuado y oportuno de hemoglobina de los niños y niñas, provisión de micronutrientes o suplemento de hierro acorde a la norma técnica del MINSA, y fomentar la participación de los usuarios del SAF en acciones masivas de promoción y prevención de salud que desde el MINSA se pueda

⁹ Por ejemplo, en Pariahuanca, Ancash se comentó que tenían que empezar a enseñar colores básicos a los niños, pero los materiales que se suponían debían servir para ello eran de un color que, para la edad de los niños, no correspondía su enseñanza.



promover. Los lineamientos en cuanto a responsabilidades de ambas partes se encuentran en el documento “lineamientos para la prevención, reducción y control de la anemia en niñas y niños hasta los 35 meses de edad de los usuarios del PNCM”. En el mismo, se menciona que el personal de salud del establecimiento de salud de la localidad en donde funciona SAF debe realizar por lo menos una visita cada 3 meses al centro poblado donde funciona el servicio y (1) visitar a una selección de hogares junto con la facilitadora para verificar si el cuidador principal administra de manera adecuada los micronutrientes a los niños o niñas, (2) verificar la dosis restante para el mes según lo entregado en el establecimiento de salud, (3) indagar y verificar el lugar en donde se almacena los sobres o jarabes e (4) indagar si la niña o niño está consumiendo de manera adecuada la suplementación, si se presenta algún problema, si lo acepta con facilidad o rechaza.

Tomando en cuenta lo anterior, los hallazgos sobre la muestra observada en el campo señalan que el trabajo articulado entre las instituciones es limitado, salvo en el caso de Amazonas. En Pariahuanca, Paimas y Yanaoca no se mencionó durante las entrevistas que se realicen las visitas mencionadas en los lineamientos, por lo que intuimos que aún hay brechas importantes respecto a la articulación intersectorial a nivel local, al menos, en los tres distritos mencionados.

Sin embargo, cada uno de los casos visitados tiene una particularidad distinta. En el caso de Pariahuanca, quizá la articulación observada sea la más baja de las cuatro localidades, condicionada a ciertas percepciones particulares: (i) la coordinación entre el EESS y el acompañante técnico era limitada y centrada fundamentalmente en verificación de datos de los niños usuarios, (ii) aparentemente los insumos del establecimiento de salud no eran los adecuados y, dado ello, algunas madres iban a otros centros de salud un poco más alejados, (iii) la cantidad de personal de salud en dicho establecimiento de salud podría ser pequeña y muchas veces salían a realizar visitas como actores comunitarios de salud, pero no necesariamente considerando las visitas a familias beneficiarias del SAF ya que ellos no las tenían verificadas; y (iv) lo anterior también implicaba horarios de atención reducidos que no necesariamente favorecían a las familias usuarias que se atendían en el establecimiento de salud. En el caso de Paimas, Piura, lo particular fue que en esta localidad también se desarrollaba el PI Meta 4. En este caso la percepción negativa sobre la articulación estuvo condicionada por la sensación que (i) si bien había algún nivel de coordinación, este se limitaba a hacer seguimiento de la situación de salud de los niños y (ii) el EESS, tenía responsabilidades en la capacitación y operatividad del PI, lo que podría distraer de acciones de coordinación en el entorno SAF¹⁰. En el caso de Yanaoca, es menos claro en la medida que la percepción de escasa articulación contrasta con (i) que el establecimiento de salud es más grande (Yanaoca es capital de provincia), con lo cual la comunicación era más accesible (estaba más tiempo en atención), (ii) el encargado de salud formaba parte de la IAL junto con el acompañante técnico y la gerencia de desarrollo social de la localidad, (iii) las facilitadoras y madres beneficiarias manifestaron que no habían tenido ningún tipo de problema con el EESS, y (iv) contaban con todos los implementos adecuados para realizar los tamizajes de manera oportuna.

Finalmente, el caso resaltante es el de Cajaruro, en Amazonas. Si bien esta localidad no fue visitada, a partir de las entrevistas realizadas nos comentaron que la coordinación con el establecimiento de salud era óptima. Por ejemplo, uno de los problemas que se identificó tempranamente fue la poca articulación entre el programa y el establecimiento de salud de la localidad al inicio de la intervención. Inicialmente, las facilitadoras solo iban a solicitar información de algún niño en específico, querían saber cuál era su peso, su talla, su nivel de hemoglobina; sin embargo, no se compartía información sobre cuál era la estrategia, quién era la madre y cuál era la dificultad de ese niño. Esto se superó con reuniones, capacitaciones y acuerdos de cómo manejar las inquietudes de las madres. Según comentan los informantes, esta constante

¹⁰ Sobre la interacción del SAF y Meta 4 PI se detalla en la sección 4.3



comunicación entre establecimiento de salud – acompañante técnico – facilitadoras, ha sido clave en los resultados de salud en los niños de este distrito. Cabe señalar, además, que en este distrito también se interviene con la Meta 4 del PI.

En suma, aun cuando existe heterogeneidades, es posible concluir que existe la percepción que la articulación con el sector salud, principalmente a nivel local, es débil. De las entrevistas hechas a funcionarios de MIDIS y PNCM, y a miembros de las Unidades territoriales, si bien la relación con este sector tanto a nivel nacional como regional (incluso microrredes) sería adecuada, como lo señalaran los informantes locales, la problemática se concentra en los primeros niveles de atención. Ya sea por cantidad de personal de salud o por temas relacionados a insumos médicos, la calidad de los servicios de salud en algunas de las localidades intervenidas no sería percibida como óptima.

- Suplemento de hierro

Respecto a la información brindada por los representantes de los centros de salud en los 4 distritos que fueron entrevistados, comentaron que, como parte de la política de la lucha contra la anemia, hay una mayor preocupación por el abastecimiento del establecimiento de salud con el suplemento de hierro. El requerimiento a la red de salud se realiza de manera mensual, tomando en cuenta el promedio de los últimos 6 meses, y farmacia debe estar abastecida, en promedio, por un periodo de tres meses. De esta manera, los encargados de los centros de salud entrevistados señalaron estar adecuadamente abastecidos ya sea de gotas de sulfato ferroso, hierro polimaltosado, jarabes y tabletas del sulfato ferroso para los diferentes grupos de edad. Quienes distribuyen el producto hacia los hogares, a través de la madre o cuidador principal que lleve a la niña o niño a sus controles, es el mismo personal del establecimiento de salud. Una vez entregado el suplemento, se les hace seguimiento en el domicilio, de manera aleatoria, para evaluar si se cumplen con las indicaciones respecto del tratamiento que deben recibir los niños.

De manera particular, en los centros de salud de Pariahuanca (Ancash), Yanaoca (Cusco), Paimas (Piura) y Cajaruro (Amazonas) las beneficiarias no han reportado algún tipo de problema respecto al sulfato ferroso o hierro polimaltosado entregado. Sin embargo, algunas facilitadoras señalaron su preocupación por casos puntuales en que observaron jarabes y gotas que estaban vencidas. En estas entrevistas, las facilitadoras también señalaron que el sulfato ferroso sí ayuda a los niños, y que ellas notan los cambios de actitud y energía en los niños que consumen el sulfato ferroso. Del mismo modo, indicaron que no hay dificultades en el consumo y tampoco efectos adversos. Sin embargo, sí hubo un comentario puntual de una madre beneficiaria que mencionó que “en algún momento su hijo se estriñó” pero recibió la orientación adecuada y aprendió a mezclar los productos con los alimentos que consumen sus niños.

En cuanto a la presentación de los suplementos de hierro, consideran en la mayoría de los casos que las gotas son fáciles de ingerir para los niños, pero no es del agrado de muchos de ellos, motivo por el cual algunas madres optan por darlo con jugo de limón, etc. Aunque dicha forma de suministrar el suplemento no es estándar pues depende de cada madre, y de los gustos de cada niño. Caso contrario es lo que ocurre con las chispitas. En las entrevistadas llevadas a cabo, las madres señalaron que para sus niños fue muy difícil ingerir las chispitas que antes se entregaban como parte del programa. Las madres notaron también que sus niños prefieren el hierro polimaltosado porque es más fácil de ingerir, tiene presentación más amigable (líquido), y no lo rechazan porque tiene buen sabor y no se ha mostrado alguna reacción negativa. El problema con este último es que aparentemente no siempre los establecimientos de salud cuentan con esta presentación.

e) Articulación con el gobierno local a través de la IAL



En el marco del Plan Multisectorial de lucha contra la anemia, se tuvo prevista la creación y reactivación de las instancias de articulación local. De esta manera, en la estrategia de control y prevención de la anemia se menciona la participación del PNCM con el fin de contribuir con la coordinación, interacción y articulación de las intervenciones públicas, privadas y comunitarias orientadas a la prevención y reducción de la anemia.

En la práctica, al igual que con la articulación con los establecimientos de salud, la articulación con los gobiernos locales parece estar centrado solo en la solicitud del padrón nominal de la localidad y en la prestación de infraestructura para el desarrollo de las salas situacionales a las madres beneficiarias. En ninguna de las tres localidades visitadas se han evidenciado estrategias articuladas en las que se pueda apreciar una búsqueda común de la reducción de la anemia. Sí se han identificado estrategias lideradas por los gobiernos locales, pero con una baja participación, al menos del PNCM, a través de los acompañantes técnicos.

Sin embargo, de las entrevistas realizadas en el departamento de Amazonas, específicamente en la localidad de Cajaruro, pareciera haber un mayor involucramiento del gobierno local. Además de brindar los locales para realizar las sesiones demostrativas, se indica que se dan facilidades relacionadas a la logística. Asimismo, de la información recogida, parece haber un compromiso mayor, respecto a los otros 3 distritos visitados, en relación con la reducción de la anemia y al desarrollo infantil temprano. Por lo menos es lo que se puede intuir a partir de las entrevistas realizadas. Según se comenta, en las actividades realizadas relacionadas a la salud infantil, por parte del gobierno local, se involucra a los actores comunales del SAF.

En este punto, quizá, un factor importante relacionado a una buena articulación con los gobiernos locales es el factor de prioridad política. Siempre que los gobiernos locales tengan como prioridad intervenciones relacionadas con la salud infantil, el SAF puede funcionar de manera articulada, e incluso, llegar con sus mensajes a más personas que no sean necesariamente usuarias del SAF. Así, se podrían aprovechar intervenciones de los gobiernos locales, que se realizan a toda la comunidad, para que las facilitadoras, de la mano de los gobiernos locales y los centros de salud, interactúen con otras familias. Asimismo, el reconocimiento (no necesariamente pecuniario) de los gobiernos locales a las facilitadoras también podría ser considerado para incentivar la labor de estas. Esto, además del reconocimiento de las madres usuarias del programa, incentiva a las facilitadoras a seguir desempeñando sus actividades como tal.

De las entrevistas realizadas a nivel de sede central, parece ser que la percepción sobre la interacción entre gobiernos locales y actores sociales en los ámbitos de intervención del SAF, se asemeja a la primera situación (Ancash, Cusco y Piura) y no tanto a la situación de Amazonas. La brecha relacionada a la gestión territorial aun sería notoria, por lo cual sería necesario elaborar alguna estrategia de fortalecimiento de capacidades que permita sobrellevar dicha brecha.

4.1.2.2 Focalización del PNCM y SAF

El PNCM señala en el Anexo 02 del PP que es posible inferir que los mayores problemas de desarrollo infantil se concentran en los hogares más pobres, dadas las relaciones causales entre situación socioeconómica y desarrollo infantil. De esta manera, la población potencial del Programa son los niños y niñas menores de 36 meses de edad que viven situación de pobreza y pobreza extrema, mientras que su población objetivo serían los niños y niñas, de la población potencial, que viven en los distritos focalizados. En lo que sigue de esta sección, se define como *distrito focalizado* aquél que, por sus características, es elegible por el programa y podría ser intervenido, mientras que es *distrito cubierto* aquel efectivamente intervenido por el programa en la actualidad.



Tabla 23: Criterios de focalización del Programa Cuna Más según centros poblados.

| Criterio | Regla de aplicación en distritos con centros poblados rurales | Regla de aplicación en distritos con centros poblados urbanos |
|---------------------------|--|---|
| Criterios socioeconómicos | Distritos con una incidencia de pobreza mayor o igual al 50%. Regla: Distritos con pobreza mayor o igual al 50%, de acuerdo con los mapas de pobreza 2013 del INEI | Distritos con una incidencia de pobreza total mayor o igual al 19.1%. Regla: Distritos con pobreza mayor o igual al 19.1% de acuerdo con los mapas de pobreza 2013 del INEI |
| Criterios categóricos | Distritos predominantemente rurales. Regla: Distritos con más del 50% de la población que reside en centros poblados rurales | Distritos con al menos un centro poblado urbano. Regla: Distritos con al menos un centro poblado urbano de acuerdo con la información censal oficial del INEI |
| | Distritos con desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años o igual al 30%. Regla: Son aquellos distritos con desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, mayor o igual al 30%, de acuerdo con los mapas de desnutrición oficiales del INEI | |
| | Distritos del ámbito de intervención del Programa Juntos. Regla: Distritos con intervención del Programa Juntos | |

Fuente: Anexo 02 del Programa Presupuestal 098-2020 Cuna Más.

Ambas poblaciones son estimadas utilizando las siguientes fuentes de información:

- Estimaciones y Proyecciones de Población Total por años calendario y edades simples, 1950-2050 (INEI).
- Mapa de Pobreza Distrital.
- Censos Nacionales de Población y Vivienda llevados a cabo en el año 2017.

De esta forma, se identifica que a nivel nacional existen alrededor de 1.4 millones de niños y niñas menores de 36 meses de edad que viven en 1,874 distritos. Dicha estimación se realiza en base al Censo INEI 2017 empleando sobre él el patrón de crecimiento de la población potencial de los años 2017 y 2018 del Censo INEI 2007. Así, sobre esta población potencial identificada, el programa aplica un conjunto de criterios de focalización que permiten al programa: (i) identificar espacios geográficos para la intervención y (ii) priorizar la intervención en aquellos espacios donde la severidad del problema específico es mayor, tal como se muestra en la **Tabla 23**.



Asimismo, debe considerarse también que, mediante Resolución Ministerial N° 089-2017-MIDIS, los distritos donde se viene brindando los servicios del PNCM como consecuencia de la continuidad de trabajo del PNWW seguirán recibiendo dichos servicios hasta el vencimiento del plazo de vigencia señalado en el Artículo 1 del DS N° 003-2012-MIDIS, documento de creación del programa.

Adicionalmente, el programa interviene en distritos que cumplen alguno de los siguientes criterios de focalización:

- Distritos con Pueblos indígenas que se ubican en la amazonia peruana.
- Distritos de la frontera peruana.
- Distritos que pertenecen a la zona VRAEM.
- Distritos Que pertenecen a la zona del Huallaga.
- Distritos ubicados en los quintiles nacionales¹¹ (1, 2 y 3), departamentales¹² (1, 2 y 3) o quintiles de bolsones de pobreza¹³ (1, 2 y 3), de los distritos en los que a la fecha el Programa preste sus servicios.

Finalmente, una vez aplicados los criterios antes mencionados, la población objetivo del programa queda definida por un total de 1.2 millones de niños y niñas menores de 36 meses a nivel nacional, de los cuales 969,600 pertenecen al ámbito urbano, y que por tanto conforman la población objetivo del SCD, mientras que **261,314 pertenecen al ámbito rural y conforman la población objetivo del SAF** según se muestra en la **Tabla 24**.

Tabla 24: Atributos del Servicio de Acompañamiento a Familias.

| Servicio de Acompañamiento a Familias | |
|---------------------------------------|----------------|
| Regiones | N° de niños/as |
| Costa | 37,002 |
| Sierra | 143,512 |
| Selva | 80,800 |
| Quintiles de pobreza | N° de niños/as |
| Quintil 1 | 163,381 |
| Quintil 2 | 69,880 |
| Quintil 3 | 14,302 |
| Quintil 4 | 6,631 |
| Quintil 5 | 7,120 |

Fuente: Anexo 02 del Programa Presupuestal 098-2020 Cuna Más.

En la **Ilustración 28** se muestra en el panel (A) los distritos que corresponden a aquellos focalizados por el SAF. Como se observa, son las regiones de la sierra y selva donde se enfoca la intervención, mientras que, en la costa, la población objetivo se encuentra concentrada hacia

¹¹ Refiere a quintiles contruidos ordenando los distritos de mayor a menor según la incidencia de pobreza estimada en cada uno de ellos utilizando el mapa de pobreza del INEI más reciente, y determinando grupos que abarquen cada uno un quinto de la población total.

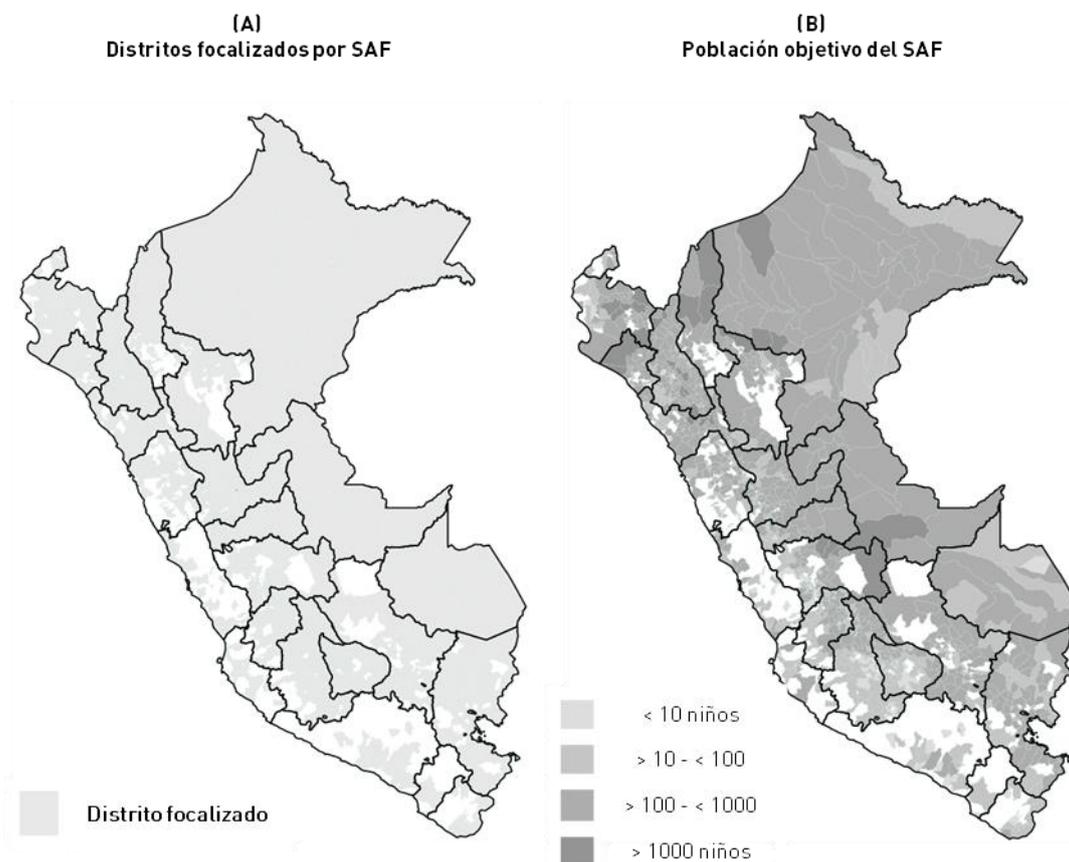
¹² Refiere a quintiles contruidos por departamento ordenando los distritos de mayor a menor según la incidencia de pobreza estimada en cada uno de ellos utilizando el mapa de pobreza del INEI más reciente, y determinando grupos que abarquen cada uno un quinto de la población total del departamento.

¹³ Refiere a quintiles contruidos ordenando los distritos de mayor a menor según la cantidad de población pobre estimada en cada uno de ellos utilizando el mapa de pobreza y la proyección oficial de población del INEI más recientes, y determinando grupos que abarquen cada uno un quinto de la población pobre total.



el norte del Perú. Asimismo, en el panel (B) de la **Ilustración 28** se muestra cómo se distribuye la población objetivo y en dónde se concentra el mayor número de la población. En ese sentido, son 6 los departamentos que concentran distritos con un mayor número de población objetivo: Piura, Loreto, Junín, Lambayeque, Amazonas y Ucayali. Sumado a la población objetivo en el departamento de Cajamarca (que concentra el 16% de la población objetivo del SAF), estas 7 regiones comprenden un total de 134 mil niños entre 0 y 36 meses.

Ilustración 28: Distritos focalizados y población objetivo del SAF (2019)



Fuente: Sistema de información del Servicio de Acompañamiento a Familias del PNCM 2019. Elaboración: Macroconsult.

Una vez identificada la población objetivo del Servicio de acompañamiento a familias, según la Directiva N° 019-2014-MIDIS/PNCM, el proceso de focalización y diagnóstico de los niños dentro de los distritos se realiza mediante cuatro pasos:

1. Identificación de información clave a nivel institucional.

Consiste en el recojo de información actualizada y proyectada para los próximos dos años de familias con niños y niñas menores de 36 meses de edad (padrón de niños y niñas, número de gestantes, número de nacidos vivos en los últimos tres años, morbimortalidad infantil, estado nutricional, desarrollo infantil), en coordinación con los Gobiernos Regionales, DIRESAS, Municipalidades, otros programas sociales, Centros Educativos, ONGs, instituciones y organizaciones de la zona.

2. Reconocimiento de centros poblados, validación e identificación de información clave a nivel comunitario.

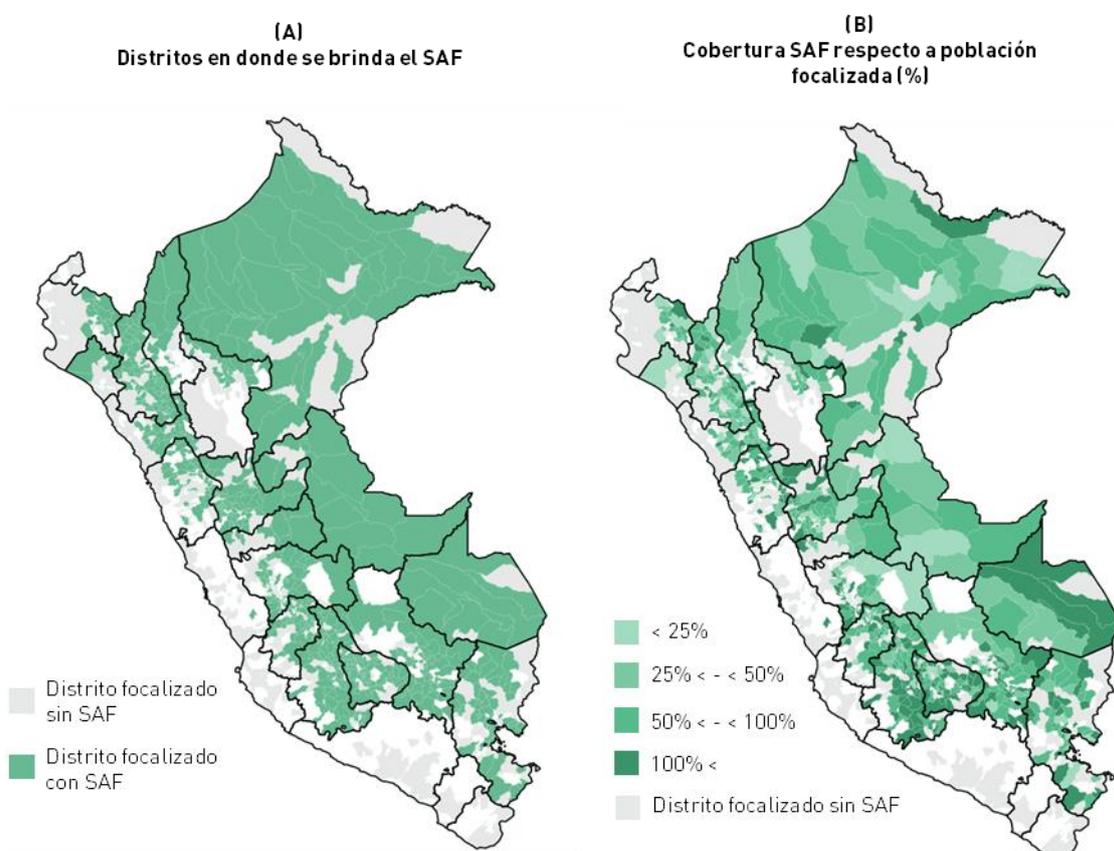
En el cual se realiza el reconocimiento en campo de los centros poblados o comunidades posibles a focalizar, donde se validará información recogida por las instituciones y se identificará las condiciones básicas para la intervención a través de visitas de



reconocimiento, al mismo tiempo que se inicia el proceso de identificación de los principales actores comunales, recursos y situación actual en las comunidades.

- 3. Presentación del Servicio de Acompañamiento a Familias a la estructura organizativa comunal y reconocimiento de familias con niñas, niños y gestantes**
Se realiza en la comunidad para conseguir la participación voluntaria de las autoridades y líderes comunitarios para la cogestión del servicio.
- 4. Elaboración del mapeo de actores sociales y diagnóstico comunal participativo.**
Donde se realiza un mapeo de actores comunales sociales que analiza el grado de influencia, interés y posición de cada uno de los actores identificados sobre la temática del desarrollo infantil temprano, mapeo que es complementado con el análisis de la situación actual de la comunidad, para posteriormente iniciar un proceso de planificación participativa en función al desarrollo de la infancia en la comunidad.

Ilustración 29: Cobertura del SAF



Fuente: Sistema de información del Servicio de Acompañamiento a Familias del PNCM 2019. Elaboración: Macroconsult.

Considerando lo anterior, al 2019 el SAF tuvo una cobertura de 42% respecto a su población objetivo. Las regiones que concentran cerca del 60% de población atendida por SAF corresponden a Cajamarca, Huánuco, Cusco, Loreto, Ayacucho, La Libertad y Huancavelica. Por otro lado, si se observa el panel (A) de la **Ilustración 29**, geográficamente, las regiones en donde hay un mayor nivel de cobertura respecto a distritos focalizados son Apurímac, Cusco, Ayacucho, Ucayali, Loreto y Madre de Dios. En estas regiones, el número de distritos atendidos frente al número de distritos focalizados es mayor al 70% de distritos en cada uno de los departamentos mencionados.



Asimismo, en el panel (B) se muestran los distritos por el nivel de cobertura de la población en cada uno de ellos. De acuerdo a la información enviada, las regiones en donde se concentran los mayores niveles de cobertura frente a la población objetivo total de cada uno son las regiones de Ayacucho, Madre de Dios, Apurímac, Huancavelica, Cusco y Huánuco, las cuales tienen una cobertura mayor al 50% de la población objetivo estimada. El caso contrario son las regiones de Lambayeque, San Martín, Piura, Junín y Ucayali, en donde la cobertura es menor al 30%, a pesar de que, en total, dichas regiones suman poco más del 25% de la población objetivo del SAF.

De acuerdo con las entrevistas realizadas en las cuatro unidades territoriales (Ancash, Cusco, Piura y Amazonas), una de las principales razones por las cuales no se estaría llegando a los otros distritos focalizados por SAF es debido a la lejanía de estos, la alta dispersión de las comunidades dentro de los distritos y a la desconfianza de algunos jefes de comunidades. Además de los factores previamente mencionados, un último factor es la cantidad de población objetivo en los otros distritos. Como ya se ha mencionado en la **sección 4.1.2.1**, en promedio los acompañantes técnicos cuentan con un aproximado de 100 familias, 10 por cada facilitadora. Cuando se ubica un distrito focalizado, pero hay una alta dispersión entre comunidades y hogares, es poco probable que una facilitadora pueda captar a 10 niños, ya que implicaría considerar más tiempos en traslados lo cual imposibilitaría poder adaptarse de la mejor manera a los horarios de sus familias beneficiarias. A este problema se suma la menor cantidad de población objetivo en este tipo de distritos, con lo cual se prioriza la prestación del servicio en localidades que concentren una cantidad considerable de niños que permitan el adecuado funcionamiento del servicio y la creación de un comité de gestión. Dado ello, para calcular la sub cobertura, primero se tendrá en cuenta la cantidad de población objetivo estimada y se considerará a aquellos distritos que cuenten con una población objetivo mayor o igual a 70 niños, cantidad mínima que podría tener un acompañante técnico y permitiría la creación de un comité de gestión.

La sub cobertura y filtración de la intervención se puede calcular bajo dos dimensiones: por un lado, se pueden estimar a nivel geográfico, esto es, identificando los distritos que, dadas ciertas características, deberían recibir la intervención pero no la reciben (sub cobertura) y viceversa (filtración); y por otro lado, a nivel individual, esto es, familias que tienen un conjunto de características que las hacen elegibles para recibir la intervención pero no la reciben (sub cobertura) y viceversa (filtración). Para el primer nivel, la sub cobertura y filtración se puede calcular tomando en cuenta información secundaria, del Censo poblacional, indicadores de salud del MINSA y del mapa de pobreza de INEI. Con ello se identifican potenciales distritos que pueden estar siendo no atendidos por el SAF y aquellos distritos que, a pesar de tener buenos indicadores, sí reciben la intervención. Por otro lado, para el segundo nivel, es necesario contar con los padrones de la intervención y municipales y que estos a su vez tengan asociados el conjunto de características socioeconómicas de elegibilidad que permitan identificar qué niños están siendo intervenidos y no deberían estarlo, y quienes no están siendo intervenidos y deberían estarlo. Dado que no se cuenta con información a nivel individual, los niveles de sub cobertura y filtración solo se estimará al primer nivel mencionado, por lo que las cifras son solo referenciales.

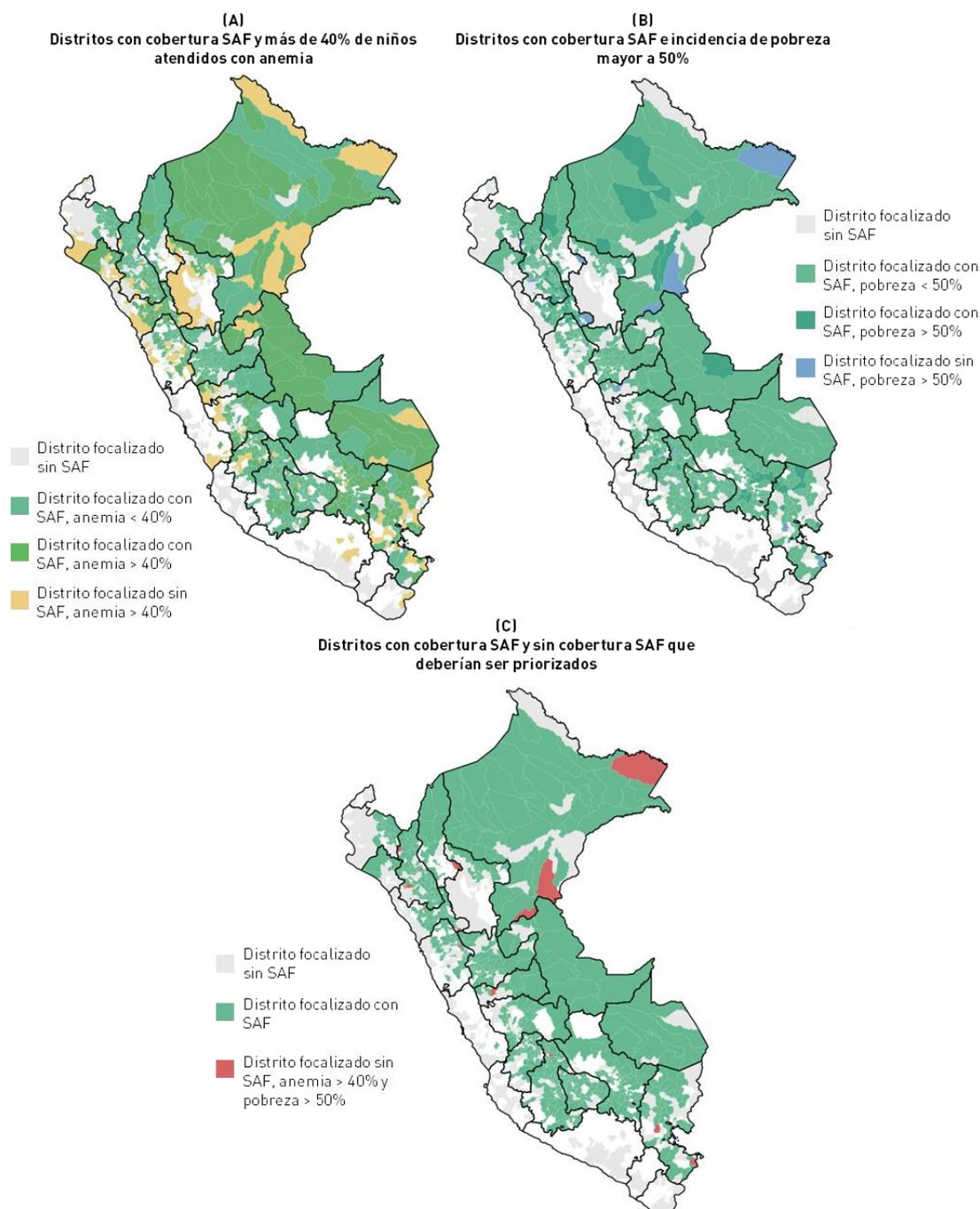
Asimismo, el ejercicio que se hace a continuación es para estimar una sub cobertura “aparente” en el sentido que se considera como variable de asignación los niveles de anemia de la población, a pesar de no ser una variable tomada en cuenta en la focalización del Programa. Se incluye solo para poder ejemplificar la correspondencia de atención respecto de esta brecha específica, tomando en cuenta el tipo de evaluación que se viene realizando. Para esto se toman en cuenta tres variables: (A) N° Población objetivo por distrito, (B) tasas de anemia y (C) nivel de pobreza a nivel distrital. A modo de ejemplo, a la selección anterior referida a la cantidad de población objetivo, se seleccionan aquellos distritos que tienen tasas de anemia por encima del 40% (promedio nacional). Por último, se considera la tasa de pobreza distrital estimada en el



mapa de pobreza de 2018, siendo esta variable uno de los criterios de focalización del Programa. En la **Ilustración 30**, se muestran los cruces de la población focalizada, la cobertura del SAF y distritos con tasas de anemia mayor a 40%, en el panel (A) y pobreza mayor al 50% en el panel (B). Finalmente, en el panel (C) se muestra en color rojo los distritos que teniendo más del 40% de niños, menores de 3 años, con anemia y teniendo más del 50% de hogares pobres, no presentan cobertura del SAF.



Ilustración 30: Sub cobertura del SAF



Fuente: Sistema de información del SAF (PNCM), Sistema de información del estado nutricional (MINSa), Mapa de pobreza 2018 (INEI). Elaboración: Macroconsult.

La información descrita en los párrafos precedentes se presenta de manera sintética en la **Tabla 25**. En ella, en las filas se muestra los distritos atendidos por SAF, ya sea con anemia alta o baja (incluyendo aquellos distritos atendidos en simultáneo por PI), los distritos sin intervención, con anemia alta y baja, y los distritos intervenidos por PI. Aquí anemia alta se define como aquél que tiene una tasa de anemia superior a 19%, que es la meta establecida por el Estado a nivel nacional. En las columnas, por otro lado, se clasifica la información según los dos criterios de asignación de Cuna Más: pobreza por encima de 50% (distrito pobre) y desnutrición por encima de 30%. En principio, la información indica que de los 727 distritos intervenidos por SAF, casi 600 tienen altas tasas de anemia (por encima de la meta establecida por el Estado). Es decir,



aun cuando, como se vio líneas arriba, la anemia no se introdujo como objetivo desde el diseño en la intervención, el despliegue en el terreno del programa sí habría coincidido con la mayor presencia de esta entre los distritos intervenidos. Sin embargo, bajo esta misma métrica, también se aprecia un grupo importante de distritos que tiene alta anemia y en donde no opera PI. A pesar de esto, cuando se cruzan por los otros dos criterios de focalización (pobres y desnutrición crónica alta), solo quedan 10 distritos excluidos.

**Tabla 25: Clasificación de los distritos
(# de distritos)**

| Tipo de distrito | Desnutrición crónica Infantil < 30% | | Desnutrición crónica Infantil > 30 % | | Total |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|-------|
| | No Pobre | Pobre | No Pobre | Pobre | |
| Atendidos por SAF, anemia alta | 304 | 92 | 95 | 107 | 598 |
| Atendidos por SAF, anemia baja | 74 | 37 | 10 | 8 | 129 |
| Sin intervención, anemia alta | 441 | 25 | 64 | 10 | 540 |
| Sin intervención, anemia alta | 138 | 7 | 10 | 3 | 158 |
| Atendidos por PI | 340 | 48 | 34 | 27 | 449 |
| Total | 1,297 | 209 | 213 | 155 | 1,874 |

Fuente: Sistema de información del SAF (PNCM), Sistema de información del estado nutricional (MINS), Mapa de pobreza 2018 (INEI). Elaboración: Macroconsult.

En la Tabla también se observa que muchos distritos intervenidos por SAF son no pobres y tienen tasas de anemia por debajo de 30%. Es decir, son distritos que podrían no cumplir la regla de focalización. Sin embargo, esto se explica porque los datos presentados en la Tabla 25 corresponden a las últimas estimaciones realizadas por el INEI para el año 2018. En cambio, el programa se ha focalizado¹⁴ utilizando, por ejemplo, el mapa de pobreza de 2013. Entre 2013 y 2018 el país ha experimentado cambios socioeconómicos importantes que se han materializado en reducciones importantes de la pobreza. Esto podría indicar que hay espacio para ajustar el espacio de intervención de Cuna más a partir de la nueva información disponible que recoge las transiciones socioeconómicas de los últimos años.

En la **Tabla 26** ahora se presenta la descripción del tamaño de población asociada a cada categoría de distrito. Como se aprecia, la población SAF en los distritos de alta presencia de anemia llega a cerca de 98 mil de un total estimado de 165 mil, mientras que en los de baja presencia de anemia llega a cerca de 13 mil de un total cercano a 18 mil. Esto sugiere que aún cuando el programa se ubica en distritos con alta presencia de anemia, podría haber un segmento importante que podría ser atendido. De similar manera, si el programa optara por expandirse sobre los 540 distritos no atendidos con alta presencia de anemia, entonces podría incorporar a poco más de 31 mil niños beneficiarios. Finalmente, si a ese total de niños y niñas no atendidos (D1) se le suma los 67.6 mil que se encuentran en los distritos con presencia del SAF, pero no son atendidos (A1 – A2), se tendría una sub cobertura de casi 40% respecto a la población objetivo total del SAF (99.4 mil / 266.7 mil).

Tabla 26: Cobertura y filtración del SAF

¹⁴ Hasta el 2019.



| Tipo de distrito | N° distritos | Población objetivo SAF [1] | Población atendida por SAF [2] |
|------------------------------------|--------------|----------------------------|--------------------------------|
| (A) Atendidos por SAF, anemia alta | 598 | 165,427 | 97,778 |
| (B) Atendidos por SAF, anemia baja | 129 | 17,918 | 12,958 |
| (C) Atendidos por PI | 449 | 49,171 | 0 |
| (D) Sin intervención, anemia alta | 540 | 31,745 | 0 |
| (E) Sin intervención, anemia baja | 158 | 2,419 | 0 |
| Total | 1,874 | 266,680 | 110,736 |

Nota: La población objetivo de SAF es una estimación en base al Censo de Población y Vivienda 2017.
Elaboración: Macroconsult

Si queremos observar el nivel de cobertura del SAF a nivel nacional, tenemos que, según estimaciones con información del INEI, del total de niños menores de 36 meses (1.7 millones de niños), el SAF atiende a menos del 10% (=111 mil /1.7 millones), y del total de menores en ese rango etario en situación de pobreza y pobreza extrema (413 mil), el SAF atendería a poco menos del 40% de niñas y niños (=111 mil /413 mil). Considerando solo a la población atendida por el SAF en distritos con alta presencia de anemia, dicha atención representaría solo un 23.6% del total de niños y niñas menores de 36 meses en situación de pobreza y pobreza extrema (= 98 mil / 413 mil).

Por último, si del total de niños menores de 36 meses, no se toma en cuenta los niños de los distritos donde interviene solo PI (999 mil), se tendría alrededor de 681 mil niños (=1.7 millones – 999 mil). Descontando de este total el número de niños atendidos por SAF, el nivel de brecha de atención de la intervención sería de 570 mil niños (681 mil – 111 mil), mucho mayor que los cerca de 111 mil niños SAF. De esta manera, se tiene que el nivel de cobertura del SAF, como una de las intervenciones que cuenta con actividades enmarcadas en la lucha contra la anemia en niños menores de 36 meses, es relativamente baja.

De lo recogido en campo, el proceso de selección y afiliación es realizado de manera frecuente por los Acompañantes técnicos y las facilitadoras. Para ello, se tienen identificadas familias que potencialmente puedan ser usuarias del servicio. Una vez identificado el grupo, el Acompañante técnico y/o facilitadora realizan visitas a estas familias para comentarles sobre el programa y los beneficios del mismo. Tanto para los casos de Cusco y Piura, las madres usuarias mencionan que sus actuales facilitadoras fueron quienes las visitaron y les explicaron las actividades en el marco del SAF. Siendo algunas de ellas madres primerizas, se interesaron en el servicio ya que consideraron que les podría ayudar a cuidar de una mejor manera a sus hijos. De manera adicional, cuando el establecimiento trabaja de manera articulada con SAF, son los mismos encargados del establecimiento de salud quien les comentan a las madres sobre la intervención del SAF. Tal como lo señalaran algunas de las madres beneficiarias entrevistadas, cuando fueron a los controles de salud, principalmente en Cajaruro, Amazonas, se les comentó sobre la intervención del SAF. En caso decidieran participar del servicio, el acompañante técnico es quien toma sus datos para una posterior visita con la facilitadora. Los criterios de selección de las familias consideran factores socioeconómicos que, sin información detallada por cada familia, no se puede realizar un análisis minucioso de cobertura y filtración de beneficiarios.



La información brindada por facilitadoras, acompañantes técnicos y miembros de las unidades territoriales entrevistados comentan que, respecto a la edad, es poco probable que exista filtración, dado que el seguimiento nominal es constante y una vez que el niño o la niña cumplen los 3 años, de manera automática sale de la lista de beneficiarios. Por otro lado, la sub cobertura respecto a la edad, de acuerdo con funcionarios del MIDIS, antes del 2018 era relativamente alta ya que muchos de los nuevos usuarios del SAF empezaban desde los 8 meses a más. Para tratar de contrarrestar y aprovechar la ventana inicial en la cual puedan trabajar aspectos de salud y cognitivo del niño, se priorizó la afiliación temprana (menores de 90 días). A la fecha la afiliación temprana aparentemente se ha ido incrementando, según se comenta en las entrevistas, aunque persisten problemas debido a la limitada articulación con los establecimientos de salud y a que no siempre se encuentran a todos los recién nacidos. Relacionado a la sub cobertura, teniendo en cuenta lo comentado por facilitadoras y acompañantes técnicos, sí existiría esta, aunque según su opinión viene dada porque las familias no desean ser parte del Programa. Se identifican dos grandes razones: (1) priorizan actividades económicas, con lo cual mencionan no tener tiempo para recibir visitas de 1 hora y (2) no se percibe un “incentivo monetario” a diferencia del programa Juntos.

4.1.3 Evaluación de resultados

En esta sección de resultados se analizarán tres grupos de resultados alcanzados por la intervención: (1) Resultados operativos de la intervención, (2) resultados de cambio de comportamiento y anemia; y (3) Resultados no esperados de la intervención o externalidades. Para el primer caso, se presentarán los resultados a nivel operativo y el cumplimiento de sus metas, esto es, si el nivel de cobertura dado a la fecha cumple con las metas esperadas y planificadas por el Programa. Asimismo, se desarrollarán factores que estarían contribuyendo y/o limitando el cumplimiento de las mismas. Respecto a los resultados en cambio de comportamiento y anemia, se referencian los resultados preliminares de estudios realizados por el MEF y se complementan con indagaciones en campo. Respecto de los resultados no esperados, se aproximarán las externalidades de la intervención a través de información obtenida de las entrevistas a madres beneficiarias, acompañantes técnicos y miembros de las unidades territoriales, con el fin de conocer qué resultados no previstos, positivos o negativos, se han identificado a la fecha y cómo se podrían abordar para obtener mejores resultados para la intervención.

4.1.3.1 Resultados operativos de la intervención

Según el Protocolo de Identificación de zonas de intervención y conformación de Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia del Programa Nacional Cuna Más aprobado mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1609-2015-MIDIS/PNCM, las metas del programa están referidas al número de niños y niñas hasta los 36 meses de edad y gestantes que se asignan por Unidad Territorial y se definen a nivel distrital desde la Unidad de Planeamiento y Resultados (UPR) en coordinación con las Unidades Técnicas de los servicios en sede central teniendo en cuenta los criterios de focalización del programa.

De esta forma, las metas definidas desde sede central son validadas durante el proceso de identificación de zonas de intervención, al término del cual se definen las metas a nivel de número de Comités de Gestión y centros poblados a intervenir. Así, el número de familias y comunidades atendidas por un Comité de Gestión dependerá de la demanda efectiva¹⁵ de usuarios identificados en el proceso de identificación de zonas de intervención, así como del análisis de

¹⁵ Definido como el número de niños y niñas hasta los 36 meses de edad y gestantes identificados en un territorio que cumple con los criterios de focalización del PNCM.

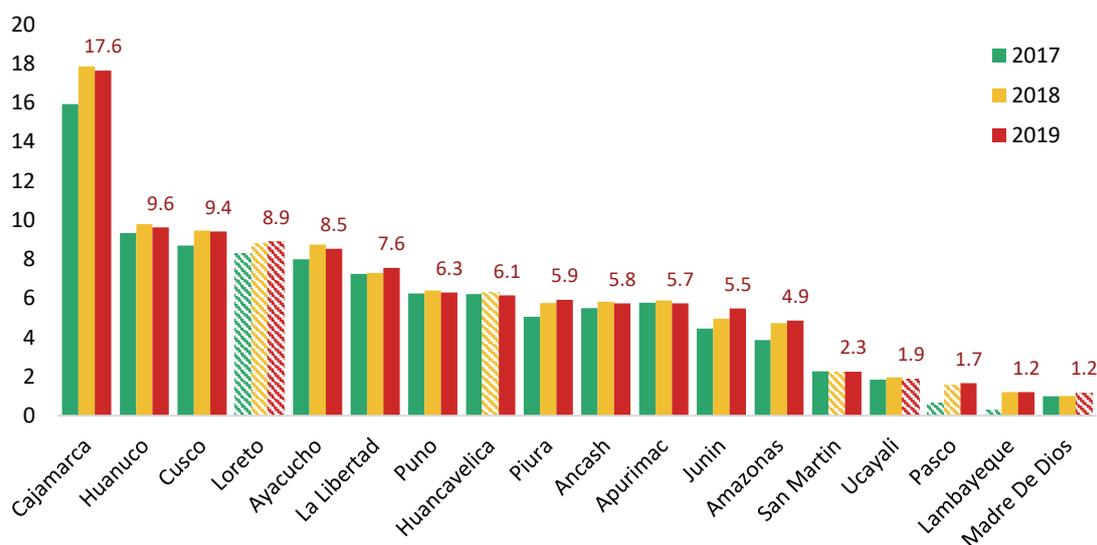


la sostenibilidad de dichas metas cuando corresponda. Tomando en cuenta que las metas a nivel de comité de gestión pueden variar durante la prestación del servicio, a nivel de sede central se manejan metas por departamento, mismas que se encuentran en el Plan Operativo Institucional. Por otro lado, son las Unidades territoriales que monitorean el cumplimiento de metas por comité de gestión.

En general, de acuerdo con la información enviada por el PNCM, en los tres últimos años el cumplimiento de las metas de cobertura ha sido alcanzado, casi en general, al 100% (de hecho, globalmente el promedio de los tres años supera el 100%). Tomando en cuenta el último año, la meta nacional al 2019 fue la de atender a 109,915 familias. A diciembre de ese año, el SAF atendió a un total de 109,569 familias. Asimismo, si se observa el indicador de manera desagregada por departamento, casi la totalidad de regiones cumple con sus metas establecidas. De los 18 departamentos en donde el SAF interviene, al 2019, 5 departamentos no llegaron a cumplir la totalidad de la meta; sin embargo, no se observa una gran brecha ya que se encuentran por encima del 95% de cumplimiento.

Los datos presentados en el gráfico se encuentran alineados con lo que se indicó durante las entrevistas realizadas en las 4 Unidades territoriales. Una respuesta común es que no habían tenido mayores problemas o dificultades para poder lograr las metas establecidas respecto al número de familias a ser atendidas. De manera particular se señaló que el mensaje respecto de la anemia y las consecuencias en el desarrollo del niño han ido calando cada vez más a nivel local, razón por la cual ha favorecido que las familias no rechacen ser usuarias del programa. Otro factor que ha contribuido con el logro de las metas de cobertura es el conocimiento del SAF en las comunidades. Siendo un programa que funciona desde el 2012, cuando se ha podido conversar con las madres beneficiarias, tanto para el caso de Ancash y Cusco, algunas mencionaban que sus menores estaban en el programa porque ya habían visto buenos resultados en sus otros hijos comparándolos con otros niños de la localidad o con sus hijos mayores que no fueron usuarios del SAF.

Ilustración 31: Familias usuarias del SAF 2017 – 2019 (Miles de familias)



Nota: Las barras sombreadas con líneas diagonales indican los departamentos que no llegaron al 100% de la meta establecida para cada uno de los últimos 3 años. La tasa de menor cumplimiento fue del 96%. La etiqueta de datos indica el N° de familias (miles) atendidas por SAF, en cada departamento, a diciembre de 2019. Fuente: Plan operativo institucional PNCM 2017 – 2019, información enviada por el PNCM. Elaboración: Macroconsult

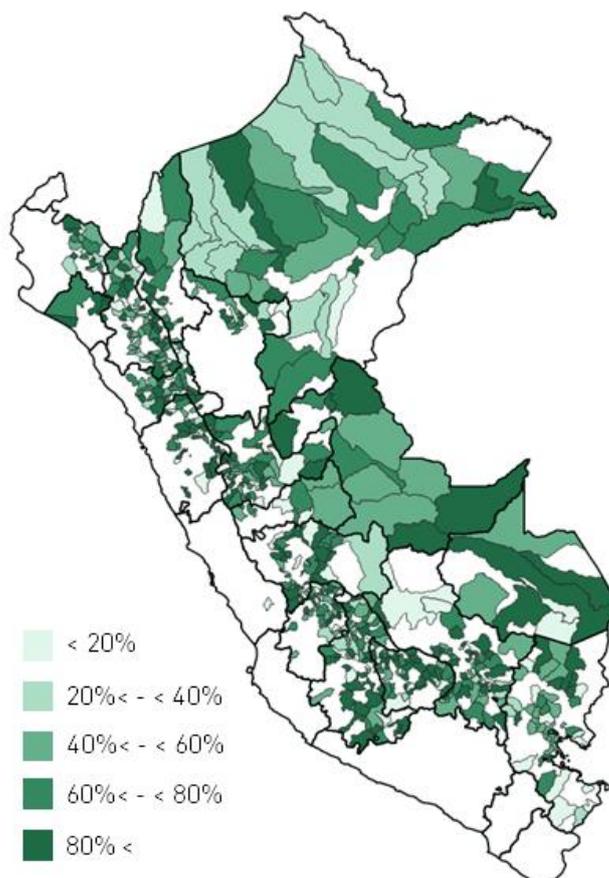


Por otro lado, los factores que han dificultado llegar a las metas de cobertura suelen estar relacionadas a la migración de las familias. Esto último, en el caso particular de Cusco, se mencionó que suelen estar buscando de manera periódica nuevos usuarios dado que el flujo de migración es alto entre Cusco y Arequipa. Como ya se ha señalado en otros documentos de evaluación del PNCM y el SAF (MIDIS 2016, MEF 2016), la migración es un factor que va a estar presente regularmente en servicios de este tipo, con lo cual es necesario estar actualizando y mapeando a nuevas familias que sean potenciales usuarias del programa. Asimismo, otro importante factor que limita el logro de resultados respecto a la cobertura es cuando se trata de incorporar nuevas localidades. Por ejemplo, en el caso de Piura, se comentaron dos factores específicos: la zona geográfica y la oposición de los dirigentes de las localidades. Relacionado a lo primero, las lluvias constantes en ciertas localidades de Piura han complicado que se organicen nuevos comités de gestión, además que las familias, dadas las condiciones geográficas, priorizan intervenciones relacionadas a la infraestructura frente a intervenciones del tipo SAF. Por otro lado, el segundo factor ocurre sobre todo en aquellas zonas donde hay conflictos sociales en el cual se puede instaurar un clima de desconfianza generalizado. En el caso de Amazonas, si bien están cumpliendo con las metas establecidas, un factor limitante identificado es que, cuando se adicionan localidades o centros poblados, que en su mayoría suelen ser comunidades nativas, el mensaje sobre la importancia del desarrollo infantil temprano demora en ser tomado en cuenta por la población. Esto genera una demora en cumplir las metas establecidas; sin embargo, la UT de Amazonas señala que la coordinación y articulación con los centros de salud y los gobiernos locales son los factores clave para que pueda llegar el mensaje y que de esta manera el SAF sea bien recibido en algunas de estas zonas.

Otro punto para considerar, y que se menciona como una particular dificultad en las regiones de Cusco y Amazonas es la afiliación temprana. De acuerdo con lo comentado en Cusco, la principal dificultad reside en que los datos estadísticos no necesariamente se condicen con la realidad. Como ya se ha mencionado, para establecer metas de cobertura del programa, se trabaja con el último Censo disponible y con las proyecciones de población del INEI de 2017 y 2018. Con ello se estima un número total de nacimiento de niños y, en base a ello, se establece metas de afiliación temprana (menores de 3 meses). Lo que ha sucedido de manera particular en localidades de Cusco es que, en comités de gestión pequeños, es muy probable que las familias migren constantemente y cuando se espera afiliar nuevos niños recién nacidos, no haya la cantidad que se esperaba. Asimismo, de acuerdo con lo comentado en Amazonas, el principal problema para cumplir con la afiliación temprana en este departamento es que, al ser zonas muy dispersas, los niños nuevos que se encuentran en ese rango de edad viven en zonas muy alejadas. Esto complica la gestión de la facilitadora, ya que al tener que acomodarse a los horarios de las madres y tomar en cuenta sus propias actividades, el tiempo de desplazamiento complica que se cumpla la meta de afiliación temprana.



Ilustración 32: Afiliación temprana, 2019



Fuente: Sistema de información del SAF 2019, información enviada por el PNCM. Elaboración: Macroconsult

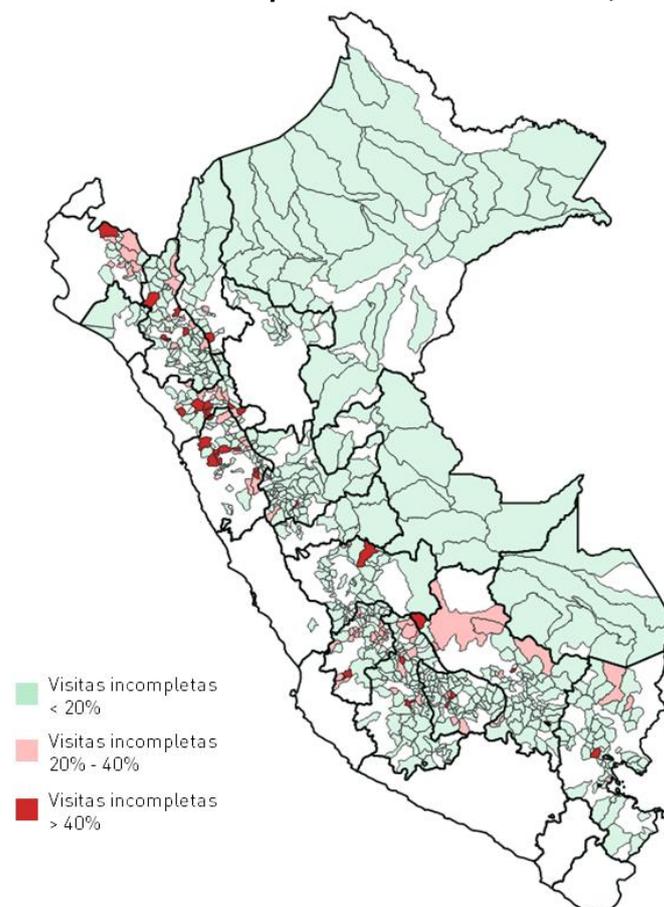
A nivel nacional, la baja afiliación temprana se vio al inicio, en el 2018, cuando se priorizó la afiliación de niños menores de 3 meses. A medida que ha pasado el tiempo, los indicadores de afiliación temprana aparentemente han ido mejorando. A diciembre de 2018 la afiliación temprana fue de 32% de nuevos usuarios, mientras que a diciembre de 2019 este indicador llegó al 60%. Si se toma en cuenta la desagregación a nivel departamental, a diciembre de 2018 los departamentos que tuvieron una afiliación temprana por debajo del promedio nacional (32%) fueron Ayacucho (18%), Loreto (23%), Piura (25%), Pasco (26%), Huancavelica (29%) y Cusco (30%). Para el 2019 la mayoría de los departamentos tuvo mejores indicadores, estando en promedio por encima del 50% a excepción de Loreto, tal como se puede apreciar en la **Ilustración 32**. Por último, es necesario indicar que las metas explícitas sobre afiliación temprana han sido establecidas a recién a partir del 2020, a nivel nacional¹⁶, las cuales son: 65% a diciembre de 2020 y 70% al mismo mes del 2021.

Un indicador adicional tomado en cuenta por el PNCM para evaluar la cobertura del servicio es el número de familias que ha recibido el número completo de visitas al mes, esto es, al menos 3 durante el mes. Tomando en cuenta información brindada por el Programa, no se observa mayor heterogeneidad en el cumplimiento del número de visitas. Asimismo, tampoco se observa grandes proporciones de visitas incompletas tal como se muestra en la **Ilustración 33**

¹⁶ Resolución ministerial N° 008-2020-MIDID “Aprueban metas para afiliación temprana de niños y niñas menores de noventa días, a los Programas Nacionales Cuna Más y de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS); uso de padrón nominado y seguimiento nominal, correspondientes a los años 2020 y 2021”



Ilustración 33: Cumplimiento de visitas al mes, 2019



Fuente: Sistema de información del SAF 2019. Elaboración: Macroconsult

Como se puede observar, la mayoría de los distritos presenta un nivel menor al 20% de familias con visitas incompletas. De esta manera, de los 94 mil usuarios del SAF, al 2019, que pertenecen a dichos distritos, cerca de 87 mil de ellos recibieron las 4 visitas al mes. Un número menor de distritos presenta visitas incompletas que representan más del 20% de familias. Tomando en cuenta aquellos distritos en donde la tasa de visitas incompletas es mayor al 40%, se observa una mayor incidencia en las regiones del norte: Ancash, La Libertad y Cajamarca. Por el sur, en Huancavelica y Ayacucho se presentan distritos en la misma situación. Así, alrededor del 10% de familias atendidas por el SAF no cuentan con visitas completas al mes. Tomando en cuenta la información brindada en campo, y como ya se ha indicado previamente, no hay muchas complicaciones respecto al cumplimiento de las visitas. Las facilitadoras entrevistadas en los cuatro comités de gestión no comentaron que hayan tenido dificultades dado que suelen coordinar con las madres si es necesario cambiar de fecha u hora la visita programada. No obstante, cuando las dificultades se presentan, usualmente se relacionan a la migración de las familias o, en el caso de las gestantes, a que hayan dado a luz y se encuentren en reposo.

4.1.3.2 Cambio de comportamiento y anemia

Tomando en cuenta la teoría de cambio planteada en la sección 2.1 y las dos líneas causales identificadas para el SAF, se entiende que el resultado intermedio de las visitas domiciliarias está asociada al cambio de comportamiento del cuidador principal y a partir de ahí la capacidad de reducir la anemia de los niños.



A este nivel, considerando únicamente los indicadores del marco lógico del PNCM, el indicador que podría aproximar de alguna manera el cambio de comportamiento sería el relacionado a la adopción de prácticas saludables. Sin embargo, y como ya se ha descrito en la sección 4.1.1, no se ha realizado el seguimiento a este indicador y tampoco se puede construir en base a información administrativa. Por lo tanto, no se tiene un resultado asociado a la adopción de prácticas saludables por parte de las madres y cuidadores principales. Asimismo, a la fecha no se cuenta con resultados finales relacionados al impacto que puedan tener las visitas domiciliarias en la adherencia al consumo de hierro. Sin embargo, sí existe evidencia preliminar de los estudios de evaluación de impacto sobre las VD de la intervención del SAF desarrollado por la DCGP del MEF (MEF, 2020a y 2020b). En ambos estudios, aparte de testear el efecto de las VD sobre la anemia, se busca identificar efectos de las VD sobre los Controles de crecimiento y desarrollo (CRED) y adherencia al consumo de hierro. Lo esperado es que con las visitas domiciliarias recibidas se logre un incremento de la asistencia a los posteriores controles CRED como consecuencia de un cambio de comportamiento de los cuidadores, así como el mayor consumo de hierro. En la **Tabla 27** se muestra un resumen que corresponde a cada estudio mencionado

Tabla 27: Resumen de las evaluaciones del MEF

| | MEF, 2020 ^a | MEF, 2020 ^b |
|-------------------|--|--|
| | Efecto de las visitas domiciliarias SAF en la prevalencia de anemia: evaluación de impacto con data administrativa | Efecto de las visitas domiciliarias SAF en la prevalencia de anemia y adherencia de hierro |
| Datos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los datos proceden del padrón nominado del SAF, el Sistema de Registro de Nacido Vivo, ▪ La muestra trabajada para el estudio consideró a un total de 6340 niños y niñas. ▪ Los datos corresponden a niños y niñas no prematuros/as, con adecuado peso al nacer, haber recibido su DNI antes de los 120 días, con información sobre diagnóstico de anemia. ▪ Tratamiento: haber recibido 8 visitas entre los 4 y 5 meses (visitas completas) ▪ Control: PSM con información de la Ficha Socioeconómica Única (FSU) del MIDIS | <ul style="list-style-type: none"> ▪ El estudio se realizó para 300 centros poblados (150 con intervención SAF y 150 sin intervención SAF) en las regiones de Cajamarca, Cusco y Huánuco. ▪ Los controles fueron seleccionados con métodos de emparejamiento. ▪ Para la línea de base se recogió información de 385 niños entre 3 y 5 meses. ▪ Luego de 2 meses se realizó el levantamiento de la línea de seguimiento y se recogió información de 383 niños |
| Metodología | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencia en diferencias | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencia en diferencias |
| VARIABLES CONTROL | <ul style="list-style-type: none"> ▪ # semanas de gestación ▪ suplementación de la gestante ▪ Anemia en la gestante ▪ Educación de la madre ▪ Controles de la gestante ▪ Controles de talla y peso ▪ Desnutrición del infante ▪ Controles del hogar ▪ Agua y saneamiento ▪ NBI | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento sobre la anemia ▪ Lengua de cuidadora/cuidador principal ▪ Años de educación de la madre ▪ Lactancia exclusiva ▪ Peso al nacer del niño o niña ▪ Vivienda sin servicios ▪ Acceso a agua de red pública |



| | | |
|----------------------|--|---|
| Variables de impacto | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia (EMD = 3.1 %) ▪ Asistencia CRED (EMD = 5.2%) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia (EMD = 11 pp) ▪ Nivel de hemoglobina (EMD = 0.34 g/dL) ▪ Adherencia al consumo de hierro (EMD = 11 pp) ▪ # CRED (EMD = 0.36 unidades en número CRED) ▪ Consumo de hierro último mes (EMD = 3 pp) ▪ Consumo de hierro última semana (EMD = 11 pp) |
| Resultados | <p>Resultados no significativos en ambas variables de impacto, menores al EMD de cada una:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia: -1.7% - Asistencia de CRED: 2.2% | <p>Resultados no significativos en las variables de impacto, menores al EMD de cada una:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia: 2.3 % - Hemoglobina: -0.11 - Adherencia al consumo: 6.9 % - Consumo de hierro último mes: 2.4% - Consumo de hierro última semana: 9.3 % - # CRED: 0.028 |

Nota. EMD = Efecto mínimo detectable. Elaboración: Macroconsult.

Los resultados preliminares de MEF (2020a) muestran que las visitas domiciliarias de SAF dirigidas durante los 4 a 5 meses de nacido de los beneficiarios, genera efectos positivos aunque no significativos sobre la asistencia a los controles CRED durante los meses de 6 a 9 de edad. Estos resultados son corroborados por MEF (2020b). Este último estudio además indaga sobre adherencia al consumo de hierro no encontrándose efectos sobre esta variable ni en el nivel de consumo del hogar en los últimos 7 o 30 días. Respecto a la reducción de la anemia, ambos estudios tampoco muestran resultados significativos, por lo que preliminarmente se puede comentar que los ejercicios de evaluación implementados a la fecha aún no logran demostrar que la intervención genera los efectos deseados en la forma de la línea causal definida en el marco de la anemia.

Si tomamos en cuenta la evaluación de impacto del SAF (MEF, 2016), si se encontraron efectos significativos sobre el DIT, siendo los más robustos y significativos los impactos en el desarrollo del área cognitiva y de motricidad fina. Es por ello que no se puede concluir que el SAF no está generando los resultados esperados, como intervención en general; sin embargo, sí habría factores que podrían estar condicionando resultados relacionados a la adherencia al consumo de hierro y a la prevalencia de anemia (en el marco de la política de la lucha contra la anemia). Como se comenta más adelante, según las entrevistas realizadas existen factores estructurales que podrían estar inhibiendo los efectos (por lo menos en dimensión) por lo que no se pueden descartar problemas de potencia relacionados a EMDs bajos. En este contexto, es importante, complementar la evidencia anterior e implementar evaluaciones de impacto con el fin de actualizar los resultados ya encontrados en 2016, incluyendo otras variables de interés, como la anemia, y corroborar o contrastar con los resultados obtenidos en las evaluaciones del MEF (2020a y 2020b)¹⁷.

¹⁷ No es interés de este documento analizar críticamente los estudios del MEF (2020a) y MEF (2020b), pero vale reiterar que son preliminares y como tal presentan limitaciones que pueden explicar en alguna medida la ausencia de resultados estadísticamente significativos. Por ejemplo, en el documento MEF (2020a) se parte de una base de datos con 580 mil datos, pero que se reduce a poco más de 8000 por decisiones metodológicas no del todo justificadas. Parte de la reducción de datos ocurre porque indican los autores hay observaciones sin registro de anemia, pero no se hace un esfuerzo por explorar las consecuencias que esto tendría sobre la consistencia de los parámetros de impacto. Igualmente, no es clara la definición del tratamiento, pues parecería considerar únicamente a niños con 8 visitas completas (versus niños sin visitas de localidades no intervenidas). En cualquier caso, esta pérdida significativa de observaciones debe tener impactos sobre la potencia de los test. Adicionalmente, en las estimaciones no se explica por qué no se introducen efectos fijos individuales. En el estudios MEF (2020b) también se pueden identificar limitaciones similares asociadas a la escasa potencia de la muestra o de especificación.



Los factores que podrían estar inhibiendo los resultados, además de los aspectos operativos destacados en secciones previas se asocian con problemas estructurales de las zonas rurales, y en específico, de las zonas focalizadas por el SAF (mayoritariamente pobres y pobres extremas). Por ejemplo, el acceso a servicios básicos y la inseguridad alimentaria son factores que inevitablemente van a influir en resultados de salud, y en este caso, en resultados sobre la anemia. Uno de los factores clave es el nivel socioeconómico de las familias. Si las madres, padres o cuidadores principales aplican las prácticas saludables aprendidas gracias a las constantes visitas de las facilitadoras, pueden que logren resultados en los niños y niñas, y cuando vayan a realizar sus tamizajes iniciales, el niño puede no presentar anemia. Sin embargo, a medida que el niño va creciendo y no hay control sobre el tamizaje, luego de los 12 meses el niño o niña puede retroceder en resultados de salud y presentar anemia. Asimismo, por más que los cuidadores principales apliquen a cabalidad las prácticas adecuadas, nada asegura que el agua en las viviendas sea completamente segura o que la disponibilidad de la misma sea continua. Tampoco se asegura que, ante alguna eventualidad, los recursos económicos sigan siendo suficientes para adquirir alimentos ricos en hierro.

Tomando en cuenta que lo anterior puede darse durante la participación del programa o fuera de este, una vez el niño o niña cumpla 3 años, resulta importante involucrar y articular de manera intersectorial programas que atiendan las limitaciones que pueda tener la población focalizada por el SAF. Más allá de desarrollar intervenciones de manera aislada y débilmente articuladas, es importante entender la multicausalidad de la anemia, generar un paquete de servicios con lo mínimo indispensable para combatir de manera efectiva la anemia (tal como ya se ha hecho para la desnutrición crónica infantil), y asignar un liderazgo sobre qué sector será quien oriente en el cumplimiento de dicha estrategia. Para ello, es necesario desarrollar una estrategia con un enfoque de familia, que involucre todas las etapas del niño y que tome en cuenta a la familia. Los mensajes relacionados a la anemia varían dependiendo de cada etapa del niño, por lo cual es necesaria la continuidad de la intervención. Esta continuidad debe abordarse desde una visión de política pública, de modo que la anemia se atienda a partir de la integración de los distintos programas del propio MIDIS y de otros sectores pertinentes como Salud y Educación.

Además, si no se tiene el seguimiento, es posible que se pierda el incentivo conductual en las familias. Se planteó, por ejemplo, que Juntos capte a las madres gestantes, luego se continúe con los programas de MIDIS y MINSA en la primera infancia y siga con Educación en los centros de estudios. De acuerdo con entrevistas realizadas a funcionarios de MIDIS, la coordinación entre Juntos y PNCM ya se estaría dando, aunque todavía estaría en etapas iniciales. Entre MIDIS, en particular PNCM (SAF), y MINSA la coordinación no es la misma en cada zona de intervención y, al menos de las zonas visitadas, es baja. Por último, en cuanto a la integración con Educación, pareciera que hay algunos espacios de mejora ya que, de las entrevistas realizadas a los actores comunales, se identificó 2 puntos críticos: (1) cuando la niña o el niño egresa del programa luego de iniciado el año escolar y (2) cuando la niña o el niño egresa del programa y no hay centros educativos de nivel inicial cercanos a su residencia. En ambos casos, por más que pueda ser un tiempo pequeño sin algún tipo de seguimiento, es un espacio importante que no debería ser dejado de lado para reforzar con mensajes relacionados al cuidado del niño.

4.1.3.3 Externalidades del SAF

De manera general, tomando en cuenta las entrevistas realizadas tanto en Ancash, Cusco y Piura, se han identificado 2 grandes resultados no previstos en el marco lógico ni en el diseño de la intervención: (1) empoderamiento de las madres beneficiarias, e (2) involucramiento de los padres de familia.



Respecto al primer resultado no esperado, quienes reconocen el empoderamiento de las madres como un resultado no esperado señalan que dentro del hogar habría un mayor involucramiento de las madres en relación en las decisiones relacionadas a la salud de los niños y niñas. Esto, a su vez, también se relaciona con que las madres ya saben qué es lo que tienen que preguntar y demandar en los puestos de salud. Como señalaran en el establecimiento de salud de Yanaoca, se percibe mayor seguridad en madres beneficiarias del SAF en comparación de aquellas que no. Adicional a lo encontrado en el documento de sistematización del PNCM, en donde se menciona el empoderamiento de las facilitadoras (MIDIS, 2016), lo que se ha encontrado en el trabajo de campo es que aquellas madres que tienen mayor tiempo como beneficiarias del SAF, aparentemente tienen los conocimientos claros sobre el cuidado del niño y sobre las causas y consecuencias de la anemia y otras enfermedades que pueda presentar el niño o niña. Esto estaría permitiendo que, de acuerdo con la información brindada en las entrevistas, las madres tengan una mayor interacción con el personal de salud que lleva el control de la niña o niño. Esto también ha sido observado por los acompañantes técnicos y personal de salud de Yanaoca y Paimas.

En cuanto al segundo resultado, relacionado a la participación de los padres en el cuidado de los niños, a pesar de no haber conseguido información de padres de familia en el trabajo de campo, los miembros de las unidades territoriales, en particular de Piura y Cusco, mencionan que cada vez más se observa la participación de los padres en el juego y aprendizaje de los niños. La idea con la que parten los padres es que los niños mientras son pequeños no van a entender y por tanto no tiene sentido estimularlos. Sin embargo, con las orientaciones recibidas de parte de las facilitadoras hacia las madres y al ponerlas en práctica, los padres notan ciertos cambios en los niños: son más despiertos, juegan más, son más activos. Esto finalmente desencadena un interés en el padre de involucrarse en el proceso de aprendizaje del menor. Los resultados de algunas investigaciones indican que la participación de los padres en la vida de sus hijos es importante para el crecimiento fetal, la lactancia y la niñez, la salud y el bienestar social del niño. Rempel y Rempel (2011) señalan que la importancia del involucramiento del padre en la lactancia reside en que los padres influyen en el comportamiento materno. De esta manera pueden generar un lazo con el niño a pesar de no estar involucrados directamente en la alimentación del niño en sus primeros meses de vida. Asimismo, Allen y Kelly (2007) hacen una revisión de evidencia respecto a los efectos del involucramiento de los padres en el cuidado del niño o niña, hallando que una reducida participación de los padres durante los primeros años del niño o niña está asociado a un reducido desarrollo social y cognitivo del niño. De esta manera, este resultado debería ser tomado en cuenta en adaptaciones de la intervención para fomentar la participación de los padres durante las visitas domiciliarias, tratando de buscar horarios en donde el padre pueda estar presente e involucrarse con el niño o niña.

4.1.4 Evaluación de eficiencia

El objetivo de la presente sección es evaluar la eficiencia en el gasto y la asignación de presupuesto dentro de la estructura programática del Servicio de Acompañamiento a las Familias del Programa Presupuestal Cuna Más. Para ello, esta sección se divide en tres subsecciones: (1) Análisis presupuestal, (2) Estipendios de facilitadoras y (3) Ganancias de eficiencias.

Para el análisis presupuestal se parte de la identificación de las actividades (clasificadas en categorías agregadas) y los gastos que implica la intervención. Luego de ello, tomando en cuenta información pública, se analiza el presupuesto asignado al SAF a nivel nacional y cómo este se estructura para, finalmente, presentar la asignación de recursos a nivel local / territorial. En el análisis de los estipendios de las facilitadoras se tomará en cuenta las actividades realizadas por ellas rescatando la información recogida de campo y, de esta manera, saber si los estipendios



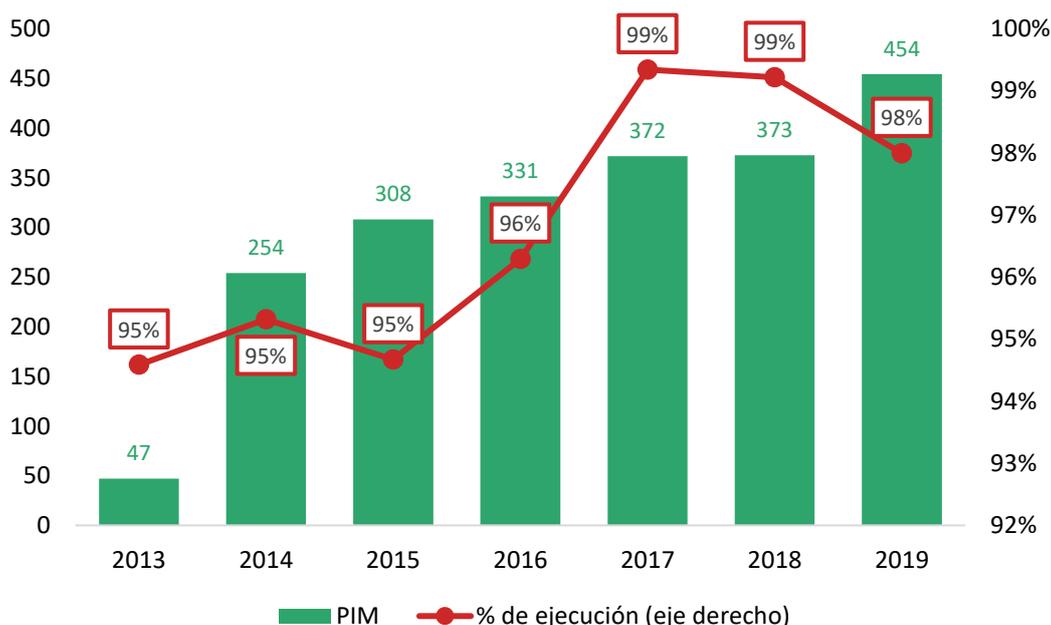
son adecuados y si deberían ser diferenciados. Por último, para poder presentar las ganancias de eficiencia de la intervención, entendida únicamente como alguna oportunidad de ahorro de recursos, se tomarán en cuenta las entrevistas realizadas tanto en el nivel nacional (MIDIS, PNCM) como local (UT y comités de gestión), además de aquellas realizadas al panel de expertos. Con ello se espera identificar los mecanismos de ahorro y ganancias de eficiencia desde el nivel territorial hasta sede central, tomando en cuenta aspectos que van desde la parte más operativa de la intervención hasta aspectos relacionados a la estrategia de esta.

4.1.4.1 Análisis presupuestal¹⁸

Bajo el marco presentado en el PNCM, desde su existencia como programa presupuestal en el 2013, recibe transferencias del gobierno nacional para la prestación de los servicios que ofrece. El presupuesto asignado al programa ha presentado una tendencia creciente desde entonces, atribuible a la expansión de la intervención y, con ello, a la atención de un mayor número de niños y mujeres embarazadas, tal como se muestra en la **Ilustración 34**.

Respecto a la ejecución del presupuesto asignado, esta ha sido en promedio del 97% durante el periodo 2013-2019, alcanzando tasas de ejecución del 99% durante los años 2017 y 2018. Al respecto, el presupuesto asignado para el 2019 ascendió a S/ 454 millones y tuvo un nivel de ejecución del 98%.

Ilustración 34: Evolución del Presupuesto Asignado al PNCM y porcentaje de ejecución.



Fuente: Consulta Amigable – MEF. Elaboración: Macroconsult.

Por otra parte, respecto a la composición del presupuesto asignado para el programa, esta ha sido relativamente estable en el periodo bajo análisis. En este sentido, y como se muestra en la **Ilustración 35**, para el 2019 más del 50% del presupuesto total fue destinado a la operación y las actividades del Producto 2 del programa: el Servicio de Cuidado Diurno (SCD), mientras que un 36% corresponde a financiamiento para el Servicio de Acompañamiento a las Familias (SAF)

¹⁸ Es importante aclarar que para el análisis no se tuvo acceso a la estructura de costos diferenciados en la promoción de comportamientos vinculados a la anemia, solo a los presupuestos globales del programa por lo que el análisis se limita a ese aspecto.

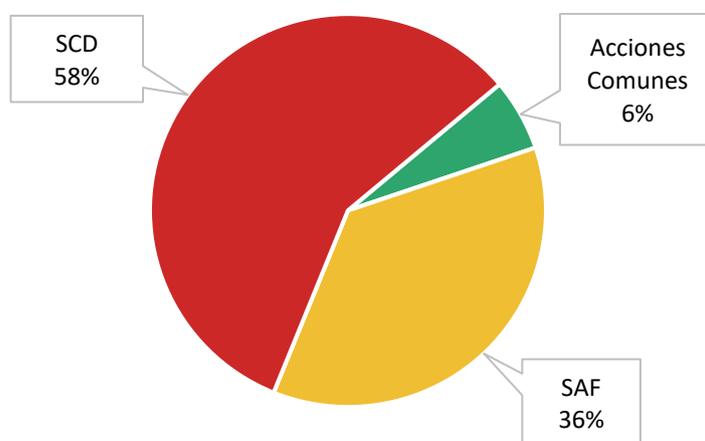


y el restante 6% a acciones comunes, que corresponde a las actividades de gestión, seguimiento y evaluación del programa.

Como se mencionó anteriormente, dado que durante la transición del PNWW hacia el actual PNCM solo se ofrecía el Servicio de Cuidado Diurno, el año 2013 el SAF registró la más baja de todas de sus transferencias por un monto total de alrededor de S/ 27 millones, de los cuales se ejecutaron poco más de S/ 25 millones, alcanzando un porcentaje de ejecución de 92% aproximadamente.

En años posteriores, debido a la ampliación de las zonas de focalización del programa y al incremento en las metas de niños y niñas y madres gestantes atendidos, se dieron a la vez incrementos en los presupuestos asignados para el servicio del programa. En la **Ilustración 36** se muestra la evolución del presupuesto asignado para el Servicio de Acompañamiento a las Familias y el número de familias atendidas en cada año.

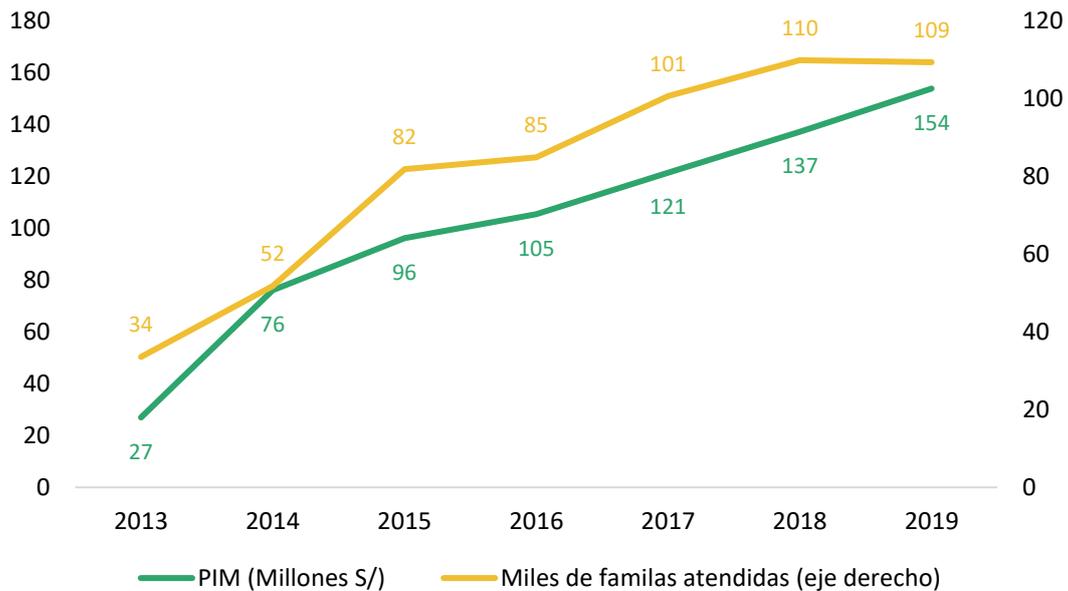
Ilustración 35: Composición del presupuesto asignado por tipo de servicio, 2019.



Fuente: Consulta Amigable – MEF. Elaboración: Macroconsult.

Ilustración 36: Evolución del presupuesto del SAF y el número de familias atendidas.



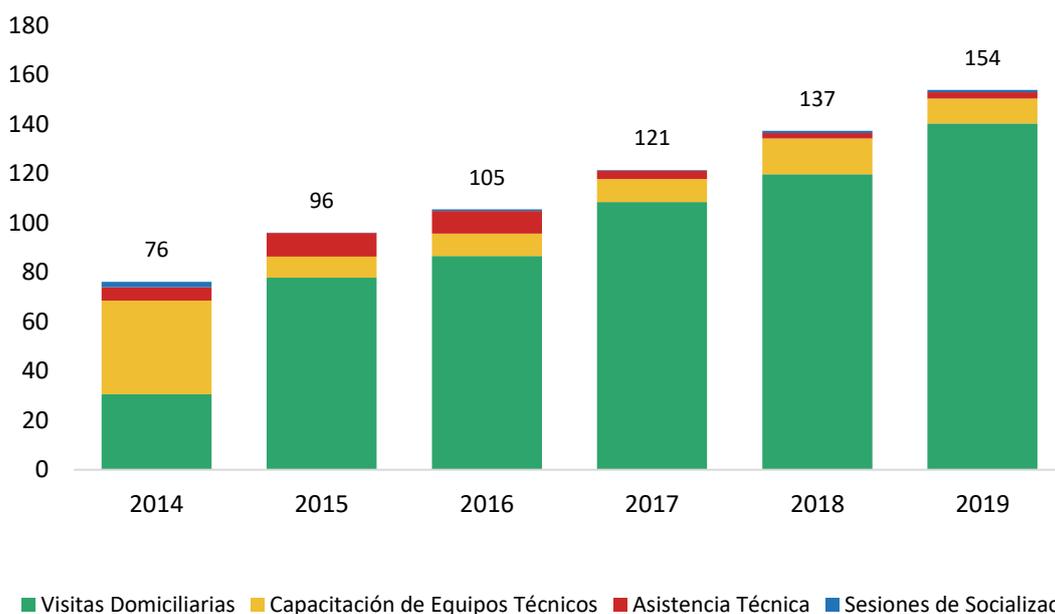


Fuente: Consulta Amigable – MEF y Anexo 02 del PP Cuna Más. Elaboración: Macroconsult.

De la ilustración puede verse que, efectivamente, a medida que el programa, específicamente el Servicio de Acompañamiento a las Familias, se extendía e incrementaba el número de usuarios atendidos, el presupuesto asignado también crecía.

Por otra parte, el Producto 2 del PNCM: SAF comprende el desarrollo de 4 actividades entre las cuales se divide el presupuesto asignado como se presenta en la **Ilustración 37**. En esta, se ve que la composición del presupuesto del SAF por actividades ha sido relativamente estable a lo largo del periodo 2013-2019. En este sentido, queda claro que una mayor proporción del presupuesto total del SAF se destina a las acciones directamente relacionadas a las visitas domiciliarias, con un 91% del total, seguido por la actividad “Capacitación de Equipos Técnicos y Actores Comunales” con un 6%.

Ilustración 37: Composición del presupuesto del SAF por tipo de actividad.

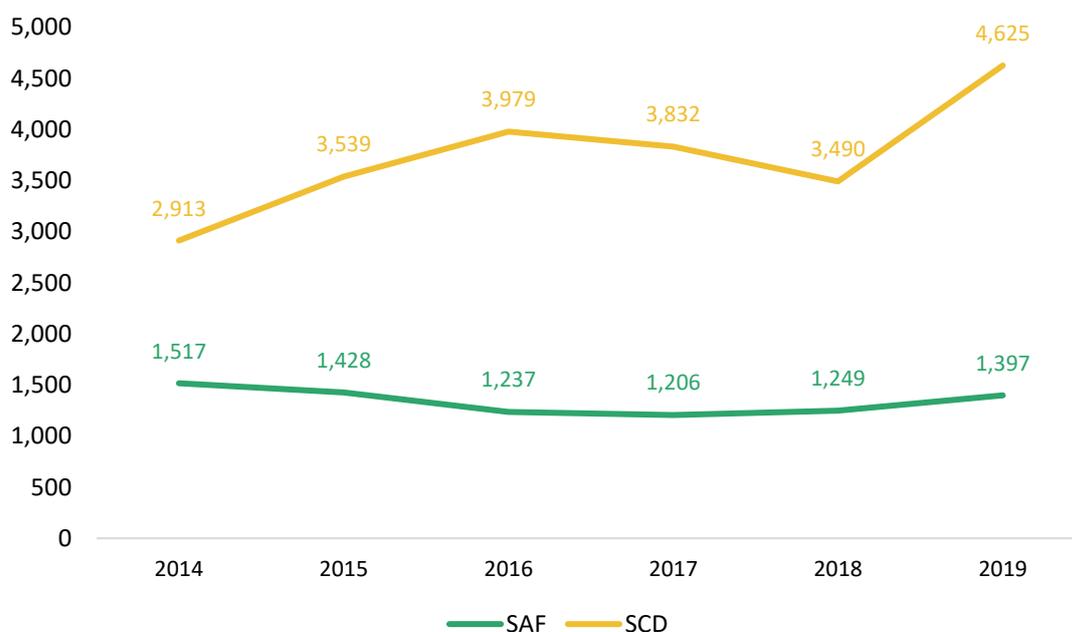


Fuente: Consulta Amigable – MEF. Elaboración: Macroconsult.

Si bien no se cuenta con información sobre los costos detrás de las visitas domiciliarias, es razonable pensar que la mayor parte del presupuesto sea asignado al pago de los estipendios de las facilitadoras y el salario de los acompañantes técnicos. Tomando en cuenta la información del PNCM en Josephson, K., Guerrero, G., y Coddington, C. (2017), se sabe que poco más del 50% del costo del SAF, en el 2016, correspondió a los estipendios de las facilitadoras (29%) y salarios de acompañantes técnicos (22%).

En la ilustración 31 se muestra el presupuesto asignado por familia, calculado como el ratio entre el PIM y el número de familias atendidas. Para ello, en el caso del Servicio de Cuidado Diurno se considera la actividad “Atención Integral Durante el Cuidado Diurno” y en el caso de Servicio de Acompañamiento a las Familias se considera la actividad “Visitas Domiciliarias a Familias en Zonas Rurales”. Al respecto, se puede ver que existe un importante diferencial entre el presupuesto asignado por niño en el SCD y el SAF y que esta diferencia se acentuó aún más en el 2019. Tomando en cuenta que por cada familia mensualmente se visita 4 veces, el monto por cada visita estaría ubicado alrededor de los S/29.

Ilustración 38: Presupuesto promedio anual por familia atendida según producto del PNCM (S/)



Fuente: Consulta Amigable – MEF. Elaboración: Macroconsult.

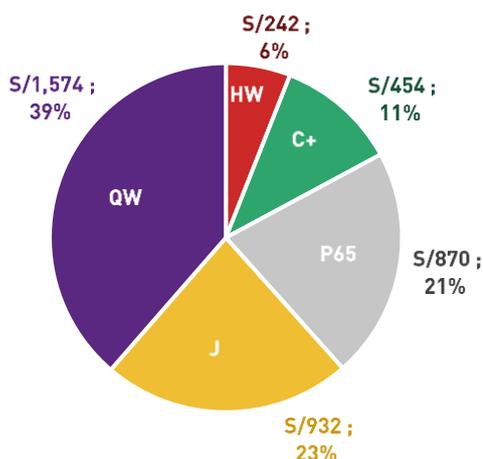
Al 2019 el presupuesto del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social fue de 5 mil millones de soles, de los cuales cerca de 4 mil millones correspondían a los 5 programas emblemáticos del MIDIS: Qali Warma, Juntos, Pensión 65, Cuna Más y Haku Wiñay. Del total del presupuesto asignados para estos 5 programas, cada uno de ellos representó el 39%, 23%, 21%, 11% y 6%, respectivamente, tal como se observa en el gráfico (A) de la **Ilustración 39**. En cuanto al número de beneficiarios, los programas sociales más grandes son Qali Warma (Programa nacional de alimentación escolar) y Juntos (Programa nacional de apoyo directo a los más pobres), teniendo como beneficiarios a un total de 4 millones de niñas y niños atendidos por Qali Warma y casi 750 mil familias por Juntos. Por otro lado, el PNCM, al cierre de 2019, atendió a cerca de 60 mil niños a través del SCD y 110 mil familias a través del SAF. De esta manera, si se calcula el



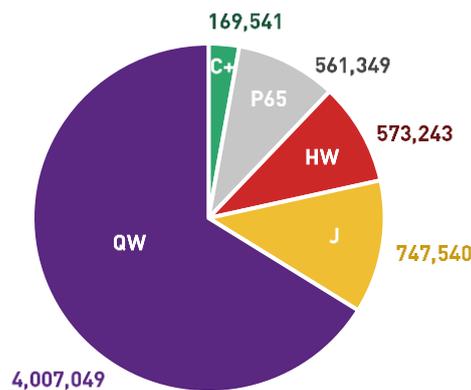
presupuesto relativo por número de beneficiarios, se tiene que el PNCM cuenta con un presupuesto por beneficiario de alrededor de S/ 2,680.

Ilustración 39: Presupuesto y N° de beneficiarios por principales programas de MIDIS, 2019

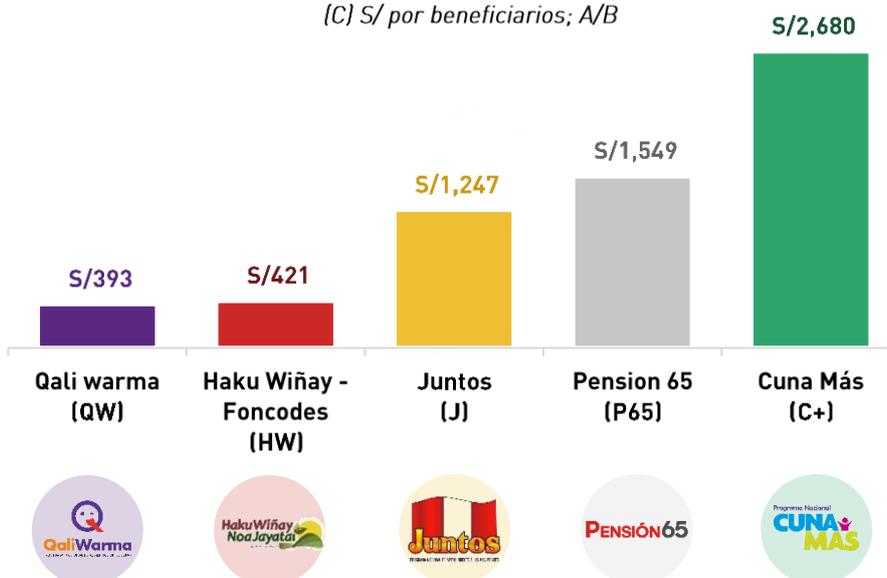
(A) Presupuesto institucional modificado – PIM 2019; %



(B) N° de beneficiarios* a diciembre de 2019



(C) S/ por beneficiarios; A/B



Nota: El N° de beneficiarios para cada Programa Social es (1) Cuna Más: niños usuarios del servicio de cuidado diurno y familias atendidas por el servicio de Acompañamiento a Familias, al cierre del 2019 (2) Foncodes – Haku Wiñay: número de usuarios estimados (Comprende usuarios de proyectos de infraestructura, incluyendo la cuantificación de hogares Haku Wiñay solo del 2019). (3) Juntos: Número de hogares afiliados al 2019. (4) Pensión 65: Número de usuarios del Padrón de Pensión 65, (5) Qali Warma: Número de niños y niñas atendidos al 31 de diciembre de 2019. Fuente: Consulta Amigable – MEF, Info MIDIS. Elaboración: Macroconsult.

Lo que ocurre es que las intervenciones del tipo visitas domiciliarias son intervenciones que pueden dar resultados positivos relacionados al desempeño de los niños, sin embargo, al ser un servicio altamente personalizado, que implica un acompañamiento constante, capacitaciones en cadena, y que atiende zonas remotas de difícil acceso, su puesta en funcionamiento involucra una gran cantidad de recursos. Por ello, uno de los retos recurrentemente mencionados por los



entrevistados se asocia con la capacidad de escalar la intervención en un contexto de recursos públicos limitados.

Ahora bien, cuando se analizan el presupuesto del SAF con programas similares a nivel internacional, se observa que el programa se encuentra en un rango razonable. Burwick, A y otros (2014) estimaron los costos por familia atendida hasta su egreso de 4 tipos de programas de visitas domiciliarias en Estados Unidos. En promedio, se tiene que los programas de visitas domiciliarias tienen un costo por familia total de USD 6,638¹⁹ durante todo el periodo de permanencia de la familia en el programa. Si solo nos centramos en el tipo de programa que tiene como población objetivo²⁰ aquella similar al SAF, el costo estimado es de USD 3,040, en dólares de 2019. De esta manera, si consideramos que, en el mejor de los casos, las familias usuarias permanezcan en el programa durante los primeros 35 meses de vida de la niña o niño, el costo total por familia sería de aproximadamente S/ 4,075, al 2019, o su equivalente en dólares, USD 1,220, por debajo de lo estimado en el estudio mencionado. Otro trabajo es el de Walker, S. y otros (2015), en el cual desarrollan y evalúan un programa de crianza sobre el desarrollo infantil temprano en tres países del Caribe; específicamente, para la intervención relacionada a las visitas domiciliarias que se efectuaron en Jamaica, el estudio identifica que el costo anual por niño es de US\$ 274 dólares²¹. Por otro lado, Olds, D. y otros (2014) realizan un estudio sobre un programa de visitas domiciliarias ejecutado tanto por enfermeras como por para profesionales con uno de sus tres objetivos vinculado a mejorar la salud y el desarrollo del niño mejorando el cuidado por parte de sus cuidadores; sus resultados mostraron que el costo anual promedio²² por familia de la intervención realizada por los para profesionales fue de US\$ 3,502 dólares de 2019. Por otro lado, también se encuentran estudios que no necesariamente estaban orientados al desarrollo infantil temprano, pero que la dinámica de las visitas domiciliarias resultaba similar e igual incluían capacitaciones, monitoreo, entre otras acciones. Un caso es el de Slead, M. et al (2004) que evaluaron los resultados y costos del programa Home-Start para familias jóvenes que experimentaban estrés de Inglaterra e Irlanda del Norte a través de visitas domiciliarias; la intervención generó un costo anual por familia intervenida²³ equivalente a US\$ 882 dólares a 2019. Por su parte, el estudio de Aracena, M. et al (2009) evaluó un programa en Chile dirigido a madres adolescentes que incluía visitas domiciliarias a través de educadores de salud comunitarios; esta intervención tuvo un costo promedio por adolescente beneficiada²⁴ equivalente a US\$ 107 dólares al 2019.

Considerando, por otro lado, los programas de visitas domiciliarias similares en Latinoamérica, el monto estimado por familias usuaria del SAF (USD 418.3) se encuentra dentro del rango de costos de los programas analizados en el estudio realizado por Araujo, M, López Boo, F y Puyana, J (2013), tal como se muestra en la **Tabla 28**.

Tabla 28: Costos per cápita anuales y descripción de programas de apoyo parental

¹⁹ El monto estimado en el documento fue de USD 5,962. El mismo fue calculado en dólares del 2012.

²⁰ Parents as teachers (PAT)

²¹ El monto se encuentra actualizado a dólares de 2019 (monto indicado en el estudio a 2012: US\$ 245).

²² El estudio indicaba el costo total promedio por familia para los 2.5 años que duró el programa, de modo que se convirtió a un costo anual promedio dividiendo entre 2.5 el monto.

²³ El costo estaba expresado en libras esterlinas al 2002, por lo que fue convertido en dólares al 2002 y luego actualizado al 2019.

²⁴ El estudio expresaba el costo en dólares al 2009.



| País | Programa | Monto anual per cápita (USD de 2019) | Cantidad, frecuencia y tiempo de la visita | Temas que se abordan en la visita |
|-----------|-------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Argentina | Primeros años | USD 15.24 | 12 meses al año 1 sesión al mes | <ul style="list-style-type: none"> Se abordan temas de crianza, salud y nutrición. |
| Chile | Conozca a su hijo | USD 701.84 | 10 meses al año 1 sesión a la semana 3 horas por sesión | <ul style="list-style-type: none"> Se capacita a una madre voluntaria de la comunidad que toma el papel de educadora frente al resto de madres. En las sesiones se trabaja desde cómo jugar con el niño y cómo construir juguetes hasta cómo debe ser el cuidado de la higiene y la alimentación del niño |
| Ecuador | Creciendo con nuestros hijos | USD 354.15 | 12 meses al año 1 día a la semana 1 hora de visita (niños pequeños) 4 horas por sesión (niños mayores) | <ul style="list-style-type: none"> Las visitas se realizan con el fin de hacer seguimiento a indicadores de salud de los niños. Los padres participan con sus hijos en sesiones semanales y reciben información nutricional y sobre el desarrollo de sus hijos, además de aprender técnicas de estimulación y juego. Las sesiones individuales funcionan mejor en la población dispersa rural. |
| México | Programa de educación inicial | USD 87.92 | 9 meses al año 1 día a la semana 2 horas por visita | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de habilidades de crianza y enseñanza para trabajar con los niños. El trabajo se realiza alrededor de 4 ámbitos: cuidado y protección infantil, ámbito personal y social, lenguaje y comunicación y exploración y conocimiento del medio. |

Fuente: Panorama sobre los servicios de Desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe, BID. Araujo, M; López-Boo, F y Puyana, J (2013). Elaboración: Macroconsult.

Por último, respecto a la asignación de recursos a nivel local, como indicaron funcionarios de MIDIS y del PNCM, a medida que la intervención iba creciendo respecto a la cobertura, también se han ido modificando la asignación y el manejo de recursos del SAF a este nivel. Respecto a



ello, es necesario tomar en cuenta dos líneas importantes que implica los recursos del SAF: en primer lugar, a nivel local, quienes administran los recursos para la implementación de las visitas domiciliarias es la junta directiva del Comité de Gestión, por otro lado, la otra línea a donde se dirigen los recursos del SAF corresponde a las Unidades territoriales, básicamente, para el pago de los sueldos del jefe de la unidad territorial, coordinadores del servicio, especialistas integrales, acompañantes técnicos y el personal de apoyo (informático, administrativo, entre otros).

En el primer caso, a la fecha, el PNCM cuenta con criterios diferenciados para la asignación de recursos por tipo de servicio ofrecido. En este sentido, en el caso del SAF, el criterio de asignación de recursos se establece a partir de la meta de atención de usuarios programada y de los costos estándar establecidos para cada actividad a nivel de departamento, provincia y distrito.

En este caso, los recursos son transferidos a los Comités de Gestión para los siguientes rubros:

- Gastos de funcionamiento del Comité de Gestión.
- Gastos de colaboración a facilitadores.
- Insumos básicos para la elaboración de materiales educativos.
- Mejoramiento de Centros Cuna Más de Acompañamiento a Familias.
- Equipamiento de Centros Cuna Más de Acompañamiento a Familias.
- Adquisición de materiales educativos del servicio.
- Gastos de subvenciones extraordinarias.
- Gastos de instalación de locales para Centros Cuna Más.

De esta forma, el mecanismo de transferencia a los usuarios del programa se realiza a través de transferencias bancarias a los Comités de Gestión, quienes actúan como intermediarios entre los usuarios, facilitadoras y el PNCM.

El mecanismo de transferencia inicia como un requerimiento de recursos financieros que, una vez aprobados, se traducen en transferencias bancarias y finalmente en la justificación de gastos realizados. Bajo este mecanismo, los Comités de Gestión deben solicitar una vez al mes sus recursos financieros a la sede central a través de un requerimiento de transferencia de recursos. Una vez remitido este formato a la sede central, se revisa y valida para posteriormente autorizar la transferencia a los Comités de Gestión pertinentes. Para garantizar el correcto uso de los recursos asignados a cada comité, toda transferencia de recursos debe ser procesada posteriormente bajo un mecanismo de justificación de gasto. En este sentido, cada Comité de Gestión debe elaborar un informe de justificación de gasto, el cual reúne la siguiente documentación:

- Formato de justificación de gasto, con la firma y sello del Acompañante Técnico, Asistente Administrativo, el Coordinador del Servicio, el presidente y el Tesorero del Comité de Gestión.
- Comprobantes de pago originales.
- Copia del libro de caja del Comité de Gestión.
- Copia simple del comprobante de retiro o movimiento bancario.

Respecto a este proceso de justificación de gastos, los Comités de Gestión tienen la obligación de realizar la justificación de los gastos durante los primeros quince días hábiles posteriores al retiro de los fondos transferidos. Quedando suspendidas las transferencias de recursos a aquellos Comités de Gestión que no realicen la sustentación correspondiente de sus gastos.



4.1.4.2 Estipendio a facilitadoras

Como se ha mencionado previamente, una parte importante del gasto de las visitas domiciliarias en el marco del SAF corresponde a los estipendios que reciben las facilitadoras, actoras que finalmente llevan a cabo la implementación del servicio. Por tal motivo, es importante analizar los criterios detrás de la definición del monto a asignarse como estipendio a las facilitadoras y la pertinencia de este.

En este sentido, en el presente ciclo presupuestal el estipendio a otorgarse a las facilitadoras del SAF está definido en S/ 460 soles como contribución por su labor voluntaria, por tanto, este no debe entenderse como un salario o compensación laboral. Sin embargo, a partir de la revisión documentaria realizada como parte del estudio, no se encontraron documentos que definan los criterios detrás de la elección de dicho monto.

Por otra parte, la asignación de recursos del programa a las facilitadoras a través de las Unidades Territoriales y los Comités de Gestión no contemplan gastos adicionales en que deban incurrir las facilitadoras como parte de sus labores. Por ejemplo, en las entrevistas realizadas en las regiones de Áncash, Cusco y Amazonas, se comentó en distintos niveles de la organización (Jefe de Unidad Territorial, Especialista Integral y Facilitadoras) que en muchos casos las facilitadoras presentan dificultades de acceso para visitar a determinadas familias, esta situación se ve principalmente en regiones de la sierra y selva, donde las facilitadoras deben usar diversos medios de transporte y caminar largas distancias.

En este sentido, consideran que el estipendio establecido no solo no toma en cuenta estos gastos en movilidad adicionales, sino que no toma en cuenta las dificultades y riesgos por las cuales atraviesan las facilitadoras para el cumplimiento de sus labores, así como otros gastos adicionales tales como costos de transporte adicionales en caso de inundaciones o gastos por concepto de almuerzos cuando las facilitadoras dedican el día entero a la ejecución de sus visitas. Adicionalmente, y con mayor énfasis en las regiones de Cusco, Piura y Amazonas, se comentó en las entrevistas que, si bien la normativa de la organización establece que cada facilitadora debe tener bajo su tutela a un máximo de 10 familias, y con lo cual realizar 30 horas de labor al mes (considerando que cada visita debe durar 45 minutos según lineamientos con frecuencia semanal), muchas veces estos tiempos no se dan según lo establecido. Esto debido a que, primero, en ocasiones las visitas pueden durar más de 45 minutos; segundo, porque en ocasiones la ubicación remota de las familias incrementa los tiempos de traslados de las facilitadoras; y tercero, las facilitadoras deben asistir además a reuniones de capacitación y revisión de actividades con los Asistentes Técnicos de las Unidades Territoriales a las que pertenecen.

Otro aspecto importante para considerar son los horarios de trabajo no fijos bajo los cuales las facilitadoras realizan sus labores. En diversas entrevistas se recogió que son las facilitadoras quienes deben adecuarse a los horarios de las familias que atienden con el fin de lograr la participación de los cuidadores principales; en este sentido, por ejemplo, en regiones de la sierra se comentó que las facilitadoras debían realizar sus visitas en horarios a partir del medio día o durante los fines de semana para no interferir con las labores agrícolas de las familias, así mismo, debían tener en cuenta el calendario agrícola para conocer las fechas de siembra y cosecha para así poder establecer días de visita que no interfieran con las actividades económicas del hogar.

Es este conjunto de dificultades y retos los que, en opinión de los Asistentes Técnicos y Jefes de Unidades Territoriales, llevan a muchas facilitadoras a retirarse de sus labores en el programa y tomar otras, ya sea de forma particular o como parte de otro programa de atención infantil. Esto ocurre a pesar de los beneficios definidos en Ley General del Voluntariado que garantiza el acceso de los voluntarios de la comunidad a algunos beneficios —tales como capacitaciones



certificadas, acceso al seguro de salud pública (Seguro Integral de Salud, SIS), y una especial consideración para programa de becas. Según lo indagado en campo pareciera que el uso de estos beneficios no es generalizado.

De esta forma, en opinión de la mayoría de los actores entrevistados los estipendios otorgados a las facilitadoras deberían ser diferenciados según localidad y tomando en cuenta además las dificultades de acceso de algunas zonas y los costos adicionales en transporte que implican, así como los riesgos relacionados. Esta opinión es también recogida por el documento “Cómo apoyar al personal que trabaja en programas a gran escala dirigidos a la primera infancia: el caso del Servicio de Acompañamiento a Familias de Cuna Más en el Perú” de Early Childhood Workforce Initiative en colaboración con Grade (Josephson, K., Guerrero, G., y Coddington, C. 2017). En este, se menciona que las labores que llevan a cabo las facilitadoras en la mayoría de los casos toman más tiempo del establecido y que, en comparación con sus pares en los centros del Programa no Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI), que tienen requisitos de educación comparables y realizan aproximadamente el mismo número de horas, ganan aproximadamente un 50% menos²⁵.

4.1.4.3 Ganancia de eficiencias

Las ganancias de eficiencias del servicio de acompañamiento a familias, como ya se había mencionado al inicio de la presente sección, puede ser abordada de dos maneras: desde el ámbito más operativo de la intervención hasta el ámbito más estratégico de la intervención. Sin embargo, se advierte que en casi la totalidad de entrevistas realizadas se reconoce que el espacio para ganar eficiencias es muy pequeño.

Tomando en cuenta el ámbito más operativo del SAF, la principal ganancia de eficiencia debería provenir de limitar la rotación a nivel de facilitadoras y acompañantes técnicos. Como ya se ha visto, las intervenciones del tipo visita domiciliaria son intervenciones intensivas en mano de obra y por ende la mayor proporción de presupuesto es asignado a los estipendios de facilitadoras y salarios a acompañantes técnicos. Aun así, los montos recibidos son poco competitivos respecto a otros puestos en las localidades, ya sea como salario o estipendio. Como ya se había mencionado en el análisis de estipendios de las facilitadoras, un actor local con perfil similar al de las facilitadoras del SAF son los promotores educativos del PRONOEI. De acuerdo con lo señalado por los Acompañantes técnicos y miembros de las Unidades territoriales, usualmente aquellas facilitadoras con mejor rendimiento y que tienen mayor participación en la comunidad pueden ser captadas por el PRONOEI o postulan a ser promotoras educativas ya que brindan un mayor monto como estipendio. De esta manera, reducir costos podría implicar ajustar los montos entregados, con lo cual se desincentivaría aún más a personas con perfiles adecuados para los puestos de AT o facilitadoras.

A esto último se le adiciona un factor que se ha repetido en las cuatro unidades territoriales entrevistadas referido al costo adicional del transporte de los acompañantes técnicos. De manera particular, lo comentado en Ancash resulta relevante: tomando en cuenta que los acompañantes técnicos son los que más se movilizan dentro del territorio y fuera de él para poder alcanzar en la sede regional documentos de campo, reportes de monitoreo y fichas de registros. En algunos casos se ha reportado que los ATs usan movilidad propia (motos) para trasladarse, lo cual les

²⁵ Los promotores o animadores son educadores voluntarios en los centros del Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI). Usando un modelo similar de cogestión a Cuna Más, estos educadores son seleccionados de su comunidad, a menudo en zonas rurales o remotas. En 2015, el Ministerio de Educación elevó sus estipendios mensuales de S/320 a S/559. En el 2019, bajo la resolución viceministerial 017-2019-MNEDU, los estipendios aumentaron a S/700 en el ámbito rural.



genera un costo que no siempre está cubierto por el PNCM. Esto también desincentiva a los ATs y por ende promueve una alta rotación de acompañantes técnicos. Si bien no se tiene información del tiempo promedio que tiene un AT en los comités de gestión, de acuerdo a las entrevistas realizadas se menciona que esta rotación es alta y que, finalmente, genera altos costos debido a que (1) el tiempo para capacitar a los nuevos AT es alto, toda vez que componen un pilar importante en el funcionamiento del servicio y toma cierto tiempo adaptarse a las labores esperadas de un AT, (2) la adecuación de las facilitadoras a nuevos AT. Esto último es importante en tanto que, así como los niños crean un vínculo fuerte con las facilitadoras, ellas tienen un vínculo importante con los acompañantes técnicos. Los AT están en constante contacto con ellas, ya sea capacitándolas, viendo necesidades adicionales, acompañándolas para que el servicio brindado sea el mejor que puedan dar.

Otros espacios, aunque pequeños, de ganancia de eficiencias operativas está relacionado a la digitalización de la intervención. Sin embargo, esto va a ser posible siempre que las brechas de conectividad de las familias, facilitadoras y acompañantes técnicos sean menores, situación que no necesariamente se da en la actualidad.

Por otro lado, en el ámbito más estratégico de la intervención, el nivel de coordinación y articulación intersectorial son clave para ganar costo-efectividad en las intervenciones conjuntas. Tomando en cuenta que este tipo de intervenciones promueven la asistencia y uso de servicios, en este caso en particular, el de salud, es necesario que la promoción de este esté acompañada de una buena oferta de este y se articulen con intervenciones con el mismo objetivo intermedio. Garantizar ello, quizá no reduzca en su totalidad el costo de la intervención, pero potenciará los beneficios y eventualmente podría generar ahorros en inversiones futuras que puedan desarrollarse durante el ciclo de vida del niño. De esta manera es necesario desarrollar estrategias que involucren una participación activa de todos los sectores involucrados en el desarrollo infantil temprano, respetando las competencias asociadas a cada uno de los sectores (por ejemplo MINSa debería liderar la lucha contra la anemia y el MIDIS debería brindar todo el soporte operativo que se requiera dentro de su ámbito) y sobre todo que la estrategia sea comunicada de manera efectiva al nivel más cercano a la población (al nivel de centro poblado incluso). Tal como se comentó en las entrevistas con expertos, más allá de la atención oportuna de los niños, se debe tomar en cuenta el seguimiento a los niños. Para ello, el sector salud debería garantizar lo primero y, plantear la estrategia de seguimiento con los otros sectores (como MIDIS) para que de manera oportuna se detecten casos y puedan ser derivados al sector correspondiente. A este nivel, resulta relevante cómo es que el personal del primer nivel de atención coordina con otros actores locales de los distritos o centros poblados. Para ello, es aún necesario generar capacidades en los niveles de atención más pequeños y en los actores locales pertinentes, para generar los vínculos y niveles de coordinación adecuados que permitan operativizar la estrategia de manera óptima.

Finalmente, también en el frente estratégico, sería pertinente explorar en qué medida se pueden aprovechar mejor las tecnológicas de información, esto es, desarrollar alguna estrategia que implique capacitaciones y orientaciones no presenciales, como el uso de tablets, para acompañantes técnicos y facilitadoras. Asimismo, se podrían aprovechar plataformas ya desarrolladas, como Aprendo en Casa, para llevar mensajes relacionados a la salud y nutrición de las niñas y niños. El aprovechamiento de las TICs y la implementación de este tipo de estrategia debería lograrse sin reducir la calidad media del programa. Según entrevistas con expertos y literatura revisada, la evidencia relacionada a la prestación del servicio o intervención a través de tablets parece ser buena en programas de educación financiera. En el caso de anemia, sería importante indagar sobre alguna estrategia de este tipo, sin dejar de lado la generación de empatía entre facilitadoras y madres o cuidadores principales, pero que permita escalar la intervención.



4.1.5 Evaluación de sostenibilidad

En esta sección, la sostenibilidad será analizada en dos niveles (1) continuidad de la intervención y (2) sostenibilidad de los resultados alcanzados. Para el primer caso, de acuerdo con lo analizado a nivel documentario, de lo observado en campo y la información recogida en las entrevistas, se aproximarán las conclusiones relacionadas a la continuidad de la intervención y el escalamiento de la misma, considerando aspectos políticos, económicos, sociales y del diseño de la intervención. Asimismo, para el segundo caso se aproximarán las conclusiones desde la perspectiva de los actores involucrados, tomando en cuenta los resultados estimados a partir de la información secundaria. En ambos puntos, más que concluir dicotómicamente si la intervención es sostenible, se ensayan argumentos sobre los factores que necesarios para alcanzar sostenibilidad.

4.1.5.1 Continuidad de la intervención

El Servicio de acompañamiento a familias es una intervención iniciada en 2012 que tuvo como objetivo orientar en el cuidado del niño y niña a las madres usuarias con el fin de mejorar el desarrollo infantil temprano. Conforme ha ido avanzando en el tiempo, y las prioridades políticas, cambiando, los programas sociales se han ido adecuando a las mismas, ya sea ampliando el número de actividades o priorizando algunas otras.

En el caso particular del SAF, como ya se ha desarrollado en la sección de diseño, se aprovechó el trabajo del PNCM en niños menores de 36 meses para priorizar el tema de la anemia en la población a partir del 2017. Ya para ese año, el SAF con 5 años de participación, se estaba consolidando como una intervención que permitía mejorar el vínculo madre/padre – hijo, además de los resultados en el desarrollo de los niños (MIDIS, 2016). En la actualidad, ya con 7 años de implementación, si bien aún no todos conocen la intervención, hay una mayor difusión del servicio ya sea a través del mismo Programa o a través del boca a boca de ex usuarias del servicio. La efectividad del servicio bajo los ojos de la población es un elemento clave en la continuidad de este. Ello sumado a que la salud infantil sigue siendo prioridad del estado, resulta ser una oportunidad para el servicio de seguir creciendo con el fin de llegar a una mayor parte de su grupo objetivo.

Antes de poder hablar de la sostenibilidad de los resultados de la intervención, es necesario tomar en cuenta la continuidad del servicio. De esta manera, para poder analizar la continuidad, esta se puede abordar en dos niveles: la continuidad tal como se encuentra en la actualidad y la expansión del servicio a un mayor número de niños en distritos focalizados.

Tal como se desarrolla el servicio hasta el momento, y con el alcance de beneficiarios que tiene a la fecha, que el servicio se siga brindando de una manera adecuada depende de la asignación de recursos y, vinculado a ello, de la prioridad política relacionada al desarrollo infantil. Como ya se ha visto en la sección de eficiencia, el servicio de acompañamiento a familias es un servicio intensivo en mano de obra, esto es, necesita un número considerable de personas a nivel territorial para que sea brindado. De esta manera, la asignación presupuestaria debe ser tal que permita generar el incentivo necesario, sobre todo a nivel de facilitadoras y acompañantes técnicos, para atraer a personas que puedan brindar los servicios a una calidad mínima establecida. En este punto también es necesario resaltar que cada vez se ha ido reduciendo el sentido de participación voluntaria en la población, por ello, el nivel de involucramiento de los miembros de los comités de gestión puede ser bajo para lo esperado dentro del modelo de cogestión comunitaria. Ello constituye un factor clave ya que, bajo la premisa que los miembros de la junta directiva son autoridades reconocidas por los otros miembros de la comunidad, se espera que brindarle la prioridad al desarrollo infantil venga apoyado por la participación de estos



miembros reconocidos y superar rotaciones de personal de Cuna Mas (AT) y de facilitadoras. Una vez que la problemática y la preocupación por superarla sea común a la población de las comunidades, la continuidad de la intervención podría estar asegurada. Para poder llegar a ello, es necesario aun mejorar la modalidad de cogestión comunitaria, a través del fortalecimiento de capacidades y habilidades blandas de los miembros de los comités y generando incentivos, no necesariamente monetarios, para los actores comunales. Asimismo, la continuidad de la intervención también dependerá del fortalecimiento de la prestación del servicio ante cualquier tipo de eventualidad, tomando en cuenta que la población atendida es altamente vulnerable y que ante cualquier shock puede quedar altamente perjudicada. Esto último puede generar impactos negativos en la prioridad de las familias respecto a la salud infantil, lo cual ocasionaría la pérdida de familias usuarias.

Por otro lado, el escalamiento de la intervención es un tema que ya se ha ido evaluando ya que es una intervención que ha tenido resultados favorables, por lo menos en el caso de desarrollo infantil (MEF, 2016). Sin embargo, y como ya se ha visto en la sección de eficiencia, es un programa que implica una asignación de recursos elevada ya que descansa en el seguimiento personalizado de cada uno de los niños atendidos. Esto último genera altos costos no solamente monetarios, asociados a los salarios y estipendios asignados a los actores comunales, sino también no monetarios, ya que la búsqueda de perfiles que puedan cumplir con las funciones que hasta ahora se vienen cumpliendo, cada vez son más escasos. Para lograr objetivos bajo este último escenario, la cantidad de personal a movilizar y el nivel de articulación serán y tendrá que ser alto. Sin embargo, para realizar este escalamiento se pueden desarrollar, como se ha mencionado, metodologías para capacitaciones de manera virtual a acompañantes técnicos, actores comunales y miembros de las unidades territoriales. Asimismo, se podría encontrar algún canal, propio de cada ámbito de intervención, para llevar los mensajes clave del SAF y que este servicio realice las visitas necesarias para hacer el seguimiento de la aplicación de estos mensajes. Si bien la estrategia de escalamiento, como alternativa al SAF, fue la Meta 4 del Programa de Incentivos (ver sección 4.3), ésta aún se encuentra en el primer año de intervención y de manera preliminar se puede comentar que el desempeño de la Meta 4 del PI estaría también condicionado con el nivel de involucramiento de los gobiernos locales en la lucha contra la anemia, y, como ya se ha desarrollado en secciones previas, este involucramiento no es en todos los casos el esperado.

4.1.5.2 Sostenibilidad de los resultados alcanzados

A la fecha no se cuenta con resultados finales relacionados específicamente a la estrategia de lucha contra la anemia. Esto hace difícil argumentar sobre sostenibilidad de resultados sin verificar previamente los mismos, por lo que en esta sección se limita a mencionar la indagación que se ha hecho de manera conceptual.

Los supuestos detrás de las intervenciones del tipo visitas domiciliarias son diversos y, en el caso particular del SAF, como intervención para reducir la anemia infantil, dependen mucho de una adecuada coordinación y articulación intersectorial. Tomando en cuenta las distintas causas relacionadas a la anemia, no se puede garantizar que solo con el cambio de comportamiento de las madres o cuidadores principales, relacionado a la adherencia del suplemento de hierro, el niño o la niña podrá sostener en el tiempo los impactos en términos de la superación de anemia. Hay condiciones, como la calidad de la oferta de salud y de otros servicios públicos, que van a influir inevitablemente. Esa es la razón principal por la que, a pesar de que las visitas domiciliarias son un mecanismo adecuado de promoción de prácticas saludables, requiere complemento, sobre todo cuando el niño sale del grupo etario objetivo. Asimismo, vinculado a la sostenibilidad del cambio de comportamiento, esto es, que las familias una vez aprendidas las prácticas de cuidado, las apliquen de manera efectiva y sostenida en el tiempo, va a depender de su



seguimiento y monitoreo. Esto debido a que existe la posibilidad de que, mientras más tiempo pase de haber culminado la participación en el programa, mayor sea el descuido sobre la importancia de las prácticas de salud con el niño o niña. Considerando además que en cada etapa del niño las prácticas de cuidado pueden variar, será importante desarrollar algún mecanismo de monitoreo y seguimiento que asegure la implementación de prácticas de cuidado adecuadas en cada una de las etapas de crecimiento de la niña o niño.

4.1.5.3 Adaptación y continuidad del servicio ante el COVID 19

Ante el nuevo contexto Covid es necesario repensar de qué manera se puede abordar el programa para que la prestación siga ocurriendo y que genere los impactos esperados. Durante los primeros días en los que se decretó la cuarentena generalizada, se suspendió la prestación del servicio de manera presencial. Esto puede haber impactado de manera negativa en los aprendizajes hasta el momento obtenidos debido a que el modelo de intervención descansa en el contacto físico y empatía entre la facilitadora y la madre o cuidador principal del niño o niña. La estrategia adoptada luego de la suspensión del servicio fue la Estrategia temporal de vigilancia comunitaria no presencial (ETVCNP) la cual continuó hasta mayo de 2020. Dicha estrategia implicó que las facilitadoras y acompañantes técnicos entreguen información y orientación a través de mensajes de texto, WhatsApp, radios comunitarias y perifoneo local a madres, padres y cuidadores principales, sobre Desarrollo Infantil Temprano, Covid-19, salud y nutrición. A partir de junio de 2020 se aprueba el Plan de Implementación de la estrategia temporal de vigilancia comunitaria no presencial para el Desarrollo Infantil Temprano y se publica la Directiva “Prestación de servicios del Programa Nacional Cuna Más en contextos no presenciales”. En ella se desarrollan las estrategias a ser adoptadas para los dos servicios del PNCM e implica también un uso intensivo de TICs. Este escenario podría ser aprovechado para poder realizar evaluaciones que permitan ver qué procesos se ven favorecidos por esta estrategia y que puedan seguir dándose una vez que la situación se estabilice, y qué procesos podrían tener cuellos de botella y deberían ser reforzados.

Tomando en cuenta dicha situación, las opiniones²⁶ relacionadas a la continuidad del servicio y la adaptación del mismo van desde un mayor aprovechamiento de las TICs hasta un uso de ellas solo cuando sea necesario. En todos los casos, el uso de este tipo de herramientas va a cobrar importancia para la sostenibilidad de la intervención, toda vez que, como ya se ha mencionado, este tipo de intervenciones necesita de un constante acompañamiento a las familias.

El aprovechamiento de las TICs y la implementación de este tipo de estrategia debería lograrse sin reducir la calidad media del programa, la evidencia relacionada a la prestación del servicio o intervención a través de tablets parece ser buena en programas de educación financiera (Atanasio; Bird; Cardona- Sosa y Lavado, 2019). En línea con el uso intensivo de TICs, se sugiere aprovechar la plataforma de Aprendo en Casa para impartir información relacionada a anemia a las familias y que las capacitaciones se puedan hacer vía tablets hacia las facilitadoras, familias usuarias y acompañantes técnicos. Esto a su vez podría reducir algunos costos e incrementar el número de usuarios atendidos con lo cual podría facilitar el proceso de escalamiento. Sin embargo, se identifican tres riesgos en esta adaptación: por el lado de la demanda, i) el contenido tendrá que ser simple para que las usuarias (madres o cuidadores principales) entiendan el mensaje y ii) capacitación en el uso de la tecnología, más allá de la conectividad, se necesitaría computadoras ya que los contenidos podrían estar grabados; y por el lado de la oferta, iii) los niños deben poder ser atendidos en establecimientos de salud para recibir el suplemento de hierro.

²⁶ El panel de expertos está compuesto por: Carolina Trivelli, Paola Bustamante, Pablo Lavado, Carlos Bardales y Juan Pablo Aparco.



Contrario al uso intensivo de las TICs en este tipo de intervenciones, las posturas respecto a continuar con un modelo presencial resaltan que es necesaria la generación de empatía para realizar el acompañamiento. Pasar de un modelo presencial a uno virtual carecería de dicha relación, con lo cual no se podría alcanzar los resultados esperados. La pandemia ha generado distintos efectos: la suspensión de las intervenciones, problemas de abastecimiento de gotas en los centros de salud, el rechazo de algunas familias de ir al establecimiento de salud y el empobrecimiento de las familias. Con ello, en el corto plazo, tal como se señaló en entrevistas con expertos, se debería pensar en una adaptación operativa temporal del programa, la cual brinde un paquete específico que responda a la emergencia, atendiendo las limitaciones previamente mencionadas. Sin embargo, superada la pandemia volver a una estrategia presencial o semipresencial. Esta última podría aprovechar la plataforma de Aprendo en Casa para transmitir mensajes clave o seguimiento telefónico, pero de manera complementaria a las visitas que asegurarían la empatía y confianza. En general, para aquellas nuevas familias usuarias, realizar un protocolo de visitas presenciales, con mayor frecuencia al inicio de la intervención para generar la empatía necesaria y que luego el seguimiento pueda hacerse de manera semipresencial.

4.2 Meta 4 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal 2019

4.2.1 Evaluación de diseño

En esta sección se evalúa los puntos relacionados al diseño tales como: (1) alineamiento de los objetivos de la intervención con la política nacional, (2) el modelo lógico e (3) indicadores propuestos por los formuladores de la intervención, (4) las adecuaciones realizadas para las diferentes zonas geográficas, (5) el diseño operativo de las visitas domiciliarias bajo Meta 4, y (6) la transversalidad de los enfoques de derechos humanos en Meta 4. Para conocer las preguntas evaluativas que son respondidas a lo largo de esta subsección, se recomienda visualizar nuevamente la **Tabla 5**.

En lo que refiere al alineamiento de los objetivos, se analiza, por un lado, cómo la intervención se articula dentro de la política nacional de lucha contra la anemia, y por otro, si sus objetivos se encuentran alineados con la misma. En el segundo caso, a partir de la revisión documentaria se indagará por el modelo lógico de la intervención. Ello implica determinar si los encadenamientos lógicos son claros, y si se han establecido riesgos y supuestos para la cadena de resultados. Asimismo, se clasifica la evidencia científica tomada en cuenta para sustentar la lógica causal que enmarca a la intervención de visitas domiciliarias de Meta 4. En cuanto a los indicadores, a partir del modelo lógico implícito estructurado, se analiza cada uno de estos a través de los criterios SMART. Respecto a la adecuación de la intervención, se busca evaluar como el diseño de la intervención incorpora adaptaciones específicas a la diversidad de población atendida y en qué medida se ha dado o ha ido dando dicha adecuación, para lo cual se tomará en cuenta tanto las estadísticas a nivel de información secundaria, y la información primaria recopilada en campo. En el punto 5 se detallará todo el diseño operativo planteado por los formuladores para llevar a cabo correctamente la visita domiciliaria de Meta 4 del PI, ya sea objetivos de la visita, contenidos o mensajes clave, etapas de la visita y recomendaciones para su adecuada ejecución. Finalmente, de la revisión de documentos de diseño, se permitirá observar si la intervención ha tomado en cuenta un enfoque de derechos humanos, de manera particular, respecto a equidad, género, interculturalidad e inclusión.



4.2.1.1 Alineamiento con la Política Nacional de Lucha contra la Anemia

Previamente, en la **sección 2.2** se desarrolló y analizó de forma extensa todo el marco de la política pública de lucha contra la anemia, identificándose que esta problemática ha pasado de ser un objetivo intermedio y secundario, a un objetivo central y general dentro de las políticas, planes y/o programas nacionales.

Una política clave que se formuló previo al desarrollo de los planes nacionales de lucha contra la anemia fue el Programa Articulado Nutricional (PAN). Este es un programa presupuestal implementado en el 2008, el cual define como problemática central a la desnutrición crónica infantil, incorporando a su vez a la anemia como indicador de uno de sus resultados intermedios, denominado “Mejora en la alimentación y nutrición del menor de 36 meses”. Es por ello, que, con este indicador de seguimiento, se establece un nexo conceptual indirecto entre la anemia y la desnutrición, planteándose, por ende, algunas actividades asociadas a la promoción de prácticas alimentarias, adherencia a la suplementación, entre otros. En otras palabras, en lo que respecta al PAN, la anemia es una problemática intermedia, la cual se fue anexando y tomando relevancia dentro del mismo, pero sin llegar a ser el punto central por solucionar. La implementación del PAN coincidió con el hecho que la desnutrición crónica en el país tuviera resultados bastante positivos, reduciendo notablemente el indicador de prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años en 10 puntos porcentuales en solo 7 años²⁷. Sin embargo, el Sector Salud, ente a cargo de este programa, notaba que el indicador de anemia no tenía los resultados favorables que sí lo tuvo la desnutrición crónica. Entonces, bajo un extenso análisis de evidencia, se determinó que tanto la anemia como la desnutrición crónica se encuentran estrechamente relacionados, pero no necesariamente tenían las mismas causas que generaban el problema en los infantes.

Por ello, es a partir del año 2017 cuando la anemia tomó mayor relevancia dentro de los objetivos nacionales, materializándose- en un primer momento- con el “Plan Nacional para la reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil 2017-2021”, siendo el Ministerio de Salud, la entidad a cargo de su formulación. En su documento técnico, enfatiza, a través del objetivo estratégico N° 01, que la entrega de los suplementos de hierro para las familias, deben estar acompañados de una consejería, en la cual se transmita información sobre cómo consumir adecuadamente estos suplementos. El mecanismo planteado para llevar a cabo esta consejería fueron las visitas domiciliarias (Actividad N° 05). Entonces, como en el PAN ya eran mencionadas las estrategias de visitas domiciliarias, las cuales, hasta ese entonces, apuntaban a dar consejerías sobre lactancia materna, prácticas de higiene, suplementación de hierro, o cuidado infantil, el MINSA decide enmarcar a la Actividad N° 05 del OE 01 de la Política Nacional en el Producto “Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses” del Programa Articulado Nutricional. De esta forma, ambas políticas quedan articuladas, al menos en la estrategia de visitas domiciliarias.

Al año siguiente, se planteó un trabajo articulado entre los diversos Ministerios- liderado por el MIDIS- a través del “Plan Multisectorial de lucha contra la anemia”. Aquí también se estableció como finalidad central y objetivo general reducir y prevenir la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Dentro de todo ello, en los lineamientos del Plan Multisectorial, se propuso integrar al Programa de Incentivos Municipales dentro de la estrategia nacional de lucha contra la anemia, con el fin de involucrar a los gobiernos locales en las distintas intervenciones, dada su injerencia directa en la población (CIAS, 2018²⁸); de esta manera, se estableció un equipo de trabajo a finales del 2018 para planificar cómo incluir dentro del PI los lineamientos

²⁷ De 23.2% en 2010 a 13.1% en 2016. Fuente: INEI – ENDES.

²⁸ Capítulo 5. Componentes estratégicos. Apartado 4 - Alineamiento de los incentivos por resultado.



actualizados para combatir la anemia infantil propuestos en ambos Planes. La propuesta de meta quedó a cargo del Sector Salud, el cual incluiría como actividad principal a las visitas domiciliarias y vincularía la meta al Programa presupuestal Articulado Nutricional (instrumento base en cuestión de nutrición infantil a cargo del Sector Salud), ya que- según la lógica del PI- los Incentivos presupuestales deben estar vinculados a la ejecución de los productos necesarios para el logro de los resultados planteados en los Programas presupuestales, sin trasgredir el marco de las competencias municipales (DGPP, 2018²⁹).

En tal sentido, la Meta 4 del PI queda definida como un instrumento adicional o propuesta del sector Salud para la lucha contra la anemia infantil a nivel nacional. En su diseño no se determinaron objetivos específicos de reducción de anemia como resultado esperado de la intervención propuesta, ya que -como se verá más adelante- la cadena causal que se planteó estuvo enfocada a un resultado intermedio de cambio de comportamiento en las familias; sin embargo, el PAN sí realiza una estimación de las metas proyectadas de la prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad para los años 2019 en adelante, pero con un ajuste de las metas planteadas en ambos Planes como se muestra en la **Tabla 29**:

Tabla 29: Metas proyectadas de prevalencia de anemia infantil a nivel nacional

| Plan o Programa | Metas proyectadas (%) | | | |
|---------------------|-----------------------|------|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Plan Multisectorial | 42.0 | 39.0 | 30.0 | 19.0 |
| Plan Nacional | 33.2 | 28.5 | 23.8 | 19.0 |
| PAN | 37.9 | 33.2 | 28.5 | 23.8 |

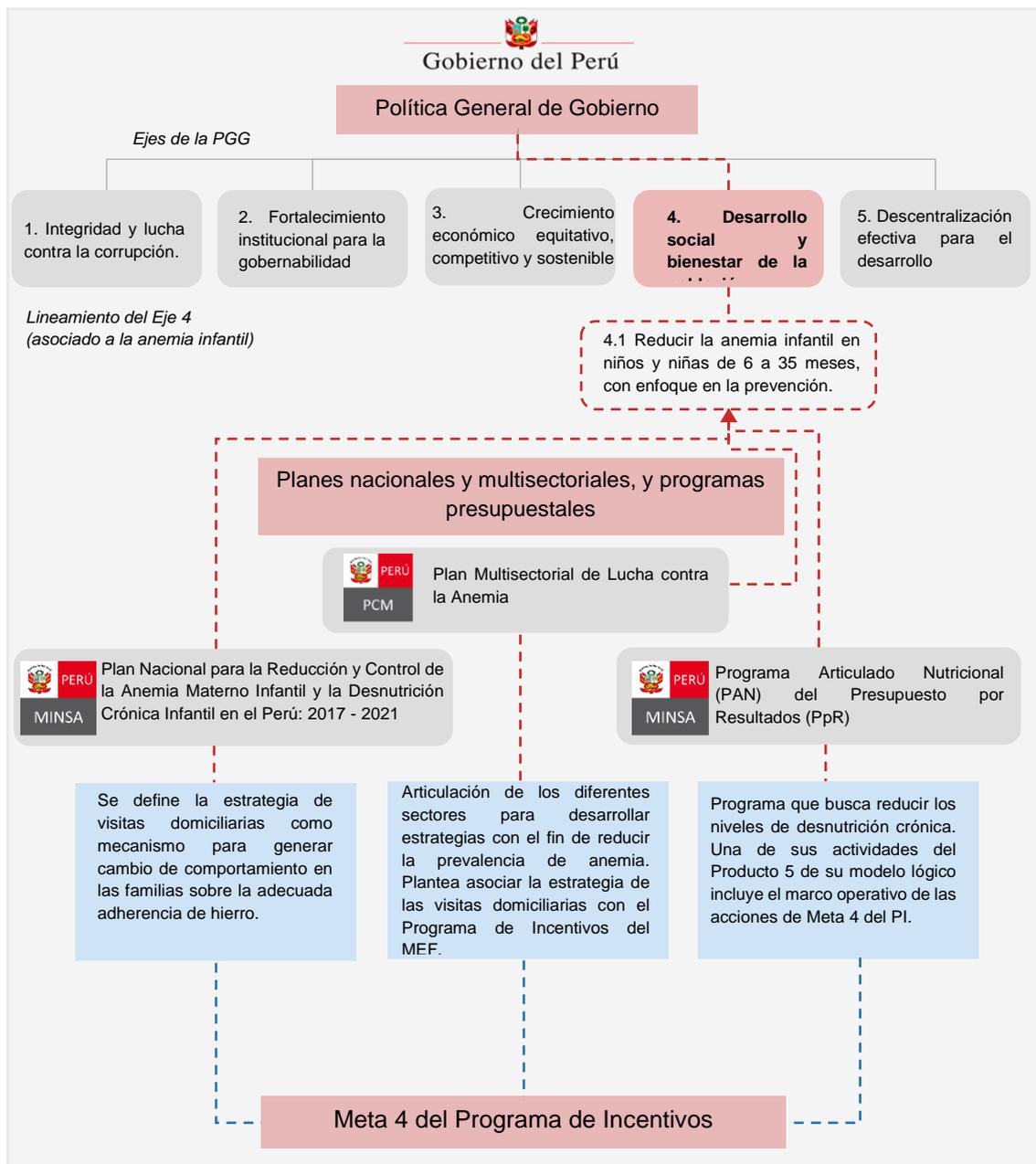
Fuente: Plan Multisectorial de lucha contra la anemia. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil 2017-2021. Anexo 02 Programa Articulado Nutricional.

De esta manera, a modo de resumen, la intervención propuesta de la Meta 4 en el marco del PI queda alineada en primera instancia al “Plan Nacional para la reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil 2017-2021”, ya que la estrategia de realizar visitas domiciliarias enfocado a menores de 12 meses para asegurar el consumo adecuado del suplemento de hierro nace a partir de esa política. De esta forma, los objetivos de Meta 4 se integran al objetivo de reducción de anemia mediante la realización de la Actividad N° 5 correspondiente al logro del Objetivo Específico N° 1 (ver detalle en **sección 2.2.5**). Asimismo, con el Plan Multisectorial, esta estrategia de visitas domiciliarias es vinculada y anexada al Programa de Incentivos del MEF, por lo que también es alineada a esta política. Y por último, la operativización de Meta 4 es enmarcada en la tercera actividad del Producto 5 del PAN (ver **Ilustración 8**), de tal modo que sea anexada al programa presupuestal y a sus objetivos. Para una mejor apreciación de cómo los objetivos de esta intervención se alinean con los objetivos de la política nacional de lucha contra la anemia, ver la siguiente ilustración.

Ilustración 40: Alineamiento de Meta 4 del PI en la política nacional

²⁹ Dirección General de Presupuesto Público (2018). Marco conceptual del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal.





Elaboración: Macroconsult.

4.2.1.2 Modelo Lógico

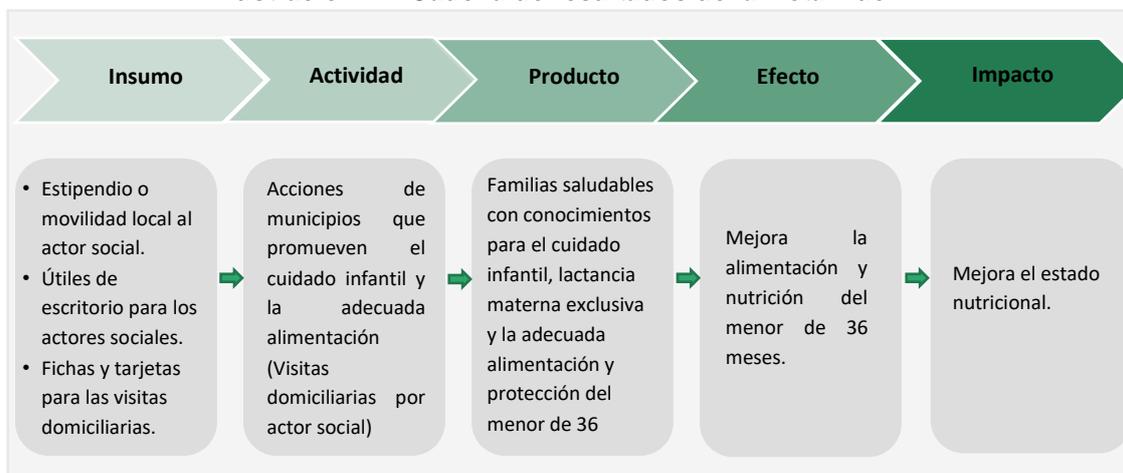
Para esta subsección es importante mencionar que el documento de diseño “Propuesta Técnica Meta 2020”³⁰ según la información puesta a disposición para el análisis este es el único instrumento que dentro de los lineamientos de la intervención contiene un esquema de cadena de resultados para las acciones de la Meta bajo análisis (ver **Ilustración 41**). Se entiende que esta cadena de resultados, debido a su alto grado de vinculación con el tema nutricional, es construida y determinada a partir del marco lógico que plantea el programa presupuestal que busca el desarrollo integral nutricional de todos los menores de 5 años, es decir, el Programa Articulado Nutricional. En un primer análisis, este modelo lógico solo presenta la jerarquía de objetivos de la intervención, pero no se desarrollan los indicadores, medios de verificación ni

³⁰ Lineamientos que son aprobados mediante Resolución Directoral y se encuentran en concordancia con el Marco Conceptual y la normativa aplicable al PI.



supuestos para cada uno de los puntos de la lógica vertical, es decir no existe expresamente una matriz de marco lógico. En otras palabras, basado solamente en este instrumento se habría desarrollado un modelo lógico que orienta las acciones propuestas de la Meta 4 a los resultados esperados de la misma, pero sin establecer una lógica horizontal de la intervención.

Ilustración 41: Cadena de resultados de la Meta 4 del PI



Fuente: Propuesta técnica Meta 4 - 2020³¹. Elaboración: Macroconsult.

Según la lógica de este modelo definido por el MINSA, la intervención contribuye a la disminución de la desnutrición crónica generando efectos en la mejora de la alimentación y nutrición del menor de 36 meses. Asimismo, para lograr ese cambio deseado sobre la alimentación y nutrición, se apunta a generar conocimiento en las familias, sobre el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses. En ese sentido, se define a la visita domiciliaria como acción o tarea de los municipios, medio por el cual se impartirá conocimiento en las familias ocasionado en estas un cambio favorable en el cuidado infantil y en su alimentación. Por último, para llevar a cabo la actividad de las visitas domiciliarias a través de un actor social, se estructuran tres insumos necesarios: a) estipendio o movilidad local para el actor social, como estimulante para el ejecutor de la visita domiciliaria, b) útiles de escritorio para los actores sociales, y c) fichas y tarjetas para las visitas domiciliarias. Los dos últimos, b) y c) son herramientas de trabajo para el cumplimiento de las visitas domiciliarias.

En otras palabras, invirtiendo el análisis narrativo de la intervención, se identifica como base 3 insumos necesarios para la ejecución de las actividades que establece la Meta 4. La correcta gestión de estos insumos garantizará las **Acciones de las municipalidades para promover el cuidado infantil y la adecuada alimentación** y, con ello, generar **Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses**. Finalmente, se espera que dichos conocimientos generados en las familias tengan un efecto en la **Mejora de la alimentación y nutrición del menor de 36 meses** a través del cambio en el comportamiento, con la finalidad última de contribuir al impacto en la **Disminución de la desnutrición crónica infantil**.

Sin embargo, se precisa que el resultado de impacto esperado, al ser recogido de la cadena causal que engloba a todo el PAN, se asocia directamente con la desnutrición crónica, pero dada las actividades de la intervención, también se espera contribuir al objetivo final de disminuir los niveles de anemia en los infantes. Es cierto que la mejora del estado nutricional del menor involucra necesariamente a la mejora de los niveles de hemoglobina en el menor, pero esta

³¹ La Propuesta técnica para el año 2019 presenta el mismo modelo lógico, pero el documento no lo muestra de manera explícita como sí lo hace la Propuesta para el 2020.



mejora debería quedar explícita dentro del modelo lógico como impacto asociado a la intervención.

Analizando lo planteado como propósito de la intervención (efecto), lo que se espera es generar un cambio en el comportamiento de las familias beneficiarias para mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, este cambio de comportamiento implica prácticas saludables de cuidado e higiene, así como otorgar al menor una mejor alimentación, con énfasis en lograr la correcta adherencia de hierro para la prevención y el tratamiento de la anemia.

La cadena causal del producto con el efecto esperado de esta intervención tiene amplia evidencia científica tal y como se menciona en la **sección 2.1**. Sin embargo, existe cierta diferencia entre la población objetivo sobre la que se desea generar cambios (hasta 35 meses) y la población efectiva atendida a través de las visitas domiciliarias (hasta 11 meses). La razón de esa diferencia se debe a que el producto e impacto de la cadena de resultados son extraídos del marco lógico del PAN, y este al abarcar una problemática mucho más amplia, consecuentemente aborda a una población mucho mayor; mientras que dada la actividad puntual de Meta 4 de hacer un seguimiento en la adherencia del consumo de hierro, focaliza solo a los niños y niñas menores del año de nacidos, ya que el periodo de los primeros 11 meses de edad es clave para el aprovechamiento de los nutrientes en el crecimiento y desarrollo nutricional de los y las infantes.

Entonces a modo de resumen y extrayendo la lógica causal de la intervención, se puede decir que (1) con las visitas domiciliarias se busca impartir conocimientos en las familias para que a partir de ellos pueda ocurrir un cambio en el comportamiento de los cuidadores en cuanto a cuidado infantil, lactancia materna exclusiva, adecuada alimentación y correcta adherencia de hierro, siendo esta última sobre la que más se busca incidir. Una vez obtenido ese cambio de comportamiento, (2) se espera contribuir en la reducción de la anemia en los infantes objetivo. La evidencia de estas dos líneas causales ya es abordada en la **sección 2.1**, por lo que solo nos enfocaremos en indagar en la literatura que han empleado los diseñadores para sustentar estas líneas causales y que brechas se pueden identificar entre lo utilizado en el diseño y la evidencia recopilada previamente para este informe.

Según algunos formuladores de la intervención, indican que, para construir la cadena de resultados bajo análisis, además de basarse en lo trabajado por el PAN, se revisó parcialmente evidencia científica que les permita fundamentar su modelo lógico. Sin embargo, en los documentos de diseño exclusivos de la Meta 4 no se encontró literatura científica que respalde de forma explícita al modelo lógico planteado, por lo que no es posible saber la calidad de la evidencia utilizada para la elaboración de la teoría de cambio. Ante ello, lo que sí se puede evaluar, son los estudios empleados en el PAN que guarden algún tipo de relación, primero, con la lógica de que las visitas domiciliarias generan cambio de comportamiento, y segundo sobre la lógica de como las buenas prácticas de higiene, alimentación saludable y adherencia de suplementos contribuyen a la reducción de la anemia.

El Anexo N° 02 del PAN es un documento muy bien trabajado en el cual se fundamenta a través de numerosos estudios e investigaciones las diferentes líneas causales que plantea su modelo conceptual, por lo que presenta un nivel de evidencia A1 en la mayoría de sus estudios, los cuales son de tipo metaanálisis, cuasiexperimental, experimental y observacional. Pero si acotamos el análisis de la evidencia utilizada para las dos líneas causales de interés ya mencionadas, la literatura se reduce considerablemente, por lo que a continuación enumeraremos la evidencia vinculada a los temas de anemia según los tipos de estudios mencionados.

a. Metaanálisis



En cuanto a estudios de metaanálisis, en primer lugar, está el estudio de Sinha y otros (2015) cuyo objetivo fue generar evidencia de los efectos de intervenciones relacionadas a la lactancia materna cuando se entregan en cinco escenarios, incluyendo el entorno familiar y del hogar; los resultados mostraron que las consejerías brindadas en los hogares incrementaron las tasas de inicio temprano de lactancia materna y, además, tuvieron un efecto significativo en promover cualquier tipo de lactancia. Asimismo, se tiene un estudio de revisión sistemática elaborado por De Oliveira (2001) que también abordó las intervenciones disponibles para prolongar la duración de la lactancia materna que se llevaron a cabo en los hogares de las madres, unidades de atención primaria de salud, clínicas y en la comunidad; uno de los resultados identificó que las intervenciones más efectivas durante la etapa prenatal correspondían a las sesiones de grupo, mientras que durante la etapa postnatal las intervenciones llevadas a cabo a través de visitas domiciliarias fueron las más efectivas.

b. Experimentales

Con relación a los estudios experimentales, se tiene a Penny y otros (2005) cuyo objetivo fue mejorar las prácticas de alimentación complementaria y nutrición infantil en base a una intervención educativa que comprendió sesiones grupales, folletos informativos y visitas domiciliarias. Dentro de los resultados, se encontró que mejoraron las prácticas de diversidad de alimentos, frecuencia de las comidas y de higiene en el grupo que recibió la intervención y, además, los recién nacidos en este grupo ganaron 0.22 kg más de peso y ganaron 0.66 cm más de largo en comparación a los del grupo de control. Por otro lado, los estudios de Akram y otros (1997) y Luby y otros (2005) analizaron el efecto de intervenciones sobre prácticas de lactancia materna y lavado de manos respectivamente, en los cuales se realizaron visitas domiciliarias a las familias, con la finalidad de brindar los conocimientos y recomendaciones necesarios sobre la correcta ejecución de dichas prácticas; en ambos estudios, se concluyó que las respectivas intervenciones habían incrementado las prácticas saludables de cuidado infantil en las familias y, particularmente en el segundo estudio, se había disminuido la incidencia de enfermedades como la diarrea y el impétigo en las niñas y niños del grupo de intervención respecto a los del control.

c. Observacionales

En cuanto a estudios observacionales, Hoyer y otros (2000) elaboró una investigación que pretendía mejorar las prácticas de lactancia materna en madres que recibieron instrucciones escritas a través de visitas domiciliarias cada tres meses por una enfermera de campo hasta que el menor cumpla el primer año de vida. Los resultados del estudio fueron comparados con un estudio base elaborado en años anteriores y mostraron que todos los parámetros observados fueron mejores en el estudio actual.

d. Cuasi experimental

En lo que respecta a estudios cuasi experimentales, el documento presenta algunas investigaciones que tuvieron como objetivo evaluar intervenciones sobre determinados factores críticos para mejorar la nutrición infantil, tal como la educación en LME (Froozani y otros, 1999), pero ninguna muestra evidencia directa sobre la inclusión de las visitas domiciliarias como intervención pertinente para el desarrollo de estas prácticas de cuidado infantil.

Entonces, a partir de lo desarrollado, se concluye que el documento del PAN sí recoge investigaciones que respaldan la lógica de que las visitas domiciliarias generan cambio de comportamiento en las diversas prácticas de cuidado infantil. Sin embargo, la revisión de literatura del PAN no desarrolla estudios que asocien directamente a la estrategia de visitas



domiciliarias con el tema de anemia en infantes, secuencia sobre la que sí existe evidencia según lo comentado en la subsección de teoría de cambio.

4.2.1.3 Indicadores

Dentro del marco de la intervención de la Meta 4 se utilizan dos grupos de indicadores. El **primer grupo corresponde al nivel operativo**, ya que son los indicadores que les permite a los diseñadores (MEF, MINSA) evaluar el desempeño de las acciones locales de las municipalidades en torno a la Meta. Con estos indicadores de evaluación operativa, y con la definición de un puntaje mínimo de aprobación, se podrá conocer qué municipalidades, al final de cada año, acceden al beneficio presupuestal del Programa de Incentivos.

Mientras que, **el segundo grupo refiere al conjunto de indicadores de seguimiento local** que permite a las municipalidades poder identificar fortalezas y puntos críticos por solucionar, así como plantear modificaciones de mejora en su gestión de las VD por actor social. Cabe precisar que este último grupo de indicadores son trabajados por la Oficina de Gestión de la Información (OGTI) del MINSA sobre la base de la información de las DIRIS/DIRESA/GERESA y son distribuidos a los municipios para su respectivo análisis en la IAL, donde su Secretaría Técnica tiene la responsabilidad de analizar periódicamente su avance, con el propósito de identificar puntos críticos a solucionar.

Entonces, por un lado, los indicadores elaborados para evaluar las actividades operativas de los municipios para la versión 2019 de la Meta 4 son:

- a) Resolución de alcaldía para conformación de los integrantes de la IAL.
- b) Porcentaje de niños y niñas de 4 a 5 meses que reciben visitas domiciliarias oportunas y completas.
- c) Porcentaje de niños y niñas de 6 a 11 meses con anemia que reciben visitas domiciliarias oportunas y completas.

Y los indicadores de seguimiento local son:

- 1) % de niñas y niños de 4 meses que reciben gotas de hierro
- 2) % de niñas y niños de 6 a 11 meses con tamizaje de anemia
- 3) % de niñas y niños de 6 a 11 meses con diagnóstico de anemia
- 4) % de niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia que inician tratamiento con jarabe o gotas
- 5) % de niñas y niños de 6 a 8 meses que reciben una sesión demostrativa de alimentos
- 6) % de niñas y niños menores de 12 meses con control de crecimiento y desarrollo completo para la edad
- 7) % de niñas y niños menores de 12 meses con vacunas completas para la edad
- 8) % de niñas y niños de 4 a 5 meses que reciben una VD/AS al mes
- 9) % de niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia que reciben 3 VD/AS al mes

Queda claro que los indicadores que cuantifican el nivel de cumplimiento de las VD aparecen en ambos grupos, ya que sirve para evaluar a las municipalidades, así como instrumento de seguimiento para que los municipios conozcan sobre el progreso de los resultados que van obteniendo en su ámbito de acción. Asimismo, los siete indicadores restantes de seguimiento corresponden a indicadores institucionales de cobertura y producción que maneja el sector Salud y, por tanto, su fuente de información es el HIS. Además, estos nueve indicadores tienen dos medios de verificación: por un lado, tanto la IAL como los responsables sectoriales del programa pueden verificarlos a través del registro en el Aplicativo informático y, por otro lado, el público en



general puede acceder a ellos a través del Repositorio Único Nacional de Información de Salud (REUNIS) que el MINSA pone a disponibilidad en su web³².

Una diferencia notoria entre estos dos grupos de indicadores es que el grupo de corte operativo poseen fichas técnicas contempladas en el documento de diseño denominado “Propuesta Técnica Meta 4” versión 2020³³; mientras que para el grupo de indicadores de seguimiento local al tener una finalidad de proporcionar información referencial a las municipalidades sobre el progreso de sus distritos o provincias, no cuentan con dichas fichas técnicas.

Siguiendo con el análisis comparativo de estos dos grupos de indicadores, podemos mencionar que los indicadores operativos pueden asociarse directamente con las actividades de la cadena de resultados de la intervención (**Ilustración 41**), información definida en los documentos técnicos de diseño. Caso contrario sucede con los indicadores de seguimiento local, ya que para estos, en los documentos de diseño, no se establece un nexo explícito con los niveles de la lógica vertical de la Meta 4. No obstante, la podríamos asociar imperfectamente con el nivel de Actividad y Producto de la cadena de resultados (**Ilustración 41**), ya que en líneas generales algunas son de índole operativa, otras son de resultado inmediato de la implementación (producto), y otras son de vínculo poco relacionadas con las actividades de la Meta (como por ejemplo el indicador de vacunas completas).

En base a ello, se puede interpretar que los indicadores establecidos dentro del marco de Meta 4 no tienen una correspondencia perfecta con la cadena de resultados propuesta por MINSA, ya que explícitamente no se vinculan indicadores para todos los niveles de la cadena de resultados, sobre todo para los niveles de Efecto e Impacto del modelo lógico (**Ilustración 41**). En ese sentido, debido a la cantidad insuficiente de indicadores para una completa medición y evaluación de la intervención, es necesario complementarlos con otros indicadores que midan el efecto en cambios de comportamiento e indicadores que miden la evolución de la anemia. para que de alguna manera pueda realizarse un adecuado monitoreo de la intervención en todos sus niveles de su lógica vertical.

Aquí sugerimos que el programa corrija este hecho adoptando los indicadores ya desarrollados por los planes nacionales (Plan Multisectorial, Plan Nacional de Lucha contra la Anemia y el PAN) de cambio de comportamiento y reducción de los niveles de anemia. Para ello, es perfectamente factible la adopción de indicadores ya formulados en el instrumental multisectorial. Las alternativas que podrían tomar los formuladores sobre el cómo adoptar estos indicadores es, o bien con la elaboración de una matriz de monitoreo sobre los indicadores que van resultando de los planes, o bien con la elaboración de una matriz de marco lógico, haciendo esos indicadores como parte de la Meta 4. A continuación, se enlistan algunos indicadores definidos en los planes nacionales que podrían servir de complemento para la evaluación de la cadena de resultados del programa (propósito e impacto):

- Indicadores multisectoriales de cambio de comportamiento (asociado al propósito de la intervención)
 - Porcentaje de niñas y niños de 120 +/- 10 días de edad que reciben gotas.
 - Porcentaje de niñas y niños con anemia de 6 a 11 meses que reciben tratamiento con jarabe o gotas.
- Indicadores multisectoriales de anemia (asociado al impacto de la intervención)
 - Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con anemia.

³² Página web: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/>

³³ Según MEF, estos indicadores fueron analizados bajo los criterios SMART para su ingreso a la Meta 4 de PI.



Posterior a ello, considerando el marco del programa, se procederá a analizar los indicadores operativos (**Tabla 30**) y los indicadores de seguimiento (**Tabla 31**) bajo los criterios SMART³⁴. En lo que respecta a los criterios SMART, para categorizar y calificar a los indicadores, se establece lo siguiente: si el indicador llega a cumplir todos los criterios, la celda será de color verde; caso contrario, si el indicador cumple con 3 o 4 criterios, la celda será de color amarillo; y por último, si el indicador cumpliera con solo 1 o 2 criterios, la celda estará de color rojo. Como se comentó previamente solo conto con fichas de los indicadores operativos, por lo que en el caso de los indicadores de seguimiento el análisis es solo referencial y con información parcial. Se recomienda replicar este análisis con información completa y eventualmente cuando se encuentre estructurada con los indicadores de orden superior (cambio de comportamiento y resultados). Entonces, para la **Tabla 30**, tal como se presenta, de los tres indicadores relacionados a los productos esperados para la Meta 4, solo dos cumplen con todos los criterios SMART, los cuales corresponden a los indicadores de cumplimiento de las VD. Por su parte, el indicador de conformación de la IAL, debido a que cuenta con un medio de verificación único que se realiza a través de una resolución de alcaldía y padrón sectorizado registrado en el aplicativo informático podría no estar midiendo la verdadera conformación del organismo local, ya que una simple documentación municipal no garantiza dicho acto.

³⁴ La versión de criterios SMART que ha sido aplicada para este informe corresponde a lo desarrollado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP) en su Handbook on Planning, Monitoring and Evaluation for Development Results.



Tabla 30: Indicadores de seguimiento operativo Meta 4

| Indicador | Relevante (1) | Específico (2) | Medible (3) | Alcanzable (4) | Plazo determinado (5) | SMART | Comentario |
|--|---------------|----------------|-------------|----------------|-----------------------|-------|--|
| Fuente de información: Aplicativo informático | | | | | | | |
| Resolución de Alcaldía para conformación de los integrantes de la IAL | | x | x | X | x | | Para el caso de este indicador, cumple con todos los criterios SMART, a excepción del criterio de relevancia. En (2) se encuentra delimitado a las municipalidades con Meta 4, (3) su medición resulta sencilla dado que es una variable dicotómica sobre si cumple o no con la resolución, (4) tienen una meta definida que debió lograrse hasta una fecha específica del 2019, la cual es plenamente razonable de cumplir, y (5) la información necesaria para su medición proviene del aplicativo informático de la Meta 4. En cuanto al criterio que no cumple, (1) este indicador de evaluación podría no estar midiendo de forma exacta que el IAL opere adecuadamente. |
| Indicadores de producto / componente | | | | | | | |
| Porcentaje de niños y niñas de 4 a 5 meses que reciben visitas domiciliarias oportunas y completas. | x | X | x | X | x | | Este indicador de producto sí cumple con todos los criterios SMART, en cuanto (1) es relevante para medir la cantidad de niños y niñas que reciben oportuna y completamente las visitas domiciliarias, (2) se encuentra acotado a la población objetivo de 4 a 5 meses, (3) su medición es sencilla ya que mide la proporción de menores con visitas oportunas y completas respecto al total de la población objetivo, (4) las metas están definidas y son diferenciadas según tipo de municipalidad y (5) la información se recopila directamente del aplicativos informático que utiliza la Meta 4. |



| Indicador | Relevante (1) | Específico (2) | Medible (3) | Alcanzable (4) | Plazo determinado (5) | SMART | Comentario |
|---|---------------|----------------|-------------|----------------|-----------------------|-------|---|
| Porcentaje de niños y niñas de 6 a 11 meses con anemia que reciben visitas domiciliarias oportunas y completas | x | X | x | X | x | | De igual modo, este indicador cumple con todos los criterios SMART, en la medida que (1) es relevante para medir el total de niños y niñas con anemia que reciben visitas oportunas y completas, (2) se encuentra delimitado a la población objetivo de 6 a 11 meses con anemia, (3) su medición es clara al tratarse de una proporción de menores con visitas oportunas y completas respecto al total de la población objetivo, (4) las metas están definidas y también se encuentran diferenciadas según tipo de municipalidad y (5) la información necesaria para su estimación se obtiene directamente del aplicativo informático de la Meta 4. |

Elaboración: Macroconsult.

Asimismo, al igual que para los indicadores operativos, se realizará el mismo análisis según los criterios SMART para los indicadores de seguimiento con que cuenta el programa, el cual se describe en la **Tabla 31**, en donde se han dividido los indicadores según la fuente de información. Para este caso, no serán desarrollados los indicadores de desempeño sobre la operativización de las visitas domiciliarias, debido a que estos ya fueron analizados en la **Tabla 30**.

Como se identifica en el análisis, todos los indicadores de seguimiento cumplen con cuatros de los criterios SMART, siendo la principal limitación lo relacionado a la falta de una meta específica que esperan alcanzar en un tiempo planificado, explicado lógicamente por la falta de fichas técnicas para estos casos. Por otro lado, varios de los indicadores que tienen como fuente el registro HIS brindan información relevante respecto a temas de nutrición infantil temprana, pero algunos no se relacionan directamente con la operatividad propuesta en la Meta 4. En su lugar podrían incluirse indicadores de seguimiento que permitan controlar los resultados de cambio de comportamiento que supone la intervención o indicadores que permitan analizar la calidad con la que se realizan las visitas.



Tabla 31: Indicadores de seguimiento de la Meta 4

| Indicador | Relevante (1) | Específico (2) | Medible (3) | Alcanzable (4) | Plazo determinado (5) | SMART | Comentario |
|--|---------------|----------------|-------------|----------------|-----------------------|-------|--|
| Fuente de información: Registro HIS | | | | | | | |
| % de niñas y niños de 4 meses que reciben gotas de hierro | x | x | x | | x | | <p>Los indicadores de seguimiento que tienen como fuente de información el registro HIS, en general, cumplen con cuatro de los criterios SMART, en cuanto (1) su formulación es relevante para medir las características específicas vinculadas a la nutrición y cuidado infantil permitiendo a los funcionarios locales conocer la situación nutricional de sus distritos, (2) se encuentran acotados a un público objetivo específico para cada indicador, (3) su medición es sencilla al tratarse de una proporción respecto a la población objetivo obtenida del padrón nominal y (5) la información necesaria para su medición se consigue directamente del registro HIS que pone a disposición el sector Salud.</p> <p>En cuanto al criterio incumplido, (4) estos indicadores no cuentan con una meta específica por alcanzar dentro de las funcionalidades de la intervención.</p> |
| % de niñas y niños de 6 a 11 meses con tamizaje de anemia | x | x | x | | x | | |
| % de niñas y niños de 6 a 11 meses con diagnóstico de anemia | x | x | x | | x | | |
| % de niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia que inician tratamiento con jarabe y gotas | x | x | x | | x | | |
| % de niñas y niños de 6 a 8 meses que reciben una sesión demostrativa de alimentos | x | x | x | | x | | |



| Indicador | Relevante (1) | Específico (2) | Medible (3) | Alcanzable (4) | Plazo determinado (5) | SMART | Comentario |
|--|---------------|----------------|-------------|----------------|-----------------------|-------|------------|
| % de niñas y niños menores de 12 meses con control de crecimiento y desarrollo completo para la edad | x | x | x | | x | | |
| % de niñas y niños menores de 12 meses con vacunas completas para la edad | x | x | x | | x | | |

Elaboración: Macroconsult.

Por último, un hallazgo particular que se encontró en el trabajo de campo, en al menos las tres primeras municipalidades visitadas³⁵, fue el poco conocimiento sobre estos indicadores de seguimiento por parte de los coordinadores de las visitas domiciliarias y/o los funcionarios de las municipalidades como los alcaldes o subgerentes de desarrollo. Es decir, no recordaban con exactitud cuáles eran estos indicadores. Esto nos lleva a dos hipótesis. La primera se asocia al insuficiente uso que les daban a los indicadores en las reuniones mensuales de la IAL, y la segunda hipótesis que se manejaba era que los funcionarios tienen complicaciones para el entendimiento de los indicadores. Sin embargo, esta última hipótesis queda descartada ya que los mismos funcionarios indicaron comprenderlos con claridad, por lo que quedaría en pie la hipótesis sobre el poco uso que se le estaría dando en algunas municipalidades a estos indicadores para analizar y evaluar el desempeño nutricional de sus distritos. Ante esto, los responsables centrales de la formulación de la intervención deben establecer estrategias que incentiven al uso de los indicadores de seguimiento a lo largo del año de implementación, y a su vez diseñar un medio de verificación que compruebe que estos indicadores están siendo utilizados

Los indicadores, cuya fuente es el Aplicativo informático, sí presentaron dificultades técnicas en su medición al tratarse de un aplicativo nuevo: si bien el sector Salud planifica capacitaciones en el uso del aplicativo a los responsables, la evidencia de campo indica que a inicios de 2019 se realizaron actualizaciones periódicas en este, situación que dificultó en cierta manera la medición de los indicadores por ciertos periodos de tiempo hasta que estos se solucionen.

De esta manera, más allá de los problemas temporales del aplicativo, una deficiencia en el diseño de los indicadores a nivel local para realizar un seguimiento y evaluación de la intervención es la falta de indicadores que midan calidad³⁶ de las VD o el cambio en el comportamiento de las familias intervenidas. Este factor es determinante para el logro de los resultados esperados, por lo que el análisis de la efectividad de la Meta 4 en la población beneficiaria podría resultar subjetivo. Mas adelante se hace notar que al no disponer de este tipo de indicadores dentro del marco de formulación para la Meta 4 no ha sido posible evaluar o analizar dichos aspectos de calidad o el cambio de comportamiento de los cuidadores principales de los niños.

4.2.1.4 Adecuación de la intervención

Para este apartado, en primer lugar, se analizarán variables que nos permita evidenciar las necesidades de la población vinculados a la anemia, y cómo estas necesidades varían entre regiones del país. Posterior a ello, se procede a evaluar la forma de adecuación realizada al momento de diseñar la intervención y el cómo esta considera a las distintas necesidades tanto de la población como de los gobiernos locales.

a) Heterogeneidades y necesidades de la población

A nivel nacional, el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia alcanzó el 40% en el 2019³⁷. Pero si tomamos en cuenta las diversas realidades y recursos al interior del país encontramos que la prevalencia de esta enfermedad infantil tiene diferentes magnitudes: por ejemplo, según la ENDES (2019), entre aquellas que tienen los índices más elevados tenemos a Puno (70%), Cusco (58%) y Ucayali (54%); mientras que, Cajamarca (29%), Lima (31%) y Moquegua (33%) son algunas de las regiones que se ubican por debajo del promedio nacional.

³⁵ Taricá (Ancash), Chinchaypujio (Cusco) y Paimas (Piura).

³⁶ Entendiendo calidad de la visita como el cumplimiento de un determinado tiempo de visita o brindar los mensajes adecuados a las madres o cuidadores principales, además de la frecuencia a de las visitas.

³⁷ Ver **Ilustración 1**.



Debido a ello, la estrategia de la intervención en el marco de la Meta 4 del PI debería considerar las heterogeneidades que existen dentro de las regiones para lograr la mayor efectividad en la población y generar los efectos deseados. Por ejemplo, una primera brecha que se puede identificar se refiere a los niveles de cobertura de agua potable y saneamiento en el país, ya que es vital que los hogares cuenten con ello para poder reducir el riesgo de anemia (Stewart y otros, 2019). Para contextualizar, en el 2018, 3 millones de peruanos (9.3%) no contaron con agua por red pública y 7.4 millones (23.2%) no tuvieron acceso al servicio de saneamiento³⁸. Pero lo más preocupante es la cantidad de viviendas que no poseen agua segura³⁹, dato equivalente al 62.25% del total nacional.

Para una mejor visualización del panorama, según datos de la ENAHO 2019, se muestra en la **Ilustración 42**, los porcentajes regionales de las viviendas que no cuentan con agua segura distinguiendo según ámbito geográfico. A partir de los datos mostrados, queda en evidencia la desigualdad existente entre regiones, y mucho más, si comparamos a las zonas urbanas y rurales dentro de una misma región. Si barremos con los datos del mapa de zonas rurales, llegamos a la conclusión que, salvo Tumbes, Madre de Dios, Moquegua y Tacna, en el resto de las regiones, más del 90% de las familias no cuentan con agua segura dentro de sus viviendas.

³⁸ ENAPRES 2018.

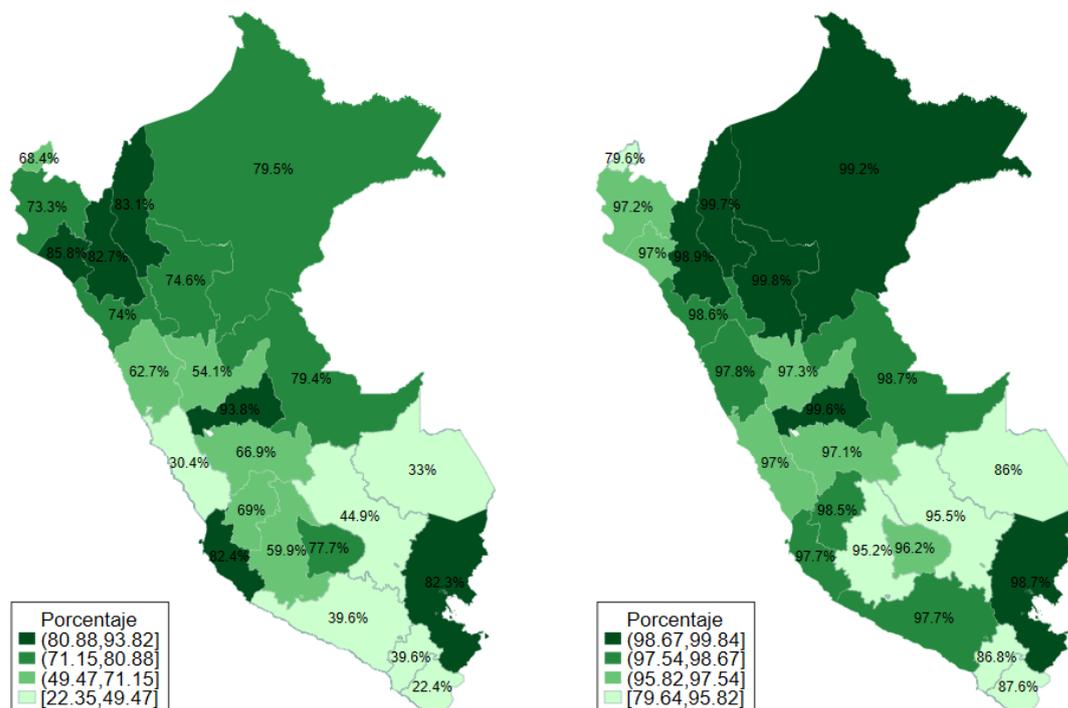
³⁹ Se califica como agua segura si el nivel de cloro residual por litro de agua es igual o mayor a 0.5mg.
Fuente: ENAHO – INEI.



Ilustración 42: Porcentaje de viviendas sin agua segura según ámbito geográfico

a) Zonas Urbanas

b) Zonas rurales



Fuente: ENAHO 2019. Elaboración: Macroconsult.

Es cierto que mencionar el tema de cobertura de red pública, saneamiento y potabilidad del agua escapa de la intervención de la Meta 4; es más, esto corresponde a la Meta 5 denominada como “Acciones para promover la mejora en la provisión del servicio y calidad del agua”. Estas metas en cierta manera deberían estar alineadas, pero solo intervienen en conjunto únicamente en las municipalidades de tipo G. Para el resto de los casos, o atiende una de las dos metas o no intervienen ninguna de las dos. Además, dada la desigualdad en cuanto a la calidad de agua y servicios básicos relacionados, Meta 4 también debería definir medidas diferenciadas en base a ello, dado que es mucho más complicado lograr resultados esperados si un distrito posee solo un 10% de familias con agua segura respecto a un distrito con un 50% de familias con agua de calidad.

Por otra parte, también resulta importante analizar las diferencias que existen entre los alimentos que se tienen disponibles dentro de las regiones, ya que eso ayudaría al momento de recomendar los alimentos ricos en hierro que se proponen en la intervención. Por un lado, si analizamos la producción per cápita de carne por especie en el 2018⁴⁰, se identifica que la carne de ave es la de mayor producción a nivel nacional; no obstante, algunas regiones tienen escasa producción per cápita de esta carne, como Moquegua, Tumbes, Ayacucho y otras 8 regiones que no superan los 3 kg por persona al año. De igual modo, la producción de huevos per cápita resulta insuficiente en muchas regiones, algunas sin superar el kg por persona en el 2018. Sin embargo, se observa que estas regiones enfocan su producción a la carne de vacuno, como lo son especialmente Huánuco, Amazonas, Ayacucho y Puno; asimismo, la carne de porcino también es una opción importante en varias regiones que no cuentan con una producción per cápita de carne de ave, como por ejemplo Apurímac, Huánuco y Moquegua.

⁴⁰ Producción Pecuaria y Avícola 2018, Dirección de Estadística Agraria. Estimaciones y Proyecciones de Población, INEI



Por otro lado, si analizamos la producción per cápita de los principales cultivos en el 2018⁴¹, se revela que la producción de los cereales con mayores beneficios contra la anemia (quinua, trigo, maca, kiwicha) se encuentra concentrado en algunas regiones tales como Ayacucho, Apurímac, Áncash y otros, siendo escasa o prácticamente nula en muchas otras. Finalmente, resulta que la producción per cápita de papa es elevada en la mayoría de las regiones, por lo que representa un alimento básico en su población, a pesar de no poseer propiedades altamente nutritivas que beneficien en la lucha contra la anemia.

b) Criterios de adecuación

Como se ha desarrollado previamente, existe heterogeneidades importantes entre las diversas zonas del país en cuanto a niveles de prevalencia de anemia, saneamiento, calidad del agua y producción de alimentos ricos en hierro. Con ello, es necesario identificar la realización o no de adecuaciones según la diversidad de zonas, para luego determinar en qué medida se han considerado las necesidades, tanto de la población como de las municipalidades, en relación con la anemia. Para analizar la adecuación de la intervención, es necesario enfocarlo desde diferentes puntos de vista. Un primer punto corresponde a analizar la documentación de diseño, un segundo análisis se realiza en base a la información recopilada de los propios formuladores, y un tercer punto de vista se refiere a las respuestas de los informantes locales de los distritos visitados, en especial del personal de salud y de los gobiernos locales.

En cuanto al aspecto documentario, existen lineamientos sobre cómo debe implementarse la intervención a través de protocolos estandarizados que dan sugerencias o recomendaciones del cómo debería adecuarse la Meta a la realidad de algunas situaciones generalizadas. No se tiene información si es que la viabilidad de estas recomendaciones haya sido validada en campo. No obstante, se tomaron algunas precauciones. Por ejemplo, uno de los mecanismos por el cual se esperaba adecuar la intervención es a través de los actores sociales, quienes son los encargados de la visita, ya que deberían ser propios de la zona. Además de ello, recomiendan que tenga conocimientos básicos sobre temáticas nutricionales, y que a su vez tengan la capacidad para expresarlo adecuadamente a las familias. Estas condiciones pueden cumplirse para un buen grupo de distritos, pero existen otros donde los potenciales actores sociales, mayormente agentes comunitarios, no necesariamente cumplen con ello dado el capital humano que prevalece en zonas particulares. No queda claro desde la información documentaria cuáles son las acciones que deberían tomar frente a una eventual escasez de personal local, por lo que esta sería un vacío frente a las realidades locales⁴².

Otro ejemplo claro son las capacitaciones impartidas: en la normativa se menciona cuáles son los alimentos ricos en hierro y recomiendan considerar a los productos propios de cada zona para construir un plato saludable en las sesiones demostrativas de los capacitadores. Sin embargo, no se ha tenido acceso a estudios o indagaciones que verifiquen cuáles son esos productos propios de la zona ricos en hierro, quedando incompleta la forma de adecuación de la intervención, al menos en este aspecto. Sobre este punto, se sugiere completar la adecuación de la normativa, con la ayuda de especialistas nutricionales, considerando las fuentes de alimentos propios de la zona, la calidad y sus diferentes formas de preparación.

Asimismo, la valla mínima (metas) para el cumplimiento de las actividades sobre ejecución de visitas domiciliarias estuvo diferenciada según el tipo de municipalidad⁴³; no obstante, este

⁴¹ Anuario Agrícola 2018, Dirección de Estadística Agraria. Estimaciones y Proyecciones de Población, INEI.

⁴² En campo, cuando una municipalidad no lograba cubrir con los agentes comunitarios del distrito, convocaban a estudiantes, voluntarios u otros, así como completar con personal político de confianza. Para mayor detalle.

⁴³ Guía para el cumplimiento de visitas domiciliarias por actores sociales 2019, Meta 4.



criterio de diferenciación solamente establecía una valla mínima más alta para las municipalidades de tipo “G”, lo cual todavía resultaba impreciso, pues al parecer responde básicamente a un criterio de tener una mayor exigencia por la cantidad de niños que había de manera agregada, y no necesariamente a las condiciones iniciales que facilitan o dificultan las mismas. No obstante, para el 2020, sí se establecieron mayores diferencias entre tipos de municipalidades.

Desde el punto de vista de los formuladores, estos indican que no hubo un diagnóstico previo de la población beneficiaria al realizar el diseño de la intervención, por lo que no se identificó, ex ante, las heterogeneidades o brechas que pudiesen existir en la implementación de la Meta 4 en los distritos beneficiarios. De igual modo, tampoco se realizó algún estudio previo que permitiera identificar los beneficios o el impacto que tendría la intervención en los distintos contextos locales.

Por dicha razón, los diseñadores de Meta 4 expresan que no existe explícitamente una adecuación plena de la intervención. No obstante, ellos enfatizan que en la etapa de diseño se han realizado y establecido lineamientos que intentan guiar a cada gobierno local/IAL con el fin de que sean ellos, junto con el apoyo de las DIRESA o EESS, los que adecúen la intervención al momento de iniciar con la etapa de implementación. Es decir, en esa etapa, a partir de una flexibilización en las acciones de los encargados a nivel local, deben identificarse las particularidades y necesidades de la población beneficiaria en sus respectivas zonas, planteando, por ende, la adecuación pertinente de las actividades en el marco de la Meta 4.

Esta estrategia por parte de los formuladores en dejar lineamientos sobre cómo realizar algunas adecuaciones habría generado situaciones diversas. Por un lado, se han recogido contextos de adecuación favorable para la intervención como por ejemplo en Cajaruro o Chachapoyas, ambas de la región Amazonas y en menor medida Piura. Por otro lado, se han visitado distritos donde la adecuación local de la intervención es imperfecta. Para esos lugares con poca adecuación al territorio, como lo son Taricá (Ancash) o Chinchaypujio (Cusco), generó que algunos de los funcionarios locales tengan una apreciación negativa por parte del diseño de la intervención, ya que expresan su malestar mencionando en muchas oportunidades que no se han considerado las especificidades de su ámbito de acción. En el caso de Cusco mencionaron la falta de consideración de las distancias y desplazamientos que deben realizar los AS dado el estipendio estipulado en la guía de la Meta 4. Asimismo, se señalaron deficiencias en la oferta de salud en el distrito, repercutiendo según ellos en la Meta 4. En el caso de Taricá, el caso puntual fue la falta de adecuación de los alimentos de la zona al momento de la explicación de los platos ricos en hierro durante las capacitaciones dirigida a los AS.

Esta desaprobación, según los informantes, va asociada a la percepción de falta de involucramiento de los gobiernos locales o regionales en la etapa de diseño. De comprobarse, esta falta de involucramiento debería revertirse, dado que les permitiría exponer y dar mayor claridad sobre las limitaciones que existen en las diversas municipalidades, tomando en cuenta las diferencias de las capacidades y condiciones para la implementación de las actividades entre los cuatro tipos de municipalidades priorizados y dentro de cada uno de estos. Para los distritos en donde se comenta la ocurrencia de una adaptación correcta de la intervención a sus realidades, sus entrevistados refieren que el factor determinante para esa correcta adecuación fue la buena coordinación institucional de las entidades locales y del soporte del equipo regional. Por ejemplo, en Cajaruro se presenta la difícil situación de tener las comunidades relativamente alejadas, pero con el apoyo del establecimiento de salud correspondiente pudieron sectorizar y seleccionar adecuadamente a los actores sociales para la ejecución de la intervención.

Por último, respecto a las municipalidades, existen brechas en cuanto a sus capacidades y necesidades que deben ser abordadas durante la implementación de la Meta 4 para lograr los resultados esperados. La evidencia de campo indica que las condiciones de conectividad que



tienen las municipalidades a lo largo del país son insuficientes en muchos casos. Las autoridades consultadas a nivel local mencionan, por ejemplo, que tienen que trasladarse a la capital de su provincia, ya que en su localidad no cuentan con conexión a internet, lo cual perjudica y condiciona el registro de las VD en el Aplicativo informático. Asimismo, se encontró que las municipalidades tienen brechas de profesionales con los perfiles solicitados para contratar, principalmente en zonas rurales, lo cual genera que o no se cuente con personal capacitado o que exista una sobrecarga de funciones en los pocos que sí cumplan con el perfil correcto.

Resumiendo lo desarrollado bajo los tres puntos de vista, resulta bastante razonable formular la intervención de manera general y que se diseñen protocolos para que sean los actores locales y regionales los que se encarguen de adecuar las actividades por desarrollar según su realidad. La brecha identificada es que, bajo esa premisa, los lineamientos de cómo realizar la adecuación deben ser muy claros y socializados. Este proceso puede haber sido escaso o imperfecto. Por un lado, estos protocolos no se encuentran organizados de forma explícita en algún documento de diseño. Por otro lado, las capacitaciones o aproximaciones previas a la implementación no han sido extendidas. En todo caso, dado el relativo poco tiempo en que la intervención ha estado operando, estas deficiencias son entendibles en una etapa inicial, pero deberían ser rápidamente superadas. La deficiencia en la realización de protocolos para guiar correctamente a los actores locales sobre cómo realizar la adecuación de la intervención, los podría conducir a errores en la implementación dependiendo de la capacidad de gestión de los actores locales y regionales. En todo caso, las diferencias identificadas, aunque no son generalizadas, nos permiten afirmar que es primordial promover la capacidad de los involucrados a nivel regional y local a través de capacitaciones o acompañamiento al momento de elaborar las estrategias locales, ya que resulta difícil poder identificar todas estas particularidades en el diseño de la intervención a nivel nacional. Aquí se necesita un gran apoyo por parte del sector salud, particularmente a través del equipo regional de DIRESA.

4.2.1.5 Diseño operativo de la visita domiciliaria

En este apartado se describe y examina la estructura protocolar diseñada para materializar la visita domiciliaria de la intervención. Para esto se indagará por toda esa formulación que involucra a los objetivos que se buscan alcanzar con la ejecución del servicio, los temas que se planifican desarrollar durante la entrega del servicio, la frecuencia con la que se espera realizar, quienes son los ejecutores de la visita, y por todas las actividades secuenciales que se necesitan para implementar correctamente las visitas de Meta 4. La evaluación y juicio de valor de las visitas domiciliarias serán desarrolladas más adelante a partir de la información de campo y de evidencia científica, específicamente en la **sección 4.2.2.2**.

Los lineamientos y técnicas para seguir durante el **proceso de la VD** se encuentran establecidos en el *Protocolo de Visita domiciliaria por actor social* elaborado por el MINSA en el marco de la Meta 4 del PI, en el cual se precisa la importancia y los objetivos que tiene esta intervención:

- Verificar, informar, reforzar y persuadir sobre el consumo diario de las gotas o jarabe de hierro para prevenir y tratar, respectivamente, la anemia.
- Establecer una relación de confianza, respeto y diálogo, con la finalidad de mejorar las prácticas familiares de alimentación y cuidado de niñas y niños.
- Captar tempranamente a las niñas y niños de 4 a 5 meses que aún no han recibido, o se les agotó, las gotas de hierro para referirlos al EESS más cercano.
- Captar tempranamente a las niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia que aún no han recibido, o se les agotó, el jarabe de hierro o que no tienen su segundo tamizaje para referirlos al EESS más cercano.



Claramente de los objetivos podemos deducir que el servicio apunta a dos temas centrales: por un lado, busca generar una correcta adherencia sobre el consumo de hierro en las familias, utilizando la visita domiciliaria como herramienta para establecer un seguimiento constante sobre si se está consumiendo o no, y se administra al menor o la menor adecuadamente. Por otro lado, el segundo tema central se relaciona con la entrega de mensajes claves que enriquezcan y mejoren las prácticas familiares de alimentación y cuidado infantil.

Por otro parte, cabe precisar que el mencionado Protocolo no detalla la organización previa a la ejecución de las VD, proceso que sí se menciona en la Guía para la Meta 4 del año 2020. En esta se menciona que la gestión previa a la intervención debe realizarse entre 3 y 5 días previos al inicio de cada mes por parte de la municipalidad, a través del personaje denominado como Coordinador de la IAL, sobre el cual ahondaremos más adelante. En este periodo de pre-ejecución, la municipalidad dispone en el aplicativo de la relación de niñas y niños que va a ser visitados en el mes, a partir del cual el Coordinador debe realizar las siguientes actividades:

- Asigna a las niñas y niños a cada sector IAL y, por tanto, a cada actor social según la dirección que se visualiza en el Aplicativo, siguiendo el procedimiento indicado en el *Manual del Aplicativo de VD/AS*.
- Entrega la lista de las niñas y niños a ser visitados a cada actor social.
- Programa las fechas de acompañamiento durante la VD al actor social con la finalidad de fortalecer sus capacidades y garantizar la calidad de la VD; este acompañamiento deberá realizarse por lo menos en una VD por mes a cada actor social, registrando la información en la Ficha de Acompañamiento al AS.
- Asegura que los actores sociales que usan el Aplicativo móvil actualicen el periodo de visita, descarguen la lista del mes y verifiquen el número de niñas y niños descargados con la lista de niñas y niños asignados.

Regresando al mencionado *Protocolo de VD/AS*, en cuanto a la ejecución de las VD, se detalla que cada actor social tiene asignado un máximo de 15 niños y debe realizar hasta 3 visitas mensuales por niño según la edad (es decir, un máximo de 45 VD en un mes). Estas visitas deben realizarse con un intervalo de tiempo no menor de 7 días ni mayor de 10 días y se especifica que la intervención no debe tener una duración mayor a 20 minutos.

Previo al inicio de las VD, el Protocolo establece pautas a considerar por el actor social como preparación y con el objetivo de obtener los mejores resultados en la intervención.

Tabla 32: Recomendaciones previo al desarrollo de las VD

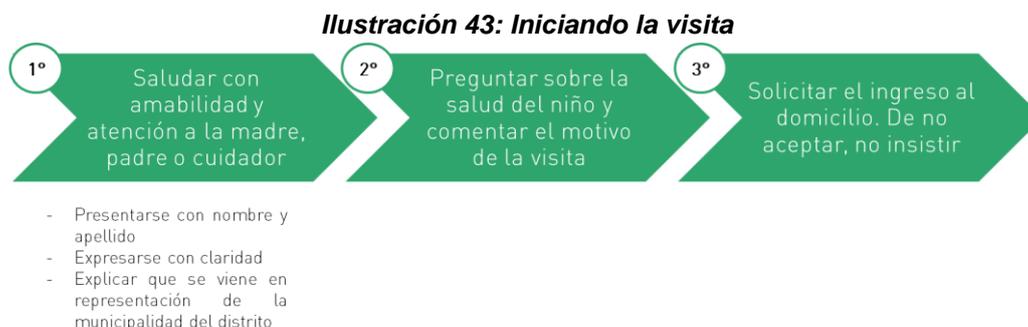
| Recomendación | Detalle |
|------------------------------------|--|
| Programar las VD | <ul style="list-style-type: none"> Con el apoyo del Coordinador, organizar las VD para los 7 días de la semana, considerando los horarios disponibles de la madre o cuidador y del actor social. Verificar las direcciones de las niñas y niños programados y, de preferencia, comunicar a la familia la fecha de la visita para realizarla con efectividad. |
| Preparar los materiales necesarios | <ul style="list-style-type: none"> Preparar la identificación como actor social, la mica con mensajes que refuerzan las prácticas de consumo de hierro, la tarjeta de referencia o atención preferencial y un cuaderno de campo. Verificar si el Aplicativo móvil se encuentra correctamente instalado y operativo. Organizar las Fichas de seguimiento para el registro de la VD, solo en casos debidamente justificados por la IAL ante la incapacidad de usar el Aplicativo móvil. |

Fuente: Protocolo de Visita domiciliaria por actor social. Elaboración: Macroconsult.



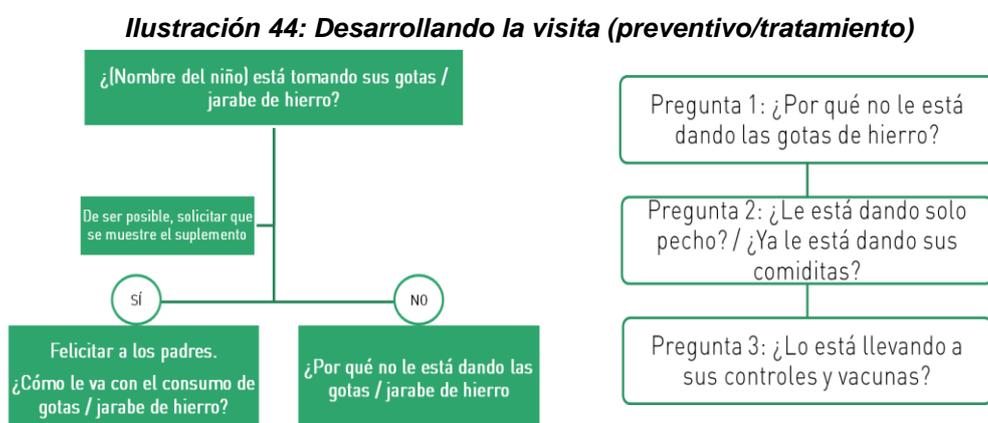
Para la **ejecución de la VD**, el Protocolo establece pautas y recomendaciones a seguir según los tres momentos (inicio, desarrollo y cierre) de la visita. En líneas generales, se recomienda al actor social siempre actuar con amabilidad, cortesía y respeto, sin la intención de imponer o dar órdenes, lo cual permitirá generar un espacio de confianza entre la familia y el actor social para el diálogo.

Para el inicio de la visita, el Protocolo establece que el actor social realice las siguientes acciones:



Fuente: Protocolo de Visita domiciliaria por actor social. Elaboración: Macroconsult.

Para el segundo momento (el desarrollo de la visita), se tiene una secuencia de preguntas diferenciadas según el enfoque preventivo o de tratamiento de anemia que tenga la visita; asimismo, el Protocolo propone una serie de mensajes para reforzar las prácticas adecuadas, respondiendo a las inquietudes que presenten los padres:



Fuente: Protocolo de Visita domiciliaria por actor social. Elaboración: Macroconsult.

Según la respuesta de la madre, padre o cuidador sobre el consumo del suplemento de hierro, existe una variedad de mensajes que ayudan a reforzar, corregir y recomendar el accionar sobre los y las menores beneficiarias.

Tabla 33: Mensajes para la familia según respuesta a la Pregunta 1

| Respuesta a Pregunta 1 | Gotas de hierro | Jarabe de hierro |
|------------------------------------|--|---|
| Se estríñe | <ul style="list-style-type: none"> • Dele pecho más seguido | <ul style="list-style-type: none"> • Ofrézcale más líquidos • Dar más frutas y verduras |
| Sus deposiciones están más oscuras | <ul style="list-style-type: none"> • No se preocupe, el suplemento cambia el color de las deposiciones. Pasará al terminar su consumo | |
| No me explicaron bien, no recuerdo | <ul style="list-style-type: none"> • Es sencillo: darle todos los días. Es muy importante para prevenir la anemia. | <ul style="list-style-type: none"> • Es sencillo: darle todos los días. Es muy importante para curarlo de la anemia. |



| Respuesta a Pregunta 1 | Gotas de hierro | Jarabe de hierro |
|------------------------------|---|---|
| Está enfermo | <ul style="list-style-type: none"> • Debe dejar de darle mientras está enfermo • Después debe retomar su consumo | |
| Lo vomita | <ul style="list-style-type: none"> • Cambie el horario. Es probable que esto suceda si le da luego de darle pecho. • Busque una hora en la que su bebé esté tranquilo y descansado • Tenga paciencia e inténtelo en otro momento | |
| Se le ha soltado el estómago | <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene más de 3 deposiciones al día, llévelo al establecimiento de salud más cercano | |
| Se acabó | <ul style="list-style-type: none"> • Vaya al establecimiento de salud para que le den nuevamente | |
| Se le tiñen los dientes | | <ul style="list-style-type: none"> • Darle agua después de darle el jarabe |

Fuente: Protocolo de Visita domiciliaria por actor social. Elaboración: Macroconsult.

Adicionalmente, los mensajes clave relacionados a la Pregunta 2 se vinculan al lavado de manos en momentos claves, mencionar los alimentos de origen animal ricos en hierro y otras prácticas de alimentación saludable. En la siguiente tabla se detallan dichos mensajes claves para esta segunda pregunta que debe formularse en toda visita domiciliaria.

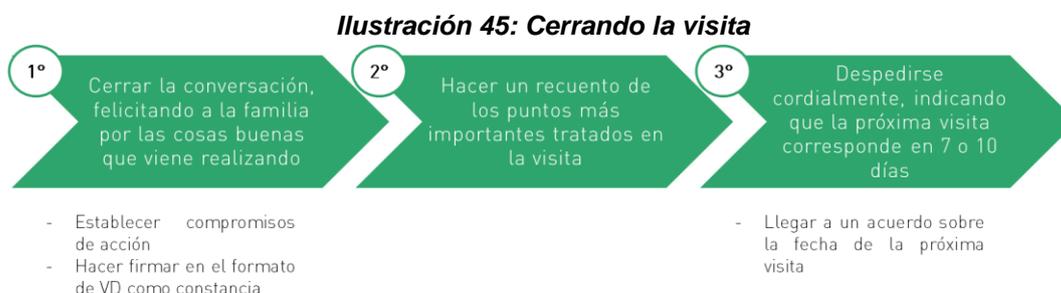


Tabla 34: Mensajes para la familia relacionadas a la Pregunta 2

| Mensajes clave | |
|------------------------------------|--|
| Recuerde a madre, padre o cuidador | Si le está dando sus comiditas: Felicítela y refuerce los siguientes mensajes. |
| | Lave sus manos y las de su hijo o hija con agua y jabón antes de que coma, antes de preparar la comida y después de ir al baño. |
| | A partir de los 6 meses debe ofrecer comidas espesas como puré, papillas o mazamorras. |
| | Incluye en su comida 2 cucharadas alimentos de origen animal ricos en hierro como: sangrecita, bazo, hígado, bofe, pescado, etc. |
| | Incluye diariamente en sus comidas: frutas y verduras de colores. |
| | Incluye menestras en sus comidas. |
| | Continúe con la lactancia materna hasta los dos años. |
| | Cuando le des de comer a tu niño, crea un ambiente de armonía. |
| | Anime a comer a su niño con paciencia y mucho amor. |

Fuente: Protocolo de Visita domiciliaria por actor social. Elaboración: Macroconsult.

Para el último momento de la visita, se proponen los siguientes pasos y recomendaciones a realizar por el actor social:



Fuente: Protocolo de Visita domiciliaria por actor social. Elaboración: Macroconsult.

Asimismo, se hace el registro y entrega de una Tarjeta de referencia comunal si al indagar sobre la suplementación de la niña o niño el actor social identifica alguna de las siguientes situaciones:

- Si la niña o niño de 4 y 5 meses carece de suplemento (no lo ha recibido o se le ha agotado)
- Si la niña o niño de 6 a 11 meses con anemia carece de suplemento (no lo ha recibido o se le ha agotado)
- Si la niña o niño de 6 a 11 meses con anemia no cuenta con segundo tamizaje

Ante la entrega de la Tarjeta de referencia comunal, se debe coordinar con el establecimiento de salud para que la familia tenga una atención preferencial. En estos casos, la visita es registrada como "visita de referencia" y, una vez atendido la niña o niño por el establecimiento de salud, se podrá realizar las 3 visitas de seguimiento que corresponden. El Protocolo dispone de un Anexo específico para el correcto llenado de dicha tarjeta.

Por otra parte, en la Guía para el cumplimiento de la Meta 4, se detalla el proceso de registro de VD/AS, el cual se realiza desde el Aplicativo móvil instalado en el celular del actor social durante la capacitación; ello permitirá al actor social registrar las VD a pesar de que se encuentre en un área sin cobertura de internet. Posteriormente, este registro en el Aplicativo móvil debe ser transferido al Aplicativo web activando el botón "sincronizar datos" (para ello, sí será necesario ubicarse en un punto de su distrito con acceso a internet).



Solo en los casos para los distritos que tengan restricciones de conectividad a internet o de competencias tecnológicas de los actores sociales, el registro se realizará en los formatos que se describen en el Anexo 5 de la Guía, previa autorización del establecimiento de salud. Cada registro se realiza por duplicado: una copia es entregada al personal de salud y el original al Coordinador de VD de la IAL para su aprobación. Luego, el Coordinador registra la información de los formatos en el Aplicativo web; esto deberá realizarse antes del último día calendario del mes (excepto junio que por motivos de evaluación fue hasta el 28). La municipalidad tiene un periodo no mayor de 10 días calendario para subir la información de los formatos de VD al Aplicativo.

4.2.1.6 Enfoque de derechos humanos

La Meta 4 considera un enfoque de derechos humanos en su intervención de manera implícita, abordando específicamente el enfoque de derechos de igualdad e inclusión mediante la participación directa de representantes locales en el proceso de implementación. Como se ha mencionado anteriormente, en el diseño de la intervención se planteó que los agentes más relevantes a cargo de la operativización cuenten con el perfil de residir y/o conocer el ámbito de su distrito, lo cual implicaría que tengan conocimiento de las costumbres y cultura propias de cada comunidad. El personaje clave de todo esto es el actor social, quien es el encargado de la ejecución de las visitas domiciliarias. Además, al estar especificado en los documentos guía el tema de la inclusión de personal propio de la zona, ha facilitado el acercamiento de las municipalidades con la población, siendo el caso puntual la condición de la lengua materna, ya que en zonas quechua hablantes, el agente comunitario mayormente debe manejar tanto el español como el quechua, por lo que puede llegar a transmitir a las familias, las cuales hablan únicamente quechua, los mensajes de la visita domiciliaria; así como las diversas enseñanzas sobre prácticas saludables para el menor de 1 año.

Asimismo, al revalorar el esfuerzo de los agentes comunitarios a través de una retribución económica por las visitas realizadas, el cual hacían ad honorem, se contribuye a reforzar un cierto reconocimiento revalorización de su labor. Sabemos por información recogida en los distritos visitados que en muchos casos el agente comunitario corresponde a una figura de representatividad poblacional, en especial para las comunidades de zonas rurales, ya que son agentes reconocidos por la mayoría de las familias al estar activamente participando en las juntas, reuniones u organizaciones buscando el bienestar y desarrollo de su localidad.

El proceso de implementación de la Meta 4 también ha contribuido implícitamente en el desarrollo de un enfoque de género en su población beneficiaria, puesto que la mayoría de los actores sociales son mujeres. Esta situación ha permitido el empoderamiento de estas, ganando una mayor participación y representatividad en sus comunidades: las autoridades municipales afirman este hecho indicando haber observado cómo las mujeres que son parte de la intervención han ganado un mayor protagonismo en su localidad. Por ejemplo, en el distrito La Banda de Shilcayo en San Martín, buscan cubrir con una cuota de participación de mujeres dentro de la IAL del distrito, ya que han considerado que al menos el 20% de los y las integrantes de la IAL sean mujeres, con tal de balancear los ideales y velar por los derechos para todos de forma igualitaria. Esto podría llegar a ser una recomendación por replicar en otras IAL, en la medida de lo posible.

Sin embargo, una brecha de género que comprende la intervención de manera implícita se manifiesta dentro de los hogares beneficiarios, ya que los roles de género determinan que las madres lleven la responsabilidad casi exclusiva del cuidado infantil. Por ello, tomando como información relevante los comentarios de algunos actores locales, en especial de los funcionarios de las municipalidades y personal de los establecimientos de salud, se sugiere que se incorpore



el componente de género dentro de las capacitaciones realizadas a las y los actores sociales. De esta manera, se podría definir y reforzar algunas actividades que podría desarrollar el o la visitadora al momento de llegar al domicilio involucrando a la figura paterna de igual como se hace con la madre. Pero a pesar de estas sugerencias, no ha quedado evidencia o aún no se ha puesto en marcha actividades que involucren a ambas figuras, paterna y materna. Además, según comentarios recogidos, la gran dificultad que presentan las y los actores sociales para involucrar al padre es la falta de tiempo de este debido a su actividad laboral, ya que al encontrarse todo el día trabajando, en la ciudad para zonas urbanas y en el campo para zonas rurales, es muy complicado poder encontrar al padre en el hogar al momento de la visita, por lo que se le aplica la visita solo a la madre, ya que la mayoría de las veces ella es quien se encuentra al cuidado del menor de la familia.

Con el trabajo de campo realizado, no se ha encontrado evidencia alguna sobre la inclusión de personas con discapacidad dentro de las actividades de la intervención. Por lo que parece ser un punto aún no desarrollado en la intervención de Meta 4 ni en la parte de diseño ni en el proceso de implementación.

Por último, a modo de resumen para este apartado, se resalta la importancia que ha tenido la inclusión del componente de interculturalidad al momento de reclutar al personal encargado de las visitas domiciliarias, ayudando a conectar de una mejor forma con las familias intervenidas. No obstante, al propiciar esto, se reclutaría también a personal de diferentes condiciones, incluyendo personas de muy bajos niveles educativos que podrían no transmitir con la profundidad e integralidad esperada los mensajes en torno a la anemia o desnutrición. Esta es una disyuntiva que será abordada en las siguientes secciones cuando se explore cuál sería la mejor opción para las municipalidades y para la intervención, en caso se necesite priorizar entre la condición de personal local (con conocimientos de usos, costumbres, idioma) que tenga mayor capacidad de generar empatía con los beneficiarios, o personal con capacidades en aspectos críticos relacionados a lo que el programa pretende, con mayor capacidad de transmitir conocimientos especializados, pero con menor cercanía a las comunidades.

4.2.2 Evaluación de gestión

Para la evaluación de gestión se analiza (1) el modelo operacional de la intervención, (2) el proceso de las visitas domiciliarias, y (3) el abastecimiento y distribución del suplemento de hierro.

En el modelo operacional, tomando como base los documentos de gestión y las fuentes primarias del trabajo de campo, se indagará sobre cada uno de los puntos del proceso de implementación, lo cual implica evaluar el cumplimiento de las funciones estipuladas para los responsables a cargo de las diferentes etapas de la implementación, y determinar cómo estos responsables se articulan y coordinan para alcanzar los objetivos trazados. A su vez, se identificará, por un lado, los posibles cuellos de botella que aqueja la intervención, y por otro, las buenas prácticas recogidas de los diferentes distritos visitados. Esto cumple para las etapas de la conformación de la IAL, planificación previa a la ejecución de las visitas domiciliarias, selección de actores sociales, capacitaciones, entre otros.

Para la segunda temática, se inclinará el análisis hacia el proceso de las visitas domiciliarias, indagando sobre: (a) la adecuación de estas sobre las distintas realidades, especialmente diferenciando entre zonas urbanas y rurales, (b) la verificación y registro de las visitas domiciliarias, (c) identificación de posibles incentivos perversos en las actividades del programa, (d) seguimiento y monitoreo, (e) suficiencia de la dosis y frecuencia de las visitas realizadas, (f) así como la calidad de las visitas. Para este último punto, la evaluación se respalda



principalmente en la evidencia científica, buscando responder y fundamentar como las dosis, contenidos y relaciones interpersonales forjadas durante el proceso de una visita domiciliaria son clave para el éxito del programa.

Seguidamente a ello, se evalúa sobre la distribución y abastecimiento del suplemento de hierro entregado a las familias beneficiarias. Y para culminar, se desarrolla un análisis de focalización, el cual evalúa la selección de los distritos y las coberturas alcanzadas por la intervención. Para conocer las preguntas evaluativas que son respondidas a lo largo de esta sección, se recomienda visualizar nuevamente la **Tabla 7**.

4.2.2.1 Modelo Operacional

a) Descripción del modelo operacional

Lo primero a mencionarse en este apartado es que la intervención de Meta 4 posee de forma clara y explícita un modelo operacional definido, en el cual se contempla las funciones de las entidades y/o actores clave que forman parte de toda la cadena de implementación, desde la etapa de gestión nacional hasta la entrega del servicio en las zonas distritales.

El modelo operacional de Meta 4 se encuentra definido de forma general y específica dentro de los documentos normativos y de diseño. Por un lado, en el Anexo N° 02 del PAN, se describe un modelo operacional de la Actividad N° 3 del Producto N° 05⁴⁴, el cual corresponde a un enfoque general del proceso de implementación de Meta 4. Este modelo general es presentado en la **Ilustración 46**, en el cual se define a diferentes entidades del sector Salud, tales como el propio Ministerio (MINSA) como órgano central y de ámbito nacional, a la DIRESA/GERESA/DIRIS como entidades de ámbito regional y subregional, y a los establecimientos de salud pertenecientes a un nivel distrital o local. Adicionalmente, es incluido al Gobierno Local como gestor responsable de entregar el servicio de las visitas domiciliarias.

Para este modelo operacional general, se especifican las responsabilidades de cada una de las entidades mencionadas. Para el caso del MINSA, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) es el área encargada de elaborar, aprobar y difundir los documentos normativos para la implementación de las actividades a nivel nacional tales como la *Guía para el cumplimiento de visitas domiciliarias por actores sociales de la Meta 4* y el *Protocolo de las visitas domiciliarias por actor social*. En lo que respecta a la DIRESA/GERESA/DIRIS, estas se encargan de la adecuación y difusión de dichos documentos a nivel regional y subregional. Asimismo, en ambos niveles, se tiene la responsabilidad de supervisar la implementación y cumplimiento de la normatividad correspondiente, además de brindar la asistencia técnica necesaria en sus respectivos ámbitos.

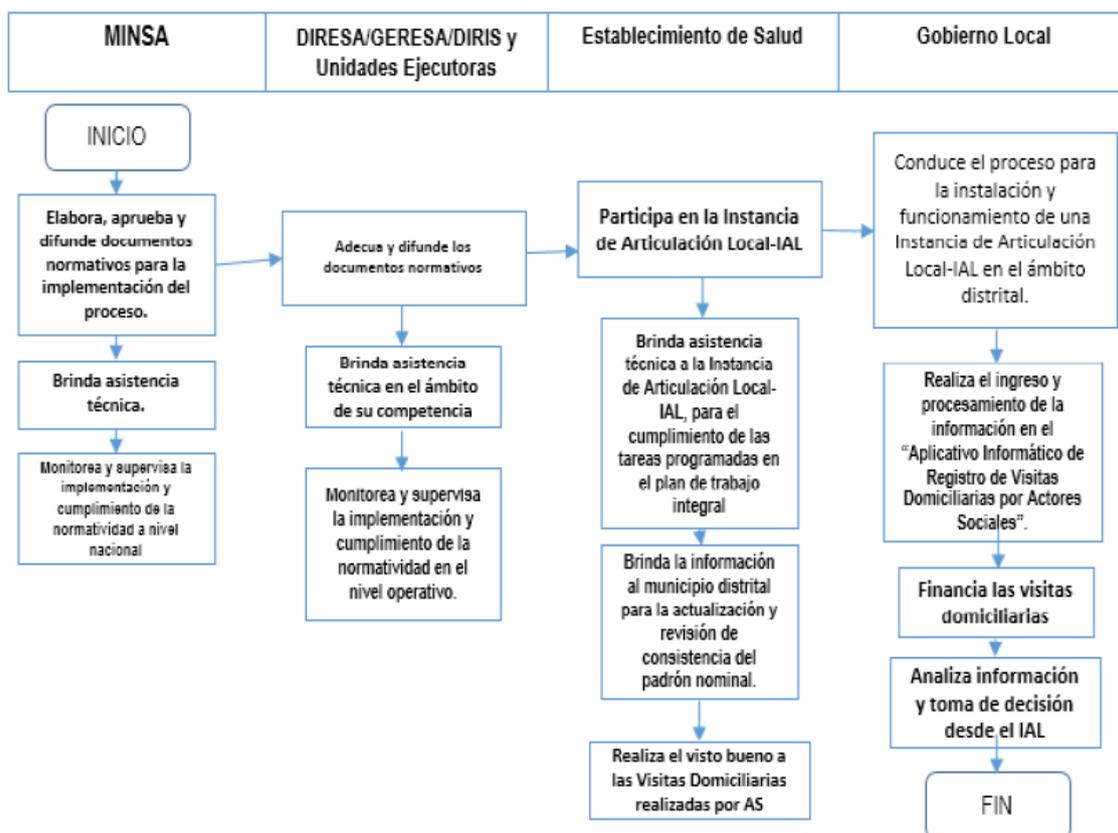
Luego de difundirse y adecuarse los documentos normativos para los responsables locales, son los establecimientos de salud y los municipios los encargados de gestionar localmente la intervención. Estos últimos son los responsables de conformar una Instancia de Articulación Local (IAL), la cual debe componerse de las instituciones más relevantes del distrito, incluyendo la participación obligatoria de los Establecimientos de salud correspondientes. Estos centros de salud son los encargados de brindar la asistencia técnica a la IAL para el cumplimiento de sus actividades programadas, así como de otorgar la información respectiva para la actualización y revisión del padrón nominal a las municipalidades distritales. Con esa información entregada, el gobierno local hace el procesamiento, ingresándolo al aplicativo informático para que puedan programarse y financiarse las visitas domiciliarias. Luego de ello, los establecimientos de salud

⁴⁴ Para más detalle ver **Ilustración 8**.



deben validar las visitas realizadas, para que finalmente los gobiernos locales analicen la información resultante del desempeño realizado.

Ilustración 46: Modelo operacional de la Actividad N° 3



Fuente: Anexo N° 02 del Programa Articulado Nutricional, 2019. Elaboración: MINSA.

Si bien el PAN define explícitamente este modelo operacional vinculado a la Meta 4, solo se presentan las responsabilidades de manera general, abordando funciones de carácter institucional según cada nivel. Frente a ello, se puede identificar un modelo operacional específico para la implementación de la Meta 4 a partir de la *Guía para el cumplimiento de visitas domiciliarias por actores sociales de la Meta 4* y del documento técnico *Lineamientos para la implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la anemia y desnutrición infantil*, cuyo flujograma se representa en la **Ilustración 47**.

Este flujograma precisa la entidad responsable de la ejecución en cada paso a seguir y divide todo el proceso en tres etapas: etapa previa a la intervención, etapa de campo y etapa posterior a la visita.

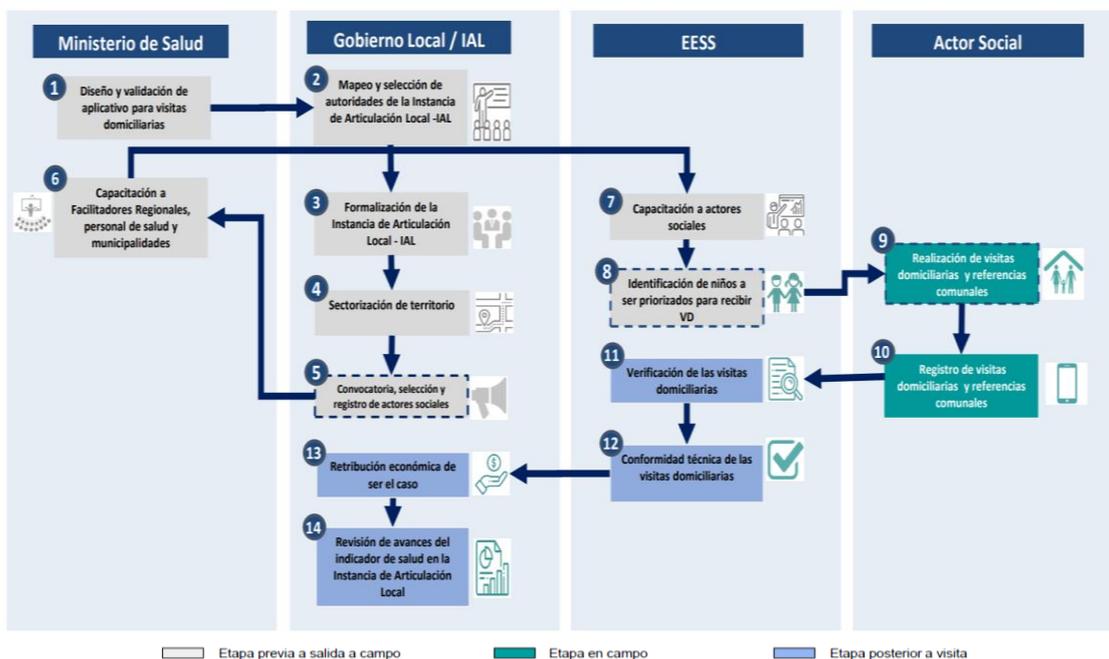
Dentro de la **etapa previa**, el MINSA es el encargado de iniciar el proceso de implementación mediante el diseño y la validación del Aplicativo informático para las VD; en segundo lugar, el Gobierno Local- como ya se ha detallado en líneas anteriores- realiza la conformación de la IAL para que, a través de esta, se ejecute la sectorización y la convocatoria y selección de actores sociales; en tercer lugar, se procede a realizar la capacitación en cascada desde el MINSA hasta llegar al actor social; y finalmente, como última acción de esta etapa el Establecimiento de Salud realiza la identificación de niñas y niños a ser priorizados.

Dentro de la **etapa de campo**, el Actor Social ejecuta y registra las VD y referencias comunales que le han sido asignadas aplicando los lineamientos del *Protocolo de VD*. Por último, en la **etapa**



posterior a la visita, el Establecimiento de Salud es el responsable de realizar tanto la verificación como la conformidad técnica de las VD; a partir de ello, el Gobierno Local procede a registrar las visitas validadas en el aplicativo informático y a asignar las retribuciones económicas según corresponda. Finalmente, se realiza el seguimiento de los indicadores para evaluar el avance en el logro de las metas establecidas.

Ilustración 47: Flujo de procesos del modelo operacional de la Meta 4



Fuente: PPT Ministerio de Salud. Elaboración: MINSa-MEF.

b) Análisis de involucrados

Luego de describir a ambos modelos operacionales, podemos identificar con claridad a todos los actores que forman parte de la cadena de implementación de Meta 4. A un nivel nacional se encuentra MINSa y MEF; a un nivel regional se encuentran la DIRESA\GERESA\DIRIS, y a un nivel local se hallan los establecimientos de salud, gobiernos locales y a los actores sociales.

En cuanto a la realidad, se identifica que el MEF, como ente a cargo del Programa de Incentivos, juega un rol importante dentro de Meta 4, ya que brinda los lineamientos necesarios para que el Sector Salud pueda implementar dicha meta. Asimismo, a través de la Unidad de Cumplimiento acompaña al Sector en el proceso de implementación y seguimiento al cumplimiento de actividades de la meta. Estas actividades de acompañamiento se canalizan a través del Centro de Servicios de Atención al Usuario CONECTAMEF, en el cual los especialistas de presupuesto brindan asistencia técnica directa en el nivel local sobre aspectos de ejecución presupuestal relacionada a la ejecución de recursos transferidos para las visitas domiciliarias.

Para el caso del MINSa, este debe articular con las diferentes entidades subnacionales de su propio sector, tales como DIRESA\GERESA\DIRIS y los establecimientos de salud. Además, a lo largo del trabajo de campo, se identificó a un actor sumamente importante para la operativización de la intervención, el cual no se encuentra contemplado explícitamente en los modelos operacionales teóricos de la Meta, nos referimos al Gestor PI. Este personaje cumple una función fundamental dentro de toda la estructura, ya que coordina constantemente tanto con



el MINSA y DIRESA, para orientar técnicamente a los distritos beneficiarios en las diferentes actividades que estos deban implementar, con el fin de poder apoyarlos ante cualquier complejidad que puedan presentar a lo largo del proceso.

A un nivel distrital, es necesario evaluar el nivel de articulación que han alcanzado las entidades locales, enfatizando en la coordinación que han tenido las municipalidades y los establecimientos de salud correspondientes, ya que son estos los entes principales a cargo de la implementación de la intervención.

De la información de campo, podemos recoger situaciones variadas. Por un lado, tenemos a Cajaruro (Amazonas), Carabayllo (Lima) y Chachapoyas (Amazonas) como distritos en donde se percibe que la articulación de las entidades locales habría sido positiva, aspecto que les ha favorecido para la toma de decisiones al momento de la implementación. Por otro lado, como casos opuestos, tenemos a Taricá (Ancash), Chinchaypujio (Cusco) y Paimas (Piura), distritos donde se percibe que habrían fallado en la articulación local por problemas de coordinación institucional. Por último, para el caso de La Banda de Shilcayo (San Martín) y Chulucanas (Piura). En estos distritos se recogen imprecisiones y contradicciones según lo declarado por los informantes, por lo que no nos permite ser concluyentes sobre cómo articularon y coordinaron las instituciones locales en 2019⁴⁵.

Para los casos favorables podemos notar que existe una buena relación institucional local, especialmente entre las municipalidades y los establecimientos de salud. Este contexto ha sido aprovechado por los municipios de tal forma que les ha permitido mejorar en sus estrategias operativas de la intervención. Por ejemplo, en Cajaruro, los diferentes personajes de la cadena de implementación resaltan el trabajo coordinado de las entidades del distrito, y gracias a esa adecuada coordinación, según comentan, pudieron obtener en 2019 resultados alentadores en cuanto al desempeño operativo de la intervención como de la reducción de la anemia en el distrito. Es más, los informantes señalan como ejemplo que el gobierno local respectivo presentó ciertas dificultades a causa de las distancias y lejanías de sus comunidades, pero con el apoyo y coordinación de las entidades del sector salud (personal PROMSA y Gestor PI) se pudieron diseñar estrategias que les permitió lograr la cobertura planificada, adecuar la intervención y lograr los objetivos planteados. Otro punto a favor y común entre los distritos con una adecuada coordinación de sus instituciones locales es la definición clara de las funciones de cada una de ellas, roles que se habrían definido explícitamente en un documento formal producto de las reuniones IAL del distrito. Además, otra característica común de estos distritos es el constante apoyo que habrían recibido las entidades por parte del Gestor PI para la correcta adecuación de la intervención a sus realidades. Una particularidad que se mencionó en Chachapoyas es la ya existente coordinación de las entidades locales, refieren que las instituciones involucradas desde mucho antes ya venían coordinando aspectos nutricionales, por lo que no les fue complicado articular el IAL para Meta 4. Para el caso de Carabayllo, muy aparte de la buena coordinación que reportan todas las partes locales, se comentaron algunos ligeros retrasos y cuellos de botella que se generaron entre las entidades del sector salud, pero que fueron superados.

Según informantes de MEF y MINSA, en 2019 se identificó que algunos distritos presentaron falencias en diferentes etapas de la implementación por la falta de coordinación interinstitucional. En línea con ello, las percepciones recogidas en el trabajo de campo concuerdan con esa idea para los tres distritos ya mencionados de Taricá, Chinchaypujio y Paimas. Algo común de estos lugares es dificultades en las relaciones interinstitucional sobre todo entre la municipalidad y el

⁴⁵ Una limitación para el caso de Chulucanas es la falta de información para ciertos informantes. Solo se logró aplicar la entrevista al integrante de la IAL, mas no al funcionario de la municipalidad ni a la contraparte del establecimiento de salud. Las razones de esta brecha de información primaria son detalladas en el segundo producto de esta consultoría.



establecimiento de salud, generando consecuentemente ciertos desencuentros a nivel funcional y toma de decisiones. Esta situación fue evidente en el caso del distrito visitado en Cusco.

Para estos casos de mala coordinación, emerge como recomendación el apoyo constante y cercano del personal de DIRESA, ya que estos, según el modelo operacional, entre sus funciones deben hacer seguimiento, dar soporte y adecuar los documentos normativos según la realidad de cada zona. Esto es importante ya que contar con un documento de gestión a nivel regional de la intervención de la mano con la labor de coordinación de las DIRESA permitiría una mejor aplicación de las funciones, actividades de los actores involucrados y adecuaciones de la intervención. Ante ello, el personal de la DIRESA, sobre todo de Ancash y Cusco, expresaron la falta de participación y poco involucramiento que tuvieron al momento de formular/diseñar la intervención de Meta 4. Dicho esto, se podría elaborar una guía dirigida para el equipo competente de las DIRESA de tal forma que se aclare quién debe realizar el proceso de adecuación y cómo lograrlo. Asimismo, el Gestor PI podría alertar sobre los distritos que presenten deficiencias en la relación interinstitucional. Este personaje debería hacer las veces de mediador para definir y solucionar dichos inconvenientes, ya que posiblemente estas indefiniciones influirán en el rendimiento operativo de la Meta. Además, este personaje debería dar soporte para la elaboración de documentos locales que especifican de forma clara las funciones y roles de cada entidad participante de la meta.

En resumen, de la muestra del estudio se han recogido contextos heterogéneos en cuanto a la coordinación interinstitucional local. Pero para las zonas que lograron articularse adecuadamente, típicamente: (a) contaron con el apoyo de sus respectivos Gestores PI, (b) elaboraron documentos formales con las funciones y roles de cada entidad involucrada con la Meta 4, (c) existía una buena relación interinstitucional, o (d) ya tenían experiencias previas que les implicaba coordinar entre las entidades de ámbito local. Esas condiciones favorecieron en el rendimiento para articularse y coordinar localmente.

Por otro lado, un tema adicional por analizar en este apartado es la existencia de sobrecarga laboral para los diferentes actores de la cadena de implementación. De las entrevistas se han recogido posiciones diversas, pero esquematizando en extremo se nota que los actores que estarían teniendo una sobrecarga laboral mayor son puntualmente los funcionarios de las municipalidades tipo G y los trabajadores de los establecimientos de salud. En ambos pareciera que la razón fundamental es la multiplicidad de responsabilidades (en otras intervenciones) que desenfocan su trabajo relativo a la Meta 4. Por contraste, existen informantes de distritos como Cajaruro o Chachapoyas (Amazonas) que comentan que los actores locales de su ámbito de jurisdicción no presentan sobre carga laboral a raíz de la buena organización y coordinación que poseen, definiendo las actividades de cada entidad competente, distribuyendo eficientemente las labores, de tal forma que se eviten dichas sobrecargas de trabajo. Nuevamente, el nivel de organización local pareciera ser el elemento diferenciador.

c) Aplicativo informático

En lo que concierne al sistema informático de la Meta 4, la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) del MINSA es la responsable a nivel nacional de diseñar y desarrollar las soluciones informáticas necesarias para la adecuada operatividad del "Aplicativo Informático de Registro de VD/AS" de la Meta 4. Asimismo, de acuerdo con la información a la que se tuvo acceso, tiene las siguientes funciones:

- Capacitar a los responsables de estadística en todas las DIRIS/DIRESA/GERESA del país sobre el uso del Aplicativo.



- Supervisar y monitorear la capacitación de las DIRIS/DIRESA/GERESA hacia los responsables de estadística de los EESS de sus ámbitos.
- Brindar la asistencia técnica que soliciten los responsables de las VD desde DIRIS/DIRESA/GERESA, relacionadas con el uso del Aplicativo.
- Dar solución a cualquier inconveniente registrado vinculado al funcionamiento adecuado y oportuno del Aplicativo, que limite o impida el cumplimiento de las VD por alguna Municipalidad.

A nivel regional, la DIRIS/DIRESA/GERESA designa un responsable de estadística quien se encarga de capacitar a sus similares de las Redes y EESS en el uso del Aplicativo. Asimismo, brindan asistencia técnica a estos responsables y dan solución a cualquier inconveniente reportado.

Adicionalmente, en cuanto al uso del aplicativo por parte de los funcionarios de los municipios, puntualmente para el que haga sus veces de coordinador de las visitas domiciliarias o de secretario(a) técnico(a) de la IAL, deben encargarse principalmente de (a) la revisión constante para el análisis de los indicadores mensuales que se reporten en el sistema, los cuales deberán ser compartidos con toda la IAL en las reuniones correspondientes, y además, (b) del registro de la información de las fichas de las visitas domiciliarias en caso éstas se hayan realizado de forma manual y no bajo la modalidad del aplicativo de la Meta 4.

En la práctica, a modo general, en casi la totalidad de los distritos de la muestra, exceptuando únicamente a Cajamarco (Amazonas), se reportan algunos problemas iniciales del sistema informático de la Meta 4. Ello estaría relacionado, específicamente, a las constantes modificaciones que sufría el sistema al inicio del 2019 y que no necesariamente fue acompañado de una capacitación o notificación sobre dichos cambios, generando confusión, desentendimiento y dificultad en el uso por parte de algunos usuarios. Como se menciona, estos fueron problemas temporales al inicio de la etapa de implementación, por lo que conforme avanzaba el año, mejoraba el entendimiento del sistema informático y el dominio sobre el mismo.

Comenzando con el nivel nacional, la coordinación entre el responsable de estadística del MINSA con el estadístico regional y de este con el área de PROMSA de los Establecimientos pareciera no estar garantizada en todos los casos. Al menos en Cusco se recoge dicho inconveniente, lo cual ha generado dificultades para la asistencia técnica a nivel local. De esta manera, según refieren los informantes cuando se presentaban problemas con el aplicativo en las municipalidades se tenía que contactar directamente con el MINSA, ya que las áreas de estadística a nivel regional parecían no tener la capacidad de brindar soluciones. Incluso algunos coordinadores de visitas domiciliarias de los municipios tenían mejor afinidad para resolver sus dudas con el Gestor PI que con el personal regional de estadística.

Por otro lado, como ya se ha comentado, durante los primeros meses de la ejecución de la Meta, el Aplicativo, al ser un sistema online, presentó deficiencias que impedían el adecuado ingreso a la plataforma y perjudicaba el registro mensual que se debía hacer de las visitas domiciliarias: entre las municipalidades que presentaron estos inconvenientes principalmente son Taricá (Ancash), Paimas (Piura), Chinchaypujio (Cusco), y La Banda de Shilcayo (San Martín). En particular, se hizo referencia a los plazos que se les da para el registro de las visitas, ya que pasados los días 5 a 10 de cada mes ya debe encontrarse registrados en el sistema todas las visitas realizadas del mes pasado. Estos plazos podrían tornarse algo exigentes para ciertas localidades, sobre todo para las zonas de baja conectividad o las que presenten comunidades medianamente lejanas. Por ello, para esos primeros meses se les complicaba poder cumplir con las vallas correspondientes. No obstante, estas deficiencias del sistema se pudieron solucionar aproximadamente para la segunda mitad del año, cuando la mayoría ya se familiarizaba con el sistema. Además, otro problema común de este grupo de distritos en relación con el Aplicativo



consiste en el frecuente cambio y actualización que se realizaba en la plataforma, como por ejemplo las modificaciones en los módulos de pago, la elaboración de planilla de los actores sociales, entre otros. Según comentan, estos cambios no fueron acompañados de las capacitaciones necesarias para una correcta comprensión, generando dificultades en los funcionarios responsables de su uso.

Para el caso de las municipalidades de mayor capacidad y densidad poblacional, como lo son Chulucanas (Piura), Chachapoyas (Amazonas) y Carabayllo (Lima), en lugar de comentar sobre las modificaciones del sistema, enfocaron su incomodidad en el registro que debían realizar los actores sociales a través del aplicativo informático, ya que la intervención les exigía al menos cumplir con un porcentaje de visitas domiciliarias realizadas con el aplicativo móvil. El común reportado de estas zonas fue la falta de entendimiento de la aplicación por parte de los actores sociales, además de que la mayoría no contaba con los celulares adecuados para el registro de la visita, recurriendo esa mayoría al registro de las visitas a través de las fichas de la intervención.

Una casuística distinta a lo recogido de todas las regiones es lo mencionado en Cusco, ya que, según los informantes relevantes, en algunos distritos de la región hubo confusión entre los actores sociales y algunos trabajadores de las municipalidades a raíz de la desinformación sobre la cantidad de visitas domiciliarias que debían realizarse según las edades en días de los niños y niñas beneficiarias. Es decir, la norma técnica indica que los y las beneficiarias deben recibir tres visitas al mes para ser consideradas como completas, y la única razón para que un o una beneficiaria reciba una menor cantidad de visitas refiere a los días de nacido del menor. Pero para la práctica de algunas zonas en Cusco, la cantidad de visitas variaba según la gravedad de anemia que tenía el o la beneficiaria (mientras más grave, recibía más visitas, pero si era leve recibía una o dos visitas), por lo que para algunos casos un o una infante de 4 a 5 meses recibía 1 o 2 visitas al mes.

La excepción de los distritos analizados es Cajaruro (Amazonas), aquí no se podría concluir que no tuvieron ningún problema con el aplicativo durante el 2019, pero al menos sus informantes mencionaron que no hubo grandes complicaciones con ello, ya que el Gestor PI asignado les capacitaba constantemente de los cambios ocurridos en el sistema, por lo que cualquier inconveniente era superado con rapidez.

Dicho ello, a modo de resumen, la gran mayoría de los distritos del estudio reportaron complicaciones iniciales del sistema informático, ya sea por las modificaciones del aplicativo o por las dificultades de poder recoger la información de las visitas a través del aplicativo móvil. Pero para corregir fácilmente dichos inconvenientes lo esencial es tener a los actores locales plenamente informados de dichos cambios e instruirlos en cuanto al uso adecuado del aplicativo. Esto claramente se ha ido resolviendo conforme avanzaba la etapa de implementación, por lo que, para posteriores periodos, no debería ocurrir problemas mayores ya que las municipalidades y establecimientos de salud ya se encuentran familiarizados con el trabajo de Meta 4.

d) Instancia de Articulación Local (IAL)

A partir de la documentación del programa se puede intuir que la Instancia de Articulación Local conforma el eje central de las intervenciones propuestas en el diseño conceptual de la Meta 4 del PI, ya que es la responsable de impulsar estrategias, monitorear y evaluar el correcto cumplimiento de las VD que llegan finalmente a la población; todo ello a partir de un trabajo articulado impulsado por las municipalidades y otras organizaciones o instituciones locales vinculadas a temas de primera infancia.



Como primera acción para conformar la IAL, la municipalidad tiene que identificar a las organizaciones o instituciones que tengan rango de acción distrital o provincial y estén relacionados a temas de primera infancia; en la Guía se propone las siguientes opciones:

- Autoridades locales o comunales (de centros poblados, anexos, asentamientos humanos), representantes de juntas vecinales o lo que haga sus veces.
- Comité de Regantes, Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS).
- Programas de apoyo alimentario (por ejemplo, Vaso de Leche).
- Programas locales de asistencia, protección y apoyo a los niños y mujeres.
- Representante de los establecimientos de salud del distrito (responsable de acciones de Promoción de la Salud (PROMSA).
- Representante del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).
- Representantes de programas sociales del MIDIS (Cuna Más, Juntos).
- ONG, programas de responsabilidad social de empresas privadas, proyectos de cooperación internacional, instituciones religiosas, entre otras.

Posteriormente, la municipalidad realiza la convocatoria a todos los representantes de las organizaciones e instituciones mapeadas. Caso contrario, se convoca como mínimo a los representantes de los establecimientos de salud del distrito (responsable de acciones de salud de las actividades PROMSA). La convocatoria se debe realizar mediante un documento oficial (carta, oficio o resolución) firmado por la autoridad municipal (alcalde o gerente municipal).

A partir de ello, se asignan a los convocados las funciones de cada integrante de la IAL para la gestión de las VD. En la siguiente tabla, se detalla el perfil de los integrantes de la IAL y sus respectivas funciones:

Tabla 35: Perfiles de integrantes de la IAL y sus funciones

| Integrantes | Funciones | Perfil |
|--|--|--|
| Presidente IAL | <ul style="list-style-type: none"> • Convoca a reuniones ordinarias como mínimo mensualmente a través de la Secretaría Técnica | Alcalde |
| Secretaría Técnica (ST-IAL) | <ul style="list-style-type: none"> • Conduce las reuniones, hace seguimiento y lleva el registro de estas mediante actas. | Responsable de Gerencia de Desarrollo Social, Sub Gerencia de Salud u otro, dentro de la municipalidad |
| Coordinador de VD | <ul style="list-style-type: none"> • Planifica y organiza las VD junto con el equipo de salud local. Registra y mantiene actualizado el padrón de actores sociales en el distrito. • Registra en el aplicativo las VD realizadas por los actores sociales en caso se requiera. • Participa en el seguimiento y evaluación de las actividades. | Se recomienda que haya estado relacionado con temas de focalización de hogares (ULE/SISFOH). |
| Representante de los EESS del distrito | <ul style="list-style-type: none"> • Brinda lista de agentes comunitarios de salud para ser considerados como actores sociales del distrito. • Valida y asiste a la ST-IAL en la convocatoria y selección de actores sociales. | Responsable de promoción de la salud |



| Integrantes | Funciones | Perfil |
|---|--|--------|
| Instituciones u organizaciones del distrito | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudan en la implementación de las VD. • Apoyan a la municipalidad con el mapeo de actores sociales | |

Fuente: Guía para el cumplimiento de visitas domiciliarias por actores sociales Meta 4, 2019.

Finalmente, la municipalidad debe realizar la formalización de la IAL mediante resolución de alcaldía, la cual además del acta de formalización deben ser cargados en el Aplicativo web para su respectiva verificación del cumplimiento de la Actividad 1; en la resolución se incluye:

- Nombre de las instituciones u organizaciones integrantes
- Presidencia y ST-IAL
- Periodicidad de reuniones
- Acta de formalización de la IAL, debidamente firmada por los integrantes

En este punto, la Guía hace la precisión de que una instancia existente con la misma naturaleza puede ser reconocida como IAL mediante la resolución de alcaldía, pero debe estar circunscrita únicamente a la jurisdicción de la municipalidad. Asimismo, debe verificarse que esta instancia contemple las VD en sus actividades.

En base a lo descrito en la sección de análisis de involucrados, se tiene registrado, por un lado, distritos en donde las entidades locales lograron en 2019 una buena articulación local, y por otro, lugares en donde no funcionó de la mejor forma. A partir de esa variedad de realidades en los distritos evaluados, aparentemente estaría ocurriendo un desempeño consecuente en las actividades y funcionamiento de la IAL. Es decir, según lo recopilado y observado, para zonas donde ha ocurrido una buena coordinación interinstitucional, el trabajo y organización de las actividades de la Meta tienden a ser mejor, al menos para los casos estudiados de esta consultoría.

Algo común de la mayoría de los distritos de este estudio y que va en línea con lo estipulado en los documentos técnicos de la intervención, es el protagonismo que deben tomar las municipalidades y los establecimientos de salud correspondientes para lograr las metas y los resultados deseados. Además, según la norma, el resto de las instituciones locales que estén interesadas en participar o son competentes al tema nutricional, infantil o que buscan el desarrollo en general de sus distritos/provincias, deben cumplir la función de acompañar y participar en las reuniones mensuales de cada IAL de tal forma que aportan en las estrategias o actividades de la intervención. Sin embargo, en algunos lugares se comenta el poco involucramiento de este “resto de instituciones”, como es el caso de Carabaylo (Lima), Chinchaypujio (Cusco), Paimas (Piura) y La Banda de Shilcayo (San Martín). Por ejemplo, en Carabaylo se menciona que la aparición inicial de estas instituciones al momento de la conformación de la IAL, pero conforme avanza la Meta, el interés se pierde.

Una situación distinta a lo narrado en el párrafo previo es lo comentado en Cajaruro y Chachapoyas, ambos de la región Amazonas, aquí rescatan la buena participación de este “resto de instituciones”. Los funcionarios de estos municipios comentan que para lograr ello buscaron involucrarlos constantemente a través de las reuniones socializando los resultados que iban alcanzando conforme avanzaba la implementación de la Meta. Entonces a partir de la difusión de la información del distrito con el resto de las entidades competentes lograron despertar un interés y un consecuente involucramiento en ciertas actividades puntuales de la Meta. Es decir, esta medida adoptada, según comentan, les ha resultado bastante bien, coordinando y tomando buenas decisiones en las reuniones de la IAL. Además, correlativamente en estos distritos sí se



han desarrollado documentos formales en la cual se especifican los roles y funciones locales de cada institución, evento que no ha ocurrido en el resto de los distritos de esta evaluación.

En síntesis, este modelo de cogestión planteado en la IAL no necesariamente garantiza un correcto desarrollo de las actividades, no en todos los distritos ha funcionado bien, ya que depende en gran medida de la capacidad de gestión de los funcionarios responsables en la municipalidad hacia la Meta, la relación interinstitucional de la zona y el nivel de organización que estos poseen para lograr los resultados esperados. Por otra parte, un posible factor externo que podría limitar el trabajo coordinado de la IAL refiere a los cambios de personal que pueden ocurrir en las instituciones participantes de la Meta, impidiendo un desarrollo eficiente de la organización (discontinuidad del trabajo, cambios en los temas por priorizar, etc). Entre los distritos que se recoge estos cambios de personal son Taricá (Ancash), La Banda de Shilcayo (San Martín) y Paimas (Piura).

e) Planificación de las VD

De los testimonios por parte de los informantes locales, podemos afirmar que todos presentaron algunas dificultades o problemas al momento de la planificación previa a la ejecución de las visitas domiciliarias ya sea con la sectorización del distrito o con el padrón nominal de beneficiarios. La diferencia que se observa entre los distritos se encuentra en el cómo afrontaron dichos problemas y qué estrategias siguieron para solucionarlos. Esto será abordado a partir de los siguientes temas de sectorización y del padrón nominal.

▪ Sectorización del distrito

Luego de la conformación de la IAL en la localidad, esta tiene como primera tarea fundamental realizar el proceso de sectorización del territorio, lo cual le permite organizar y gestionar eficientemente las VD a ejecutar en el transcurso del año. En la Guía para el 2019, se describe que el proceso de sectorización consiste en la agrupación de manzanas, zonas y centros poblados en grupos denominados sectores IAL. La sectorización es primordial para la gestión de las visitas domiciliarias, ya que te permite prever la cantidad de actores sociales y coordinadores que serán necesarios en cada sector-IAL tomando en consideración la cantidad de niñas y niños que visitarán. Para ello, se cuenta con dos fuentes de información: por un lado, el responsable de promoción de la salud del establecimiento de salud del distrito brinda a la ST-IAL la información disponible relacionada con la sectorización del ámbito de su establecimiento; y por otro lado, la municipalidad cuenta con datos del Sistema Integrado para la Gestión de Información Territorial (SIGIT) del INEI que son puestos a disposición de la ST-IAL. La ST-IAL tomando en cuenta estas fuentes de información y en coordinación con el equipo de salud define una única forma de sectorizar el distrito para realizar las VD/AS. Finalmente, en la sectorización debe considerarse la distribución de la población según centros poblados del Padrón Nominal de niñas y niños, así como las vías de acceso y las características geográficas del territorio.

Como ya se ha mencionado, la mayoría de los distritos bajo análisis indicaron que la sectorización fue un problema al momento de la implementación de la Meta 4. Pero de este grupo de distritos que presentaron dificultades en este proceso de sectorizar sus zonas, los podemos dividir en dos subgrupos. Por un lado, tenemos a un subgrupo que logró solucionar los inconvenientes logrando sectorizar adecuadamente su ámbito de trabajo, y por otro, tenemos un subgrupo que no obtuvo un resultado favorable. En este último subgrupo se encuentra a los distritos de Taricá (Ancash) y Chinchaypujio (Cusco). Mientras que en el primer subgrupo están Cajaruro y Chachapoyas de Amazonas, y Carabayllo (Lima).

Una de las razones recogidas que estarían generando estos inconvenientes con la sectorización son los catastros del aplicativo. El problema comentado por el personal de MINSA es el desfase



de información que podría ocurrir con los mapas que ellos elaboraban para el aplicativo, el cual proviene del Censo Nacional de Población y Vivienda 2017 de INEI. A partir de esa información, se construyó una primera versión de los mapas sobre lo que debían trabajar las municipalidades. Pero al momento de llegar a campo, en la etapa de implementación, las municipalidades contaban con catastros más actualizados o desfasados como, por ejemplo, los mapas de 2007. Ese descuadre en los mapas dificultó el trabajo de sectorización, afectando consecuentemente en el logro de las metas iniciales.

El caso puntual reportado en el distrito de Taricá de la región Áncash fue la gran dificultad que tuvieron los funcionarios de la municipalidad y el personal del establecimiento de salud al momento de realizar la sectorización. Los problemas se generaron a partir de las incongruencias existentes entre las direcciones de residencia de los niños y niñas especificadas en el Padrón Nominal y los lugares donde realmente vivían. Esto, consecuentemente generaba limitaciones para la ejecución de las visitas domiciliarias. En línea con lo anterior, según testimonios de informantes clave de esta zona, el gran problema de la sectorización refiere a que el puesto de salud maneja un catastro propio el cual se encuentra estructurado de forma distinta a las direcciones del aplicativo. Es decir, el catastro que maneja la posta de salud es por bloques o manzanas, en cambio en el Padrón Nominal la unidad de organización son calles y avenidas, debido a que esta información se alimenta de los registros de RENIEC. Esta diferencia o descalce genera complicaciones al momento de sectorizar e identificar las viviendas de los niños a intervenir. Este es un problema que probablemente ha ocurrido en otros distritos⁴⁶, sobre todo en los pertenecientes a las municipalidades tipo G, dado que son estas las que poseen menos zonas urbanizadas, por lo que los establecimientos de salud organizan su ámbito de acción en base a otras unidades de sectorización que no son calles ni avenidas. En Chinchaypujio ocurrió una situación mucho más complicada, aquí la municipalidad pareciera que no recibió el apoyo del centro de salud del distrito por lo que el resultado de la asignación del personal con las viviendas de los y las beneficiarias fue equivocada, ya que algunos actores sociales se les asignaban niños o niñas de otras comunidades medianamente alejadas.

En relación con los distritos que lograron un resultado favorable sobre la sectorización. Estos también tuvieron inconvenientes similares, tales como mapas desfasados, información incongruente de INEI, o estructura diferenciada del mapa del aplicativo con la realidad del distrito. Para estos casos, las municipalidades correspondientes recibieron un apoyo constante de otras instituciones y fue el trabajo coordinado que permitió cumplir con las actividades de la sectorización. Por ejemplo, en Cajaruro no coincidían los datos de los mapas mostrados en el aplicativo, pero con el apoyo del personal del establecimiento de salud y el Gestor PI se pudo corregir esas diferencias. Asimismo, en Carabayllo (Lima), con el apoyo de los establecimientos de salud rehicieron un nuevo mapa con la estructura de lotes y manzanas según la realidad de ciertas zonas del distrito.

Con esto, y a modo de resumen, queda evidencia que el trabajo coordinado y la buena articulación de las instituciones locales permitió que las municipalidades pudieran lograr satisfactoriamente con las actividades de la etapa de planificación de las visitas.

- Padrón nominal

El padrón nominal ha sido un problema recurrente y presente en todos los distritos del estudio, por lo que para este apartado nos centraremos en indagar en esas causas que estarían generando las deficiencias de este padrón de beneficiarios. Entendemos que esto ha sido un

⁴⁶ En el tercer informe elaborado por GRADE en cuanto a la evaluación de las VD, también se recogen problemas mencionados en cuanto a las incongruencias entre los mapas disponibles en los aplicativos con la estructura real de las localidades. Por ejemplo, en los mapas las direcciones se estructuraban en calles o avenidas cuando en realidad se organizan en manzanas, bloques o lotes.



problema ya mapeado por el MEF-MINSA, ya que a diferencia de la Guía Meta 4 2019, la versión 2020 sí incluye estas casuísticas y cómo corregirlas. Es más, la actividad de conformación de la IAL fue reemplazada por una nueva actividad, la cual comprende la actualización de la información de los niños y niñas registradas en el Padrón Nominal.

El personal del MEF advierte que el problema de no encontrar a los niños y niñas de los padrones nominales o existir menores no registrados se debe principalmente a la defectuosa información cuantitativa con la que cuentan. En el caso de la información otorgada por los funcionarios de las municipalidades evaluadas bajo el marco de este estudio, se recoge una variedad de razones por las cuales se puede intuir el por qué el padrón nominal cuenta con información incorrecta sobre las ubicaciones reales de los menores de 4 a 11 meses.

En Chachapoyas, por ejemplo, mencionan que su población es itinerante, pues existe mucha migración en la zona. Además, a veces vienen madres de otros distritos a atenderse en los establecimientos de salud de la capital, para lo cual brindan direcciones de familiares, pero en realidad el o la menor viven en otros lugares (distritos), por lo que, al momento de asignar y localizar a los niños del padrón resulta imposible ya que no corresponden a la zona, debiendo actualizarlos en el sistema. Además, el personal de salud de esta misma zona de Amazonas comentó que las madres tienden a dar otras direcciones cercanas a los centros de salud, aun cuando en realidad no les corresponda, con la intención de poder acceder al seguro SIS. En Cajaruro, también distrito de la región Amazonas, se menciona que las razones de no encontrarse registrados niños o niñas en el padrón nominal se debe a las lejanías entre algunas familias y la ubicación de los centros de salud. Eso generaba la no asistencia de las cuidadoras a sus controles respectivos, generando un registro tardío en el sistema.

Es notorio que las desactualizaciones o la errada información que pueda presentar el padrón nominal es un problema con el que deberán convivir las municipalidades. Sin embargo, es necesario identificar las causas que podrían estar generando este problema y tratar de buscar las herramientas que permitan atacar las causas y mitigar los errores en el padrón. Si bien un común denominador parece ser la migración otras pueden ser ad hoc a las zonas y requerir soluciones específicas. Por ejemplo, en línea con ello, una estrategia para contrarrestar el problema del padrón nominal fue comentada por un informante clave en Amazonas. Ellos identificaron a partir del análisis de la data que en el padrón nominal contaban con una menor cantidad de niños y niñas cuando se comparaban con los reportes de los establecimientos de salud. A partir de eso, como equipo regional junto con la coordinación de la IAL, el informante indica que activaron campañas de registro civil y se les pidió a los alcaldes correspondientes observando posteriormente mejoras en dichas zonas.

f) Actores Sociales (AS)

▪ Perfiles

La siguiente tarea importante luego de ser conformada la IAL en la localidad- también detallada en la Guía para el 2019- consiste en la convocatoria y selección de actores sociales potenciales. Para ello, la municipalidad solicita a los establecimientos de salud la lista de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) que tienen registrados, para incluirlos, a través del Aplicativo informático, en el padrón de actores sociales de la municipalidad. Además de los ACS, también pueden ser convocados: madres líderes del programa del Vaso de Leche, dirigentes de programas sociales municipales, estudiantes universitarios o de institutos superiores, voluntarios, entre otros. Particularmente, en la Guía para el 2019, se especifica cuál debe ser el perfil de los potenciales actores sociales a convocar, además de mencionar que- de preferencia- estos cuenten con un teléfono móvil con características técnicas adecuadas para instalar correctamente el Aplicativo móvil; de esta manera, el actor social debe:



- Conocer el ámbito distrital
- Saber leer y escribir
- Tener actitud idónea para realizar VD e interactuar con las familias o cuidadores de niñas y niños pequeños

Adicionalmente, en el Anexo 4 de la misma Guía, se menciona como requisito que el actor social tenga las cualidades del ACS establecidas en el documento técnico “Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado integral de la salud de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años” aprobado mediante RM N° 702-2009-MINSA; en este documento técnico, se describen las cualidades que debe poseer todo ACS para el ejercicio adecuado de sus labores, entre las cuales destacan:

- Se siente respetado y querido por su comunidad
- Orienta a otras personas a resolver problemas
- Le gusta y se siente identificado con su comunidad
- Es solidario y ayuda a otros a hacer respetar sus derechos

De la evidencia recogida del trabajo de campo, se identifica, para la totalidad de los distritos bajo estudio, que el grueso de los actores sociales de la intervención son personas que anteriormente laboraban como agentes comunitarios del sector salud. Debido a que, según la lógica de la intervención, el listado de agentes comunitarios de los establecimientos de salud son el punto de partida de las municipalidades para reclutar, seleccionar y capacitar a los actores sociales, es a partir de este punto en que comienzan a ocurrir las diferencias entre los tipos de municipalidades, dado que el perfil y características de estos agentes varía según la realidad de los distritos. Es decir, los funcionarios del municipio o bien pueden encontrarse con un conjunto de trabajadores que tiene estudios técnicos y con gran capacidad comunicativa o de elocuencia, o bien pueden encontrar con perfiles de bajo nivel educativo, con poca experiencia en temas de salud y poco elocuentes.

En ese sentido, considerando a la muestra del estudio, los perfiles iniciales varían según zona de análisis. De acuerdo con los comentarios recabados en campo, estos pueden ser agrupados en tres grupos. Primero están los distritos que cuentan con agentes comunitarios que, típicamente, cuentan con un perfil de estudios técnicos con conocimientos en temas de salud, previos a las capacitaciones que son parte de la intervención, y son representativos en sus localidades. Bajo estas condiciones tenemos a los municipios de Chachapoyas (Amazonas), Chulucanas (Piura) y Carabayllo (Lima). En segundo lugar, se encuentran distritos en donde la mayoría de sus agentes comunitarios no cuentan con estudios universitarios ni técnicos, pero que sí poseen buenas habilidades sociales y comunicativas, y con representatividad en sus localidades; estas personas al tener muchos años trabajando como agentes comunitarios, cuentan con experiencia en el conocimiento de temas de salud. En esta situación figuran las municipalidades de Cajaruro (Amazonas) y La Banda de Shilcayo (San Martín). Por último, en el tercer grupo, se encuentran los distritos de Taricá (Ancash), Chinchaypujio (Cusco) y Paimas (Piura), que son lugares que se caracterizan por contar con un perfil de bajo nivel educativo, pero sí cuentan con representatividad en sus comunidades.

Debe quedar claro que estos perfiles son las condiciones iniciales de los agentes comunitarios antes de la intervención, es decir, previo a las capacitaciones. Por lo que, a partir de ello, los municipios los instruyen para seleccionar a los actores sociales de la intervención. Algo adicional a precisar es que al ser agentes comunitarios típicamente cuentan con un reconocimiento y representatividad por parte de las localidades/zonas, ya que estos vienen trabajando desde hace varios años con las entidades del sector salud teniendo, en cierta medida, acercamiento con la población.



Entrando en el detalle de los grupos mencionados, para los distritos de Taricá (Cusco), Chinchaypujio (Ancash) y en menor medida en Paimas (Piura), la escasez de personas que cumpliera el perfil dificultó el reclutamiento cumpliéndose con los perfiles de forma aparentemente imperfecta. De esta manera, para el caso de los distritos de Ancash y Cusco, se tuvo que considerar a quienes se encontraban disponibles. En Paimas, la situación varía ligeramente, ya que aquí no hubo escasez de agentes comunitarios, teniendo al menos la opción de elegir a los perfiles que más se adecúan con lo solicitado por la Meta. Un caso puntual fue recogido de las entrevistas de los informantes de Taricá, acá se mencionó el involucramiento de los jefes de algunas comunidades, plenamente rurales, en la selección de los actores sociales lo cual, si bien tiene el beneficio de mejorar la representatividad local del actor social, dificulta el cumplimiento de los requisitos formales.

En el caso del segundo grupo, como se indicó, se dispuso de una variedad de agentes comunitarios con un perfil característico de estudios secundarios, con experiencia en temas de salud y capacidad comunicativa adecuada. No obstante, existen diferencias en la etapa de reclutamiento y selección dado que, por un lado, en Cajaruro (Amazonas) resaltan el compromiso de estos actores y su empeño en la participación de las capacitaciones; mientras que, en La Banda de Shilcayo, reportaron tener problemas al inicio de 2019 por el desinterés de un grupo reducido de agentes, los cuales terminaron siendo excluidos del proceso de selección. Adicionalmente, para este último distrito, al ser una municipalidad tipo D, le sugirieron a los funcionarios locales que los actores sociales hagan uso del aplicativo móvil para el registro de las visitas, pero estos desistieron, por el hecho de no tener dominio tecnológico ni contar con los celulares adecuados (smartphone).

En relación con el grupo de Chachapoyas, Chulucanas y Carabayllo, podemos mencionar que sus agentes comunitarios poseían un perfil similar, aunque se identificó un punto adicional para el perfil de los agentes de Carabayllo. Estos últimos agentes, a diferencia de los otros dos distritos, sí tenían conocimientos básicos computacionales y sí se encontraban familiarizados con aspectos tecnológicos, facilitándoles el entendimiento del aplicativo móvil. Un aspecto particular de Carabayllo es que, a pesar de contar con una considerable cantidad de agentes comunitarios medianamente instruidos, en un inicio no pudieron reclutar a la cantidad suficiente de visitantes para satisfacer a toda la población que debían visitar. Esto influyó, consecuentemente, en su desempeño operativo sobre el cumplimiento de las visitas (evaluado en la sección de resultados operativos).

En síntesis, recogiendo la información de todos los lugares evaluados, sea cual fuese el caso, el hallazgo recurrente es que el éxito relativo de las municipalidades depende de la realidad particular que enfrentan, llegando a seleccionar a aquellos que estuvieran disponibles en ese determinado tiempo, dada la premura por cumplir con los cronogramas de la Meta. Al no existir una garantía de calidad, la actitud más prudente es capacitar a los actores sociales con una mayor frecuencia y con mayor detenimiento ya que el perfil que realmente se selecciona podría presentar distintas brechas de calificación para el puesto de actor social.

Para explicar este hallazgo, según declaraciones del personal de DIRESA, se considera que algunos criterios de selección fueron muy estrictos y, además, eran ajenos a la realidad de las comunidades, lo que generó una escasez de actores sociales para ciertos distritos, cubriendo los puestos con otros tipos de perfiles. En particular, el criterio de saber leer y escribir excluyó una gran cantidad de agentes comunitarios especialmente en zonas rurales: estos agentes en su mayoría venían trabajando con el sector Salud dentro de las comunidades y tenían la



aceptación de las familias, pero durante el proceso de selección eran descartados⁴⁷. Esta situación resulta muy estricta para la realidad que presentan algunas comunidades y pudo haberse trabajado con estos agentes comunitarios a través de alguna adecuación de las herramientas de la intervención.

En tal sentido, al menos para la muestra evaluada, resulta pertinente continuar con la estrategia de alimentar a los actores sociales a través de los agentes comunitarios de las localidades, ya que estos debido a su empatía, a sus habilidades sociales y a su experiencia de años estarían obteniendo una mayor afinidad con los y las beneficiarias. Pero para esos casos distritales donde la calidad del agente comunitario es deficiente, la alternativa a ello es la entrega de forma intensiva de capacitaciones sobre diferentes ámbitos, involucrándolo no solamente en temas nutricionales, sino en temas de comprensión, comunicación asertiva, entre otros que le permitan desarrollar habilidades que ayuden a la calidad del servicio entregado. Complementariamente, una alternativa a proponer es la idea de buscar acompañar a los actores sociales al momento de realizar sus visitas, al menos en una etapa inicial, recibiendo las recomendaciones de un profesional de la salud (OPRE, 2019). De igual forma, esta disyuntiva en cuanto al perfil ideal del actor encargado de realizar la visita tiene bastante margen de discusión, por lo que es un tema por evaluar en estudios posteriores para la realidad y contexto peruano.

- Rotación de personal

Respecto a la rotación de personal, de los ocho distritos del estudio, solo en dos se menciona la presencia de una alta rotación (en Taricá y Chinchaypujio). En el resto la rotación de los actores sociales es baja. Una de las razones que se le podría asociar a ese bajo nivel de rotación de los actores sociales es el gran porcentaje de agentes comunitarios participantes de la intervención, ya que estos personajes tienen un vínculo de compromiso con sus localidades, por lo que difícilmente desertan de sus labores. En cambio, si nos referimos a las personas que no fueron agentes comunitarios y que no estuvieron relacionados con la comunidad, entonces no sería para ellos tan complicado poder desligarse de los trabajos de la intervención como, por ejemplo, los estudiantes o personas ajenas a las comunidades.

En línea con ello no se observa una sobrecarga laboral en las funciones del actor social, debido a que el propio sistema del aplicativo solo permite asignarle como máximo un total de 15 niños para visitar. Por otro lado, la mayoría de los actores sociales comentan que las visitas domiciliarias tratan de realizarlas durante su tiempo libre, por lo que no debería cruzarse con el resto de sus actividades. La posibilidad de coordinar el horario con las familias asignadas les permitiría disponer mejor su tiempo para cumplir de la mejor manera la intervención, pero siempre se presentan los imprevistos como el no poder encontrar a los cuidadores en las viviendas o los problemas de accesibilidad o distancias entre viviendas, sobre todo en las zonas rurales de los distritos; o por la falta de disponibilidad de los padres para atender a los visitantes, en especial en las zonas urbanas de los distritos.

Para las zonas que reportan un considerable nivel de rotación, los informantes mencionan como factores detrás de ello a la designación de los visitantes por parte de los líderes comunales de zonas rurales, las bajas retribuciones económicas que se les asigna por cada visita, los excesivos desplazamientos que estos deben realizar para realizar una visita u algún otro inconveniente que pueda desalentar el empeño en su labor de visitador.

⁴⁷ En el tercer producto elaborado por GRADE sobre la evaluación mixta de las VD se recoge de los AS que el método empleado para contratarlos se divide en dos grandes grupos: por un lado se tiene al grupo de personas evaluadas para convertirse en AS, y por otro lado, se tiene al grupo que ingresaron al puesto sin aplicárseles ningún tipo de pruebas debido a su reconocimiento y experiencia en el campo del voluntariado comunitario.



Por último, con la información recogida en campo es difícil determinar cuáles podrían ser los efectos de la alta rotación de actores sociales sobre los resultados esperados en los niños y niñas beneficiarias. Sin embargo, conceptualmente se puede interpretar que el cambio constante de actores sociales podría generar un contexto no favorable en las familias, ya que de esta forma sería complicado poder forjar una buena relación interpersonal con las cuidadoras, siendo este punto clave para influenciar sobre el cambio de comportamiento en las familias.

g) Capacitaciones en cascada

Los *Lineamientos para la implementación de VD* que rigen en la Meta 4 establecen un mecanismo de capacitaciones en cascada, que empieza por el MINSA hacia los facilitadores regionales, luego de estos hacia los establecimientos de salud local y, finalmente, desde estos establecimientos hacia los actores sociales encargados de realizar la intervención.

En primera instancia, el MINSA- a través de la Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- tiene la responsabilidad de elaborar un plan anual de capacitación a los facilitadores regionales en VD a nivel de las DIRIS/DIRESA/GERESA, considerando sesiones de reforzamiento (el número mínimo de facilitadores a ser capacitados por región es de 5 personas). Dichas capacitaciones deben tener una duración mínima de 8 horas e incluyen los siguientes temas:

- Uso de los instrumentos para las VD
- Mensajes educativos de prevención de la anemia y de promoción de prácticas saludables
- Uso del Aplicativo informático para el registro de VD/AS

El perfil del personal de salud a ser capacitado incluye de preferencia las áreas de promoción de la salud, nutrición, atención integral, etapa de vida niño, control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y estadística y responsable del PAN. Asimismo, estos facilitadores designados a nivel regional son preferentemente personal nombrado o con contrato administrativo de servicios.

En segunda instancia, el área de Promoción de la Salud a nivel de las DIRIS/DIRESA/GERESA, a través de los facilitadores regionales capacitados, tiene la responsabilidad de elaborar el plan anual de capacitación a nivel regional dirigido al personal de los establecimientos de salud I-3 y I-4 según cada distrito. De igual modo, se recomienda incluir en la capacitación al personal del área de promoción de la salud, nutrición, control de crecimiento, inmunizaciones y estadística según corresponda.

Finalmente, en los Lineamientos se precisa que se deben realizar sesiones de acompañamiento técnico con una frecuencia mínima de 2 meses dirigido a los equipos de salud local, con la finalidad de revisar avances y puntos críticos que atender respecto a las VD; asimismo, se debe contar con sesiones de acompañamiento técnico a nivel regional.

En última instancia, la ST-IAL de la municipalidad- en coordinación con el establecimiento de salud- tiene la responsabilidad de programar, convocar, ejecutar y evaluar la capacitación de todos los actores sociales validados en el Aplicativo, a través del personal del establecimiento de salud local quien cumple con la función de facilitador.



Las sesiones de capacitación y/o reforzamiento se realizarán de manera mensual y son un requisito que el actor social debe cumplir para iniciar sus funciones; la capacitación tendrá como objetivo abordar los siguientes aspectos:

- La importancia del hierro en el desarrollo de niñas y niños
- La anemia y sus consecuencias
- Las pautas para la VD
- El uso del Aplicativo móvil de reporte
- El uso de los formatos impresos (de ser el caso)

Al finalizar la capacitación, la municipalidad entrega una constancia de asistencia y/o aprobación a los actores sociales que asistieron, permanecieron en el evento y/o aprobaron la prueba de salida. Por otra parte, los actores que no asistan o abandonen la capacitación son inhabilitados en el registro de actores sociales del Aplicativo, mientras que aquellos desaprobados en la prueba final pueden ser capacitados y evaluados nuevamente.

De la información recopilada de los distritos bajo análisis, podemos notar dos posturas bastante marcadas en cuanto al funcionamiento de las capacitaciones realizadas bajo el marco de la Meta 4. Por un lado, tenemos a 5 distritos de la muestra en donde sus informantes mayoritariamente tienen una apreciación favorable de las capacitaciones. Entre estos están Cajaruro y Chachapoyas, ambas de la región Amazonas, Carabayllo (Lima), Chulucanas (Piura) y La Banda de Shilcayo (San Martín). Por otro lado, la mayoría de los informantes de los 3 distritos restantes, es decir, Taricá (Ancash), Chinchaypujio (Cusco) y Paimas (Piura), han criticado ampliamente el desarrollo de las capacitaciones y la estrategia de cascada. Dicho ello, pareciera estar ocurriendo desempeños y resultados variados en cuanto a la implementación de las capacitaciones.

Del grupo de distritos en donde sus informantes locales comentan aspectos positivos de la implementación de las capacitaciones, lo más resaltante fue lo acontecido en los distritos de Cajaruro (Amazonas) y Carabayllo (Lima). En estos distritos tanto los funcionarios del gobierno local y de los establecimientos de salud indicaron que las capacitaciones fueron plenamente adecuadas a sus realidades, hubo una gran coordinación entre los gobiernos locales, personal de salud locales y del equipo regional de las DIRESA/DIRIS. Para ambos distritos, hacían más sencillos y entendibles los temas que deberían abordarse en las capacitaciones, y las formas y mecanismos para capacitar variaban según el tipo de participante, es decir no se capacitaba de la misma forma a los funcionarios del gobierno local en comparación con los actores sociales. Con estos últimos trataban de diseñar mayores sesiones demostrativas y ser más dinámicos y prácticos con los temas de interés. Algo común recogido de estos distritos es que los actores sociales recibieron en 2019 capacitaciones mensuales con sesiones promedio entre 2 y 3 horas promedio en cada una de ellas. La única salvedad de este grupo es lo reportado en el distrito de Chulucanas, en donde se programó una frecuencia bimensual de las capacitaciones a los AS.

Por otro lado, en lo que respecta a los distritos con una presunta deficiencia en sus capacitaciones, el modelo de capacitación en cascada ha sido ampliamente criticado por más de un informante local y regional. Estas críticas se resumen en que este tipo de modelos conducen a la pérdida de información o malinterpretación que puede darse en los distintos niveles, siendo los últimos en la cadena los más afectados al no comprender a cabalidad los objetivos de la intervención. Otras críticas mencionadas refieren a las demoras en su ejecución, generando retrasos y confusiones en los involucrados durante la operatividad de la intervención.

Según nuestra perspectiva, esta estrategia de cascada es uno de los métodos más costo efectivos y prácticos cuando se desea capacitar a gran escala y en diferentes contextos territoriales. Pero para no generar esa percepción negativa por parte de los informantes y evitar las posibles deficiencias que estén ocurriendo en el proceso de las capacitaciones, debería



reforzarse no solo a través de las normativas y lineamientos con los contenidos desarrollados, sino a través del seguimiento exhaustivo y la implementación de TICs con el fin de poder garantizar, primero, la realización de una cantidad mínima de capacitaciones y, segundo, una buena calidad de las mismas, en la cual aparte de lo teórico y conceptual, también se desarrollen sesiones demostrativas fomentando la participación de las potenciales visitadoras.

Además, según testimonio de funcionarios del MINSA, resulta fácil para un distrito capacitar a los actores sociales que anteriormente cumplieron la función de agentes comunitarios, ya que estos tienen una base sobre los temas de salud, nutrición y afines, por lo que su participación y rendimiento posiblemente sea positivo debido a que conocen la dinámica tanto de las capacitaciones como de las visitas. Pero cuando los actores sociales son nuevos, es decir nunca tuvieron experiencia alguna con la estrategia de visitas domiciliarias, los gobiernos locales deberían ser más intensivos en las capacitaciones, y no solo para inculcar los temas nutricionales, sino también para explicarles las formas sobre cómo deben abordar las visitas y forjar una relación amical con las madres cuidadoras. Esto ocurriría especialmente cuando la composición de los actores sociales es escasa de agentes comunitarios.

En el caso puntual de Ancash se identificó que uno de los factores que generaba deficiencias en las capacitaciones estuvo relacionada con la planificación de estas. Por ejemplo, un informante clave, mencionó que a nivel regional se programaban ciertas fechas para las capacitaciones, pero los documentos de gestión requeridos para su ejecución eran enviados tardíamente desde Lima, lo que generó retrasos considerables. En otros casos, la aprobación del MINSA para la realización de las capacitaciones no llegaba a tiempo, por lo cual debían postergarse los programas en las regiones. Según la normativa, la capacitación a los actores sociales debería tener una frecuencia mensual bajo responsabilidad de las municipalidades y de los establecimientos de salud, pero para estos distritos con apreciación negativa de las capacitaciones, al parecer esto no se habría cumplido de manera exacta, según se indicó en las entrevistas, por lo menos en el distrito de Chinchaypujio. Distinto fue el caso del distrito de Paimas en Piura, ya que, si bien se menciona que sí se realizaron las capacitaciones de forma mensual, según se nos comentó, hubo una evaluación técnica aplicada a los actores sociales capacitados, donde más del 50% de participantes salió reprobado obteniendo resultados no tan favorables en cuanto a conocimiento de anemia y nutrición infantil.

Ahora, hablando a nivel de todos los distritos del estudio, los lugares de las capacitaciones del equipo regional dirigida para el personal de salud de los establecimientos locales normalmente se desarrollaron en los ambientes de las DIRESA. Mientras que, para capacitar a los actores sociales, los lugares ideales o elegidos por los funcionarios locales eran los propios ambientes de las municipalidades, tales como las auditorios o espacios cerrados en donde podían interactuar tanto capacitador como capacitado sin ningún problema o externalidad negativa. Esto fue algo común para todas las zonas en evaluación.

En cuanto a la percepción de los actores sociales, predomina la percepción positiva de las capacitaciones, permitiéndoles aprender correctamente los temas vinculados a la anemia infantil, prácticas saludables de cuidado y nutrición, el proceso de la visita, etcétera. Ahora, muy aparte del rendimiento, calidad y dosis de las capacitaciones, muchos actores sociales creen conveniente que ellos debiesen recibir una mayor dosis de enseñanza de tal forma que puedan transmitir dichos aprendizajes a las familias, a pesar de que en algunas zonas ya reciben una frecuencia mensual de la dosis, al menos según el testimonio de los funcionarios locales. Por otro lado, solo un grupo reducido de AS precisaron que las capacitaciones no fueron adecuadas, debido a que no se consideraron las realidades socioeconómicas de las familias ni la producción alimentaria del distrito.



Para concluir, el proceso de capacitación es un punto fundamental para garantizar que la entrega del servicio sea de calidad y estas han mostrado un comportamiento heterogéneo. Las lecciones que se desprenden del análisis enfatizan la necesidad de mayor involucramiento que debe realizar tanto el equipo regional como el Gestor PI y nacional como el MEF como MINSA que permitan facilitar una coordinación permanente con estos encargados regionales para realizar un seguimiento global que permita se cumplan los aspectos críticos de las capacitaciones. Asimismo, deberían establecerse mecanismos que incentiven a los responsables regionales a documentar el proceso de capacitaciones adecuado a cada realidad bajo análisis, y que a su vez dicho documento regional sea aplicado correctamente, asesorando constantemente a los gobiernos locales y personal de los establecimientos de salud, para que estos puedan replicarlo en los actores sociales. Otra cuestión por atender es el mecanismo de evaluación, que deberán estar estandarizadas, aunque adecuadas a cada realidad. Finalmente, un punto que se deja notar de esta sección y que se puede enlazar con apartados pasados es la capacidad de coordinación y gestión con el que cuentan los actores locales. Es decir, para zonas en donde la coordinación interinstitucional ha sido medianamente buena les ha favorecido al momento de implementar las capacitaciones. Este es, por tanto, un aspecto a reforzar que redundarían en la mejora de los procesos de capacitación.

4.2.2.2 Proceso de Visitas Domiciliarias

Dado que en la **sección 4.2.1.5** ya se describió el diseño operativo de las visitas domiciliarias según lo plasmado en los documentos protocolares, para este apartado se detallan las diferentes experiencias del trabajo de campo en cuanto al desarrollo de las visitas, es decir, se analizará los procesos de implementación desarrollados para las diferentes realidades del país en cuanto al proceso de la visita domiciliaria. Cabe acotar que la estrategia de recojo de información primaria no contempla la verificación in situ de una visita domiciliaria, sino se basa plenamente de las entrevistas realizadas a informantes clave, por lo que todo análisis realizado tiene como fuente la información testimonial de los personajes a cargo de la implementación. Posteriormente, a partir de una revisión de literatura, se indagará en las formas de medición de la calidad de la visita domiciliaria, tema aún pendiente para la intervención de Meta 4. Y, por último, se detalla el proceso de seguimiento y monitoreo que se realiza durante y después de realizar las visitas.

a) Implementación de la Visita Domiciliaria

Respecto de las experiencias recogidas en los distritos visitados, podría intuirse que el desarrollo de la visita depende mucho del conocimiento, actitud y desenvolvimiento de los actores sociales. En líneas generales, en todas las zonas de la muestra, la ejecución de las visitas guarda una estructura similar de desarrollo, la cual implica un saludo inicial, consultas por el consumo del suplemento de hierro, sugerencias según las respuestas, recomendaciones sobre prácticas de cuidado y alimentación, y finalización de la visita. Es decir, aparentemente en todos estos lugares visitados se siguen los protocolos técnicos de la intervención, pero con ligeros cambios de adecuación local, tales como sugerencias de alimentos ricos en hierro propios de la zona u horarios de visitas según flexibilidad de los y las cuidadoras.

La percepción de los funcionarios de las municipalidades o de los establecimientos de salud es muy similar. En todos los distritos de la muestra se menciona que un gran porcentaje de los actores sociales de su ámbito realiza adecuadamente las visitas. No obstante, refieren que es difícil generalizar dicho enunciado ya que siempre hay un grupo minoritario que falla en cuanto a los mensajes claves, o tiene una baja capacidad de expresión o incluso presenta una falta de interés por retroalimentar a las familias. Asimismo, la duración de las visitas puede variar dentro de un distrito, porque en algunos casos les toma entre 20 a 30 minutos completar con una visita,



mientras que a otros les demanda solo de 5 a 10 minutos. Esto se asocia con la proactividad e interés que muestren tanto los actores sociales como las familias usuarias. Cabe precisar que esta apreciación también es recogida comúnmente a lo largo de todos los distritos bajo estudio. En ese sentido, dado el comentario sobre el desarrollo variado de las VD, la secuencia de la sección consiste en indagar, primero, por los aspectos que facilitan el desarrollo adecuado de una visita domiciliaria, para luego enlistar los factores inhibidores de la estrategia de las visitas.

Un primer punto clave para que los actores sociales logren un buen desempeño en el desarrollo de sus VD son las dosis de capacitaciones que estos reciben. Esto es un comentario remarcado por más de un experto y que ya ha sido abordado en contenidos pasados. Esta afirmación podría asociarse con lo encontrado en campo, a partir del testimonio de los informantes locales, ya que en los distritos en donde se comenta que las capacitaciones fueron adecuadas y sin inconvenientes mayores, también se menciona la conformidad y el buen desempeño del trabajo de los AS. A estos casos nos referimos puntualmente a Cajaruro (Amazonas), Carabayllo (Lima) y Chachapoyas (Amazonas).

Complementario a las capacitaciones, uno de los puntos más importantes para la realización de las visitas domiciliarias es la calidez y el trato que debe tener el actor social con la cuidadora. Cuando un visitador se gana la confianza de las familias, los mensajes impartidos podrían ser mejor recibidos por estas. Para ello, se debe tener representatividad local y voluntad de servicio para entregar correctamente los mensajes y resolver todas las dudas que pueda tener la familia en torno a la anemia y desnutrición. Por ejemplo, algunos actores sociales deciden tomar la iniciativa de involucrar al resto de la familia en la intervención, ya que luego de haber generado un vínculo y respeto con las madres, intentaban involucrar a otros integrantes del hogar, para que tomen conciencia sobre la prevención y tratamiento de la anemia.

Luego de comentar sobre algunos de los aspectos favorables para lograr una buena VD, a partir de la información de las entrevistas, se listará una serie de factores que inhiben y dificultan el desarrollo adecuado de las visitas. Estos son aspectos que no necesariamente se recogen en todos los distritos, pero sí al menos es mencionado en uno de ellos. Entre estos tenemos:

- El grado de aceptación de los actores locales. En algunos pocos casos, las familias beneficiarias se incomodaron con las visitas domiciliarias, debido al temor que los actores sociales divulgaran coloquialmente con otras familias las condiciones de las viviendas de los usuarios o de cómo vivían, generando rechazo de la intervención o incomodándose en caso reciban nuevas visitas.
- La desconfianza y el temor por cuestiones de delincuencia que pueden existir en las localidades. Esta situación se manifestó por lo menos en la primera etapa de las visitas, ya que las familias no podían identificar claramente que los actores sociales provenían de la municipalidad, pues en algunos casos no contaban con accesorios que los identifiquen (indumentaria, fotocheck, etc.). Ante estas dificultades, el personal de los Establecimientos de salud o algún integrante de la IAL se involucraban en las visitas y acompañaban a los actores para generar confianza en las familias y explicar el propósito de la intervención.
- Las distancias que debían recorrer los AS para llegar a las viviendas de los usuarios objetivo. Estas lejanías entre viviendas les generaba un costo logístico adicional. Este inconveniente se presentó mucho más en zonas de predominancia rural.
- La disponibilidad de tiempo de las familias por motivos de trabajo, lo cual dificultaba ubicarlos en sus viviendas; por ende, actores sociales tenían que realizar más visitas de las establecidas y adecuarse a los horarios que las familias establecían; otra



consecuencia de esta falta de tiempo era el apuro con el que las familias atendían a los actores, perjudicando la calidad de la visita.

- La dificultad para ubicar a las familias en sus localidades. Los problemas del padrón nominal en cuanto a información imprecisa sobre las direcciones de las viviendas generaron dificultades para el desarrollo de las visitas y para la entrega del servicio.
- La participación de las visitas se realiza, casi en su totalidad, únicamente con la madre y de manera indirecta con el padre; esta escasa participación del padre se genera por temas laborales por lo que no se encuentran en los hogares al momento de las visitas o, si se encuentran, deciden que sea la madre quien se encargue de recibir la visita. En ese sentido, como es la madre la principal receptora de la información y la figura paterna está desentendida de los temas relacionados a las visitas domiciliarias, la influencia de la capacitación en el proceso de toma de decisiones al interior del hogar puede ser incompleta.

A pesar de estos factores, la mayoría de la población beneficiaria entrevistada considera estar conforme con las visitas, pero creen necesario reforzar las recomendaciones sobre cuidado y nutrición con sesiones demostrativas que les permita comprender de una mejor manera las indicaciones, como por ejemplo el cómo preparar los alimentos correctamente, la forma adecuada de lavarse las manos, cómo alimentar a los bebés, etcétera. Por otro lado, las sugerencias de los **actores sociales** para mejorar las visitas domiciliarias sí varían por zona analizada. En el caso de Cajaruro y Chachapoyas (Amazonas) consideran que ayudaría contar con más capacitaciones de los establecimientos de salud, y la municipalidad podría elaborar un folleto que contenga una guía gráfica de consejos sobre alimentación u otros. Además, señalan que las familias tengan algún tipo de apoyo para la compra de alimentos balanceados, ya que algunos son de recursos limitados. En Chulucanas (Piura) sugieren realizar una mayor cantidad de sesiones demostrativas sobre preparación de alimentos ricos en hierro o que se les otorgue indumentaria adecuada para su identificación y protección ante el excesivo clima del norte. También, consideran importante trabajar con rotafolios que contenga mensajes sencillos facilitando la comprensión de las familias⁴⁸. En La Banda del Shilcayo (San Martín) es muy similar, las visitadoras sugieren contar con rotafolios, indumentaria, y la actualización adecuada del padrón nominal ya que deben incurrir en algunos casos en un doble desplazamiento para encontrar a un niño o niña.

b) Calidad de las visitas domiciliarias

A partir de los documentos de diseño y según la declaración de los informantes del MEF y MINSA, se puede deducir que uno de los temas pendientes por mejorar de la intervención de Meta 4 es la calidad de la visita domiciliaria. Según los formuladores, como el primer año de implementación de esta intervención fue el 2019, el objetivo inicial fue alcanzar un cumplimiento mínimo de visitas programadas, es por ello, que las metas planteadas para las diferentes municipalidades refieren al logro operativo de las visitas domiciliarias.

Posterior a ese objetivo inicial, la idea es concentrarse en la calidad de las visitas domiciliarias, pero este es un aspecto aun escasamente desarrollado a lo largo de los documentos de diseño y de implementación. Sin embargo, según comenta el equipo de la Dirección de Calidad de Gasto Público del MEF, ya se están trabajando los primeros pasos en cuanto al tema de la calidad. Por ejemplo, el modelo de la meta 2020 exige vallas de georreferenciación mediante el cual se controla la ubicación y permanencia del actor social durante la visita domiciliaria, estableciendo

⁴⁸ En el informe del tercer producto de Grade sobre la evaluación de las VD se menciona como sugerencia de los informantes entrevistados, considerar agregar folletos que faciliten la comprensión de los contenidos.



como adecuado un tiempo de 20 minutos como mínimo. Por otro lado, actualmente se vendría desarrollando un piloto para fortalecer la calidad y efectividad de las visitas domiciliarias en distritos priorizados, formando competencias de los actores sociales enfocadas en el cambio de prácticas saludables claves de la madre o cuidador del niño, que incluye seguimiento durante la ejecución de las visitas y posterior socialización entre actores sociales de videos modelos acotados culturalmente. Esto permitiría reforzar la dimensión sobre las relaciones que se forjan entre los visitantes y los cuidadores.

Existe amplia evidencia empírica sobre cómo medir la calidad de la visita domiciliaria. Lo ideal para evaluar la calidad de una visita domiciliaria es comprendiendo el cómo está sucediendo la visita en el domicilio, ya que eso permitiría identificar las falencias que existen y alcanzar rápidamente los objetivos previstos (BID, 2015). Sin embargo, seguir esa estrategia puede ser algo complejo e incluso bastante costoso. Frente a ello, la literatura establece tres formas o dimensiones sobre cómo evaluar la calidad de las visitas domiciliarias: la dosis, contenido y relaciones (Paulsell y otros, 2010). Estas dimensiones son tan importantes de forma independiente como de forma conjunta, pero de estas tres, la más resaltante e indispensable es la relación que se forja entre los visitantes y los cuidadores (BID, 2016). Ya que la dosis y el contenido pueden tener poco impacto en los resultados de los niños si la calidad de las relaciones fomentadas durante las visitas es baja (Roggman et al 2008, Wasik & Bryant 2001).

La dosis puede aproximarse con la frecuencia y duración de las visitas realizadas. La medición de la dosis también proporciona información sobre la fidelidad de la estrategia de implementación, específicamente, si se cumplen los objetivos del programa en términos de número y duración de las visitas realizadas (Paulsell y otros 2010). Esto es importante, porque incluso los programas que se consideran bien implementados a menudo tienen grandes diferencias entre lo programado y lo realizado (O'Brien et al 2012; Durlak & DuPre 2008).

La literatura se ha enfocado mucho más en medir la dosificación por la frecuencia de visitas que recibe la familia, en donde se han encontrado resultados variados. Por ejemplo, Stoltzfus y Lynch (2005) encuentran evidencia de que la relación entre exposición y resultados no es lineal; ya que una mayor exposición no necesariamente produce mejores resultados; sin embargo, varios estudios sí encuentran que la disminución de la dosis tiene un impacto adverso en los resultados del desarrollo infantil (Brown y Liao, 1999). Asimismo, en una de las evaluaciones de dosificación, Powell y Grantham-McGregor (1989) examinaron en Jamaica el efecto de diferentes frecuencias de visitas domiciliarias en el desarrollo infantil. Los autores concluyeron que a medida que aumenta la dosis de visitas domiciliarias que reciben los niños, de mensual a quincenal a semanal, los impactos en su desarrollo también aumentan.

Por otro lado, medir la dosificación a través de la duración de las visitas es evaluado en menor medida, pero sí existen evidencias. Wallander et al (2014) examinaron la relación entre el tiempo que pasan los cuidadores en sus actividades asignadas y los resultados de desarrollo de los niños que recibieron visitas domiciliarias quincenales durante los primeros tres años de vida. Los niños cuyos cuidadores implementaron sus actividades asignadas con mayor duración generalmente tuvieron mejores resultados de desarrollo.

Una segunda dimensión de la calidad es el contenido de los temas mencionados durante las visitas. Comprender el contenido es clave para una definición completa de dosificación; ya que los impactos de un programa deberían calcularse a partir del tiempo que el visitante le dedica únicamente a la entrega del contenido y de las retroalimentaciones que este le hace al cuidador (BID, 2015).

Existe una discusión en la literatura sobre: seguir rígidamente los temas protocolares de la intervención o flexibilizarla según los intereses o casuísticas de cada familia. O'Brien et al (2012)



encuentran para el programa Nurse-Family-Partnership que los visitantes domiciliarios más exitosos son los que mantienen relaciones a largo plazo con las familias que visitan, es decir, son quienes adaptaron muy específicamente las visitas a las necesidades y aspiraciones del cuidador en lugar de adherirse fiel y estrictamente al contenido del programa o incluso al número prescrito de visitas. Cabe precisar que esta flexibilización y contar con una capacidad de responder efectivamente requiere de un nivel de capacitación y receptividad por parte de los visitantes que muchos programas luchan por proporcionar.

Por último, la tercera dimensión y una de las más importantes es la relación que existe entre visitadores y visitantes. Tal y como ya se ha desarrollado previamente, la literatura identifica que la efectividad de los programas se logra cuando se forjan relaciones continuas entre el visitante y el cuidador.

Lo complejo de esta dimensión es la forma para medir una buena relación entre ambos personajes, incluso Roggman y otros (2001) reconoce los escasos métodos para medir la calidad de la visita según la interrelación entre consejeros y beneficiarios. A pesar de ello, indagando en esos escasos métodos, encontramos que en BID (2015), se recopila los instrumentos mayormente utilizados para medir y cuantificar la calidad de una visita domiciliaria. Según este estudio, son 8 los instrumentos más utilizados, los cuales se basan en la estrategia observacional de la visita, de estos los investigadores emplean más los de tipo serie de Escala de calificación (HOVRS, HOVRS-A y HOVRS-A +). En estos instrumentos se define al visitante domiciliario como la unidad de análisis, siendo estas medidas particularmente efectivas cuando se desea evaluar los aspectos del proceso de la visita y las relaciones observadas, específicamente, la efectividad del visitante domiciliario en involucrar al cuidador y al niño durante las actividades e interacciones durante el transcurso de la visita.

Lo ventajoso de estos instrumentos es que es muy adaptable a los diferentes contextos en que se desarrollan las intervenciones (Vogel y otros, 2005; Hallgren y otros, 2010; O'Brien y otros, 2012; Korfmacher y otros, 2012; Peterson y otros, 2007). Es más, en el 2016, el BID analizó 7 intervenciones de visitas domiciliarias de diferentes países de América Latina, dentro las cuales se incorporó a la intervención de SAF del Programa Cuna Más para el caso peruano. Los hallazgos del estudio fue la existencia de una fuerte relación entre los visitadores y cuidadores; no obstante, los visitadores raramente explican la importancia de estas visitas en relación con el desarrollo infantil, incluso se identifica poco diálogo significativo de retroalimentación o aliento hacia los cuidadores sobre el comportamiento deseado que se busca tener para la mejora del desarrollo infantil.

Lo desventajoso de estos instrumentos observacionales es el comportamiento sesgado que podría adquirir el visitador, ya que, al ser observado por un evaluador, o bien adquiere una actitud que implica un mayor empeño de su actividad o bien puede cohibirse frente a la mirada de otras personas.

A futuro, en lo que refiere a Meta 4, la aplicación de este tipo de instrumentos podría ser bastante útil para aproximar cuál es la calidad de las visitas domiciliarias de la intervención y otros aspectos de la misma, tales como:

- Identificar si los visitadores mencionan los objetivos de la intervención, y qué tan claro y preciso es el mensaje.
- Conocer durante cuánto tiempo se aborda el tema de la adherencia de hierro, las preguntas que se realizan en relación con ello.
- Conocer además si el visitador menciona otros temas adicionales al tema de adherencia, y en caso sí, identificar el tiempo que se dedica a dichos temas.



- Cuáles son las típicas relaciones que existen entre los visitantes y los visitados: si son buenas, malas, si existen rechazos u otros temas de relaciones interpersonales.
- La capacidad de dominio de los temas por parte de los visitantes, entre otros aspectos más.

c) Seguimiento y monitoreo de las visitas

Luego del proceso de registro por parte de los actores sociales, como se especifica en los Lineamientos, se debe realizar la conformidad técnica de la VD realizadas. En este caso, el personal de salud responsable de las VD del establecimiento de salud local es quien verifica si las visitas se cumplieron correctamente, por lo que emite su conformidad técnica a través del Aplicativo web. Para este proceso, el responsable considera los siguientes criterios:

- Revisar y verificar la existencia de evidencia física de la firma o huella digital de la madre o cuidador que recibió la VD.
- Los formatos de VD están correctamente llenados para su respectivo archivamiento en la historia clínica del niño.

En las VD registradas con la ubicación geo referenciada de la visita, el personal de salud puede evaluar si corresponde o no a al domicilio del niño. En aquellas VD en las cuales la dirección de la vivienda cambia entre visitas, el personal de salud informa a la ST-IAL de la municipalidad para la correspondiente actualización en el Padrón Nominal de Niños del RENIEC.

En la *Guía para el cumplimiento de la Meta 4*, se detalla sobre el proceso de verificación de las VD a cargo del establecimiento de salud local, que tiene la finalidad de detectar un correcto desempeño de la intervención por parte de los actores sociales. Dicha verificación se realiza a partir de un “Informe de supervisión de desempeño de actores sociales” elaborado por el personal de salud. Para ello, se selecciona una muestra aleatoria de al menos 10% de las visitas realizadas por cada actor social en un periodo determinado (el muestreo aleatorio es realizado por el Aplicativo web).

La verificación se ejecuta mediante llamadas telefónicas o visitas de supervisión a las familias que son reportados como visitados por el actor social y mediante la revisión de las coordenadas registradas en el Aplicativo móvil, los cuales deben corresponder con el domicilio del niño. De esta manera, la calificación de los actores sociales es favorable si todas las visitas de la muestra seleccionada han sido verificadas; en cambio son desaprobados si alguna visita no ha sido cumplida. Las visitas realizadas por el actor social desaprobado se invalidan en el aplicativo web.

El resultado de la evaluación del desempeño de los actores sociales se registra en el aplicativo web y, en base a estos reportes, la ST-IAL puede prescindir de uno o varios actores sociales en caso no hayan cumplido con calificaciones favorables. Cabe precisar que, para el año 2020 según la *Guía para el cumplimiento de la Meta 4*, la valla mínima de la selección de muestra sujeta a verificación se redujo del 10% al 5%.

De acuerdo con las indagaciones de campo, en la operatividad de la intervención, el monitoreo de las visitas que realizan los actores sociales parece resultar de fácil manejo en zonas rurales, debido a que la cantidad de niñas y niños por visitar es pequeña; además, el personal de salud identifica a la mayoría de las familias en la comunidad, lo que le facilita conocer si están recibiendo la intervención o no. En cambio, este proceso se complica para zonas urbanas donde la cantidad de niñas y niños es mucho mayor. Cabe aclarar que en algunas zonas el acceso a internet y las deficiencias en el aplicativo informático no permitieron realizar el proceso de conformidad y verificación de las visitas de manera adecuada, según comentarios durante las



entrevistas. Por ello, el uso del Aplicativo para estos procesos fue limitado, ante ello, la conformidad fue realizada de manera física por el personal de salud y agentes comunitarios a través de las fichas de registros de las visitas. De lo recopilado en las entrevistas, el proceso de verificación y seguimiento de la intervención se realizaba por tres mecanismos: llamadas telefónicas, visitas de supervisión al domicilio o una entrevista a la madre durante los controles en el Establecimiento de salud.

Para el caso de la región Amazonas, informantes clave comentan que la supervisión se realiza a través del acompañamiento de las visitas. En Carabayllo (Lima), los informantes mencionaron que utilizan la estrategia de elegir aleatoriamente a un 10% de la muestra, y a esas visitas seleccionadas se les llamaba o visitaba para corroborar la visita del actor social y los mensajes impartidos. Las personas a cargo de esta verificación son los encargados de los establecimientos de salud correspondientes. En el caso de La Banda de Shilcayo (San Martín), los informantes mencionaron que ellos apoyaban a la verificación de las visitas a cargo del personal de salud. El medio de verificación más utilizado por el distrito fueron las llamadas telefónicas en el cual consultaban a las cuidadoras cuánto tiempo eran visitados por los actores sociales, qué temas abordan en las visitas, cada cuanto tiempo eran visitados, y trataban de recoger la opinión sobre las visitas de Meta 4.

Más allá de estos ejemplos, a lo largo de todo el trabajo de campo, todos los distritos comentan que realizan estrategias de verificación, en las cuales se han encontrado escasamente comportamientos o actitudes inapropiadas de los actores sociales. En general, se identifican buenos comentarios al desempeño del visitador (sobre todo en Amazonas). Tampoco se han reportado para ningún caso, desde el testimonio de los entrevistados, que los actores sociales estén visitando a niños o niñas con edades fuera de rango, es decir menor a 4 meses o mayor a 11 meses (esto analiza después con información estadística), aunque hay opiniones aisladas de posible sobre contabilización (lo cual no ha podido ser corroborado). La sanción que normalmente aplican frente a posibles comportamientos inadecuados es común en todas las zonas visitadas y consisten en una llamada de atención o, incluso el retiro absoluto de los actores sociales de la intervención en el caso que haya reiteración de estos comportamientos. De forma transversal algunas dificultades identificadas (sin ser generalizadas) para el desempeño de la visita fueron (i) el agotamiento de algunas madres por recibir duplicidad de visitas entre el establecimiento de salud y de Meta 4; (ii) que los padres no querían administrar el sulfato por efectos secundarios; (iii) desconfianza al actor social, por el hecho de que no son profesionales de la salud.

Como complemento a la información recogida en campo, a partir de las bases administrativas de la Meta proporcionada por MINSa a través de MEF, se analiza algunos datos descriptivos sobre la etapa de verificación de las visitas domiciliarias, los cuales se muestra en la **Tabla 36** diferenciando por tipo de municipalidad y según grupo de edades. Comparando entre los tipos de municipalidades, para la categoría sobre el modo de verificación utilizado, podemos notar que todas utilizan predominantemente visitas del supervisor para corroborar las visitas realizadas por los actores sociales. Lo resaltante aquí es que las municipalidades tipo A, C y D tienen una composición muy semejante entre realizar llamadas o verificar en el domicilio; mientras que para las de tipo G, la composición si cambia notablemente siendo casi un 90% de visitas a domicilio y solo un 13% de verificación a través de llamadas telefónicas. Asimismo, los resultados en cuanto al cumplimiento de las visitas domiciliarias verificadas van en línea con lo comentado por los informantes de la muestra de distritos evaluados. Es decir, a lo largo de todos los grupos de edades y tipos de municipalidades, casi el 100% de los actores sociales se les calificó como VD cumplida, encontrándose escasas irregularidades a las visitas realizadas.



Tabla 36: Cifras sobre etapa de verificación de las visitas domiciliarias

| Variables | Tipo A | | Tipo C | | Tipo D | | Tipo G | |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 4 a 5 m | 6 a 11 m | 4 a 5 m | 6 a 11 m | 4 a 5 m | 6 a 11 m | 4 a 5 m | 6 a 11 m |
| | [A] | [B] | [C] | [D] | [E] | [F] | [G] | [D] |
| Cantidad de VD | | | | | | | | |
| VD verificadas | 40,210 | 18,588 | 23,457 | 12,545 | 41,107 | 21,534 | 48,900 | 20,856 |
| Modo de verificación | | | | | | | | |
| Llamada telefónica | 39.5% | 39.5% | 42.2% | 42.7% | 41.9% | 39.9% | 12.8% | 13.0% |
| Visita del supervisor | 60.5% | 60.5% | 57.8% | 57.3% | 58.1% | 60.1% | 87.2% | 87.0% |
| Cumplimiento | | | | | | | | |
| Cumple | 99.7% | 99.7% | 99.4% | 99.5% | 99.5% | 99.6% | 99.5% | 99.6% |
| No Cumple | 0.4% | 0.3% | 0.6% | 0.5% | 0.5% | 0.4% | 0.5% | 0.4% |
| Total | 100% |

Nota: la información solo corresponde para los meses comprendidos entre julio y diciembre de 2019. Las columnas [A], [C], [E] y [G] refieren al grupo de menores de 4 a 5 meses. El resto de las columnas representan al grupo de 6 a 11 meses. Fuente: Base trama verificación – MINSa. Elaboración: Macroconsult.

En conclusión, el análisis sugiere que es posible que existan algunos desvíos en la ejecución de las visitas, pero que serían marginales y muy reducidas para constituirse en un problema relevante. Esto va en línea con lo recogido en el trabajo de campo, donde los informantes locales mencionan que las visitas en su gran mayoría se están desarrollando correctamente y que los inconvenientes o anomalías detectadas corresponden a casos aislados. Asimismo, dado que el mecanismo empleado para verificar la visita indaga principalmente por el cumplimiento o no de la realización de las VD, podría estar dejándose de lado las consultas relacionadas a la calidad de esta, por lo que sí podría ser una oportunidad para tratar de recoger información sobre este aspecto del servicio entregado, de tal forma que permita identificar los posibles vacíos que estén ocurriendo en las visitas de una determinada zona.

4.2.2.3 Suplemento de hierro

En lo que respecta a la suplementación de hierro, el producto entregado según rango de meses es diferenciado. Las niñas y niños de 4 a 5 meses reciben un tratamiento para la prevención de la anemia a través de hierro polimaltosado con la finalidad de complementar los niveles de hierro recibidos durante el embarazo. Algunas familias mencionan que, una vez iniciado el tratamiento del producto, sus niños y niñas comienzan a sufrir de estreñimiento, oscurecimiento de sus encías y/o de sus heces; considerándolos como efectos secundarios del hierro polimaltosado, con lo cual genera temor en las madres y pueden llegar a suspender el tratamiento..

En cuanto a las niñas y niños de 6 a 11 meses, el tratamiento que reciben es para combatir la anemia mediante el sulfato ferroso, el cual tiene una duración de 6 meses; este producto no resulta agradable para los bebés, por lo que se recomienda suministrarlo junto con zumo de limón, naranja o agua sola. Asimismo, existe otro suplemento que no genera efectos secundarios ni tiene un sabor desagradable llamado Maltofer, pero el problema recae en su elevado precio y que, al ser un tratamiento de 6 meses de duración, las familias no tienen los recursos suficientes para adquirirlos.



El abastecimiento de los suplementos de hierro en los Establecimientos de salud se basa en la población objetivo al que atienden, trabajando en base a la población según INEI. Tanto el sulfato ferroso como el hierro polimaltosado son productos FED, lo que implica que nunca debe faltar en el stock de los Establecimientos; mensualmente se hace la revisión del stock y se realiza el requerimiento a la DIRESA, entidad encargada de abastecerlos constantemente. Sin embargo, una dificultad que se puede presentar, a inicios de año en específico, es que las DIRESA no puedan abastecer a tiempo a los Establecimientos por cuestiones de inventario, por lo cual tienen que recurrir al stock de las redes de salud para que pueda cubrir sus requerimientos de manera provisional.

De esta manera, los Establecimientos de salud son los responsables de brindar estos suplementos a las familias beneficiarias a través de sus controles; no obstante, según comentan, parece existir un porcentaje de la población que por diversos motivos no acude a sus controles, por lo que no reciben el suplemento de hierro. Ante ello, a veces el personal de salud realiza una visita domiciliaria para preguntar por el motivo de la falta y poder entregar los productos, pero en otras situaciones el Establecimiento no cuenta con el personal suficiente para realizar estas visitas, de modo que las familias no inician o interrumpen el tratamiento con hierro.

En la mayoría de los casos, ha existido un correcto abastecimiento de los suplementos de hierro durante la operatividad de la Meta 4, por lo cual las familias no se han visto perjudicadas en este sentido. En cambio, una situación que se identificó es que las familias, al darse cuenta de que el hierro polimaltosado era más tolerable que el sulfato ferroso para sus hijos e hijas, exigían este producto en los Establecimientos de salud, pero estos no podían cumplir sus demandas, lo cual generaba malestar en las familias. En cuanto a los problemas y efectos secundarios del sulfato ferroso, las autoridades hacen una autocrítica al no haber generado algún reporte de manera formal que avale estas condiciones y permita tomar acciones correctivas en la medida de lo posible.

En lo que respecta a la percepción de los actores sociales, estos también afirman que, en la mayoría de los casos, existe un correcto abastecimiento de los productos a las familias. Asimismo, enfatizan en los problemas que genera el consumo del sulfato ferroso en las niñas y niños, lo cual dificulta cumplir con el tratamiento para la anemia de manera adecuada⁴⁹; frente a ello, se les ha orientado a realizar estrategias para poder superar y cumplir con el consumo de este producto, tales como acompañar el producto con agua o algún cítrico inmediatamente después de su consumo.

4.2.2.4 Focalización y cobertura

El procedimiento por seguir para el análisis de focalización consiste en, primero, describir la metodología utilizada por el Programa de incentivos para determinar a los 7 grupos de municipalidades, y en consecuencia, examinar cómo los formuladores de Meta 4 priorizan entre dichos grupos predeterminados. Seguidamente, se analizará el resultado de la selección de los distritos indagando sobre las variables de priorización utilizadas, lo cual nos permitirá explorar si la focalización ha sido adecuada, si existen distritos potencialmente filtrados, o si existen distritos potencialmente excluidos que sí deberían participar. Adicionalmente, otro nivel del análisis de la focalización que se ha realizado se refiere a la cobertura y a la selección de los beneficiarios una vez elegido el distrito. A partir de ello se identificará el nivel de alcance del servicio ofrecido, así como la ocurrencia de filtraciones de usuarios no objetivo dentro de la intervención.

⁴⁹ Las familias beneficiarias entrevistadas en el marco de la evaluación elaborada por GRADE también se identifica la ocurrencia de dichos efectos adversos que se generan a partir del consumo del sulfato ferroso.



a) Descripción metodológica de la clasificación de municipalidades

Un aspecto importante por evaluar dentro de la intervención es la clasificación de municipalidades que realiza el Programa de Incentivos y como esta afecta consecuentemente en el proceso de priorización. Esta clasificación se realiza de forma global, siendo transversal y condicionante para todas las metas del programa. En tal sentido, a partir de la clasificación realizada por PI, el sector Salud debe identificar aquellos tipos de municipalidades con mayor vulnerabilidad en cuestión de anemia infantil para priorizar la ejecución de las actividades propuestas en la Meta 4 a nivel nacional. De este modo, resulta útil analizar primero el proceso de transformación que ha tenido dicha clasificación municipal desde la vigencia del programa en el 2012.

El diseño del PI- tal como lo conocemos hoy- surge de una fusión entre dos instrumentos creados para el periodo 2010-2011 que, si bien compartían el mecanismo de transferencia de recursos condicionado al cumplimiento de metas, diferían en cuanto a objetivos y focalización de las municipalidades.

Es así como para el año 2012, se realiza la fusión del **Plan de Incentivos a la Mejora de la gestión Municipal (PIMGM)** aprobado mediante Ley N° 29332 y el **Programa de Modernización Municipal (PMM)** aprobado por Ley del Presupuesto Público, generando un único instrumento denominado **Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI)**, el cual incluía los objetivos planteados en ambos instrumentos, pero que optó por mantener una clasificación municipal bajo los criterios considerados en el PMM⁵⁰.

La metodología de clasificación de municipalidades que tenía el PMM- y que adoptó el PI a partir del 2012- se detalla en el mismo DS N° 002-2010-EF de su aprobación y tuvo el siguiente proceso:

- a. El INEI y el SISFOH agruparon a las municipalidades de ciudades principales en distritos con una población mayor a 20 000 habitantes y con más del 75% de concentrada en una zona urbana. Se obtuvo un total de 249 municipalidades.
- b. Estas municipalidades de ciudades principales fueron clasificadas en tipo A y B siguiendo criterios sociales, demográficos y geoeconómicos en un proceso de dos etapas: en la primera, se elaboró un “índice de potencialidades” a partir de la normalización y posterior sumatoria de tres variables sociodemográficas (población, impuesto predial por vivienda en soles y el IDH distrital), con lo cual se elaboró un ranking de las municipalidades y se seleccionaron a las 50 con los índices más altos. En la segunda etapa, se seleccionaron las 40 municipalidades localizadas en centros de desarrollo y dinamizantes del entorno local o regional (35 de Lima Metropolitana, 4 de Municipalidades de capitales departamentales y 1 de la Provincia Constitucional del Callao). Estas 40 se clasificaron como Tipo “A” y los 209 restantes como Tipo “B”.
- c. Las municipalidades restantes que no fueron consideradas dentro de las ciudades principales fueron clasificadas según el número de viviendas urbanas, considerando como valor crítico al número 500 de viviendas.

De esta manera, la clasificación de las municipalidades que se ha considerado en el PI, desde su creación en el 2012 hasta el 2018, es la que se muestra en la **Tabla 37**:

⁵⁰ La clasificación municipal que regía en el PMM fue aprobada mediante DS N° 002-2010-EF.



Tabla 37: Clasificación de municipalidades del PI 2012-2018

| Clasificación de municipalidades del PI | N° | % |
|--|-------------|----|
| Ciudades de principales Tipo "A" | 40 | 2 |
| Ciudades de principales Tipo "B" | 209 | 12 |
| Resto con más de 500 viviendas urbanas | 555 | 30 |
| Resto con menos de 500 viviendas urbanas | 1030 | 56 |
| Total de municipalidades | 1834 | |

Fuente: Decreto Supremo N° 002-2010-EF.

Sin embargo, estudios previos permitieron identificar la necesidad de aplicar ajustes a la mencionada clasificación municipal. Por un lado, un estudio de Apoyo Consultoría en el año 2013 encontró una correlación intra-clase (ICC) inferior a 0.40 en la mayoría de los casos, por lo que concluyó que existía una baja homogeneidad intragrupo llegando a constatar que las municipalidades no tenían la misma oportunidad de cumplir las metas establecidas; a partir de ello, se recomendó incrementar el número de grupos o el número de subgrupos (en caso se mantenga la clasificación actual) considerando variables como pobreza, instrumentos de gestión, dependencia de canon, entre otras⁵¹. Por otro lado, Molina (2015) identificó diferencias relevantes entre las municipalidades de un mismo grupo, particularmente en aquellas que formaban parte de la categoría "D" (municipalidades de ciudades no principales con menos de 500 viviendas urbanas), las cuales representaban más del 50% del total. Finalmente, también se pudo identificar que dicha clasificación no permitía diferenciar entre las funciones de municipalidades provinciales y de aquellas distritales, lo cual por Ley N° 27972 (Ley Orgánica de Municipalidades) se sostiene que ambos tipos deben asumir diferentes competencias y, a partir de ellas, se derivan funciones específicas y compartidas.

De esta manera, para el año 2019, se consideró realizar los siguientes ajustes, con la finalidad de obtener una clasificación que permita diferenciar funciones provinciales y distritales y, simultáneamente, capture adecuadamente las diferencias entre tipos de municipalidades con un elevado nivel de homogeneidad interna (DGPP, 2018):

- Las municipalidades provinciales fueron consideradas en una categoría distinta, realizando una distinción a su vez de aquellas pertenecientes a ciudades principales.
- Se reasignó 8 distritos de Lima Metropolitana ubicados en la categoría B a la misma categoría del resto de distritos de la capital (categoría A).
- En los distritos de las categorías C y D, se identificó una concentración en torno a distintos grados de urbanidad, estableciendo un total de tres categorías en función a dicha variable.

La metodología utilizada para evaluar esta clasificación se describe según lo especificado en un informe del MEF, el cual indica un total de 4 pasos:

1. Construcción de base de datos municipales en base a variables identificadas a partir de una revisión teórica y de literatura empírica.
2. Síntesis de las variables identificadas mediante Análisis de Componentes Principales (ACP), obteniendo 4 dimensiones: territorial, social, económica y desempeño fiscal e institucional.

⁵¹ PIM – Clasificación de municipalidades.



3. Considerando la clasificación ajustada (donde se diferencia entre municipalidades distritales y provinciales), se redistribuyen, primero, las municipalidades de las 2 últimas categorías en base al grado de urbanidad y, segundo, a todas las municipalidades de Lima en una sola categoría.
4. Usando las variables creadas por ACP, se evaluaron 2 aspectos: un análisis inter-clase (se prueba si las medias de los indicadores son estadísticamente diferentes) y un análisis intraclase (se calculan los Coeficientes de Correlación Intra-clase (ICC)).

De este modo, luego de realizar la evaluación, se obtuvo la clasificación final con un total de 7 tipos de municipalidades como puede verse en la **Tabla 38**:

Tabla 38: Clasificación de municipalidades del PI, 2019

| Clasificación de municipalidades del PI | Jurisdicción | Tipo | N° |
|--|--------------|------|-------------|
| Municipalidades pertenecientes a ciudades principales | Provincial | A | 74 |
| Municipalidades no pertenecientes a ciudades principales | | B | 122 |
| Municipalidades de Lima Metropolitana | Distrital | C | 42 |
| Municipalidades pertenecientes a otras ciudades principales | | D | 129 |
| Municipalidades no pertenecientes a ciudades principales, con más de 70% de población urbana | | E | 378 |
| Municipalidades no pertenecientes a ciudades principales, con población urbana entre 35% y 70% | | F | 509 |
| Municipalidades no pertenecientes a ciudades principales, con menos de 35% de población urbana | | G | 620 |
| Total de municipalidades | | | 1874 |

Fuente: Decreto Supremo N° 296-2018-EF.

Para el logro de la Meta 4, se estableció un ámbito de aplicación con alcance a las municipalidades de tipo A, C, D y G, por un total de 865 municipalidades que debieron cumplir con las metas establecidas al 31 de diciembre del 2019. En este sentido, es importante analizar los criterios de priorización de municipalidades que llevaron a considerar únicamente a estos cuatro tipos, los cuales se expresaron en la Propuesta Técnica de la Meta 4 para el 2020⁵².

Para realizar la priorización, se consideraron dos criterios: **i) número de niños de 4 a 11 meses y ii) porcentaje de anemia en el distrito**. El propósito de estos criterios fue identificar aquellas municipalidades con la mayor concentración de niños menores de 1 año y con los mayores niveles de prevalencia de anemia. A partir de estos dos criterios, se establecen puntajes del 1 al 5 que, sumados, conforman el índice de priorización de la municipalidad, con lo cual se descartarán aquellas que no alcancen un nivel mínimo.

Tabla 39: Índices de priorización

| Criterios priorizados | Puntaje / Índice de priorización | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |

⁵² Debido a la falta de información, se asume para el año 2019 que los criterios de priorización de municipalidades para la Meta 4 fueron los mismos, ya que no hubo variaciones de un año a otro.



| | | | | | |
|---|----------|----------------|----------------|----------------|---------|
| Número de niñas y niños de 4 a 11 meses | < 18 mil | de 18 a 40 mil | de 30 a 59 mil | de 60 a 66 mil | > 68mil |
| % de Anemia | <= 20% | de 21 a 30 % | de 31 a 32 % | de 33 a 34 % | >= 35% |

Fuente: Propuesta técnica Meta 4 - 2020.

Para calcular el puntaje de los dos criterios según tipo de municipalidad, se determina de manera agregada el total de niñas y niños de 4 a 11 meses y el total de niñas y niños de 4 a 11 meses con anemia en el ámbito de todas las municipalidades de cada tipo, con lo cual se obtiene el porcentaje de anemia⁵³. Luego de aplicar los puntajes correspondientes, se determinó el índice de priorización para cada tipo de municipalidad, lo cual permitió identificar el ámbito de intervención de la Meta 4 a las municipalidades de tipo "A", "C", "D" y "G":

Tabla 40: Criterios priorizados por tipo de municipalidad

| Criterios priorizados | Tipo de municipalidad | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
| | A | B | C | D | E | F | G |
| Número de niños menores a 1 año | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 | 1 | 3 |
| % de Anemia | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Índice de priorización | 6 | 5 | 8 | 6 | 4 | 4 | 6 |

Fuente: Propuesta técnica Meta 4 - 2020.

En base a lo mencionado, el sector Salud debe limitar su criterio de priorización de municipalidades para la Meta 4 a partir de la clasificación ya predeterminada que rige en el PI; si bien esta clasificación ha seguido un proceso metodológico dinámico considerando variables sociodemográficas relevantes de los distritos, resulta insuficiente para lograr una cobertura adecuada de la intervención, debido a la posibilidad de excluir a distritos específicos que tienen altos índices de anemia infantil, pero que- de manera agregada- el tipo de municipalidad a la que pertenecen no obtiene un índice de priorización que les permita incluirlos dentro del Programa, esto se analiza en la siguiente sección de forma exploratoria.

b) Análisis de focalización distrital

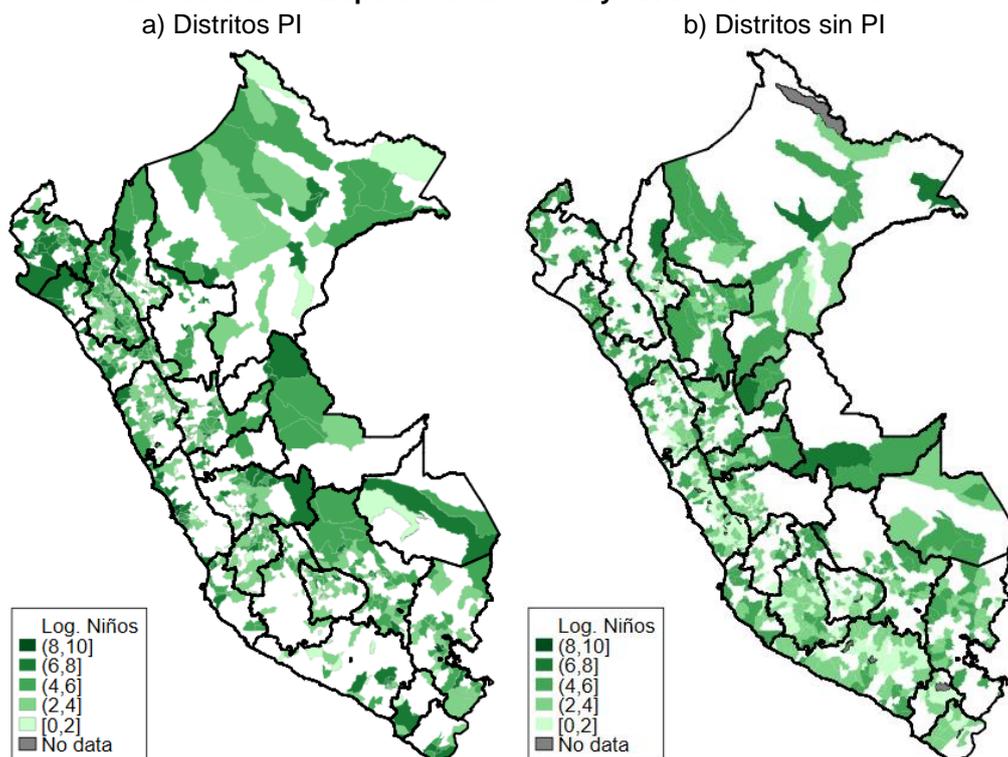
Como se ha comentado previamente, al ya existir grupos de municipalidades predeterminadas por el programa de PI, los formuladores de Meta 4 no tienen la flexibilidad para diseñar una metodología que permita seleccionar óptimamente a los distritos, derivándolos solo a priorizar entre grupos de municipalidades, y no según las necesidades que se buscan atender, como lo son las zonas de mayor prevalencia de anemia, baja adherencia de hierro, entre otras.

Una de las consecuencias de utilizar esta metodología de selección es, por ejemplo, dejar de lado a distritos con un considerable número de población objetivo (de 4 a 11 meses) o distritos con elevados niveles de prevalencia de anemia. Si se analiza el agregado, ya sea nacional o a nivel de tipo de municipalidad, la focalización reporta valores positivos, pero si se analiza por cada región o por un grupo mucho más reducido, se observan las deficiencias de la focalización. Para un mejor análisis visual de ello, en la **Ilustración 48** se muestran dos planos a nivel Perú: en el de la izquierda sobresalen todos los distritos intervenidos por Meta 4; mientras que en el mapa de la derecha se resaltan todos los distritos no intervenidos por Meta 4.

⁵³ Para este análisis de priorización, el documento de diseño no indica de manera explícita la fuente de estos indicadores, pero se estaría utilizando tanto el Registro HIS/MINSA como el Repositorio Único Nacional de Información de Salud (REUNIS).



Ilustración 48: Mapa de distritos con y sin intervención de PI



Nota: Las cantidades totales de niños y niñas entre 4 a 11 meses se muestran en escala logarítmica. Fuente: Padrón Nominal al 31 de diciembre 2019. Elaboración: Macroconsult.

Para ambos mapas, la categorización de los colores se basa en la población nominal de 4 a 11 meses reportados en cada distrito al 31 de diciembre de 2019. Mientras mayor sea la intensidad del color significa que concentra a un mayor número de niños y niñas del rango objetivo mencionado a comparación del resto, y viceversa. La mayoría de los distritos de las regiones como Cajamarca, La Libertad o Puno son intervenidos por Meta 4. Mientras que en las regiones San Martín y Pasco solo una reducida cantidad de sus distritos son parte de la meta. De esta manera, bajo la metodología actual quizás esté funcionando adecuadamente para el 80% de las regiones del país, pero eso deja al descubierto que algunas regiones no están recibiendo un similar nivel de apoyo a comparación del promedio.

Para profundizar en las regiones mencionadas, en la **Tabla 41** se caracteriza al pool de distritos PI y no PI mostrando lo siguiente: la cantidad de niños y niñas de 4 a 11 meses, el número de distritos de la región y el porcentaje de anemia de menores de 6 a 11 meses. Las diferencias son claras. Por ejemplo, Cajamarca es una región donde un poco más del 80% de sus municipios implementa las visitas domiciliarias; en cambio, en San Martín solo el 20% de municipios son atendidos con Meta 4. Tomando ello como premisa, podemos afirmar que hay una mayor atención en Cajamarca que en San Martín, a pesar de que según los datos la prevalencia de anemia en esta última región es mayor.

En lo que respecta a la población de 4 a 11 meses, por ejemplo, en La Libertad solo la quinta parte de los atendidos no reciben visitas domiciliarias; mientras que en Pasco la situación difiere ya que su población no atendida duplica a la población que recibe Meta 4. Aquí se evidencia que existe un desbalance de cobertura sobre la demanda por atender entre algunas regiones, al menos en este caso.

Por último, entre el grupo de distritos Meta 4 y no Meta 4 para las regiones mostradas, se presentan algunas disparidades, en Puno, por ejemplo, hay una mayor prevalencia de anemia



en los distritos que no reciben Meta 4; en cambio, en Pasco la población de los distritos focalizados cuenta con mayores niveles de prevalencia de anemia. Esto nos indica que no necesariamente el grupo de distritos con visitas domiciliarias tendrá mayores niveles de anemia que los no atendidos, por lo que podría estar excluyendo a zonas críticas en cuanto a la prevalencia de anemia en su población infantil.

Tabla 41: Diferencias entre distritos intervenidos por Meta 4 y no intervenidos

| Regiones | Distritos PI | | | Distritos No PI | | |
|-------------|--------------|----------------|-------------|-----------------|----------------|-------------|
| | N° distritos | # 4 a 11 meses | % de anemia | N° distritos | # 4 a 11 meses | % de anemia |
| Cajamarca | 107 | 13,117 | 28.5% | 20 | 3,148 | 30.7% |
| La Libertad | 53 | 17,563 | 37.8% | 30 | 3,754 | 35.9% |
| Puno | 65 | 8,960 | 40.5% | 45 | 2,471 | 44.9% |
| Pasco | 6 | 1,105 | 37.4% | 23 | 2,022 | 31.4% |
| San Martín | 16 | 5,181 | 34.9% | 61 | 5,439 | 34.0% |

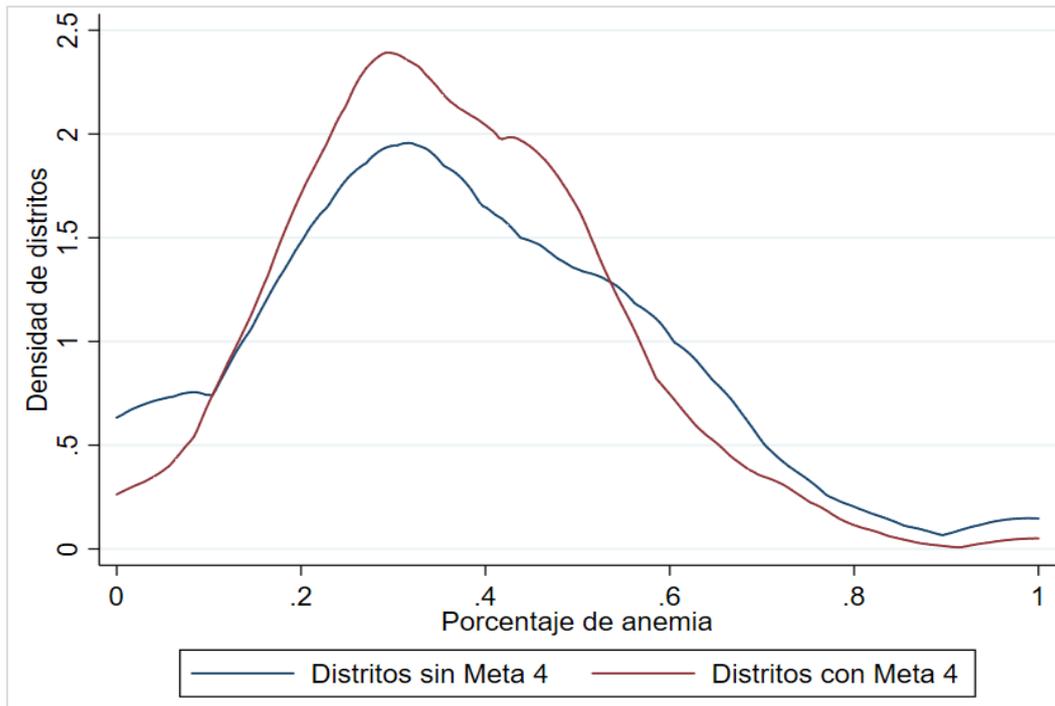
Nota: La cantidad de distritos se obtiene de los reportes de Meta 4. El número de niños y niñas de 4 a 11 meses proviene del padrón nominal. Y el porcentaje de anemia de menores de 6 a 11 meses procede del HIS – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

Debe quedar claro que no se está proponiendo que en algunas regiones deba sustituirse a los distritos que no reciben Meta 4 por los distritos con Meta 4. La idea central detrás del ejercicio es mostrar que, bajo la actual metodología de selección de distritos, la cual se encuentra atada a los tipos de municipalidades, podría estarse generando una selección sub-óptima, y que podría haber una mejor focalización definiendo los criterios y la selección de una forma mucho más desagregada, ya sea a nivel de regiones o incluso focalizar independientemente del tipo de municipalidad al que pertenezcan.

En línea con el párrafo previo, en la **Ilustración 49** se presenta de forma agregada la distribución de niveles de anemia tanto en los distritos incorporados en Meta 4 como en el conjunto de distritos que quedaron fuera. Podemos apreciar que el grueso de distritos que son parte de Meta 4 (línea roja), oscilan con un porcentaje de anemia en menores de 1 año entre 20 a 50%. Es decir, comparando las distribuciones, una mayor cantidad de distritos que posee un porcentaje de anemia entre 20% y 50% es incorporado en la intervención de Meta 4 de PI. Esto a su vez, es compensado con una menor cantidad de distritos con valores extremos de anemia, es decir se deja de lado a la mayor cantidad de distritos con porcentajes de anemia cercanos al 0% y 100%. Por el lado de los distritos con bajos niveles de anemia (cola izquierda) no presenta mayor problema ya que es lógico no incorporar a este tipo de distritos. Sin embargo, si apreciamos la cola derecha de la distribución existen más distritos con niveles de anemia relativamente altos excluidos de la intervención en relación con la cantidad de distritos incorporados. En resumen, Meta 4 contempla a la mayor cantidad de distritos con niveles de anemia entre 20 a 50%, pero se excluye a la mayoría de los distritos con valores altos de anemia, específicamente entre 55 a 75% de prevalencia.

Ilustración 49: Distribución de porcentaje de anemia en distritos intervenidos y no intervenidos por Meta 4 PI





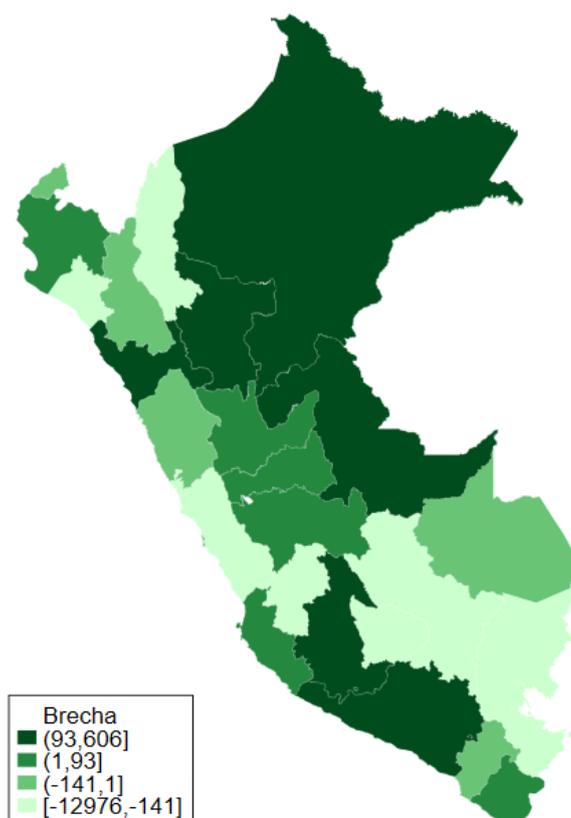
Fuente: HIS – MINSA, Diciembre 2018-Noviembre 2019. Elaboración: Macroconsult.

Es cierto que, utilizando a la cantidad poblacional de menores de 4 a 11 meses de nacidos como criterio de priorización, permite seleccionar a los distritos con mayor densidad poblacional del grupo objetivo de interés, el cual es un resultado positivo de la intervención. Sin embargo, si acotamos únicamente a los distritos que poseen un porcentaje de anemia mayor al 55%, se identifican diferencias a nivel de las regiones en relación con la cantidad de menores de 4 a 11 meses excluidos e incluidos en la Meta 4 PI.

En principio, a nivel nacional son 177 distritos que no reciben Meta 4 con un porcentaje de anemia por encima del 55%, a comparación de los 105 distritos incluidos en Meta 4 con esos mismos niveles de anemia. Se precisa que, a nivel nacional, en esos 105 distritos se está atendiendo a una mayor cantidad de menores de 4 a 11 meses en contraste con los 177 distritos, y esto se debe principalmente a la región Lima, la cual alberga a una mayor cantidad poblacional a diferencia del resto de regiones. Por ello, si aterrizamos a un nivel regional se observan situaciones diferenciadas. Tal es el caso que, si solo se considera distritos con niveles mayores a 55% de anemia, existen 12 regiones en donde Meta 4 atiende a una menor cantidad de niños y niñas de 4 a 11 meses en relación con la cantidad de niños y niñas de ese mismo rango de edad que no son atendidos.



Ilustración 50: Mapa de regiones de Perú categorizada según brecha de población atendida y no atendida



Fuente: HIS – MINSA, diciembre 2018-noviembre 2019. Padrón Nominal a diciembre 2019.
Elaboración: Macroconsult.

Para graficar la afirmación del párrafo anterior, se generó un indicador que mide la brecha entre niños no atendidos contra niños atendidos de distritos con niveles de anemia mayores a 55%. Si se obtiene un valor positivo significa que existe una mayor cantidad de niños desatendidos con respecto a los atendidos para los distritos de esas características; mientras que si se obtiene un valor negativo es porque la intervención atiende a una mayor cantidad de niños y niñas con relación a la cantidad de desatendidos. En la **Ilustración 50** se categoriza al tamaño de la brecha para las regiones de Perú según la opacidad del color. Cuanto mayor sea la brecha de desatendidos que atendidos, más oscuro será el color en el mapa; de manera contraria, si la brecha es negativa, esto es, mayor cantidad de atendidos que desatendidos, el color será de menor intensidad.

Una manera particular de conocer si una focalización tiene fallas es cuando algunas de las zonas intervenidas tienen un número escaso o casi nulo de población objetivo por atender. Entonces utilizando el reporte consolidado de visitas domiciliarias 2019 proporcionado por el MEF, se obtuvo que un total de 172 municipalidades de los 865 con visitas domiciliarias debió visitar mensualmente, en promedio, a menos de 5 niños y niñas de 4 a 5 meses. De igual manera, para el caso de los niños y niñas de 6 a 11 meses con anemia, un total de 293 distritos debió visitar al mes y en promedio a menos de 3 menores con anemia. Además, cabe precisar que alrededor de 150 distritos cumplen con ambas condiciones, es decir el 18% de los municipios que implementan Meta 4 poseen en promedio menos de 5 niños de 4 a 5 meses y menos de 3 niños de 6 a 11 con anemia que debieron visitar por mes durante el 2019⁵⁴. Estos distritos con baja

⁵⁴ Todos los datos calculados del reporte de visitas domiciliarias consolidado por el MEF refieren únicamente a los meses entre mayo y diciembre de 2019.



población objetivo son predominantemente municipalidades tipo G, hallazgo esperado dado que típicamente estas zonas poseen un menor porcentaje de población urbana, y por ende menor población total con relación al resto de tipos de municipalidades.

Asimismo, en varias de las regiones visitadas, el personal de DIRESA correspondiente menciona y respalda de forma subjetiva lo hallado en esta sección. Esto abre al debate de clasificar o seleccionar a las municipalidades de forma diferenciada según las condiciones que presenta cada región, de tal forma que permita optimizar los recursos sobre los distritos más afectados con la problemática de la anemia.

Luego de analizar la forma de focalizar distritos, se considera pertinente realizar un pequeño ejercicio modificando la estrategia de seleccionar a los distritos beneficiarios con el fin de comparar los resultados e incentivar el debate para un replanteamiento de esta metodología. Sabemos que la normativa del marco conceptual del Programa de Incentivos explícitamente indica que la selección puede estar dirigida a más de un tipo de clasificación de municipios, siempre y cuando se incluya a todas las municipalidades pertenecientes al grupo elegido. Es decir, según la normativa, no se puede elegir a una municipalidad si es que no se selecciona al resto de municipios de la misma clasificación, condición que limita bastante a los formuladores de Meta 4. En ese sentido, es importante precisar que con esta simulación se quiere demostrar que la restricción normativa mencionada podría estar impidiendo focalizar de una forma óptima a los distritos intervenidos y que eliminando esa condición evita el error de elegir distritos con un casi nulo número de población de 4 a 11 meses (posible filtración de distritos)⁵⁵.

Entonces, en línea con el párrafo pasado, se procede a definir rápidamente las condiciones de criterio para un ejercicio de selección de distritos que no adolece de las limitaciones señaladas. Los criterios empleados serán los mismos que utilizaron los formuladores de Meta 4, es decir el dato poblacional de menores de 4 a 11 meses y el dato porcentual de anemia. La diferencia con lo actual es que no calcularemos los datos ni los puntajes de priorización a un nivel agregado de grupos de municipalidades, sino que obtendremos un puntaje para cada uno de los distritos. Además, tampoco consideraremos esos valores críticos que determinan el puntaje correspondiente bajo la metodología actual, sino que los nuevos valores críticos serán generados de tal manera que se formen quintiles en ambas distribuciones de las variables de priorización. Dicho esto, en la **Tabla 42** se presenta los cortes para definir los puntajes en cada distrito, estos puntajes de cada variable serán sumados para obtenerse una puntuación final de tal forma que se prioricen a los de mayor demanda poblacional y de situaciones mucho más críticas en términos de anemia en niños y niñas de 4 a 11 meses.

Los resultados de esta selección se muestran en las siguientes tablas (**Tabla 43** y **Tabla 44**) comparándose a la vez con la selección actual de distritos que rige en Meta 4. Es necesario precisar que, por practicidad, se seleccionaron a los 865 distritos con mayor puntaje obtenido y, cuando se dio paridad de puntos, se priorizó al distrito que tenga una mayor cantidad de población de 4 a 11 meses.

Tabla 42: Índices de priorización propuestos según distribución de distritos

| Criterios priorizados | Puntaje / Índice de priorización | | | | |
|---|----------------------------------|------------|------------|-------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Número de niñas y niños de 4 a 11 meses | < 10 | de 10 a 26 | de 27 a 58 | de 59 a 164 | > 165 |

⁵⁵ Al ser un ejercicio comparativo solo debe ser considerado como referencial.



| | | | | | |
|-------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------|
| % de Anemia | <= 20% | de 21 a 31 % | de 32 a 40 % | de 41 a 52 % | >= 53% |
|-------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------|

Fuente: El dato nominal es extraído del Padrón Nominal con corte 31 de diciembre de 2019. Y el dato de porcentaje de anemia distrital se extrae del HIS – MINSA. Se precisa que, de los 1874 distritos, en 37 de ellos no se dispone de data, por lo que no se les asignó un puntaje ni formaron parte de este análisis.

Tabla 43: Clasificación de municipalidades del PI, selección actual y comparación de los distritos

| Clasificación de municipalidades | Jurisdicción | Tipo | N° | Actual | Ejercicio |
|--|--------------|------|--------------|------------|------------|
| Pertencientes a ciudades principales | Provincial | A | 74 | 74 | 74 |
| No pertenecientes a ciudades principales | | B | 122 | 0 | 87 |
| De Lima Metropolitana | Distrital | C | 42 | 42 | 40 |
| Pertencientes a otras ciudades principales | | D | 129 | 129 | 122 |
| No pertenecientes a ciudades principales, con más de 70% de población urbana | | E | 378 | 0 | 108 |
| No pertenecientes a ciudades principales, con población urbana entre 35% y 70% | | F | 509 | 0 | 190 |
| No pertenecientes a ciudades principales, con menos de 35% de población urbana | | G | 620 | 620 | 244 |
| Total de municipalidades | | | 1,874 | 865 | 865 |

Nota: Los resultados de la columna "Ejercicio" sigue la misma metodología de selección actual de Meta 4, con la única diferencia de no asignar puntajes para los grupos de municipalidades, sino para cada uno de los distritos. Fuente: Decreto Supremo N° 296-2018-EF. Elaboración propia

En el caso de la **Tabla 43**, se detalla la clasificación de las municipalidades, las cantidades que componen a esas clasificaciones, los grupos de municipios elegidos actualmente (columna Actual), y el resultado de la selección producto del ejercicio comparativo (columna Ejercicio). Como se puede apreciar, se seleccionan distritos de todos los tipos, e incluso se mantiene el 100% de los distritos del tipo A, y un 95% de los tipos C y D aproximadamente. No obstante, el caso de las municipalidades tipo G notamos una reducción considerable de sus distritos elegidos, quedando solo el 39% de los 620 que actualmente conforman Meta 4, la razón central de ello es la no consideración de los distritos de este grupo con poblaciones relativamente pequeñas a comparación de otras con más población por atender. Además, esas cantidades de distritos descontados del tipo G son asignadas a municipios que no pertenecen actualmente a Meta 4, es decir tipo B, E y F. Entonces, en conclusión, esto nos quiere decir que sí existiría un buen número de distritos con mayores necesidades de anemia por atender, y que el costo de incorporar a esos distritos sería excluir a distritos con baja población de 4 a 11 meses, sobre todo las clasificadas como tipo G (posible filtración de distritos).

Adicionalmente, en la siguiente tabla se muestra el cómo se distribuye el ejercicio de distritos seleccionados según tipo de intervención; es decir si actualmente cuenta con solo PI, solo SAF, con ambas o con ninguna de estas dos intervenciones. Aquí se aprecia que con la nueva selección se excluyen a 194 municipios que contaban solo con la intervención Meta 4, así como 191 distritos que contaban tanto con Meta 4 y SAF. Este descarte de municipalidades es compensado con la inclusión de 158 distritos que actualmente tienen SAF, pero no Meta 4; y 227 áreas que no cuentan con ninguna de las dos intervenciones.



Tabla 44: Distritos según tipo de intervención

| Tipo de intervención | N° distritos | Actual PI | Ejercicio PI |
|----------------------|--------------|------------|--------------|
| Solo PI | 447 | 447 | 253 |
| Solo SAF | 314 | 0 | 158 |
| SAF y PI | 418 | 418 | 227 |
| Sin intervención | 695 | 0 | 227 |
| Total | 1,874 | 865 | 865 |

Fuente: Decreto Supremo N° 296-2018-EF. Elaboración propia

Como conclusión a esta simulación de volver a seleccionar a los distritos bajo otras condiciones, se puede determinar que sí podrían existir formas para mejorarlo según los intereses de la intervención, siempre y cuando se levante la restricción mencionada en párrafos pasados. Además, podemos notar que cambiaría sustancialmente un gran porcentaje de los distritos que actualmente reciben Meta 4, sobre todo los que conforman al grupo G. En consecuencia, se sugiere explorar nuevos métodos de focalización. No obstante, esta exploración debe realizarse considerando que Meta 4 debe analizarse en un marco operativo más agregado: todo el programa de incentivos, por lo que el análisis podría trascender las consideraciones de esta meta particular.

c) Cobertura de la intervención

Luego de concluir con el ejercicio de selección de nuevos distritos para Meta 4, nos centraremos en analizar el desempeño de la cobertura planificada en 2019. Por ello, en la **Tabla 45**, se muestra la proporción de cumplimiento de la primera actividad de Meta 4 para los distritos intervenidos según tipo de municipalidad. Como se observa, los cuatro grupos de municipalidades tuvieron un porcentaje de incumplimiento muy semejante en relación con la actividad 1, el cual ronda entre los 21 y 24%. Es decir, sin importar las diferencias que existen entre tipos de municipalidades, aproximadamente la cuarta parte de sus distritos presentaron problemas en cuanto a la conformación de la IAL, así como en la sectorización y registro de los actores sociales.

Entrando al detalle, los distritos de las municipalidades tipo G son las de mayor porcentaje de incumplimiento con un redondeado 24%; mientras que las municipalidades de Lima Metropolitana (tipo C), con una ligera diferencia, presentan la menor proporción de incumplimiento con un 21.43%.

Tabla 45: Cumplimiento de la Primera Actividad de Meta 4 según tipo de municipalidad

| Tipo de Municipio | No Cumplió | | Cumplió | |
|-------------------|------------|--------|---------|--------|
| | N° | % | N° | % |
| A | 17 | 22.97% | 57 | 77.03% |
| C | 9 | 21.43% | 33 | 78.57% |
| D | 28 | 21.71% | 101 | 78.29% |
| G | 148 | 23.87% | 472 | 76.13% |

Nota: La información corresponde al corte del 20 de junio de 2019. Fuente: Reporte Visitas Domiciliarias Meta 4 – 2019 (MEF). Elaboración: Macroconsult.



La razón de presentar el grado de cumplimiento de la actividad 1 para el conjunto de distritos de cada tipo de municipalidad se debe a las subactividades que contiene. Algo que ya se ha mencionado previamente son los pasos que debieron desarrollar los municipios para lograr alcanzar esta primera actividad. Para ello, aparte de conformar la IAL, también debieron sectorizar las manzanas de su distrito para así poder asignar a los actores sociales en cada zona sectorizada. Entonces, para atender a todos los niños menores de 11 meses era de gran importancia consumir estas subactividades, ya que, si no se lograba sectorizar adecuadamente las manzanas de los distritos o asignar una menor cantidad de actores sociales, resultaría consecuentemente una mayor complejidad para lograr visitar a toda la población objetivo.

Dicho ello, en la **Tabla 46** se precisa datos de estadística descriptiva de ambas subactividades de la Meta 4 2019, pero solo para las zonas distritales que no cumplieron con la primera actividad del 2019. De la tabla, podemos determinar que, las de tipo G tuvieron mayores dificultades para esta etapa inicial de sectorización, ya que en promedio sus distritos no exitosos lograron sectorizar únicamente el 64% de las manzanas potenciales que debían sectorizarse. Muy similar ocurrió con el rendimiento de las municipalidades tipo C ya que en promedio lograron sectorizar el 69% de sus potenciales manzanas. En el caso del tipo A y D, en promedio tienen un mejor desempeño, pero ello no evitó que tuvieran distritos con muy bajos niveles de sectorización, siendo los valores mínimos por debajo de 5% en las de tipo A, D y G.

Tabla 46: Características de las subactividades de la primera actividad Meta 4 2019

| Sub actividad | Tipo de Municipio | N° | Media | Sd | Mín. | Percentil 25 | Percentil 50 | Percentil 75 |
|------------------------------------|-------------------|-----|-------|-----|------|--------------|--------------|--------------|
| % de manzanas sectorizadas | A | 17 | 73% | 36% | 3% | 40% | 93% | 99% |
| | C | 9 | 69% | 33% | 26% | 42% | 83% | 100% |
| | D | 28 | 74% | 34% | 2% | 56% | 91% | 99% |
| | G | 148 | 64% | 37% | 0% | 28% | 78% | 100% |
| % de Actores sociales sectorizados | A | 17 | 70% | 40% | 0% | 30% | 94% | 100% |
| | C | 9 | 86% | 21% | 41% | 77% | 98% | 100% |
| | D | 28 | 83% | 35% | 0% | 88% | 100% | 100% |
| | G | 148 | 59% | 46% | 0% | 0% | 93% | 100% |

Nota: La información corresponde al corte del 20 de junio de 2019. Fuente: Reporte Visitas Domiciliarias Meta 4 – 2019 (MEF). Elaboración: Macroconsult.

En lo relacionado al porcentaje de actores sociales, se observa un patrón muy semejante a la anterior subactividad. Es decir, en promedio, también las de tipo G son las de menor desempeño, lo que refleja la gran complejidad que tuvieron para poder disponer al inicio de la intervención de la cantidad de actores sociales que realmente requerían para cumplir con sus posteriores metas. Es más, en esta subactividad sí es mucho más marcado las diferencias ya que las tipo G lograron en promedio sectorizar al 59% de actores que necesitaban para atender a su población objetivo, en cambio el resto o alcanzó el 70%, para el caso de tipo A, o supera el 80%, en las tipo C y D. Algo peculiar de esta subactividad es que el 25% de los distritos tipo G que no cumplieron con la actividad 1, no sectorizaron inicialmente a ningún actor social. Y además, a comparación de la primera subactividad, en este caso, típicamente las que menos incumplieron fueron las tipo C y D.

En síntesis, sobre el desempeño de las subactividades de la primera actividad de Meta 4 en 2019, se puede afirmar que, de los cuatro tipos de municipalidades, las de tipo G son las que presentaron mayores dificultades para poder cumplir con esta primera parte de planificación previo a la ejecución de las visitas domiciliarias. Ello; sin embargo, no implica tener el mismo patrón de resultados para actividades posteriores, como el caso de desempeño operativo de las



visitas, que se analizará más adelante. Una de las principales razones que se podría asociar con las dificultades de la planificación de las visitas domiciliarias sería en algunos casos la menor capacidad de gestión de los funcionarios de este tipo de municipios y la escasa disponibilidad de herramientas que se les otorga para realizar sus labores diarias. Por ejemplo, los problemas ya reportados sobre del padrón nominal y sectorización influyeron críticamente sobre todo en los municipios tipo G entrevistados.

- Tasas de cobertura

Luego de indagar en los datos sobre la etapa de sectorización y planificación inicial previo a la ejecución de las visitas domiciliarias, se analizará la información administrativa de la intervención. Esta recoge los aspectos de cobertura alcanzados para el periodo 2019 en los distintos tipos de municipalidades.

Antes de ingresar a analizar la información, es importante tener en consideración que nos restringiremos a obtener tasas de cobertura solo para el grupo de menores que hayan cumplido entre 120 y 179 días para el periodo evaluado, de mayo a diciembre de 2019, es decir para el conjunto de menores de 4 a 5 meses. La razón de no incluir al grupo de 6 a 11 meses se debe a la falta de información para obtener una tasa de cobertura confiable, ya que no se dispone del total de menores de 6 a 11 meses que resultaron con anemia a lo largo del 2019. En cambio al hablar de los menores de 4 a 5 meses, una vez elegido el distrito beneficiario, la intervención planifica teóricamente visitar a todos los que se encuentren en este grupo de edades. Además, se debe tener presente que el padrón nominal utilizado en la intervención y del cual disponen las municipalidades, será el universo a cubrir para la intervención, en este documento, considerándose como niño o niña atendida si a lo largo del 2019 recibió al menos una visita domiciliaria.

Como punto de partida, considerando al total de la población nacional que cumplieron entre 4 a 5 meses entre los meses de mayo y diciembre, la intervención de Meta 4 llegó a atender a un 52.1% de dicho universo. Ahora, si nos concentramos en solo los distritos en donde interviene Meta 4 se ha alcanzado una cobertura de 63.4% del total de menores de 4 a 5 meses nacidos en dichas zonas. Por último, si solo nos enfocamos en la población que posee seguro SIS o no cuentan con seguro⁵⁶ de dichos distritos con Meta 4 resulta una tasa de cobertura de 73.5%.

El análisis desagregado según el tipo de municipalidad evidencia ciertas diferencias. Estas discrepancias se observan en la **Tabla 47**, en la cual se ha calculado dos tasas de cobertura, una en la que se considera a toda la población del distrito, y otra considerando solo la población con seguro SIS o sin seguro. Centrándonos en las tasas de cobertura calculadas a partir de la población total de los distritos y comparando según tipo de municipalidad, las de tipo G son las que alcanzan la mayor tasa de cobertura con un 82.2%. Luego de este grupo, las de tipo A y D alcanzaron una cobertura similar, la cual oscila entre el 66% y 69% atendido respecto a la población total de sus distritos. Por último, las de tipo C (Lima Metropolitana), registran haber visitado al menos una vez a solo el 47% de su población objetivo a lo largo de los meses de mayo a diciembre de 2019.

De igual manera, si consideramos como universo a la población con seguro SIS o sin seguro, las tasas de cobertura incrementan para todos los grupos y se sigue manteniendo el orden de los rendimientos en cuanto a cobertura, siendo las de tipo G las de mayor alcance y las de tipo C las de menor.

Tabla 47: Tasas de cobertura según tipo de municipalidad en 2019

⁵⁶ La intervención de Meta 4 en la versión 2019 focaliza a solo los individuos que cuentan con seguro SIS o que no tienen seguro de salud.



| Variables | Tipo A | | Tipo C | | Tipo D | | Tipo G | |
|--|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | # 4 a 5 m | % | # 4 a 5 m | % | # 4 a 5 m | % | # 4 a 5 m | % |
| | [A] | [B] | [C] | [D] | [E] | [F] | [G] | [H] |
| Población de distritos Meta 4 | | | | | | | | |
| Sin VD | 32,180 | 33.2% | 54,858 | 52.9% | 31,410 | 31.5% | 8,107 | 17.8% |
| Con al menos 1 VD | 64,689 | 66.8% | 48,844 | 47.1% | 68,315 | 68.5% | 37,467 | 82.2% |
| Población de distritos Meta 4 con seguro SIS o sin seguro | | | | | | | | |
| Sin VD | 17,348 | 22.3% | 32,620 | 41.7% | 17,727 | 21.6% | 7,150 | 16.1% |
| Con al menos 1 VD | 60,431 | 77.7% | 45,590 | 58.3% | 64,190 | 78.4% | 37,178 | 83.9% |

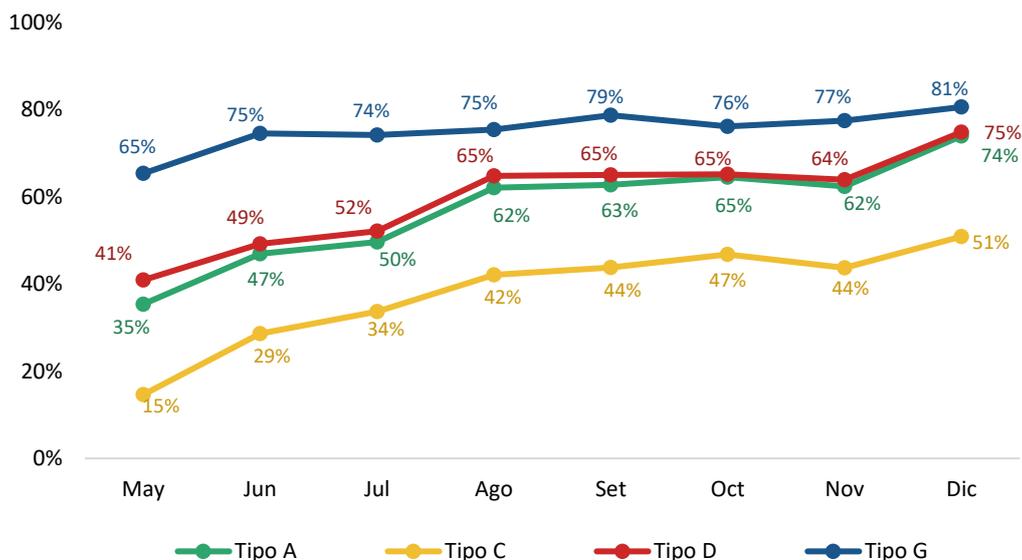
Nota: La desviación estándar de las tasas de cobertura de los distritos comprendidos en cada tipo de municipalidad es: Tipo A [de.: 12.8%], Tipo C [de.: 17.2%], Tipo D [de.: 10.4%], y Tipo G [de.: 15.0%]. Niños y niñas comprendidas entre los meses de mayo a diciembre de 2019. Fuente: Bases padrón nominal y trama de visitas – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

Otro punto de análisis para evaluar la cobertura de la intervención es la evolución que tuvo mes a mes a lo largo de 2019. Por ello, en la siguiente gráfica (**Ilustración 51**) se muestra las tasas de cobertura para los niños y niñas que cumplieron entre 4 a 5 meses entre mayo y diciembre de 2019. La primera impresión de la gráfica es la notoria evolución positiva que ha logrado Meta 4, es decir, tal como se ha comentado en varias oportunidades a lo largo del documento, en 2019 esta intervención fue de menos a más, la cual en un inicio dada la premura y la inexperiencia inicial de los actores locales se alcanzó las tasas de cobertura más bajas de todo el 2019, pero conforme avanzaba la ejecución del programa fue incrementando el alcance sobre los territorios focalizados, logrando en el mejor de los casos, un 81% para las municipalidades tipo G en el mes de diciembre.

El patrón y orden entre los grupos de municipalidades se sigue manteniendo como en los análisis líneas arriba, siendo las municipalidades tipo C las de menor cobertura; no obstante, este grupo de distritos ha sido, junto con las municipalidades tipo A, las que más han mejorado si se considera todo el horizonte temporal de análisis. Por ejemplo, las de tipo C iniciaron con un 15% y terminaron en diciembre con un 51% de cobertura, logrando un avance de 36 puntos porcentuales. De igual manera, las de tipo A obtuvieron un avance entre dichos meses de 39 puntos porcentuales.

Ilustración 51: Evolución mensual de las tasas de cobertura según tipo de municipalidad



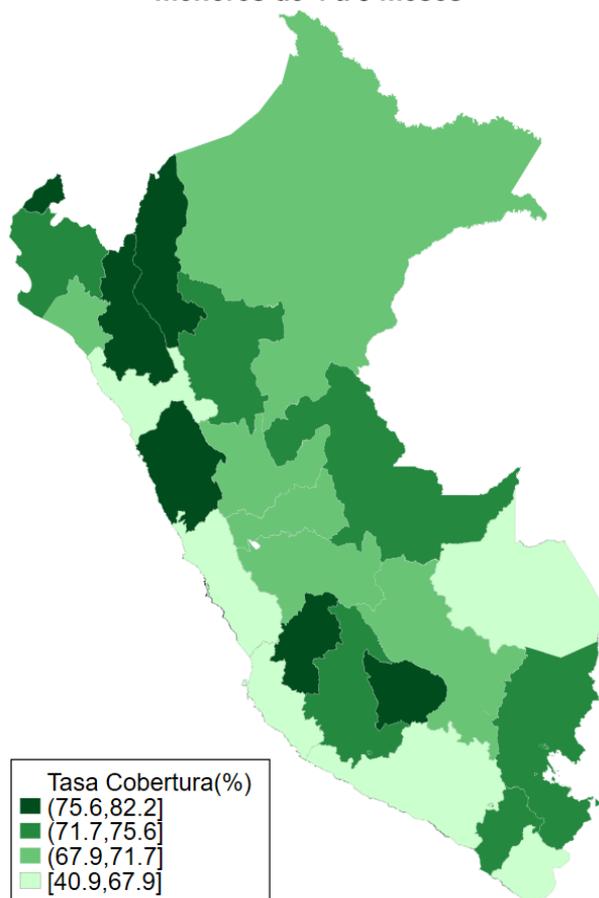


Fuente: Bases padrón nominal y trama de visitas – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

Por otro lado, para una mejor visualización de las zonas en donde se lograron las mayores tasas de cobertura, en la **Ilustración 52** se muestra un mapa de las regiones de Perú categorizado por las tasas de cobertura de solo los distritos bajo la intervención de Meta 4. Según la leyenda del mapa, mientras más intenso sea el color, mayor es el número de población objetivo-atendida, es decir, son las zonas con las mayores tasas de cobertura. A simple vista no se observa un patrón geográfico que determine las tasas de cobertura, de manera contraria, son casos dispersos a lo largo del mapa. Tal es el caso que los distritos de las regiones de Cajamarca, Ancash, Tumbes, Amazonas y Huancavelica superan el 75% de cobertura, siendo estas dos últimas los de las tasas más elevadas con 79 y 82%, respectivamente. Esto se contrapone a las regiones de Callao, Arequipa, Madre de Dios y Lima, siendo estas las zonas con menor alcance de la intervención logrando, en el peor de los casos, una tasa de 41% para Madre de Dios.



Ilustración 52: Mapa de regiones de Perú categorizada según tasa de cobertura para menores de 4 a 5 meses



Fuente: Bases padrón nominal y trama de visitas – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

▪ Filtración de usuarios

Posterior al análisis de las tasas de cobertura logradas para el 2019, también es importante indagar por las filtraciones de usuarios no objetivo, tales como niños y niñas que se encuentran fuera del rango de interés (4 a 11 meses); o niños y niñas que cuentan con un seguro distinto al SIS como Essalud o privado; o la realización de visitas a los niños y niñas que ya reciben intervenciones similares como SAF. Este último punto no será desarrollado en este apartado, sino que será abordado en la sección de interacción entre ambas intervenciones.

Lo primero es desarrollar la filtración de beneficiarios menores de 4 meses y mayores al año de nacido. Por ello, en la siguiente gráfica (**Ilustración 53**) se muestra la densidad de los y las menores beneficiarias según la edad en días que tuvieron al momento de recibir la visita domiciliaria correspondiente. Para diferenciar los periodos y grupos de edades, se ha delimitado con líneas de color verde al grupo de 4 a 5 meses y con líneas de color naranja al conjunto de menores de 6 a 11 meses. Todo lo que se encuentre fuera de estas líneas verticales corresponden a usuarios que recibieron visitas cuando no cumplían con las edades objetivo de la intervención (enmarcados en los círculos amarillos). Además, tal cual como el sistema de la intervención lo clasifica, se ha diferenciado a dichos grupos, siendo las visitas preventivas las comprendidas en las densidades de color azul, y las visitas de carácter curativo localizadas en las densidades de color rojo.

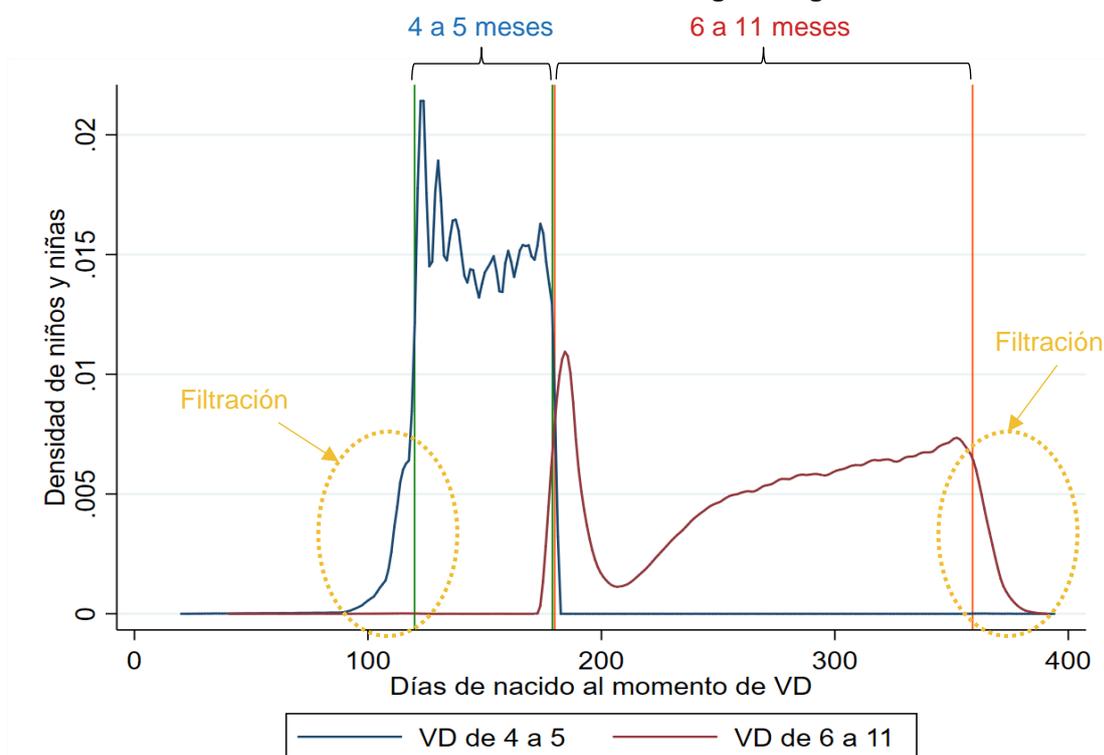
Esas visitas que se realizaron cuando los usuarios se encontraban fuera de rango representan el 6.7% del total de visitas realizadas en el marco de la Meta 4 para el 2019. Sin embargo, estas



filtraciones se encuentran muy cerca del límite de los días de nacido válidos, así que no deberían considerarse como un gran problema del programa. Es más, la guía de la intervención versión 2019 es laxo en cuanto a los días del niño o niñas cuando recibe la visita domiciliaria, ya que ahí se considera como válido a las visitas realizadas hasta cuando el o la menor tiene unos 110 días de nacido y como límite superior cuando el niño o niña tiene hasta 369 días de nacido. Esta relajación de la norma debería estar asociado al entendimiento de los formuladores ante las diversas realidades y dificultades que podrían presentar los actores sociales para realizar una visita, como desplazamientos, disponibilidad de las familias u otros.

Por otro lado, si nos enfocamos en las visitas realizadas dentro del rango de interés, vemos que para la etapa de 4 a 5 meses (preventiva), se realiza una mayor cantidad de visitas cuando los y las menores recién cumplen los 4 meses, pero conforme se acercan a los 6 meses de nacido, decrece la densidad de las visitas. En el caso del periodo curativo (6 a 11 meses), ocurre una realización considerable de visitas cuando los y las menores cumplen los 6 meses, cayendo rápidamente para los próximos días, pero aproximadamente a partir del séptimo mes conforme los usuarios crecen y se acercan al año de nacido, van recibiendo una mayor cantidad de visitas domiciliarias.

Ilustración 53: Filtración de usuarios según rango de edad



Fuente: Bases padrón nominal y trama de visitas – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

Por último, respecto a la filtración por tipo de seguro, para el 2019 solo 1.4% de los niños visitados pertenecían a un seguro de Essalud, privado o de las fuerzas armadas/policía nacional, esto equivale a un total de aproximadamente 3 200 niños y niñas de los distritos con Meta 4.

En síntesis, podemos notar que estarían ocurriendo pequeñas filtraciones de usuarios no objetivo, pero éstas representan un porcentaje pequeño respecto al total, por lo que el sistema utilizado para la focalización de las visitas está teniendo un desempeño correcto evitando las filtraciones masivas de este tipo de usuarios.



4.2.3 Evaluación de resultados

En esta subsección se analizan dos tipos de resultados: (1) los resultados operativos del programa y (2) los resultados en anemia. En el primer caso, se iniciará identificando el desempeño operativo de las visitas domiciliarias de los diversos tipos de municipalidades en los que se desarrolla Meta 4 (tipo A, C, D y G) para luego evaluar la calidad de ese cumplimiento de las metas a través de los porcentajes de visitas domiciliarias completas⁵⁷. Por último, se complementará la sección con información relacionada a los tipos de visitas realizadas (preventiva o curativa), la cantidad de VD recibidas por cada menor visitado y la cantidad de VD realizadas por los AS. En el caso de los resultados de la anemia, únicamente se tiene referencia de un estudio preliminar del MEF al respecto por lo que esta sección lo referencia complementando el hallazgo con indagaciones en campo.

4.2.3.1 Resultados operativos

En las siguientes dos gráficas se presentan, por un lado, las distribuciones de la cantidad total de visitas que debieron realizarse a los y las menores de 4 a 11 meses a lo largo del 2019 (*Ilustración 54*), y por otro lado, las distribuciones del porcentaje de visitas domiciliarias realizadas respecto al total de previstas (*Ilustración 55*). Es decir, se comparará lo previsto contra lo realizado durante todo el 2019.

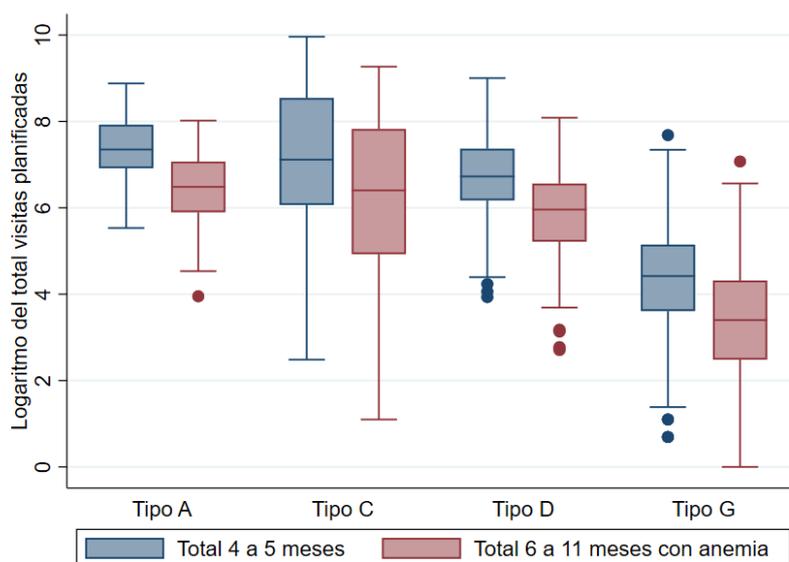
Para ambos gráficos la presentación de los datos refiere a un diagrama de cajas, el cual nos facilitará el análisis sobre las particularidades y diferencias de los grupos de municipalidades que implementan Meta 4. Asimismo, se especifica que la información se ha organizado diferenciando tanto por tipo de municipalidad como por grupos de interés (de 4 a 5 meses y de 6 a 11 meses con anemia).

Para un mejor entendimiento de este tipo de gráficos, se dará una breve guía sobre cómo realizar una interpretación adecuada de las imágenes mostradas. En primer lugar, se debe indicar que un diagrama de cajas emula a una distribución de datos dando detalles sobre la dispersión y simetría de las unidades de análisis, siendo nuestro caso los distritos de cada grupo de municipalidades. Este diagrama se compone de dos grandes partes: la propia caja y las colas/brazos que se extienden en cada extremo. Para estos casos, es importante identificar la línea central que divide a cada caja, ya que nos ubica en la mitad de los datos bajo análisis, es decir la mediana de la distribución. La línea inferior de la caja simboliza al primer cuartil de la distribución, mientras que la línea superior de la caja refiere al tercer cuartil de la distribución. Es decir, todo el espacio entre la línea central y superior de la caja contiene a un 25% de los datos. De igual manera si se barre de la línea central hacia la línea inferior también involucra a un 25% de los datos. En las partes externas de la caja, toda la extensión de los brazos también representa a un 25% de los datos. Por lo que el final de cada brazo ya sea superior e inferior, se localiza al valor máximo y mínimo de la distribución, respectivamente. Por último, los puntos ubicados por fuera de los brazos de la caja son interpretados como valores atípicos de la distribución.

⁵⁷ Se consideran visitas domiciliarias completas cuando un niño o niña objetivo recibe 3 visitas al mes.



Ilustración 54: Distribución del total de visitas planificadas para los infantes de 4 a 11 meses en los distritos intervenidos con Meta 4 según tipo de municipalidad



Nota: Para una mejor vista de las cantidades totales de visitas planificadas, estas fueron transformadas a una escala logarítmica. Fuente: Reporte de visitas domiciliarias 2019. Elaboración: Macroconsult.

Previamente, se ha mencionado que la variable mostrada en la **Ilustración 54** recoge al total de visitas que debieron realizarse a los niños y niñas con edades entre 4 a 11 meses en todo el 2019. Dicho esto, una primera interpretación que se extrae de este gráfico es que las municipalidades tipo G, debido a sus características poblacionales de zonas típicamente rurales, debieron realizar una menor cantidad de visitas en el 2019 en contraste con las otras tres tipologías de municipalidades. Es más, el 75% de estos distritos debió realizar a lo mucho 171 visitas para niños de 4 a 5 meses y 72 visitas para niños de 6 a 11 meses, respectivamente. E incluso existieron distritos que según los reportes no tuvieron que realizar visitas a lo largo del 2019, tanto para el rango de 4 a 5 como del rango 6 a 11.

Caso contrario sucede con las municipalidades tipo C, ya que a lo largo de todo el 2019 su compromiso fue mayor que el resto. En promedio sus distritos debieron visitar, aproximadamente, unas 3,450 veces a menores 4 a 5 meses y unas 1,597 veces a menores de 6 a 11. Sin embargo, si comparamos a las medianas entre los grupos A y C se aprecia, por un lado, que la mitad de los distritos tipo C debieron realizar como mínimo 1,231 visitas a menores de 4 a 5, y 614 visitas a menores de 6 a 11. Mientras que, para la mitad de los municipios tipo A, el total de visitas planificadas fue mayor ya que se debieron realizar un mínimo de 1,559 visitas para menores de 4 a 5, y 655 visitas para anémicos de 6 a 11.

En lo que respecta a las municipalidades tipo D, es importante resaltar que sus visitas planificadas son mucho menores que A y C, pero no dejan de ser mayores que las de tipo G, ya que la mitad de sus distritos no debía realizar más de 834 visitas para los de 4 a 5 ni más de 381 visitas para los de 6 a 11 con anemia.

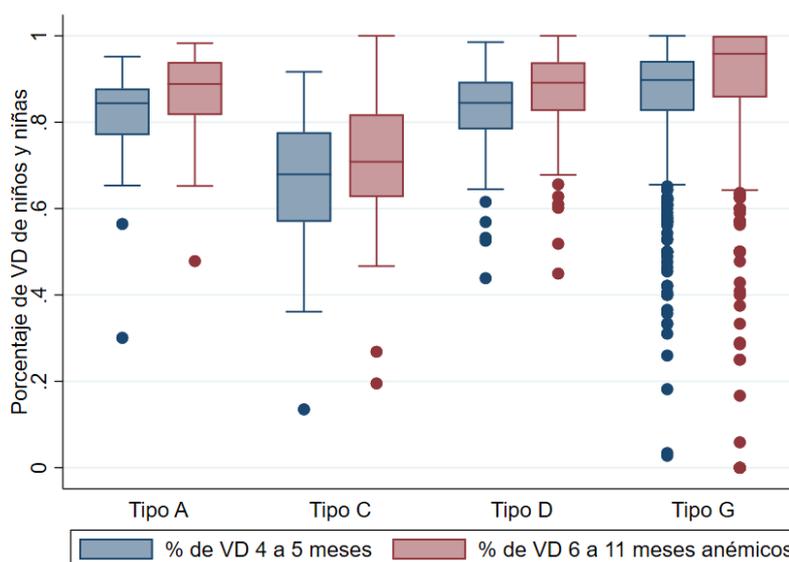
Por último, en cuanto a la dispersión intragrupo de los municipios, las de tipo C y G presentan mayores diferencias en cuanto a visitas planificadas; mientras que las de tipo A y D presentan cantidades mucho más semejantes. Por ejemplo, existen distritos de tipo C que solo debieron realizar 15 visitas en todo el 2019, mientras que el caso máximo de esa misma tipología debió realizar más de 31 mil visitas. Asimismo, el ejemplo contraste son los distritos tipo A, ya que sus



totales oscilan entre 253 a 7 mil visitas aproximadamente para infantes de 4 a 5 meses, y de 52 a 3 mil visitas para los anémicos de 6 a 11 meses.

En línea con la gráfica anterior, en la **Ilustración 55** se presenta el porcentaje de vistas domiciliarias realizadas a niños y niñas tanto para el grupo de 4 a 5 meses como para el grupo de 6 a 11 meses con anemia. Para esta variable observamos que en el agregado las de tipo G son las que más cumplieron, ya que al menos el 75% de sus distritos lograron realizar el 80% de las visitas programadas para los de 4 a 5 meses y el 85% de las visitas para los de 6 a 11 con anemia durante el 2019. Sin embargo, si nos concentramos en los valores atípicos, alrededor del 5% de distritos tipo G posee un rendimiento menor al 58% de visitas realizadas que incluso llega a un valor mínimo de 3% de cumplimiento para niños de 4 a 5 meses y de 0% para niños de 6 a 11 meses, siendo estos los peores desempeños de todo Meta 4.

Ilustración 55: Distribución del porcentaje de visitas domiciliarias realizadas a menores entre 4 y 11 meses en los distritos intervenidos con Meta 4 según tipo de municipalidad



Nota: Los porcentajes se calculan en base al total de visitas realizadas en todo el 2019 con respecto al total de visitas planificadas. Fuente: Reporte de visitas domiciliarias 2019. Elaboración: Macroconsult.

En lo que refiere a las municipalidades tipo A y D, estas presentan distribuciones muy semejantes. Además, en el agregado no logran alcanzar los niveles del grupo G, pero eso no desmerece sus rendimientos obtenidos en 2019. Por ejemplo, para ambos grupos, la mitad de sus distritos lograron realizar como mínimo el 84% de visitas para los de 4 a 5 meses y el 89% de visitas para los de 6 a 11 meses.

Por último, las municipalidades tipo C son las que, en el global, tuvieron en 2019 el más bajo rendimiento en cuanto a la realización de las visitas domiciliarias ya que la mitad de sus distritos no lograron superar el 68% de lo planificado para infantes de 4 a 5, ni el 71% de lo planificado para infantes con anemia de 6 a 11. Además, algo importante a mencionar, tal y como se precisó en la gráfica anterior, los municipios tipo C presentaron una mayor dispersión en cuanto a su rendimiento de visitas realizadas, debido a que, por ejemplo, para los niños de 4 a 5 meses se obtiene una dispersión de 16 puntos porcentuales; en cambio para las comunas de tipo A y D manejan ambas una dispersión de 10 puntos porcentuales.

Entonces, como gran conclusión de las dos últimas gráficas analizadas, se puede afirmar que, a modo global, las municipalidades tipo G son las que presentaron menores cantidades de visitas



previstas y que a su vez obtuvieron los mejores rendimientos en cuanto a la realización de visitas por todo el 2019. Mientras tanto, en las de tipo C ocurrió exactamente lo contrario; es decir, en el agregado sus distritos tuvieron una mayor cantidad de visitas por realizar a lo largo del 2019 y alcanzaron los peores rendimientos de visitas realizadas respecto a lo planificado.

Como consecuencia a la premisa mencionada en el párrafo anterior, se desprende la siguiente hipótesis sobre los resultados y rendimientos de la Meta 4: mientras mayor sea la cantidad de visitas domiciliarias que una municipalidad deba realizar, menores serán las probabilidades de esta para cumplir con lo planificado, obteniendo por ende un menor rendimiento, sin importar las capacidades de gestión que esta tenga. Esta es una hipótesis que dada las limitaciones metodológicas cuantitativas no podrá ser testeada en este estudio, pero servirá de motivación y discusión para evaluaciones posteriores, las cuales puedan corroborar o desmentir dicha hipótesis bajo mención⁵⁸.

Para poder aproximar a groso modo y de forma práctica la hipótesis planteada, aunque sólo referencialmente y reconociendo las limitaciones del ejercicio correlacional, en la siguiente gráfica (ver **Ilustración 56**) se presentan 4 ploteos sobre la cantidad de visitas programadas y % de visitas domiciliarias realizadas a lo largo del 2019, siendo uno distinto para cada tipo de municipalidad. Adicionalmente, se ha diferenciado a los distritos que presentan solo PI (puntos de color azul) con respecto a los distritos que implementan tanto Meta 4 como SAF de Cuna Más (rombos de color naranja). También logra apreciarse líneas referenciales de color verde, las cuales representan al porcentaje promedio de visitas realizadas para el eje x, y el promedio del logaritmo de visitas planificadas para el eje y. Por último, la pendiente es graficada en la línea punteada de color rojo.

De los 4 planos, nótese que existe una relación negativa entre ambas variables mencionadas para los distritos de los tipos de municipalidades tipo A, C y D. Por ende, podría estar ocurriendo la hipótesis sobre la complejidad de cumplir con una mayor cantidad de visitas al año. Lo resaltante de este conjunto de gráficos es que las municipalidades tipo A cumplen con mayor exactitud la hipótesis mencionada, cuando en un inicio se pensaba que las de tipo C obtendrían una correlación mucho más marcada entre estas dos variables, ya que previamente se había identificado los bajos rendimientos sobre el logro de visitas en estos distritos.

Por otro lado, en el caso de las municipalidades tipo G podemos afirmar que se rechaza la hipótesis planteada dado que no se observa ninguna asociación negativa entre lo planificado y realizado. Es más, en algunas zonas del ploteo se divisa que mientras mayor es la cantidad de visitas que se debieron realizar, mayor es el desempeño del distrito.

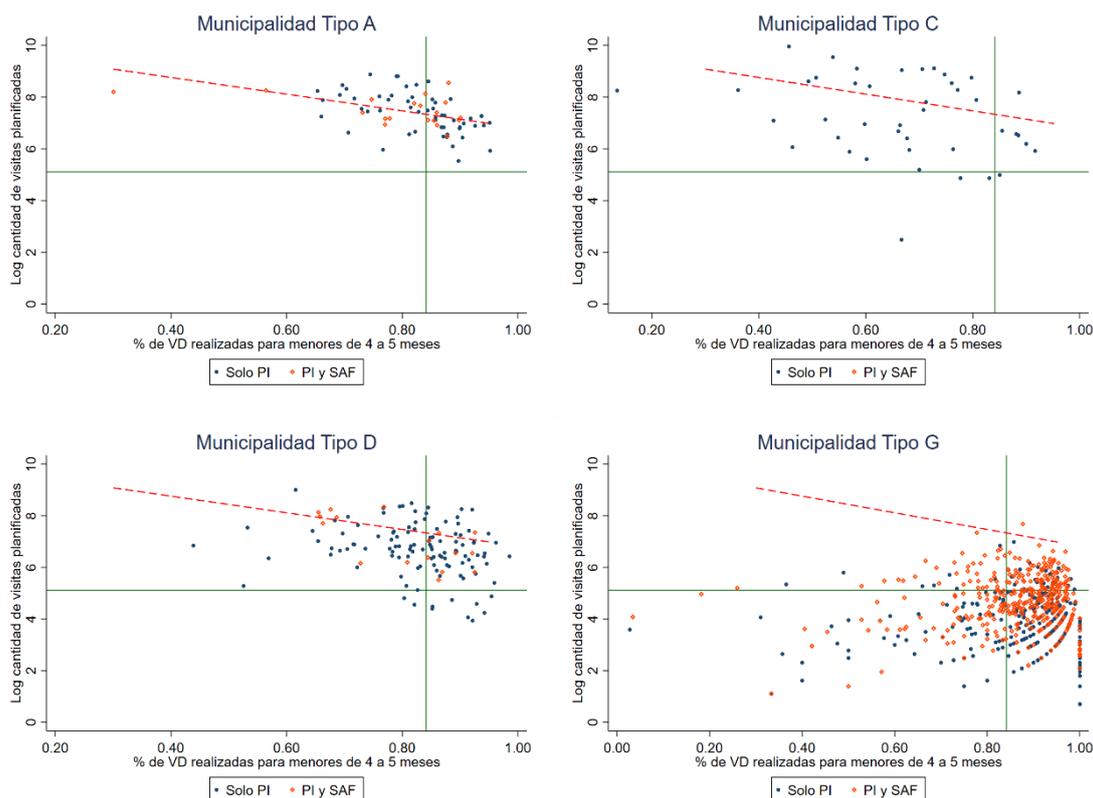
Finalmente, cabe aclarar que para el gráfico bajo análisis solo se considera a los totales de visitas destinadas a la población de 4 a 5 meses, y que los resultados identificados en los últimos párrafos cumplen de forma semejante para los casos de las visitas dirigidas a la población con anemia de 6 a 11 meses.

Ilustración 56: Nivel de asociación entre visitas planificadas y % de visitas realizadas para los menores de 4 a 5 meses en los distritos intervenidos con Meta 4 según tipo de

⁵⁸ Se remarca la condición de hipótesis de la aseveración. En realidad, los datos mostrados no pretenden validarla ni establecer una relación causal. Más bien reconocemos la naturaleza correlacional de los mismos y por ello sólo planteamos la hipótesis que podrá ser validada en algún otro estudio. En cualquier caso, creemos que la respuesta si es de interés, pues podría derivar cargar óptimas por municipalidad.



municipalidad



Nota: Las cantidades de visitas previstas se encuentran en escala logarítmica. Para las municipalidades tipo A se cuenta con una correlación de -0.45 estadísticamente significativa (nivel de significancia: 0.00). Para las municipalidades tipo C reporta una correlación no significativa de -0.29 (0.07). Municipalidades tipo D con correlación significativa de -0.30 (0.00). Y una correlación significativa de 0.11 (0.01) para las municipalidades tipo G. Fuente: Reporte de visitas domiciliarias 2019. Elaboración: Macroconsult.

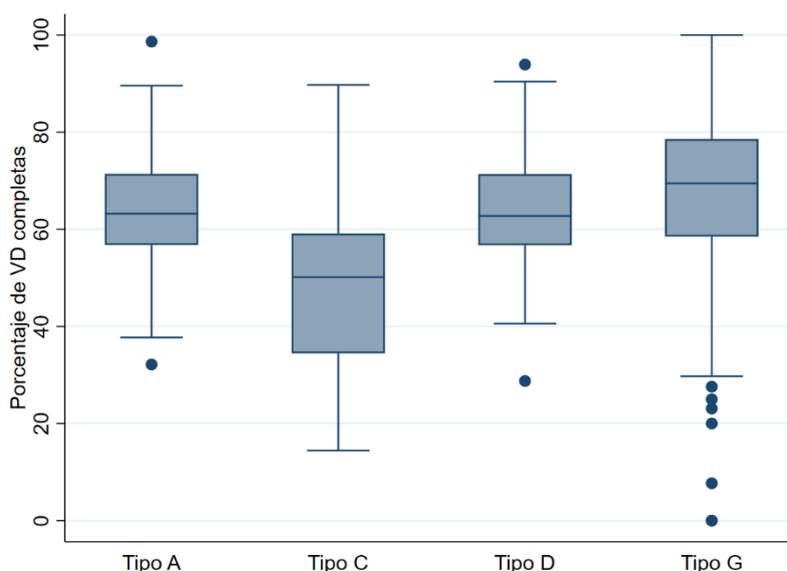
Luego de indagar sobre el desempeño que han tenido los grupos de municipalidades entre lo planificado y lo realizado, puede mencionarse que en las municipalidades tipo A y D ha habido rendimientos bastante parejos, por lo que podría interpretarse como grupos de distritos medianamente semejantes en cuanto a población objetivo, por tanto, probablemente han tenido cercanos esfuerzos para cumplir con las metas planteadas por Meta 4. Por otro lado, el resultado no es el mismo para las municipalidades tipo C y tipo G, en estos grupos se aprecia una notable heterogeneidad entre sus distritos, particularmente en cuanto a la población objetivo que poseen, por lo que no necesariamente a estos municipios les ha costado igual al momento de cumplir con las metas propuestas. Es decir, en lo que concierne a las metas, es clave considerar a la cantidad poblacional con la que cuenta el distrito ya que de eso depende mucho su rendimiento. Esto nos conduce a la idea de repensar las metas planteadas y evaluar la diferenciación de estas en los grupos tipo C y G.

Ahora, además del desempeño operativo en cuanto al porcentaje de visitas realizadas, también es importante conocer e indagar sobre la calidad de esas visitas domiciliarias. Con la disponibilidad de los datos, se tratará de aproximar a una medición de la calidad de las visitas para los diferentes grupos de municipalidades. En la **subsección 4.2.2.2** ya se ha comentado que una de las formas que la literatura utiliza para medir la calidad de las visitas es a través de las dosis entregadas a las familias beneficiarias (cantidad de visitas entregadas). Por ello, a continuación, se analizará el porcentaje de visitas domiciliarias completas para los niños atendidos según tipo de municipalidad. Como aclaración, se menciona que el porcentaje de visitas domiciliarias realizadas es completamente distinto al de visitas domiciliarias completas, ya que el primer indicador nos refleja en qué medida las municipalidades logran realizar lo



planificado en número de visitas; mientras que para este último indicador relacionado a calidad nos refleja en qué porcentaje los niños atendidos reciben una cantidad adecuada de visitas domiciliarias. Por ejemplo, si en un distrito para el mes de octubre planificó realizar 120 visitas y logró realizar 80 de ellas, entonces tiene un porcentaje de 80% de visitas realizadas, pero puede que en esas 80 visitas solo esté otorgando una dosis completa (3 visitas al mes) a solo 20 niños y niñas de un total de 40 menores objetivo, por lo que obtiene un porcentaje de 50% de visitas completas. De esta manera, este indicador de calidad es mucho más exigente que el anterior, por lo que resultarán para las municipalidades rendimientos menores a los observados en las gráficas pasadas.

Ilustración 57: Distribución del porcentaje de VD completas para los y las menores entre 4 y 11 meses en los distritos intervenidos con Meta 4 según tipo de municipalidad



Nota: Los porcentajes se calculan en base al total de visitas realizadas en todo el 2019 con respecto al total de visitas planificadas. Fuente: Reporte de visitas domiciliarias 2019. Elaboración: Macroconsult.

En la **Ilustración 57** se corrobora dicha afirmación, ya que el promedio de menores de 4 a 11 meses que recibieron visitas domiciliarias completas para todos los distritos de Meta 4 en 2019 es de 66.5%. El orden de los rendimientos de los grupos de municipalidades se mantiene tal y como resultó en la **Ilustración 55**, solo que a menor escala. Es decir, las municipalidades tipo G son el grupo con los mayores porcentajes de visitas completas porque el 50% de sus distritos ha atendido de forma completa al menos a un 70% de los niños y niñas previstas. Es más, el decil superior de la distribución de este grupo G ha logrado visitar 3 veces al mes como mínimo a un 80% del total de niños y niñas objetivo. Sin embargo, para este indicador también persiste la heterogeneidad de los distritos, ya que alcanza porcentajes mínimos por debajo de los valores de los otros grupos, exceptuando a las de tipo C. Estos municipios tipo C, de Lima Metropolitana, mantienen en el agregado, el peor rendimiento de entre todos los grupos, alcanzando un promedio de 48%, una mediana de 50% y un mínimo de 14% de visitas completas.

En lo que respecta a las municipalidades tipo A y D, se alcanzan resultados muy semejantes, a tal punto que solo difieren en un punto porcentual o menos. Por ejemplo, para ambos aplica que el 50% de sus distritos rondan entre un rango de 57% y 71% de los menores de 4 a 11 meses que recibieron visitas domiciliarias completas. La diferencia notoria entre ambas es quizás su dispersión ya que el distrito tipo A con el mínimo rendimiento obtuvo un 32% de menores con visitas completas y un máximo de 99%; mientras que para las de tipo D, el mínimo porcentaje es de 29% y el máximo de 94% de menores con dosis completa.

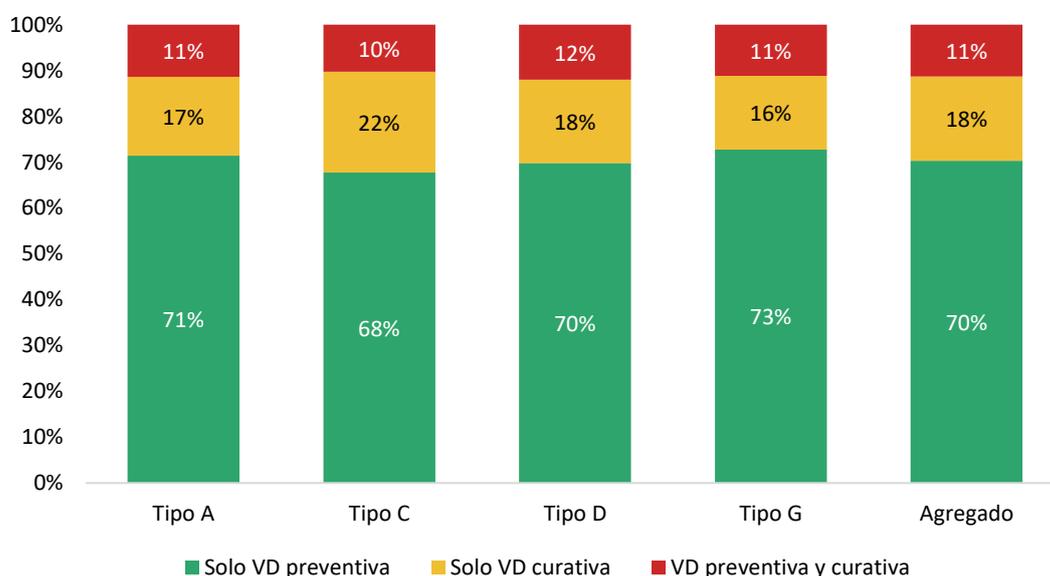


Como conclusión a lo analizado en cuanto a la calidad de las visitas domiciliarias expresadas a través de las cantidades de visitas que recibe un o una menor, cumplir con un alto porcentaje de visitas domiciliarias completas (3 visitas al mes por cada niño o niña) también depende bastante de las cantidades poblacionales con las que cuenta un distrito.

Como complemento a los resultados del cumplimiento operativo de la intervención, examinaremos los tipos de visitas que recibieron los menores objetivo, las cantidades de VD que recibieron a lo largo del 2019 y las VD que tuvieron que realizar los actores sociales. Estos análisis se han desagregado según tipo de municipalidad, tal cual como se ha estado desarrollando.

En la **Ilustración 58** se presenta los porcentajes de los y las menores que fueron atendidos con la Meta 4 según el tipo de VD recibida. Ya se ha mencionado que la Meta 4 se diseña para dos grupos de edades, siendo calificada como VD preventiva para los y las menores de 4 a 5 meses, y VD curativa para el grupo de 6 a 11 meses⁵⁹. Entonces, en el agregado como Meta 4, del total de niños y niñas visitadas al menos una vez durante los meses de mayo a diciembre de 2019, el 70% recibió solo VD preventivas, cerca del 20% recibió solo VD curativas, y un 11% de esta población atendida recibió ambos tipos de visitas. Esta composición en donde predomina las visitas preventivas se debe razonablemente a la lógica del diseño de la intervención, la cual busca atender a la totalidad de menores de 4 a 5 meses del distrito que cuenten con seguro SIS o no tengan seguro de salud; mientras que para el grupo de 6 a 11 se reduce el universo a los que se encontraron anémicos en dichos periodos de ejecución.

Ilustración 58: Proporción de menores atendidos con Meta 4 según tipo de VD recibida



Nota: Se consideran a todos los niños y niñas que cumplieron entre 4 a 11 meses entre mayo a diciembre 2019 y que recibieron al menos una visita domiciliar. Fuente: Bases trama de visitas – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

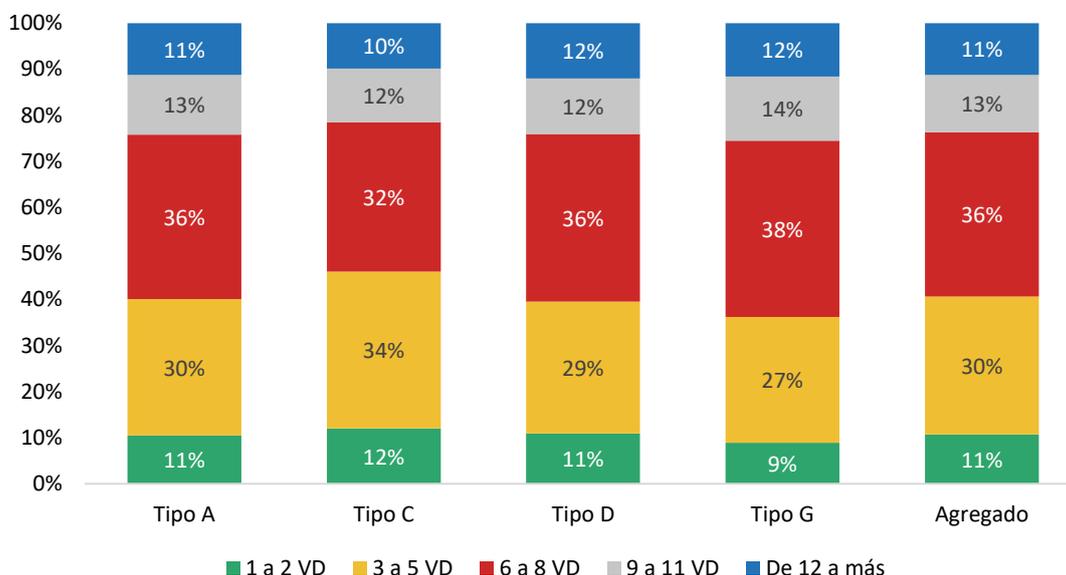
Si se desagrega según tipo de municipalidad, en todas se mantiene la estructura agregada donde predominan las visitas preventivas, pero con algunas pequeñas diferencias. Por ejemplo, las de tipo C son las municipalidades que del total de niños y niñas visitadas tienen la menor proporción

⁵⁹ Se categoriza como curativa porque solo se visitan a los menores de 6 a 11 meses que resultaron con anemia en su tamizaje de control.



de visitas preventivas (68%), mientras que las de tipo G, el 73% de su población atendida recibió visitas preventivas. Esto se compensa con las visitas curativas, ya que en las de tipo C, una mayor proporción de su total recibió este tipo de visitas (22%), mientras que las de tipo G resultó que el 16% de su total de niños y niñas con VD fuera del tipo curativa.

Ilustración 59: Proporción de menores atendidos con Meta 4 según cantidad de VD recibidas



Nota: Se consideran a todos los niños y niñas que cumplieron entre 4 a 11 meses entre mayo a diciembre de 2019. Fuente: Bases trama de visitas – MINSa. Elaboración: Macroconsult.

En cuanto a las cantidades de visitas recibidas a lo largo de mayo a diciembre de 2019, notamos en la **Ilustración 59** que, en el agregado de la intervención, la mayor proporción de niños y niñas beneficiarias recibieron entre 6 a 8 VD durante el periodo de ejecución en 2019 (36%), seguido de un 30% del total que recibió entre 3 a 5 VD. Además, se registra que un 11% de la población atendida no logró recibir una dosis completa de VD según lo estipulado en los documentos de diseño, es decir solo se les realizó entre 1 o 2 visitas en total.

Desagregando la información, las de tipo A y D presentan proporciones muy semejantes, mientras que las de tipo G y C siguen presentando algunas diferencias. En este caso, el grueso de la población atendida de las municipalidades tipo G recibió entre 6 a 8 VD con un casi 40% de su total, en cambio la mayor proporción de las de tipo C se concentra en la población que ha recibido entre 3 a 5 visitas con un 34% de su total alcanzado. Esto puede asociarse a lo hallado en los gráficos pasados de esta misma sección en donde las de tipo G lograron un mejor cumplimiento de las visitas planificadas a comparación de las de tipo C.

Otro punto importante por explorar es sobre los actores sociales, personal encargado de ejecutar las visitas domiciliarias e interactuar directamente con las y los cuidadores. En la **Tabla 48** se muestran detalles descriptivos relacionados con los actores sociales y a las visitas que realizaron mensualmente. Esta información se ha desagregado por tipo de municipalidad, sobre la cual se muestra que las de tipo C registraron, para todo 2019, un total de casi 14 mil consejeros, siendo esta cantidad la más baja de todas, y las de tipo G las de mayor cantidad, con un poco más de 37 mil AS. Con respecto a las de tipo A y C aproximadamente contaron con un total de 22 mil y 23 mil, según corresponda.



Tabla 48: Tabla descriptiva sobre los AS de la intervención

| Tipo de municipalidad | Cantidad de AS | Promedio de VD por AS | Desviación Estándar | Percentil 25 | Percentil 75 |
|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|--------------|
| Tipo A | 22,051 | 23 | 13 | 12 | 33 |
| Tipo C | 13,931 | 27 | 12 | 19 | 36 |
| Tipo D | 23,417 | 24 | 12 | 15 | 33 |
| Tipo G | 37,200 | 8 | 8 | 3 | 10 |

Fuente: Bases trama de visitas – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

Además de ello, los AS de las zonas tipo A, C y D tuvieron que realizar en promedio entre 23 y 27 visitas al mes, siendo los de mayor carga laboral las de tipo C (Lima Metropolitana). Pero una situación completamente distinta al resto de grupos refiere a las municipalidades tipo G, lugar donde los AS realizaron en promedio alrededor de 8 visitas al mes, por lo que su carga laboral era mucho menor a comparación de los otros municipios. Es más, en estos distritos donde se reporta una mayor carga de trabajo para los AS, se observa una mayor dispersión intragrupo, mientras que para las de tipo G, la carga laboral fue más homogénea entre sus AS.

Si nos enfocamos en los percentiles de la tabla (últimas dos columnas), el 25% de los AS inmersos en las municipalidades tipo C tuvo que realizar como mínimo 36 visitas por mes, contexto semejante para las de tipo A y D, ya que, en ambas, un 25% de sus AS tuvo que realizar al menos 33 visitas por mes. Por último, en las de tipo G, el 25% de los AS con menor carga laboral realizaron menos de 3 visitas al mes, y el 25% con mayor carga laboral realizó como mínimo 10 visitas al mes.

En síntesis, podemos afirmar que las municipalidades tipo C corresponden al grupo que reclutó una menor cantidad de AS, teniendo estos a su vez la mayor carga laboral de visitas al mes. Por otro lado, en las de tipo G, trabajaron a lo largo del 2019 la mayor cantidad de AS, sobre los cuales se les asignó la menor carga de VD al mes a comparación del resto. Por último, las de tipo A y D, se encuentran entre los grupos extremos (tipo C y G), pero siendo más cercanas a las características de las municipalidades de Lima Metropolitana.

Una reflexión adicional en cuanto a los AS, es lo reportado para las municipalidades tipo G, en donde casi triplica al total de AS que laboraron en las de tipo C. Las razones de encontrar estos valores podrían ser varias, y sobre las cuales, dada la información disponible, será difícil descifrar, pero por ejemplo podrían asociarse a la alta rotación de personal, a las lejanías de las comunidades que los obliga a los funcionarios municipales a asignar un AS por cada comunidad, o quizás el exceso de AS disponibles para ciertas zonas.

4.2.3.2 Resultados en anemia

Respecto del impacto de la Meta 4 del PI en los indicadores de anemia en MEF (2020c) se aplican dos metodologías: *matching* simple a nivel distrital y *matching* -diferencias en diferencias. Para el primer caso se utiliza la misma cohorte temporal de niños y niñas de 4 a 5 meses, mientras para el segundo caso se emplean distintas cohortes temporales de niños y niñas. Los resultados del estudio para ambos casos no logran identificar efectos significativos sobre las variables de anemia. No obstante, es importante aclarar que estos resultados podrían estar condicionados por un problema de potencia estadística mencionada en el texto de la investigación del MEF, por lo que podría estar ocurriendo efectos que el estudio no puede detectar.



El no encontrar efectos o que estos sean pequeños parece ser algo razonable, ya que estamos analizando a un programa relativamente joven, con un tiempo de operación de solo 9 meses (mayo 2019 – enero 2020), y que ha tenido varias mejoras conforme avanzaban los meses de implementación de la intervención⁶⁰. En ese sentido, lo prudente sería esperar efectos sobre anemia cuando la Meta 4 ya tenga un tiempo de consolidación, para replicar los ejercicios de evaluación superando las deficiencias comentadas.

No obstante, en el trabajo de campo se indagó sobre los factores que podrían inhibir el objetivo de reducir los niveles de anemia. Al respecto, destacan la limitada adherencia por el temor a efectos secundarios que estaría generando el suplemento de hierro en los y las menores del hogar. Es decir, normalmente los cuidadores del hogar son susceptibles a algún tipo de efecto adverso que presente el o la menor ante el suministro del producto, por lo que fácilmente suspenden dicho tratamiento. Entre los efectos adversos reportados se encuentran: estreñimiento, vómitos, diarrea, oscurecimiento de las encías y heces. Estos temores se acrecientan cuando solo uno de los miembros (la madre) es capacitada y no ambos, por lo que confiar en el producto y decidir no suspender su uso es más complicado. Del trabajo de campo, los funcionarios de las DIRESA o del MINSA indican no haber podido recoger evidencia científica contundente que les permita corroborar que los productos de hierro generen estos efectos adversos.

Otros factores son la inseguridad alimentaria en las zonas, falta de conocimiento de prácticas adecuadas de alimentación, la falta de infraestructura de saneamiento, lo cual los conlleva a convivir con una mala calidad del agua. Sobre este último factor, recalcan que no sirve de mucho realizar concientización en cuanto adherencia de hierro o prácticas de higiene si aún persiste el problema de la calidad de agua destinada para consumo humano, dado que esta mala calidad del agua ocasiona enfermedades diarreicas en sus menores hijos e hijas. Además, este ha sido un factor mencionado por un gran grupo de informantes de las otras regiones, por lo que lo convierte en un problema recurrente en un gran porcentaje de distritos. Otro factor limitante es el bajo nivel educativo de las familias y las costumbres que estos puedan tener, ya que por dichas razones la población no es consciente de los problemas que genera la anemia en sus menores hijos e hijas y quizás las costumbres de sus zonas los convierte en personas reacias a confiar de los mensajes que se transmiten en las visitas domiciliarias.

4.2.4 Evaluación de eficiencia

Esta sección inicia con el análisis presupuestal de la intervención para así poder identificar la estructura presupuestal del programa y el cómo este ha sido empleado a lo largo del año y según los tipos de municipalidades. En segundo lugar, indagaremos los montos de los estipendios entregados a los actores sociales por cada visita realizada y la heterogeneidad observada a partir de la evidencia de campo. Y por último, se evalúa sobre las estrategias, acciones o medidas desarrolladas en el contexto de Meta 4 que busquen fortalecer las condiciones y capacidades de los gobiernos locales. Para conocer las preguntas evaluativas que son respondidas a lo largo de esta sección, se recomienda visualizar nuevamente la **Tabla 11**.

⁶⁰ El documento del MEF (2020c) no brinda detalles de las decisiones metodológicas, por lo que no es posible ahondar en el análisis. Sin embargo, cabe preguntarse si la selección de los distritos de control, que parecen estar definidos gruesamente como aquellos donde el PI no tiene presencia, es el adecuado para replicar los resultados contrafactuales. Por ejemplo, no se indica si dentro del grupo de control fueron excluidos aquellos atendidos por Cunamás (pareciera que no, a decir del numeroso tamaño del grupo de control, que llega a 980 distritos). La inadecuada selección de los controles podría influir en la consistencia de los parámetros de impactos.



4.2.4.1 Análisis presupuestal

Para el año 2019, mediante DS 026-2019-EF, se autorizó la transferencia de un total de 60 millones de soles de presupuesto público a favor del Ministerio de Salud y de las 865 municipalidades que conforman la Meta 4. Este presupuesto fue destinado para la organización y desarrollo del servicio de Visitas Domiciliarias destinado a familias con niñas y niños entre 4 y 11 meses de edad bajo el marco de acción de Meta 4.

De los 60 millones mencionados, por un lado, se le transfirió al Ministerio de Salud la suma de 10 millones de soles para realizar actividades de gestión, tales como monitorear, supervisar y evaluar los distintos procesos que involucra la intervención. Por otro lado, a los Gobiernos locales se le transfiere el total de 50 millones de soles para efectuar actividades vinculadas a la implementación y operatividad de las VD en sus respectivas jurisdicciones. El detalle de la estructura funcional de esta transferencia de partidas para ambos pliegos puede observarse en la **Tabla 49**:

Tabla 49: Transferencia de partidas para VD y su estructura programática

| Estructura funcional programática | Ministerio de Salud | Gobiernos Locales |
|-----------------------------------|---|---|
| Monto por transferir | 10 millones de soles | 50 millones de soles |
| Fuente de financiamiento | Recursos ordinarios | |
| Programa Presupuestal | Programa Articulado Nutricional | |
| Gasto corriente | Bienes y servicios | Bienes y servicios |
| Producto | Acciones comunes | Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, LME y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses |
| Actividad | Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa | Acciones de los municipios que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación |

Fuente: DS N° 026-2019-EF. Elaboración: Macroconsult.

De los 60 millones destinados para toda la ejecución de Meta 4 en el 2019, para los posteriores análisis nos centraremos en la transferencia a los Gobiernos locales, ya que son estas las instituciones a cargo de la implementación local del programa. En la Guía para el cumplimiento de la Meta 4 - 2019 se especifican los gastos que las municipalidades deben priorizar para la implementación y cumplimiento de las VD a partir de los recursos transferidos. Los gastos recomendados son los siguientes:

- Contratación de actores sociales según el número de niñas y niños por visitar (modalidad de contratación: orden de servicio).
- Contratación de los coordinadores en función de la cantidad de actores sociales.
- Materiales de escritorio e impresión de los formatos (fichas y tarjetas) para la VD, entre otros.



De esta manera, la distribución de los recursos se realiza de acuerdo con las tres específicas de gasto mostradas en la **Tabla 50**, en donde la partida de servicios diversos incluye el pago de estipendio para los actores sociales y el salario mensual de los coordinadores de visitas domiciliarias. Según el SIAF del MEF, el total del presupuesto modificado (PIM) vinculado a la Meta 4 para el 2019 se distribuye de la siguiente manera: un 74% representa los gastos relacionados con la retribución a los actores sociales y la contratación de los coordinadores; un 16% corresponde a los gastos de impresión de las fichas y tarjetas para las VD, y un 10% son los gastos relacionados a la compra de útiles de escritorio. Es decir, sin lugar a duda, el mayor presupuesto de la intervención de Meta 4 es explicado por el pago a personal de trabajo.

Con la premisa del párrafo anterior, **la intervención de Meta 4 contempla una estrategia intensiva en mano de obra y contratación de personal**, debiendo ser este el punto clave para tratar de asegurar un desarrollo adecuado al momento de la implementación de la intervención; ya que, por un lado, se contrata a un coordinador de visitas domiciliarias como gestor y acompañante in situ de los actores sociales, y por otro lado se otorga un estipendio hacia los consejeros de las visitas con el fin de este sea utilizado principalmente para los desplazamientos este debe incurrir para llegar a las viviendas objetivo, es decir sus costos logísticos. A su vez, este estipendio también tiene la intención de conservar y evitar la rotación excesiva de este personal, en caso sirva de incentivo monetario.

La ejecución del presupuesto asignado fue bastante pareja entre las tres específicas, siendo la compra de bienes la partida de menor ejecución con un 84%, mientras que la partida de impresiones alcanzó un 90% de ejecución del PIM.

Tabla 50: Específicas de gasto de los Gobiernos Locales de la Meta 4

| Específicas | Nombre | Presupuesto inicial modificado (PIM) | Presupuesto ejecutado (Devengado) | % de ejecución |
|--------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| 23.27.11.99 | Servicios diversos | 36,175,375 | 31,269,362 | 86% |
| 23.15.12 | Papelería en general, útiles y materiales de oficina | 4,887,099 | 4,104,980 | 84% |
| 23.27.11.6 | Servicio de impresiones, encuadernación y empastado | 7,747,772 | 7,010,954 | 90% |
| Total | | 48,810,246 | 42,385,296 | 87% |

Nota: El PIM no necesariamente coincide con el monto transferido de los 50 millones de soles. Fuente: Consulta amigable – MEF 2019. Elaboración: Macroconsult.

Si analizamos la distribución del presupuesto asignado, en el primer plano de la **Ilustración 60** se aprecia la distribución del PIM para cada una de las regiones (mapa izquierdo). De forma lógica, debido a la gran masa de población objetivo que viven en los distritos beneficiarios de la región Lima, esta concentra el 18% de los casi 50 millones de soles de la intervención. Seguido de Lima, la región de Piura (8.2%), Cusco (7.1%), La Libertad (6.8%) y Junín (5.5%) figuran como los departamentos de mayor presupuesto asignado. Mientras que, para Tumbes, Madre de Dios, Moquegua y Pasco, entre todas ellas alcanzan solo un total de 2.6% de todo el presupuesto. Ahora si pasamos al desempeño presupuestal de los distritos de Meta 4 según región (mapa derecho), se aprecia que Amazonas, Madre de Dios y Ucayali son los departamentos con los más altos porcentajes de ejecución siendo su desempeño igual o mayor al 95% de lo asignado. Además, son 13 las regiones que en el agregado de sus distritos Meta 4, superan el 90% de

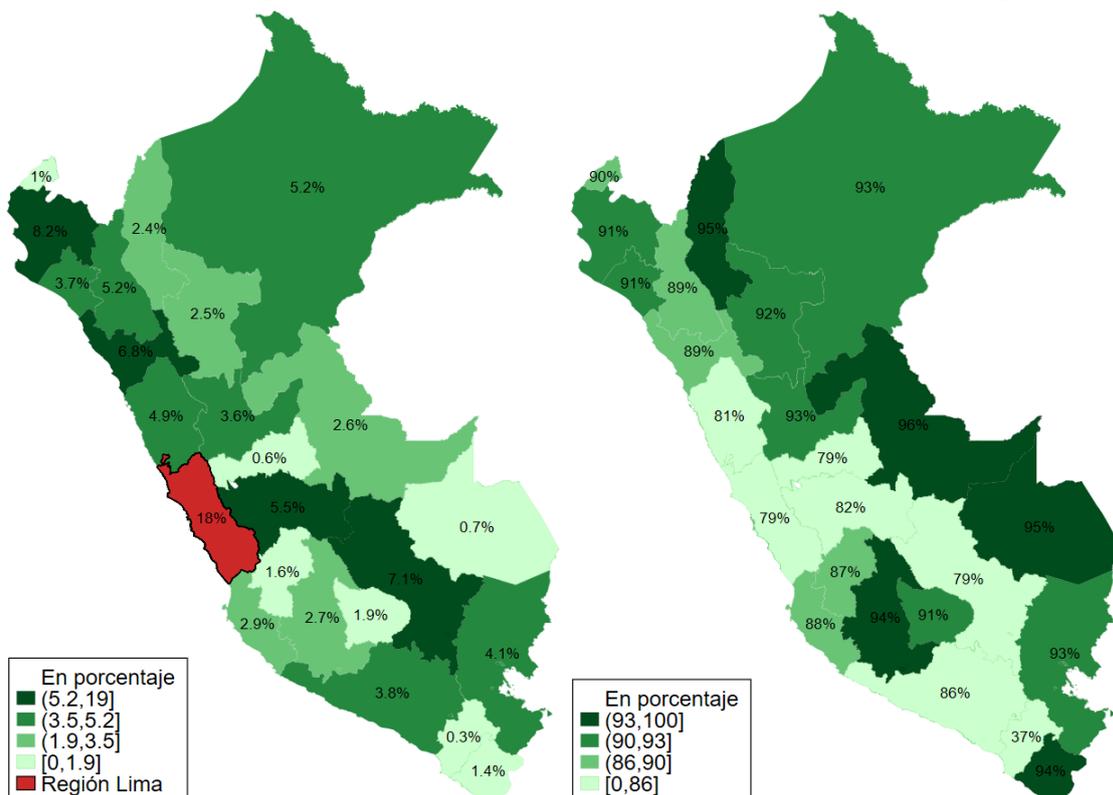


ejecución presupuestal. El caso atípico es la región Moquegua ya que solo se ejecutó el 37% del PIM, a pesar de solo haber recibido el 0.3% de los 50 millones.

Ilustración 60: Presupuesto asignado a los distritos Meta 4 según región

a) Distribución regional del PIM

b) Porcentaje de ejecución regional



Fuente: Consulta Amigable – MEF 2019. Elaboración: Macroconsult.

Asimismo, también del SIAF del MEF, se extrae información del gasto público que realizan los gobiernos locales de manera mensual⁶¹. De ello se identifica que no todos los gobiernos locales presentan información de la ejecución del gasto vinculado a las actividades de la Meta 4 en algunos meses del año. Es más, se reveló que en los primeros meses de ejecución de las visitas domiciliarias existe una brecha de información considerable en todos los tipos de municipalidades y, a medida que pasan los meses, esta brecha se va acortando hasta llegar al último trimestre del año, en donde para casi todos los tipos ya se tiene información del 100% de lo ejecutado.

Consecuentemente a ello, el gasto que ejecutaron las municipalidades tuvo una tendencia creciente en el transcurso de mayo a diciembre⁶² (ver **Ilustración 61**). Es decir, en la primera etapa de la intervención los municipios gastaron poco presupuesto, y conforme avanzaban los meses, los gastos se incrementaban de manera progresiva. La excepción fue diciembre, ya que

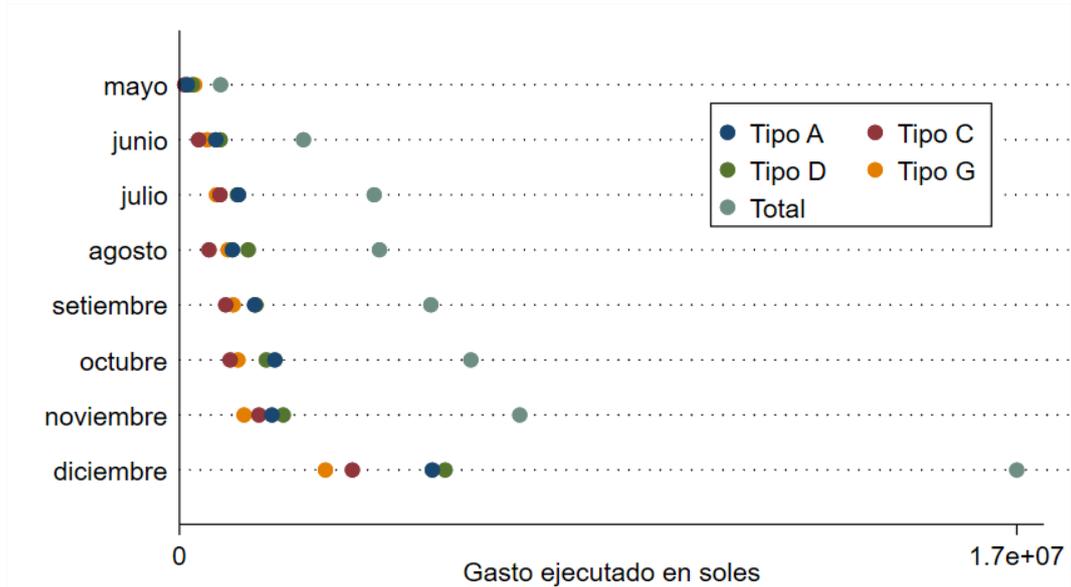
⁶¹ Debido a que la ejecución de las visitas domiciliarias inició el mes de mayo, solo se considera desde este mes hasta diciembre para el análisis.

⁶² Entre los meses de mayo a diciembre se ejecutaron las visitas domiciliarias.



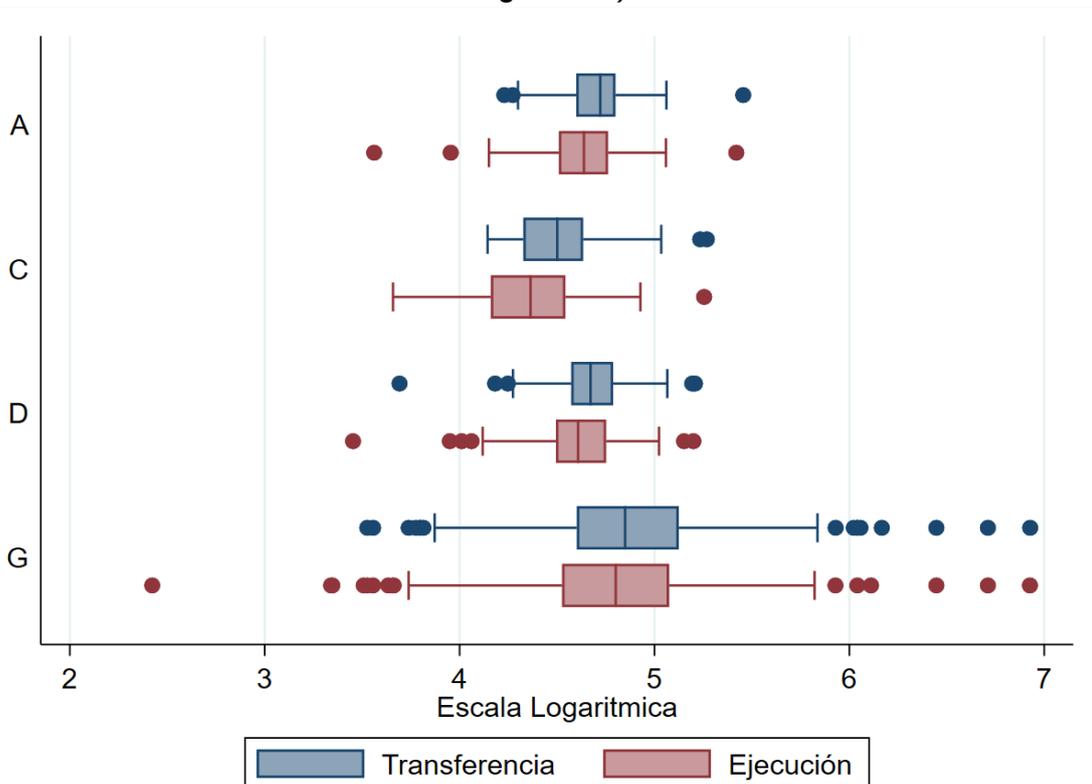
fue el mes en el que más gastaron las municipalidades, alcanzando magnitudes atípicas con respecto al resto de meses. Si se desagrega por tipo de municipalidad, los cuatro tipos presentaron la misma tendencia, pero se identificó al final del año los que más aumentaron sus gastos fueron los municipios tipo D y A, seguidos de las municipalidades de Lima Metropolitana y las de tipo G.

Ilustración 61: Gasto mensual ejecutado



Fuente: Consulta amigable – MEF. Elaboración propia

Ilustración 62: Monto total transferido y ejecutado por niño con visita domiciliaria (escala logarítmica)



Fuente: Consulta amigable – MEF. Elaboración propia



Este comportamiento de la ejecución del gasto mensual puede dar un indicio de las dificultades que las municipalidades presentaron en la implementación de las visitas domiciliarias, de manera que una deficiencia en las capacidades o condiciones de los gobiernos locales influyó en que estos no realizaran los gastos necesarios para la ejecución de las actividades de la Meta 4 y, paulatinamente, incrementaran estos gastos a medida que la intervención se fuera consolidando en las localidades y el aprendizaje de meses anteriores orientara a los gestores a identificar las mejoras necesarias, destinando un mayor gasto a su ejecución. Por otra parte, la información de un gasto abrupto en el último mes del año también puede responder a una estacionalidad común en los gastos públicos, acelerando ejecución a fin de año, mas no por una eficiente ejecución en el transcurso del año que contribuya a los lograr los objetivos y metas trazadas.

Por otra parte, es importante analizar la brecha entre la magnitud del gasto ejecutado y el monto transferido a las municipalidades durante el periodo de la intervención en el 2019. En la **Ilustración 62**, se pueden observar los montos transferidos y ejecutados por niño y niña de 4 a 11 meses. Si nos enfocamos en la dispersión intragrupo del gasto per cápita, determinamos que las municipalidades tipo G tienen valores mucho más variados con respecto al resto de grupos, siendo las municipalidades tipo A y D las menos dispersas.

Por otra parte, si realizamos la comparación entre lo transferido y lo gastado por cada niño y niña de 4 a 11 meses, se observa que las municipalidades de tipo G, en general, gastaron casi la totalidad del monto que les transfirieron, lo cual reflejaría una mejor capacidad de ejecución dentro de estos tipos de municipalidades. Mientras que las municipalidades tipo C presentan un menor porcentaje de ejecución presupuestal, ya que para la mitad de los distritos tipo C se les transfirió como máximo un total de 90 soles anuales por niño y niña, pero en cuanto a ejecución, la mitad de los distritos ejecutó a lo mucho 79 soles, presentándose una diferencia de 11 soles per cápita. Para el caso de los municipios tipo A y D, estas presentan un comportamiento semejante ya que en promedio los distritos tipo A gastaron en el 2019 por cada menor de 4 a 11 meses un total de 106 soles, mientras que las de tipo D gastaron 102 soles en promedio.

Los resultados indican que, en promedio a nivel nacional, se gastaron **S/ 124 soles** anuales por cada niño y niña objetivo en el 2019, concentrándose en un rango de S/ 89 a S/ 145 soles para el 50% de la distribución total. Por otro lado, si desagregamos por tipo de municipalidades, se identifican algunas diferencias: por ejemplo, las municipalidades de tipo A y D gastaron en promedio S/ 102 y S/ 106 soles por cada niño y niña de 4 a 11 meses, respectivamente. Además, el 50% de sus respectivos distritos ejecutaron dentro de un rango muy cercano, ya que para las de tipo de A ronda entre S/ 91 y S/ 117 soles, mientras que en las de tipo D se ubican entre S/ 90 y S/ 116 soles. En cuanto a las municipalidades tipo C, presentan en promedio el gasto per cápita más bajo con respecto al resto de grupos, monto que alcanza un total de S/ 81 soles. Es más, el 50% de estos distritos gastó menos de S/ 79 soles por cada uno de sus niños y niñas de 4 a 11 meses. Por último, fueron las municipalidades de tipo G quienes en promedio ejecutaron un gasto por encima del promedio nacional equivalente a S/ 133 soles por niño y niña, dentro de los cuales el 25% de distritos con mayor gasto, destinaron como mínimo un total de S/ 160 soles por persona objetivo.

4.2.4.2 Estipendio para los Actores sociales

Debido a que la mayor parte del presupuesto de esta intervención de VD es destinado al pago de personal y estipendios, es pertinente analizar los pagos entregados a los actores sociales y cómo estos varían según zona de estudio. Según los formuladores, el estipendio no debe ser observado como una retribución, sino como recurso para el desplazamiento que los actores



sociales vayan a realizar para llegar a una vivienda. Sin embargo, en los distritos es muy complicado dar a entender esta definición del dinero, por lo que consecuentemente se ha distorsionado la figura del estipendio, así como la finalidad que tiene dentro de Meta 4.

El punto de partida para el análisis de este apartado es lo recogido a partir de declaraciones de los distintos ámbitos evaluados, por lo que, si aterrizamos a cada distrito visitado, observamos algunas diferencias en cuanto al pago de estipendios y su diferenciación por áreas urbanas y rurales. A modo general y con la información a la que tuvimos acceso, podemos denotar que el monto más bajo pagado en 2019 fue en Chinchaypujio (S/ 5 soles por VD⁶³); mientras que el pago más elevado corresponde al distrito de Paimas con un monto de S/17 soles por VD. El pago más común de entre estos distritos analizados refiere a un total de S/ 10 soles por VD, siendo el caso Cajaruro, Chachapoyas (Amazonas) y Carabayllo (Lima). El resto de los distritos, Taricá (Ancash), Chulucanas y Paimas (Piura) oscilan alrededor de ese monto. De la muestra de distritos, se identifica que solo en La Banda de Shilcayo (San Martín) y en Paimas ocurre una diferenciación de estipendios según ámbito geográfico (urbano/rural). En el resto el pago es uniforme para todos o debido a la falta de información no podría determinarse si está ocurriendo o no dicha diferenciación. Regresando a los distritos que presentan estipendios diferenciados, en el primer caso, se destinó S/13 soles por VD para zonas rurales y S/11 soles para zonas urbanas. De igual manera, en Paimas el pago fue mayor para localidades rurales, siendo el monto de S/ 17 soles ya mencionado inicialmente y para el ámbito urbano un total de S/ 12 soles.

En lo que concierne a los actores sociales, en todos los distritos y de forma casi unánime mencionan que los estipendios son muy bajos para el trabajo que realizan. En otras palabras, para la muestra de distritos evaluados, sin importar las zonas urbanas o rurales de su localidad, o las diferencias en los montos, de todas formas, se ha mantenido esa percepción sobre el estipendio, indicándose que los valores son muy bajos para la labor que realizan. En parte esto estaría ocurriendo porque el estipendio es visto como la retribución económica o salario por visita realizada⁶⁴. Con respecto a la diferenciación de estipendios, el personal de DIRESA sugiere que sí deben distinguirse según las distancias que deban recorrer cada visitador o visitadora y que estos deben definirse en las reuniones IAL dado que son sus integrantes los que conocen los desplazamientos que tienen que realizar los actores sociales para llegar a las viviendas objetivo.

4.2.4.3 Eficiencia de la intervención

Para este apartado abarcaremos las diferentes medidas particulares recogidas del trabajo de campo que podrían generar algún tipo de ganancia en eficiencia en las diferentes etapas de la cadena de implementación de Meta 4. Asimismo, como complemento, se recogerán las estrategias sugeridas por los expertos en cuanto a la eficiencia de este tipo de intervención. La lógica de esta sección es recoger esas particularidades reportadas en algún lugar puntual o un aspecto de estrategia desarrollado por alguna municipalidad de tal forma que se resalte dichas medidas interesantes que puedan ser de utilidad y aplicables para otras municipalidades o zonas donde la intervención no ha funcionado de la mejor manera. Entonces, tal como se indicó, dividiremos en dos apartados a las experiencias obtenidos de la consultaría, siendo la evidencia primaria de las regiones el primer punto y las entrevistas con expertos el segundo punto.

a) Eficiencia operativa

⁶³ Para el 2020, la municipalidad del distrito entregaría un total de S/ 10 soles por VD.

⁶⁴ Un caso puntual que evidencia ello es lo mencionado por las y los actores sociales de Chinchaypujio, lugar donde algunos potenciales visitadores desistieron de participar en la intervención porque solo recibirían S/ 5 soles por visita, por lo que prefirieron dedicarse a otras actividades económicas dado que la jornada laboral promedio del distrito era de S/ 20 soles.



Aquí se analiza principalmente aspectos operativos de la cadena de implementación que podrían generar algún margen de ganancia sobre la eficiencia de la Meta 4, así como las casuísticas puntuales que podrían servir de sugerencia para otras zonas de la intervención. Entre los puntos a mencionarse son: la articulación interinstitucional, el padrón nominal y la sectorización y la rotación de personal. Estas medidas no solamente podrían generar una mejora en la eficiencia presupuestalmente, sino también alienta a un ahorro de tiempo, esfuerzos de trabajos, entre otros.

Por otro lado, una actividad implementada recientemente para este 2020 y que favorecerá el trabajo de los gobiernos locales es la acción de actualizar a los niños y niñas del padrón nominal que aparecen en el aplicativo informático, así como su información de contacto, ya sea bajo las situaciones que ubiquen a menores no registrados, o a menores no encontrados que se encuentren registrados en su distrito por estar viviendo en otras zonas fuera de su jurisdicción. Permitirles a las municipalidades poder corregir los padrones nominales podría complementarse además con la inclusión de números telefónicos de las cuidadoras, y familiares que puedan dar referencia, en los padrones nominales, permitiendo reducir la incidencia de visitas fallidas. Asimismo, en esta misma línea operativa las municipalidades podrían generar ahorro de tiempo y recursos con una designación estratégica y correcta de los actores sociales al momento de la sectorización. Si los gobiernos locales realizan una adecuada sectorización, sobre todo en la asignación estratégica de los actores sociales según la ubicación de las viviendas de los menores de 4 a 11 meses, entonces los actores sociales estarían más cerca de las viviendas objetivo y por ende necesitarían de menores recursos para el traslado.

Según un funcionario del MEF, un factor que afecta a la eficiencia de los recursos es el cambio de funcionarios de las municipalidades, ya que los cambios de gestión implican volver a destinar tiempo y recursos para que estos nuevos funcionarios locales se familiaricen con las normas y protocolos técnicos de la intervención. Este potencial riesgo se ha evidenciado en al menos dos distritos visitados, como es el caso de Chinchaypujio (Cusco) y Paimas (Piura), en los cuales, se cambió al coordinador de las VD del 2019 para el presente año 2020.

De igual manera, la rotación de actores sociales también afecta a la eficiencia de los recursos y podría entenderse en la misma línea de los cambios en los puestos de funcionarios locales. Adicional a ello, al desligarse un actor social capacitado o con experiencia, no solo se pierde un personal de trabajo sino también conocimiento adquirido, por lo que se estarían generando costos implícitos sobre la calidad del contenido que podría impartir el nuevo integrante con respecto a la persona reemplazada. Ante ello, una forma de optimizar este tipo de costos es asegurando la permanencia de los actores sociales con mayor experiencia o los más representativos. Para lograr ello, es vital comprometerlos e involucrarlos mucho más con la intervención y generando mejores y mayores incentivos pecuniarios y no pecuniarios.

b) Eficiencia estratégica

Según el panel de expertos consultado para este estudio, la mayoría concuerda que este tipo de intervenciones que buscan mejorar el desarrollo infantil temprano de la población exigen presupuestos elevados debido a la alta dependencia de recursos humanos que se necesitan para implementarlo. Es más, para observar resultados favorables en la población es necesario que estos sean monitoreados y seguidos a lo largo de la mayor parte de su infancia. No ayuda mucho si solo se interviene en un periodo acotado de su vida, ya que las familias tienden a dejar de lado, en un plano secundario, los hábitos y prácticas saludables si no se le recuerda constantemente. Por lo que se fundamenta la idea en que este tipo de intervenciones incurren en un costo permanente y considerable para lograrse dentro de lo planificado. Entonces, en principio es complicado ganar eficiencia de recursos en este tipo de intervenciones. Sin embargo, existen sugerencias que podrían explorarse:



- La articulación institucional es clave para impulsar los resultados en estas intervenciones. Esta articulación está referida a la relación que debe haber entre el trabajo comunitario y con los servicios ofrecidos por parte del Estado. Es decir, no ayuda de mucho al rendimiento de la intervención en la cual se inculcan mensajes para generar cambio de comportamiento en prácticas saludables, cuando los servicios ofertados de la primera línea de atención son deficientes o de baja calidad. Por ello se sugiere que el trabajo comunitario, que se realiza con las VD, debería verse complementado al trabajo de mejorar la capacidad de los servicios.
- Integrar la intervención con los demás programas, herramientas y sectores competentes, facilitando la alineación y articulación de las instituciones vinculadas al desarrollo infantil.
- Debería enfatizarse la necesidad de elaborar guías de instrumentos metodológicos de modo que permita tener un marco de homogeneidad respecto a los procedimientos que se van aprendiendo y aquellos que se tengan que adecuar. Aquí se requiere de la colaboración plena y el trabajo del equipo regional de las DIRESA para producir, por ejemplo, documentos técnicos sobre adecuación a un nivel regional, aterrizando de mejor forma las actividades de la Meta según las realidades de sus territorios.
- Podría aprovecharse el contexto de la pandemia con una propuesta de la intervención más virtualizada y tecnológica. Como, por ejemplo: aprovechar el programa de Aprendo en Casa para impartir temas de anemia, o digitalizar las capacitaciones, estrategia que podría funcionar cuando se capacite a los funcionarios municipales o personal de DIRESA.
- Estas sugerencias de virtualización están acompañadas de un aviso claro de los expertos en cuanto a los cuidados que se deben tener para poder lograrlo adecuadamente. Por ejemplo, mencionan que el contenido debe ser muy simple para que las usuarias (madres) entiendan el mensaje clave, o que para la capacitación en el uso de la tecnología, no es necesario tener conectividad, solo electricidad.

4.2.5 Evaluación de sostenibilidad

En esta última subsección de este capítulo sobre la evaluación exclusiva de la Meta 4, se enumera y analiza, primero, los factores que favorecerían o impedirían la continuidad de la intervención. Segundo, los aspectos que facilitan o afectan la sostenibilidad de los resultados. Y por último, se analiza cómo el contexto de la emergencia sanitaria afectará a la intervención. Para conocer las preguntas evaluativas que son respondidas a lo largo de esta sección, se recomienda visualizar nuevamente la **Tabla 13**.

4.2.5.1 Continuidad de la intervención

Un primer aspecto por analizar se refiere a la continuidad de la intervención en las circunstancias actuales en las cuales se está prestando el servicio. Para ello, se analizan los aspectos políticos institucionales que garantizan dicha continuidad y los aspectos económicos y presupuestales. Ambos han sido identificados como los factores cruciales de continuidad.

Según las entrevistas realizadas, la prioridad política es clave para la continuidad del programa, tanto a un nivel nacional como a nivel local. En el contexto del país esta es una condición que está garantizada en el corto plazo en la medida que es un objetivo nacional la lucha contra la anemia. Mantener dicha prioridad en el mediano plazo será el reto central que los sectores comprometidos deberán promover. No obstante, esta es una condición necesaria pero no suficiente en la medida que los formuladores mencionan además que el programa deberá revelar pronto buenos resultados de la intervención, ya que si no se consigue ello o no hay evidencia que sustente la efectividad de la estrategia, se debería migrar o repensar la intervención. Al respecto, como se verá más adelante, informes preliminares de MEF indicarían un impacto nulo de las VD de la intervención en anemia. Aunque podría ser prematura desmontar la estrategia



por esta evidencia preliminar (y por el poco tiempo de implementación), los hallazgos invitan al debate.

A nivel local, la voluntad política respecto a la anemia ha sido decisiva para que un programa como el PI incluya acciones más directas en beneficio de la nutrición y salud infantil; a partir de ello, los incentivos monetarios han resultado una motivación importante para que los gobiernos locales tomen acción en la lucha contra la anemia. Por otro lado, reconocer la importancia de las visitas y haber adquirido las capacidades necesarias para ejecutarlas, deberán complementarse con gestionar recursos y elaborar planes para que la intervención sea incluida como parte de sus actividades permanentes y no solo como un medio para obtener incentivos monetarios por parte del gobierno central. Este proceso de institucionalización podría mitigar ciertos riesgos como son el cambio de gobierno local, eventualmente la disolución de la IAL conformada, perdiéndose lo avanzado en articulación local.

Respecto a los temas económicos, la Meta 4 del PI significó un cambio de visión para el sector Salud sobre la ejecución de visitas domiciliarias, ya que estas se realizaban de manera voluntaria y se trataba de un servicio comunal que efectuaban los mismos pobladores. Es así como el sector ha venido realizando intervenciones domiciliarias dentro de las comunidades sin incluir estipendios o retribuciones monetarias a los visitantes. Por tanto, la inclusión de la Meta 4 implica una reformulación del concepto de las visitas domiciliarias, ya que los agentes comunitarios han tomado mayor conciencia sobre la retribución que deberían recibir al realizar dichas actividades, de manera que resultaría complicado regresar a un sistema de voluntariado sin perjudicar la cobertura planificada de la intervención, ya que esta medida definitivamente desincentivaría a la mayoría de los agentes comunitarios y/o actores sociales. En ese contexto cobra relevancia también la consideración por parte de los actores sociales que los estipendios recibidos son insuficientes. Por ello, para consolidar como intervención escalable en el largo plazo PI, probablemente sea necesario garantizar un mayor financiamiento de sus actividades.

En síntesis, gracias a la intervención de Meta 4 se está dejando un nuevo hito dentro de las actividades de los gobiernos locales, entendiendo a las visitas domiciliarias como estrategia para la lucha contra la anemia, desarrollo infantil u otros temas relacionados que se deseen impartir a la comunidad. Pero debe quedar claro que entrar en un contexto donde no exista apoyo presupuestal o voluntad política difícilmente la intervención perdure en los territorios locales, consideradas estas como los principales riesgos de la sostenibilidad de la intervención.

4.2.5.2 Sostenibilidad de los resultados

El punto de partida para la sostenibilidad de los resultados es que los hogares mantengan e incrementen la adherencia de hierro en los infantes más allá de las visitas domiciliarias. Para esto, como fue señalado, no existe evidencia de que los impactos estén ocurriendo por lo que es difícil argumentar sobre la sostenibilidad. Por ello, al igual que en el caso de SAF se resumen algunas condiciones conceptuales.

Primero, es necesario que el cambio de comportamiento ocurra, pero además se mantenga en el tiempo, lo cual puede requerir algún nivel de monitoreo, mucho menos intensivo que las visitas domiciliarias, pero que se prolongue hasta etapas cercanas a la culminación de la infancia. Para ello, el aprovechamiento de TICs o estrategias semipresenciales pueden colaborar en ese sentido. Segundo, debe generarse mayor conciencia de la anemia no solo en las autoridades locales, ya que estos están sujetos a una rotación periódica, sino también debe provenir de la población beneficiaria quienes, con mayor conocimiento de la enfermedad y un mayor compromiso por combatirla, exigirán a las autoridades que implementen las acciones necesarias, en el caso que estos no muestren intención de tomar partido en ello y así evitar el riesgo de



cambio de gobierno. Tercero, existen factores culturales por superarse como es el involucramiento de los padres en el desarrollo infantil de sus hijos y reducir los temores de los potenciales efectos negativos del hierro. Cuarto, al igual que en el caso del SAF va a ser importante redoblar los esfuerzos por articular las instituciones involucradas en el objetivo de la anemia, tanto a nivel nacional como local y regional.

4.2.5.3 Contexto del Covid 19

La cuarentena generalizada en el contexto actual de la pandemia por el Covid-19 es una muestra de que las actividades planteadas en la Meta 4 son susceptibles de ser suspendidas. El gobierno central razonablemente tomó la decisión de modificar los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de recursos del PI, con el objetivo de orientar los esfuerzos de los gobiernos locales hacia la lucha contra los problemas que ha ocasionado esta crisis sanitaria, de manera que la Meta 4 fue suspendida temporalmente del PI al igual que otras metas no relacionadas directamente con la emergencia sanitaria. Ello refleja la fragilidad de la intervención frente a factores institucionales debido a la propia naturaleza del PI.

Asimismo, la cuarentena ha generado un efecto adicional a la suspensión de las intervenciones y el empobrecimiento de las familias mencionados anteriormente, el cual se encuentra asociado a la oferta del sulfato ferroso y el acceso al hierro de origen animal y vegetal por parte de las familias. Por un lado, según comentario de un experto, los centros de salud habrían presentado problemas de abastecimiento de hierro debido a las dificultades logísticas especialmente en las zonas más alejadas al interior del país. Por otro lado, el temor de las familias ante un posible contagio habría limitado, o bien suspendido, su visita a los centros de salud para sus controles correspondientes y, por tanto, no habrían recibido el suplemento de hierro necesario para la prevención o tratamiento de anemia. Ante estas limitaciones, uno de los panelistas propuso la implementación de un paquete específico que atienda la emergencia en un corto plazo y permita cubrir la mayor parte de las brechas de oferta y demanda mencionadas.

No obstante, la respuesta de las autoridades frente al contexto actual ya se ha manifestado a través de una adaptación de las actividades en el marco del PI. Mediante Resolución Directoral emitida a fines de agosto, se aprobaron los cuadros de actividades actualizados para el cumplimiento de las metas del PI en lo que resta del 2020. En términos generales, la adaptación de la Meta 4 al nuevo contexto estipula la continuidad de las visitas domiciliarias considerando un distanciamiento social adecuado y uso de equipos de protección personal (EPP) como mascarillas, protector facial, mandilón y desinfectante; asimismo, incorpora el seguimiento telefónico como parte de la intervención, con una duración no menor a siete minutos para entablar la confianza necesaria y brindar los mensajes correspondientes.

Como se ha trabajado, conceptualmente la estrategia de visitas domiciliarias establece un acompañamiento cercano y continuo a las familias, el cual requiere de un gran esfuerzo operativo que se complica aún más dentro de un contexto de distanciamiento social. El cumplimiento de los protocolos sanitarios establecidos requerirá un doble esfuerzo por parte de los coordinadores de visitas, además de significar un incremento de los costos debido a la compra de los EPP para los actores sociales. De este modo, la intervención deberá enfrentar todos los desafíos logísticos para asegurar al menos un nivel de operatividad mínimo de manera transitoria y dejar momentáneamente la necesidad de expandir la cobertura de población atendida.

Sin embargo, una limitación en las visitas dentro el actual contexto puede generarse en el nivel de aceptación por parte de las familias ante el temor de contagiarse, lo cual puede derivar en la preferencia por el seguimiento telefónico para abordar a las familias, al menos en el reinicio de la intervención. Esto será un gran reto, ya que el seguimiento remoto a las familias podría



ocasionar aspectos críticos de desempeño como la disminución de la confianza y empatía entre el actor social y el cuidador, lo que resulta fundamental para generar un cambio de comportamiento. Asimismo, aun con el supuesto de haber superado el problema de empatía, la comunicación vía telefónica no permitiría al actor social verificar la adecuada atención y receptividad de los mensajes brindados, afectando la calidad de la intervención.

En este sentido, algunos expertos coinciden que el nivel de aceptación de esta nueva modalidad de la intervención va a depender parcialmente del vínculo que se haya generado entre el programa y la comunidad en general; es decir, la adecuada socialización e integración de las actividades de la Meta 4 con la población del distrito que se haya logrado antes de la pandemia podría favorecer a que las familias manifiesten un mayor nivel de aceptación y compromiso hacia la intervención. Asimismo, sería recomendable que el primer contacto del programa se genere a través de algún medio de comunicación representativo de la comunidad o mediante la difusión por parte de los líderes comunales y agentes de los centros de salud, lo cual permitiría establecer un marco de confianza inicial para la continuidad de la intervención.

En este aspecto, resulta importante asegurar y elaborar una base de datos telefónicos de las cuidadoras o familiares de los domicilios, dado que este será el principal medio de comunicación entre actores sociales y cuidadores. Además, deberán diseñarse estrategias para recopilar los teléfonos de la población que recién se inserte en la población objetivo, es decir los que estén cumpliendo los 4 meses de nacido, de tal forma que se evite la afiliación tardía de los beneficiarios de la intervención.

Por otra parte, para garantizar el mayor grado de efectividad de la nueva intervención, algunos panelistas sostienen que deben aprovecharse las plataformas digitales existentes del Estado para reforzar los mensajes de lucha contra la anemia. Por ejemplo, la plataforma televisiva “Aprendo en Casa” a cargo del ministerio de Educación podría representar una oportunidad para transmitir los mensajes de prácticas saludables de alimentación y cuidado infantil, de manera que permita complementar los contenidos desarrollados en la intervención de la Meta 4. De igual modo, pueden aprovecharse otras plataformas que representan medios de comunicación importantes para la comunidad, como el caso de canales de radios o parlantes comunales que se hicieron mención en algunos distritos.

Asimismo, se pueden destacar dos factores que serán importantes para la efectividad de la intervención bajo esta nueva modalidad: por un lado, el contenido de la información brindada debe ser lo suficientemente sucinta para lograr un mayor entendimiento por parte de las cuidadoras y, por otro lado, los actores sociales deben presentar las cualidades pertinentes para realizar una comunicación efectiva, con lo cual se favorecería la receptividad de los contenidos. Finalmente, otro aspecto que debe asegurarse en este nuevo contexto es el adecuado abastecimiento de sulfato ferroso en los centros de salud, sin el cual el grado de aceptación de la intervención puede verse afectado considerablemente.

En otra dimensión, la actual pandemia ha traído como consecuencia el empobrecimiento de las familias, lo cual dificulta el acceso a la alimentación necesaria para una adecuada nutrición infantil. Como se mencionó anteriormente, una alimentación rica en hierro es importante como medio para prevenir y tratar la anemia, ya sea a través de las madres o en los menores a partir de cierta edad; sin embargo, estos alimentos no necesariamente son los más accesibles debido a su costo o disponibilidad, de manera que la menor disponibilidad de recursos por parte de las familias dificultará aún más el acceso a este tipo de alimentación perjudicando la nutrición de los niños y niñas de las comunidades, especialmente en aquellas más vulnerables. En ese sentido, una condición de sostenibilidad será la propia recuperación económica de los hogares o al menos estrategias complementarias del Estado que garanticen el acceso oportuno de los hogares a alimentos ricos en hierro.



4.3 Interacción de las intervenciones en el territorio

En esta sección se presenta un análisis sobre la interacción que tienen tanto la intervención SAF como la de Meta 4 a lo largo del territorio nacional. Para ello, primero se analizan las tasas de cobertura alcanzadas por los programas en dichas zonas de implementación común, así como la existencia de la duplicación de las VD sobre los mismos beneficiarios(as). Luego se revisan algunas tendencias estadísticas sobre anemia y comportamientos promovidos por las intervenciones a partir de la información secundaria.

4.3.1 Cobertura de las VD

A partir de lo trabajado a lo largo del documento, queda claro que ambas intervenciones utilizan la estrategia de visitas domiciliarias para impartir conocimientos y prácticas saludables a las familias de tal manera que generen un cambio de comportamiento en los cuidadores. Esto, finalmente, debería repercutir en los niños y niñas objetivo con el objetivo de reducir los niveles de anemia o mejorar otros aspectos que se asocian al DIT. Claro está que la población objetivo de las intervenciones no son los mismos. Para el caso de SAF la población objetivo es de 0 a 36 meses, mientras que para la intervención de Meta 4 la población objetivo solo se concentra en el grupo de 4 a 11 meses de nacido. Además, se rescata la idea sobre los temas que abordan las intervenciones. Es decir, SAF es una intervención mucho más integral que incluye diversos aspectos para incidir sobre el DIT dentro del cual un tema es la salud, siendo la anemia un aspecto particularmente relevante. En cambio, la intervención de Meta 4 también aborda varios aspectos de alimentación y prácticas saludables, pero tiene una acción mucho más puntual, la cual consiste en contribuir a la adherencia en cuanto al consumo de hierro, para que a través de ello se contribuya a la prevención y reducción de anemia.

Por otra parte, para indagar por los lugares en donde focalizan ambas intervenciones y en cuáles interactúan ambas, se presenta en la **Tabla 51** las cantidades de distritos según el tipo de intervención y tipo de municipalidad. La intervención de Meta 4 actúa sobre las municipalidades tipo A, C, D y G llegando a un total de 865 distritos/provincias; mientras que SAF interviene en todos los tipos de municipalidades con la excepción de las de tipo C (Lima Metropolitana), alcanzando una cobertura de 732 distritos/provincias. De esas cantidades, existe un total de 418 distritos/provincias en donde ambas intervenciones interactúan, correspondiendo principalmente a municipalidades tipo G, las cuales se caracterizan por tener una población predominantemente rural.

Tabla 51: Cantidad de distritos según tipo de intervención y tipo de municipalidad

| Tipo de Intervención | Clasificación de Municipalidades | | | | | | | Total |
|----------------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | A | B | C | D | E | F | G | |
| Solo PI | 55 | 0 | 42 | 112 | 0 | 0 | 238 | 447 |
| PI y SAF | 19 | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 | 382 | 418 |
| Solo SAF | 0 | 56 | 0 | 0 | 50 | 208 | 0 | 314 |
| Sin intervención | 0 | 66 | 0 | 0 | 328 | 301 | 0 | 695 |
| Total | 74 | 122 | 42 | 129 | 378 | 509 | 620 | 1874 |

Elaboración: Macroconsult.



Con la información recopilada de las entrevistas se ha podido conocer, a partir de los funcionarios de las instituciones centrales, las características del PI con relación a la intervención de SAF.

La intervención de Meta 4 es un programa que requiere de una menor cantidad de presupuesto para poder implementar sus actividades, mientras que el SAF, dado que es una intervención que abarca temas mucho más amplios como el DIT y consecuentemente plantea una estructura organizacional más extensa (mayor personal), requiere de un mayor presupuesto para desarrollar sus actividades. Entonces, los mayores costos logísticos que debe incurrir el SAF cuando desea ampliar su servicio en términos de cobertura, termina limitando su capacidad de escalamiento. En base a ello, la premisa es que la Meta 4 podría servir para cubrir a las familias que no son atendidas por SAF, dado que sería una intervención más fácil de escalar. Esta lógica es respaldada por algunos formuladores y expertos entrevistados para el estudio.

Otro punto importante recogido de las entrevistas con los formuladores de Meta 4 es sobre el mecanismo operativo que utilizan para evitar atender a familias que ya son beneficiarias del programa de Cuna Más. Según comentan, el equipo técnico informático se encarga mes a mes de subir en el aplicativo web de la Meta el padrón nominal con la población objetivo a la cual se debe visitar y entregar el servicio. Cuando es colgada la información al sistema, para las zonas en donde también actúa SAF se destaca y filtra a los individuos que ya reciben VD de dicha intervención, con la finalidad de no duplicar esfuerzos en atender a la misma familia. Por ello, teóricamente no debería ocurrir duplicidad en las visitas domiciliarias entre ambos programas, ya que los funcionarios a cargo de la planificación de las visitas de Meta 4 deberían tener pleno conocimiento sobre quienes ya son beneficiarios de la intervención SAF.

Sin embargo, algo que los propios formuladores de PI advirtieron son las complicaciones que se presenta al momento de cruzar la información entre el padrón de la intervención SAF y el padrón que maneja Meta 4. Principalmente el problema se da por el desfase o retraso de la información lo cual impide realizar una correcta filtración de la totalidad de los beneficiarios SAF. Esta es una afirmación que se ha contrastado a través de dos medios. Por un lado, se tiene a los informantes locales de los dos distritos de la muestra bajo evaluación sobre la cual actúan ambos programas, Cajaruro (Amazonas) y Paimas (Piura). En estos distritos, los informantes locales clave mencionan conocer el mecanismo de cruzar la información de los padrones para evitar duplicidades de visitas. En línea con ello, por percepción de estos, o por conocimiento transmitido por terceros, se recogen respuestas variadas con relación a la duplicidad de visitas. Por un lado, un grupo indica que sí ocurre ello, mientras que otro grupo de informantes menciona que en su territorio no están incurriendo este tipo de duplicidades.

La segunda vía de contraste son los mismos padrones entregados por las instituciones competentes, la cual, al referirse de una información propia de cada intervención, puede dar luces sobre la ocurrencia o no de la duplicidad de las visitas. Para entrar en contexto, por un lado, se dispone del padrón nominal de menores de 4 a 11 meses utilizado en el aplicativo web de la Meta 4 para los meses de mayo a diciembre 2019⁶⁵. Este padrón logra diferenciar e identifica a los beneficiarios del programa SAF, facilitándole a los funcionarios la filtración de esta población ya atendida. Por otro lado, el padrón de SAF corresponde a los beneficiarios del mes de diciembre de 2019 sobre el cual se puede extraer como dato agregado al grupo de beneficiarios de 4 a 11 meses.

Para homogeneizar la información, solo se consideran a los usuarios reportados en el mes de diciembre para el padrón nominal que maneja MINSA, haciéndolo comparable con el padrón de

⁶⁵ Por medio del sistema web, este padrón se habilita a los encargados locales (coordinador de VD u otros relacionados) para que realicen la asignación y sectorización correspondiente de tal forma que puedan visitar a la población objetivo correspondiente.



SAF. El cruce de ambos padrones se muestra en la **Tabla 52**. En ella se identifica que los padrones nominales trabajados por MINSa podrían estar sub reportando al conjunto de beneficiarios reales de 4 a 11 meses de la intervención SAF. Para zonas donde interviene solo SAF, únicamente se identifica a un 17% del total de beneficiarios reportado por los padrones SAF, mientras que para zonas donde atienden tanto Meta 4 como SAF solo se logra registrar a un 27%. Entonces, estos problemas de falta de información, ya anticipados por los propios formuladores de los programas, aumentan las probabilidades de estar en una situación donde ambas intervenciones puedan visitar al mismo beneficiario o beneficiaria.

Tabla 52: Cantidad de beneficiarios SAF según padrones de cada intervención

| Tipo de Intervención | Total beneficiarios SAF de 4 a 11 meses | | | Población de 4 a 11 meses |
|----------------------|---|------------------|-------------|---------------------------|
| | Según Padrón Nominal de Meta 4 - MINSa | Según Padrón SAF | Sub reporte | |
| Solo PI | - | - | - | 259,438 |
| PI y SAF | 3,909 | 14,375 | 27% | 69,136 |
| Solo SAF | 1,442 | 8,298 | 17% | 29,549 |
| Sin intervención | - | - | - | 43,312 |
| Total | 5,351 | 22,673 | 24% | 401,435 |

Nota: Toda información de esta tabla corresponde únicamente al mes de diciembre de 2019. Fuente: Padrones de beneficiarios SAF y padrón nominal de Meta 4. Elaboración: Macroconsult.

Los actores sociales y los propios beneficiarios también son informantes que comentaron sobre la duplicidad de las visitas. En estos dos distritos donde intervienen ambos programas, son pocos los AS que indican la existencia de familias que reciben ambos servicios. La mayoría establece que no existe duplicidad (o desconocen que ocurra). Y en el caso de las beneficiarias entrevistadas, una familia del distrito de Paimas (Piura) sostuvo que ha recibido visitas tanto de SAF como de Meta 4, situación que le parece favorable para el bienestar de su menor hijo. No obstante, como ya se ha comentado, esto solo queda en evidencia testimonial, por lo que debe ser tomado como referencial y no puede ser extrapolable.

Ante ello, para reforzar la idea de que podrían ocurrir duplicidades, pero en bajas cantidades, con el análisis de las bases administrativas se ha calculado un aproximado de cuántos usuarios recibieron visitas de ambas intervenciones y cuánto porcentaje representan del total de niños y niñas atendidas. Para este ejercicio solo nos concentraremos en los 418 distritos donde intervienen ambos programas, resultando que, de un total aproximado de 70 mil beneficiados con Meta 4 para estas zonas durante el 2019, un 4.5% de los usuarios atendidos recibió visitas tanto de SAF como de PI. Debe precisarse que este porcentaje podría llegar a ser mayor dado que existe un déficit de beneficiarios reportados en el padrón nominal trabajado por MINSa, por lo que puede haberse visitado a un o una menor que se cree como no beneficiaria de SAF cuando en realidad sí lo es.

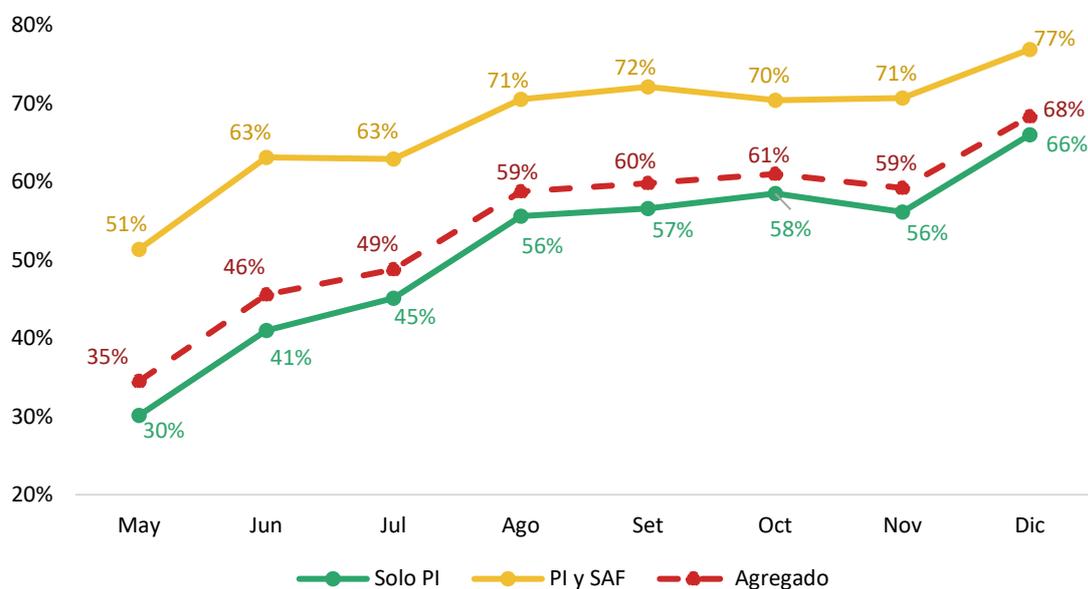
Un último punto por desarrollar son las tasas de cobertura que han logrado las diversas zonas del país, pero debido a la limitación de los datos y el no poder cruzar adecuadamente la información de ambas intervenciones no se podrá realizar un análisis comparativo para un mismo grupo de edades ni para un mismo periodo de tiempo.

Por un lado, con información del padrón nominal proporcionado por MINSa se ha calculada la tasa de cobertura mensual de las visitas de Meta 4 en las zonas donde atiende solo PI como las zonas donde atienden tanto PI como SAF. La información es mostrada en la Ilustración 63. En este caso, se observa, tal cual como sucedió en los análisis pasados de cobertura, la evolución favorable que ha tenido la intervención de Meta 4 conforme avanzaron los meses durante el 2019. Otro punto interesante por rescatar es que las zonas de solo Meta 4 la tasa de cobertura



de la población objetivo ha sido siempre menor a las zonas territoriales donde atienden ambos programas, haciendo una diferencia, por ejemplo, de 11 puntos porcentuales para el mes de diciembre. Por último, las líneas punteadas corresponden al agregado de toda la intervención PI, es decir entre zonas de solo Meta 4 con zonas en donde interactúa con SAF.

Ilustración 63: Tasa de cobertura mensual para población de 4 a 5 meses según tipo de intervención



Nota: Solo se calcula las tasas de cobertura con la población de 4 a 5 meses, por falta de información sobre la población real de 6 a 11 meses con anemia que debería atenderse. Fuente: Bases padrón nominal y trama de visitas – MINSA. Elaboración: Macroconsult.

Tabla 53: Tasa de cobertura para la población de 4 a 11 meses según tipo de intervención

| Tipo de Intervención | Usuarios SAF de 4 a 11 meses | Población de 4 a 11 meses | Tasa de cobertura |
|----------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Solo SAF | 8,298 | 29,549 | 28% |
| PI y SAF | 14,375 | 69,136 | 21% |
| Total | 14,375 | 69,136 | 21% |

Nota: Toda información de esta tabla corresponde únicamente al mes de diciembre de 2019. Fuente: Padrones de beneficiarios SAF y padrón nominal de Meta 4. Elaboración: Macroconsult.

Por otro lado, en lo que respecta a la información SAF, debido a que solo se dispone del padrón de la intervención para el mes de diciembre 2019, y del cual se cuenta con el dato agregado de beneficiarios de 4 a 11 meses, se obtiene en la **Tabla 53** que la tasa de cobertura es de un 28% para zonas donde se ejecuta solo SAF, mientras que para ámbitos de acción tanto de SAF como Meta 4 la tasa de cobertura calculada es de 21%. Para llegar a estas tasas, se utilizó el total de usuarios de 4 a 11 meses atendidos por la intervención SAF en el mes de diciembre y el total poblacional de ese mismo rango de edad registrado en ese mismo mes.

Como conclusión a esta subsección, se rescata la idea sobre las zonas donde coinciden sus actividades, las cuales corresponden principalmente a distritos con municipalidades tipo G, caracterizadas por la ruralidad de sus ámbitos y el bajo desarrollo económico que poseen. Además, se ha identificado que la cobertura es mayor para zonas donde se yuxtaponen ambas intervenciones cuando se compara con las zonas únicamente de PI, pero cuando se compara con los territorios propios de solo SAF, ocurre lo contrario. Asimismo, con la información recogida



de las entrevistas aplicadas a funcionarios de los ministerios competentes y a los expertos, conducen a concluir que estas intervenciones fueron creadas con el objetivo de complementarse, siendo la intervención SAF la primera en implementarse, de alto costo de ejecución y por ende de difícil escalamiento a toda su población objetivo, mientras que Meta 4, al ser una intervención más acotada y de menor costo económico, se pensó como una estrategia que pueda llegar a cubrir zonas donde SAF no puede llegar. Por último, en el territorio local, no se ha recogido de las entrevistas ninguna queja sobre la interferencia de las actividades o algún tipo de entorpecimiento entre las intervenciones, por lo que no puede afirmarse ello. Pero sí se han recogido pocos casos sobre la ocurrencia de duplicidad de visitas por contar con beneficiarios en ambos programas, información corroborada con la data administrativa de las intervenciones, calculando un 4.5% de usuarios atendidos por Meta 4 que también reciben las visitas de SAF.

4.3.2 Tendencias en indicadores de cambio de comportamiento y anemia

En esta sección se espera aproximar tendencias sobre el cambio de comportamiento de las familias promovidas por las VD y prevalencia de anemia. Específicamente se tabulan indicadores relacionados a: (a) Prácticas de higiene, (b) Prácticas relacionadas a atención en servicios de salud, (c) Prácticas de alimentación adecuada, (d) Suplementación de hierro y (e) Prevalencia de Anemia. Dichos indicadores serán estimados a dos niveles: primero, (1) comparando la situación de los beneficiarios SAF respecto al promedio nacional rural, y luego (2) comparando la situación de los distritos, agregados, que son ámbito de intervención de solo SAF, solo PI y de ambas intervenciones. Para la construcción de ello, se tomará en cuenta información obtenida de la ENDES; sin embargo, es importante señalar que debido al nivel de desagregación necesario para identificar a los beneficiarios del SAF se ha considerado lo siguiente:

- Los valores de los indicadores estimados para el nivel (1), reflejan los promedios móviles del año que se indica, junto con el año anterior.
- Recién a partir del año pasado el cuestionario de la ENDES ha empezado a distinguir entre quienes reciben visitas domiciliarias (SAF) y quienes dejan a sus niños o niñas en las cunas (SCD). De esta manera, la mejor aproximación que se tienen a la fecha es considerar a todos los beneficiarios del PNCM y dividir entre quienes se encuentran en zonas rurales y urbanas. Los primeros deberían reflejar de alguna manera la evolución de los indicadores seleccionados en la población usuaria del SAF.

Ninguna de las tendencias mostrada en esta sección tiene la pretensión de reemplazar una evaluación de impacto. Como ya se vio en secciones anteriores los resultados preliminares obtenidos en diversos estudios del MEF muestran evidencia de cambios no significativos en la mayoría de estos indicadores. La única pretensión es observar el comportamiento histórico de los indicadores en sus ámbitos de intervención (hasta donde pueden ser aproximados) sin reparar en la atribuibilidad de los efectos.

A. Prácticas de higiene

En general, una de las prácticas fomentadas a través de las visitas domiciliarias es el lavado de manos en momentos críticos (por ejemplo, antes de comer/cocinar o después de ir al baño). La Ilustración 64 muestra los resultados relacionados al lavado de manos en tres momentos: después de ir al baño, antes de cocinar y antes de dar de comer al niño. Tanto a nivel nacional en el área rural y cuna más rural, la tendencia es similar y positiva; sin embargo, aún menos del 20% de los cuidadores principales realiza el lavado de manos en esos tres momentos. Siendo estos momentos críticos para evitar enfermedades infecciosas, parece que aún es necesario hacer mayor incidencia en esta práctica. Asimismo, al segundo nivel de análisis, esto es, comparando la población en los distritos en donde interviene solo SAF, solo PI y ambas intervenciones, tal como se muestra en la **Ilustración 65**, muestra valores y tendencias parecidas. En el caso de los menores de 36 meses (panel a), se observa que de 2018 a 2019, a



excepción de los distritos donde hay ambas intervenciones, el resto de los grupos tiene un ligero aumento del porcentaje de niñas y niños con cuidadores principales que tienen una adecuada práctica de higiene. Para el mismo periodo, respecto a los menores de 12 meses, se observa un aumento importante en distritos solo SAF, mientras que para los otros dos grupos restantes no parece que se haya dado un cambio importante.

Ilustración 64: Niñas y niños menores de 36 meses con cuidadores principales que aplican el lavado de manos en 3 momentos críticos (% , ámbito rural - nacional y cuna más)

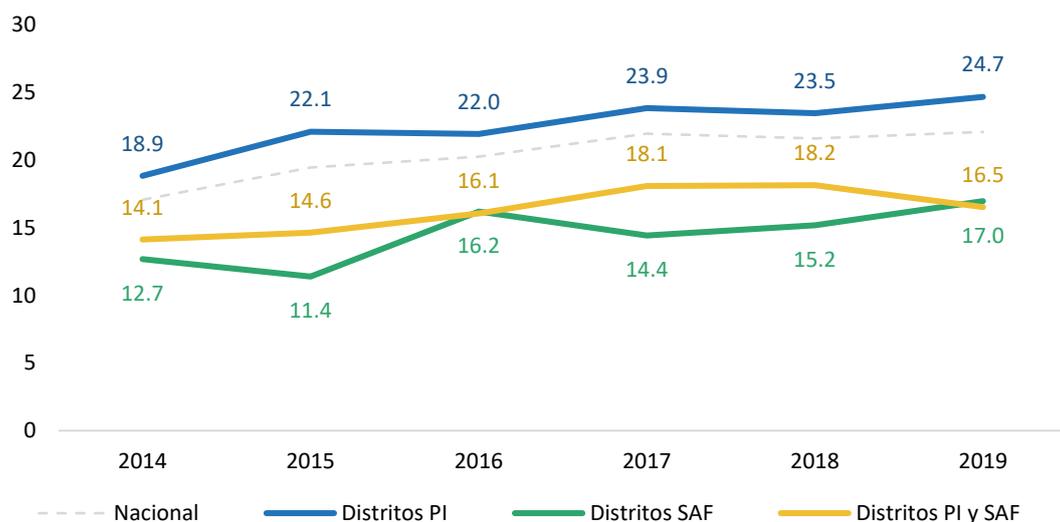


Nota: Debido a que la muestra es acotada para los beneficiarios de Cuna Mas, se ha tomado para cada año el valor promedio entre ese año y el año previo. Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

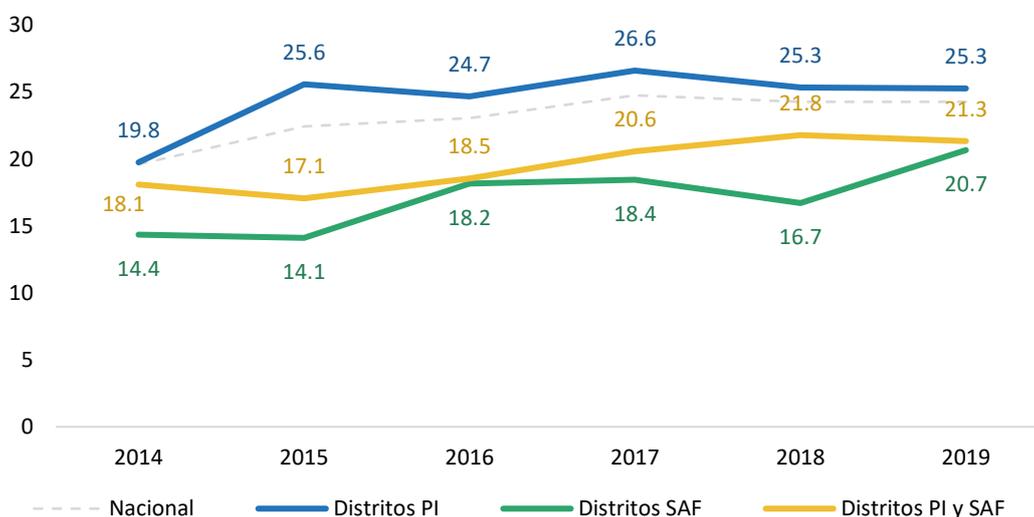
Ilustración 65: Niñas y niños con cuidadores principales que aplican el lavado de manos en 3 momentos críticos (% , según distritos por tipo de intervención)

a. Menores de 36 meses





b. Menores de 12 meses



Fuente: ENDES -INEI 2014-2019. Elaboración: Macroconsult.

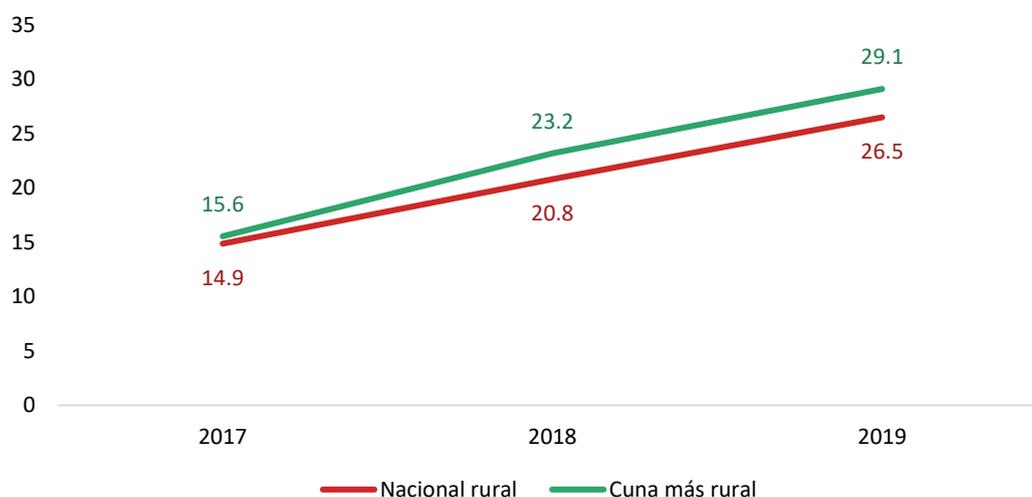
B. Prácticas relacionadas a atención en servicios de salud

Entre las prácticas de cuidado adecuado de los niños y niñas, está que los menores tengan sus controles CRED completos para su edad. Ello permite que se haga el seguimiento de la salud del niño, al menos relacionado a su crecimiento y desarrollo. En el marco de la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia”, se establece la provisión del servicio de un paquete integrado para los niños y niñas menores de 5 años. De manera particular, para niños y niñas menores de 2 años el paquete está compuesto por DNI, CRED completo según edad, vacunas de neumococo y rotavirus, suplementación con hierro y dosaje de hemoglobina. De esta manera, se muestran dos indicadores asociados al paquete de servicios CRED completo y vacunas de rotavirus y neumococo. Asimismo, tal como se muestra en la **Ilustración 66** se observa cómo ha evolucionado el porcentaje de niños y niñas con sus controles completos (tomando en cuenta la norma técnica del 2017). Tanto a nivel nacional rural como cuna más rural se observa una tendencia positiva y un incremento, entre el 2017 y 2019, de 11.6 y 13.5 puntos porcentuales,



respectivamente. El promedio nacional de niñas y niños menores de 36 meses, al 2019, fue de 17.6%, siendo un 13.5% a nivel urbano y 29.3% a nivel rural.

Ilustración 66: Niñas y niños menores de 36 meses controles CRED completos para su edad (% , ámbito rural - nacional y cuna más)



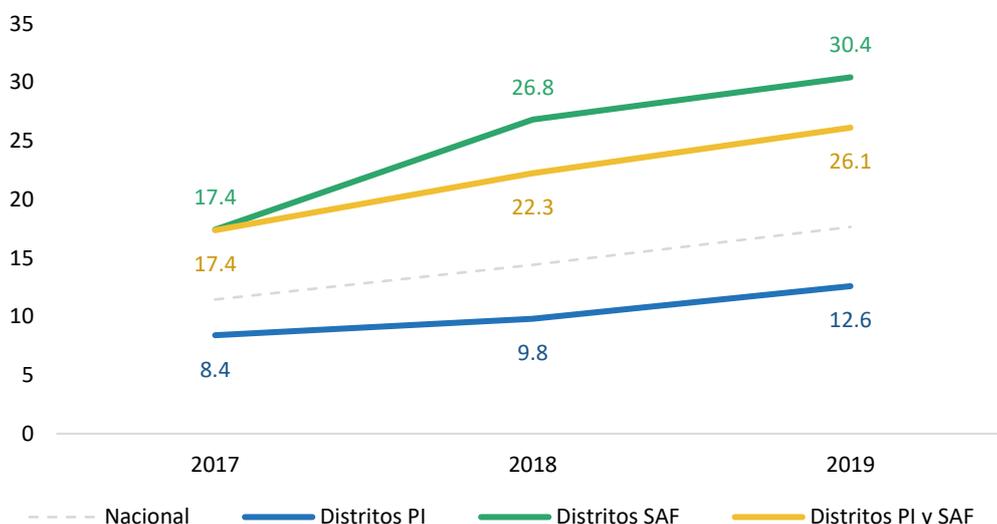
Nota: (1) Debido a que la muestra es acotada para los beneficiarios de Cuna Mas, se ha tomado para cada año el valor promedio entre ese año y el año previo (2) El indicador es construido de acuerdo con la norma técnica vigente: NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años. Fuente: ENDES 2017 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

Considerando el segundo nivel de análisis, que se muestra en la **Ilustración 67**, se tienen también tendencias similares y que es aún mayor en el grupo de niños y niñas menores a 12 meses, grupo en el que interviene Meta 4. Entre el 2018 y 2019, para los niños y niñas menores de 36 meses, se habría incrementado entre 2.8 y 3.4 puntos porcentuales la proporción de niños y niñas con CRED completos; mientras que, en el grupo de niños y niñas menores de 12 meses, este incremento estaría entre 6.1 y 7.9 puntos porcentuales.

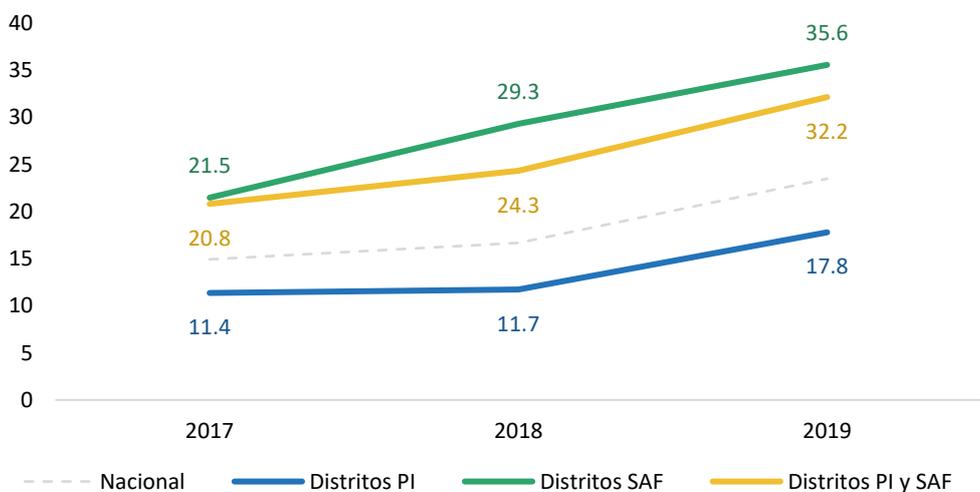


Ilustración 67: Niñas y niños con controles CRED completos para su edad (% , según distritos por tipo de intervención)

a. Menores de 36 meses



b. Menores de 12 meses

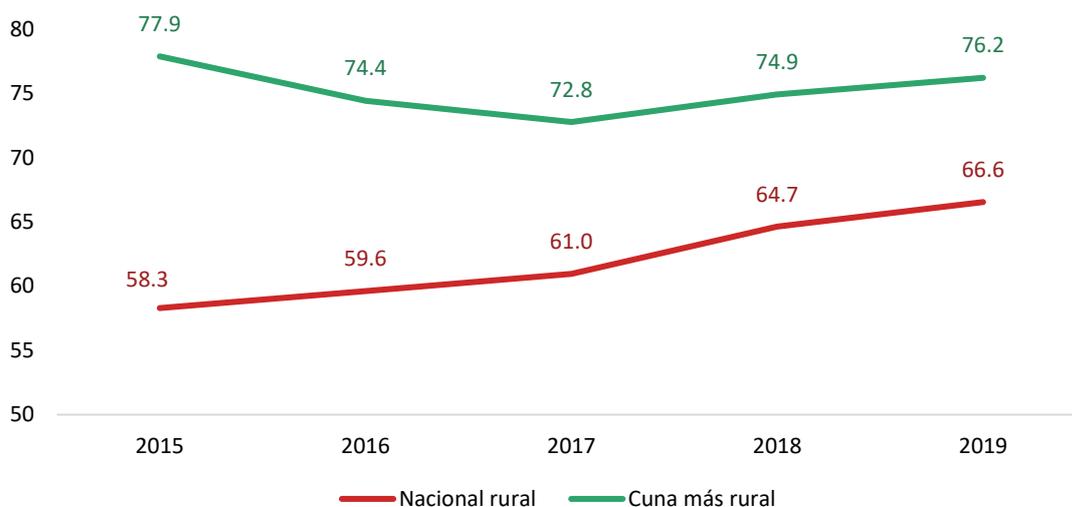


Nota: El indicador es construido de acuerdo con la norma técnica vigente: NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años. Fuente: ENDES 2017 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

El segundo indicador es el que está relacionado con las vacunas de rotavirus y neumococo de acuerdo con su edad. Como se observa en la **Ilustración 68**, en el ámbito de cuna más rural, parece que no se ha dado una variación notoria en los últimos 5 años. Por el contrario, sí se observa una tendencia positiva en el promedio de niños y niñas que se encuentran en el ámbito rural. Aun con ello, la proporción de niños y niñas con vacunas de neumococo y rotavirus sería mayor en aquellos que pertenecen al ámbito rural de cuna más. Por otro lado, al observar los indicadores de manera desagregada por distritos según intervención, la evolución del indicador ha sido muy parecida y, en ambos casos, se encuentra por debajo del 70%.



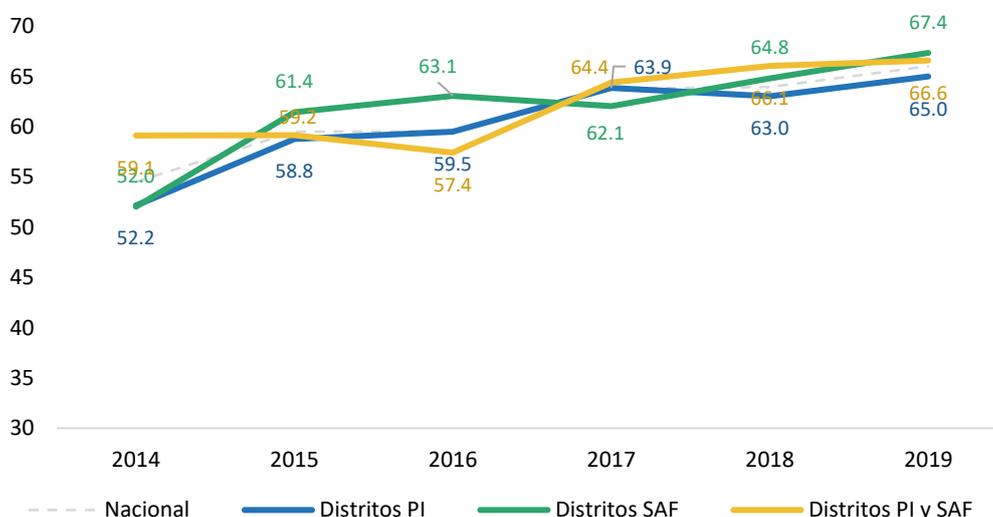
Ilustración 68: Niñas y niños menores de 36 meses con vacunas de rotavirus y neumococo completos para su edad (% , ámbito rural - nacional y cuna más)



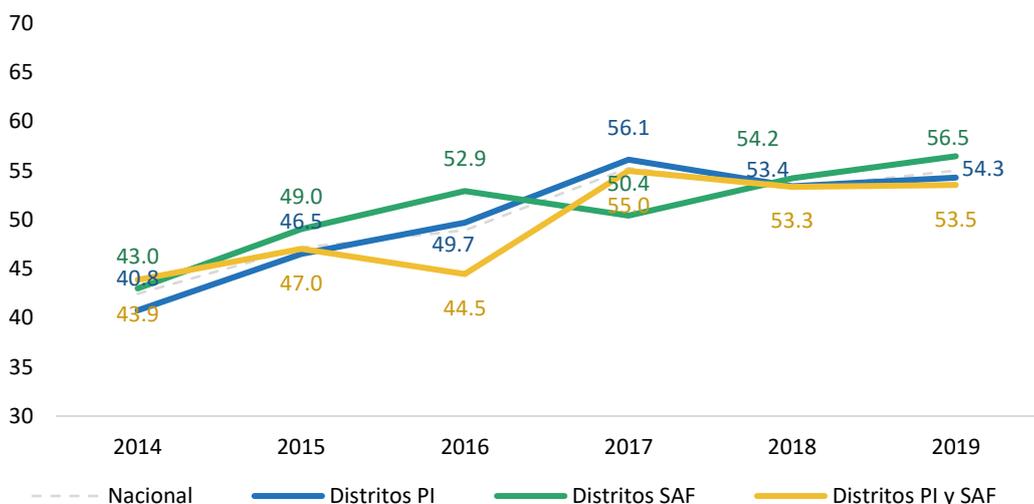
Nota: Debido a que la muestra es acotada para los beneficiarios de Cuna Mas, se ha tomado para cada año el valor promedio entre ese año y el año previo. Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

Ilustración 69: Niñas y niños con vacunas de rotavirus y neumococo completos para su edad (% , según distritos por tipo de intervención)

a. Menores de 36 meses



b. Menores de 12 meses

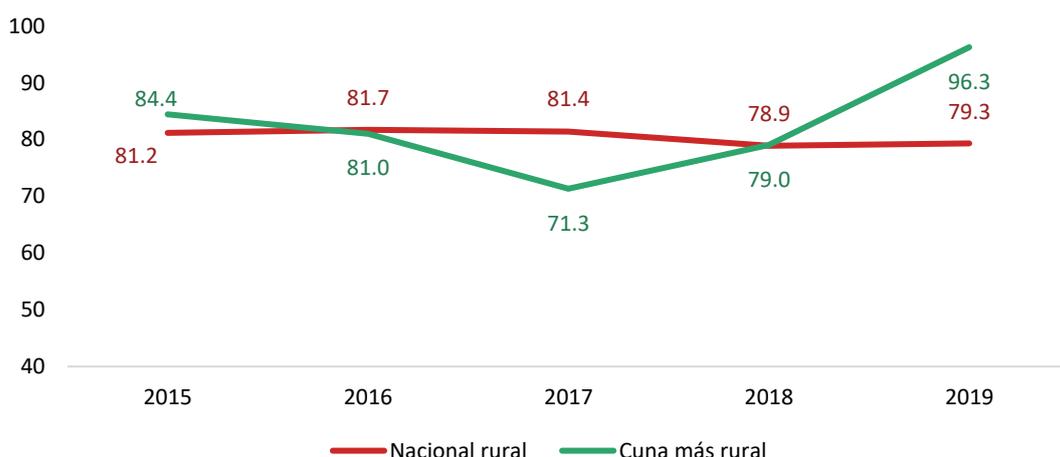


Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

C. Prácticas de alimentación adecuada

Los indicadores relacionados a prácticas de alimentación adecuada se dividen en dos: (1) Lactancia materna para niños y niñas menores de 6 meses y (2) alimentación rica en hierro, que corresponde a niños y niñas mayores a 6 meses que reciben. Para este último caso, y tomando en cuenta las cartillas de las facilitadoras del SAF y lineamientos del MINSA, alimentos ricos en hierro será aproximado con el consumo de alimentos de origen animal (vísceras o carnes) el cual debe ser diario.

Ilustración 70: Niñas y niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna (% , ámbito rural - nacional y cuna más)



Nota: Debido a que la muestra es acotada para los beneficiarios de Cuna Mas, se ha tomado para cada año el valor promedio entre ese año y el año previo. Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

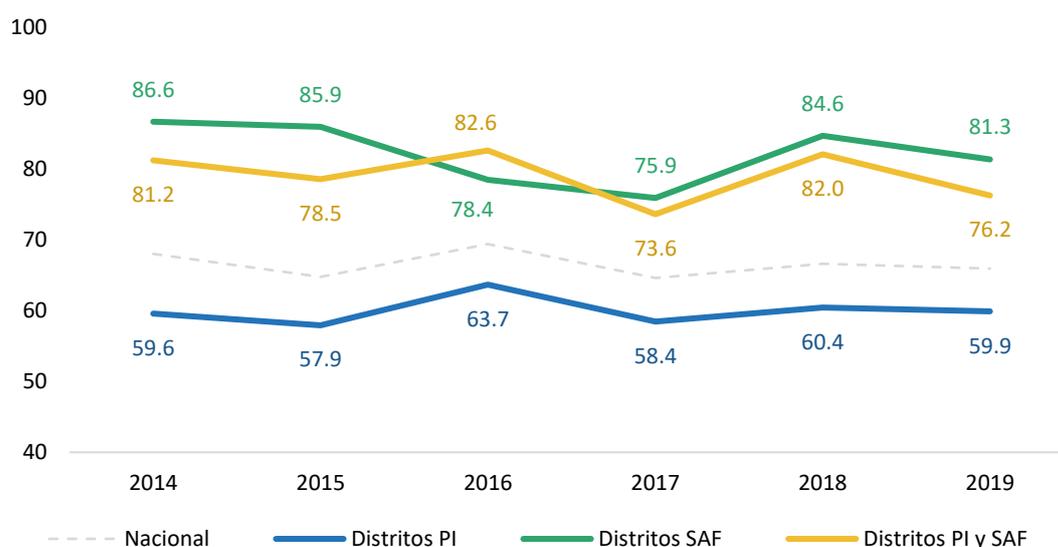
De esta manera, si se observa la **Ilustración 70**, hay un alto porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses que reciben lactancia materna, estando en promedio cerca al 80% de niñas y niños.



Si bien se observa un incremento considerable en el último año asociado a niños y niñas usuarios de cuna más en el ámbito rural, dicho valor se debe tomar de manera referencial, el cual estaría indicando una tendencia positiva en la proporción de niños y niñas menores a 12 meses que reciben lactancia materna en dicho ámbito.

En el caso del análisis según tipo de distritos, se observa que los distritos que pertenecen al ámbito de intervención de solo SAF y de PI y SAF juntos, tienen una proporción mayor de niños y niñas con lactancia materna, mientras que en el ámbito de solo PI se observa un promedio por debajo del promedio nacional.

Ilustración 71: Niñas y niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna (% según distritos por tipo de intervención)

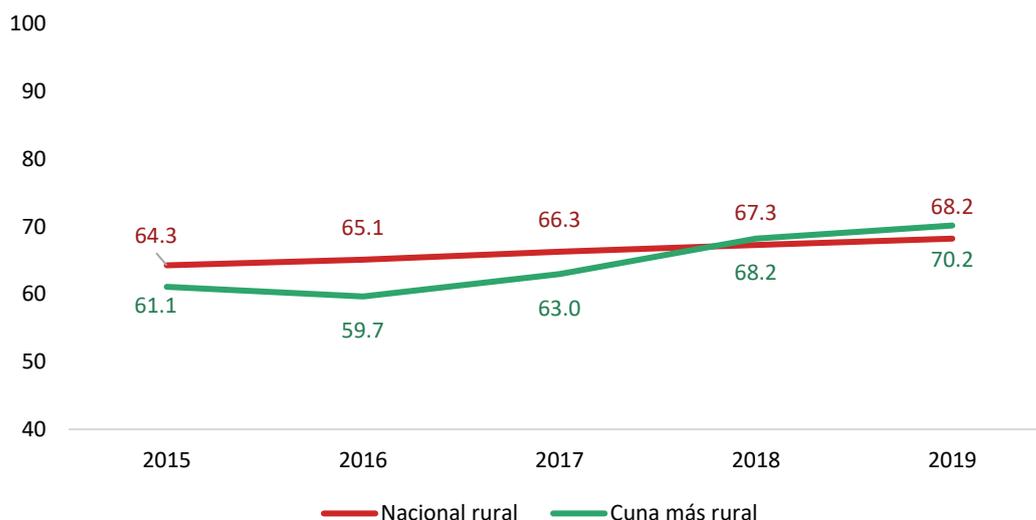


Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

En cuanto a la alimentación rica en hierro, se considera a los niños y niñas que hayan consumido algún tipo de alimento que tenga origen animal el día anterior a la encuesta. En la cartilla usada por las facilitadoras, las recomendaciones principales relacionadas a la alimentación saludable, además del consumo del suplemento con hierro, es la alimentación con algún derivado animal, como carne o vísceras. Como se observa en la **Ilustración 72**, la tendencia del promedio nacional en el ámbito rural y cuna más rural es muy parecida. Sin embargo, aun cuando en promedio se encuentra un valor entre 60% y 70%, este es menor que el promedio nacional, el cual está alrededor del 80%.

Ilustración 72: Niñas y niños de 6 a 35 meses que el día anterior consumió algún alimento de origen animal (% ámbito rural - nacional y cuna más)

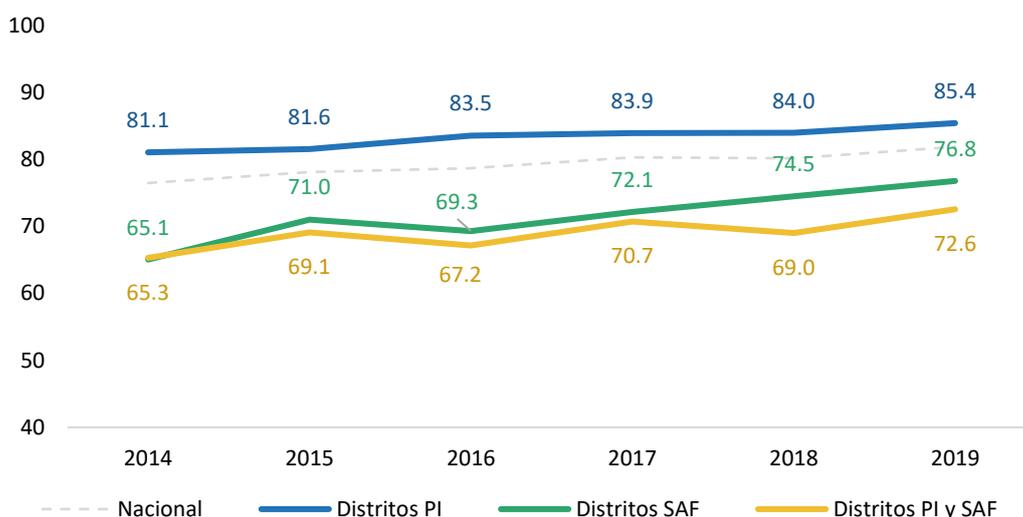




Nota: Debido a que la muestra es acotada para los beneficiarios de Cuna Mas, se ha tomado para cada año el valor promedio entre ese año y el año previo. Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

En el caso de la intervención de Meta 4, durante las visitas los actores sociales también entregan información sobre la ingesta adecuada de alimentos ricos en hierro buscando de esa forma que las familias incorporen en sus dietas un hábito alimenticio más saludable, sobre todo en los menores del hogar. En la **Ilustración 73** se grafica al porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses que reciben una dieta rica en hierro, la cual comprende productos de origen animal. Para la serie de PI, el indicador se mantuvo estable entre los años 2016 al 2018, pero fue en el último año (de 2018 a 2019) que incrementó en 1.4 puntos porcentuales. Para el caso de solo SAF el crecimiento comienza desde el 2017, incrementando 2 puntos porcentuales por año.

Ilustración 73: Niñas y niños de 6 a 35 meses que el día anterior consumió algún alimento de origen animal (% según distritos por tipo de intervención)



Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

D. Suplementación de hierro

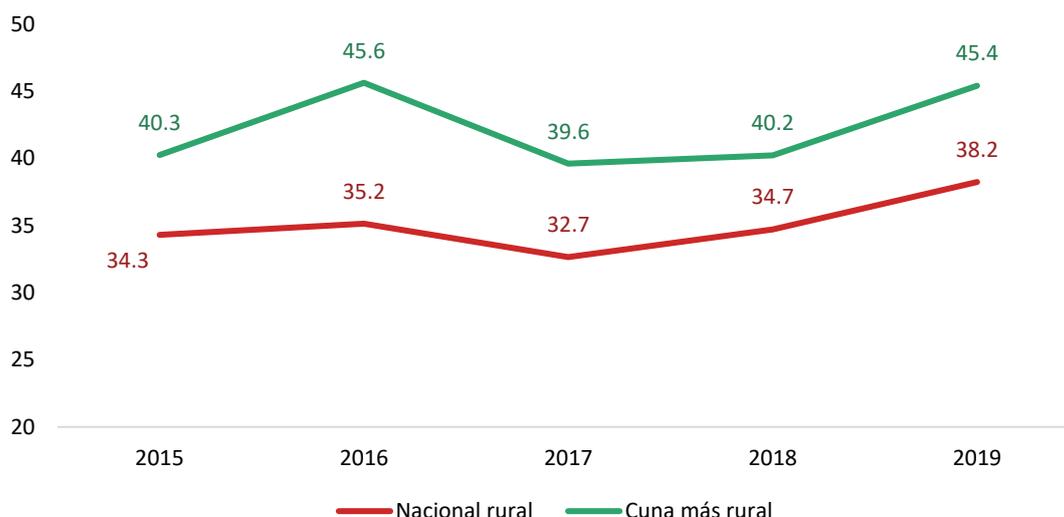
El factor clave de las intervenciones, tanto de SAF como PI Meta 4, es que tanto los/las facilitadoras y actores/as sociales promuevan la adherencia al consumo de sulfato ferroso, ya sea como prevención o tratamiento. Como evidencia empírica preliminar, el documento de



evaluación de impacto desarrollado por la DCGP del MEF no encuentra efectos de las VD de SAF en la adherencia al consumo de hierro en los últimos 30 días. Conclusión no favorable para los intereses y objetivos de la intervención.

De todos modos, en la **Ilustración 74** se observa que el porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses que han consumido hierro (en cualquiera de sus presentaciones) es mayor que el promedio nacional rural y cuenta con una tendencia positiva más empinada. En todos los casos, el promedio de niños y niñas que han consumido hierro, usuarios del PNCM en ámbito rural, es mayor a 10 puntos porcentuales respecto al promedio nacional rural.

Ilustración 74: Niñas y niños de 4 a 35 meses que consumieron suplemento de hierro en los últimos siete días (% , ámbito rural - nacional y cuna más)



Nota: Debido a que la muestra es acotada para los beneficiarios de Cuna Mas, se ha tomado para cada año el valor promedio entre ese año y el año previo. Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

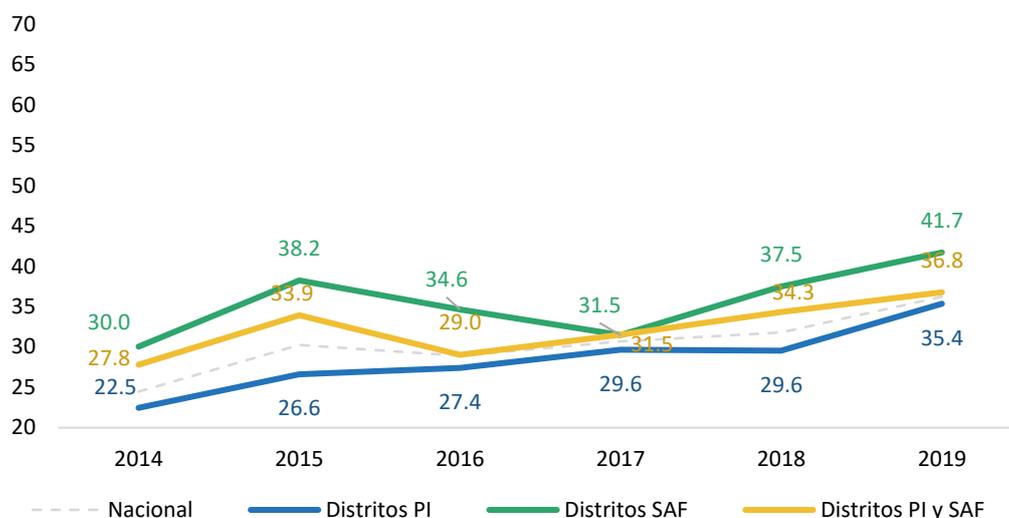
Como contraste, es importante mencionar que, con la información enviada por el PNCM (SISAF), la proporción de niños y niñas menores de 12 meses que consumen suplemento de hierro durante las visitas realizadas en un mes, a diciembre de 2019, es alta y se encuentra alrededor del 90%. Asimismo, para el mismo periodo, del total de niños y niñas entre 6 y 35 meses diagnosticados con anemia, el 82% consumen sulfato ferroso durante la visita. Aquellos departamentos que se encuentran por debajo del promedio, entre 68% y 78%, son Madre de Dios, Loreto, San Martín, Pasco, Cajamarca y Huánuco.

En el segundo nivel de análisis, en ambos gráficos se refleja la evolución positiva que ha tenido este indicador en todos los territorios del país. Todos los grupos formados van en constante crecimiento, el cual aumentó abruptamente en 2017 para los distritos de solo SAF y en 2018 para el resto de los grupos. En el caso de solo los menores de 12 meses se ha podido identificar que la pendiente de crecimiento de la proporción de menores que consumen hierro es mayor cuando es comparada con los primeros años de la gráfica, es decir en el último par de años (2018-2019) se ha presenciado una mayor evolución del indicador con respecto a los años pasados. Este es un comportamiento del indicador similar para los diferentes grupos formados, pero con la salvedad del grupo de distritos SAF, ya que estos inician con un quiebre de mayor crecimiento a partir del año 2017-2018.

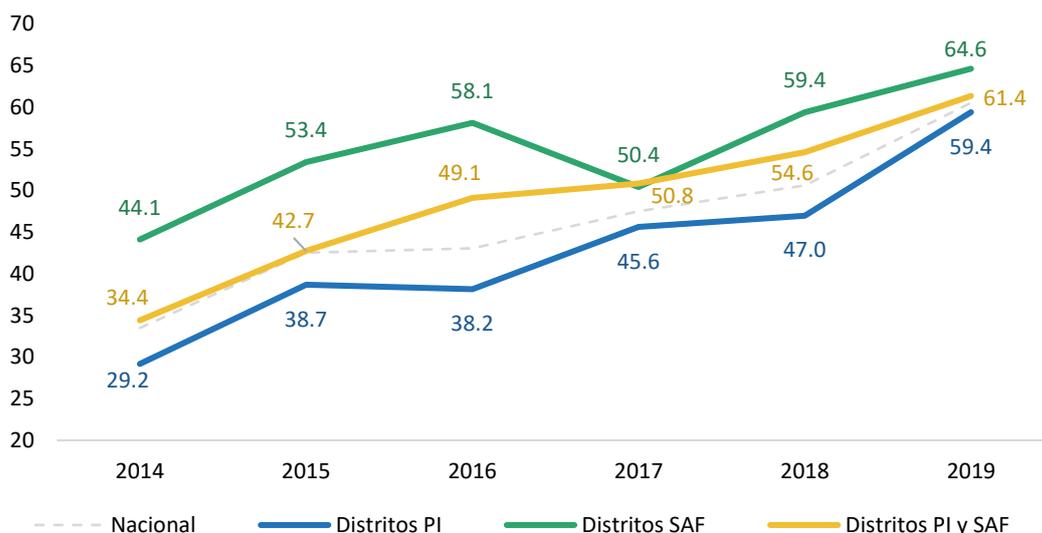
Ilustración 75: Niñas y niños que consumieron suplemento de hierro en los últimos siete días (% , según distritos por tipo de intervención)



a. Menores de 36 meses



b. Menores de 12 meses



Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

E. Anemia

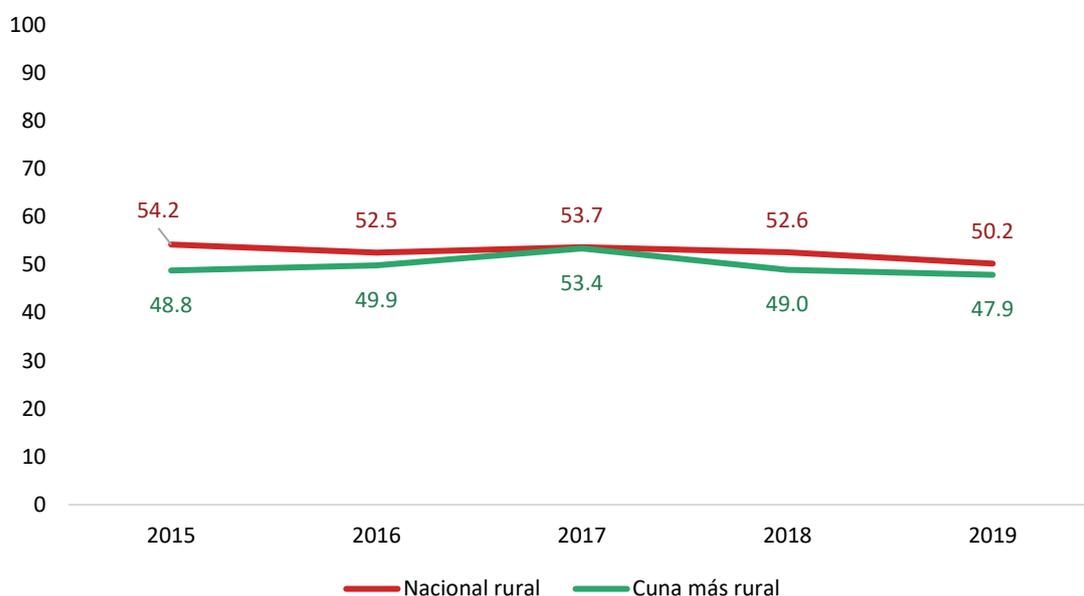
Por último, tal como se ha desarrollado en secciones previas, tanto la intervención SAF y Meta 4, se encuentran enmarcadas en la estrategia de lucha contra la anemia, de manera que uno de los indicadores a analizar será la evolución de la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses. Por ello, analizaremos descriptivamente la evolución de la anemia.

En la **Ilustración 76** se presenta la evolución de la anemia en niños y niñas menores a 36 meses usuarios del PNCM ubicados en área rural. Los datos analizados muestran una tendencia a la baja del porcentaje de anemia a nivel nacional en el ámbito rural en el periodo 2015-2019, con una reducción de aproximadamente 4 puntos porcentuales. Sin embargo, si tomamos en cuenta los valores obtenidos para usuarios del PNCM en el ámbito rural, se observa que, si bien la



prevalencia de anemia es menor frente al promedio nacional rural, permanece casi invariante en los últimos 5 años.

Ilustración 76: Niñas y niños de 6 a 35 meses tienen anemia (%), ámbito rural - nacional y cuna más



Nota: Debido a que la muestra es acotada para los beneficiarios de Cuna Mas, se ha tomado para cada año el valor promedio entre ese año y el año previo. Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

Cabe indicar que, de acuerdo con información enviada por el PNCM (SISAF), a diciembre de 2019, del total de niños y niñas que contaban con tamizaje vigente, el 18% de los menores de 36 meses tenía diagnóstico de anemia. Esto dista de los valores encontrados en ENDES, aunque es necesario precisar que la muestra en la ENDES relacionada con usuarios de SAF es muy pequeña. Por otro lado, es importante señalar, además, que el dato recogido por las facilitadoras de la cartilla de los niños y niñas no permite hacer una medición de prevalencia de anemia. Lo que podría estar sucediendo es que, aquellas niñas y niños usuarios del SAF que en su momento se trataron exitosamente para la anemia, hayan vuelto a tener esta condición y no hayan sido tamizados. Las conclusiones alrededor de la prevalencia de anemia de niñas y niños usuarios del SAF no son determinantes en tanto no se ha hecho un estudio de prevalencia de anemia en dicho grupo, con el suficiente nivel de representatividad. El resultado más cercano de la evolución de la anemia en usuarios del SAF será aquel recogido por las facilitadoras de las cartillas de controles de los niños con tamizaje vigente.

Respecto al segundo nivel de análisis, a continuación, se presenta la evolución que ha tenido el indicador de anemia según la ENDES, de tal forma que se identifique, al menos, si han ocurrido cambios favorables de los últimos años con respecto al 2019, considerando que es recién en 2019 que se implementa la estrategia de visitas domiciliarias en la Meta 4 del Programa de Incentivos. En la **Ilustración 77** se aprecia el indicador de anemia en menores entre 6 a 36 meses para los grupos de distritos ya comentados previamente: (a) distritos que reciben únicamente PI, (b) distritos que solo reciben la intervención SAF de Cuna Más y (c) distritos que reciben ambas intervenciones.

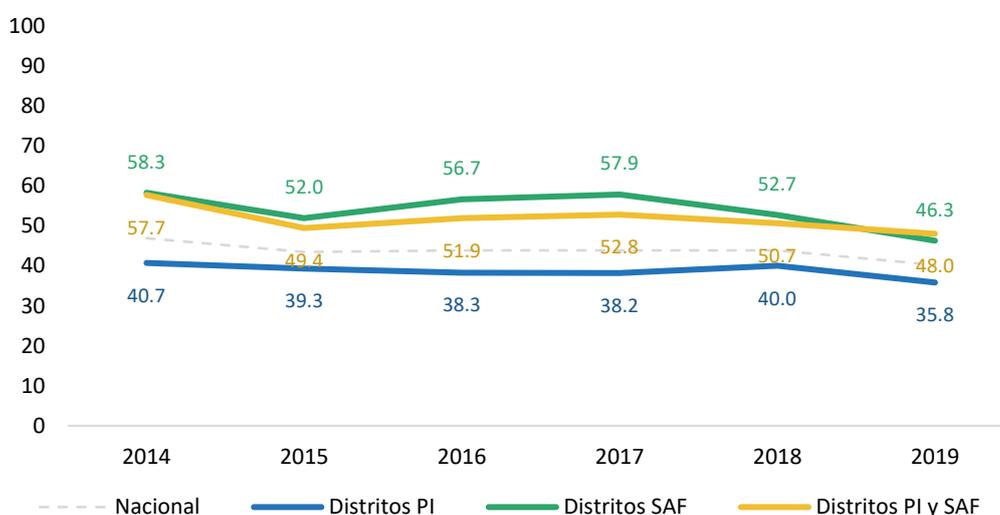
Con este indicador sí se observan diferencias entre grupos. Por ejemplo, los distritos intervenidos solo por Meta 4 a lo largo de los años analizados poseen los más bajos porcentajes de anemia con respecto al resto, y nótese que esta serie mantiene un patrón estable entre los años 2014 y



2018, pero en el 2019 se redujo notablemente en 4 puntos porcentuales. Para el caso de distritos atendidos solo por SAF posee los niveles de anemia más altos, situación que se explica por la focalización de las zonas con mayor prevalencia de anemia, sobre todo las de mayor grado de ruralidad. Lo resaltante en este grupo es la caída consistente de la serie, la cual pasó en 2017 de 58% a un 46% en 2019. Por otro lado, la serie de distritos que es atendido tanto por PI y SAF no presenta un desempeño tan favorable como en el caso de solo SAF o solo PI si nos enfocamos en el año 2019. Es decir, analizando el cambio de 2018 a 2019, la reducción del indicador de anemia de los distritos con ambas intervenciones fue de 2 puntos porcentuales; mientras que, si vemos la misma variación anual de solo SAF o solo PI, la reducción es de 6 y 4 puntos porcentuales, respectivamente.

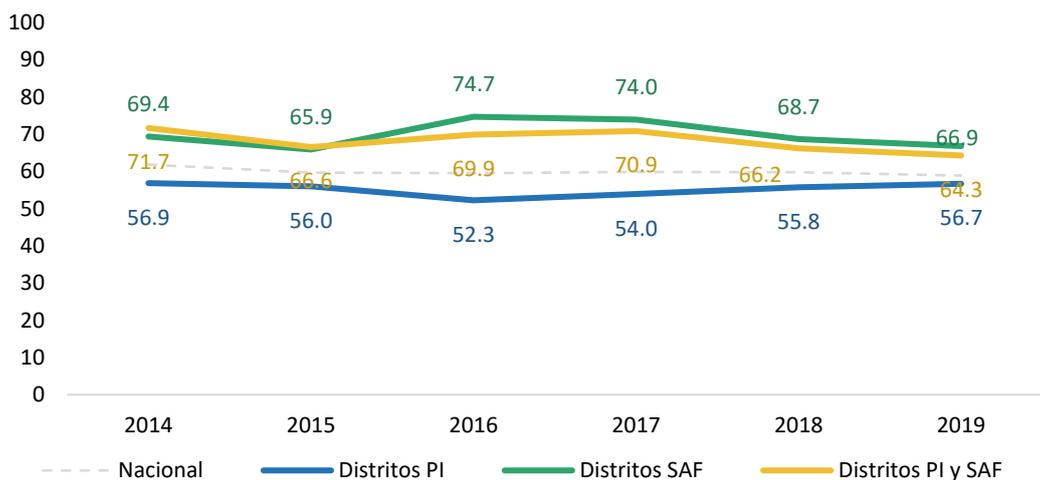
Ilustración 77: Niñas y niños de 6 a 35 meses que tienen anemia (% , según distritos por tipo de intervención)

a. Menores de 36 meses



b. Menores de 12 meses





Fuente: ENDES 2014 – 2019. Elaboración: Macroconsult.

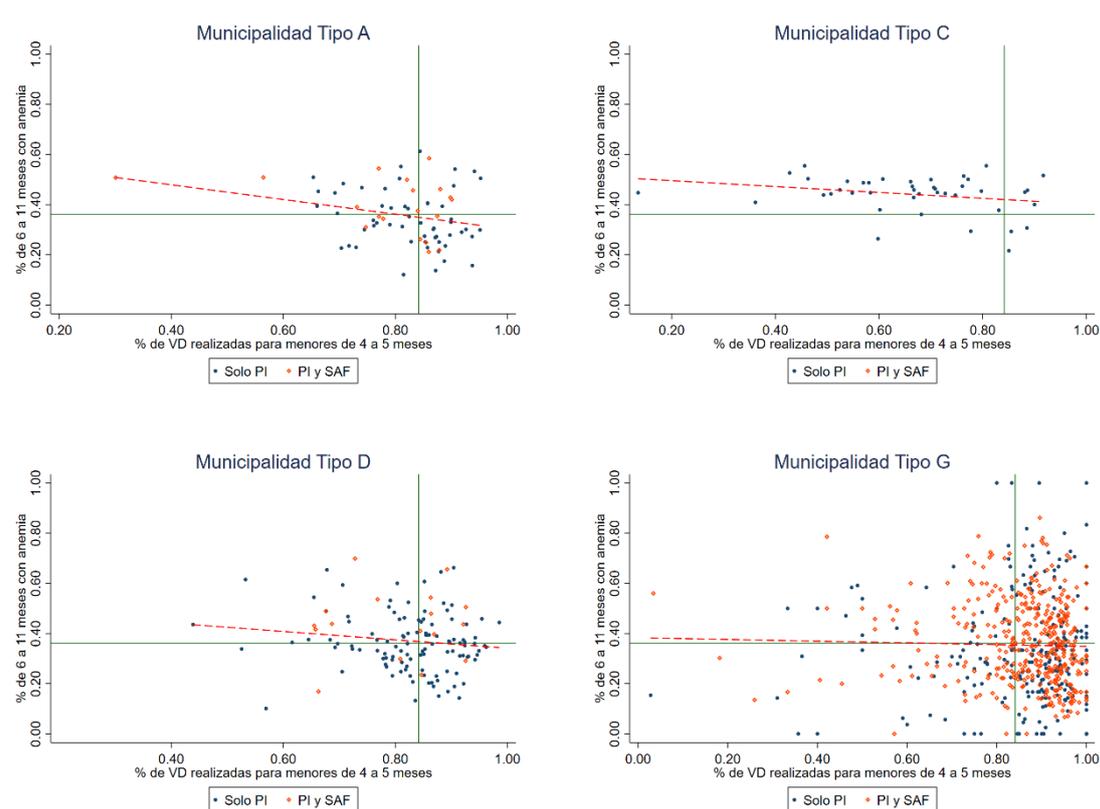
Por último, en el panel b de la **Ilustración 77** se muestra el porcentaje de anemia para menores de 6 a 11 meses. Para este rango de edades, los distritos de solo PI se siguen manteniendo como los de más bajo porcentaje de anemia, pero la serie en los últimos 3 años presenta un ligero crecimiento, resultando en un 57% de anemia. Los distritos que reciben solo SAF, y los distritos que reciben ambas intervenciones también han tenido un comportamiento sostenido y similar debido que desde el 2017 se observa una reducción gradual, resultando en una caída, hasta el 2019, en 8 puntos porcentuales para distritos SAF, y 6 puntos porcentuales para distritos SAF y PI.

Por último y como complemento adicional a la intervención de Meta 4, se ha indagado sobre la asociación que han presentado los distritos en cuanto al porcentaje de visitas realizadas con respecto al porcentaje de anemia de menores de 6 a 11 meses calculada según el HIS-MINSA. Esta correlación entre visitas realizadas y porcentaje de anemia se muestra en la **Ilustración 78**, en la cual se clasifican los cuatro tipos de municipalidades de Meta 4.

De la gráfica notamos que existe una correlación negativa para los distritos tipo A, B y C de la Meta 4, pero de dichas correlaciones solo resulta ser estadísticamente significativo para las de tipo A (la línea punteada de color rojo corresponde a la pendiente de la correlación). Además, podemos notar que los distritos tipo C se concentran en el cuadrante de bajo rendimiento sobre visitas domiciliarias (por debajo de la línea vertical verde) y de altos niveles de anemia (por encima de la línea horizontal verde); mientras que para las de tipo A y D, sus distritos se encuentran dispersos por todos los cuadrantes. Finalmente, con respecto a las municipalidades tipo G, no se puede afirmar la presencia de una correlación negativa entre estas dos variables, pero sí se puede mencionar es que sus distritos se concentran en las zonas de alto rendimiento sobre visitas domiciliarias, aunque debido a su heterogeneidad intragrupo, se encuentran distribuidas tanto por encima del promedio de % de anemia de los 865 distritos (línea horizontal verde) como por debajo de ella.

Ilustración 78: Nivel de asociación entre el % de visitas realizadas para los y las menores de 4 a 5 meses y el % de anemia en menores de 6 a 11 meses según tipo de municipalidad



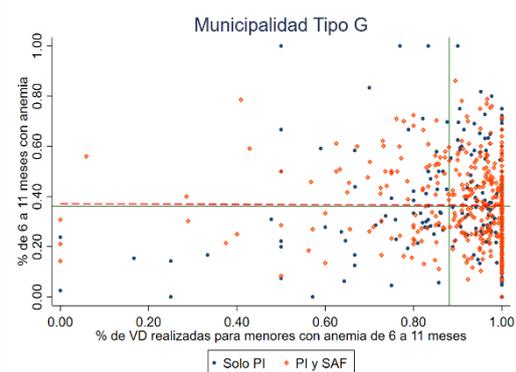
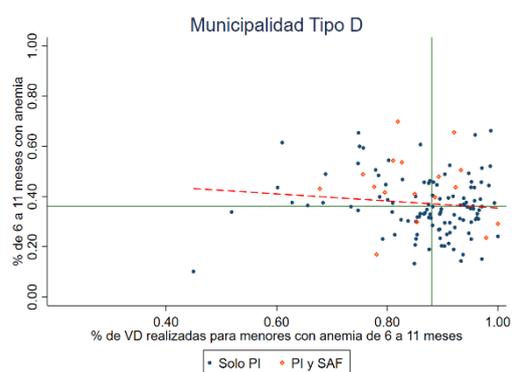
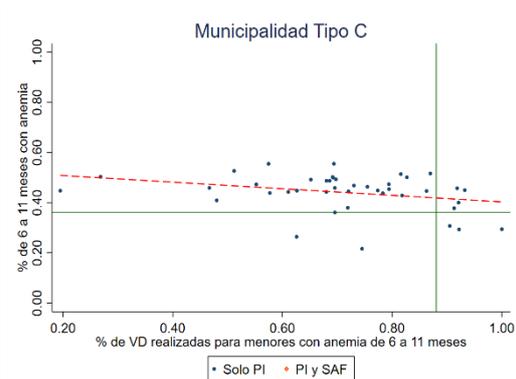
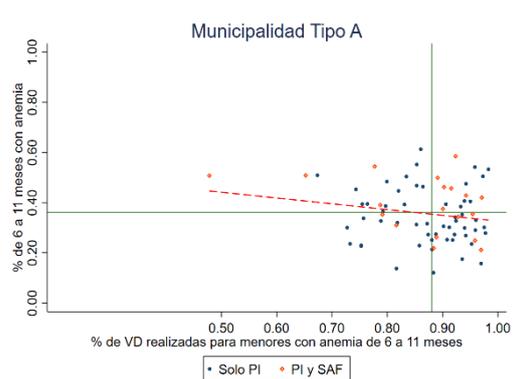


Nota: Para las municipalidades tipo A se cuenta con una correlación de -0.26 estadísticamente significativa (nivel de significancia: 0.03). Para las municipalidades tipo C reporta una correlación no significativa de -0.26 (0.10). Municipalidades tipo D con correlación no significativa de -0.14 (0.13). Y una correlación no significativa de -0.03 (0.54) para las municipalidades tipo G. Fuente: Reporte de visitas domiciliarias 2019 y el HIS - MINSa. Elaboración: Macroconsult.

Al igual que para el gráfico anterior, en la **Ilustración 79** se presenta el nivel de asociación entre las variables “% de visitas realizadas en menores de 6 a 11 meses” y “% de anemia en menores del mismo rango mencionado”. En esta oportunidad, para todos los tipos de municipalidades se presencia una correlación negativa no significativa, por lo que no podría mencionarse que realizar una mayor cantidad de visitas estaría favoreciendo a la reducción de anemia.

Ilustración 79: Nivel de asociación entre el % de visitas realizadas para los y las menores de 6 a 11 meses y el % de anemia en menores de 6 a 11 meses según tipo de municipalidad





Nota: Para las municipalidades tipo A se cuenta con una correlación de -0.19 estadísticamente no significativa (nivel de significancia: 0.11). Para las municipalidades tipo C reporta una correlación no significativa de -0.29 (0.06). Municipalidades tipo D con correlación no significativa de -0.12 (0.19). Y una correlación no significativa de -0.01 (0.89) para las municipalidades tipo G. Fuente: Reporte de visitas domiciliarias 2019 y el HIS - MINSa. Elaboración: Macroconsult.

En síntesis, según estas dos últimas gráficas, no se presentan asociaciones negativas significativas ni contundentes entre el % de VD realizadas y los rendimientos de anemia de los distritos, tanto para el grupo de 4 a 5 como para el grupo de 6 a 11 meses de nacido, por lo que las asociaciones deben ser tomadas de forma referencial.



5. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

La presente sección contiene los hallazgos y conclusiones determinadas a partir de los análisis realizados a lo largo del documento para los diversos temas de cada intervención. Para guardar un orden en cuanto a las conclusiones, estas han sido agrupadas y organizadas según lo hallado en cada intervención, de forma separada y considerando la interacción de las mismas.

5.1 Servicio de Acompañamiento Familiar (SAF)

El Servicio de acompañamiento a familias brindado por el Programa Nacional Cuna Más nace con el objetivo principal de mejorar el desarrollo infantil temprano en niños y niñas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, en línea con las prioridades políticas respecto a la anemia, el SAF fue uno de los programas sociales que fortaleció e incorporó actividades específicas en el marco del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia.

La operativización de la política de lucha contra la anemia, en el marco del SAF, se hizo a través de una estrategia de control y prevención de la anemia en niños y niñas usuarios del servicio. Si bien las actividades de promoción de prácticas saludables, tomando en cuenta lineamientos del MINSA, el PMLCA y el Plan Sectorial del MIDIS, ya venían siendo contempladas por el servicio, el SAF ha ido incorporando actividades como el fortalecimiento de capacidades y el seguimiento al consumo de hierro de manera preventiva. A través de ello, el SAF termina siendo una de las actividades priorizadas alineadas con el lineamiento 4.1 de la Política General del Gobierno: Reducir la anemia infantil en niños y niñas de 6 a 35 meses con enfoque en la prevención.

La adaptación de actividades a nivel operativo en el diseño de la visita domiciliaria no cuenta con una correspondiente adaptación del marco lógico de la intervención. Por ello, la adecuación de este programa a la lucha contra la anemia habría sido imperfecta durante el periodo de evaluación. No obstante, casi al finalizar el estudio se tomó conocimiento de algunos avances que viene desarrollando el programa en esta adecuación, de manera particular con la construcción de la Cadena de Valor actualizada del programa aprobada mediante RDE 429-2020-MIDIS/PNCM del 18 de agosto del 2020. La cadena de valor reformulada por el PNCM incluye indicadores que permitirían medir el conocimiento y la aplicación de prácticas de cuidado saludable, lo cual se esperaba que en corto plazo sea incluido en una actualización de la MML del PNCM.

El análisis de los indicadores de la Cadena de Valor bajo criterios SMART es limitado debido a que a la fecha no se cuenta con una MML que incluya resultados asociados a la anemia y los indicadores propuestos aun no disponen de fichas técnicas en versiones finales. A pesar de esta limitación se puede concluir que los indicadores a nivel de producto, relacionados a la cobertura y prestación del servicio se encuentran adecuadamente alineados con criterios SMART. Solo en 2 de los 4 indicadores la brecha de información está relacionada a la falta de establecimiento de metas. Por otro lado, tanto a nivel de resultados inmediatos como de resultado específico, se observa una mayor incertidumbre vinculada a su medición, aun cuando estos indicadores son relevantes. Tal como están planteados los indicadores, existirían brechas sobre fuentes de información para recolectar tanto los conocimientos de los y las cuidadoras principales, así como también para verificar la aplicación de estos conocimientos. Por ello, de acara a la construcción de la MML y las fichas de indicadores será importante realizar una evaluación sobre qué fuentes de información serán necesarias para hacer el seguimiento de los indicadores y, de no contar con ellas, elaborar un plan de levantamiento de información periódica que permita su seguimiento.

La adecuación al territorio y realidad local del programa se soporta en la selección de facilitadoras (miembros de la comunidad) que no solo se comunican en lengua materna, sino que incorporan valores culturales propios de las comunidades. La capacidad de ser vistas como pares es un elemento central para generar empatía y confianza y así facilitar la ocurrencia de la visita y



transmisión de mensajes. Este aspecto positivo del programa se logra al costo de menores niveles de capacitación que podría tener frente un acompañante profesional. Por ello, el modelo se sustenta fuertemente en las capacitaciones y la cercanía que exista con los acompañantes técnicos. Que existan vínculos sólidos entre las facilitadoras y el acompañante técnico resulta relevante ya que permite tener una capacidad de respuesta rápida ante cualquier situación que pueda ocurrir antes, durante y luego de la visita, y que la facilitadora no pueda resolver.

La revisión documentaria del programa arroja que los perfiles y funciones de los actores involucrados en el SAF están definidos. Asimismo, no se presentan mayores inconvenientes respecto de su adecuación al cumplimiento de sus funciones cuando se analiza de forma conjunta toda la línea operativa desde sede central hasta sede regional. Sin embargo, tomando en cuenta a los actores más cercanos a las localidades, sí se presentarían inconvenientes. Como se detalla más adelante, un hallazgo recurrente, tanto en el presente estudio a través de las percepciones de los informantes clave como en otras evaluaciones del programa, es que existen factores que dificultarían el cumplimiento de funciones a este nivel. No obstante, la manera en que está planteado el funcionamiento del modelo de cogestión sugiere que sería un modelo adecuado para el funcionamiento del servicio. A lo que nos referimos es que su éxito pareciera estar condicionado por factores como la disposición voluntaria de las personas que forman parte de la junta directiva y consejo de vigilancia, niveles de coordinación entre la población, miembros del comité y autoridades locales y los niveles de confianza; aspectos que no necesariamente están garantizados.

Existe la percepción que las capacitaciones se habrían brindado de manera adecuada, cumpliendo con lo que se indica desde sede central (capacitación inicial y continua), de acuerdo con el tipo de actor local. Sin embargo, es notorio que el grado de involucramiento y monitoreo cercano juegan un rol central en el éxito de estas. Por un lado, las facilitadoras, parecen desenvolverse de manera adecuada con las indicaciones brindadas por los AT. Por otro lado, el desenvolvimiento de los miembros del comité de gestión y vigilancia dependen de factores asociados al interés, disposición o voluntad de ser parte del programa; al ser monitoreados con menor frecuencia por los AT.

Relacionado con las visitas domiciliarias y en línea con lo encontrado previamente, se han identificado niveles de satisfacción altos en cuanto a las mismas y al desempeño de las facilitadoras. A pesar de la demanda por mayor tiempo de duración de las visitas (lo que en general aboga en favor del nivel de empatía y confianza generados), cuando se contrasta con otras experiencias similares se considera el tiempo y cantidad como adecuado para poder realizar todas las actividades comprendidas en las guías de visitas al hogar. Sin embargo, existe la percepción que la articulación con el sector salud, principalmente a nivel local, es débil. La problemática pareciera concentrarse en los primeros niveles de atención. Ya sea por cantidad de personal de salud o por temas relacionados a insumos médicos, la calidad de los servicios de salud en algunas de las localidades intervenidas no sería percibida como óptima.

Según estimaciones con información del INEI, del total de niños menores de 36 meses (1.7 millones de niños), el SAF atiende a menos del 10%, y del total de menores en ese rango etario en situación de pobreza y pobreza extrema (413 mil), el SAF atendería a poco menos del 27% de niñas y niños. Tomando en cuenta únicamente a los distritos focalizados por el programa, la población objetivo del mismo se estima en alrededor de 267 mil de la cual el nivel de atención llega al 40%. La situación anterior arrojaría un nivel de subcobertura del 60%, siendo más de la mitad de esta población ubicada en distritos donde se registra niveles de anemia superiores a la meta del 19%.

Respecto a los resultados operativos, el SAF en general cumple y muchas veces supera la meta asignada en términos de visitas y cumplimiento de estas en el territorio. De acuerdo con las entrevistas realizadas y la información documentaria se verifica que el programa cumple, en la mayoría de los casos, con todas las visitas programadas al mes. Además, en opinión de los informantes las mismas parecieran estar influyendo en promover prácticas de cuidado saludable que incluye alimentación, atención médica y prácticas de higiene, de acuerdo con las entrevistas realizadas. Esta percepción, no obstante, contrasta con algunos resultados preliminares respecto



a evaluaciones de impacto realizadas por el MEF de las visitas domiciliarias sobre la prevalencia de anemia, adherencia al consumo de hierro y asistencia CRED. Estos resultados aún no permiten concluir sobre la existencia de efectos significativos atribuibles a la intervención. Esto contrasta con los hallazgos relacionados al impacto del SAF sobre el DIT, que fue evaluado en 2016. Presumiblemente, y tomando en cuenta las entrevistas a expertos, los resultados en salud estarían siendo condicionados por la calidad de la oferta de salud y la articulación a nivel local, ya sea entre programas sociales o a nivel intersectorial. Asimismo, la usencia de un liderazgo claro, al menos a nivel local, respecto a temas de anemia infantil, podría estar condicionando el tamaño del efecto. Si es que esto es cierto los resultados del MEF podrían estar siendo condicionados por problemas de potencia para identificar resultados significativos, pero pequeños en magnitud.

Respecto a resultados no esperados, se identificaron dos grandes resultados no previstos en el marco lógico ni en el diseño de la intervención: (1) empoderamiento de las madres beneficiarias, (2) involucramiento de los padres de familia. Hay un consenso en que a medida que las madres de familia tienen mayor conocimiento de cómo cuidar a sus niños, ya sea a partir de estimulación o de prácticas de cuidado, las madres se sienten con mayor capacidad para poder discernir qué cosas pueda consumir o hacer el niño y qué cosas no. Esto, a su vez, se relaciona con que las madres ya saben qué es lo que tienen que preguntar y demandar en los puestos de salud. Esto ha permitido que las madres se empoderen respecto al cuidado de la salud de las niñas y niños, dentro del hogar como fuera de él. En cuanto al segundo resultado, según las entrevistas realizadas cada vez más se observa la participación de los padres en el juego y aprendizaje de los niños. Con las orientaciones recibidas de parte de las facilitadoras hacia las madres y al ponerlas en práctica, los padres estarían notando cambios positivos. Esto finalmente estaría desencadenando un interés en el padre de involucrarse en el proceso de aprendizaje del menor, así como en el cuidado de su salud y desarrollo integral. Ambos resultados no previstos, tomando en cuenta información de las entrevistas, estarían ayudando a tener más en cuenta la salud de los niños al interior del hogar, lo cual permitiría mejorar los resultados asociados al desarrollo del niño.

Respecto a los estipendios otorgados a las facilitadoras, no se encontraron documentos que justifiquen o definan los criterios detrás del monto. Sin embargo, por la información recabada en campo, el estipendio establecido no estaría tomando en cuenta las dificultades y riesgos por las cuales atraviesan las facilitadoras para el cumplimiento de sus labores. Por ejemplo, los gastos adicionales, tales como costos de transporte en caso de inundaciones o gastos de viáticos incrementales cuando las facilitadoras dedican el día entero a la ejecución de sus visitas. De acuerdo con las entrevistas realizadas, lo que estaría cubriendo los estipendios solo estaría relacionado a la movilidad para realizar las visitas y la hora de cada una de las visitas realizadas. Sin embargo, estas visitas pueden durar más de una hora y la dedicación de las facilitadoras no solo se refleja en dicha hora, sino que, como señalan los informantes, dedican tiempo adicional en elaborar materiales para las visitas.

El SAF, involucra la participación de una gran cantidad de personas que enfrentan desafíos logísticos al actuar en zonas remotas y de escasa conectividad. Esto hace que los recursos necesarios para que opere sean elevados. En promedio, el costo por familia fluctúa entre los S/ 1,200 y S/ 1,500 al año (entre USD 360 y USD 450), siendo la mayor parte comprendida por los estipendios a las facilitadoras y los salarios de los acompañantes técnicos (51%). Al comparar dicho costo con otras experiencias en América Latina, estos no difieren en gran magnitud (USD 380). De acuerdo con las entrevistas realizadas, los recursos necesarios para ampliar la intervención podrían estar inhibiendo la capacidad de escalar la intervención, incluso a pesar de los resultados positivos que podría generar.

Por ello, en tales circunstancias cobra especial relevancia los espacios que existen para que el programa gane eficiencia, en el sentido de si existen oportunidades de ahorro únicamente. Los principales identificados son dos. Primero, mitigar a nivel operativo, la alta rotación de actores comunales y acompañantes técnicos, siendo este último el más relevante. Los costos hundidos al rotar de acompañantes técnicos son muy altos toda vez que de ellos depende mucho la



coordinación y articulación a nivel local. La cantidad de funciones realizadas a nivel local, referidas al acompañamiento de las facilitadoras, articulación con los encargados de niños de los centros de salud, la coordinación con las gerencias de desarrollo locales, y el seguimiento a los miembros de las juntas directivas de los comités de gestión y consejos de vigilancia hace que la adecuación tome su tiempo y genere costos adicionales al PNCM durante los primeros meses. Segundo, a nivel estratégico, aprovechar mejor las tecnológicas de información, esto es, desarrollar alguna estrategia que implique capacitaciones y orientaciones no presenciales, como el uso de tablets, para acompañantes técnicos y facilitadoras. Asimismo, se podrían aprovechar plataformas ya desarrolladas, como Aprendo en Casa, para llevar mensajes relacionados a la salud y nutrición de las niñas y niños. El aprovechamiento de las TICs y la implementación de este tipo de estrategia debería lograrse sin reducir la calidad media del programa. Según entrevistas con expertos y literatura revisada, la evidencia relacionada a la prestación del servicio o intervención a través de tablets parece ser buena en programas de educación financiera. En el caso de anemia, sería importante indagar sobre alguna estrategia de este tipo, sin dejar de lado la generación de empatía entre facilitadoras y madres o cuidadores principales, pero que permita escalar la intervención.

Sobre este último punto el contexto del COVID puede actuar como un acelerador y experiencia piloto de esta adaptación programática, en la medida que en un contexto de distanciamiento social impedirá la implementación presencial del programa. En este sentido la estrategia adoptada a la fecha (Estrategia temporal de vigilancia comunitaria no presencial) deberá ser evaluada para poder extraer los principales puntos a favor y en contra de implementar un servicio de manera remota. Con ello se podrían extraer lecciones aprendidas para plantear de modo permanente con objetivos de escalar la intervención alguna estrategia semipresencial o mixta, sin reducir la calidad media del programa.

La sostenibilidad de los resultados del programa en cuanto a anemia solo se ha explorado conceptualmente, siendo los factores críticos comentados la adecuada coordinación y articulación intersectorial; y seguimiento y monitoreo de las practicas promovidas. Al respecto la principal brecha se identifica respecto del nivel de coordinación de estrategias de lucha contra la anemia a nivel local. Lo que sí se analizó fueron las condiciones de continuidad del programa, entre las que destacan la asignación de recursos, y vinculado a ello, la prioridad política relacionada al desarrollo infantil. Asimismo, a nivel operativo, generar el incentivo necesario, sobre todo a nivel de facilitadoras y acompañantes técnicos, para atraer a personas que puedan brindar los servicios a una calidad mínima establecida.

5.2 Meta 4 del Programa de Incentivos

La Meta 4 denominada “Acciones para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia” forma parte del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal. La versión 2019 de esta Meta a cargo del Ministerio de Salud incorpora la estrategia de las visitas domiciliarias como mecanismo para realizar un seguimiento a la correcta adherencia del consumo de hierro en las familias con menores de 4 a 11 meses de nacido. Adicionalmente a ello, en estas visitas se imparte información sobre alimentación saludable, productos ricos en hierro, prácticas de higiene y cuidado infantil. Los gobiernos locales (provinciales y distritales) son los encargados de gestionar y ejecutar las visitas domiciliarias en cada uno de sus ámbitos de acción. Ellos con el apoyo del personal de los establecimientos de salud correspondientes y los actores sociales llevan a cabo la implementación de esta intervención. Los actores sociales mencionados refieren al personal encargado de realizar la visita domiciliaria.

Los objetivos de la intervención de Meta 4 se encuentran alineados a la política nacional de lucha contra la anemia a través del “Plan Nacional para la reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil 2017-2021”, ya que la estrategia de realizar visitas domiciliarias enfocado a menores de 12 meses para asegurar el consumo adecuado del suplemento de hierro



nace a partir de esa política. Asimismo, con el Plan Multisectorial, esta estrategia de visitas domiciliarias es vinculada y anexada al Programa de Incentivos del MEF, por lo que también es alineada a esta política. La Meta 4, contribuye en los indicadores multisectoriales relacionados a la anemia, razón por la cual desde su construcción la Meta 4 es parte de las intervenciones que se desarrollan en el marco del PAN.

A grandes rasgos, la lógica causal de Meta 4 es realizar la estrategia de visitas domiciliarias para impartir conocimiento en las familias sobre adherencia de hierro, alimentación saludable, entre otras, de tal forma que se genere cambio de comportamiento en esas familias sobre las prácticas de cuidado infantil. Con ese cambio de comportamiento obtenido se busca atacar a las causas del problema de la anemia y nutricional en la población objetivo. Dicha lógica causal trabajada conceptualmente para Meta 4 recoge ciertos componentes extraídos del modelo teórico del PAN. A raíz de ello, se identifican diferencias entre la población atendida (actividad) y la población a generar cambios (producto y efecto). Es decir, la población objetivo sobre la que se desea generar cambios (hasta 35 meses) difiere de la población efectiva atendida a través de las visitas domiciliarias (hasta 11 meses), debido a que se focaliza al periodo de edad clave para la mejor adherencia del consumo de hierro en los infantes.

La Meta 4 maneja indicadores tanto de cumplimiento operativo como de seguimiento. Estos dos grupos de indicadores solo pueden ser vinculados con la parte de actividades y producto de la cadena de resultados propuesta por el MINSA, por lo que resultan insuficientes para medir y evaluar los resultados de todos los niveles de su modelo lógico. Ante ello, se sugiere adoptar indicadores ya definidos en los documentos técnicos de los planes nacionales de lucha contra la anemia, para que de esa forma un evaluador del programa o encargado de seguimiento puedan medir los resultados de efecto e impacto de la intervención.

Los indicadores evaluados bajo la metodología SAMRT están relacionados al grupo enmarcado en los documentos técnicos, como los de cumplimiento operativo y los de seguimiento local. Cabe precisar que los indicadores del grupo empleado para la evaluación de las actividades operativas de las municipalidades son los únicos que poseen ficha técnicas elaboradas por los propios diseñadores de la Meta. De este grupo, los indicadores que miden el nivel de cumplimiento de las visitas domiciliarias realizadas cumplen con todos los criterios SMART, mientras que el indicador de conformación de la IAL no cumple con el criterio de relevancia, ya que no estaría midiendo de forma exacta la conformación real de la IAL ni su operación adecuada. Por otro lado, el grupo de indicadores de seguimiento local cumple con 4 de 5 criterios, siendo aquel que regularmente falla es el establecimiento de metas alcanzables.

La intervención ha tenido una adecuación protocolar para las diversas realidades sobre las que se desarrolla. Estos lineamientos se elaboraron con el fin de guiar a los responsables regionales y locales de tal forma que sean ellos los que concretamente adecúen las actividades. Esto ha generado contextos diferenciados ya que depende mucho de las capacidades de gestión y criterios que tengan los funcionarios locales y regionales para realizar las adecuaciones. La estrategia no es errada, siempre y cuando se establezcan lineamientos claros y explícitos sobre cómo llevar a cabo las actividades de la intervención considerando las realidades y necesidades de sus distritos, así como un nivel de acompañamiento o asistencia mínimos. Por ello, entre los distritos evaluados en el estudio se identifica heterogeneidad en la adecuación, según se puede intuir de las entrevistas realizadas. Para reforzar la adecuación, a nivel de diseño se podrían reforzar los lineamientos de adecuación haciéndolos más claros y abordando quizás las casuísticas más recurrentes. Adicionalmente, se puede implementar seguimiento y soporte constante en las zonas con adecuaciones deficientes. Aquí, el equipo regional de las DIRESA podría tomar el protagonismo, identificando dichas zonas para profundizar el trabajo con estas.

La Instancia de Articulación Local (IAL) sería el órgano local clave para lograr, por un lado, la articulación de las entidades pertinentes de la zona y cumplir con las metas planteadas por la intervención. Esta IAL ha servido para priorizar, dentro las actividades locales, a la lucha por la anemia y que sea el gobierno municipal que comande dichas funciones para lograr ese objetivo. Según la evidencia del trabajo de campo, las capacidades y la voluntad de los gobiernos locales ha influido considerablemente en la capacidad de articulación de la IAL y en su correcto



funcionamiento. Por ello, se notan resultados heterogéneos en las localidades visitadas. En aquellos distritos con bajo nivel de articulación el proceso de toma de decisiones al momento de la implementación se habría visto afectado. En estos casos, con la finalidad de no afectar los resultados de la intervención es necesario contar con un intermediario o que haga las veces de facilitador para corregir o aclarar las diferencias entre entidades. Aquí podría considerarse una responsabilidad compartida entre el equipo regional de DIRESA y Gestor PI.

La base para reclutar a los actores sociales de la intervención son los agentes comunitarios. Dependiendo de las condiciones iniciales que tengan estos actores, varía la situación que deben afrontar las municipalidades en cuanto a la convocatoria y selección de los visitadores. En algunas localidades los agentes comunitarios cumplen con los requisitos mínimos lo cual no genera inconvenientes, mientras que en otras localidades se presenta escasez de personal con un perfil mínimo adecuado. Esto fuerza a que la municipalidad enfrente la disyuntiva de reclutar persona que cumple de manera imperfecta el perfil o reclutar personal con escaso trabajo comunitario. Este hallazgo nos hace intuir que la definición de perfiles no ha tomado en cuenta cierta heterogeneidad en la disponibilidad de perfiles locales, por lo que la adaptación requerirá en alguna medida compatibilizar la demanda por perfiles capacitados con la oferta local. En este contexto la medida de mitigación disponible para evitar pérdidas en la especialización de estos perfiles sería aumentar la frecuencia e intensidad de las capacitaciones, asumiendo que existirán brechas de capital humano por cubrir. Al respecto, la percepción de las capacitaciones es nuevamente es heterogénea. El modelo en cascada adoptado si bien es costo efectivo, corre el riesgo de perder información si es que no hay un adecuado nivel de estandarización de los mensajes y monitoreo del proceso.

De la información revisada, el diseño operativo de las visitas aborda de forma clara y secuencial las actividades que se deben trabajar tanto en el momento previo como durante el desarrollo de la visita. Además, se detallan los pasos generales a seguir al inicio, en el desarrollo y al cierre de una visita domiciliaria, siendo concisos en cuanto a los mensajes claves a compartir con las familias beneficiarias.

Sin embargo, en la etapa de planificación de las visitas se identificaron cuellos de botella relacionados a la sectorización de los distritos. La principal razón de las dificultades en esta etapa de sectorizar se atribuiría a las incongruencias entre el catastro del aplicativo informativo con respecto al catastro que el establecimiento de salud o municipalidad pertinente poseía. Esto consecuentemente los habría llevado a cometer errores al momento de localizar a los usuarios objetivo y de asignar eficientemente a los actores sociales. Otra gran dificultad de la etapa de planificación de las visitas fue el padrón nominal. En muchos de los distritos de la muestra se comentaron problemas con dicho padrón. Los informantes locales o de DIRESA revelaron complicaciones con este padrón ya que no encontraban a los niños y niñas en las direcciones que figuraban en el aplicativo o no llegaban a encontrar a los niños y niñas que según la data figuraba en su distrito, y viceversa. Esto en cierta manera restringió la capacidad de cobertura de las municipalidades dado que no necesariamente se encontraba registrado adecuadamente su población objetivo por atender.

La percepción sobre la calidad de la visita, desde las madres beneficiarias, también es heterogénea. Algunas consideran que la cantidad de visitas que reciben al mes es suficiente y los contenidos les ayuda mucho, pero para otras la impresión es opuesta. Esto estaría asociado al nivel de empatía generado entre actor social y beneficiaria, lo cual no es igual en todas las localidades. El factor crítico detectado se relaciona cuando la visita va más allá del monitoreo de adherencia al hierro o no. Por ello, una de las medidas para mejorar la calidad de la visita sería reforzar la parte de capacitación hacia los actores sociales de tal manera que obtengan no solo conocimientos técnicos, sino que desarrollen habilidades de expresión, capacidad para relacionarse adecuadamente, entre otras capacidades interpersonales.

No obstante, un buen resultado encontrado es que el suplemento de hierro es un producto bien distribuido que abastece bastante bien a las familias entrevistadas. Casi la totalidad de las familias entrevistadas indicaron que no tuvieron problemas con el suministro del producto, el cual es entregado por el establecimiento de salud más cercano. De este modo, por lo menos para el año



2019 no se puede argumentar problemas de oferta complementaria mayores alrededor del programa, en este aspecto.

La intervención de Meta 4 focaliza a partir de la clasificación de municipalidades del MEF, en el marco del Programa de incentivos. Esta condición parece dificultar y limitar la selección adecuada de los distritos con mayor población de niños entre 4 y 11 meses de edad y con elevada prevalencia de anemia. Considerando los distritos focalizados, los niveles de cobertura son elevados siendo cercanos al 70% (al menos una visita domiciliaria). Los mayores niveles de cobertura se alcanzan en los distritos de tipo G y los menores en los tipo C. A lo largo de las entrevistas, se recoge una serie de factores que estarían limitando la cobertura de la intervención. (i) En las zonas urbanas, sería la cantidad poblacional por atender dado que, para poder cumplir con todos los niños objetivo se superarían las capacidades de acción de los municipios. (ii) En las zonas rurales, uno de los puntos más comentados por los informantes es la lejanía de las viviendas, la poca accesibilidad de las zonas y la gran cantidad de niños no encontrados. Al verificar la información estadística, pareciera que la razón (i) tendería a ser más crítica que (ii). Se ha calculado que un 6.7% del total de las visitas de Meta 4 fueron realizadas cuando él o la menor se encontraban fuera del rango objetivo de la intervención (4 a 11 meses). Asimismo, se identificó que el 1.4% de los niños visitados en 2019 pertenecían a un seguro de EsSalud, privado o de las fuerzas armadas/policía nacional, siendo estos también considerados como usuarios filtrados del programa.

Las municipalidades tipo G (rurales) son las que obtuvieron los mejores rendimientos en cuanto a la realización de visitas por todo el 2019. En las de tipo C (Lima Metropolitana) ocurrió lo contrario. De esta manera, pareciera que mientras mayor sea la cantidad de visitas domiciliarias que una municipalidad deba realizar, menor es la probabilidad de que cumplan lo planificado obteniendo, por ende, un menor rendimiento. Esto refuerza la idea que las dificultades de implementación de la estrategia en zonas urbanas por un tema de escala son mayores a las que se presentan en zonas rurales por un tema de dispersión. Con respecto a las cantidades de VD recibidas a lo largo de todo 2019, cerca del 36% de los usuarios atendidos se les visitó entre 6 a 8 veces, seguido de un 30% del total que recibió entre 3 a 5 VD. Además, se registra que un 11% de la población atendida no logró recibir una dosis completa de VD según lo estipulado en los documentos de diseño, es decir solo se les realizó entre 1 o 2 visitas en total.

La evidencia preliminar (MEF 2020) aun no permite concluir sobre la existencia de efectos significativos relacionados a la prevalencia de anemia. Los factores que podrían estar limitando a los resultados de las intervenciones según las entrevistas realizadas estarían asociados principalmente a: la mala calidad del agua para consumo humano, los bajos ingresos económicos que limita el consumo de productos ricos en hierro recomendados por los visitadores, la poca voluntad política por la lucha contra la anemia, a baja adherencia efectiva por los efectos secundarios percibidos. Es decir, todas razones que podrían estar incidiendo en un bajo efecto mínimo detectable por parte de la intervención, por lo que no se podría descartar tampoco problemas de potencia en las evaluaciones realizadas.

La intervención de Meta 4 es intensiva en mano de obra. Del presupuesto inicial modificado transferido a las municipalidades pertinentes, el 74% de ese monto es destinado al pago de los estipendios otorgados a los actores sociales, y al pago mensual del coordinador de estos actores. La intervención gasta un promedio anual de US\$ 37 dólares por cada niño y niña atendido. Hay un cierto consenso sobre el poco espacio para ganar eficiencias en esta intervención. Sin embargo, se destacan dos frentes en los que se puede avanzar: (i) a nivel operativo, mejorando la información del padrón nominal para reducir la incidencia de visitas fallidas, (ii) nuevamente a nivel operativo generar los incentivos que eviten a rotación de personal a todo nivel; y (iii) a nivel estratégico, al igual que SAF se menciona la importancia de la articulación interinstitucional, sobre todo local, así como el aprovechamiento de TICs.

Sobre este último punto la experiencia COVID nuevamente puede generar un contexto de aprendizaje para el desarrollo e implementación de estrategias semipresenciales en el futuro con número acotado de visitas y luego monitoreo usando medios virtuales o refuerzo de mensajes a través de medios masivos usados por el Estado. Al respecto, en un contexto de Covid19 y



distanciamiento social, los expertos recomiendan una serie de condiciones para poder implementar adecuadamente las intervenciones de visitas domiciliarias. Entre estas sugerencias tenemos: entablar una comunicación inicial vía telefónica dado que de forma presencial podría generar rechazos o miedos por los riesgos sanitarios del acercamiento de los AS a sus domicilios, elaborar una base de datos telefónicos sólida dado que será el principal medio de comunicación entre consejeros y usuarias, la entrega de mensajes breves y concisos para un mayor entendimiento de las cuidadoras, asegurar el abastecimiento de sulfato ferroso en los centros de salud y la entrega del producto a las familias, ya que, sin cumplirse ello, atendería notablemente sobre los intereses de la intervención.

Para asegurar la continuidad del programa y la sostenibilidad de sus resultados, uno de los factores identificados más importantes a considerar es la voluntad política tanto a nivel nacional como a nivel local. Según comentan los informantes locales, si las autoridades no tienen dentro de su agenda la lucha contra la anemia, las actividades que busquen este fin podrían ser relegadas a un segundo plano. Asociado con ello, la asignación presupuestal es clave para asegurar el desarrollo de la intervención a un nivel local. La sostenibilidad de los resultados va a depender mucho de la calidad del servicio entregado a la población: si este servicio es de baja calidad, en caso se logre efectividad del programa como los cambios de comportamiento, estos serán solo temporales. Además, inevitablemente se debe mantener un nivel de acompañamiento mínimo, pero constante a la población ya sea con las VD o de forma masiva para mantener los resultados alcanzados con la Meta 4.

6. RECOMENDACIONES

A continuación, se plantean recomendaciones a nivel de cada intervención, pero previo a ello queremos compartir algunas espacios de mejora que, de manera general, se han identificado a lo largo de la consultoría. Por ejemplo, la necesidad de identificar e implementar un paquete integral de servicios. Si bien a nivel conceptual se elaboró el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, a nivel local aun pareciera que persisten esfuerzos individuales en cada sector, dificultando de esta manera, plantear una estrategia adecuada en cada localidad. Es necesario, de esta manera, fortalecer los espacios de articulación y la gestión territorial para que puedan sacar adelante estrategias enfocadas en la reducción de la anemia aprovechando intervenciones diseñadas a nivel nacional, como es el caso de SAF y Meta 4 del PI. Cualquier estrategia en el marco de la lucha contra la anemia, a su vez, debería estar acompañada de una estrategia de comunicación que involucre a los primeros niveles de atención y prestación de los servicios a nivel local. De esta manera se podría esperar una retroalimentación respecto a dificultades que pueda haber a nivel territorial, e incluirlas en el diseño de estas estrategias. Asimismo, es prioritario avanzar en la evaluación de impacto de las intervenciones para extraer evidencia concreta de cuáles son los aspectos que están funcionando y cuáles no. Si bien en el documento se han referenciado algunos resultados preliminares, es imperativo avanzar en la línea de mejorar y complementar esta evidencia. Dichas evaluaciones deberán realizarse a lo largo de toda la cadena causal. Es decir, no solo anemia o indicadores de cambio de comportamiento, sino adherencia de hierro, calidad de la visita domiciliaria y niveles de satisfacción y empatía.

6.1 Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más

A nivel de diseño, adecuar el modelo lógico del programa con el fin de operativizar los resultados esperados en anemia y cambio de comportamiento en la estructura lógica del programa. Asimismo, establecer la metodología para la medición de indicadores, asociados al modelo lógico adaptado, así como establecer metas explícitas sobre cada uno de los mismos expuestas en las correspondientes fichas de indicadores. El PNCM ya ha avanzado en esta línea al elaborar la cadena de valor de sus servicios, por lo que creemos que la adaptación podría lograrse en poco tiempo. En todo caso, la urgencia por hacerlo radica en que si el resultado intermedio de anemia y los cambios de comportamiento que debería facilitar no se reconocen en la línea causal o en



los instrumentos de diseño se corre el riesgo de limitar la forma en que operativamente el programa se orienta a resultados, lo cual en este caso particular puede ser un riesgo mayor considerando la multiplicidad de comportamientos que se promueven que pueden invisibilizarse entre sí.

Fortalecer el modelo de cogestión, sobre todo buscando mecanismos que incentiven la participación activa de funcionarios en las instancias de coordinación local así como los niveles de articulación de estas instancias con otros esfuerzos locales de lucha contra la anemia, sobre todo con el sector salud. Unido a la recomendación anterior, se puede estudiar si es que parte de los incentivos pueden venir estableciendo metas concretas vinculadas a las actividades del comité de gestión y comité de vigilancia relacionadas con el propósito del programa, pero que se puedan visibilizar en el ámbito municipal. Una forma de avanzar en esta dirección es explorar en qué medida el set de indicadores por implementarse podría incluir, además, indicadores relacionados al cumplimiento de actividades y desempeño de los comités de gestión y consejos de vigilancia, con el objetivo de realizar un monitoreo más cercano a su labor. Asimismo, fortalecer el monitoreo cercano de las capacitaciones realizadas en el ámbito del programa, sobre todo en los actores locales de orden superior.

Explorar espacios de ganancias de eficiencia con el objetivo de avanzar en el escalamiento de la intervención. Al respecto destaca mitigar en lo posible la rotación de actores locales incluyendo facilitadoras y acompañantes técnicos. Las medidas adoptar pasan necesariamente por la revisión de los estipendios otorgados, diferenciándolos según los desafíos logísticos que enfrentan las distintas zonas atendidas y transparentando mecanismos a través de los cuales se puedan reconocer gastos adicionales por la ocurrencia de riesgos durante el desempeño de la labor. Asimismo, es posible implementar incentivos no pecuniarios visibilizando y reconociendo la labor de estos actores a nivel local. Finalmente, y de modo estructural para escalar la intervención, explorar la adopción de TICs en el desarrollo de esquemas de intervención semi presenciales que permitan brindar el servicio a un menor costo y a una mayor escala. La experiencia de la adaptación programáticas al COVID deberían ser usadas como experiencias piloto por lo que deberán ser adecuadamente documentadas y evaluadas para extraer lecciones críticas de un potencial nuevo modelo operativo mixto (semi presencial) que no genere pérdida de impactos medios.

6.2 Meta 4 del Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal

En cuanto al diseño, se recomienda asociar el conjunto de indicadores con la cadena de resultados de forma explícita y que quede plasmado en algún documento o protocolo de monitoreo a nivel central. De esta forma los indicadores de índole operativo el programa debería vincularse con indicadores multisectoriales que permitan evidenciar los resultados de cambio de comportamiento y anemia que supone la intervención. Ello implicaría, también, evidenciar los encadenamientos causales con literatura científica, asociar indicadores a cada nivel de la cadena de resultados, así como supuestos y potenciales riesgos según corresponda. Una forma de hacerlo es formular una matriz de marco lógico, lo cual podría ser evaluado por las autoridades correspondientes.

Además, a nivel local, se puede mejorar el aplicativo web. En al menos 3 de los 8 distritos evaluados, los funcionarios municipales o los coordinadores de las VD no se encontraban familiarizados plenamente con los indicadores de seguimiento ofrecidos y disponibles en el aplicativo web. Estos indicadores de seguimiento al estar más vinculados a temas de nutrición infantil temprana y no directamente con los resultados inmediatos relacionados con la intervención, cumplen una función referencial, con lo cual, no son evaluados dentro del programa. Ante ello, se sugiere implementar indicadores que permitan monitorear los resultados de cambio de comportamiento que supone la intervención o indicadores que permitan analizar la calidad con la que se realizan las visitas, sobre los cuales, al estar mucho más asociados a la



intervención sí podrían considerarse como criterio evaluador de las municipalidades. Estudiar esta posibilidad podría estar a cargo del equipo de OGTI del MINSA junto con el equipo correspondiente de estadística de las DIRESAS.

Abordar las diferencias estructurales en la capacidad de los actores locales con el fin de adaptar el programa a la distintas necesidades y realidades territoriales. Para ello, se podrían explorar alternativas que refuercen dos puntos clave. El primero está relacionado a la elaboración de documentos guía que contengan los lineamientos claros y de fácil entendimiento para los actores locales y regionales, en donde se trabajen diversas casuísticas recurrentes a lo largo de los distritos de la intervención, a partir de los cuales se analice el cómo abordarlos para lograr una correcta adecuación del programa. Dichos lineamientos deben ser plenamente socializados con los actores locales competentes, instruyendo especialmente al equipo regional de cada zona, de tal manera que sean estos los que puedan dar soporte a cualquier duda o inconveniente que tengan los actores locales. El segundo punto está asociado a buscar alternativas para fomentar el compromiso y dedicación por parte del equipo regional de las DIRESA y también por parte del Gestor PI para asistir y apoyar ante cualquier adversidad y dificultad que puedan presentar los actores locales, poniendo especial énfasis en las zonas donde la intervención no logró una buena adecuación en 2019. De esta forma se mejorará la estrategia de adecuación, ya que se considera al personal de DIRESA como los actores clave del sector salud para asistir en primera instancia a los funcionarios municipales y establecimientos de salud.

Respecto al modelo operativo la dependencia de la capacidad de articulación de la IAL a las habilidades y voluntad de los funcionarios de turno hace necesario, en el mediano plazo, que se analicen mecanismos para institucionalizar procedimientos de coordinación. Sin embargo, en el corto plazo para evitar que la falta disposición a coordinar afecte el proceso de toma de decisiones deberá designarse alguna especie de facilitador de la coordinación interinstitucional, labor que bien podría recaer en la DIRESA.

Tomando en cuenta la heterogeneidad en las habilidades de los candidatos a actores sociales, dada la oferta de capital humano en ciertas zonas, adoptar una actitud conservadora respecto a la capacidad atraer talento. Es decir, mitigar cualquier brecha de conocimiento aumentando las dosis de capacitación y reforzándolas. Para ello, se sugiere reforzar no solo a través de las normativas y lineamientos con los contenidos desarrollados, sino también a través de un seguimiento exhaustivo. Esto con el fin de poder garantizar, primero la realización de una cantidad mínima de capacitaciones y, segundo, una buena calidad de estas en la cual, aparte de lo teórico y conceptual, también se desarrollen sesiones demostrativas fomentando la participación de los actores sociales y que refuercen habilidades blandas que permitan fomentar la confianza y empatía con los beneficiarios. Asimismo, se deben diseñar mecanismos de retención a los actores sociales con mayor experiencia y representatividad en las comunidades.

Asimismo, se recomienda estudiar la forma de superar las deficiencias del padrón nominal que se maneja a lo largo de intervención. Con la versión 2020 de la Meta 4 se modificó la primera actividad de cumplimiento de la intervención, es decir, en lugar de considerar a la conformación de la IAL (2019) se reemplazó por la corrección y modificaciones del padrón nominal (2020). Esta es una medida que va a ayudar a las municipalidades, pero debe complementarse con un estudio exhaustivo de las causas que están generando esas imprecisiones del padrón nominal.

Finalmente, se sugiere realizar estudios que evalúen la metodología de selección de distritos que conforman la Meta 4 con la finalidad de focalizar las zonas de mayor población objetivo y de mayor incidencia de anemia. Por ejemplo, para esto se sugiere explorar nuevas metodologías que no involucren a la normativa establecida por el Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal, como la no consideración de los tipos de municipalidades.



7. PRINCIPALES LIMITACIONES

Son 2 las principales limitaciones que tiene el presente estudio. A continuación, se detalla cada una de ellas.

- Metodología de evaluación y limitación en la información de las intervenciones

La evaluación llevada a cabo para el presente estudio descansa, en gran medida, en una metodología cualitativa la cual estuvo apoyada en documentación de cada uno de los programas. Esto ha representado una limitación en tanto no se puede establecer relaciones de causalidad entre las intervenciones y los resultados esperados por las mismas. Si bien, como se ha presentado en la sección previa, se tiene hallazgos importantes en cuanto a la operatividad de las intervenciones y sus resultados, desde la percepción de actores involucrados, no se ha podido cuantificar en qué medida las intervenciones han podido incidir en algunos resultados encontrados. Asimismo, se ha tenido limitado acceso a indicadores de cada una de las intervenciones. Por un lado, la fuente utilizada (ENDES) aproxima de manera imperfecta los ámbitos de intervención, por otro, si bien en el caso de Meta 4 PI se obtuvo información detallada del padrón de la intervención, este no detalla indicadores de marco lógico (anemia y cambio de comportamiento). En el caso de SAF, se pudo acceder a información de algunos indicadores de manera agregada a nivel distrital; sin embargo, no se pudo contar con indicadores de monitoreo del programa. Por ello insistimos en la naturaleza referencial de los hallazgos cuya virtud es identificar un grupo extenso de aspectos que más llaman la atención de los programas para que posteriormente se desarrollen los instrumentos de investigación comprobatorios.

- Virtualización del campo

Otro factor limitante del presente estudio corresponde a la virtualización de alrededor del 50% del campo planeado. Debido a la situación actual respecto al COVID 19, se cambió la estrategia de campo presencial a una que sea completamente virtual. Esto implicó retrasos en el trabajo de campo. A su vez, considerando que también se tenían que realizar entrevistas con familias usuarias de los servicios, era previsible que se tengan fuertes limitaciones respecto a la conectividad. Si bien se pudo contactar a la totalidad de informantes que se planteó entrevistar y en general hubo una buena disposición para responder las preguntas, los retrasos para completar todas las entrevistas generaron cierta distancia temporal entre ellas. En relación con ello, se tuvo que trabajar y recopilar información en un contexto en el que las intervenciones habían sido suspendidas. La estrategia adoptada para enfrentar ello fue indagando sobre la percepción de los informantes en una situación previa al COVID 19. La recordación, sin embargo, puede no ser perfecta y se pueden haber omitido aspectos importantes que no hayan sido mencionados durante las entrevistas.



8. BIBLIOGRAFÍA

- Aboud, F. E., et al., Effectiveness of a parenting program in Bangladesh to address early childhood health, growth and development, *Social Science & Medicine* (2013).
- Akram, D. S., Agboatwalla, M., & Shamshad, S. (1997). Effect of intervention on promotion of exclusive breast feeding. *JOURNAL-PAKISTAN MEDICAL ASSOCIATION*, 47, 46-48.
- Alaimo K, Olson C, Frongillo EA. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic, and psychosocial development. *Pediatrics* 2001;108(1): 44–53.
- Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA, Briefel R. Food insufficiency, family income, and health in U.S. preschool and school-aged children. *Am J Public Health* 2001;91(5):781–6.
- Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA. Low family income and food insufficiency in relation to overweight in U.S. children. Is there a Paradox? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(10):1161–7.
- Alcázar, L. (2011). Impacto económico de la anemia en el Perú.
- Aracena, M. et al (2009). A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers.
- Araujo, M. C., Dormal, M., & Rubio-Codina, M. (2018). Quality of Parenting Programs and Child Development Outcomes: The Case of Peru's Cuna Mas.
- Atkins-Burnett S., Monahan S., Tarullo L., et al. Measuring the Quality of Caregiver-Child Interactions for Infants and Toddlers (Q-CCIT). OPRE Report 2015-13. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, US Department of Health and Human Services; 2015.
- Attanasio, O.; Fernández, C.; Fitzsimons, E.; Grantham-McGregor, S.; Meghir, C. & Rubio-Codina, M. (2014). Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial. *The British Medical Journal*, BMJ 349:g5785.
- Attanasio, O; Bird, M; Cardona-Sosa, L; Lavado, P (2019) Freeing Financial Education via Tablets: Experimental Evidence from Colombia. NBER Working Paper No. 25929
- Baker-Henningham, H., & Lopez-Boo, F. (2010). Early Childhood Stimulation Interventions in Developing Countries: A Comprehensive Literature Review. IZA Discussion Paper Series (5282).
- Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozatlin, E., Shankar, A.H. y S.V. Subramanian (2011) Anaemia in low-income and middle-income countries. Boston, Department of Global Health and Population
- Benavides, M., León, J., Veramendi, M. L., & D'Azevedo, A. M. (2012). Los accidentes en los niños: un estudio en contexto de pobreza. MISC.



- Berkley, J., Mwangi, I., Griffiths, K., Ahmed, I., Mithwani, S., English, M., ... & Maitland, K. (2005). Assessment of severe malnutrition among hospitalized children in rural Kenya: comparison of weight for height and mid upper arm circumference. *Jama*, 294(5), 591-597.
- Berlinski, Samuel, and Norbert Schady, eds. 2015. *The Early Years*. New York: Palgrave Macmillan US. <http://link.springer.com/10.1057/9781137536495>.
- Britto, P. R., Ponguta, L. A., Reyes, C., & Karnati, R. (2015). A systematic review of parenting programs for young children. New York: UNICEF.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. En R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187–249). Jessica Kingsley Publishers.
- Brown, C. H., & Liao, J. (1999). Principles for designing randomized preventive trials in mental health an emerging developmental epidemiology paradigm, *American Journal of Community Psychology* (Vol. 27, pp. 673-710). New York, USA: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Bushamuka, V. N., de Pee, S., Talukder, A., Kiess, L., Panagides, D., Taher, A., & Bloem, M. (2005). Impact of a homestead gardening program on household food security and empowerment of women in Bangladesh. *Food and Nutrition*
- Calder, D.; Burrell, L.; Rodriguez, K.; Shea Crwne, S.; Rohde, C. & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 31, Issue 8, pp. 829-852.
- Castro, J. (2015). *Effects of Early Childhood Development Interventions on Parental Behaviour: Evidence from a Home-Visiting Programme in Peru*. Lima: Universidad del Pacífico.
- Chong, A., Hentschel, J., & Saavedra, J. (2003). *Bundling of Basic Services and Household Welfare in Developing Countries: The Case of Peru*. Background Report, The World Bank, Washington, DC.
- Coates J, Swindale A, Bilinsky P. Household food insecurity access scale (HFIAS) for measurement of food access: indicator guide. Washington, DC: Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development; 2007.
- De Oliveira, M. I. C., Camacho, L. A. B., & Tedstone, A. E. (2001). Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*, 17(4), 326-343.
- Dewey, K. G., & Mayers, D. R. (2011). Early child growth: how do nutrition and infection interaction Maternal & child nutrition, 7, 129-142.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350



- Engle, P. L., Black, M. M., Behrman, J. R., De Mello, M. C., Gertler, P. J., Kapiriri, L., ... & International Child Development Steering Group. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet*, 369(9557), 229-242.
- Engle, P. L., Fernal, L. C., Alderman, H., Behrman, J., O'Gara, C., Yousafzai, A., Group, G. C. D. S. (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378, 1339-1353.
- Escobal, J., Saavedra, J., Suárez, P., Huttly, S., Penny, M., Lanata, C., & Villar, E. (2005). The interaction of public assets, private assets and community characteristics and its effect on early childhood height-for-age in Peru.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers AA, Murray CJL (2004). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Faber M, Phungula MA, Venter SL, Dhansay MA, Benad'e AJ. (2002) Home gardens focusing on the production of yellow and dark-green leafy vegetables increase the serum retinol concentrations of 2-5-y-old children in South Africa. *Am J Clin Nutr.*; 76(5):1048-1054.
- FAO/WHO (2004). Requerimiento de Vitaminas y Minerales para la Nutrición Humana.
- Fiorini, M., & Keane, M. (2014). How the Allocation of Children's Time Affects Cognitive and Noncognitive Development. *Journal of Labor Economics*, 32, 787-836.
- Froozani, M.D. et al (1999). Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(5), 381-385.
- Gardner JM, Powell CA, Baker-Henningham H, Walker SP, Cole TJ, Grantham-McGregor SM.(2005) Zinc supplementation and psychosocial stimulation: effects on the development of undernourished Jamaican children. *Am J Clin Nutr*; 82:399-405.
- Garner A.S. Home visiting and the biology of toxic stress: opportunities to address early childhood adversity. *Pediatrics*. 2013;132: S65–S73.
- Gomby, D. (1999). Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *The future of children*.
- GRADE (2020) Evaluación mixta de la implementación de la intervención de visitas domiciliarias con actores sociales por el Ministerio de salud en el marco de la prioridad de salud infantil. Producto 3: Informe de trabajo de campo del componente cualitativo.
- Grantham-McGregor S, Powell C, Walker S, Himes J. (1991) Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*; 338:1-5.
- Grantham-McGregor S, (2003) Does Iron-Deficiency Anemia Affect Child Development?. *Pediatrics*. Vol. 112, Issue 4



- Grantham-McGregor, S.; Fernald, L.; Kagawa, L. & Walker, S. (2014). Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status. *Annals of The New York Academy of Sciences*, Vol. 1308, pp. 11-32.
- Hallgren, K., Boller, K., & Paulsell, D. (2010.) Better beginnings: Partnering with families for early learning home visit observations. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research. Document No. pp. 10-61.
- Howard, K. & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The Future of Children*, Vol. 19, No. 2, Preventing Child Maltreatment (FALL 2009), pp. 119-146.
- Hoyer, S., & Horvat, L. (2000). Successful breast-feeding as a result of a health education programme for mothers. *Journal of advanced nursing*, 32(5), 1158-1167.
- Huberman, H., & Mendelsohn, A. (2012). Preventive Interventions: Parenting and the Home Environment. In V. Maholmes & R. King (Eds.), *The Oxford Handbook of Poverty and Child Development*: Oxford University Press.
- Korfmacher, J., Sparr M., Chawla, N., Fulford, J., & Fleming, J. (2012). Illinois Prevention Initiative (PI) Birth to Three Program Evaluation. Chicago, IL: Erikson Institute.
- Leer, J., López Bóo, F., Perez Expósito, A., & Powell, C. (2016). A snapshot on the quality of seven home visit parenting programs in Latin America and the Caribbean.
- Legason ID, Atiku A, Ssenyonga R, Olupot-Olupot P, Barugahare JB. Prevalence of Anaemia and associated risk factors among children in North-Western Uganda: a cross sectional study. *BMC Hematol*. 2017;17(1):10.
- Luby, S. P., Agboatwalla, M., Feikin, D. R., Painter, J., Billhimer, W., Altaf, A., & Hoekstra, R. M. (2005). Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 366(9481), 225-233.
- Luo, R., Emmers, D., Warrinnier, N., Rozelle, S., & Sylvia, S. (2019). Using community health workers to deliver a scalable integrated parenting program in rural China: A cluster-randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, 239, 112545.
- Masset E, Haddad L, Cornelius A, Isaza-Castro J. Effectiveness of agricultural interventions that aim to improve nutritional status of children: systematic review. *BMJ*. 2012;344: d8222.
- MEF (2020a) Efecto de las visitas domiciliarias SAF en la prevalencia de anemia: evaluación de impacto con data administrative. Dirección de calidad del gasto público.
- MEF (2020b) Efecto de las visitas domiciliarias SAF en la prevalencia de anemia y adeherncia de hierro. Dirección de Calidad de Gasto Público.
- MEF (2020c) Evaluación de impacto de las visitas domiciliarias del PI – Meta 4. Dirección de calidad de gasto público. Versión preliminar.
- Michalopoulos, C., Faucetta, K., Hill, C. J., Portilla, X. A., Burrell, L., Lee, H., & Knox, V. (2019). Impacts on family outcomes of evidence-based early childhood home visiting: Results from the mother and infant home visiting program evaluation. *Mathematica Policy Research*.



- Minkovitz, S.; O'Neill, K. & Duggan, A. (2016). Home Visiting: A Service Strategy to Reduce Poverty and Mitigate Its Consequences. *Academic Pediatrics*, Vol. 16, Issue 13, pp. S105 - S111.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mistry K.B., Minkovitz C.S., Riley A.W., et al. A new framework for childhood health promotion: the role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health. *Am J Public Health*. 2012;102:1688–16967.
- Moran, P., Ghatge, D., and van der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence*. Research Report RR574 20014, Policy Research Bureau.
- Murphy JM, Wehler CA, Pagano ME, Little M, Kleinman RE, Jellinek MS. Relationship between hunger and psychosocial functioning in low-income American children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(2):163–70.
- Nahar B, Hossain MI, Hamadani JD, Ahmed T, Huda SN, Grantham-McGregor SM, et al. Effects of a community-based approach of food and psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in Bangladesh: a randomised trial. *Eur J Clin Nutr* 2012; 66:701-9.
- Nievar, A.; Van Egeren, L. & Pollard, S. (2010). A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behaviour. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 31(5), pp. 499 - 520.
- O'Brien, R. A., Moritz, P., Luckey, D. W., McClatchey, M. W., Ingoldsby, E. M., & Olds, D. L. (2012). Mixed methods analysis of participant attrition in the nurse-family partnership. *Prevention Science*, 13(3), 219-228.
- Olds, D. et al (2014). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Desarrollo de la primera infancia: un potente equalizador*
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra.*
- Organización Mundial de la Salud (2015) *The Global Prevalence of Anaemia in 2011*. Geneva: World Health Organization.
- Osei, A.; Pandey, P.; Nielsen, J.; Pries, A.; Spiro, D.; Davis, D.; Quinn, V. & Haselow, N. (2016). Combining Home Garden, Poultry, and Nutrition Education Program Targeted to Families With Young Children Improved Anemia Among Children and Anemia and Underweight Among Nonpregnant Women in Nepal. *Food and Nutrition Bulletin*, Vol. 83, Issue 1, pp. 49 - 64.
- Paton, L; Tsourtos, G (2013) *Exploring mothers' perspectives of an intensive home visiting program in Australia: A qualitative study.*



- Paulsell, D., Avellar, S., Martin, E. S., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. Mathematica Policy Research.
- Pelto, G. H., Santos, I., Gonçalves, H., Victora, C., Martines, J., & Habicht, J. P. (2004). Nutrition counseling training changes physician behavior and improves caregiver knowledge acquisition. *The Journal of nutrition*, 134(2), 357-362.
- Penny, M. E., Creed-Kanashiro, H. M., Robert, R. C., Narro, M. R., Caulfield, L. E., & Black, R. E. (2005). Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 365(9474), 1863-1872.
- Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention*, 29(2), 119-140.
- Powell, C., & Grantham-McGregor, S. (1989). Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*, 84(1), 157-164.
- Riley, S., Brady, A., Goldberg, J., Jacobs, F., & Easterbrooks, A. (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 597-612.
- Roggman, L. A., Boyce, L. K., Cook, G. A., & Jump, V. K. (2001). Inside home visits: A collaborative look at process and quality. *Early Childhood Research Quarterly*, 16, 53-71.
- Roggman, L. A., Christiansen, K., Cook, G. A., Jump, V. K., Boyce, L. K., & Peterson, C. A. (2006). Home visits: Measuring how they work. Presentation in the Early Intervention Research Institute, Mini-Conference, Logan, UT.
- Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education and Development*, 19(4), 574-599.
- Rotheram-Borus, M. J., Le Roux, I. M., Tomlinson, M., Mbewu, N., Comulada, W. S., Le Roux, K., ... & Greco, E. (2011). Philani Plus (+): a Mentor Mother community health worker home visiting program to improve maternal and infants' outcomes. *Prevention Science*, 12(4), 372-388.
- Ruel, M. T., Menon, P., Habicht, J. P., Loechl, C., Bergeron, G., Pelto, G., ... & Hankebo, B. (2008). Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 371(9612), 588-595.
- Schodt, S., Parr, J., Araujo, M. C., & Rubio-Codina, M. (2015). Measuring the Quality of Home-Visiting Services. A review of the literature. Nota técnica IDB-TN-881. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Sama, Miller, E.; Akers, L.; Mraz-Esposito, A.; Coughlin, R. & Zukiewicz, M. Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary September 2019. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, US Department of Health and Human Services; 2019.



- Shonkoff J.P., Garner A.S., AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:e232–e246.
- Sinha, B., Chowdhury, R., Sankar, M. J., Martines, J., Taneja, S., Mazumder, S., ... & Bhandari, N. (2015). Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 114-134.
- Skalicky, A., Meyers, A., Adams, W., Yang, Z., Cook, J. & Frank, D. (2006). Child Food Insecurity and Iron Deficiency Anemia in Low-Income Infants and Toddlers in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, Vol. 10, No. 2, pp. 177-185.
- Sled, M. et al (2004). Estimating the unit costs for Home-Start support en PSSRU (2004). Unit costs of health and social care.
- Stewart, C. P., Dewey, K. G., Lin, A., Pickering, A. J., Byrd, K. A., Jannat, K., ... & Arnold, C. D. (2019). Effects of lipid-based nutrient supplements and infant and young child feeding counseling with or without improved water, sanitation, and hygiene (WASH) on anemia and micronutrient status: results from 2 cluster-randomized trials in Kenya and Bangladesh. *The American journal of clinical nutrition*, 109(1), 148-164.
- Stewart, C. P., Fernald, L. C., Weber, A. M., Arnold, C., & Galasso, E. (2020). Lipid-Based Nutrient Supplementation Reduces Child Anemia and Increases Micronutrient Status in Madagascar: A Multiarm Cluster-Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nutrition*, 150(4), 958-966.
- Stoltzfus, E., & Lynch, K. (2009). Home visitation for families with young children. R40705. Washington, DC: Congressional Research Service.
- Victora, C. G., Kirkwood, B. R., Ashworth, A., Black, R. E., Rogers, S., Sazawal, S., ... & Gove, S. (1999). Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition. *The American journal of clinical nutrition*, 70(3), 309-320.
- Velásquez-Hurtado, J. E., Rodríguez, Y., Gonzáles, M., Astete-Robilliard, L., Loyola-Romaní, J., Vigo, W. E., & Rosas-Aguirre, Á. M. (2016). Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica*, 36(2), 220-229.
- Vogel, C. A., Caronongan, P., Thomas, J., Bandel, E., Xue, Y., Henke, J., ... & Murphy, L. (2015). Toddlers in Early Head Start: A Portrait of 2-Year-Olds, Their Families, and the Programs Serving Them (Executive Summary) (No. aeb78516d8c64039a9afdbece7d63290). Mathematica Policy Research.
- Waber DP, Vuori-Christiansen L, Ortiz N, Clement JR, Christiansen NE, Mora JO, et al. Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *Am J Clin Nutr* 1981; 34:807-13.
- Walker, S. (2010). Promoting Equity through Early Child Development Interventions for Children from Birth through Three Years of Age. In H. Alderman (Ed.), *No Small Matter*



The Impact of Poverty, Shocks and Human Capital Investments in Early Childhood Development. Washington, DC: The World Bank.

- Walker, S. et al (2015). Delivering parenting interventions through health services in the Caribbean: impact, acceptability and costs. IDB Working Paper Series IDB-WP-642.
- Wallander, J. L., McClure, E., Biasini, F., Goudar, S. S., Pasha, O., Chomba, E., ... & Carlo, W. (2010). Brain research to ameliorate impaired neurodevelopment-home-based intervention trial (BRAIN-HIT). *BMC pediatrics*, 10(1), 27.
- Walter, T., De Andraca, I., Chadud, P., & Perales, C. G. (1989). Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. *Pediatrics*, 84(1), 7-17.
- Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2001). Home visiting procedures for helping families (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Weinreb L, Wehler C, Perloff J, Scott R, Hosmer D, Sagor L, Gunderson C. Hunger: Its impact on children's health and mental health. *Pediatrics* 2002;110(4):e41. Available at: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/4/e41>.
- Yoshikawa, H. (1995). Long-Term Effects of Early Childhood Programs on Social Outcomes and Delinquency. *The Future of Children*, Vol. 5, No. 3, pp. 51-75.
- Yu-Ying, W. A. N. G., Chun-Ming, C. H. E. N., Fu-Zhen, W. A. N. G., Mei, J. I. A., & Ke-An, W. A. N. G. (2009). Effects of nutrient fortified complementary food supplements on anemia of infants and young children in poor rural of Gansu. *Biomedical and Environmental Sciences*, 22(3), 194-200.
- Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):716-22. doi:10.17843/rpmesp.2017.344.3251



9. ANEXOS

En archivo adjunto se presentan los anexos del documento:

Anexo 1. Detalle metodológico

Anexo 2. Instrumentos de campo

