



TRABAJANDO POR LA PRIMERA INFANCIA:
22 EXPERIENCIAS REGIONALES

TRABAJANDO POR LA PRIMERA INFANCIA:
22 EXPERIENCIAS REGIONALES

TRABAJANDO POR LA PRIMERA INFANCIA:

22 experiencias regionales

© MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Primera Edición 2016

Corrección de Estilo:

León Portocarrero Iglesias

Diseño y Diagramación:

GRPSTUDIO / Germán Rojas Portaro

Fotografía:

Archivo fotográfico de la Oficina General de Comunicaciones

Archivo fotográfico de la Dirección General de Políticas y Estrategias

Coordinación de la Publicación:

Cinthia Vidal De La Torre - Coordinadora

Erika Desiree Acosta Zavala

Óscar Bravo Mesia

Colaboradores:

Pedro Hurtado Cánepa

Rommy Ríos Núñez

Rubén Grández Bernal

Tiraje:

1000 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la

Biblioteca Nacional del Perú N° 2016 - 02562

Impreso en:

Le Crayon Soluciones Gráficas de

Nancy Margarita Salazar Trujillo

Jr. Bartolomé Herrera 349, Urb. Chacra Cerro, Lima 07

ÍNDICE

Introducción	Pág. 7
Paola Bustamante Suárez Ministra de Desarrollo e Inclusión Social	
Presentación	Pág. 8
Nelson Chui Mejía Presidente de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales	
Desarrollo Infantil Temprano (DIT):	Pág. 9
Compromiso del Estado con los niños y niñas del Perú	
Ariela Luna Flórez	
Viceministra de Políticas y Evaluación Social	
Norma Vidal Añaños	
Viceministra de Prestaciones Sociales	
Experiencias Regionales	
Amazonas	Pág. 21
Áncash	Pág. 29
Apurímac	Pág. 33
Arequipa	Pág. 39
Ayacucho	Pág. 47
Cajamarca	Pág. 55
Huancavelica	Pág. 59
Huánuco	Pág. 63
Ica	Pág. 69
Junín	Pág. 73
La Libertad	Pág. 77
Lambayeque	Pág. 81
Lima	Pág. 87
Madre de Dios	Pág. 95
Moquegua	Pág. 99
Pasco	Pág. 103
Piura	Pág. 107
Puno	Pág. 119
San Martín	Pág. 123
Tacna	Pág. 129
Tumbes	Pág. 133
Ucayali	Pág. 137
Conclusiones	Pág. 141

INTRODUCCIÓN

Paola Bustamante Suárez

Ministra de Desarrollo e Inclusión Social

La descentralización ha sido uno de los procesos de reforma del Estado que generó desde inicios de la década pasada mayores expectativas en la población del Perú. Se le consideró un elemento fundamental para la modernización del Estado y para orientar la gestión política y administrativa del territorio en función de los ciudadanos. Paralelamente a este proceso, el país experimentó un significativo crecimiento económico que en el contexto de la descentralización implicó retos y oportunidades. Retos para que la transferencia de funciones y competencias se concrete en una eficiente ejecución del presupuesto y oportunidades, no solo para mejorar la provisión de los servicios del Estado, sino fundamentalmente para que estos se encuentren al alcance de quienes más lo necesitan, de los más pobres y los más excluidos.

La inclusión define el carácter de la política pública en el Perú y del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), desde su creación el 2011, siendo este quien cumple la función rectora para su implementación. En este marco, el MIDIS ha impulsado la conformación de mecanismos de articulación intergubernamental e intersectorial fundamentales para fortalecer la institucionalidad de aquellos procesos que aportan a una gestión articulada del territorio y que inciden en la voluntad del Estado peruano por implementar una política que promueva el ejercicio de los derechos de las personas, el desarrollo de sus capacidades, la superación de la pobreza y la equidad.

En noviembre del 2014, se constituye la Comisión Intergubernamental de Desarrollo e Inclusión Social, como la instancia permanente de coordinación que ha permitido al gobierno nacional y a los gobiernos regionales poner en marcha la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” (en adelante, ENDIS).

En una primera etapa, la Comisión Intergubernamental de Desarrollo e Inclusión Social, priorizó el trabajo articulado en el territorio para avanzar en el cumplimiento de los dos primeros ejes de la ENDIS: nutrición infantil y Desarrollo Infantil Temprano (DIT), colocando a la primera infancia como primer punto a desarrollar de manera conjunta.

El presente documento recoge 22 experiencias a nivel nacional que muestran las acciones de política que los gobiernos regionales han implementado de manera articulada con el MIDIS y otros sectores estratégicos del Estado para promover el desarrollo de la primera infancia en el país. La sistematización de la información ha implicado un arduo trabajo de coordinación con las autoridades y funcionarios de los gobiernos subnacionales, principalmente con las gerencias de desarrollo social, así como con el personal técnico de los diferentes sectores que operan en el territorio. Este nivel de coordinación es una expresión del grado de institucionalidad que han alcanzado los mecanismos de articulación puestos en marcha por el MIDIS, siendo sus resultados, acaso, el principal legado de la Comisión Intergubernamental de Desarrollo e Inclusión Social.

La primera parte de este documento presenta los avances a la fecha del DIT en el país, haciendo énfasis en los resultados detrás de los procesos de gestión e implementación de la política del sector. La segunda parte agrupa –en la propia voz de las regiones– las experiencias exitosas en torno al DIT, presentadas como testimonio de un esfuerzo por alinear las acciones de gobierno del territorio a las políticas del Estado.

Queremos resaltar la importancia que para este trabajo han tenido las autoridades y los funcionarios de los gobiernos regionales de todo el país, que con su firme disposición para el diálogo y el trabajo articulado, han conseguido involucrar a los aliados del territorio en la consecución de metas comunes relacionadas a la primera infancia. También saludamos el importante papel articulador de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR), la Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE) y la Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú (REMURPE), que como integrantes de la Comisión Intergubernamental de Desarrollo e Inclusión Social han facilitado la realización de acciones conjuntas entre los niveles de gobierno y los diferentes sectores.

PRESENTACIÓN

Nelson Chui Mejía

Presidente de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR)

Un especial agradecimiento a la señora Paola Bustamante Suárez, ministra de Desarrollo e Inclusión Social, por permitirme opinar sobre un tema trascendental para el país: la atención a la primera infancia. Esta debe estar considerada en la agenda de los acuerdos de gobernabilidad que deben firmar todos los candidatos que postulan a dirigir los destinos del país, comprometiéndose además a darle la continuidad debida a los programas sociales, sobre todo a los que tienen que ver con madres gestantes y a la primera infancia. En ese sentido, es necesario reconocer el gran esfuerzo que se viene implementando desde hace algunos años en colocar la atención a la primera infancia como política pública, con la participación activa del sector Salud, Educación y Vivienda, además de los gobiernos regionales y locales, liderados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Esta articulación de los tres niveles de gobierno está permitiendo disminuir sustancialmente la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y la anemia, especialmente desde que asumimos la distribución de los Multimicronutrientes (MMN) como parte del compromiso del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), en el entendido que durante los tres primeros años de vida se realizan las interconexiones de las neuronas para el desarrollo del cerebro, lo que significa que la primera infancia es un periodo esencial que define el desarrollo y las potencialidades de los niños y niñas de nuestro país. Es por ello que causa una gran preocupación que en el debate electoral no se escuche a ningún candidato priorizar la primera infancia como eje fundamental para lograr combatir la pobreza con sostenibilidad.

Al respecto, es importante reconocer los resultados de la prueba Programme for International Student Assessment (PISA) para el año 2012, donde ocupamos los últimos lugares, sobre todo en matemáticas, razón por la cual la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) concluyó que el 95% de los escolares pobres del Perú tienen un bajo desempeño en dicha materia. Nosotros estamos convencidos de que esto es consecuencia de una deficiente nutrición, el poco acceso a la salud y al uso de agua contaminada durante la primera infancia.

En ese sentido, y acorde a los esfuerzos señalados anteriormente, la presente edición resalta diversas experiencias regionales de atención a la primera infancia. En base a dichas experiencias podremos ver que la gran mayoría de regiones se ha centrado en la reducción de la DCI (la que ha venido disminuyendo sostenida y considerablemente durante el último quinquenio) y en la disminución de los casos de anemia (la que también se está reduciendo gracias a una mejor y más eficiente distribución y utilización de los MMN, a la ampliación de la cobertura del Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años (CRED) o a la implementación de programas de seguridad alimentaria). Por otro lado, también veremos que algunas regiones se han concentrado en garantizar agua saludable y saneamiento en los hogares de su jurisdicción. Otro grupo de regiones ha enfatizado su accionar en el incremento de la educación inicial para los niños y niñas de entre tres y cinco años, mientras que se tienen dos experiencias regionales que hacen énfasis en el registro de identidad como un paso indispensable para garantizar el acceso de todos los niños y niñas a los programas sociales, para luego hacer un seguimiento nominal. Asimismo, existen tres valiosas experiencias que implementan el DIT de manera integral y que merecen conocerse con mayor detalle.

Finalmente, esta publicación se configura como un importante referente para la ciudadanía, sobre todo para que los gobiernos regionales y otras instituciones puedan replicar aquellas buenas prácticas resaltadas en esta edición.

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (DIT):

Compromiso del Estado con los niños y niñas del Perú

Ariela Luna Flórez - Viceministra de Políticas y Evaluación Social del MIDIS

Norma Vidal Añaños - Viceministra de Prestaciones Sociales del MIDIS

La investigación científica y el conocimiento logrado en la última década son concluyentes: **la inversión en el desarrollo infantil temprano es la inversión social más rentable para un país**. La razón: los fundamentos del desarrollo, prosperidad y sostenibilidad de la sociedad en su conjunto, se establecen en los primeros años de vida de sus niños y de sus niñas. Es en los primeros años de vida cuando se define, en gran medida, la capacidad de una persona para desplegar su potencial y consolidarse, en la adultez, como ciudadano responsable y productivo para sí mismo, su familia y la sociedad.

En ese sentido, el Estado ha consensuado –articulando el trabajo de diez sectores– que el Desarrollo Infantil Temprano, es un proceso progresivo e integral que abarca desde la etapa de gestación hasta los cinco años de vida de las niñas y los niños, planteando una visión integral de la niña y niño la cual implica:

Niñas y niños en el Perú con buen estado de salud y nutrición, con pensamiento crítico, comunicacionalmente efectivos y con iniciativa, emocionalmente seguros de sí, socialmente competentes y autónomos, en pleno ejercicio de sus derechos; que vivan una infancia feliz, libre de violencia, con igualdad de oportunidades y en permanente respeto de sus particularidades.

Para lograr esta visión se han establecido siete resultados que apuntan a que cada niña y niño tenga un Desarrollo Adecuado:

1. Lograr que al momento de nacer los niños y las niñas tengan un peso mayor a 2500 gramos y su edad gestacional fluctúe entre las 37 y 41 semanas.
2. Fortalecer el vínculo afectivo entre el niño o la niña con su madre o un adulto significativo, de manera tal que a los 12 meses los niños y las niñas logren un apego seguro.
3. Preservar el adecuado estado nutricional de las niñas y niños, a fin de evitar la desnutrición crónica y la anemia antes de los 36 meses.
4. Favorecer el inicio y el logro de la comunicación de acuerdo con la edad, de tal manera que a los 36 meses los niños y niñas se comuniquen verbalmente de manera efectiva.
5. Favorecer que a los 18 meses de edad las niñas y niños logren caminar libremente por propia iniciativa y regulando su equilibrio.
6. Lograr que las niñas y niños entre 2 a 5 años adquieran la capacidad de reconocer, expresar y comunicar sus emociones, manejando sus reacciones ante las diversas situaciones.
7. Favorecer que las niñas y niños en sus primeros 5 años desarrollen la capacidad para representar sus vivencias logrando la función simbólica.

Algunos de los hitos más importantes para promover la implementación del Desarrollo Infantil Temprano, han sido:

La firma del compromiso intersectorial e intergubernamental para promover el Desarrollo Infantil Temprano como Prioridad de la Política Pública

Firmado en Lamay-Cusco 2013 y ratificado en Santa María del Valle - Huánuco 2015 - logrando que los sectores de Salud; Educación; Desarrollo e Inclusión Social; Mujer y Poblaciones Vulnerables; y de Vivienda, Construcción y Saneamiento, conjuntamente con los representantes de los niveles regionales y locales de gobierno, suscriban las siguientes metas al año 2016:

- Reducción de la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en niñas y niños de cero a cinco años de edad, al 10%.
- Reducción de la proporción de niñas y niños de 6 a 36 meses de edad que padecen de anemia en el país, al 20%.
- Incremento de la asistencia de niñas y niños de entre tres y cinco años de edad a educación básica regular, a 85%.
- Incremento de la proporción de hogares que cuentan con acceso a agua segura y con servicios de saneamiento, respectivamente, a 85%.

Los avances en el cumplimiento de estas metas han sido consistentes en el nivel nacional y también ha representado mejoras en los indicadores regionales, según se evidencia en la siguiente tabla y gráfico (ver figura y tabla 1)

Figura N° 1

Evolución de indicadores nacionales de Desarrollo Infantil Temprano. Lamay 2011-2014



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010 -2014.



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010 -2014.



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010 -2014.



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010 -2014.

Tabla N° 1

Evolución de Indicadores priorizados en el Compromiso de Desarrollo Infantil Temprano según región del país 2010-2014

Ámbito	DCI en niñas y niños menores de 5 años ¹		Anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses ¹		Asistencia de niños y niñas de 3 y 5 años a Educación Básica Regular ²		Hogares con agua y saneamiento ²	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
Nacional	19,5%	14,6%	41,6%	46,8%	80,7%	85,2%	68,0%	72,5%
Amazonas	27,5%	30,8%	41,7%	59,5%	73,9%	88,8%	40,2%	64,0%
Áncash	26,9%	20,5%	42,2%	45,8%	90,9%	92,1%	66,0%	79,7%
Apurímac	39,3%	27,3%	47,4%	53,0%	80,8%	88,9%	45,9%	56,9%
Arequipa	9,0%	7,3%	36,7%	39,2%	74,6%	81,4%	77,0%	76,8%
Ayacucho	35,3%	26,3%	41,5%	45,8%	78,7%	80,4%	54,8%	58,1%
Cajamarca	37,6%	32,2%	45,0%	48,5%	77,4%	87,7%	60,9%	65,9%
Cusco	29,9%	18,2%	64,1%	56,3%	82,0%	75,5%	54,1%	65,7%
Huancavelica	54,2%	35,0%	48,7%	63,7%	78,1%	81,3%	38,8%	54,5%
Huánuco	34,3%	24,8%	53,3%	44,3%	69,5%	80,6%	50,4%	55,0%
Ica	8,9%	6,9%	46,8%	36,8%	85,9%	93,8%	79,4%	81,3%
Junín	26,7%	22,1%	57,2%	64,0%	69,2%	75,5%	65,0%	69,4%
La Libertad	23,2%	19,9%	32,4%	35,8%	74,2%	88,2%	71,5%	75,9%
Lambayeque	16,2%	14,3%	44,8%	40,9%	78,7%	82,9%	70,4%	75,6%
Lima	8,0%	4,8%	27,5%	38,4%	88,1%	90,8%	87,7%	89,8%
Loreto	34,2%	24,6%	55,5%	59,2%	68,0%	75,5%	34,7%	35,6%
Madre de Dios	11,9%	9,8%	59,2%	68,4%	74,5%	80,9%	41,6%	46,0%
Moquegua	5,7%	4,2%	45,4%	36,1%	93,5%	91,3%	80,2%	85,6%
Pasco	24,8%	24,9%	53,2%	60,6%	72,9%	82,5%	30,2%	48,0%
Piura	20,9%	21,7%	36,6%	43,9%	84,1%	85,5%	53,9%	54,0%
Puno	21,5%	17,9%	71,1%	82,0%	79,1%	76,1%	42,3%	45,5%
San Martín	22,8%	16,0%	33,5%	47,6%	75,1%	77,5%	47,2%	56,3%
Tacna	3,7%	3,7%	48,5%	41,5%	83,9%	86,2%	85,0%	87,2%
Tumbes	11,0%	8,3%	40,5%	52,2%	90,3%	88,0%	62,2%	60,3%
Ucayali	31,4%	26,1%	49,5%	59,6%	70,9%	73,6%	27,5%	24,0%

Fuente:

1 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011-2014.

2 Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2011-2014

Trabajo intersectorial para la medición de los siete resultados para lograr el Desarrollo Infantil Temprano

A través de la incorporación en La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) ha incorporado un módulo de registro de información relevante para la estimación de los indicadores sobre cinco resultados que anteriormente no se medían en el país. Estos indicadores se refieren al apego seguro, al desarrollo motor a través del camina solo, la regulación de emociones y comportamientos, a la comunicación verbal efectiva y la función simbólica (representación de las vivencias).

Formulación de los paquetes de servicios integrados que toda gestante, niña y niño debe recibir para contribuir con su desarrollo infantil:

Paquete 1: Antes del Parto

- 4 exámenes auxiliares en el primer trimestre.
- Al menos 4 atenciones prenatales.
- Suplemento de hierro y ácido fólico.

Paquete 2: Los primeros 24 meses de las niñas y niños

- Documento Nacional de identidad.
- Control de CRED completo para la edad.
- Vacunas de neumococo y rotavirus.
- Suplemento de hierro (micronutrientes).
- Acompañamiento familiar.

Paquete 3: Niñas y niños entre 3 a 5 años

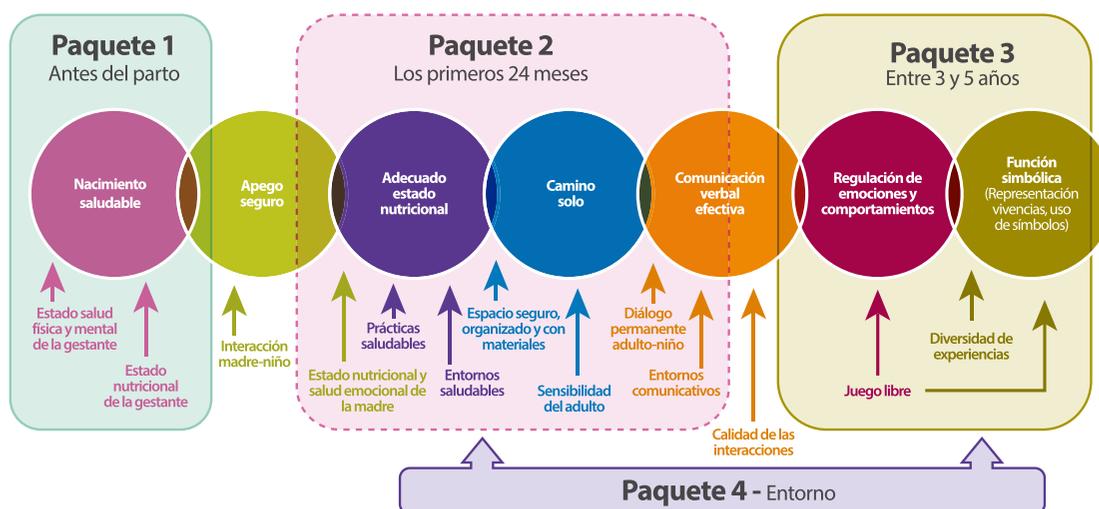
- Acceso oportuno a la educación inicial.

Paquete 4: Acceso a agua clorada para consumo humano

Estos cuatro paquetes de servicios integrados son los que actualmente el país puede asegurar tanto en su implementación como en su medición. Sin embargo, requiere que se continúe trabajando en lograr que todas las intervenciones efectivas sean incorporadas en estos paquetes y se logre impactar en todos los resultados priorizados del DIT, tal como se señala en el siguiente gráfico (ver la figura N° 2).

Figura N° 2

Aporte de los Paquetes de servicios integrados a los resultados priorizados del Desarrollo Infantil Temprano



Implementación de mecanismos de incentivos para promover el Desarrollo Infantil Temprano (DIT)

La evidencia demuestra que la aplicación de herramientas innovadoras de gestión que propicien e incentiven a un mejor desempeño de la administración pública hacia resultados prioritarios, son un elemento movilizador para acelerar el cierre de tales brechas.

En tal sentido, se plantea la creación de dos mecanismos con el propósito de impulsar el logro de los resultados establecidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS) priorizando las intervenciones en materia de Desarrollo Infantil Temprano.

A nivel Regional: Fondo de estímulo al desempeño y logro de resultados sociales FED

- EL FED es un mecanismo de incentivo económico a las entidades del gobierno nacional y/o regional con el objetivo mejorar la gestión de productos y servicios priorizados de programas presupuestales vinculados al Desarrollo Infantil Temprano (DIT).
- El FED va de la provisión desarticulada de productos y servicios a una lógica de integralidad de la atención en el territorio. De esta manera, cada gestante, niño y niña hasta los 5 años de edad recibe un paquete de servicios adecuados y de manera oportuna por parte del Estado.
- Con el FED se pasa de medir cobertura de servicios aislados a una lógica de cobertura de paquetes integrados de servicios: para ello se suscriben Convenios de Asignación por Desempeño CAD entre los gobiernos regionales, MIDIS y MEF precisando que la verificación del cumplimiento de los indicadores se realiza en quintiles 1 y 2 departamentales.
- Por este mecanismo, a la fecha se les ha asignado a los diferentes gobiernos regionales 430 millones de soles.

A nivel Local: Sello Municipal "INCLUIR PARA CRECER gestión local para las personas"

- El Sello Municipal, es un premio nacional de reconocimiento del Estado a las capacidades de gestión pública de las municipalidades distritales por cumplir con las metas orientadas a: (i) fortalecer las acciones vinculadas al Desarrollo Infantil Temprano en los menores de cinco años, (ii) promover el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, (iii) contribuir con la inclusión económica, (iv) mejorar la protección de las personas adultas mayores y (v) generar condiciones que favorezcan un entorno apropiado.
- La primera edición del Sello Municipal ha congregado la participación voluntaria de 621 distritos de los quintiles más pobres del territorio nacional, quienes tienen hasta el mes de abril para el reporte en el cumplimiento de metas.
- Actualmente el Sello Municipal contempla 4 productos ligados al Desarrollo Infantil Temprano: que las niñas y niños menores de 12 meses accedan oportunamente al DNI, que estén inscritos en el padrón nominal - instrumento que permite realizar el seguimiento nominal de los servicios que los niños y niñas deben recibir- implementación de un espacio público de juego para niñas y niños de 0 a 5 años y la gestión en el provisionamiento de agua segura.

Impulso a Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad a través de la operación de las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS).

El 22 de setiembre de 2015 se promulgó el Decreto Legislativo N° 1197 en el que se aprueba que el **Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social** tendrá a su cargo la coordinación de las intervenciones en el marco de la **Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad** dirigida al desarrollo y protección de los pueblos indígenas con énfasis en la Amazonía, la misma que comprende la operación de las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS).

Las PIAS consisten en la implementación de un medio de transporte fluvial que es operado de manera itinerante por la Marina de Guerra del Perú, para acercar los servicios y programas del Estado, a la población rural amazónica, donde la Plataforma Local o fija no tie-

ne cobertura o lo hace parcialmente; es decir, complementa la oferta fija de servicios que se brindan en estas zonas. Esta estrategia en materia de Desarrollo Infantil Temprano contribuirá a que gestantes, niñas y niños de poblaciones amazónicas reciban:

- Atenciones médicas y trámites SIS.
- Inicio del trámite y entrega del Documento Nacional de Identidad.
- Acceso a servicios del Banco de la Nación.
- Información sobre programas sociales.
- Prevención de violencia y acciones del Programa "Juguemos" para menores de 5 años.
- Desarrolla capacidades en prevención de situaciones de riesgo y vulneración de derechos de poblaciones vulnerables

A continuación detallaremos avances de acciones relacionadas a los factores asociados al Desarrollo Infantil Temprano:

Acciones relacionadas a los factores asociados a la salud de la niña y niño

Asegurar el acceso a la salud permite que la gestante, niña y niño acceda de manera oportuna al paquete integral de servicios para contribuir al Desarrollo Infantil. En ese sentido se destaca:

- Extensión de la protección financiera en salud y la universalización de la atención en el grupo de niños entre cero y cinco años, así como en el grupo de las mujeres gestantes y púérperas (45 días posparto), indiferentemente de su situación socioeconómica¹. Esta medida permite su afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS) y el acceso gratuito a la atención y provisión del paquete completo madre-niño/niña de servicios, requeridos para prevenir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), entre otras enfermedades.
- Universalización de la suplementación preventiva con MMN como intervención efectiva para reducir la anemia nutricional en los niños y niñas de 6 a 36 meses. El Plan de Universalización de la Suplementación con Multimicronutrientes estima que gracias a esta medida se logrará atender a 1 418 595 niños y niñas, entre los años 2014 y 2016.

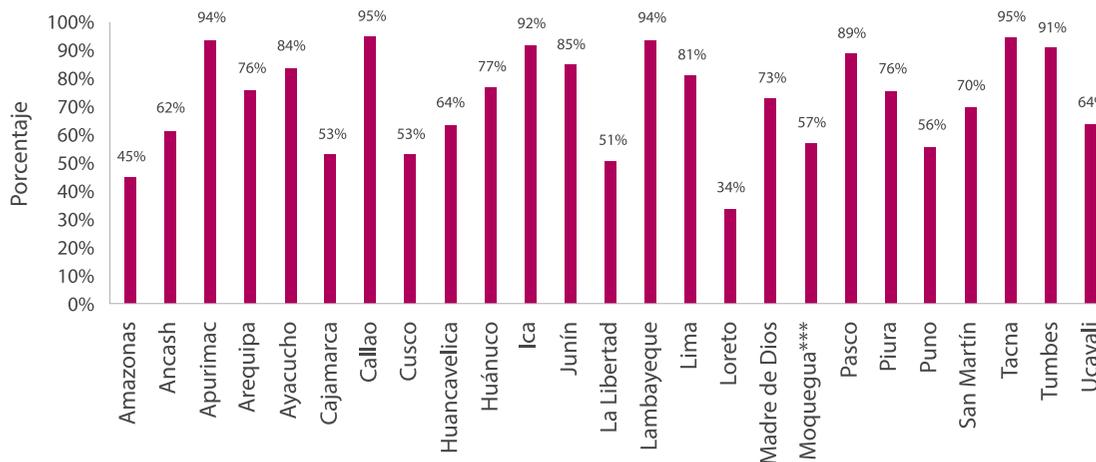
• Implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, periodo 2014-2016 (MINSA), el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en el Perú 2014-2018 (MINSA) y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, para el Periodo 2013-2021.

• Impulso al seguimiento nominal de la niña y niño menor de seis años a través del padrón nominal, instrumento que permite conocer la cantidad de niñas y niños que vive en el distrito, permitiendo gestionar de manera oportuna los servicios básicos de identidad, salud, educación y protección social.

• Por otro lado, se han realizado importantes esfuerzos de articulación con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) para incrementar la identificación de las niñas y niños a través de la entrega del Certificado de Nacido Vivo (CNV) en línea. Ello se expresa en el aumento de la proporción de partos atendidos (a octubre 2015) financiados por el SIS con emisión del CNV por regiones (ver el gráfico N° 1).

Gráfico N° 1

Proporción de partos SIS con emisión de CNV



Nota:

*=NOVIEMBRE es el último mes con datos completos.

**= Se considera coincidencia de DNI y año-mes de atención de parto.

***=Los datos corresponden al mes de octubre.

Fuente:

Base de datos SIS, datos de atenciones a niños y gestante 2015 (enero-diciembre)

Base de datos CNV 2015 (ene-dic)

Base de datos de RENAES (extraída el 08/ene/2016)

¹ Decreto Legislativo N° 1164 de diciembre del 2013. La norma elimina la barrera económica de acceso a la atención de las gestantes y púérperas, y de los niños y niñas menores de cinco años.

Estas acciones desde los establecimientos de salud, son complementadas a través del Programa de Apoyo a los más pobres (JUNTOS), el cual a través de las condicionalidades a la población usuaria, busca afiliar tempranamente a las gestantes antes de cumplir los tres meses de gestación para que puedan cumplir con sus responsabilidades de controles prenatales oportunos. Ello contribuirá a reducir riesgos de embarazo prematuros y favorecerá al logro de nacimientos saludables. Asimismo, se ha priorizado el registro de recién nacidos en los primeros treinta días a fin de otorgarles atención oportuna. Los sucesivos controles de crecimiento y desarrollo del niño o niña van a contribuir a mejorar su estado nutricional y a superar la anemia. De igual forma a través del Programa JUNTOS se impulsa que las niñas y niños accedan a los servicios de CRED contribuyendo a asegurar la entrega del paquete integrado a las niñas y niños menores de 24 meses. Al respecto, se han verificado la corresponsabilidad en salud de 13 049 madres gestantes y de 237 428 niños y niñas menores de cinco años para su atención CRED (periodo noviembre-diciembre del 2015).

Acciones relacionadas a los factores asociados al desarrollo y aprendizaje de las niñas y niños menores de cinco años

Programa Cuna Más

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) tiene como objetivo mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. Para ello, el PNCM opera a través de dos servicios: el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), que funcionan bajo un modelo de gestión comunal que se basa en una estrategia de cogestión entre dicho programa y la comunidad organizada. Asimismo, el PNCM coordina con las autoridades locales y otros sectores del Estado, como RENIEC, Salud, Educación, entre otros, con la finalidad de facilitar el acceso a servicios y así asegurar los derechos de las niñas y niños.

- El PNCM, al cierre del año 2015, atendió a 135 390 usuarios, de los cuales 53 516 corresponden al SCD y 81 874 al SAF, interviniendo, a dicho corte, en 24 departamentos y en la Provincia Constitucional del Callao, llegando a un total de 173 provincias y 858 distritos del país.
- A través del SCD se interviene en 23 departamentos y en la Provincia Constitucional del Callao, lo que se traduce en 125 provincias y 358 distritos, beneficiando a 53 516 usuarios. Asimismo, a través del

SAF se interviene en 18 departamentos, 126 provincias y 578 distritos, beneficiando a un total de 81 874 usuarios.

- El PNCM incorpora el enfoque intercultural dentro de la prestación del servicio. Atiende a un total de 105 distritos, beneficiando a un total de 18 881 usuarios: 4493 usuarios ubicados en 7 departamentos reciben el SCD y 14 388 usuarios en 97 distritos de ámbitos amazónicos, a través de SAF. Asimismo, hoy el PNCM cuenta con facilitadores que son miembros de las comunidades y que hablan las lenguas originarias de la zona.
 - El PNCM ha fortalecido las capacidades de la comunidad organizada a través de la conformación de 2191 comités para la gestión de los servicios a diciembre de 2015 (650 de estos comités están organizados para brindar el SCD y 1541 para el SAF).
 - A diciembre del 2015, el PNCM contaba con 7876 madres cuidadoras y 1491 madres guías encargadas de brindar la atención en los Centros de Cuidado Diurno y con 8352 facilitadores que semanalmente visitan los hogares de las zonas rurales más alejadas para brindar el SAF.
 - Se cuenta con 1332 locales de Hogares de Cuidado Diurno, incrementándose los Centros de Cuidado Diurno (de 1113 a 1758 locales).
 - Gracias a un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional suscrito entre el MIDIS, el MINSA y el SIS, el PNCM coordina con el MINSA aspectos relacionados al reparto y consumo de MMN entre sus beneficiarios en el marco de acciones para apoyar la reducción de la DCI.
- #### **Educación Básica Regular Ciclo I**
- El Ministerio de Educación (MINEDU) atiende a 86 772 niños y niñas de cero a dos años. Aproximadamente el 5% a nivel nacional.

- En este punto, destaca la implementación de diferentes modalidades de atención a los niños y niñas de cero a dos años a través de servicios educativos dirigidos, así como otros servicios orientados al entorno familiar y comunitario: Programa Integral de Estimulación Temprana en Base a la Familia (PIETBAF), dos horas, una vez por semana; Programa Integral de Estimulación Temprana (PIET) y Ludotecas itinerantes, dos horas, dos veces por semana; Programa de Atención Integral a niños menores de tres años a través de Grupos de Madres (PAIGRUMA), dos horas, tres veces por semana; Salas de Educa-

ción Temprana (SET), cuatro horas diarias, cinco veces a la semana; cunas jardines, cuatro horas, cinco veces por semana; y cunas, ocho horas, cinco veces por semana.

Educación Básica Regular Ciclo II

- Se busca universalizar el servicio de educación inicial para las y los menores de tres a cinco años. En ese sentido, el Estado peruano viene implementando acciones estratégicas que le han permitido ampliar la cobertura de 72.6%, en el año 2011, a 81.3%, al cierre del 2014, a favor de más niños y niñas del país.

- Para ello se viene ampliando y creando servicios educativos escolarizados y no escolarizados, así como la conversión de los locales del Programa no escolarizado de Educación Inicial. Además, se han desarrollado alternativas de atención pertinentes para los menores de tres a cinco años que viven en ámbitos dispersos (con menos de ocho niños). Esta labor es articulada con las Direcciones Regionales de Educación (DRE) y las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL).

- Otro avance importante que destacar en el marco de las acciones intersectoriales es la conformación de un grupo de trabajo sobre las intervenciones educativas con familia, conformado por el Ministerio de Educación (MINEDU), el Ministerio de Salud (MINSAL), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Este grupo tiene como finalidad definir los contenidos, mensajes y protocolos para el trabajo con familias.

Acciones relacionadas a los factores asociados de protección: eliminación de todo tipo de violencia

Las intervenciones y metas propuestas en los lineamientos al respecto de la violencia, están dentro del marco de los resultados esperados en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) para la primera infancia (de cero a cinco años), en las líneas de (i) embarazo y nacimiento, (ii) salud y nutrición y (iii) educación. Asimismo, se está poniendo énfasis en las intervenciones efectivas relacionadas a la protección para prevenir y/o mitigar el impacto de la violencia hacia niñas, niños y mujeres.

Cabe recalcar, además, que desde el MIMP se están realizando diversas acciones que contribuyen al abordaje del DIT. Entre ellas están:

- El impulso del Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual, cuyo objetivo es reducir los índices de violencia hacia niños, niñas, adolescentes y mujeres en el contexto familiar.

- La creación de las Defensorías Municipales del Niño y del Adolescente (DEMUNA), que comprenden servicios especializados en la atención integral de niños, niñas y adolescentes, así como servicios de detección y denuncia de casos, además del acompañamiento y apoyo psicosocial a la víctima y su familia.

- El impulso de los Centros de Emergencia Mujer (CEM).

- La aceleración de los procesos de investigación tutelar destinados a verificar el presunto estado de abandono en que se encuentra un niño, niña y/o adolescente, para una protección inmediata y definir su situación.

- El inicio del Proyecto Vidas, orientado a la atención integral de las adolescentes y mujeres adultas embarazadas que han sufrido violencia sexual o que viven en un entorno de violencia familiar.

- El seguimiento a la instalación de lactarios institucionales, contando hasta la fecha con 518, de los cuales 283 corresponden a lactarios implementados en entidades del sector público y 235 en entidades del sector privado, beneficiándose así a aproximadamente 4604 mujeres trabajadoras con hijos e hijas en periodo de lactancia.

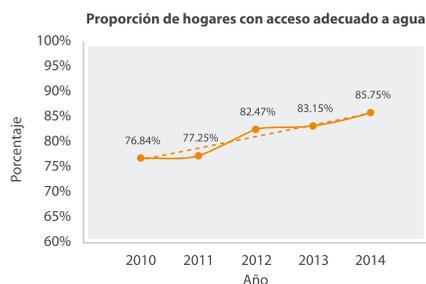
- La promoción del juego a través de espacios comunitarios mediante la iniciativa Juguemos, donde se promueve el juego como derecho y herramienta para fomentar una convivencia positiva.

Acciones relacionadas a promover el entorno saludable

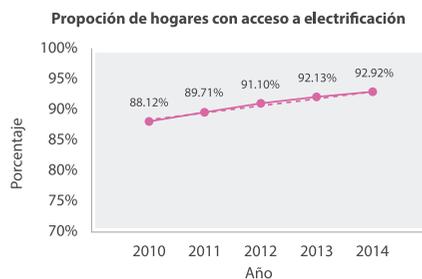
La existencia de brechas en el acceso a servicios básicos impactan en el bienestar y en la calidad de vida de las poblaciones, afectando – entre otras cosas– las condiciones de desarrollo de los niños y niñas. En el Perú se muestran los siguientes avances en relación a indicadores de cobertura de servicios básicos (Figura n° 02)

Figura N° 2

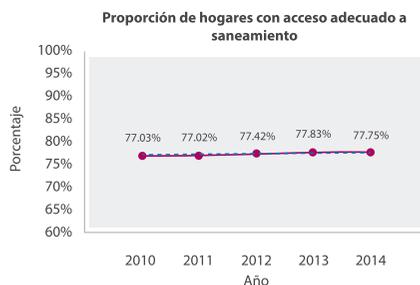
Evolución de la cobertura de servicios de agua, saneamiento, electrificación y telefonía (2010-2014)



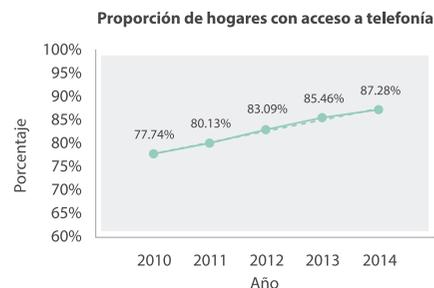
Nota: La estimación considera Hogares con acceso a agua vía red Pública y Pilón
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) - INEI



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) - INEI



Nota: La estimación considera Hogares con servicios higiénicos vía red pública y Pozo séptico.
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) - INEI



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) - INEI

Con el propósito de incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida de los hogares, a través del cierre de brechas de cobertura y el aumento de calidad de los servicios básicos (agua y saneamiento, electrificación, telecomunicaciones y caminos vecinales), en las zonas rurales de los distritos más excluidos y pobres del país, se creó el Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (FONIE)², el cual opera en articulación con los gobiernos regionales, locales y el gobierno central. A la fecha, el FONIE ha realizado transferencias por un monto de 1 millón 30 mil 200 soles destinados a implementar 1508 intervenciones en un total de 534 distritos focalizados. De dicho monto, 740 mil 900 soles se han dirigido a financiar inversiones en agua y saneamiento en las zonas de mayor pobreza y exclusión.

Por su parte, el Programa Nacional de Saneamiento Rural y Urbano del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, ha destinado recursos en zonas rurales para asegurar baños dignos, agua de calidad, comunicación y educación sanitaria, así como para el fortalecimiento de capacidades en la administración, operación y mantenimiento de estos servicios. Esta acción es fundamental para el DIT, ya que el abastecimiento de agua y saneamiento es un factor que incide en la prevalencia de enfermedades prevenibles en las niñas y niños, contribuyendo a reducir la desnutrición crónica infantil y la anemia.

En este contexto, el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS) autorizó la transferencia de partidas en el presupuesto del sector Público para el año fiscal 2014 210 millones de soles a favor del MIDIS, para financiar la ejecución, reposición, operación y mantenimiento de sistemas de agua y saneamiento en ámbitos rurales (Resolución Ministerial N° 404-2014-VIVIENDA). Con el

fin de canalizar y gestionar los recursos del MVCS a nivel local, se generaron los Núcleos Ejecutores de alcance Departamental (Resolución Ministerial N° 260-2014-MIDIS), de acuerdo a las disposiciones del FONCODES, quien transfiere los recursos necesarios para la ejecución de obras en base a convenios con dichos núcleos ejecutores, los cuales están conformados por cinco miembros: un representante del MVCS, un representante del MIDIS, dos representantes del gobierno regional y un representante del gobierno local.

Acciones para difundir la política de Desarrollo Infantil Temprano

Fortalecimiento de capacidades:

- En el año 2014 se fortalecieron las capacidades de 66 funcionarias y funcionarios sobre el DIT, a través del curso semi presencial “Gestión Descentralizada de la Política de Desarrollo e Inclusión Social con Énfasis en Desarrollo Infantil Temprano”, organizado y ejecutado en alianza con la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR).
- Asimismo, mediante un convenio firmado con la Universidad Nacional de Cajamarca y la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, se busca promover el conocimiento científico, la integración conceptual, la reflexión crítica y el enriquecimiento de la práctica de los programas de educación superior universitaria que estén relacionados a la provisión de servicios públicos vinculados al desarrollo e inclusión social, con énfasis en el DIT. Esto permitirá contar con servidoras y servidores públicos regionales especializados en materia de primera infancia, así como la posibilidad de incluir en la currícula de pregrado la temática vinculada al DIT.
- El trabajo con las universidades se orienta a la diversificación curricular e incorporación de contenidos en cursos de pregrado, así como a la implementación de diplomados en el posgrado, para fortalecer las capacidades técnicas en la gestión e implementación de la política de DIT. Así, el MIDIS contará con una oferta de programas y diseños para fortalecer capacidades en la educación superior.
- Sumado a lo ya explicado, también se encuentra en ejecución el curso virtual “Gestión Pública de la Política de Desarrollo e Inclusión Social con Énfasis en Desarrollo Infantil Temprano”, en alianza con la

ENAP de SERVIR. Este curso permite fortalecer las capacidades de 264 funcionarios de los gobiernos regionales vinculados con la primera infancia.

- Cabe recalcar, además, que también se encuentra en ejecución la Maestría en Desarrollo Estratégico con Inclusión Social, en alianza con el Centro de Altos Estudios Nacionales (CAEN) y la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Esta maestría, la primera de su tipo, está orientada a contribuir al desarrollo y fortalecimiento de las principales competencias de gestión para la implementación articulada de la política de desarrollo e inclusión social.

Campaña de comunicación:

- Con el fin de informar y sensibilizar a las madres y padres de familia así como cuidadores sobre la importancia del desarrollo infantil desde la gestación hasta los cinco primeros años de vida -pues esta etapa constituye una ventana de oportunidad única para la niña y el niño ya que establecen fundamentos para su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social- se desarrolló la Campaña Papeado y Apapachado, la misma que en 12 semanas introdujo mensajes sobre la importancia del Desarrollo Infantil, bases y formación del vínculo de apego.



EXPERIENCIAS REGIONALES





La integración intersectorial por la primera infancia en la Región Amazonas, con énfasis en las Provincias de Condorcanqui y Bagua

AMAZONAS

La experiencia de integración intersectorial por la primera infancia busca dar a conocer los mecanismos de acción regional que se han implementado para abordar la problemática del uso de la información de los padrones nominales en la región Amazonas y la incidencia que dicho uso puede tener con respecto a la anemia.

Al realizar la evaluación anual regional 2014 y comparar sus resultados con los de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el mismo periodo, identificando especialmente los indicadores de anemia y desnutrición crónica durante el último año, no se encontraron mejoras en la región respecto al estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años. Es por ello que la Gerencia Regional de Desarrollo Social (GRDS) ha convocado en febrero de este año a sus primeras reuniones de trabajo, invitando a los diferentes actores sociales de la región que implementan actividades relacionadas con el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), con la finalidad de unificar esfuerzos y de optimizar presupuestos y recursos para el cumplimiento de metas comunes.

Al respecto, cabe recalcar que si bien en los últimos años se habla mucho del trabajo intersectorial, existe poca articulación para la intervención en este tema, pues cada sector tiene metas que cumplir, descuidando las coordinaciones interinstitucionales. Vistas estas dificultades desde el Gobierno Regional de Amazonas, la GRDS tuvo por conveniente conformar mesas de trabajo en las que se analicen los indicadores y al mismo tiempo se propongan estrategias para la intervención en el DIT.

La primera reunión que se realizó tuvo como participantes a la mencionada gerencia, a los diferentes niveles de gobierno que tienen incidencia sobre este tema (como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS, el Ministerio de Economía y Finanzas - MEF, el Seguro Integral de Salud - SIS, la Dirección Regional de Salud - DIRESA y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC), al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a los gobiernos provinciales y distritales.

Sumado a la conformación de las mencionadas mesas de trabajo, la GRDS, en coordinación con el MIDIS, organizó un taller de desarrollo infantil temprano, en el que participaron 120 autoridades de las diferentes instituciones de la región, así como personal de salud de las diferentes unidades ejecutoras, directores de las diferentes Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL), periodistas de diversos medios de comunicación, cooperantes, representantes de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza y miembros de los gobiernos distritales y provinciales. En este taller se lograron definir líneas de acción conjuntas para el abordaje de la anemia, la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), el saneamiento básico y contribuir a disminuir la pobreza.

Luego de dicho taller se convocó a los gobiernos locales a una reunión regional con la finalidad de establecer estrategias especialmente centradas en los temas de anemia y nutrición infantil. Lamentablemente no hubo quórum para esta reunión, por lo que se decidió realizar talleres en forma descentralizada a nivel provincial, acercándose lo más posible al nivel distrital, ante la necesidad de darles el enfoque territorial necesario.

De esta manera es que se han venido realizando variados esfuerzos a través de talleres y campañas de atención integral, con participación de todos los sectores involucrados, a fin de mejorar los indicadores en base a las variables consignadas en el padrón sobre la primera infancia. Para ello se ha buscado acercar a la población los servicios respecto a la identidad, afiliaciones, atención de salud, etc., por medio de campañas de información masiva respecto al acceso a las asistencias sociales, las cuales han sido realizadas en conjunto y a nivel intersectorial, tal como se detalla en el cuadro N° 1.

Cuadro N° 1

Actividades intersectoriales realizadas el 2015

Provincia	Distritos	Participaron	Fecha de talleres	Actividades
Luya	21	GRDS, monitoreo social, MEF, MIDIS, RENIEC, DIRESA, redes de salud y microrredes.	9 y 10 de mayo	Talleres de: identidad, aseguramiento y padrón nominal
Utcubamba	6		16 y 17 de junio	
Utcubamba y Luya	Lonya Grande, Ocalli, Camporredondo y Providencia.		18 y 19 de junio	
Condorcanqui	3	MEF dentro de las actividades de monitoreo social	De febrero a diciembre	
Condorcanqui Bagua	Nieva	redes de salud, microrredes, UDR-SIS y RENIEC	Agosto	Campañas de atención integral, identidad y aseguramiento
	Imaza		16 de Setiembre	
Chachapoyas	Chuquibamba		24 al 26 de octubre	
Luya	Camporredondo y cococho		17 y 18 de noviembre	

Fuente: Dirección de Atención Integral en Salud (DAIS) - DIRESA / Unidad Descentralizada Regional (UDR) del SIS

Otra estrategia de acercamiento a la población fue la realización de talleres convocados por los gobiernos provinciales, los mismos que fueron liderados por la GRDS. Estos tenían como objetivos el promover el derecho a la identidad (obtención del Documento Nacional de Identidad - DNI) y el ampliar la cobertura de afiliación de la población que sufre pobreza y pobreza extrema, a través del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y sus Oficinas Registrales Auxiliares (ORA), sus Oficinas de Registros de Estado Civil (OREC) y su Gerencia de Restitución a la Identidad y Apoyo Social (GRIAS).

Y si bien estos talleres se lograron realizar solo en dos de las siete provincias programadas, en Luya y Utcubamba, en la provincia de Condorcanqui estas actividades se realizan de forma permanente y en el mismo contexto, bajo el marco del monitoreo social. Asimismo, cabe recalcar que, a pesar de no haberse llevado a cabo todos los talleres programados, sí se ha logrado incrementar la cobertura de estos servicios ya que hasta el mes de octubre del 2014 el avance era del 77% de lo programado a ejecutar hasta el 2015 (18 mil afiliados con DNI).

Tabla N° 1

Población que tiene documento nacional de identidad, según departamento y área de residencia

Departamento y área	2014	2013	2012
Total nacional	98.8	98.3	87.3
Urbano	99.1	98.7	98.0
Rural	97.9	97.2	95.1
Amazonas	97.4	95.5	93.5
Urbano	99.3	98.8	97.1
Rural	95.9	93.1	90.9

Fuente: Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2014 (ENAPRES)
Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Tabla N°2

Proporción de niños y niñas nacidos el 2015 con Certificado de Nacido Vivo Electrónico (CNVe) procedentes de los distritos de quintil 1 y 2 de Amazonas que cuentan con DNI

Departamento	Provincia	Proporción de niños y niñas menores de 12 meses provenientes de los distritos de quintil 1 y 2 que cuentan con DNI		
		Meta	DNI emitido	Porcentaje
Total Amazonas		2910	2834	97.4%
Amazonas	Bagua	407	541	138%
	Bongará	186	128	68.82%
	Chachapoyas	286	227	79.37%
	Condorcanqui	929	1057	113.78%
	Luya	632	466	73.73%
	Rodríguez De Mendoza	97	101	96.04%
	Utcubamba	373	314	118.79%

Fuente: Reporte del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) de diciembre del 2015.

Tabla N°3

Proporción de niños y niñas nacidos el 2015 con CNVe y ORA procedentes de los distritos de quintil 1 y 2 de Amazonas que cuentan con DNI emitido hasta 30 días de edad

Proporción de niños y niñas nacidos el 2015 en Establecimientos de Salud (EESS) con CNVe y ORA con conectividad, cuentan con DNI emitido hasta los 30 días de edad		
Total CNVe	DNI emitido hasta 30 días	%
3065	2594	84.6%
Bagua	620	24%
Condorcanqui	106	4%
Chachapoyas	1087	42%
Utcubamba	806	31%

Fuente: RENIEC. Evaluación a diciembre del 2015 - Amazonas.

Tabla N° 4

Oficinas de Registros de Estado Civil (OREC) implementadas con registro en línea – Amazonas (noviembre del 2015)

Departamento	Provincia	Total
Amazonas	Bagua	4
	Bongará	5
	Chachapoyas	12
	Condorcanqui	2
	Luya	12
	Rodriguez De Mendoza	3
Utcubamba	7	
Total		45

Fuente: RENIEC. Evaluación a diciembre del 2015 - Amazonas.

Es importante resaltar en este punto el fundamental rol que tiene el sector Salud en el proceso de identificación, fuertemente asociado con la expedición del Certificado de Nacido Vivo, documento considerado como la puerta de entrada para el ejercicio del derecho a la identidad, pues a través de él se accede a la inscripción y partida de nacimiento, requisitos indispensables para la obtención del DNI. Es así que, mediante la gestión de la GRDS y el RENIEC, se logró la implementación de OREC e incluso de otro ORA en el distrito de El Cenepa, de tal manera que la población de esta alejada zona pueda obtener dichos documentos, desarrollándose así no solo el enfoque de inclusión social sino también el de interculturalidad.

Por otro lado, las coberturas de afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS), al 16 de noviembre del 2015, se encontraban en un 87%, en relación a la población regional, gracias a las actividades y esfuerzos conjuntos de las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) del SIS Chachapoyas y Bagua, la DIRESA y las redes y microrredes.



FUENTE: Sala situacional del Seguro Integral de Salud (SIS).

Cabe recalcar que al realizar estas actividades de intervención a nivel de distritos y establecimientos de salud, se priorizaron las provincias de Utcubamba y Luya, pues fue en esas provincias donde se encontraron las mayores dificultades al realizar la evaluación de indicadores, al igual que en Condorcanqui, aunque al considerar esta provincia en el monitoreo social se encontró que las actividades que se venían realizando estaban funcionando, tal como se muestra en el cuadro N° 2.

Cuadro N° 2

Actividades realizadas por el monitoreo social del MEF en la provincia de Condorcanqui - distrito de Río Santiago

Entidades	Unidad de medida	Logros
Microrred de salud de Galilea	Actas	Instalación de Internet en el centro de salud y uso del motor municipal y la línea de Internet en casos de urgencia para hacer reportes.
	Formato de asistencia	Han homologado cinco puestos de salud en forma completa: Galilea, Nauta, San Rafael, Huabal y Boca Chinganasa. Llegar al cien por ciento de inscripciones en el registro del SIS. El nuevo personal y algunos antiguos están comprometidos con el trabajo de los indicadores.
Puestos de salud	22 (entre alto, bajo y medio Santiago)	Reunión con los jefes de los EE.SS. para que cada uno explique cómo están sus indicadores. Acuerdo con los APUS, registradores Civiles y jefes de puestos de salud para dar DNI a los niños nacidos antes de los 30 días. Se brinda apoyo logístico a las ORA, las GRIAS, al sector Educación y a las redes y microrredes.
Registrador civil	4 capacitaciones	Capacitaciones a los Registradores Civiles y a responsables de padrón nominal (17 asistentes); a cargo de RENIEC Amazonas. Está en proceso la compra de un peque, una laptop, una impresora y un motor para cada registrador civil. Está en proceso la elaboración del proyecto para las 17 oficinas rurales de los registradores civiles. A partir del 2016 se les dará un incentivo del mínimo vital a cada registrador.
RENIEC - GRIAS - ORAS	Coordinación permanente	Campañas articuladas para lograr un mayor número de identificados, desde el recién nacido hasta el adulto mayor, con mayor énfasis en niños y niñas menores de 30 días.
Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS)	Coordinación con los jefes distritales	Mínima coordinación de los facilitadores o promotores cuando llegan al distrito.

Fuente: monitoreo social Condorcanqui, Distrito de Río Santiago

Cuadro N° 3

Logros de monitoreo social del MEF, provincia de Condorcanqui - distrito de Nieva

Entidades	Unidad de medida	Logros
Red de salud Condorcanqui.	6 reuniones	Reuniones con participación de las microrredes y red donde se comprometen a mejorar resultados.
Microrred Nieva	3 reuniones	La microrred se comprometió a mejorar sus indicadores y a realizar el cruce de información.
Microrred de Putuyaca y Kigkis	1 reunión	Solo una reunión donde se observa interés de mejora.
Hospital I Santa María de Nieva	3 reuniones	Eficiente labor de captación y seguimiento de niños y niñas menores de 1 año.
Registro Civil	4 reuniones	Se mejoró los procesos del registrador civil.
		Se capacitó en normas y procesos que realiza el registrador civil.
RENIEC - GRIAS - ORAS	8 reuniones	Campañas articuladas para lograr un mayor número de identificados, desde el recién nacido hasta el adulto mayor.
		Con mayor énfasis en niños y niñas menores de 30 días.
JUNTOS	5 reuniones	Hay participación y compromiso con el distrito de Nieva.

Fuente: Monitoreo social Condorcanqui - Distrito de Nieva.

La actualización y homologación de las variables del padrón fue uno de los problemas identificados en la región, así como la capacitación a los responsables en cada gobierno distrital y provincial del manejo del sistema implementado. Se identificó también que el personal de salud desconocía el flujo para la homologación y retroalimentación de la información, por lo que cada uno de estos aspectos se volvió determinante para el cumplimiento de los objetivos de las acciones de integración intersectorial. Para solucionar estas defi-

ciencias se realizaron talleres para el personal de salud de la provincia de Rodríguez Mendoza los días 28 y 29 de agosto del 2015 y para el personal responsable del padrón nominal de los distritos de la provincia de Rodríguez de Mendoza realizado el día 9 de setiembre del 2015.

Continuando con este proceso, el Equipo Regional por la Primera Infancia de Amazonas, en coordinación con los gobiernos locales, decidió realizar un taller de capacitación descentralizado dirigido a los responsables del padrón nominal de los municipios de las provincias de Chachapoyas, Luya, Utcubamba y Bagua. Realizado este en la ciudad de Chachapoyas el 21 de octubre del 2015, se constató que la información del padrón nominal no contaba con datos sobre los centros poblados, ni con la verificación de la cantidad de niños y niñas menores de cinco años afiliados al SIS, entre otra información básica de sustento o evidencia, ante lo cual cada sector involucrado revisó la información que tenía para así mejorar el sistema de registro y la calidad de la información. El RENIEC, por ejemplo, se encargó de verificar los datos de las y los recién nacidos que se encuentran ya en trámite para obtener su DNI, haciendo el seguimiento necesario para que, en coordinación con establecimientos de salud, gobierno local y OREC, cuenten con su documento de identidad antes de los 30 días.

La oficina del SIS de redes y microrredes, por su parte, en coordinación con las UDR Chachapoyas y Bagua, verificó uno por uno a los niños y niñas que no figuraban con seguro y si contaban con acceso a otro tipo de servicio de salud, como EsSalud o del Fondo de Salud Policial (FOSPOLI), efectuando las visitas necesarias para realizar las afiliaciones respectivas.

Cabe resaltar que la información que tiene el padrón nominal sobre niños/niñas y gestantes se aproxima más a la realidad que los datos de población que tiene el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), siendo por ello una herramienta fundamental para la programación de metas físicas, de cuadro de necesidades de acuerdo a centros de costo y para garantizar la entrega de valor a los niños/niñas y gestantes de cada distrito bajo el enfoque territorial. Por ejemplo, la adecuada información del padrón nominal nos permite realizar la adquisición real de los multimicronutrientes para niños y niñas, garantizar su stock y su entrega oportuna.

En un esfuerzo por darle continuidad a las acciones intersecto-

riales, el Gobierno Regional Amazonas, a través de la GRDS, continúa liderando las mesas de trabajo y promoviendo que sus intervenciones sean evaluadas para lograr su reconocimiento con ordenanza regional, lo que permitirá la constitución formal del Equipo Regional por la Primera Infancia de Amazonas. De esta manera, el gobierno regional ha asumido el compromiso de realizar el seguimiento, acompañamiento y control a los establecimientos de salud, así como el monitoreo a los gobiernos distritales, conjuntamente con los órganos descentralizados, para garantizar intervenciones intersectoriales basadas en información de calidad.

Por otro lado, se ha implementado la campaña comunicacional “SUMATE” como parte de las actividades de este grupo de trabajo, la cual tiene como objetivo dar a conocer a la población, mediante los medios de comunicación masivos, la importancia del consumo de los multimicronutrientes, promoviendo, además, una alimentación saludable. Mediante el uso de spots difundidos en radio, televisión, prensa escrita y altoparlantes, se ha buscado incrementar el consumo de los multimicronutrientes y favorecer de esta manera el DIT. Debemos mencionar que la campaña descrita ha tenido un enfoque intercultural y ha contado con la participación de autoridades regionales y personas representativas de las comunidades nativas.

Para terminar, es importante mencionar que, como se evidencia en la tabla N° 5, el avance en el padrón nominal con datos de centros poblados se incrementó en 28% al mes de octubre del 2015, en comparación con la línea de base a inicios del 2014, que tenía un 44% de registros con datos de centros poblados. Aun así, hasta la fecha se vienen realizando actividades para superar los inconvenientes que, en general, se presentan por las características de nuestro territorio: dispersión, alta ruralidad y difícil conectividad.

Es importante señalar que, por ejemplo, en el caso de los partos, estos terminan por realizarse en establecimientos de acuerdo a su accesibilidad, lo que significa que no se dan necesariamente en el distrito y/o provincia a la que uno pertenece. Así, al ser este tipo de casos registrados en el sistema, se generan algunas incoherencias respecto a la asignación de centros poblados a los distritos, dificultando un adecuado registro del tanto del parto como del centro poblado de procedencia de la madre. Este tipo de situaciones e incoherencias pueden suceder con las 36 variables del padrón nominal, que debería de ser llenado de manera correcta pues cualquier error en un dígito invalida el registro.

Es por esto que el equipo interinstitucional decidió realizar esfuerzos conjuntos para homologar esta herramienta fundamental para la toma de decisiones para todos los sectores comprometidos en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestras poblaciones, especialmente para el DIT.

Evolución de indicadores trabajados

Indicador	2014	2015
Porcentaje de padrón nominal distrital con datos de centros poblados	44%	72%
Porcentaje de menores de 12 meses homologados en los padrones distritales.	65%	82%

Fuente: INFORME DE VERIFICACIÓN del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Octubre del 2015.



La articulación de actores a nivel regional para la lucha contra la anemia y la desnutrición crónica infantil en la Región Ancash

ÁNCASH

La experiencia de articulación y alineación de actores en la región Áncash busca generar una agenda regional vinculada a la primera infancia que fortalezca e institucionalice mecanismos de acción conjunta entre los principales actores del territorio, para de esta manera generar acciones de incidencia en los indicadores de prevalencia de anemia a nivel regional, así como en la existencia de comités multisectoriales distritales que trabajen por la primera infancia.

Una de las primeras acciones realizadas por el Gobierno Regional de Áncash fue definir un marco normativo para priorizar, a través de dos documentos de gestión, las acciones de política regionales que favorezcan a la primera infancia. En tal sentido, se cuenta con el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PRAIA) 2008-2012¹ y el Plan de la Estrategia Regional de Seguridad Alimentaria (Creciendo Contigo) 2008-2015². De igual modo, se ha declarado de interés regional la formulación, prevención y erradicación de la violencia familiar y sexual de las mujeres y niñas³, y de prioridad e interés regional la reducción de los indicadores de pobreza y pobreza extrema⁴. Finalmente, el gobierno regional ha establecido las disposiciones necesarias para implementar el desarrollo del Programa de Apoyo Alimentario Regional (PAAR)⁵. Todas estas acciones demuestran el interés que tiene la política de la región en función a la primera infancia.

A iniciativa del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el Gobierno Regional de Áncash, a través de su Gerencia Regional de Desarrollo Social (GRDS), junto con la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, convocó en abril del 2015 al “Encuentro regional, reafirmando nuestro compromiso con la primera infancia”, el cual tuvo una importante concurrencia de todas las instituciones de la región. Este encuentro culminó con la suscripción de un acta de compromisos, que básicamente encargaba a la GRDS y a todas las instituciones de la región, constituir el Comité Regional por la Primera Infancia, con los objetivos de promover el desarrollo infantil y reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y la anemia.

Este encargo se ha venido cumpliendo con la conformación y

fortalecimiento de un núcleo de trabajo integrado por la GRDS, la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, la Dirección Regional de Salud (DIRESA), la Dirección Regional de Educación, la Dirección Regional de Agricultura, la Defensoría del Pueblo, el MIDIS, el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) y los programas sociales Juntos, Cuna Más y Qali Warma, con quienes a su vez se ha impulsado la articulación con otras instituciones públicas y privadas del ámbito regional, como Pensión 65, el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES), el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, la Defensoría del Pueblo, el Ministerio Público, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y la empresa minera Antamina.

Este grupo de trabajo, denominado Instancia Regional de Concertación de la Mesa Técnica Multisectorial de la Primera Infancia en el ámbito de la Región Áncash 2015-2016, ha contado con el apoyo técnico de los ministerios de Salud, de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y de Desarrollo e Inclusión Social, así como del Grupo de Inversión por la Primera Infancia del Padre Gastón Garatea, en cada ocasión que visitan el departamento. Dicho apoyo ha consistido en aportes al mejoramiento de las matrices de actividades y responsabilidades de las intervenciones, haciéndolas más proclives a la articulación, y mediante el apoyo a las capacitaciones y talleres con los actores multisectoriales y locales, fundamentalmente en el tema de reducción de la DCI y la anemia. Asimismo, la ayuda de las mencionadas instituciones ha sido fundamental en la difusión de las acciones a través de las convocatorias a los medios de comunicación.

Pese a estos esfuerzos de articulación, los indicadores de anemia en los últimos años no han mejorado en nuestra región, al igual que los de la DCI, que solo han mejorado levemente, no contándose aún con estadísticas formales de resultados del año 2015, por lo que a nivel de resultados de indicadores no se puede afirmar que se haya mejorado. Además, cabe señalar que las inversiones de la industria extractiva en proyectos referidos a la DCI de impacto regional no se han ejecutado recientemente, salvo durante el 2014 y el 2015, pero

1 Ordenanza Regional Nº 015-2008-REGION ANCASH/CR.
2 Ordenanza Regional Nº 028-2009-REGION ANCASH/CR.
3 Ordenanza Regional Nº 004-2010-REGION ANCASH-CR.
4 Ordenanza Nº 013-2011-REGION ANCASH/CR.
5 Ordenanza Nº 014-2011-REGION ANCASH/CR.

focalizado solo en el distrito de Jangas, a cargo de la minera Barrick (el proyecto Ally Micuy de la compañía minera Antamina se ejecutó en el año 2012 y 2013).

Aun así, esta experiencia iniciada es sumamente importante, manifestándose ello en el apoyo que ha tenido el Comité Regional por la Primera Infancia, lo que ha permitido que se consigan algunos avances. En primer lugar, en relación a los marcos normativos y de gestión institucional, se debe mencionar que el comité regional ha elaborado la propuesta de ordenanza regional que “declara y aprueba que el Desarrollo Infantil Temprano y la Malnutrición Infantil manifestada en Desnutrición Crónica y Anemia, son una prioridad regional y de necesidad pública para su atención inmediata, mediante la implementación de políticas públicas, programas y proyectos de carácter regional”. En segundo lugar, la ordenanza también declara que se asignen los recursos necesarios (hasta el 5% del presupuesto regional), para la implementación de programas y proyectos que dicha ordenanza requiera. De igual modo, la región Áncash ha incorporado el proyecto denominado “Mejoramiento del estado nutricional y la estimulación temprana de niños, niñas, menores de 03 años y madres gestantes”, que tiene como monto 9 millones 824 mil 892 soles (código SNIP N° 310572).

Asimismo, se ha reconocido la Instancia Regional de Concertación Multisectorial de la 1ª Infancia en el ámbito de la región Áncash, conformada por los representantes de instituciones públicas y privadas, lo que le otorga formalidad al compromiso de la región por trabajar en este importante tema. Por otro lado, se ha desarrollado el proyecto “Mejoramiento del estado nutricional y estimulación temprana del niño y niña menor de 3 años y madres gestantes para 20 distritos” (código SNIP N° 310572), lo que evidencia el encaminamiento de la política en Áncash con respecto a la primera infancia.

Al respecto del lado operativo de estas acciones, los avances alcanzados por el Comité Regional por la Primera Infancia tienen que ver con el diseño de intervenciones a nivel de 27 distritos priorizados en función a los mayores índices de anemia y de la DCI, cruzados con las expectativas de los gobiernos locales confirmados en las actas de compromisos asumidos en los encuentros regionales. En estos distritos las acciones implementadas se han orientado a la articulación de acciones de impacto en torno a la DCI, la anemia y la mejora del agua saludable. La primera acción en estos distritos ha sido

brindar asistencia técnica conjunta para sensibilizar a los participantes sobre la importancia de contar con equipos locales de trabajo en torno a la agenda de la DCI y la anemia. Esta acción ha permitido incorporar equipos locales, denominados Comités Locales Multisectoriales, al Comité Regional por la Primera Infancia, fortaleciéndose así el liderazgo de los alcaldes distritales para que los procesos de planificación de actividades y la ejecución de las mismas se desarrollen en un marco de articulación y siguiendo un enfoque desde el territorio. Los distritos priorizados en esta primera etapa de trabajo son: San Pedro de Chaná, Huachis, Pontó, San Marcos, Chavín de Huantar, Anra, Cajay, Huacchis, Paucas, Rapayan, Masin y Rahuapampa, en la provincia de Huari; Pomabamba, Huayllán, Parobamba y Quinabamba, en la provincia de Pomabamba; Pamparomas, Huaylas, Matto, Huata, Santa Cruz y Pueblo Libre, en la provincia de Huaylas; Shupluy en la provincia de Yungay, Cochabamba en la provincia de Huaraz y Huallacayán en la provincia de Promabamba, a los que se le han sumado los distritos de Independencia y Huaraz en razón de su alta población infantil y el compromiso de los alcaldes en este tema. Así tenemos que, considerando estas acciones, es muy probable que se logre un gran impacto en la reducción de la DCI y la anemia.

Cabe recalcar sobre esta primera acción que la participación de los alcaldes de los gobiernos locales en la reunión de gestión territorial convocada por el Ministerio de Salud (MINSU), en el mes de agosto del 2015, ha sido decisiva para evidenciar la importancia de las acciones de articulación descritas: 40 alcaldes han firmado el acuerdo de compromiso en gestión territorial con énfasis en anemia y la DCI.

Una segunda acción ha sido la elaboración participativa y multisectorial de la matriz de intervenciones distritales (hoja de ruta del gobierno local), que ha servido de insumo para elaborar el Plan de Trabajo Conjunto Octubre-Diciembre 2015, con el cual los operadores locales (los gestores locales del programa JUNTOS, los responsables del comité de gestión del programa -Cuna Más y el personal de salud de las microrredes de los distritos priorizados) podrán realizar acciones de manera coordinada en el territorio. Es así que en los distritos de San Pedro de Chaná, Pontó, Huachis, Masin, Rahuapampa, San Marcos, Chavín, Shupluy, Cochabamba, Huayacayán, Independencia y Huaraz, ya se han desarrollado estos trabajos articulados en torno al desarrollo infantil y a la lucha contra la anemia y la DCI, consistentes en la convocatoria a las autoridades y actores locales, en la conformación de los comités locales por el desarrollo infantil, en la realización de sesiones de sensibilización a las madres y en

la elaboración de planes operativos y mecanismos de intervención por hogares. La conformación de estos equipos de promotores comunitarios y gestores de programas sociales ha contado con capacitaciones que les van a permitir realizar una adecuada labor de vigilancia en el consumo de multimicronutrientes y en el mejoramiento de las condiciones de salubridad en los hogares. El total de personas capacitadas para este proceso hasta el momento es de 192 personas, donde los equipos de trabajo se forman en función a las localidades de intervención.

Evolución de indicadores trabajados

La evolución de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en menores de cinco años, durante los últimos cuatro años, muestra, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que esta se está reduciendo, aunque a tasas menores en los últi-

mos años, alcanzando el 20.49% en el año 2014. Sin embargo, a diferencia de lo anterior, la proporción de menores de cinco años con anemia ha ido creciendo desde 41.6%, en el año 2011, a 46.8%, en el año 2014.

	2011	2012	2013	2014	2015
Proporción de menores de cinco años con DCI.	26.86%	24.74%	21.96%	20.49%	—
Proporción de menores de cinco años con anemia.	41.60%	44.50%	46.40%	46.80%	—
Número de comités multisectoriales distritales.	0	0	0	0	12

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014), con patrones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



La ampliación de las coberturas de inmunización contra el rotavirus y el neumococo en la Red de Salud Abancay

APURÍMAC

La adecuada y oportuna vacunación de las niñas y niños de acuerdo al cronograma establecido para su edad, busca evitar las enfermedades inmunoprevenibles y disminuir la carga de afecciones prevalentes de la infancia, terminando así con el ciclo de enfermedades que atacan a nuestros menores, impactando además en la disminución de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años. En ese sentido, las acciones emprendidas por el Gobierno Regional de Apurímac buscan incidir en la cobertura de vacunación de neumococo y rotavirus en niños y niñas menores de 12 meses, ampliando el acceso a esas vacunas y mejorando el seguimiento a la salud y estado de las y los menores.

La inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo/beneficio y costo/efectividad en el control, eliminación y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles. Un ejemplo de ello es que en los últimos 15 años el Perú ha conseguido dos logros históricos en salud: la erradicación de la poliomielitis (certificada en 1994) y la eliminación del sarampión (donde no se tienen casos confirmados desde el 2003). Así pues, no cabe duda que la eliminación de enfermedades inmunoprevenibles constituye un elemento crucial en el desarrollo de las naciones pobres, condicionando esto, a su vez, a un incremento en la producción, a la mejora en la educación, a la mejora en la inversión pública y un impacto positivo en la demografía, lo que significa la mejora de la calidad de vida de miles personas.

Cabe recalcar, además, que gracias al uso de las vacunas se ha conseguido erradicar la viruela, se está por eliminar la poliomielitis a nivel mundial, el sarampión ha dejado de ser un problema frecuente en nuestro medio (causa habitual de encefalitis y minusvalías psíquicas hace tan solo unos años), no tenemos casos de difteria ni de otras enfermedades como la tosferina, el tétanos y la hepatitis B.

En este punto, no se puede dejar de mencionar que el proceso de descentralización que se vive en el país durante los últimos años se ha convertido en una gran oportunidad para que la salud integral de los niños y niñas, tanto como las inmunizaciones, se encuentren

en la agenda política de los gobiernos regionales y locales de manera que pueda garantizarse el presupuesto que se necesita para mantener su cobertura. Los gobiernos regionales y locales deben mantener lo que el país logró en relación con las vacunas y enfrentar los desafíos de la introducción de nuevos procesos de inmunización que protejan y mantengan sanas a las nuevas generaciones de peruanos y peruanas, en especial a las más excluidas y dispersas.

El esquema de vacunación vigente¹ contempla su realización en todas las etapas de la vida, definiendo especialmente los criterios técnicos para el proceso de inmunización en recién nacidos, lactantes y niños y niñas menores de 12 meses, destacando la consejería y el seguimiento como actividades prioritarias de la administración de las vacunas.

Asumiendo que el marco normativo responde a las políticas de desarrollo infantil temprano, con énfasis en el resultado del adecuado estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses, en la región Apurímac se ha ido consolidando la noción que las acciones de salud no pueden ejecutarse solas ni de manera paralela a otros sectores. La salud es considerada un componente multidimensional, intersectorial e interinstitucional, por lo que las autoridades regionales han visto por conveniente desarrollar actividades de articulación que puedan tener efectos significativos en las coberturas de salud de las y los menores.

Al respecto de la exitosa experiencia desarrollada en Apurímac sobre esta problemática, si bien es significativa para toda la región, destaca fundamentalmente en los distritos de Abancay, Tamburco, Circa, Curahuasi, Chacoche, Pichirhua, Cachora, Huanipaca y Lambra, ubicados en la provincia de Abancay, y dentro del ámbito de influencia de la Red de Salud Abancay.

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, la región Apurímac logra una cobertura de 74.1% en el producto de niño/niña menor de 36 meses con vacuna completa, cifra superior al promedio nacional, que es de 61.1%, y 2%

superior a sus resultados del 2013. Este logro es producto del incremento de la oferta de los servicios de salud en la captación y seguimiento de los niños y niñas menores de 36 meses, así como de la realización de las jornadas nacionales de vacunación, las que permitieron consolidar el logro de las metas.

La sectorización de niños y niñas menores de un año, para iniciar como modelo de seguimiento y monitoreo del paquete de atención integral de salud del niño/niña, también ha sido una medida que ha aportado a la mejora de los indicadores sobre este tema. Para ello se distribuyó la cantidad de 60 niños y niñas bajo responsabilidad de cada enfermera, lo que correspondía a dos meses calendario.

Además, se ha implementado el monitoreo y evaluación mensual de tasas de acceso, seguimiento, cobertura y deserción por establecimiento de salud. Igualmente, se han fortalecido las competencias técnicas de los profesionales de enfermería en el tema de inmunizaciones, permitiendo su participación en capacitaciones organizadas por el Ministerio de Salud (MINSa), además de la realización de un diplomado en inmunizaciones, con lo que se ha mejorado la calidad de las prestaciones de salud integral ofrecidas a los niños y niñas.

Por otro lado, la constante asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud por parte de las coordinadoras de la microrred al momento de entrega de los informes mensuales, ha permitido hacer un seguimiento estricto de estos, al igual que se ha fortalecido el registro correcto de las actividades en el Sistema de Información en Salud (HIS) y en el Formato Único de Atención (FUA) del Seguro Integral de Salud (SIS).

El Gobierno Regional de Apurímac, a través de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y de su Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones, ha brindado asistencia técnica permanente a las diferentes redes de salud existentes, para que sus profesionales realicen un permanente análisis de los indicadores de salud de los niños y niñas menores de cinco años e identifiquen los cuellos de botella, con el objetivo de encontrar nuevas estrategias para el cumplimiento de las metas de salud en la región. Gracias a ello, se desarrollaron nuevas estrategias en la región que tienen que ver con las buenas prácticas de almacenamiento de vacunas, la dotación de insumos y vacunas completas y con el correcto transporte de estas. De igual modo, se implementaron campañas de información y sensibilización diri-

das al público usuario, utilizando estrategias comunicacionales adecuadas. Además, se han fortalecido las capacidades del personal de salud en vacunación segura, cadena de frío, vigilancia de eventos adversos y consejería, y se ha garantizado la dotación oportuna de vacunas, mejorándose así la organización de los servicios de salud de los Establecimientos de Salud (EESs) de la provincia de Abancay.

Además de las acciones mencionadas, se fortaleció el equipo técnico de la Red de Salud Abancay, quienes priorizaron la distribución oportuna y adecuada de insumos biológicos y otros materiales para garantizar la vacunación oportuna. De la misma forma, se intensificó el seguimiento y monitoreo permanente de los niños y niñas menores de tres años, con énfasis en las y los menores de un año. Sumado a ello, se logró que el MINSa contrate personal para realizar un acto fundamental: el seguimiento, no solo de los menores que accedieron a la atención del Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años (CRED), sino de los niños y niñas que no completaron el esquema de vacunación, principalmente las de neumococo y rotavirus, esto como parte de la asistencia técnica brindada.

La participación activa de los directivos de la red y microrredes de salud ha sido fundamental para asegurar el soporte logístico detrás del mejoramiento en la cobertura de los servicios. La DIRESA Apurímac cuenta con una cámara regional de vacunas que tiene la capacidad de almacenar hasta por un periodo de seis a ocho meses los insumos que requieren los niños y niñas de la región. Asimismo, el 100% de los establecimientos de salud disponen de equipos y complementos de cadena de frío que garantizan el correcto almacenamiento de vacunas en el nivel local y regional.

Cabe recalcar, además, que el trabajo articulado que se viene realizando en la región se hace en corresponsabilidad con los aliados estratégicos y las diferentes organizaciones y actores clave, a partir de su inclusión en la planificación, organización, ejecución y evaluación de las acciones concertadas a favor de las inmunizaciones a nivel regional y local.

Por ejemplo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) contribuye en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo que significa que promueve iniciativas estratégicas para fortalecer los programas de inmunización de los niños y niñas de la región, participa en el fortalecimiento de capacidades del

personal responsable de las inmunizaciones, así como en el fortalecimiento de los centros de vigilancia comunal en los distritos priorizados. De igual modo, los programas sociales JUNTOS, Cuna Más y otros contribuyen en el fomento de las actividades desarrolladas, fortaleciéndose así la cultura preventiva en las familias beneficiarias de dichos programas.

Asimismo, el Convenio de Asignación por Desempeño (CAD) entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el gobierno regional, establece los compromisos de gestión y metas de cobertura para la primera infancia. Este convenio reconoce que es una responsabilidad compartida garantizar que el niño y/o niña menor de 12 meses acceda a una atención del paquete de CRED completo, vacunas de neumococo y rotavirus, suplementación de multimicronutrientes, DNI y acompañamiento familiar de Cuna Más.

Los gobiernos locales, por su parte, en el marco del plan de incentivos, vienen contribuyendo con la primera infancia, siendo el padrón nominal uno de los compromisos compartidos entre la DIRESA y las autoridades locales, con el objetivo de contar con una población de niños y/o niñas menores de seis años sin problemas de salud e implementar los centros de vigilancia comunal.

Cabe recalcar que el 2015 se fortaleció el equipo técnico de la Unidad de Salud Individual de la Red de Salud Abancay, para lo cual se realizó un concurso público, priorizando las competencias técnicas y el desarrollo profesional, fundamentalmente considerando experiencias profesionales. Asimismo, se elaboró un plan anual de trabajo, donde se consideró la implementación de estrategias en cada una de las microrredes, basadas en su realidad local, destacando la estrategia implementada en la Micro Red Centenario, la que consiste en la asignación de 60 niños y/o niñas, aproximadamente, a una enfermera y dos técnicos en enfermería, para garantizar un seguimiento personalizado y la entrega del paquete integral de salud al niño y/o niña.

Por otro lado, en los establecimientos de las zonas periurbanas de la ciudad de Abancay se han reducido las oportunidades perdidas a causa de la falta de cupos de atención con la implementación de citas telefónicas, reduciéndose así considerablemente el tiempo de espera y mejorándose el seguimiento de las citas a las madres que por alguna razón no acuden a ella. Para esto se han abastecido

los consultorios de Atención Integral del Niño de celulares. Esta estrategia ha permitido que la Red de Salud Abancay mejore los indicadores de Niño con Paquete de Atención CRED completo, de suplementación con multimicronutrientes y, evidentemente, la vacunación oportuna, todo ello con respecto al año 2014.

Las coordinadoras de la unidad ejecutora, por su parte, garantizan permanentemente la asistencia técnica, dotación equitativa de materiales, insumos y otros necesarios para las actividades de la Etapa de Vida Niño - Inmunizaciones. Cabe destacar que durante el año 2015 se cumplió con el incentivo al personal operativo de los establecimientos, haciendo el pago oportuno de planillas por seguimiento y capacitación, entrega de refrigerios saludables en las campañas y seguimientos de vacunación, así como la entrega de chalecos y mochilas al personal operativo de los 87 establecimientos de la Red de Salud Abancay.

Finalmente, cabe indicar que el equipo técnico de la Red de Salud Abancay realizó talleres de evaluación, capacitación, socialización y asistencia técnica en forma descentralizada, en cada una de sus microrredes. Para la realización de estos talleres de sensibilización y actualización en temas de inmunización se consideraron fechas importantes, como el aniversario por el día del técnico, el enfermero y otros profesionales.



Evolución de indicadores

La cobertura de la vacuna para neumococo y rotavirus en niños y niñas menores de un año, durante los últimos tres años, muestra una tendencia ascendente, según la encuesta de población del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), sobre todo en el 2015, cuando se presenta un incremento considerable en el caso de rotavirus, de 5%, y de neumococo, de 9%, en relación al 2014.

La participación activa de los directivos de la DIRESA y de las redes y microrredes de salud, los compromisos de los aliados estratégicos y el fortalecimiento de las capacidades en la prestación de los servicios de salud, han incidido en la evolución favorable de los indicadores de acceso, seguimiento, cobertura y tasa de deserción de la vacuna de neumococo y rotavirus en los niños y niñas menores de 12 meses.

La participación activa de los directivos a todo nivel en garantizar el abastecimiento oportuno de vacuna e insumos, equipamiento y complementos de cadena de frío (para garantizar el adecuado almacenamiento de vacunas) y el fortalecimiento de las capacidades del personal responsable de brindar la atención, monitoreo, supervisión y asistencia técnica permanente.

El trabajo articulado con los aliados estratégicos en fomentar la cultura preventiva a través de las vacunas para evitar enfermedades inmunoprevenibles. El fortalecimiento de las capacidades del prestador de servicios, priorizando el trabajo extramural a través del seguimiento oportuno del niño y/o niña menor de cinco años para completar el esquema de vacunación según la edad que corresponde.

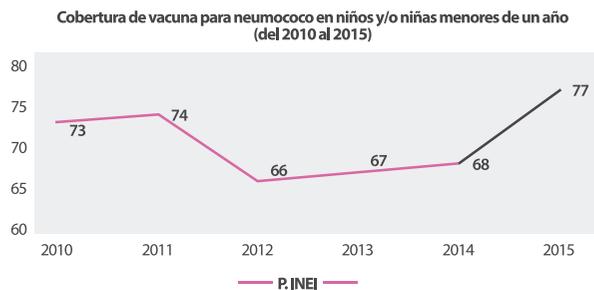
Las actividades complementarias como la Semana de Vacunación en las Américas, la Semana Nacional de Vacunación y las diferentes campañas locales de vacunación, han contribuido en mejorar las coberturas de las vacunas para neumococo y rotavirus en el niño y/o niña menor de 12 meses en el ámbito de la Red de Salud Abancay.

Gráfico N° 1



Fuente: Información en Salud (HIS) 2015.

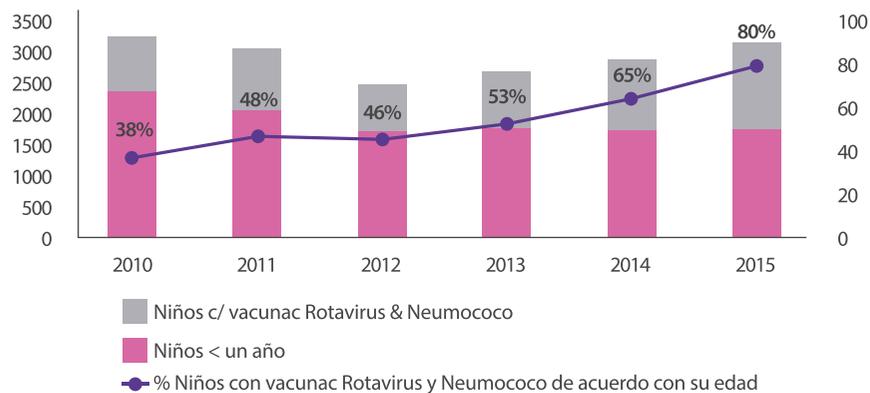
Gráfico N° 2



Fuente: Información en Salud (HIS) 2015.

Gráfico N° 3

Niños menores de 12 meses con vacuna para neumococo y rotavirus
Red de Salud Abancay (del 2010 a agosto del 2015)



Fuente: COGNOS PLAY 2015-08.

Cuadro N° 1

Indicadores de acceso y cobertura de la vacuna para rotavirus y neumococo

Indicadores	Fórmula de cálculo	Estandar
Indicadores de acceso Mide el porcentaje de las niñas y/o niños que fueron captados o ingresados al calendario de vacunación.	Nº de niños y/o niñas < de un año con primeras dosis de vacuna rotavirus según calendario X 100	95%
	Total de niños y/o niñas < de un año	
	Nº de niños y/o niñas < de un año con primeras dosis de vacuna neumococo según calendario X 100	
	Total de niños y/o niñas < de un año	
Indicadores de coberturas Mide el porcentaje de niñas y niños que completaron sus esquemas de vacunación. Se calcula por cada tipo de vacuna. El denominador lo constituye la población programada (meta).	Nº de niñas y/o niños < de un año protegidos con vacuna contra Rotavirus dos dosis x 100	95%
	Nº de niños y/o niñas < de un año	
	Nº de niños y/o niñas < de un año con primeras dosis de vacuna neumococo según calendario X 100	
	Nº de niños y/o niñas < de un año	

Fuente: Estrategia Sanitaria Regional de Inmunización - Apurímac (ESRI)



Los escenarios del incremento en la oferta de la educación inicial de niños y niñas de tres a cinco años en los distritos de quintiles I y II de pobreza de la región Arequipa en el periodo 2011-2015

AREQUIPA

“No en vano se nace a los pies de un volcán” es una frase que plasma la tenacidad y la fuerza de la gestión local en la región Arequipa por generar desarrollo, donde el compromiso es la concurrencia oportuna y pertinente de ir sumando acciones intergubernamentales e intersectoriales a favor de los niños y niñas de la región, así como lo es la tarea de incrementar la asistencia de niñas y niños de entre tres y cinco años a la educación básica regular, para así, juntos, ir cerrando brechas.

Al compartir la presente experiencia regional en los escenarios del desarrollo infantil temprano, se reconoce que el desarrollo humano tiene el rostro de un niño y/o una niña, como Pedro, Juanita y Martín, quienes viven en la ruralidad, o tal vez Antonio y María, que lo hacen en la zona urbana; historias que se entretajan en la igualdad de oportunidades y la inclusión social. Así, cada vez que se tiene como referente la sonrisa y la expresión de felicidad de un menor, antes y después de las labores en la institución educativa inicial, con niñas y niños más seguros, más autónomos, se siente la satisfacción y el agradecimiento que impulsa a seguir apostando por las capacidades generadas e instaladas en la gestión regional a favor de la educación inicial del segundo ciclo de Educación Básica Regular (EBR), como base para salvaguardar la formación de los futuros ciudadanos y ciudadanas responsables.

La primera infancia ha ido ganando cada vez mayor presencia en las políticas públicas en nuestro país y ello no es ajeno a la región Arequipa. Existen una serie de acuerdos y disposiciones que expresan la voluntad política que: “ninguna persona debería perder capacidades por causas que pueden evitarse”, en especial la primera infancia.

Conscientes de ello, no cabe duda que tener un niño y/o una niña bien educada es condición necesaria para impulsar el desarrollo económico y social de nuestra región y, por ende, de nuestro país. Si estas condiciones tienen una mirada articulada, multidimensional, integral, oportuna y progresiva, mejor aún.

Para lograrlo, la Gerencia Regional de Educación de Arequipa desde el 2011 busca que los sistemas educativos empiecen a dar un nuevo redireccionamiento en la EBR del segundo ciclo (niños y niñas de tres a cinco años de edad), con énfasis en los quintiles I y II de pobreza, donde es urgente cerrar la brecha de servicios educativos, sobre todo en la zona rural. Y si bien esta tarea es muy difícil de alcanzar en algunos casos, debido a las complejas y heterogéneas realidades de una región como Arequipa, con un contexto de dispersión geográfica e inaccesibilidad en las zonas altoandinas, mediante una real articulación intersectorial e intergubernamental que mire hacia un mayor esfuerzo por invertir en la primera infancia, se podrán lograr cambios significativos en este importante tema.

A partir de ese momento, hace más de cinco años, las escuelas, además de ser el lugar donde los niños y niñas aprenden, son reconocidas como el sitio donde pasan más tiempo después de su hogar. Por ello, una parte importante a considerar para el desarrollo de la educación es la infraestructura con la que operan los centros educativos del segundo ciclo de EBR.

En este sentido, se evidencia que la región, durante el último quinquenio (2011-2015), en el tema de la EBR del segundo ciclo, ha pasado del discurso a la intervención efectiva, dándole mayor importancia a este tema en la agenda pública regional y local, donde se ha evidenciado el despliegue de esfuerzos de mejora desde el sector público.

Ello llevó a las gestiones regionales y sectoriales a realizar un diagnóstico de necesidades sobre infraestructura escolar del nivel inicial en la región, evidenciando que eran pocas las escuelas del nivel inicial para la creciente demanda y que no todas disponían de espacios físicos adecuados, sobre todo en la zona rural, donde la brecha es más grande.

Para lograr un cambio en este sentido, fue necesario enfatizar en la necesidad de entender las políticas sociales que atienden estas

condiciones, y no únicamente las acciones educativas.

Es por ello que desde el 2011 la Gerencia Regional de Educación de Arequipa busca generar condiciones necesarias para mejorar la oferta de la educación inicial en la región, la que tradicionalmente fue vista como un factor asociado, ante todo, a la cobertura escolar. Visión que ha ido cambiando y fortaleciéndose con la asociación positiva entre las condiciones físicas de las Instituciones Educativas Iniciales (IEI) y el aprendizaje de los estudiantes, así como con la generación de plazas docentes que aseguren la continuidad operativa, sobre todo en las zonas rurales.

Las mejoras buscadas con estas acciones se evidencian en la tendencia de la tasa neta de asistencia en educación inicial (cobertura educativa), la que entre los años 2011 y 2015 experimentó un crecimiento significativo, pasando de 69.9% a 89.4%, es decir, una mejora de casi 20 puntos porcentuales, con una mayor incidencia en los últimos tres años, lo que denota el gran interés que se tiene por realizar acciones a favor del segundo ciclo de EBR, con el incremento del acceso a una educación inicial, donde son los niños y niñas de tres años los que reportan un ingreso oportuno a las IEI (ver el cuadro N° 1).

Cuadro N° 1

Evolución de la tasa neta de matrícula en educación inicial (Porcentaje respecto de la población de tres a cinco años de edad)

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	Evolución del indicador (2011-2015)
Tasa neta de matrícula en educación inicial	69.9	87.4	86.5	78.4	89.4	20 ↑
Servicios educativos para el nivel inicial	0	0	18	8	29	34 ↑

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO MDE.
Elaboración: Gerencia Regional de Educación (GRE) 2015.

Esta tendencia tiene un crecimiento exponencial entre el período 2014-2015, cuando se reporta un crecimiento similar (de 78.4% a 86.9%), lo que significó para las autoridades regionales el estable-

cimiento y priorización de metas presupuestales y acciones estratégicas de articulación intergubernamental e intersectorial en relación al Desarrollo Infantil Temprano (DIT), dada la necesidad de equiparar la alta demanda de servicios educativos de inicial proyectada con acciones de identificación de la demanda insatisfecha que puedan atender a los niños y niñas en pobreza y pobreza extrema, a fin de revertir los factores que limitan la posibilidad de ellos y ellas para que alcancen un desarrollo integral óptimo.

Estas acciones han sido fortalecidas durante el último año por el Fondo de Estímulo al Desempeño y las acciones articuladas del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) a través del Programa de Alimentación Escolar Qali Warma, donde el gobierno regional lidera los espacios por la priorización del DIT, declarado como prioridad para la atención, dada la importancia que tiene por ser la ventana única de oportunidad para nuestros niños y niñas de la región. A ello se le ha sumado una eficiente gestión de la educación y atención intersectorial a la infancia a través del Programa Presupuestal 0091, "Incremento en el Acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la Educación Básica Regular", accediendo desde las instancias del Ministerio de Educación (MINEDU) a través de la Gerencia Regional de Educación de Arequipa, quienes han gestado alianzas importantes con la sociedad civil organizada, Organizaciones Sociales de Base (OSB); dirigentes, líderes comunales y comunidades campesinas, generadas por acciones de mercadeo social del desarrollo infantil en la línea de incrementar la demanda por servicios de educación y atención infantil, y a través de la modificación de opiniones, actitudes y comportamientos respecto a la relevancia de educar y atender la infancia como estrategia de desarrollo humano y mecanismo que redunde en el desarrollo presente de las comunidades.

De esta manera queda en evidencia el real compromiso intergubernamental e intersectorial que existe desde el MINEDU, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el MIDIS, el Gobierno Regional de Arequipa, las municipalidades provinciales y las municipalidades distritales por la implementación de políticas públicas y acciones a favor de la infancia, lo que puede ser parcialmente medido por los recursos que se asignan en el presupuesto regional para realizarlas. En este sentido, se ha previsto mejorar las condiciones para continuar incrementando la asistencia de las y los menores a las IEI a través de módulos integrales, ampliando el número de las plazas docentes, adquiriendo de manera oportuna material educati-

vo e implementando estrategias de sensibilización y promoción en los usuarios. Estas acciones paralelas, junto con el soporte del diagnóstico de necesidades, permitió a las autoridades regionales construir 55 nuevos centros educativos de educación inicial, con un presupuesto de 72 millones 095 mil 217 soles, lo que significó para Arequipa que el presupuesto para Proyectos de Inversión Pública (PIP) en el período 2014-2015 represente el 52% del monto de inversión,

la cantidad más alta alcanzada durante estos cinco años, creándose 28 nuevas instituciones educativas del nivel inicial, lográndose una cobertura del 90% de las provincias de los quintiles I y II (ver el cuadro N° 2). Ello se refleja en que los niños y niñas de zonas como Huaracaya, Orcopampa, Chachas, Sayla y Puyca, donde antes eran impenables servicios educativos para el segundo ciclo de EBR, hoy sean una realidad.

Cuadro N° 2

Proyectos de inversión pública viables con transferencia presupuestal, años 2013 - 2014, para la construcción de instituciones educativas de educación inicial

Provincia	Distrito	Quintil	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
			Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto	Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto	Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto
Arequipa	Cayma	2	Deán Valdivia	122 8467	--	--	--	--
	Cerro Colorado	2	UPIS Mercado Mayorista	1 215 820	--	--	--	--
	Cerro Colorado	2	A. Sor Ana de los Angeles	1 194 376	--	--	--	--
	La Joya	1	La Cano	1 278 933	--	--	--	--
	La Joya	1	C.M. Módulo C-1	1 339 387	--	--	El trencito - El Triunfo	1 210 274
	Alto Selva Alegre	2	A. Gráficos-V. Llosa	2 944 451	--	--	--	--
	Polobaya	1	--	--	Polobaya Ch	931 649	--	--
	Mariano Melgar	3	E. López de Romaña	1 691 754	--	--	--	--
	Paucarpata	3	--	--	--	--	40696 Santa María	579 183
	Sta. Rita de Sigwas	1	--	--	--	--	Nueva Juventud	1 497 869
Camaná	Samuel Pastor	1	Bella unión	1 504 270	Hábitat La Pampa	219 950	Villa Don Jorge Campo Santo	1 758 628
	Mariano Nicolás Valcárcel	1	Secocha	1 589 216	--	--	--	--
	Mariscal Cáceres	1	Secocha	1 589 216	Santa Mónica	750 836	Santa Elizabeth	1 225 227
Islay	Islay	2	Deán Valdivia	--	Alto Boquerón	938 546	--	--
	La Punta de Bombón	1	--	--	--	--	40488 Ernesto de Olazábal Llosa La Punta B	1 175 101
	Cocachacra	1	--	--	--	--	Punta B	1 188 635
	Deán Valdivia	1	--	--	--	--	José Olaya - Víctor A. Belaúnde Leonor Bernedo de Juárez - Arenal	617 919

Cuadro N° 2

Proyectos de inversión pública viables con transferencia presupuestal, años 2013 -2014, para la construcción de instituciones educativas de educación inicial

Provincia	Distrito	Quintil	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
			Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto	Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto	Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto
Caraveli	Cháparra	1	La Españolita	1 023 329	--	--	--	--
	Cháparra	1	Cuatro horas	1 044 929	--	--	--	--
	Quicacha	1	Tierras Blancas	1 276 136	--	--	40302 Tambo	1 276 136
	Atico	1	--	--	--	--	40273 Alfonso Ugarte - Chorrillos	922 472
Castilla	Pampacolca	1	Pampacolca	1 387 850	--	--	--	--
	Uraca	1	--	--	AH Satélite	720 051	Uraca	993 508
	Orcopampa	1	La Laguna	1 841 800	--	--	40702 Vista Alegre	1 391 902
	Chachas	1	Tolconi	1 697 514	--	--	Anexo Nahuirá	1 617 962
	Machaguay	1	--	--	--	--	40358 Arhuín	1 375 776
	Aplao	3	--	--	--	--	Casquina Hacienda Casquina	1 289 166
	Aplao	3	--	--	--	--	El Principito Andamayo	1 468 240
	Aplao	3	--	--	--	--	Rayitos de Sol Huatiapilla	1 372 671
Caylloma	Caylloma	1	Jachaña	1 650 612	--	--	40406 Cucho Capilla	1 620 683
	Chivay	1	--	--	--	--	Los Angelitos	1 856 190
	Majes	2	--	--	--	--	Villa Industrial Villa Industrial	1 569 639
	Majes	2	--	--	--	--	Niños Alegres AAHH C-1	1 814 109
	Majes	2	--	--	--	--	El Pionero-Módulo G	1 982 006
	Majes	2	--	--	--	--	El Ramal II-e-7	2 145 877
	Majes	2	--	--	--	--	Los Dinámicos Pedregal Sur II etapa	1 945 450
	Majes	2	--	--	--	--	Ciudad Majes Módulo A-2	811 750
Condesuyos	Yanaquihua	1	--	--	--	--	--	--
	Condesuyos	1	Cerro Rico	1 529 553	--	--	--	--

Cuadro N° 2

Proyectos de inversión pública viables con transferencia presupuestal, años 2013 -2014, para la construcción de instituciones educativas de educación inicial

Provincia	Distrito	Quintil	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
			Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto	Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto	Inst. Educativa Inicial (IEI)	Monto
La Unión	Pampamarca	1	Río Grande	--	Huaca	613 779	--	--
	Cotahuasi	1	Tecca	1 133 963	--	--	Las Estrellitas	899 541
	Huaynacotas	1	--	--	Chaucavilca	938 546	--	--
	Sayla	1	--	--	Huacaya	1 005 044	40256 San Martín de Thours - Sayla	875 912
	Puyca	1	--	--	--	--	40648	918 481
Total	34 distritos		21 IEI	28 161 576	8 IEI	6118401	28 IEI	37 815 240
			Monto de inversión total: 72 millones 095 mil 217 soles					

Fuente: Programa Presupuestal 0091 - Incremento en el ACCESO - 2015.
Elaboración: Gerencia Regional de Educación Arequipa (GRE).

Ahora bien, si se toma en cuenta que la atención de la primera infancia es fundamental para el desarrollo del país, eso significa que es necesario atender a los 42 mil niños y niñas que nacen cada mes en el Perú y a los 3 millones 248 mil 264 niños y niñas de cero a cinco años, donde el grupo etario de niños y niñas se proyecta en 8.8% para nuestra región, pues de lo contrario hay un riesgo enorme de pérdida de capacidad y potencial para el desarrollo, lo que es clave para la superación de la pobreza y el desarrollo sostenible.

Todo esto ha significado para la Gerencia Regional de Educación de Arequipa fortalecer su gestión, donde los dos ejes fundamentales de trabajo han sido, por un lado, el mejoramiento de las condiciones materiales, la infraestructura y las plazas docentes, y por otro, la calidad del servicio que se brinda, lo que supone también ofrecer alternativas de atención que respondan a las características de la demanda con enfoques de interculturalidad.

En esta línea, la oferta educativa debe ir de la mano con generar también aquellas condiciones en la plaza docente, garantizando la permanencia de estos en la zona. Es por ello que la creación de nue-

va infraestructura permitió incrementar 39 nuevas plazas docentes aprobadas para su funcionamiento el 2016, con lo que se atenderán a 2868 niños y niñas. Cabe recalcar en este punto que en Arequipa el total de plazas docentes es de 633, para la atención de la primera infancia, lo que supone la atención del 8.8% proyectado para el 2016 para la población de cero a cinco años. Ver el cuadro N° 3.

Cuadro N° 3

Consolidado de generación de plazas docentes por UGEL- Región Arequipa

Unidad Ejecutora	Ugel año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
300	Camaná	7	8	9	21	10	4	59
	Caravelí	3	21	4	3	0	4	35
	Castilla	2	11	8	4	3	2	30
	Condesuyos	0	4	6	0	1	5	16
	Islay	9	3	5	7	10	9	43
	La Unión	3	7	4	0	3	0	17
302	Aqp - Norte	3	27	14	49	34	55	182
	Caylloma	2	7	7	3	7	11	37
	La Joya	9	23	12	11	15	23	93
303	Aqp-Sur	5	40	9	15	26	26	121
Total de plazas docentes		43	151	78	113	109	139	633
Transferencia Presupuestal para Plazas Docentes (Del 2011 al 2015)		377 284	1 078 743	538 951	1 586 858	1 551 753	Por recibir transferencias	5 133 589

Fuente: Programa Presupuestal 0091 - Incremento en el ACCESO - 2015
Elaboración: Gerencia Regional de Educación Arequipa (GREA).

No se puede dejar de mencionar que la articulación intergubernamental e intersectorial ha sido fundamental para concretar estas acciones. El MINEDU, a través de la Gerencia Regional de Educación de Arequipa y las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL), han tenido un rol importante en liderar el cumplimiento de las metas anuales mediante la aplicación del Sistema de Acceso con Calidad (SAC) y de la elaboración de un estudio de oferta y demanda, el cual ha sido indispensable para guiar la gestión e inversión en educación por parte del gobierno regional. Sumado a ello, el MINEDU también ha liderado acciones de difusión para la sostenibilidad de la demanda de los servicios educativos y ha colaborado en la generación de los parámetros necesarios para el requerimiento de profes-

sionales calificados y con experiencia en educación para la atención de las y los menores de la región.

Finalmente, es importante recalcar que la articulación con el sector educación se mantiene en vigencia con la constante asistencia técnica y acompañamiento brindado al equipo regional de la Gerencia Regional de Educación de Arequipa.

En tanto, los gobiernos locales han participado en las mesas de trabajo convocadas por el gobierno regional para contribuir activamente en la identificación de la demanda educativa local. Producto de este trabajo, se ha firmado un acta de acuerdos en la que 20 al-

caldes se comprometen a colaborar en la gestión de las condiciones que permitan la implementación de nuevos servicios educativos en la localidad, así como en el acceso a la educación inicial, convirtiéndose de esta forma en aliados estratégicos del gobierno regional. Los gobiernos locales también han apoyado en la difusión de la información sobre estos nuevos servicios, principalmente sobre la importancia de la asistencia de los menores al colegio desde los tres años.

Al respecto de las instituciones educativas, se puede afirmar que estas se han percatado de la importancia que tiene el brindar servicios de calidad a los niños y niñas, involucrándose en esta experiencia dando a conocer a la UGEL las necesidades de atención que las y los menores entre tres y cinco años tienen respecto a estos servicios. Ello, además de permitir la obtención de valiosa información sobre la demanda local en servicios educativos, ha hecho que estas instituciones se conviertan en protagonistas en la prestación del servicio y en la calidad de la educación. Un aporte similar ha sido realizado por las autoridades comunales y las de los centros poblados, quienes en los procesos participativos también han dado a conocer a la UGEL las necesidades que tiene cada comunidad, comprometiéndose e involucrándose así en la promoción y gestión de los servicios educativos.

Al igual que las instituciones educativas, la sociedad civil organizada también se ha sumado a este proceso de articulación liderado por el gobierno regional. Su papel ha sido fundamental en la movilización por el incremento de la demanda del servicio educativo, bajo una perspectiva de calidad de los aprendizajes, siendo muy importante el rol que ha jugado para la sensibilización sobre la importancia de las metas y sobre la vigilancia en su cumplimiento.

Se debe reconocer, además, el enorme compromiso y esfuerzo realizado por el MIDIS, que a través de su Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS), “Incluir para Crecer”, está contribuyendo a fortalecer la articulación intersectorial e intergubernamental, impulsando durante el último año, a partir del Fondo de Estímulo al Desempeño, las acciones de la mencionada estrategia, en base a 11 indicadores de gestión y cobertura, contribuyendo así al acceso a la educación inicial de los niños y niñas de tres a cinco años.

Además de lo mencionado, el MIDIS contribuye también a la permanencia y asistencia de los niños y niñas en las instituciones

educativas mediante el programa Qali Warma, que brindan desayunos y almuerzos escolares a las y los menores de los quintiles I y II de pobreza.

Desde la coordinadora de enlace se han venido reforzado las actividades realizadas por el MIDIS, como el Taller Primero la Infancia, en articulación con el Gobierno Regional de Arequipa, colocando en la agenda regional dicho tema, logrando incluirlo además en la mesa técnica para la elaboración del I Plan Regional para la Atención de la Infancia y Adolescentes, que busca fortalecer la acción concertada, multisectorial y de responsabilidad compartida.

La región Arequipa ha tenido una tendencia progresiva en la evolución del indicador de asistencia a las instituciones educativas, incrementándose en 20 puntos porcentuales, lo que enfatiza la priorización de metas presupuestales y acciones estratégicas de articulación intergubernamental e intersectorial para la atención al DIT. Este incremento significativo, correlacionado con la creación de servicios educativos para el nivel inicial, cuenta con la asistencia progresiva de un grupo etario con mayor incidencia en los niños y niñas de tres años de edad. Lo que significa que un mayor número de niños y niñas de tres años acceden hoy en día a la EBR debido a la capacidad instalada, generándose así una mayor oferta del paquete de servicios educativos: módulos integrales, plazas docentes, material educativo y estrategias de sensibilización y promoción.





La implementación de la tecnología de gotero autocompensante para cloración de agua de consumo humano en Rumichaca-Ayacucho 2015

AYACUCHO

La implementación de un sistema de gotero autocompensante para la cloración de agua de consumo humano, es una iniciativa con la que el Gobierno Regional de Ayacucho ha buscado incrementar el acceso de la población a agua segura e incidir, a través de ella, en la reducción de enfermedades diarreicas, dermatológicas y parasitarias que atacan, principalmente, a los niños y niñas menores de cinco años en la localidad de Rumichaca, distrito de Jesús Nazareno. Gracias a su éxito, dicho sistema sería replicado, posteriormente, en las diferentes comunidades de la región (ver el cuadro N° 3).

La cloración es el procedimiento de desinfección de aguas mediante el empleo de cloro o compuestos clorados que permite eliminar de forma sencilla y poco costosa la mayor parte de las bacterias, los virus y los gérmenes responsables de enfermedades como la disentería, la fiebre tifoidea, el cólera, entre otras.

La Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA) cuenta con una amplia tradición en la gestión del agua. Desde 1962, la región ha contado con diferentes espacios¹ para el desarrollo de infraestructura del recurso hídrico que han contribuido a que la autoridad regional ejecute proyectos de construcción de sistemas de agua potable en diversas comunidades rurales de la región.

En la actualidad, el encargo de vigilar la calidad del agua para consumo humano se encuentra en manos de la Dirección de Salud Ambiental de la DIRESA - Ayacucho², siendo bajo su liderazgo que se ha implementado la tecnología de gotero autocompensante para sistemas de agua potable en zona rural, con la cual se busca garantizar la calidad de agua de consumo humano en las comunidades de la región. Esta iniciativa se ha puesto en marcha considerando que el acceso al agua segura es un derecho básico y un paso esencial hacia la mejora de los estándares de vida en todo el mundo, ya que su calidad está directamente relacionada con la salud.

La localidad de Rumichaca tiene una población de 300 habitantes. Las familias de esta localidad habitan en 60 viviendas que cuentan con una instalación domiciliar de agua administrada por la Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS). El acceso

al agua por medio de dicho sistema no garantiza su calidad sanitaria, pues esta no pasa por un proceso de cloración que asegure su salubridad, corriéndose el peligro de contagio de enfermedades hídricas, dérmicas, parasitarias y casos de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), las que afectan principalmente a la población infantil de nuestras comunidades rurales.

Frente a esto, el Gobierno Regional de Ayacucho decidió articular esfuerzos con un gran número de actores diversos para poner en operación un sistema que resuelva la situación de riesgo de la salud de los niños y niñas de la región, mejorando de esta manera las condiciones necesarias para el desarrollo infantil temprano. Entre los actores que quisiéramos mencionar se encuentran la JAAS de la localidad de Rumichaca, la Subgerencia de Medio Ambiente de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno, la Cooperación Alemana al Desarrollo (GIZ), el Fondo Contravalor Perú - Alemania, el Programa Agua Potable y Alcantarillado (PROAGUA), la Dirección de Salud Ambiental de la DIRESA Ayacucho y el apoyo técnico de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del Ministerio de Salud del Perú.

El primer paso para llevar a cabo este esfuerzo fue el realizar un trabajo de investigación operativo que permitiera determinar los parámetros técnicos necesarios para la correcta implementación del sistema de cloración. Posteriormente, la Dirección Regional de Salud inició el proceso de difusión y sensibilización dirigido a la población para informar mediante comunicación escrita y televisiva, las bondades de la tecnología de cloración de agua con gotero autocompensante.

Como resultado de este trabajo, se logró instalar el sistema de gotero autocompensante en más de 50 localidades, esperándose para los próximos años que se instale dentro del marco del convenio del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) y en coordinación con la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento, con lo que dicho sistema podrá masificarse e instalarse en las diferentes comunidades y distritos de las 11 provincias de pobreza y extrema pobreza de la región.

1 El Plan Nacional de Agua Potable y Alcantarillado Rural (PNAPAR), la Dirección de Saneamiento Básico Rural (DISABAR), el Programa Integral de Saneamiento Básico Rural (PROISABAR), el Programa Nacional de Saneamiento Rural (PRONASAR) y la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).

2 Función atribuida por D.S. N° 031-2010-S.A.

Evolución de los indicadores trabajados

Tal y como se propuso en el 2015, cuando se inició este proyecto, se ha cumplido no solamente con abastecer de agua segura a un grupo importante de usuarios del sistema de cloración, sino que con ellos estamos consiguiendo también disminuir las EDA, las enfermedades dérmicas y las parasitarias que afectan a nuestra población más vulnerable, en especial a los niños y niñas menores de cinco años, siendo este un motivo de orgullo y un gran estímulo para seguir trabajando en el objetivo de satisfacer a los usuarios de las diferentes comunidades de la región, recibiendo el aliento necesario y la experiencia para ampliar este servicio y sus beneficios a toda nuestra región.

Cuadro N° 1

Consumo de agua segura en la zona rural (2014 a noviembre del 2015)

N°	Año	Porcentaje de consumo de agua segura en la zona rural
01	2014	4.65%
02	2015	9.50%

Fuente: Dirección Regional de Salud (DIRESA).

Cuadro N° 2

Sistemas de cloración implementados (2014 - noviembre 2015)

N°	Año	N° de sistemas de cloración implementados
01	2014	0
02	2015	51

Fuente: Dirección Regional de Salud (DIRESA).

Cuadro N° 3

Comunidades implementadas con el sistema de cloración de agua por tecnología de gotero autocompensante durante el año 2015

N°	Localidad	Distrito	Provincia	Pobl. Beneficiada
1	Putica	Cangallo	Cangallo	680
2	Incaraccay	Los Morochucos	Cangallo	280
3	Satica	Los Morochucos	Cangallo	220
4	Ccoraiacc	María Parado de Bellido	Cangallo	310
5	Rumichaca	Jesús de Nazareno	Huamanga	209
6	Mariscal Cáceres	Jesús de Nazareno	Huamanga	488
7	Socos	Socos	Huamanga	631
8	Paqpapata	Socos	Huamanga	205
9	Wirpis	Socos	Huamanga	121
10	San Rafael	Socos	Huamanga	420
11	Luyanta	Socos	Huamanga	479
12	Llunchi	Socos	Huamanga	130
13	Orccopuquio	Socos	Huamanga	110
14	Pucaloma	Socos	Huamanga	270

Cuadro N° 3

Comunidades implementadas con el sistema de cloración de agua por tecnología de gotero autocompensante durante el año 2015

N°	Localidad	Distrito	Provincia	Pobl. Beneficiada
15	Samana	Socos	Huamanga	114
16	Sapsi	Socos	Huamanga	370
17	Tambucucho	Socos	Huamanga	415
18	Yanayacu	Socos	Huamanga	380
19	Orccota	Socos	Huamanga	165
20	Accocapillapata	Socos	Huamanga	105
21	Santa Rosa de Cochabamba	Socos	Huamanga	460
22	Monccapata	Socos	Huamanga	205
23	Qoya Qoya	Socos	Huamanga	110
24	Acraybamba	Socos	Huamanga	98
25	Manzanayocc	Socos	Huamanga	380
26	Pacuri	Socos	Huamanga	135
27	Toccyasca	Socos	Huamanga	318
28	San Lorenzo	Socos	Huamanga	216

Cuadro N° 3

Comunidades implementadas con el sistema de cloración de agua por tecnología de gotero autocompensante durante el año 2015

N°	Localidad	Distrito	Provincia	Pobl. Beneficiada
29	Huamanguilla	Huamanguilla	Huanta	1700
30	Quiturara	Huamanguilla	Huanta	208
31	Chancaray	Huanta	Huanta	380
32	Espíritu Santo	Huanta	Huanta	420
33	Huancayocc	Huanta	Huanta	430
34	La victoria	Huanta	Huanta	250
35	Pampachacra	Huanta	Huanta	131
36	Huayhuas	Iguaín	Huanta	216
37	Quispichancha	Iguaín	Huanta	215
38	Villa Florida	Iguaín	Huanta	390
39	Laupay	Santillana	Huanta	189
40	Huayanay	San Miguel	La Mar	220
41	Huayllaca	San Miguel	La Mar	350
42	Antamaba	San Miguel	La Mar	480

Cuadro N° 3

Comunidades implementadas con el sistema de cloración de agua por tecnología de gotero autocompensante durante el año 2015

N°	Localidad	Distrito	Provincia	Pobl. Beneficiada
43	Patimabma	San Miguel	La Mar	510
44	Rosaspata	Tambo	La Mar	365
45	Alcamenca	Alcamenca	Víctor Fajardo	325
46	Asquipata	Asquipata	Víctor Fajardo	85
47	Canaria	Canraia	Víctor Fajardo	750
48	Cayara	Cayara	Víctor Fajardo	810
49	Circamarca	Huancaraylla	Víctor Fajardo	658
50	Huancaraylla	Huancaraylla	Víctor Fajardo	540
51	Llusita	Huancaraylla	Víctor Fajardo	370
Total				18 016

Fuente: Dirección Regional de Salud (DIRESA).





El Incremento de la cobertura de la educación inicial

CAJAMARCA

En la región Cajamarca se han realizado un conjunto de acciones destinadas a incrementar la cobertura de la educación inicial y así incidir en los aprendizajes de los niños y niñas de la región, con el objetivo de garantizar el ejercicio de sus derechos y su desarrollo como personas. A la fecha, se ha logrado un avance significativo al respecto, contando con una cobertura del 88% de los niños y niñas de tres a cinco años, teniendo en cuenta la ruralidad y los distritos que están atendidos por el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS.

Para lograr este avance en la cobertura, se han desarrollado estrategias y compromisos que han involucrado gestiones compartidas entre el Ministerio de Educación (MINEDU) y las autoridades locales, distritales y comunales de toda la región. El punto de partida ha sido el involucramiento de manera articulada con el MINEDU, la Dirección Regional de Educación (DRE), la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) y las Instituciones Educativas (IE) para lograr el inicio oportuno del año escolar. En este proceso cada actor ha cumplido su función con mucha responsabilidad, ya que ello es determinante para obtener logros concretos. Dentro de dichos logros, tenemos:

- Desde el MINEDU, a través del Presupuesto por Resultados (PPR) 0091, Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la Educación Básica Regular, se capacitó, orientó, evaluó y aprobó el trabajo de la región.
- Desde la DRE, se capacitó y coordinó con todos los actores de la región para focalizar y establecer criterios para recoger información en campo, la que se reportó y sustentó ante el MINEDU.
- Desde la UGEL, se capacitó a los equipos técnicos y coordinó con las autoridades locales para que brinden los padrones nominales de los niños y niñas existentes en sus distritos, a la vez que las autoridades comunales apoyaron convocando a reuniones en las comunidades focalizadas, brindando la información real de cada niño, niña, apoderados y madres gestantes, así como donando o

gestionando el área del terreno para el funcionamiento de la nueva IE.

Un segundo paso realizado para ampliar la cobertura educativa ha sido el implementar estrategias de difusión entre la población que refuercen lo señalado anteriormente. Para ello se produjeron spots radiales y material impreso, así como se realizaron ferias educativas y reuniones comunitarias con la participación de estudiantes, padres de familia y autoridades locales, lo que permitió ampliar la información acerca de la importancia de participar activamente y desde el primer día en las labores educativas de la localidad.

Sobre las actividades mencionadas podemos decir que:

- Los spots radiales se difundieron en las emisoras con más sintonía de las provincias y distritos, un mes antes del inicio de clases.
- Los materiales impresos sobre las actividades realizadas se entregaron a los pobladores en reuniones provinciales, distritales, de rondas campesinas y en fiestas patronales provinciales, distritales y comunales (en las provincias lo hacían los responsables de la UGEL y en los distritos y comunidades los promotores educativos distritales, en coordinación con las autoridades locales y comunales).

Estas actividades iniciales se han complementado con un proceso paralelo de focalización de la demanda existente que consistió en realizar un mapeo por distritos y provincias.

Los distritos focalizados fueron: Jesús, de Baños del Inca, Magdalena, Cajamarca, Namora, Asunción, Cospán y La Encañada, en la provincia de Cajamarca; Condebamba, Sitacocha y Cachachi, en la provincia de Cajabamba; Chumuch y Miguel Iglesias, en la provincia de Celendín; Chota, Cochabamba, Huambos, Miracosta y Tacabamba, en la provincia Chota; San Benito y Guzmango, en la provincia de Contumazá; Callayuc, Cutervo, Cujillo, Santo Tomas y San Andrés de Cutervo, Pimpingos, Querocotillo, La Ramada, Socota y San Luis de Lúcumá, en la provincia de Cutervo; Bambamarca y Hualgayoc, en

la provincia de Hualgayoc; Pucara, Jaén, Santa Rosa, Chontali, San José del Alto, Colasay, Sallique, San Felipe, Pomahuaca y Huabal, en la provincia de Jaén; Huarango, La Coipa, Namballe, San Ignacio y San José de Lourdes, en la provincia de San Ignacio; Gregorio Pita, Pedro Gálvez, José Sabogal, Eduardo Villanueva, y Chancay, en la provincia de San Marcos; Llapa, El Prado, Tongod, San Miguel, Catilluc y Llapa, en la provincia de San Miguel; San Pablo y Tumbaden, en la provincia de San Pablo; y Santa Cruz, Pulan, Catache y Yauyucan, en la provincia de Santa Cruz. Estos distritos fueron seleccionados por tener un porcentaje alto de población de tres a cinco años no atendidos y por la presencia del Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI).

Cabe resaltar que, a nivel regional, verificar la existencia de niños y niñas de tres a cinco años no atendidos, es fundamental para la gestión de nuevas plazas docentes.

Los resultados del mapeo realizado fueron el inicio de una nueva etapa para atender con una educación de calidad a estas niñas y niños no atendidos anteriormente. La información correspondió a las provincias, distritos y centros poblados del ámbito de intervención, obtenida en coordinación con 13 UGEL y autoridades locales, considerando también a las redes educativas de cada distrito. Para el tratamiento de los datos, se cruzó la información recopilada con sistemas como el ESCALE, SIAGIE, RENIEC, la data regional del programa JUNTOS y los padrones nominales de algunas municipalidades que se encontraban actualizados.

Este procedimiento garantizó el uso de información válida y de calidad para el proceso de focalización, a la vez que reforzó el compromiso existente por la concertación, ya que esta estimula la coordinación oportuna y eficiente con las UGEL para la verificación de los datos encontrados en la focalización y la consecuente toma concertada de decisiones.

Debemos mencionar que para el trabajo de campo propio del proceso de focalización, se realizaron las coordinaciones necesarias con las UGEL para conformar equipos técnicos a cargo de estas labores y para la contratación de consultores para el recojo de información en campo. Entre las labores previstas para estos equipos estuvieron el llenado de fichas de recojo de información de campo del estudio de oferta y demanda para el nivel inicial, las cuales se llenaban in situ, con datos como nombre del distrito, localidad, área, qué

servicios educativos existen en el centro poblado, las condiciones como infraestructura, mobiliario, terreno, entre otras informaciones. Estas fichas se aplicaban a las autoridades comunales, educativas y de salud, ya que en esos sectores se detallan datos como el número de madres gestantes, datos probatorios de los niños y niñas de cero, uno y dos años, con los nombres de los niños y niñas, número de DNI, edad, nombres completos de los padres y madres, así como los compromisos firmados para enviar a sus hijos a las I.E. Cabe recalcar que gracias a estos resultados todas las comunidades focalizadas han validado nuevas plazas docentes para el año 2016 en el nivel inicial.

De igual modo, los resultados han ayudado a tener una información real y fácil de comprobar en el proceso de cruce de información con el Sistema de Acceso con Calidad (SAC), donde se realizó el vaciado de los datos conseguidos, validándose la información de los centros poblados y anulándose el proceso de aquellos expedientes que no estaban completos.

Por otro lado, cabe mencionar que se viene implementando desde el MINEDU un plan de monitoreo nacional, regional y local, el Plan Operativo Anual 2015, con la finalidad de verificar la información que sea real en las regiones y que ayude a sustentar los requerimientos de nuevas plazas docentes. Dicho plan ha sido adecuado y ejecutado en la región en coordinación con las 13 UGEL de Cajamarca, respetando las actividades y cronogramas ya establecidos para todo el año.

Para finalizar, se presentarán a continuación las estrategias que han dado resultado en nuestra región para la gestión de nuevas plazas docentes, las cuales se trabajan de un año para otro.

Evolución de indicadores trabajados

- Del 2011 al 2016 se han creado 2008 nuevas plazas docentes para el nivel inicial en toda la región Cajamarca a través del PPR 0091.
- Del 2011 al 2016 se han creado 1457 jardines de educación inicial para nuestros niños y niñas de la región Cajamarca.
- En la región Cajamarca se ha avanzado en la atención a la población vulnerable de tres a cinco años que está ubicada en zonas dispersas y muy alejadas, entre ellas las de difícil acceso, ya que las vías de comunicación o los cambios climáticos dificultan las visitas para el recojo de información. El trabajo coordinado con los diferentes niveles de gobierno y la búsqueda de estrategias nos han ayudado a incorporar a nuestros niños y niñas a los servicios educativos del nivel inicial, subiendo 4% entre el año 2014 y 2015, lo que nos ha permitido atender a un promedio de 10 mil niños y niñas de tres a cinco años.

Indicador	Año 2014	Año 2015
Niños y niñas de tres a cinco años que acceden a servicios de la Educación Básica Regular (EBR) de las zonas vulnerables de la región de Cajamarca.	84%	88%

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2015.



La implementación de estrategias articuladas para la reducción de la desnutrición crónica infantil en el distrito de Yauli 2012-2014

HUANCVELICA

Los esfuerzos del Gobierno Regional de Huancavelica por adecuar e implementar estrategias articuladas al sector Salud han tenido como horizonte el disminuir la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en el distrito Yauli. A través de un conjunto de servicios eficientes y de calidad se buscó contribuir en mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas menores de cinco años, permitiéndoles así el derecho a desarrollarse y crecer saludables.

Una de las actividades realizadas al respecto ha sido el mejorar el procedimiento técnico orientado a brindar y realizar seguimiento al paquete integral de Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años (CRED). Para ello, se definió una estrategia de articulación con los sectores involucrados en la prestación del servicio (gobierno local, Salud, Educación, Vivienda, el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil –RENIEC –, el programa JUNTOS, entre otros), de modo que se pudieran establecer los criterios a implementar, así como el identificar los roles y las funciones a desempeñar por cada actor.

En el año 2010, el Gobierno Regional de Huancavelica firmó el convenio EUROSPAN con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) que permitió fortalecer el Programa Articulado Nutricional a través de los aportes de la cooperación internacional (Comisión Europea - EUROSPAN). Dicho convenio consistía en disponer de recursos adicionales para el financiamiento de intervenciones del Programa Articulado Nutricional, con una transferencia anual de 12.5 millones de soles desde el 2010 hasta el 2013, sumando un total de 37.5 millones de soles, donde las transferencias financieras estaban sujetas al cumplimiento de compromisos de gestión e indicadores de salud. Esos indicadores estaban relacionados a la vacunación y CRED completos en niñas y niños menores de 36 meses, a la suplementación de hierro en gestantes y niñas y niños menores de 24 meses y el compromiso de gestión de cumplir con la disponibilidad adecuada de enfermeras en los distritos priorizados por el convenio.

En este contexto se realizó el diagnóstico de las condiciones básicas para prevenir la desnutrición infantil y sus indicadores en salud y nutrición a nivel distrital, a través del instrumento de gestión local lla-

mado: Tecnología de decisiones informadas, aplicado en los 14 distritos priorizados por el convenio EUROSPAN: Anta, Anchonga, Chincho, Congalla, Cuenca, San Antonio de Antaparco, Chinchihuasi, Huachocolpa, Salcahuasi, San Marcos de Rocchac, Surcubamba, Tintay, Puncu y Yauli.

En el caso concreto del distrito de Yauli, posterior a la firma del convenio en el nivel regional, se iniciaron las acciones de lucha contra la desnutrición infantil con el levantamiento de una línea de base para los indicadores de salud y nutrición con la asistencia técnica del Instituto Nacional de Salud (INS) –a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN)–, el MEF y la Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Huancavelica. Para ello se fortalecieron las competencias del personal de salud y del gobierno local a través de cursos y talleres de diseño, aplicación y procesamiento de la información nutricional, así como de seguimiento y acompañamiento de la implementación de proyectos. Acto seguido se procedió a la programación y ejecución de reuniones concertadas entre el gobierno regional, la DIRESA y los funcionarios de la municipalidad de Yauli¹. Producto de estas reuniones se obtuvieron los planes de trabajo de la intervención que permitieron al gobierno regional promover y facilitar la coordinación de acciones en el marco del cumplimiento de los compromisos asumidos a través del convenio EUROSPAN, articulando para ello gestiones con la Municipalidad Distrital de Yauli en el marco del Plan de Incentivos Municipales y el sector Salud, donde la DIRESA, con el respaldo permanente del Ministerio de Salud (MINSU), el CENAN y el MEF, lideró los procesos de asistencia técnica.

Como primer resultado general de este proceso de articulación y concertación, la Municipalidad Distrital de Yauli implementó en el distrito el Centro de Promoción y Vigilancia Comunal de Yauli (CPVC). Para su funcionamiento, el personal del centro de salud de la localidad se ha encargado de brindar un acompañamiento técnico constante capacitando a los agentes comunitarios y sensibilizando a los funcionarios de la municipalidad para que hagan entrega de incentivos no monetarios a estos colaboradores de la comunidad. De igual modo, las sinergias que se han producido con el funcionamiento del CPVC han ayudado a realizar intervenciones conjuntas de carácter preventivo y

¹ Yauli es un distrito ubicado en la provincia y departamento de Huancavelica. Está considerado en el quintil 1 de extrema pobreza de la región. Su población es quechua hablante y se caracteriza por ser una de las etnias indígenas huancavelicanas con mayor arraigo en sus tradiciones, territorio y cultura.

promocional en favor de la salud de los niños y niñas, obteniendo resultados importantes.

En principio, se ha logrado mejorar el servicio de salud de atención integral de los niños y niñas, incidiendo en la ampliación de la cobertura del CRED para la edad y en el monitoreo de aquellos niños y niñas que no acuden a los controles. Esto se ha logrado con un arduo proceso de sensibilización a las familias de la comunidad, en el que los agentes comunitarios han sido protagonistas. Por otro lado, se ha incidido en acciones puntuales, como el tamizaje de hemoglobina para la detección de la anemia, la suplementación con multimicronutrientes y la vacunación oportuna.

Desde la implementación del CPVC también se ha logrado mejorar la afiliación de la población al Seguro Integral de Salud (SIS) y, en

base a una sostenida campaña de visitas domiciliarias, se han promovido prácticas saludables en las viviendas de la comunidad. Estas acciones están mejorando los hábitos de la población respecto al consumo del agua clorada, el control prenatal reenfocado, los signos de alarma, las sesiones demostrativas en alimentación complementaria y el lavado de manos. Por otro lado, con la colaboración de las autoridades distritales, el personal de salud y la comunidad, se ha actualizado el padrón nominado de niños, niñas y gestantes, lo que ha resultado fundamental para una adecuada vigilancia en el cuidado del recién nacido y en el seguimiento a la lactancia materna exclusiva. Es así que constantemente se programan y ejecutan reuniones multisectoriales para reportar el estado y los resultados de las acciones, lo que ha estimulado la participación de todas y todos los involucrados en el mejoramiento de los indicadores del desarrollo infantil temprano.

Evolución de los indicadores trabajados

Además de estos resultados operativos propios de la gestión, queremos destacar la manera en que estas acciones se han visto reflejadas en la evolución de nuestros indicadores.

En el cuadro N°1 se observa que la prevalencia de la DCI del 2012 al 2014 ha tenido una reducción significativa de 15.2%, data que coincide con el periodo de la intervención del convenio EUROSPAN y la priorización que se da a nivel nacional sobre el tema.

Cuadro N° 1

Años	2012	2013	2014
Desnutrición Crónica Infantil (DCI) REGIONAL	50.20%	42.60%	35%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.

En el cuadro N°2 se observa que la prevalencia de la DCI en el distrito de Yauli ha tenido una reducción significativa de 8.4% en el periodo de la intervención, réplica de lo acontecido a nivel regional.

Las intervenciones implementadas descritas en esta experiencia han tenido efectos importantes para mejorar los indicadores del distrito. Entre ellos citamos el incremento en un 13% de la cobertura del CRED y el incremento de un 5.3% en la suplementación de multimicronutrientes en menores de tres años, lo que evidencia

las mejoras en el acceso al servicio y el fortalecimiento del conocimiento de los padres respecto a la importancia del cuidado de los menores, siendo los agentes comunitarios actores que han contribuido a este hecho. El lograr estos resultados ha llenado de orgullo y satisfacción al Gobierno Regional de Huancavelica, siendo estos, además, la evidencia que el trabajo articulado efectivamente tiene efectos en la población y, sobre todo, sostenibilidad en el tiempo. El esfuerzo desplegado permitió cumplir con los objetivos planteados y al mismo tiempo significó un compromiso para continuar mejorando e incorporando paulatinamente a todos los distritos y comunidades de la región, para que así más niños y niñas tengan posibilidades de desarrollarse y crecer saludables.

Cuadro N° 2

Indicadores Yauli	2012	2014
Prevalencia de la DCI Yauli *	47.1%	38.7%
Cobertura CRED **	58%	71%
Suplementación de multimicronutrientes **	26%	41.3%
Suplementación de multimicronutrientes ***	30.53%	40.66%

Fuente: Sistema De Información Del Estado Nutricional (SIEN) - Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable (ESANS) – Dirección Regional de Salud (DIRESA) *
Fuente: Health Information System (HIS) Report - DIRESA **
Fuente: Seguro Integral de Salud (SIS) ***





Mejorando el estado nutricional de nuestras niñas y niños en sus primeros 5 años de vida en el distrito de Santa María del Valle-región Huánuco

HUÁNUCO

El Gobierno Regional de Huánuco, en coordinación con la Municipalidad Distrital de Santa María del Valle, el sector Salud y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), busca implementar una iniciativa articulada en salud que contribuya a mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas del distrito, a través del incremento del acceso y la calidad de los servicios sanitarios infantiles. Con esta experiencia, se quiere resaltar que el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es una prioridad en la región y que los procesos de articulación puestos en marcha para implementarla están enfocados en reducir la desnutrición crónica que tanto afecta el futuro de los niños y niñas de Huánuco.

La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) constituye uno de los principales problemas de salud pública en el Perú porque afecta directamente las posibilidades de desarrollo de las personas, agudizando las situaciones de pobreza, exclusión y desigualdad en las regiones. En la región Huánuco, en general, así como en varias otras zonas del país, la DCI ha mantenido una disminución constante. En el distrito de Santa María del Valle, en particular, dicha disminución ha sido de 11.5% entre el 2011 y el 2015¹, pasando del 43% al 31.5%. En el caso de la anemia en niños y niñas menores de tres años en el mismo distrito, esta se ha reducido en 16.5% entre los años 2011 y 2015, pasando del 37.9% al 21.4%². Sin embargo, en los niños y niñas menores de un año, tanto en la DCI como en la anemia, estos cambios no son tan significativos.

La vigilancia en salud es una de las estrategias esenciales en los procesos de prevención de enfermedades de la población, convirtiéndose en una herramienta vital para promover la participación tanto de los promotores del sistema de salud pública como de la propia población usuaria de los servicios. El modelo de vigilancia en salud es precisamente el que la región Huánuco ha implementado para mejorar la situación de los niños y niñas del distrito de Santa María del Valle.

Nuestra experiencia se remonta a inicios del año 2014, cuando el equipo de gestión de la Microrred de Santa María del Valle reali-

zó un análisis de los indicadores del convenio CAPITA y del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) vinculados al servicio de paquete completo en niños y niñas menores de cinco años. El resultado de este análisis reveló que la estrategia de seguimiento y monitoreo de nuestros niños y niñas no era oportuno. Por tal razón se pensó en una estrategia que ayude a que las madres gestantes, desde el comienzo del embarazo, tengan conocimiento de la importancia que tiene su estado nutricional para el nacimiento del niño o niña y su crecimiento posterior. De igual manera, se pensó que era necesario que la gestante y su niño o niña, hasta los cinco años de edad, cuenten con el paquete de servicios adecuados y oportunos de manera articulada y bajo una lógica de integralidad en la atención.

Estos dos aspectos son los pilares de la iniciativa Madres y Padres Adoptivos que articula al gobierno local, el RENIEC, la comunidad (agentes comunitarios) y los 11 establecimientos de salud de la jurisdicción del distrito de Santa María del Valle.

Sobre estos pilares, la primera tarea fue sensibilizar a nuestros aliados, es decir, al personal del gobierno local y a los agentes comunitarios (agrupación conformada por las mujeres líderes de la zona). De igual modo, también se sensibilizó e informó al total de trabajadores de los establecimientos de salud (médicos, odontólogos, enfermeros, obstetras, personal técnico y personal administrativo), primero mostrándoles cómo nos encontramos en relación a nuestros indicadores del articulado nutricional y la repercusión que esto podría conllevar.

Luego de ello se pensó en contar con una herramienta que ayude a la vigilancia y al control sobre los niños y niñas, elaborándose para eso un formato de seguimiento para las madres y padres adoptivos, el cual contaba con datos importantes del niño y/o niña, de sus padres biológicos y de sus padres adoptivos en la comunidad (agentes comunitarios). Este formato también recoge el número de Documento Nacional de Identidad (DNI) o los datos de la afiliación de los y las menores, el registro de controles realizados, sus vacunas, con-

1 Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño y la Gestante (SIEN). Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Huánuco.
2 Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño y la Gestante (SIEN). Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Huánuco.

sumo de multimicronutrientes y dosaje de hemoglobina. Posteriormente, se realizó el sorteo para definir al personal de salud de los centros de atención que se encargarían de convertirse en las “madres y padres adoptivos”.

Cada padre adoptivo ha tenido a su cargo el seguimiento y la vigilancia de dos o tres niños en promedio. La tarea de los padres adoptivos consistía en hacerse responsables de que sus hijas e hijos adoptivos asistan a sus consultas de manera oportuna, valiéndose para ello de los datos en el formato. El circuito de la intervención se iniciaba con el contacto entre los padres adoptivos y los biológicos, o comunitarios, para la respectiva vigilancia en la atención de los niños y niñas. Si la madre no acudía con su niño y/o niña a la atención, se activaba un segundo paso en el circuito de vigilancia. Este paso consistía en programar una visita domiciliar desde el establecimiento de salud donde estaban los sectoristas responsables del seguimiento a la atención de aquellos niños y/o niñas.

La premisa detrás de este sistema de vigilancia y prevención en salud es que las madres y padres adoptivos, como parte del establecimiento de salud, tienen un mejor y más fácil acceso a la historia clínica de sus hijos adoptivos, lo que permite tener un mayor control sobre aquellos servicios que son indispensables para el desarrollo infantil de los menores. Estos servicios son precisamente la afiliación para el acceso al DNI y las consecuentes atenciones oportunas, vacunación y administración de multimicronutrientes.

Como se indicó inicialmente, la iniciativa Madres y Padres Adoptivos fue diseñada para mejorar los indicadores relacionados a la salud de los niños y niñas de Santa María del Valle. A través de ella se ha logrado identificar las necesidades individuales de cada niño y/o niña poniendo en operación un sistema que estimula la participación de la comunidad y el involucramiento especializado de los promotores de la salud en los procesos de vigilancia y prevención vinculados a la salud de los menores de cinco años.

La DCI y la anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños menores de tres años tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente si se presenta en un periodo crítico como el crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños y niñas menores de dos años. Periodo en el que el daño puede ser irreversible, constituyéndose en los problemas principales de salud pública que afectan el desarrollo temprano.

El trabajo multisectorial articulado desde la iniciativa Madres y Padres Adoptivos ha permitido el intercambio de información oportuno entre la municipalidad y el sector Salud, los programas sociales y los líderes comunitarios para lograr la homologación y actualización del padrón nominal municipal, el que a su vez ha servido como instrumento de seguimiento en cada comunidad. El fortalecimiento de las competencias del personal de las entidades involucradas y de la propia comunidad ha servido para que los recursos, la información y los procedimientos establecidos en la mencionada iniciativa puedan ser implementados adecuadamente.

Estrategias de intervención realizadas:

- Monitoreo y seguimiento de indicadores de acceso a servicios de salud en niños y niñas de cero a cinco años, de acuerdo a su edad: indicadores del convenio CAPITA e indicadores del convenio FED (ver los cuadros N° 1 y N° 2).

Cuadro N° 1

Reporte preliminar de los indicadores prestacionales del convenio capita 2015 al IV trimestre distrito Santa María del Valle. Enero - noviembre 2015

N°	Indicador prestacional	Resultado Acumulado IV trimestre	Meta I trimestre	Meta II trimestre	Meta III trimestre	Meta IV trimestre	Porcentaje de cumplimiento al IV trimestre
1	Porcentaje de recién nacidos asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) con dos controles de crecimiento y desarrollo hasta los 15 días de nacido	205	5%	15%	35%	40%	180.46%
		284					
2	Porcentaje de niñas y niños asegurados al SIS menores de un año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad	58	3%	10%	20%	30%	68.08%
		284					
3	Porcentaje de niñas y niños asegurados al SIS de un año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad	133	3%	10%	20%	30%	127.03%
		349					
4	Porcentaje de niñas y niños asegurados al SIS de dos años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad	122	3%	10%	20%	30%	95.24%
		427					
5	Porcentaje de niñas y niños asegurados SIS afiliados antes de los 30 días	164	2%	8%	15%	25%	230.99%
		284					

Fuente: Base de datos preliminar del SIS correspondiente a la región Huánuco (enero del 2012 a noviembre del 2015).
Elaboración: Ing. Eduardo Yuri Figueroa Ingunza.

Cuadro N° 2

Niños y niñas menores de tres años con acceso a paquete completo de servicios de acuerdo a su edad (CRED, vacuna, multimicronutrientes, DNI)

Criterios FED Periodo enero - octubre del 2015
Distrito Santa María del Valle

Distrito Santa María del Valle	<1 año									
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct
	38	45	42	48	53	53	57	64	61	65
	>=1 año y <3 años									
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct
	3	4	5	7	9	9	11	13	15	17
	<3 años									
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct
	15	17	18	21	24	25	27	31	31	33

Fuente: Cubo 05 Infantil Ene - Oct 2015 - FED
Elaboración: Lic. Juliana Herrera Talancha.
Jefa de la Microrred Santa María del Valle.

- Consejería en lactancia materna y nutrición y alimentación complementaria a madres y cuidadores principales (ver el cuadro N° 3).

- Implementación de un sistema de información y vigilancia para el seguimiento nominal, articulando la iniciativa Madres y Padres Adoptivos del establecimiento de salud con Madres y Padres Adoptivos de la comunidad, quienes se encargan de hacer el seguimiento y acompañamiento a la recepción del paquete integrado de servicios en los niños y niñas, con un adecuado fortalecimiento de sus capacidades y el suministro de información nominativa desde la Microrred de Salud Santa María del Valle para el seguimiento correspondiente (ver el cuadro N° 4).

- Registro del Certificado de Nacido Vivo (CNV) en línea y Acta de Nacimiento en línea (ver el cuadro N° 5).

Cuadro N° 3

Consejería en Lactancia Materna

Distrito	Meta 2015 número de recién nacidos	Meta propuesta al 2015 Numérico	Meta propuesta al 2015 %	Número alcanzado al 2015 Numérico	Meta coberturada al 2015 %
Microrred Santa María del Valle	284	71	25%	164	57.75%

Fuente: Plan de Salud Local (PSL) - Santa María del Valle 2015.
Elaboración: Lic. Juliana Herrera Talancha. Jefa de la Microrred Santa María del Valle.

Cuadro N° 4

Porcentaje de padres adoptivos en el establecimiento de salud y en la comunidad capacitados en los ejes temáticos para el adecuado seguimiento de niños y niñas < de cinco años de edad

Distrito	Meta programada madres y padres adoptivos 2015		Meta alcanzada 2015	
	Numérico	%	Numérico	%
Microrred Santa María del Valle	102	100%	84	82.30%

Fuente: PSL - Santa María del Valle 2015.
Elaboración: Lic. Juliana Herrera Talancha. Jefa de la Microrred Santa María del Valle.

Cuadro N° 5

Niños y niñas que cuentan con el certificado de nacido vivo (CNV), actas de nacimiento en línea, cédula única de identidad (CUI), DNI y afiliación al SIS

Santa María del Valle	N° de niños y niñas en el padrón nominado		Porcentaje de niños y niñas < un año en el padrón nominado			
	< un año	< un año	con CUI o DNI			
	2014	2015	mar-14		nov-15	
	Numérico	Numérico	Numérico	%	Numérico	%
	164	319	159	97%	319	100%

Fuente: Base de datos del padrón nominado - RENIEC - MINSA (30 de noviembre del 2015)
Elaboración: MEF.

Evolución de los indicadores trabajados

La proporción de DCI en el distrito de Santa María del Valle muestra una tendencia a la disminución en el tiempo: desde el 2011 al 2015 se ha reducido en un total de 11.5%, según el patrón de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud

(OMS)³. En el caso de la anemia, la tendencia de la proporción de niños y niñas menores de tres años mostró también una disminución sostenida en el tiempo: desde el 2011 al 2015 se ha reducido en un total de 16.5%, de 37.9% a 21.4%.

Indicador de desempeño resultado / producto	Unidad de medida	Fuente de datos	2011	2012	2013	2014	2015
Proporción de menores de cinco años con Desnutrición Crónica Infantil (patrón de referencia de la OMS)	Porcentaje	Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño (SIEN)	43	34.8	34.3	32.1	31
Proporción de niños y niñas de seis a menos de 36 meses de edad con anemia	Porcentaje	Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño (SIEN)	37.85	36.8	34.5	33.93	21

DIRESA - Huánuco / Provincia: Huánuco / Distrito: Santa María del Valle





Hacia una mejor calidad de agua en las zonas más pobres de Ica (abril - diciembre del 2015)

ICA

La búsqueda por mejorar la calidad del agua en las zonas rurales de la región Ica ha generado un esfuerzo articulado entre los gobiernos locales y el gobierno regional, liderado por los sectores de Vivienda y Salud, desde donde se ha promovido el fortalecimiento de capacidades y formalización de las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS) como medio para una buena gestión del recurso hídrico que garantice un adecuado servicio y calidad del agua para consumo, y por ende el crecimiento saludable de los niños y niñas de la región, sobre todo en los quintiles de pobreza.

La exitosa experiencia iqueña se inicia en el mes de abril con la ejecución del Convenio de Asignación al Desempeño en el marco del Fondo de Estímulo al Desempeño (FED). Como primer paso se realizó un diagnóstico de los sistemas de agua potable, para lo que se reunió la mayor cantidad de información acerca de cómo se estaba trabajando en zonas rurales en lo que respecta a la administración, operación, mantenimiento y sostenibilidad de los servicios de agua y saneamiento, para así, con los datos obtenidos, planificar de mejor manera las intervenciones en infraestructura y el fortalecimiento de capacidades. Esta tarea se desarrolló aplicando una encuesta de diagnóstico para determinar las características del abastecimiento de agua y saneamiento en el ámbito rural en los centros poblados de los quintiles de pobreza I y II de la región.

Con la experiencia del FED, se lograron identificar 649 centros poblados dentro de los quintiles de pobreza I y II. Es en ellos donde se realizó el diagnóstico de los sistemas de agua potable para conocer su estado y el nivel de preparación de las JASS, con el fin de llevar a cabo las acciones pertinentes que permitan contar con un correcto funcionamiento de los mismos. Al final de esta experiencia se lograron realizar 442 diagnósticos de sistemas de agua, lo que representa el 68.56% del total de los centros poblados que se encuentran en los mencionados quintiles.

De los 442 centros poblados diagnosticados, 197 (el 44.27%) cuentan con un sistema de agua potable y 245 (el 55.73%) no cuentan con sistema de agua. De los centros poblados que cuentan con

sistemas de agua potable, el 85.8% de esas infraestructuras fueron construidas por el gobierno regional, a través de la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento, y el 14.1% por los gobiernos distritales.

Realizada la aplicación de la encuesta y los diagnósticos correspondientes se concluyó que los centros poblados rurales de la región se encontraban abandonados en términos de control y calidad de los sistemas de agua. Así, lo primero que se encontró fue que las captaciones estaban desprotegidas, por lo que eran muy susceptibles a la contaminación. Se requería entonces una limpieza en la zona de captación y un cerco de protección para garantizar el buen funcionamiento del sistema. Por otro lado, se constató que entre los usuarios existía una profunda resistencia a los cambios del sistema de agua debido al temor de tener que asumir los costos de la mejora. Cabe recalcar sobre ello, que la cultura de no pagar por los servicios es justamente lo que ha dificultado su sostenibilidad y afectado principalmente su calidad.

Ante esta problemática, el Gobierno Regional de Ica, a través de la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento, realizó las coordinaciones con los gobiernos locales de Chíncha, Pisco y Nasca, junto con el Área de Salud Ambiental de la jurisdicción, para intervenir en las JASS y en la población usuaria del sistema, con el fin de sensibilizarlos sobre la importancia de contar con agua segura que garantice la salud de todos. El equipo técnico a cargo de estos trabajos estuvo conformado por ingenieros civiles y arquitectos con una profunda vocación de servicio a la comunidad.

Como resultado de este proceso de organización, se formalizó y dotó de herramientas de gestión apropiadas¹ a los diferentes centros poblados que cuentan con JASS, mientras que en aquellos que no contaban con estas instancias se realizó el asesoramiento técnico para su conformación. También se capacitó y sensibilizó a las autoridades, los directivos de estas juntas y a la población en general, en el mejor manejo, control, operación y mantenimiento de los diferentes sistemas de agua potable, así como en el sentido e importan-

¹ Formatos oficiales aprobados por el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS).

cia de los mismos para la salud de la población, especialmente de los niños y niñas.

A través de las acciones realizadas, se logró alcanzar las metas de diagnósticos propuestos, contándose ahora con información del estado del sistema de agua, o de la manera en cómo se obtiene esta para el consumo humano, de 442 (68%) centros poblados de los quintiles I y II de la región, lo que servirá como herramienta para la toma de decisiones para mejorar el servicio y, por ende, la calidad del agua que se consume.

También se puede resaltar la realización de la capacitación y formalización de las JASS en 42 centros poblados que no contaban con documentos de gestión ni con el reconocimiento de la municipalidad distrital. En estos se cuenta ahora con juntas administradoras no solamente formalmente constituidas, sino también fortalecidas, capacitadas y empoderadas para la gestión del recurso. La población de estos 42 centros poblados ha sido sensibilizada e informada sobre los beneficios de contar con agua segura en sus domicilios, ejerciendo hoy en día plenamente su derecho a la salud, consumiendo agua potable de calidad.

Asimismo, se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que es la primera vez en la región Ica que se realiza este tipo de experiencia y que se pone en agenda la importancia de la calidad del agua que consumen los iqueños de las zonas más vulnerables, donde los resultados de dichas experiencias servirán para tomar acciones inmediatas para mejorar las condiciones.

Evolución de los indicadores trabajados

Como resultado de las intervenciones realizadas hasta el 30 de diciembre del 2015, se puede referir que 9.43% (42) de centros poblados que cuentan con diagnóstico de sistema de agua, han mejorado la calidad que brindan de los servicios de agua para el consumo, otorgando a su población agua segura, previniendo así la prevalencia de parasitosis en niños y niñas menores de cinco años, reduciendo la desnutrición crónica y la anemia.

Cuadro de intervención para el mejoramiento de la calidad del agua en las zonas rurales de la región Ica

Indicador	Año 2014		Año 2015	
	Nº	%	Nº	%
Total de centros poblados en quintiles de pobreza I y II regionales.	649		649	
Diagnóstico de sistemas de agua potable en centros poblados de quintiles I y II regional.	0	0%	442	68.56%
Capacitaciones a JASS con diagnóstico de sistema de agua.	0	0%	42	9.43%
JASS reconocida.	0	0%	21	4.71%

Elaboración: Equipo técnico de la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento (DRVCS) de la región Ica (hasta el 30 de diciembre del 2015).

Cuadro resumen por provincias del reporte de encuestas digitadas en el aplicativo, capacitaciones y reconocimiento de las JASS

Provincia	Gobierno regional (DRVCS) diagnóstico	Gobierno local diagnóstico	Total de diagnóstico	Capacitaciones JASS	JASS reconocida
Chincha	165	29	194	17	8
Ica	73	10	83	0	0
Nasca	11	0	11	0	0
Palpa	17	0	17	0	0
Pisco	116	24	140	25	13
Total	382	63	445	42	21

Elaboración: Equipo técnico de la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento (DRVCS) de la región Ica (hasta el 30 de diciembre del 2015).



El niño identificado, tiene el futuro asegurado

JUNÍN

En la región Junín se realizó la exitosa experiencia: Niño identificado, futuro asegurado, con la que se buscó fomentar el desarrollo infantil temprano, basándose en el derecho al reconocimiento e identificación plena de los niños y niñas. Por ello, se ha considerado la identificación como un paso fundamental para que las personas, en especial los niños y niñas, puedan acceder a los servicios y programas sociales del Estado y, en ese sentido, alcanzar el pleno desarrollo de sus facultades y posibilidades.

El registro de la identidad de las personas es un proceso complejo que tiene a su favor la existencia de una serie de instrumentos que poco a poco están empezando a usarse en los establecimientos de salud a nivel nacional. Todo se inicia con el Sistema de Información de Nacimientos, plataforma web trabajada de forma articulada entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC). Este sistema permite que en los establecimientos de salud donde se atienden nacimientos, se pueda registrar al recién nacido en la misma sala de partos, generándose así el Certificado de Nacido Vivo (CNV), siendo este el segundo elemento del sistema de registro de identificación. Con dicho certificado se reduce tanto la probabilidad de falsificar y/o duplicar identidades como el error en el registro, cosa característica del llenado manual.

Así, siguiendo esta estructura, se facilita la pronta identificación pues el sistema asigna un código único al recién nacido que lo vincula directamente con el Documento Nacional de Identidad (DNI). Cabe recalcar que el CNV producto del registro, es requisito básico para el paso final de la cadena: el Acta de Nacimiento, documento que permite la inscripción del o la menor en los registros civiles. Con estos pasos completados se obtiene el DNI en las oficinas registrales del RENIEC y, con ello, el acceso oportuno de las y los menores a los servicios de salud y a los programas sociales que el Estado les ofrece.

En la región Junín, para la implementación de la experiencia Niño identificado, futuro asegurado, se organizaron dos niveles de coordinación. El primer nivel fue interno, entre las áreas de estadística e informática de la gobierno regional, el Programa Materno Neo-

natal, el Programa Articulado Nutricional y la Unidad de Seguros Públicos y Privados (USPP) de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Junín. Desde que el gobierno regional asumió la responsabilidad de cerrar brechas en el tema de identidad y afiliación, en el marco del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), con el objetivo de facilitar el ejercicio de los derechos de los niños y niñas, así como su desarrollo infantil temprano, se procedió a recopilar información del número de nacimientos en establecimientos estratégicos de atención de partos y recién nacidos y al mapeo geográfico de los CNV en línea y en la Oficina Registral Auxiliar (ORAS), estableciendo la necesidad de estos servicios. Asimismo, se buscaron estrategias de intervención e identificando prioritarias en base a los puntos críticos de identidad y afiliación, por distritos y establecimientos de salud, iniciando la implementación de la experiencia con recursos disponibles y optimizando equipamiento, el cual se viene fortaleciendo con el Plan Nacional Bienvenidos a la Vida y con el presupuesto del nivel cero del FED.

El segundo nivel de coordinación fue externo. En este intervinieron el gobierno regional (a través de la DIRESA - Junín), el RENIEC, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) del Seguro Integral de Salud (SIS) - Junín, realizando asistencia técnica y fortaleciendo competencias del equipo FED, facilitándose así el proceso de implementación de la experiencia. Cabe mencionar que los gobiernos locales contribuyeron con el reporte del padrón nominal que permite identificar a los niños y niñas que no tienen identidad y afiliación, la misma que se viene fortaleciendo a través del premio Nacional del Sello Municipal y en coordinación estrecha con los programas sociales (Cuna Más y JUNTOS).

El producto de estas gestiones ha sido que la implementación de la experiencia Niño identificado, futuro asegurado, en la región Junín se alineó a un modelo para la mejora de los procesos de gestión. Esto supuso un trabajo arduo de articulación para estandarizar procedimientos que tuvo su primer resultado en la priorización de los Establecimientos de Salud I-4 FONB (Función Obstétrica y Neona-

tal Básica: centros materno infantiles), en los que se llevaría a cabo la experiencia. Hasta antes del 2015, solo cuatro de los establecimientos de salud de la región contaban con este sistema implementado.

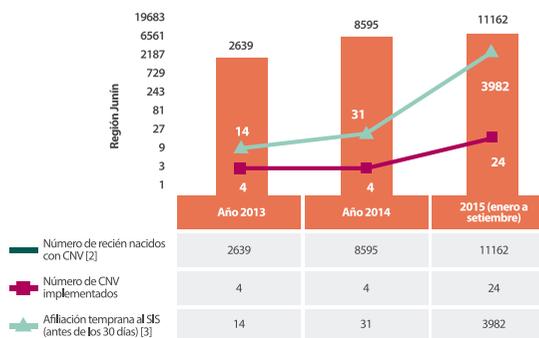
Para el 2015, 20 establecimientos de salud de la sierra y selva de Junín¹ se suman al sistema de Certificado de Nacido Vivo en Línea. Gracias a ello se puede considerar que la identificación de los niños y niñas ha ido mejorando, observándose en la región el incremento de niños y niñas con CNV en línea y afiliación temprana al SIS, con todos sus derechos para recibir los paquetes de salud y de educación, así como el acceso a los diversos programas sociales del Estado. Además, estos modernos procedimientos de identificación y aseguramiento del recién nacido han permitido fortalecer la gestión de los gobiernos locales y el RENIEC, y con ello avanzar en la actualización del padrón nominal, el cual servirá como herramienta para el registro actualizado y real de los recién nacidos.

Estos resultados son producto de una continua y directa asistencia técnica recibida del MINSA, el MIDIS (a través del FED y el Sello Municipal), el RENIEC (a través de la Gerencia de Restitución de la Identidad y Apoyo Social –GRIAS–) y el MEF (a través del Sistema Integrado de Gestión Administrativa –SIGA– y el Presupuesto por Resultados –PpR–). Así tenemos que en los 24 establecimientos de salud con CNV en línea, se garantiza que el personal encargado de la atención de los recién nacidos realice el corte oportuno del cordón umbilical, el apego piel a piel (madre e hijo), la lactancia materna durante la primera hora de vida, el seguimiento a través del control CRED del recién nacido (cuatro controles) y la administración de la vacuna BCG/HVB, con el objetivo de disminuir la tasa de morbilidad neonatal y prevenir la anemia y DCI de la población de nacimientos del ámbito regional.

Evolución de los indicadores trabajados

El nacimiento de un niño y/o niña saludable es el resultado de los procesos que se inician antes de la concepción, donde posteriormente el cuidado del embarazo, el parto seguro y el cuidado en la etapa neonatal son de extrema importancia para la supervivencia y calidad de vida de las y los menores. El Gobierno Regional de Junín considera que todos esos cuidados aportan hacia su principal objetivo: el Desarrollo Infantil Temprano (DIT).

Número de recién nacidos con CNV en línea afiliados al SIS en relación con número de CNV implementados en el departamento de Junín (2013-Set 2015)



Fuente: Seguro Integral de Salud (SIS), estadísticas e informática del Certificado de Nacido Vivo (CNV) y la Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Junín.

Elaboración: Equipo técnico del Fondo de Estimulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).





El trabajo articulado en nutrición: punto clave para garantizar buenos patrones alimenticios en niños y niñas de seis meses a dos años en la jurisdicción del Centro Materno Infantil Sanagorán

LA LIBERTAD

El Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es una de las prioridades del Gobierno Regional de La Libertad. Las acciones que promueve en relación a la primera infancia articulan a la Gerencia Regional de Salud, las redes de salud provinciales y los gobiernos locales para generar efectos significativos en la población usuaria de los servicios. El gobierno regional apuesta por la generación de condiciones adecuadas que logren reducir el porcentaje de niñas y niños afectados por la desnutrición infantil, lo que permitirá contribuir a que alcancen su pleno desarrollo.

A continuación se presentará la experiencia del Centro Materno Infantil del distrito de Sanagorán, ubicado en la provincia de Sánchez Carrión. Ahí, el gobierno local, convencido en mejorar la calidad de vida de los niños y niñas del distrito, apoyó con acciones de política pública y recursos financieros¹ la gestión sanitaria promovida desde el gobierno regional. Este nivel de articulación política ha facilitado la convicción, entrega y compromiso del personal de salud que trabaja en el distrito, lo que ha sido fundamental para la concreción de las acciones de incidencia.

En principio, se debe mencionar que la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) es un tema fundamental de la agenda transectorial del distrito de Sanagorán, firmada el 27 de febrero del 2008. Esta preocupación por establecer una agenda que incluya acciones sobre la primera infancia en la localidad trajo como consecuencia que la municipalidad distrital y la alta dirección del Centro Materno Infantil (C.M.I.) Sanagorán, realicen un trabajo conjunto para establecer como política del distrito la regulación, reducción y prevención de la DCI.² En base a esta articulación y alineamiento a la política de salud es que se buscó garantizar los impactos y la sostenibilidad de la intervención. Bajo estos criterios, Sanagorán es elegido como distrito piloto para la implementación de la Estrategia Crecer en Libertad, cuyo objetivo precisamente es la disminución de la desnutrición en gestantes, niños y niñas.

Las acciones contempladas para la implementación de la mencionada estrategia fueron muy puntuales. Lo primero que se hizo

fue incidir en la educación de las madres de familia y en la comunidad. A través de un arduo proceso de sensibilización y acompañamiento, se logró que las madres del distrito cambien sus prácticas nutricionales. Hoy, habiendo mejorado sus conocimientos sobre la alimentación de los niños y niñas, podemos constatar que las madres preparan combinaciones más nutritivas, deliciosas y variadas con insumos propios de la zona.

Un trabajo similar se realizó con el personal del C.M.I. Sanagorán. Ellos recibieron asistencia técnica en temas nutricionales y de gestión que les permitió identificar un instrumento de seguimiento longitudinal para monitorear el estado nutricional de los niños y niñas. Los profesionales de la salud en Sanagorán funcionan ahora como un verdadero equipo integrado que es capaz de utilizar la información que ellos mismos producen para mejorar el nivel de cumplimiento y la calidad en la atención que se brinda a los usuarios del servicio.

Indicador	Año 2014	Año 2015
1. Personal de salud capacitados en nutrición y alimentación	66.7%	100%
2. Niños de seis meses a dos años eutróficos	100% (oct. - dic.)	100% (ene. - mar.)
3. Madres de grupo objetivo que tienen un buen nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición	65%	86%
4. Madres de grupo objetivo que realizan preparaciones de alimentos balanceados según frecuencia, cantidad y consistencia	62%	79%
5. Nivel de cumplimiento y calidad de atención brindada a los niños y niñas menores de dos años	75%	80%
6. Agentes comunitarios capacitados	67.7%	93.5%

Fuente: Base de datos del Centro de Salud de Sanagorán- GERESA/LL - SG CIS - OGC.

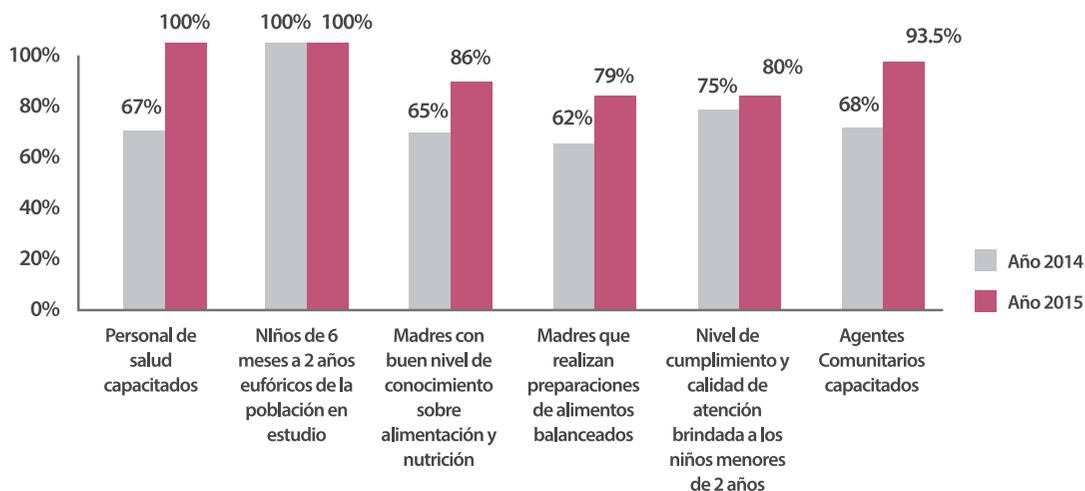
¹ Los recursos económicos necesarios para la realización de las sesiones educativas y demostrativas dirigidas a las diferentes familias de la zona, los agentes comunitarios y las autoridades comunales provinieron del gobierno local y de la empresa minera La Arena SAC.
² Ordenanza Municipal N° 022-2013.

Además de la implementación de la Estrategia Crecer en Libertad en el C.M.I. Sanagorán, se implementó en el distrito la Estrategia Innovadora de Mejora Continua, para así lograr evitar la desnutrición crónica en nuestro grupo objetivo de 80 niños de seis meses a dos años.

Gracias a esta estrategia se logró que el personal de salud ampliara sus conocimientos, pasando del 66.7%, el 2014, a 100%, en junio del 2015, en el nivel de conocimientos de alimentación y nutrición. De igual modo, el nivel de conocimientos de las madres sobre nutrición balanceada era de 65%, el 2014, pasando en el primer semestre del 2015 a 100%. Otro dato a tomar en cuenta en este punto es que de las madres que asistieron al consultorio de nutrición, el 62% realizaron preparaciones balanceadas adecuadas en sesiones

demonstrativas, en el año 2014, y en el primer semestre del 2015 lo hicieron el 100%. De la misma forma se logró que el nivel de conocimientos adecuados de los promotores de salud pasara de 67.7%, en el mes de octubre del 2014, a 100%, en el primer semestre del 2015, logrando una mejora del 32.3% desde inicios del proyecto hasta el primer semestre del 2015. En relación a la calidad de la atención brindada a los niños y niñas menores de dos años en el C.M.I. Sanagorán, se logró que las auditorías de desnutrición en niños y niñas menores de dos años, realizadas en el cuarto trimestre del 2014, pasaran de 75% a 80%, en el primer trimestre del 2015, para luego estar en un 86%, en el segundo trimestre. Por otro lado, los niños de seis meses a dos años de edad eutróficos mantienen un estado nutricional adecuado en el C.M.I. Sanagorán, logrando evitar en un 100% la desnutrición infantil entre octubre del 2014 y junio del 2015.

Indicadores de resultado de proyecto de mejora continua de la calidad del C.S Sanagoran, GERESA/LL 2014 - 2015



Fuente: Base de datos del Centro de Salud de Sanagorán- GERESA/LL - SG CIS – OGC.

Finalmente, cabe recalcar que la estrategia de mejora continua responde al segundo ciclo Planificar, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA), con la finalidad de garantizar buenos resultados en relación a la disminución de la desnutrición infantil de los grupos objetivos trabajados durante el 2014 y el 2015. De los seis indicadores considerados, todos muestran un incremento en sus resultados en comparación

al año anterior, siendo los más relevantes para la disminución de la desnutrición los referidos a la mejora del nivel de conocimiento de las madres, que obtuvo un 86%, y las prácticas de estas para alimentar a sus niños y/o niñas, que obtuvo un 79%.





El mejoramiento de los servicios de promoción y prevención integral de la madre-niño en los distritos de Mórrope, Salas, Incahuasi y Cañaris

LAMBAYEQUE

Los distritos de Incahuasi, Cañaris, Salas y Mórrope de la región Lambayeque se encuentran dentro del primer quintil de pobreza. Sus niños y niñas menores de tres años y sus gestantes tienen limitaciones para acceder a los servicios de salud y educación que provee el Estado, ya sea por barreras geográficas o por barreras culturales.

Por ello, el Gobierno Regional de Lambayeque, a través de la Gerencia de Programas Sociales, en articulación con los gobiernos locales de Salas, Mórrope, Incahuasi y Cañaris, ha diseñado y viene ejecutando el Proyecto de Inversión Pública (PIP): "Mejoramiento de los Servicios de Promoción y Prevención Integral (salud, nutrición y estimulación) de la madre-niño, en los distritos de Mórrope, Salas, Incahuasi y Cañaris - Región Lambayeque", desde octubre del 2012, el mismo que se encuentra en etapa de inversión con una ejecución acumulada de más del 90% de los 5 millones 500 mil soles asignados. Se espera culminar su ejecución en el segundo trimestre del 2016, dejando instaladas las condiciones que aseguren el horizonte de postinversión de 10 años.

El proyecto tiene como objetivo mejorar los servicios de salud y educación orientados a niños, niñas y gestantes mediante:

- La implementación de planes de mejora de los servicios de salud con enfoque intercultural.
- La implementación de equipo portátil y motos lineales para que los equipos básicos de salud de los 54 establecimientos de salud del ámbito del proyecto puedan desplazarse hasta las poblaciones más excluidas de sus zonas de acción.
- Implementar un software de soporte a la gestión de la salud donde se registre nominalmente a toda la población, las atenciones que reciben y los servidores de salud que dan las prestaciones. Con esta información se organizará el trabajo y se monitorearán los cambios en la salud pública desde el primer eslabón de atención de

la salud hasta la alta dirección regional.

- Implementar servicios de educación temprana en las zonas alejadas.
- Mejorar la provisión y consumo de hierro y proteína de alto valor biológico.
- Implementar un mecanismo de articulación interinstitucional para concertar presupuestos y acciones que permitan mejorar las condiciones de crecimiento y desarrollo de su población infantil.
- Implementar sistemas de vigilancia comunitaria de salud en los ámbitos de los establecimientos de salud que forman parte del proyecto.

Para realizar estas tareas se aprobó una inversión de 5 millones 500 mil soles como primera prioridad en el proceso de presupuesto participativo del ejercicio fiscal 2012, para una ejecución de tres años (ampliada a cuatro) y un horizonte de operación y mantenimiento de 10 años.

El proyecto contribuirá a que 6 719 niños y niñas menores tres años y 2 699 gestantes del ámbito de intervención mejoren su situación nutricional. Para que esta iniciativa se haya concretado fue de gran importancia la suma de esfuerzos conjuntos de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque y sus órganos intermedios; la Gerencia Regional de Educación, a través de la Unidad de Gestión Local (UGEL) de Lambayeque y de Ferreñafe; y los gobiernos locales de Salas, Mórrope, Incahuasi y Cañaris.

El siguiente cuadro muestra los indicadores planteados por el proyecto y la línea de base realizada en junio del 2013, los cuales serán un referente para la evaluación ex post del proyecto posterior a la inversión luego de uno a dos años.

Cuadro N° 1

Resultados de la línea de base de indicadores de monitoreo de la situación nutricional del niño, niña y gestante, en el ámbito del PIP - 2013.

Objetivos	Indicadores	Línea de base 2013
<p>Finalidad: Baja prevalencia de la desnutrición crónica infantil.</p>	<p>Después de 10 años de finalizado el proyecto, la desnutrición crónica en niños/niñas menores de tres años se reduce en 20% en los distritos de Mórrope, Salas, Cañaris e Incahuasi.</p>	<p>Desnutrición crónica en menores de tres años: Incahuasi: 55.6% Salas: 29.2% Mórrope: 24.6% Cañaris: 41%</p>
<p>Objetivo: Fortalecer la promoción y prevención del adecuado cuidado de la salud, nutrición y estimulación del niño/niña menor de tres años y la gestante, en los distritos de Mórrope Salas, Incahuasi y Cañaris - región Lambayeque.</p>	<p>Al término del proyecto, ha disminuido la presencia de episodios de EDAS² e IRAS³ en infantes en un 20%.</p> <p>Al término del proyecto, se ha incrementado en 80% el número de recién nacidos que cuentan con peso adecuado al nacer.</p>	<p>Diarrea en menores de tres años en los últimos 15 días: Incahuasi: 29.8% Salas: 36% Mórrope: 25.7% Cañaris: 33.8%</p> <p>Signos de IRA en menores de tres años en los últimos 15 días: Incahuasi: 64.9% Salas: 61% Mórrope: 63.2% Cañaris: 59.2%</p> <p>Nacidos de o más de 2.5 kg: Incahuasi: 91% Salas: 88% Mórrope: 92% Cañaris: 78%</p>

Fuente: Línea de Base del Proyecto Mejoramiento de los Servicios de Promoción y Prevención integral de la madre-niño, en los distritos de Mórrope Salas, Incahuasi y Cañaris - Región Lambayeque, realizada por el Instituto de Investigación Nutricional entre los meses julio y setiembre del 2013.

El proyecto de inversión que se viene ejecutando articula siete componentes. La finalidad, denominación y efectos de cada uno de ellos se describe sucintamente a continuación:

- Componente 1: “Servicios de Salud infantil y materna de alta calidad, desempeño y adecuados culturalmente”, orientado a los servicios de salud del niño, niña y gestante se adecuen a la cultura local, además que el personal que atiende los servicios brinde

consejería nutricional en forma oportuna y pertinente, junto con un manejo adecuado de las sesiones demostrativas.

- Componente 2: “Servicios de Salud infantil y materna disponibles para poblaciones dispersas geográficamente”, cuyo objetivo es que las niñas, niños y gestantes de poblaciones con difícil acceso a establecimientos de salud mantengan sus controles y atenciones al día, de acuerdo a sus edades y necesidades.

- Componente 3: “Eficiente sistema de monitoreo de la salud infantil y materna”, con el propósito de implementar un sistema de monitoreo de los indicadores de la desnutrición crónica y condicionantes en los establecimientos de salud del ámbito para que se cuente con información relevante y actualizada para la toma de decisiones en todos los niveles. Cabe recalcar que bajo este componente es que se realiza el estudio de línea de base del proyecto.

- Componente 4: “Suficiente Provisión de servicios de nutrición, higiene y estimulación psicoafectiva infantil y materna de calidad a nivel de comunidad y el hogar”, con el fin de instalar servicios de educación temprana de calidad para los niños, niñas y gestantes, concertando a los sectores Educación, Salud y a las municipalidades. Además, se busca que las familias con niños, niñas y gestantes conozcan y adopten prácticas adecuadas para el cuidado de sus hijos e hijas.

- Componente 5: “Acceso a alimentos ricos en calorías, proteínas y multimicronutrientes (MMN)”, orientado a que los niños, niñas y gestantes cuenten con una adecuada provisión de proteína y hierro de alta calidad mediante el consumo de cuy. Además, busca que los niños, niñas y gestantes se suplementen con hierro en forma adecuada.

- Componente 6: “Capacidades locales para la asignación y ejecución de recursos técnicos y presupuestales para intervenciones integrales en la reducción de la DCI a nivel de comunidad y hogar”, cuyo objetivo es que las mejoras en los servicios de salud y educación realizadas por el proyecto para la reducción de la DCI se mantengan

por 10 años (horizonte del proyecto), mediante la articulación programática y presupuestal de las instituciones y sectores en cada distrito del ámbito del proyecto.

- Componente 7: “Servicios de salud y comunidad articulados para la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil”, con el propósito que la comunidad organizada se cuide entre todos a través de comités de vigilancia. Para ello el proyecto contratará una consultora con el objetivo de que se implementen los procesos del componente.

A continuación se presentarán los avances de las variables del proceso de implementación del proyecto, de acuerdo a sus componentes:

Cuadro N° 2

Avances de las variables del proceso de implementación del proyecto de acuerdo a sus componentes

Componentes	Año base 2013		Avances al 2015	
	N°	%	N°	%
1. “Servicios de Salud infantil y materna de alta calidad, desempeño y adecuados culturalmente”.				
N° de trabajadores de establecimientos de salud capacitados para la adecuación intercultural de los servicios.	0	0	108	100%
N° de establecimientos de salud que cuentan con planes de mejora para la adecuación intercultural de los servicios de salud.	0	0	54	100%
2. “Servicios de Salud infantil y materna disponibles para poblaciones dispersas geográficamente”.				
N° de establecimientos de salud que recibieron equipos biométricos y antropométricos para atención itinerante.	0	0	54	100%
N° de establecimientos de salud que recibieron motos lineales para la atención itinerante para población infantil y materna en zonas dispersas.	0	0	12	100%
3. “Eficiente sistema de monitoreo de la salud infantil y materna”.				
N° de establecimientos de salud que cuentan con el Sistema Informático de Soporte a la Gestión de la Salud (SISGESA).	0	0	45	83%
N° de establecimientos de salud que recibieron equipo de cómputo para el registro de indicadores de monitoreo del SISGESA.	0	0	37	69%
Porcentaje de familias que cuentan con ficha familiar ingresada en el SISGESA en los establecimientos de salud del ámbito del proyecto.	0	0	5049	54%

Fuente: Elaboración propia del equipo del proyecto - 2015.

Cuadro N° 2

Avances de las variables del proceso de implementación del proyecto de acuerdo a sus componentes

Componentes	Año base 2013		Avances al 2015	
	N°	%	N°	%
4. "Suficiente Provisión de servicios de nutrición, higiene y estimulación psicoafectiva infantil y materna de calidad a nivel de comunidad y el hogar".				
N° servicios de educación temprana instalados en los distritos del ámbito del PIP.	20	83%	24	100%
N° de niños y niñas que acceden al servicio de educación temprana.	295	90%	375	100%
N° de locales gestionados por los municipios del ámbito del proyecto para el funcionamiento de los servicios de educación temprana.	0	--	17	70%
N° de promotoras educativas comunitarias responsables de la atención de niños y niñas menores de tres años en los servicios de educación temprana.	20	71%	28	100%
Inversión del Gobierno Regional de Lambayeque para el equipamiento de los servicios de educación temprana en los distritos del ámbito del PIP.	--	--	341 475 47	100%
5. "Acceso a alimentos ricos en calorías, proteínas y multimicronutrientes (MMN)".				
N° de estudios de investigación sobre la aceptabilidad y consumo de MMN realizada en el ámbito del proyecto.	1 ejecutado	100%	1 difundido	100%
N° de niñas y niños suplementados por el PIP con MMN.	0	0	1000	100%
N° de familias capacitadas para el mejoramiento de crianza de cuyes, destinando un cuy al mes para el consumo de sus hijos y/o hijas.	0	0	219	100%
6. "Capacidades locales para la asignación y ejecución de recursos técnicos y presupuestales para intervenciones integrales en la reducción de la DCI (Desnutrición Crónica Infantil) a nivel de comunidad y hogar".				
N° de municipalidades que suscribieron agendas interinstitucionales para la disminución de la DCI con los sectores Salud y Educación, y representantes comunales.	0	0	4	100%
N° de municipalidades que asignaron recursos para implementar acciones para disminuir la DCI, incluidas en las agendas.	0	0	4	100%
N° de municipalidades que ha elaborado el plan operativo 2016 a favor de las acciones a favor de la atención del niño, niña y gestantes.	0	0	4	100%
Presupuesto total asignado por las municipalidades para disminuir la DCI.	0	0	175 551 00	--

Fuente: Elaboración propia del equipo del proyecto - 2015.

Cuadro N° 2

Avances de las variables del proceso de implementación del proyecto de acuerdo a sus componentes

Componentes	Año base 2013		Avances al 2015	
	N°	%	N°	%
7. "Servicios de salud y comunidad articulados para la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil".				
N° de establecimientos de salud que recibieron capacitación sobre el manual contextualizado para la implementación de comités de vigilancia de salud.	0	0	54	100%
N° de agentes comunitarios capacitados y equipados con insumos para la vigilancia de la salud de niños, niñas y gestantes.	0	0	429	100%
N° de comités de vigilancia de salud implementados.	0	0	43	79%
N° de agentes comunitarios de salud con pasantía en vigilancia comunitaria.	0	0	215	50%

Fuente: Elaboración propia del equipo del proyecto – 2015.

En conclusión, las acciones realizadas por el Gobierno Regional de Lambayeque a favor del crecimiento y desarrollo infantil temprano, son un referente en la articulación de procesos entre la inversión pública del gobierno regional, los gobiernos locales y los sectores Salud y Educación. Para que los niños y niñas puedan crecer y desarrollarse de la mejor manera deben ocurrir cambios a nivel de su caserío, distrito o región, por lo que es necesario plantear acciones más directas y vinculadas con el manejo conceptual, actitudinal y tecnológico dentro del hogar, especialmente por la madre cuidadora, partiendo de la premisa de que todo lo que hay en la casa debe servir para alimentar, en el más amplio sentido de la palabra, a los niños y niñas. Es decir, no se deben desaprovechar las oportunidades, siendo los recursos implementados por este proyecto un proceso de inversión a futuro.

En ese sentido, la experiencia del gobierno regional es un ejemplo de esfuerzo de implementación para la adecuada atención que brindan los servicios de salud en la región, dirigidos especialmente a los niños, niñas y gestantes, con un enfoque intercultural, además de lo que se refiere a la ingesta de alimentos de origen animal, así como al consumo de multimicronutrientes (MMN), que ya se vienen dando en los distritos. Las madres, padres y otros cuidadores de las niñas y niños pequeños (al igual que las autoridades y líderes locales), ne-

cesitan ser advertidos, sensibilizados, entrenados e informados sobre la ventana de oportunidad de los tres primeros años, con énfasis en el embarazo y el primer año, y en cómo esto se relaciona directamente con el desarrollo futuro de los niños, niñas, la familia y la comunidad, y en cómo se puede afrontar dicho desarrollo satisfactoriamente con los recursos que se disponen.



La atención integral de salud dirigida a niños y niñas en Lima Región se viene impulsando desde el año 2009. En ese año se identificaron problemas como un escaso equipamiento, una limitada disponibilidad de recursos humanos profesionales (en su mayoría contratado bajo la modalidad de servicios no personales), la inadecuada organización de los servicios de salud, una limitada disponibilidad de insumos y una escasa disponibilidad de instrumentos y registros para la atención integral (como historia clínica, carné, formatos, libros de seguimiento, hoja HIS –Health Information System–, etc.), incluyendo el limitado acceso a documentos técnicos vigentes para este tipo de atenciones.

Resulta evidente que en la región Lima no existía un trabajo articulado con otros sectores al respecto de la atención integral de salud dirigida a niños y niñas. Más aún, se tenía problemas de escasa coordinación dentro de los mismos establecimientos de salud. Sin embargo, lo que sí existía eran aptitudes en el personal de salud por mejorar la oferta de atención, así como la disposición a la implementación de normas técnicas.

El fortalecimiento de la atención integral de salud dirigida a niños y niñas se inició, en un primer momento, utilizando montos económicos remitidos por el Ministerio de Salud (MINSa) bajo la modalidad de encargos. Con dichos montos se logró y/o desarrolló:

- Unificar y abastecer de formatos y registros necesarios para la atención al 100% de los establecimientos de salud de la región.
- Desarrollar reuniones de trabajo para revisar documentos nacionales y proyectar documentos normativos regionales relacionados a la Atención Integral de Salud (AIS) dirigida a niños y niñas.
- Socialización de los principales documentos técnicos relacionados a la AIS dirigida a niños y niñas en los establecimientos de salud.

- Desarrollo de reuniones de capacitación en cascada desde el nivel regional.

- Desarrollo de supervisiones y asistencia técnica a cargo de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y de las redes de salud a los establecimientos de salud priorizados.

En la DIRESA - Lima Región, desde el año 2013, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud, la AIS se organiza por etapas de vida. Para ello, se conformaron equipos técnicos, los mismos que son integrados por las estrategias sanitarias trazadores para cada etapa de vida. Como parte de estos equipos técnicos se encuentran la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, la Estrategia de Alimentación y Nutrición, la Estrategia de Salud Bucal y la Estrategia Salud Familiar y Componente de Discapacidad.

Posteriormente, en el marco de la implementación del Programa Estratégico Articulado Nutricional, se logró atender de manera parcial la necesidad de recursos humanos de los establecimientos de salud, aumentándose el número de la Población Económicamente Activa (PEA) cada año, aunque a la fecha no se haya logrado cubrir la necesidad real. Es así que se fue asegurando la presencia de licenciados en enfermería, luego de técnicos en enfermería, licenciados en nutrición, odontólogos, médicos y técnicos informáticos relacionados.

De igual modo, en la región también se fue mejorando el abastecimiento de insumos y materiales para la atención, asegurándose el financiamiento para las actividades de supervisión, capacitación y asistencia técnica, no solo dirigidas al personal de salud, sino también a la comunidad. Para ello la comunidad organizada identificó personas líderes a quienes se les nombró como Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

A pesar de estos esfuerzos, se necesitaba más que eso para lo-

grar que mejore la oferta del paquete de atención integral de salud del niño y la niña en los establecimientos de salud de la región. Teniendo en cuenta los componentes del modelo de atención integral de salud de ese momento, se había logrado atender el componente de organización, pero aún faltaba fortalecer el componente de provisión y lograr la articulación con los sectores involucrados. Para ello era necesario primero integrar al recurso humano y conformar equipos de trabajo por etapas de vida a nivel regional y de redes de salud, lo que se viene impulsando hasta la fecha.

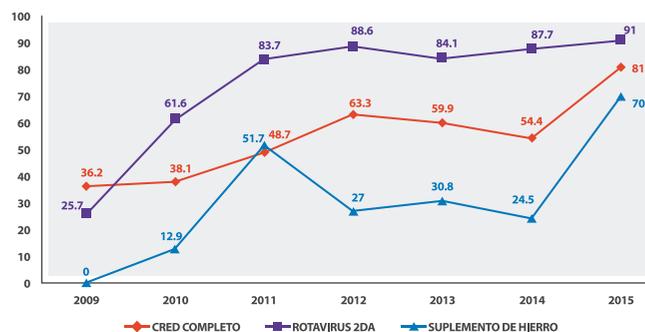
Otra de las medidas tomadas por el Gobierno Regional de Lima para mejorar la atención integral de salud dirigida a niños y niñas fue el establecimiento del Consejo Regional de Salud, mediante Ordenanza Regional, siendo el Director Regional de Salud quien preside dicho consejo. Cabe recalcar que esta medida se replicó en cada provincia y distrito de la región.

De igual modo, y siempre con el objetivo de mejorar el paquete de atención integral de salud, Lima Región impulsó la intervención familiar, convirtiéndose así en un referente nacional de cómo debían organizarse los servicios de salud bajo el contexto del modelo de atención integral basado en la familia y la comunidad, y en coordinación con la etapa de vida de los niños y niñas. Sin duda, esto es muestra del convencimiento del Gobierno Regional de Lima que para lograr prácticas saludables en el cuidado de los niños y niñas, es necesario intervenir en las familias, involucrándose y promoviendo el cumplimiento de visitas familiares.

Tomando en cuenta que la visión de la atención integral dirigida a niños y niñas significa que todo niño y/o niña alcance el pleno desarrollo de sus capacidades como una inversión pública en el capital humano del país, en los últimos tres años en la región se puso especial énfasis en tres tipos de intervenciones sanitarias: el control de crecimiento y desarrollo, la suplementación con hierro y la vacunación, analizadas estas desde siempre de manera individual a falta de algún mecanismo que permita su análisis de manera integral.

Hacia el año 2014, ya en el contexto del Plan Nacional Para La Reducción de la Desnutrición Crónica y Prevención de la Anemia, sustentado en evidencia científica se dirigen todos los esfuerzos en mejorar la oferta del paquete de atención integral dirigido a los niños y niñas sobre las tres intervenciones sanitarias mencionadas, exigiéndose en esta oportunidad su análisis integral.

Gráfico N° 1
Indicadores de paquete de atención niño/niña



Fuente: Dirección Regional de Salud (DIRESA) – Etapa Vida Niño (EVN)/ Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones (ESRI)
Elaboración: Dirección Ejecutiva de Salud Integral DESI-DIRESA

Tabla N° 1
Indicadores de paquete de atención niño/niña

Indicador	2013	2014	2015
CRED completo	59.9%	54.4%	81%
Vacuna rotavirus	84.1%	87.7%	91%
Suplemento de hierro	30.8%	24.5%	70%

Fuente: DIRESA- EVN/ESRI
Elaboración: DESI- DIRESA

Al revisar y analizar los indicadores sanitarios de manera individual se encontró un comportamiento ascendente favorable (ver el gráfico N° 1 y la tabla N° 1). El análisis de los datos de cada indicador a nivel región Lima, al primer trimestre del 2015, mostró que la intervención sanitaria con mayor dificultad era la suplementación con hierro, por lo que se dispuso la realización del programa Barrio Regional de Suplementación con Micronutrientes, el mismo que se desarrolló durante el mes de octubre del 2015, teniendo un impacto significativo sobre el comportamiento de la cobertura, logrando movilizar a todo el recurso humano disponible en el seguimiento respectivo.

El incremento de las coberturas del paquete de atención integral de salud dirigido a niños y niñas menores de tres años es una experiencia vinculada al sector Salud, ejecutada en las provincias¹ de Lima región desde el año 2014. Las acciones que se han realizado respecto a esta experiencia han buscado incidir en el porcentaje de niños y niñas con Documento Nacional de Identidad (DNI) y Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años (CRED) completo para la edad, así como en el suministro de vacunas de neumococo, rotavirus y suplementación de multimicronutrientes.

Desde el 2014, Lima Región ha cumplido con ofertar el paquete de atención integral de salud dirigido a los niños y niñas en el 100% de los establecimientos de salud de su ámbito. Sin embargo, el análisis de la intervención no revelaba el nivel de cobertura logrado debido a que se consideraban solo algunas de las intervenciones sanitarias de manera aislada. En efecto, a pesar que la región Lima realizaba las intervenciones en salud en el marco de la disminución de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y la prevención de la anemia, intervenciones referidas al CRED, la suplementación con hierro y la vacunación, estas se analizaban de manera individual debido a que no se contaba con una forma de reporte que pudiera dar cuenta de la oferta integral brindada. Las cifras analizadas de forma aislada (66% de niños y niñas menores de tres años con CRED completo, 23.4% de niños y niñas menores de tres años con suplemento de hierro y 90% de niños y niñas menores de dos años con vacuna completa, en el 2014) expresaban valor cero en el indicador niño/niña menor de tres años con paquete completo. Este resultado no significaba que la meta para la provisión del servicio no se cumpliera, sino que existían problemas desde el propio registro de la actividad o intervención sanitaria y su manera de analizarla.

La firma del convenio para el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), mediante la ley N° 30114, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2014, establece la creación del FED a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), con la finalidad de impulsar el logro de los resultados establecidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social "Incluir para Crecer", en materia del Desarrollo Infantil Temprano (DIT). Este convenio fue firmado por el MIDIS, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el Gobierno Regional de Lima, con vigencia de tres años, a partir de la fecha de suscripción de la Dirección General de Políticas y Estrate-

gias, la Dirección del Presupuesto Público y el titular de la entidad pública.

El convenio de asignación tiene como objetivo establecer los compromisos de gestión y metas de cobertura de los productos de los programas presupuestales orientados al logro de resultados en materia del DIT, en el marco de la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social "Incluir para Crecer", por parte de las entidades públicas de los gobiernos regionales que los suscriben, así como también las condiciones y/o mecanismos para la asignación de los recursos del FED. La organización de la producción y entrega a los beneficiarios del producto es el proceso mediante el cual se organiza la entidad pública para entregar los servicios a los usuarios de la manera más conveniente y eficiente, de tal modo que todos los beneficiarios tengan acceso oportuno a ellos.

La implementación del convenio FED supuso la reorganización de la prestación de los servicios de salud orientados a los menores de edad en la región Lima y una oportunidad para corregir las debilidades descritas respecto a las intervenciones sanitarias anteriormente señaladas. Así, esta exitosa experiencia se inició con una revisión profunda de los procesos de programación y atención de los niños y niñas en los establecimientos de salud. Para ello, ha sido decisiva la identificación de nudos críticos como: la disponibilidad limitada del personal de salud, la inadecuada distribución y/o programación del personal de salud, el equipamiento inadecuado de los consultorios para la atención de los niños y niñas, la demora en la atención de los requerimientos y el registro inadecuado de las actividades en los sistemas de información oficiales (Sistema de Información de Salud "HIS", SIA, Sistema Integrado de Salud "SIS", Sistema de Información del Estado Nutricional "SIEN").

Como segunda acción, se empezó un proceso de sensibilización a través de reuniones de trabajo con las redes, microrredes y establecimientos de salud, logrando la participación y el involucramiento de todo el personal a cargo de estos espacios de atención. En estas reuniones se pudo identificar que el fortalecimiento de capacidades y competencias del personal de salud en el registro de las actividades (HIS, Formato Único de Atención "FUA", SIEN) y en el uso de los aplicativos informáticos, era una manera de implementar un apropiado monitoreo de indicadores que midieran la entrega del paquete completo, siendo ese precisamente el principal problema. Además de ello, se instituyó la revisión de los mencionados indicadores

¹ Con excepción de Cajatambo.

en las reuniones del Consejo Ejecutivo Regional de Salud (CERS), lo que ha permitido garantizar la calidad de la información. Sumadas a estas acciones, consideradas estratégicas, se implementó una acción de carácter operativo, como las visitas de asistencia técnica y supervisión a las redes de salud con mayor dificultad en la implementación del paquete completo, lo que ha permitido brindar el soporte necesario y permanente al personal de salud.

La curva ascendente que se refleja en el gráfico (ver el gráfico N° 1) fue impulsada por la firma del Convenio de Asignación por Desempeño (CAD), con la medición de los compromisos y metas de cober-

tura que se realiza en los distritos de quintiles de pobreza I y II de Lima Región, priorizando 93 distritos y 217 establecimientos de salud. Gracias a ello se mejoraron los servicios ofrecidos a la población más vulnerable de la región. En la evaluación de compromisos del nivel 0 y 1, se cumple con el 85% de adquisición de equipos, medicamentos e insumos críticos para la entrega de los productos CRED, vacunas, Atención Pre-natal (APN) y suplemento de hierro. Además, 92% de establecimientos de salud de los distritos de quintil I y II cuentan con multimicronutrientes para satisfacer por lo menos dos meses de su consumo promedio.

Cuadro N° 1

Establecimientos de salud con disponibilidad de equipamiento

Unidad ejecutora	Establecimientos de salud priorizados	N° de establecimientos de salud que cumplen	Cumplimiento %
1285 Dirección de salud III - Lima Norte	11	11	100%
1286 Hospital de Huacho - Huaura - Oyon y servicios básicos de salud	46	43	93%
1287 Servicios básicos de salud Cañete - Yauyos	47	47	100%
1289 Hospital de Barranca - Cajatambo y servicios básicos de salud	17	17	100%
1291 Servicios básicos de salud Chilca - Mala	12	12	100%
1292 Hospital de Huaral y servicios básicos de salud	29	24	83%
1404 Red de salud de Huarochiri	55	30	55%
463 Gobierno Regional de Lima	217	184	85%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA)
Elaboración: Equipo técnico FED

Tabla N° 2

Disponibilidad de multimicronutrientes por unidad ejecutora

Unidad ejecutora	Ámbito FED (40% más pobre)			Ámbito NO FED (60% menos pobre)			Total de establecimientos de salud en el departamento		
	N° total de establecimientos de salud	N° de establecimientos de salud que cumplen con el criterio	% de establecimientos de salud que cumplen con el criterio	N° total de establecimientos de salud	N° de establecimientos de salud que cumplen con el criterio	% de establecimientos de salud que cumplen con el criterio	N° total de establecimientos de salud	N° de establecimientos de salud que cumplen con el criterio	% de establecimientos de salud que cumplen con el criterio
463 Gobierno Regional de Lima	217	205	94%	110	83	75%	327	288	88%
1285 Dirección de Salud III - Lima Norte	11	10	91%	7	6	86%	18	16	89%
1286 Hospital Huacho - Oyon y servicios básicos de salud	46	39	85%	12	9	75%	58	48	83%
1287 Servicios básicos de salud Cañete - Yauyos	47	47	100%	7	7	100%	54	54	100%
1288 Hospital de Apoyo Rezola	---	---	---	1	1	100%	1	1	100%
1289 Hospital de Barranca - Cajatambo y servicios básicos de salud	17	15	88%	32	25	78%	49	40	82%
1290 Hospital de Chancay y servicios básicos de salud	---	---	---	1	0	0%	1	0	0%
1291 Servicios básicos de salud Chilca - Mala	12	12	100%	14	7	50%	26	19	73%
1292 Hospital de Huaral y servicios básicos de salud	29	27	93%	23	19	83%	52	46	88%
1404 Red de salud de Huarochiri	55	55	100%	13	9	69%	68	64	94%

Fuente: Dirección de Abastecimiento de Recurso Estratégico en Salud (DARES) - Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos, Insumos medico quirúrgicos (SISMED).
Elaboración: Equipo técnico del FED

Además de las actividades mencionadas, dentro del CAD se está realizando trabajo intergubernamental con la oficina del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), en la emisión del Certificado de Nacido Vivo en línea y en la implementación de Oficinas Registrales Auxiliares (ORA) en los hospitales donde se atienden partos, para así disminuir la brecha de identificación del recién nacido dentro de los primeros 30 días.

Este nivel de asistencia no es el único. En esta experiencia, el equipo de trabajo FED del gobierno regional realiza reuniones frecuentes con las autoridades e involucrados en este proceso para reportar los avances conseguidos y analizar los procesos de mejora. Las reuniones con el gobernador y sus respectivos gerentes y directores se realizan semanalmente, sirviendo estas para informar sobre los avances de las metas y los gastos del presupuesto transferido.

A través de actas y ayuda memoria, se hace seguimiento a las acciones de asistencia técnica descritas y en presencia de las autoridades de la región se asumen los compromisos que sean necesarios para continuar mejorando las acciones vinculadas al convenio. Asimismo, el producto de este trabajo se expone en la Audiencia Regional para que la ciudadanía tenga conocimiento de las labores que viene realizando el gobierno regional.

Este mismo proceso se replica a nivel de las autoridades de salud. La DIRESA se reúne mensualmente con los directores ejecutivos de las unidades ejecutoras para analizar el avance de los convenios vigentes y para establecer los procesos de mejora que sean necesarios.

Cabe recalcar en este punto que lo más relevante que se impulsó gracias al convenio fue el monitoreo permanente del indicador de niño/niña con paquete completo, generándose espacios de análisis sobre este tema en las reuniones del equipo de gestión y volviéndose un punto de agenda importante en cada reunión del CERS.

Lima Región implementó, además, visitas de asistencia técnica y supervisión a las redes de salud que presentaban las mayores dificultades para la implementación del paquete completo.

Por otro lado, hasta el momento se ha logrado que 40 alcaldes, entre provinciales y distritales, firmen el Acuerdo de Gestión Territorial, con el gobierno regional y el MINSA, con el único propósito de

implementar acciones articuladas a favor de lograr la reducción de la desnutrición crónica. Asimismo, se logró que 20 alcaldes de la región participen en el Sello Municipal, lo que permitirá fortalecer y consolidar la actualización del padrón nominal.

En este contexto, el Gobierno Regional de Lima está convencido que se deben optimizar los recursos y que ante la gran demanda con oferta limitada es necesario priorizar las acciones. Por ello ha establecido prioridades regionales y, de manera conjunta con los responsables de los programas presupuestales en salud, elaborado una propuesta regional al MEF sobre el direccionamiento de los recursos económicos hacia aquellas intervenciones sanitarias denominadas claves capaces de permitir alcanzar los resultados finales, a partir del año 2016.

Si bien es cierto que el Programa Presupuestal Articulado Nutricional tiene claramente identificadas sus intervenciones clave, el CRED y la vacunación, a nivel regional estas se establecieron considerando que el escenario extramural debe ser fortalecido. A continuación se detallan las intervenciones clave a nivel regional:

- Escenario intramural: niño/niña con CRED completo, vacuna completa y con suplemento de hierro.
- Escenario extramural: familias saludables, población informada sobre cuidados del niño/niña y vigilancia de la calidad del agua.

Lima Región, continuando con la implementación de estrategias para lograr niños y niñas con paquete completo y de calidad, para el año 2016 fortalecerá el escenario extramural a través de intervenciones a las familias, lo que traerá consigo lograr establecimientos de salud con sectorización activa y participación de todo el personal de salud en actividades de seguimiento de manera ordinaria.

Avances del indicador Metas de Cobertura a setiembre del 2015 en niños y niñas menores de 12 meses

La evaluación del indicador Metas de Cobertura, del tramo variable del CAD, dentro del marco FED, nos muestra que al mes de setiembre del 2015 la región Lima cumple con un 12% de niños y niñas en cinco criterios: CRED completo para la edad, vacuna de neumococo, vacuna de rotavirus, DNI y suplementación con multimicronutrientes (evaluación del indicador: diciembre del 2015).

Avance de meta de cobertura FED

Indicador	Año 2014	Año 2015
Porcentaje de niños/niñas con criterios FED (cinco criterios)	7%	12%

Fuente: Cubo MIDIS.





La articulación estratégica y el agua saludable para el desarrollo infantil temprano como prioridad en Madre de Dios

La apuesta por la articulación intersectorial para el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) refleja la voluntad que tiene el Gobierno Regional de Madre Dios por promover acciones institucionales que permitan mejorar el acceso a los sistemas de saneamiento, que a su vez incidan en la salud de los niños y niñas de la región, en su desarrollo y en la mejora de la calidad de sus vidas.

Las intervenciones regionales en este aspecto fundamental para la salud han carecido de un enfoque inclusivo. Con frecuencia se centraron en distritos de fácil acceso para los funcionarios, excluyéndose las zonas donde las brechas son más significativas. De igual modo se carecía también de un enfoque centrado en el desarrollo y mejoramiento del acceso a servicios vinculados a la primera infancia, ejecutándose las acciones planificadas sin articulación intergubernamental e intersectorial. Como resultado de estas carencias, los principales indicadores en primera infancia no eran positivos: 9.8% de Desnutrición Crónica Infantil (DCI), 68% de anemia en menores de tres años, menos del 35% de acceso a educación inicial a los tres años y 74% de niños y niñas sin acceso a agua clorada.

A fines del segundo semestre del 2014, se fortalecieron los procesos de coordinación articulada con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). El Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) y los núcleos ejecutores para el desarrollo se articularon a la gestión regional a través de una oficina de enlace que promueve el acercamiento institucional entre el nivel central de gobierno, los gestores del gobierno regional y los gobiernos locales, con el objetivo de optimizar los servicios del Estado.

Para el año 2015, en función al modelo de articulación propuesto por el MIDIS, el Gobierno Regional de Madre de Dios inicia un conjunto de acciones y experiencias articuladas para conseguir el logro de objetivos sociales mediante la mejora en la prestación de los servicios. Para este objetivo ha sido fundamental identificar nudos críticos. El principal, la construcción de un enfoque de gestión integral e intersectorial de los procesos implícitos en la prestación de los servicios que garantice su calidad y su acceso a los más necesitados.

MADRE DE DIOS

Producto de este nivel de articulación, la Dirección Regional de Salud (DIRESA), la Dirección Regional de Educación (DRE) y la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento, vienen gestionando de manera articulada notables esfuerzos para que en el marco del FED, y bajo el liderazgo de la Gerencia Regional de Desarrollo Social y la Gerencia Regional de Planeamiento, se prioricen y desarrollen acciones en beneficio de la primera infancia.

Este proceso de coordinación externa ha tenido un soporte institucional que se ha basado también en un proceso de coordinación entre las diferentes áreas y oficinas de cada dirección del gobierno regional. Producto de ello es que se han conformado los Comités Técnicos del FED en cada sector.

Es así que la experiencia regional se centra en la salud de los niños y niñas, teniendo como principal gestor de articulación a la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento, que en la actualidad viene trabajando esmeradamente para cumplir con los compromisos de gestión y metas de cobertura en los distritos focalizados por el MIDIS. Hasta el momento, el trabajo realizado ha permitido que se hagan tres transferencias del FED por un monto total de 535 mil 500 soles, hecho que a la fecha no tiene precedentes en anteriores gestiones para un proyecto de acceso a agua segura.

Con estas transferencias se ha contratado y capacitado a gestores municipales, quienes desarrollarán acciones de capacitación, asistencia técnica, seguimiento y monitoreo a los responsables de las Áreas Técnicas Municipales (ATM) de Saneamiento Básico de los gobiernos locales, con el propósito de institucionalizarlas para una gestión local sostenible del saneamiento básico.

También se ha contratado y capacitado a gestores comunales, quienes desarrollarán acciones de capacitación y promoción sanitaria en la Junta Administradora de Servicio de Saneamiento (JASS), con el propósito de garantizar su sostenibilidad y para la administración, operación, mantenimiento, autogestión y consumo de agua segura.

Para llevar a cabo estas actividades se han levantado 86 encuestas de diagnóstico en agua y saneamiento, con el propósito de continuar fortaleciendo la gestión local en el cumplimiento de las metas del FED. Se ha previsto también implementar 20 sistemas de cloración de agua a centros poblados de la región y capacitar a 983 hogares en el consumo de agua clorada, incrementando así el acceso a agua segura en niños y niñas menores de cinco años en poblaciones rurales de nuestra región.

Cabe señalar que los quintiles I y II de la región Madre de Dios no son los únicos en los que se viene interviniendo. En el marco de intervención del Núcleo Ejecutor de Alcance Departamental (NED), el trabajo de gestión articulada liderado por el gobierno regional ha recibido 1 millón 200 mil 400 soles para realizar acciones de incidencia en saneamiento básico, focalizando a la fecha 11 centros poblados: Arca, Pacahuara, Mavila, Alegría, Planchón, Santo Domingo, Santa Rosa, Puerto Mazuko, Caychihue, Boca Manu y Salvación.

Asimismo, se ha contratado y capacitado a 11 agentes sociales quienes desarrollaran acciones de capacitación y promoción sanitaria dirigidas a las JASS, con el propósito de garantizar su sostenibilidad y para autogestionar el consumo de agua segura.

También se ha contratado y capacitado a cuatro agentes externos para la parte técnica, quienes en una primera etapa realizarán el diagnóstico de agua y saneamiento de cada uno de los centros poblados focalizados, para luego, en una segunda etapa, ejecutar los trabajos de reparación, operación y mantenimiento de los sistemas de agua y saneamiento.

Finalmente, cabe resaltar que esta experiencia de articulación estratégica ha permitido que la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento brinde asistencia técnica a los gobiernos locales a través de talleres en formulación de proyectos en agua y saneamiento en ámbito rural, dirigidos a los responsables de infraestructura y formuladores de proyectos de los gobiernos locales y del Gobierno Regional de Madre de Dios (GOREMAD). Además, también gracias a estas acciones se han podido elaborar siete perfiles de proyectos de inversión pública en agua y saneamiento para 14 centros poblados, en los distritos de Las Piedras, Laberinto, Madre de Dios, Tambopata, Inambari, Fitzcarrald y Huepetuhe, acorde a las normas establecidas por el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS). Estos proyectos de inversión pública, con en-

foque territorial, serán financiados por el Programa Nacional de Saneamiento Rural (PNSR). Con ello se espera reducir las brechas de coberturas en agua y saneamiento en nuestra región, incrementando así el porcentaje de población rural que cuenta con este servicio, que actualmente es de solo el 44% en agua y 5% en saneamiento.

Cuadro N° 1

Logros obtenidos en agua y saneamiento. Gestión 2015.

Indicador	Año 2014	Año 2015
Junta Administradora de Servicio de Saneamiento (JASS) que proveen adecuadamente de agua clorada a su población asignada (cloro residual de 0.5mg/l)	0%	14.28%
Formalización de Áreas Técnicas Municipales (ATM)	72%	90.9%
Número de JASS formalizadas	43	56

Fuente y Elaboración: Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento (DRVCS) – 2015.

El trabajo articulado de la Dirección de Vivienda, Construcción y Saneamiento con los gobiernos locales, a través de sus ATM, se ha convertido en el soporte que dinamiza las acciones de monitoreo, seguimiento y asistencia técnica de las JASS, logrando que estas mejoren la cloración de los sistemas de agua que tienen a su cargo, elevándose así el número de sistemas correctamente clorados que cumplen con el indicador de calidad que beneficia directamente a los niños, niñas y toda la población que consume agua de estos sistemas, avanzando la cobertura de 0% en el 2014 a 14.28% en el 2015.

Cabe recalcar en este punto que las acciones concretas que han sido realizadas hasta ahora tienen como objetivo el tener el 100% de los gobiernos locales con sus ATM implementadas, formalizadas y en funcionamiento, así como formalizar al 100% de las JASS en relación al número de sistemas de agua existentes en el área rural, todo ello con el fin de incrementar al 100% la provisión de agua clorada que cumpla el indicador de calidad que tiene la normatividad vigente.





La estrategia integral de alimentación y nutrición saludable en madres gestantes, niñas y niños menores de 5 años en la región

MOQUEGUA

Esta experiencia está basada en el diseño e implementación de una estrategia integral para contribuir a la reducción sostenible de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y la anemia en niños y niñas menores de tres años en la región Moquegua. Objetivo que fue alcanzado a través del fortalecimiento de las intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial e intergubernamental, con la participación del Gobierno Regional de Moquegua y los gobiernos locales. Sumado a ello se fortaleció el desarrollo de procesos que generen actividades oportunas y eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios individuales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la priorización de la salud de los niños y niñas menores de cinco años en la región.

Desde el año 2013, el Gobierno Regional de Moquegua ejecuta el proyecto Mejoramiento de los servicios de atención nutricional para niños menores de cinco años, gestantes y lactantes¹, en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Moquegua. Este proyecto promueve el mejoramiento del servicio nutricional del sector Salud, el mejor conocimiento en temas de nutrición de la población beneficiaria y la implementación de un trabajo concertado de las entidades vinculadas al tema nutricional en la región Moquegua. Sus dos componentes han contemplado, por un lado, la capacitación del personal profesional de los establecimientos de salud, con la asistencia técnica del Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Nutrición, en temas como estandarización antropométrica, estandarización en el uso del hemoglobímetro, lactancia materna, influencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, consejería nutricional, sesiones demostrativas y lavado de manos; y, por otro lado, el equipamiento de todos los establecimientos de salud y el hospital regional con equipos e insumos para un mejor diagnóstico de malnutrición prevalente en madres gestantes, lactantes, niños y niñas.

Cabe recalcar en este punto que si bien el gobierno regional viene ejecutando el mencionado proyecto desde el 2013, la preocupación de la región por estos temas de salud se remonta a inicios del

año 2010, cuando se empezó a desarrollar el componente estratégico y de diseño que permitió trazar la ruta a seguir. Así fue posible establecer tanto los indicadores de resultado² como los indicadores de proceso³, los cuales han sido fundamentales para medir los logros concretos de cada actividad prevista y llevar a cabo un monitoreo constante de los mismos por parte de la DIRESA de Moquegua.

Con el camino trazado desde el 2010, se empezó por fortalecer las intervenciones efectivas en salud identificadas en el Programa Articulado Nutricional. Para impulsar este inicio se estimuló la participación de los gobiernos locales en el tema de la salud a través de las metas del Plan de Incentivos⁴ a la gestión Municipal, que son producto del grado de articulación y sensibilización alcanzado en los municipios. De esta manera se aprovechó la sinergia generada por el plan de incentivos para que 15 de 16 gobiernos locales convocados (Carumas, El Algarrobal, Cuchumbaya, San Cristobal, Torata, Lloque, Chojata, Yunga, Ubinas, Ichuña, Quinistaquillas, Omate, Puquina, Ubinas y Matalaque) financien e implementen la operatividad de los centros de vigilancia comunal de la madre y el niño. A estos centros de vigilancia se les entregó los equipos e insumos necesarios para el monitoreo de las variables nutricionales y del control de la anemia en las madres, niños y niñas, lo que permitirá generar las condiciones para un mejor trabajo de los promotores de salud.

Además de haber implementado estos espacios de prestación, el trabajo conjunto llevado a cabo por el gobierno regional con los municipios distritales y el sector Salud, ha permitido que pronto otros espacios de la región se sumen al esfuerzo de articulación promovido por la estrategia. Por ejemplo, la municipalidad de Torata ha financiado un Proyecto de Inversión Pública (PIP) para el mejoramiento del nivel nutricional de la población infantil en el ámbito de su jurisdicción, complementado con la instalación de 450 cocinas mejoradas que reducen el impacto de los gases de combustión en la salud de los menores. Del mismo modo, las municipalidades de Matalaque y Chojata han implementado los establecimientos de salud de su ámbito con equipos para el monitoreo de la anemia infantil. La Municipalidad de Mariscal Nieto, por su parte, ha destinado recur-

1 Proyecto con código SNIP 183661 y un presupuesto asignado por S/. 5 977 512,22 nuevos soles.

2 Prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en niñas y niños menores de cinco años y prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad.

3 Recién nacidos con bajo peso al nacer, recién nacidos que reciben lactancia materna exclusiva, prevalencia de infección respiratoria aguda, prevalencia de diarreas, vacunas completas para la edad, CRED completo para la edad, suplementación con hierro, acceso a agua segura, cobertura del servicio de saneamiento básico y gestantes con suplementación de hierro y ácido fólico.

4 Con un presupuesto equivalente a S/. 800 000 nuevos soles.

sos del plan de incentivos para la adquisición de equipos de medición antropométrica y para los implementos necesarios a fin de fortalecer las sesiones demostrativas nutricionales. Asimismo, los municipios de Matalaque y Mariscal Nieto han adquirido multimicronutrientes para ser distribuidos a través de los establecimientos de salud de sus ámbitos, en periodos anteriores a la disponibilidad de estos insumos por adquisiciones desarrolladas por el Ministerio de Salud (MINSA), con un impacto directo en la reducción de la anemia infantil.

En este esfuerzo articulado y participativo la empresa privada⁵ también se ha hecho presente, financiando dos intervenciones en comunidades rurales focalizadas, de los distritos de San Cristobal y Carumas, que han tenido como resultado el fortalecimiento de las capacidades comunales para monitorear variables nutricionales con las que se busca reducir la incidencia de la desnutrición crónica y la anemia infantil en el entorno rural.

Es necesario mencionar que al emprender la estrategia las responsabilidades de la atención nutricional regional solo se encontraban en el área de atención integral de salud, ejecutándose a través del Programa Articulado Nutricional y del Programa de Salud Materno Neonatal. Con los esfuerzos de articulación detallados, actualmente las responsabilidades y actividades que tienen como objetivo mejorar el nivel nutricional de las y los menores en la región se comparten y ejecutan entre diferentes actores: la Dirección Ejecutiva de Salud a las Personas, la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas, la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental, la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición y el programa de Promoción de Salud (PROMSA).

Evolución de los indicadores trabajados

Este nivel de compromiso y acción con la estrategia a nivel regional explican los resultados conseguidos.

Indicador	Año 2010	Año 2014
Porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con Desnutrición Crónica Infantil (DCI)	5.7%	4.2%
Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses con anemia	42.4%	36.1%

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010 - 2014

En Moquegua, la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años ha descendido, así tenemos que en el año 2010 se tenía que por cada 100 niños casi 6 tenían desnutrición crónica (5.7%) mientras que en el 2014 esta cantidad disminuyó a 4 de 100 niños (4.2%) según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Esto evidencia una reducción significativa de 1.5% en el periodo 2010-2014, lo cual es un decremento importante considerando que estos niveles de la DCI son más complicados de abordar.

En cuanto a la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de tres años en la región, el 2010 esta era de 42.4%, siendo el 2014 el 36.1%, según la ENDES, lo que significa una reducción equivalente al 14.85% respecto a la prevalencia inicial, aun cuando en el mismo periodo de análisis en el entorno nacional solo se ha logrado una reducción de este indicador equivalente al 6.95%. Esto evidencia que la reducción de este indicador en la región Moquegua obedece a factores endógenos de la región.

Como región, queda claro el interés y el compromiso por el alineamiento intergubernamental e intersectorial a las políticas de Estado, pues esta es una manera eficiente de luchar de forma integrada por el desarrollo infantil temprano.





La creación e implementación de cunas infantiles para la estimulación temprana en zonas de pobreza de la región Pasco

PASCO

La iniciativa para la creación de cunas infantiles en zonas de pobreza de Pasco es una muestra del interés que tiene el gobierno regional por promover el desarrollo integral de los niños y niñas, especialmente de las y los menores de tres años, y mejorar con ello la calidad de vida de la población. Desde un inicio, esta iniciativa estuvo alineada a la perspectiva de equidad que promueve el Estado, buscando garantizar el acceso gratuito, continuo y oportuno a los servicios de educación y salud en la región. La estimulación temprana de los niños y niñas y la estimulación prenatal de las gestantes, son los pilares de esta propuesta pues se considera que es en este periodo inicial de la vida de las personas, cuanto más necesaria es la prestación de un servicio integral y de calidad. El Gobierno Regional de Pasco busca con esta iniciativa aportar en generar las condiciones necesarias para que los niños y niñas crezcan con igualdad de oportunidades para vivir saludables, aprender y ser felices.

Para lograr estos objetivos, se propuso mejorar la atención integral en estimulación temprana –desde la etapa prenatal– en niños y niñas menores de tres años, focalizando la intervención en zonas de pobreza de la provincia de Pasco. Lo primero que se hizo para ello fue desarrollar una estrategia de articulación de actores que nos permitió organizar el trabajo y definir a los aliados de la intervención y sus roles. La Dirección Regional de Salud (DIRESA) y la Dirección Regional de Educación (DRE) se han encargado de liderar la articulación política con las autoridades de los gobiernos locales. Estos, a su vez, han tenido el rol de implementar la experiencia en el territorio en coordinación con los establecimientos de salud, las Unidades de Gestión Educativas Local (UGEL) y los programas sociales (como Cuna Más), así como con la propia población beneficiaria de los servicios.

Como consecuencia de esta organización se conformaron equipos multidisciplinarios en cada distrito, integrados por docentes, enfermeras (o técnicas en enfermería), obstetras, nutricionistas y psicólogos, encargados de brindar el soporte técnico para mejorar la capacidad cognitiva, motora, socioemocional y nutricional de los niños y niñas. Considerando esos objetivos, la labor inicial de este equipo

técnico era contribuir a diagnosticar la situación de los niños y niñas de la zona de intervención y en base a ese diagnóstico programar las intervenciones necesarias.

En este proceso de evaluación de la salud de las y los menores, las municipalidades tuvieron un papel fundamental. Realizaron las coordinaciones pertinentes para la convocatoria de la población usuaria (principalmente madres) y para la disposición de los espacios requeridos para las sesiones de evaluación.

Como resultado de estas gestiones se logró que las madres participen masivamente en el proceso de control de la talla, peso, estado emocional y nutricional de los niños y niñas, y el uso de las instalaciones del proyecto, o del local del programa Cuna Más, para las evaluaciones correspondientes. De esta manera se cumplió con el objetivo de conocer el estado de salud de las y los menores y en función a ello establecer la posterior programación de las sesiones de estimulación adecuadas a las necesidades de cada niño y/o niña.

Entre abril del 2012 y febrero del 2013 se ejecutaron 110 626 sesiones, de las cuales 100 964 fueron de estimulación temprana, 1104 de estimulación prenatal, 2891 de nutrición y alimentación y 5667 de psicología, estas últimas principalmente para los niños y niñas víctimas de maltrato físico y/o emocional. Asimismo, se efectuaron talleres de autoestima orientados a desarrollar en los padres el sentido de autovaloración, respeto, confianza y seguridad en sí mismos, aspectos fundamentales para una crianza orientada al desarrollo socioemocional de los niños y niñas

También se ha sensibilizado a los padres sobre la importancia de la alimentación saludable, enseñándoles a preparar alimentos y loncheras saludables para los niños, niñas y las gestantes, realizándose además sesiones demostrativas a manera de réplica de lo aprendido en los hogares.

Las sesiones de estimulación se difundieron con tanto éxito entre los usuarios que debido a la creciente demanda se debió ampliar

la atención en dos turnos, durante la mañana y la tarde. Autoridades de las provincias de Daniel Alcides Carrión y Oxapampa, así como padres de familia de diferentes comunidades, han solicitado que la iniciativa se extienda a más zonas de la región, lo que demuestra que el interés del gobierno regional en el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es compartido por toda la población.

La acogida que ha tenido la iniciativa se ha debido al aporte de los profesionales que integran el equipo multidisciplinario distrital encargado de brindar la asistencia técnica requerida y al soporte material y económico que ha hecho viable a la experiencia. En efecto, el Gobierno Regional de Pasco ha equipado las salas de estimulación temprana de los distritos de Yanacancha, Pallanchacra, Paucartambo, Ticlacayán y Chaupimarca, con juegos recreativos, material didáctico, equipamiento y bibliotecas especializadas para estimulación prenatal y temprana.

Evolución de los indicadores trabajados

El cuadro N° 1 muestra que desde abril del 2012 hasta febrero del 2013 se lograron ejecutar 110 626 sesiones, distribuidas de la siguiente manera: 100 964 sesiones de estimulación temprana, logrando un avance del 116%; 1104 sesiones de estimulación prenatal, logrando un avance del 72%; 2891 sesiones de nutrición y alimentación, logrando un avance del 101%; y 5667 sesiones de psicología, logrando un avance del 69%, lográndose un avance del 111% con respecto al acumulado total de las sesiones que se realizaron entre abril del 2012 y febrero del 2013.

Cuadro N° 1

Consolidado acumulado de la experiencia de la iniciativa por el desarrollo infantil temprano (DIT) (Abril del 2012 a febrero del 2013)

Servicios finales	Beneficiarios	N° de sesiones mensuales		Meta semestral programada (n° de sesiones)		Meta ejecutada	% de avance
Estimulación temprana	1222	9694	9.7%	87 248	87.33%	100 964	115.72%
Estimulación prenatal	193	172	0.17%	1544	1.55%	1104	71.5%
Área de nutrición	614	317	0.32%	2854	2.86%	2891	101.3%
Área de psicológica	1836	918	0.92%	8262	8.27%	5667	68.59%
Total de sesiones	100%	11 101	11%	99 908	100%	110 626	111%

Fuente: Unidad de Programas Sociales del proyecto - Unidad de Gestión Educativas Local (UGEL) - PASCO – Gobierno Regional de Pasco (GOREPA). Diciembre del 2014.

Con el desarrollo de esta iniciativa se logró incrementar, mediante la implementación de las cunas de estimulación temprana, un 80% de las capacidades y actitudes de los niños y niñas menores de tres años, cuyo resultado es corroborado por la evolución de los indicadores en el ámbito de intervención, disminuyendo un promedio de 2% en materia de DCI (ver el cuadro N° 2).

Cuadro N° 2

Evolución de la Desnutrición Crónica Infantil. Región Pasco (2012 – 2013)

Provincia Pasco	Desnutrición Crónica Infantil (DCI)		
	2011	2012	2013
Chaupimarca	28.6%	28.6%	28.5%
Paucartambo	17.0%	20.1%	18.3%
San Fco. de Asís de Yarusyacan	22.5%	24.6%	23.9%
Ticlacayan	21.6%	18.0%	15.4%
Yanacancha	25.0%	27.1%	25.6%
Total Provincia Pasco	24.8%	25.6%	23.5%

Fuente: Estadística anual. DIRESA – PASCO. Abril del 2014.

A manera de recopilación, se puede decir que se brindaron sesiones de estimulación prenatal a todas las mujeres gestantes en el ámbito de atención de la iniciativa, teniendo resultados favorables de acuerdo a la Guía Nacional Estimulación Pre Natal.

Además, se realizaron sesiones educativas y demostrativas para la preparación adecuada de alimentos, dirigidas a madres con niños menores de tres años, cuyos resultados permitieron incrementar los niveles nutricionales y la disminución de la anemia.

De igual modo, se logró brindar el soporte psicológico a aquellos niños y niñas que en la evaluación resultaron con problemas de maltrato físico y/o emocional, con problemas de conducta u otros comportamientos que afectaban su desarrollo.

Finalmente, cabe recalcar que esta experiencia del Gobierno Regional de Pasco permite consolidar el compromiso por el desarrollo integral de los niños y niñas de la región. A partir de marzo del 2016, la UGEL Pasco ha garantizado el personal profesional de docentes de nivel inicial para la continuidad y sostenibilidad de la iniciativa. Asimismo, se viene gestionando la réplica de estos modelos de intervención en otras provincias, en coordinación con los gobiernos locales, para lo cual se está viendo la disponibilidad de los recursos financieros que puedan garantizar la viabilidad de estas estrategias en beneficio del desarrollo infantil temprano.



La implementación del Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia (SIREPI) en el distrito de San Miguel de El Faique

PIURA

El Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia (SIREPI) está orientado a impulsar y fortalecer la articulación y concertación entre el gobierno regional, gobiernos locales y gobierno nacional para mejorar la calidad de vida de niñas y niños durante la primera infancia en la región Piura. En ese sentido, el Gobierno Regional de Piura, en sintonía con esta iniciativa, busca incidir en seis aspectos generales que son de gran importancia para la reducción de la desnutrición, el bajo peso al nacer y la anemia: la salud materno neonatal, el acceso a la identidad de los niños y niñas, el adecuado estado nutricional de los menores de entre cero y cinco años, el desarrollo de sus capacidades, la seguridad alimentaria de las familias y el buen trato infantil.

En la región Piura se cuenta con instrumentos de políticas públicas y una serie de programas y servicios en salud, identidad, nutrición, educación y protección que pueden capitalizarse para atender de manera integral a la primera infancia. Y si bien los gobiernos locales, el gobierno regional y el gobierno nacional destinan importantes recursos humanos y financieros a estos programas y servicios, los indicadores de los principales problemas que afectan a los niños, niñas y a las familias, son preocupantes.

Existen diversos servicios públicos e iniciativas privadas en salud, educación, identidad, nutrición, protección, saneamiento básico y producción que inciden de manera directa en la calidad de vida de la primera infancia y las familias de la región. Sin embargo, en este conjunto de intervenciones –de manera especial, las del Estado– se afrontan cuatro problemas recurrentes: deficiente calidad, limitada cobertura, preeminencia de un enfoque monodisciplinario y sectorial, y el predominio de una gestión desarticulada en el nivel territorial.

Para que la atención de la primera infancia tenga resultados, debe ser integral. Una institución, aunque incorpore el enfoque de integralidad, no posee la capacidad de brindar servicios integrales en

sí mismos pues no tiene control sobre todas las variables de salud, identidad, nutrición, educación y protección que demandan las niñas y los niños para su desarrollo integral.

En respuesta a este vacío, el Gobierno Regional de Piura creó, mediante la Ordenanza Regional N° 223-2011, el SIREPI, un sistema que gestiona de manera concertada y articulada, la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas regionales y los servicios públicos locales dirigidos a la primera infancia de la región Piura, con el fin de lograr resultados concretos en la mejora de la calidad de vida de las niñas y niños, en términos de salud, identidad, nutrición, educación y protección.

De esta manera se asegura el desarrollo pleno de sus capacidades, el ejercicio de sus derechos y el acceso a oportunidades de bienestar de los niños y las niñas de la región. El SIREPI es una prioridad para el actual gobernador regional, al haber ratificado su compromiso en el Pacto Político por la Gobernabilidad Regional Piura 2015-2018.

Por esa razón, y en la medida en que los indicadores en salud, nutrición, identidad, buen trato y educación aún son preocupantes, se hace necesario redoblar los esfuerzos sobre la base de los aprendizajes y la institucionalidad generados por las diversas intervenciones. En este contexto, el SIREPI, como política pública regional, adquiere relevancia y urge su implementación e institucionalización en toda la región.

Para lograr su objetivo general, el SIREPI impulsa la articulación y concertación de instituciones regionales y locales responsables de implementar las políticas públicas de la primera infancia, así como de las instituciones locales gestoras de los servicios públicos que atienden de manera directa a gestantes, niñas y niños. Cabe recalcar, que la articulación y la concertación implican también la participación de los usuarios y las usuarias de los servicios y de

las organizaciones de la sociedad civil en los ámbitos local y regional, el seguimiento de la calidad y el acceso a los servicios públicos orientados a la primera infancia.

El SIREPI privilegia la articulación y concertación para que los actores que lo conforman gestionen de manera concertada y participativa las políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y actividades orientadas al logro de resultados para el bienestar de la infancia, con equidad social.

El sistema se organiza desde los espacios comunales y locales con enfoque territorial, partiendo de la gestión institucional de los servicios locales de salud, nutrición, educación, saneamiento, identidad, protección y producción con la participación de los usuarios y las usuarias, donde cada institución proveedora de servicios gestiona productos claves en la atención integral de la primera infancia y se articula a las demás instituciones, en los espacios comunales de cada distrito.

En el nivel distrital, los gestores de los servicios públicos desarrollan una gestión concertada y articulada de los servicios para el logro de metas y resultados a nivel local, con participación de las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. A este nivel, el gobierno local juega un rol protagónico en la conducción estratégica del sistema, liderando la formulación y ejecución de planes concertados y articulados por la primera infancia, impulsando las sinergias interinstitucionales y facilitando la articulación y concertación intersectorial e intergubernamental, para incidir en la conducción eficaz de los servicios públicos y el logro de los resultados.

A nivel provincial, el SIREPI también articula a los decisores públicos que gestionan las políticas y los servicios públicos en su ámbito, constituyendo instancias intermedias de gestión de las políticas públicas, por lo que inciden en el logro de los resultados que busca el sistema y en los diversos procesos de gestión, tales como planeamiento y presupuesto, desarrollo de capacidades, organización, administración, ejecución de proyectos de equipamiento e infraestructura, evaluación y supervisión.

A nivel regional, el Gobierno Regional de Piura, a través de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, asume su rol de rectoría y conducción estratégica de la formulación, aprobación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas regionales de la

primera infancia, dando el marco normativo necesario y gestionando las sinergias intersectoriales e intergubernamentales para la implementación de las políticas públicas y la mejora de los servicios públicos de salud, nutrición, educación, identidad y protección, para así asegurar la atención integral de la primera infancia y el logro de los resultados claves para su desarrollo y el ejercicio de sus derechos.

Cabe recalcar que la articulación y la concertación se abordan en doble dirección. Por un lado, es horizontal, buscando que los diversos actores públicos, sociales y privados articulen (con criterios de territorialidad y simultaneidad) sus capacidades, recursos, intervenciones (programas, proyectos y actividades), planes y estrategias para actuar conjuntamente en el nivel comunal, distrital, provincial y regional. A nivel comunal, los operadores de los servicios articulan sus intervenciones y concertan metas. A nivel distrital y provincial, los gobiernos locales impulsan y fortalecen los procesos de articulación y concertación. Y a nivel regional, el gobierno regional, como órgano rector del sistema, gestiona y articula políticas públicas para la Primera Infancia.

Por otro lado, la articulación y la concertación se abordan en dirección vertical, donde el SIREPI busca que los gobiernos locales, gobierno regional y gobierno nacional, articulen sus planes, programas, proyectos y actividades, bajo el liderazgo del gobierno regional, en el nivel departamental y de los gobiernos locales, y en el nivel distrital y provincial. Asimismo, este sistema impulsa la articulación vertical de las instancias de gestión descentralizada de los sectores Salud, Educación, Vivienda, Agricultura, Producción, entre otros, alineando la acción en los diferentes espacios territoriales. Para la consecución de los resultados esperados se fijaron metas y se trabajó sobre la siguiente programación operativa (ver el cuadro N° 1).

Cuadro N° 1

Programación operativa del SIREPI – 2015

Producto / Proyecto Actividades	Actividades e inversión / Obra	Unidad De medida	Meta
Consejo Directivo Regional de la Primera Infancia constituido y en funcionamiento	Implementación de la dirección ejecutiva del SIREPI con recursos humanos, bienes y materiales	Informe	1
	Reunión de instalación del consejo directivo	Reunión de instalación	1
Gobiernos locales lideran la implementación del SIREPI en su jurisdicción territorial	Visitas de asistencia técnica y acompañamiento a gobiernos locales	Visita de asistencia técnica a 22 distritos	3
Comité Regional de la Primera Infancia constituido y en funcionamiento	Reunión de sensibilización para el involucramiento de nuevos actores	Reunión de sensibilización	1
	Reunión de instalación del comité regional	Instalación de comité regional	1
	Reuniones de trabajo	Reunión	3
Comités Distritales de la Primera Infancia constituidos y en funcionamiento	Reunión de instalación de los comités	Instalación de comité distrital	22
	Taller de elaboración de planes articulados anuales	Plan articulado distrital	22
	Visitas de asistencia técnica a los comités distritales	Visita de asistencia técnica	22
	Reuniones de trabajo y de monitoreo de los acuerdos del comité	Reunión de monitoreo	22

Fuente: Plan Operativo Institucional (POI) del Sistema Regional de Atención Integral a la Primera Infancia (SIREPI) - 2015.

Cuadro N° 1

Programación operativa del SIREPI – 2015

Producto / Proyecto Actividades	Actividades e inversión / Obra	Unidad De medida	Meta
Comités Comunales de la Primera Infancia constituidos y en funcionamiento	Reunión de instalación del comité	Instalación de comité comunal	50
	Taller de elaboración de planes comunales articulados	Plan articulado comunal	50
	Reuniones de trabajo y de monitoreo de los acuerdos del comité comunal	Reunión	150
Plan Regional de Fortalecimiento de Capacidades en Gestión para la Atención Integral de la Primera Infancia con enfoque de resultados aprobado y en proceso de implementación	Reunión de análisis del plan de fortalecimiento de capacidades	Reunión	1
	Talleres de capacitación al comité mesorregional	Taller	2
	Talleres con comités distritales de la primera infancia	Taller	22
Entidades que operan en la región y prestan servicios de salud, nutrición, educación, identidad y buen trato han establecido directivas y/o acuerdos de articulación y concertación interinstitucional para brindar paquetes integrales de servicios oportunos y de calidad a favor de la primera infancia	Reuniones de análisis de estrategias de articulación y concertación a nivel mesorregional, distrital y comunal	Reunión	2
	Reuniones de formulación de directivas de articulación y concertación a nivel distrital y comunal	Reunión	2
Organizaciones de la sociedad civil de nivel distrital que participan en la gestión y/o vigilancia de la calidad de los servicios públicos de salud, educación, saneamiento, identidad y buen trato.	Taller de capacitación a los acompañantes del Programa Regional de Atención Temprana (PRAT), operadores territoriales del MIDIS en vigilancia ciudadana	Taller	1
	Reuniones de asistencia técnica a organizaciones para la vigilancia	Reunión	18

Fuente: Plan Operativo Institucional (POI) del Sistema Regional de Atención Integral a la Primera Infancia (SIREPI) - 2015.

Cuadro N° 1

Programación operativa del SIREPI – 2015

Producto / Proyecto Actividades	Actividades e inversión / Obra	Unidad De medida	Meta
Organizaciones de la sociedad civil de nivel comunal que participan en la gestión y/o vigilancia de la calidad de los servicios públicos de salud, educación, saneamiento, identidad y buen trato	Taller de capacitación a promotoras PRAT en vigilancia ciudadana	Taller	10
	Reuniones de asistencia técnica a organizaciones para la vigilancia	Reunión	40

Fuente: Plan Operativo Institucional (POI) del Sistema Regional de Atención Integral a la Primera Infancia (SIREPI) - 2015.

Hasta el momento se ha logrado sensibilizar y comprometer a las autoridades y funcionarios de 34 gobiernos locales: Ayabaca, Siches, Jililí, Frías, Pacaipampa, Huancabamba, Carmen de La Frontera, Sondorillo, San Miguel de El Faique, Huarmaca, Sónдор, Santo Domingo, Santa Catalina de Mossa, Morropón, Buenos Aires, La Matanza, Yamango, Salitral, San Juan de Bigote, Chulucanas, Sechura, Vice, Rinconada Llícuar, Bellavista de La Unión, Bernal, Cristo Nos Valga, Tambogrande, Castilla, Cura Mori, La Arena, La Unión, Veintiséis de Octubre, Talara y La Huaca.

En estos distritos las instituciones trabajaban de manera desarticulada en la atención de la primera infancia, con limitados espacios de articulación y concertación, los cuales si funcionaban era básicamente para atender problemas de cada institución más no de sumar esfuerzos y recursos para atender integralmente a la primera infancia, siendo esta una política priorizada.

Es así que desde el trabajo realizado por el SIREPI y bajo el liderazgo de los gobiernos locales, los 34 distritos cuentan ahora con espacios institucionalizados para trabajar acciones en el marco del plan articulado distrital de la primera infancia, cuyo nivel de avance es heterogéneo debido a la voluntad política de las autoridades

locales, disponibilidad de recursos, capacidades desarrolladas y empoderamiento de las organizaciones e instituciones participantes.

Para su consecución, se realizaron reuniones de trabajo descentralizadas para analizar los indicadores de Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y anemia, asumiéndose compromisos para mejorarlos. Es así que los establecimientos de salud, las instituciones educativas y los servicios de agua y saneamiento de 30 distritos de los quintiles I y II, han sido monitoreados para mejorar la oferta de servicios públicos en relación a su equipamiento, insumos y personal, en el marco del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) y el Convenio de Asignación por Desempeño (CAD), firmado entre el gobierno regional y el gobierno central (Ministerio de Economía y Finanzas –MEF, y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –MIDIS). A través de estos convenios se han fortalecido las capacidades de los equipos técnicos de los establecimientos de salud y gobiernos locales para la elaboración del padrón nominal del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), con quienes además se viene programando y ejecutando campañas gratuitas de entrega del Documento Nacional de Identidad (DNI) para ampliar la cobertura, incluso en distritos de la zona urbana como Veintiséis de Octubre, Chulucanas, Sechura, entre otros.

Cuadro N° 2

Modelo de productos e indicadores priorizados en los planes articulados distritales

Producto Priorizado	Indicador
Atención prenatal reenforcada	Porcentaje de gestantes controladas según esquema
Parto institucional	Porcentaje de partos institucionales
Registro de atención de niñas y niños en el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco años (CRED)	Porcentaje de niños controlados en CRED
Disminución de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI)	Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica (Organización Mundial de la Salud –OMS)
Disminución de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses	Porcentaje de niños de 6 a 35 meses con anemia
Suplementación con vitamina A y hierro a niñas y niños	Porcentaje de niños y niñas atendidos que recibieron suplementación nutricional
Promoción de familias y viviendas saludables	Porcentaje de familias acompañadas
Documentación de niñas y niños con DNI	Porcentaje de niñas y niños con DNI

Fuente: Matriz de planes articulados - SIREPI.

Por otro lado, para la difusión e implementación en los gobiernos locales y otros sectores clave del SIREPI, se ha elaborado una versión amigable de la Estrategia Regional de Seguridad Alimentaria Nutricional (ERSAN). Del mismo modo, se ha elaborado el plan de acción de la ERSAN (con apoyo de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura –FAO, y el Ministerio de Agricultura y Riego –MINAGRI) y se han hecho algunos ajustes del documento técnico del SIREPI y de los protocolos para la implementación del sistema en el territorio.

Asimismo, junto con el MIDIS, la institución no gubernamental Progreso, el Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA), Plan Internacional y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) de Piura, se fortalecieron las capacidades de los regidores, personal de salud (responsables del Programa Articulado Nutricional –PAN, y del Programa Nacional de Medicamentos –PMN) y de educación (especialista de educación inicial) de 28 distritos priorizados.

Cuadro N° 3

Programa de Capacitación

Nombre del programa de capacitación	Facilitación de procesos de articulación y concertación para la atención integral de la primera infancia
Organizadores	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional Piura • Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) • Plan Internacional • Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA) Institución no gubernamental Progreso • Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP)
Aliados	<ul style="list-style-type: none"> • Colegio de Ingenieros Piura • Colegio de Obstetras Piura • Colegio de Enfermeros Piura • Dirección Regional de Salud (DIRESA) • Dirección Regional de Educación (DRE)
Periodo de duración	Dos meses
Público objetivo	<p>El programa de capacitación está dirigido a 84 personas procedentes de 28 distritos, considerándose a tres personas por distrito, según se detalla a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayabaca, Buenos aires, Canchaque, Carmen de la Frontera, Castilla, Chulucanas, Cura Mori, El Tallan, Frías, Huancabamba, Huarmaca, La Arena, La Huaca, La Matanza, La Unión, Las Lomas, Miguel Checa, Pacaipampa, Salitral (Morropón), Querecotillo, San Miguel de El Faique, Santo Domingo, Sechura, Tambogrande, Vice, Veintiséis de Octubre, Sapalache y Sondorillo.

Fuente: Plan Operativo Institucional (POI) del Sistema Regional de Atención Integral a la Primera Infancia (SIREPI) - 2015.

La capacitación brindada ha contribuido a fortalecer la capacidades de los integrantes de los equipos técnicos distritales, lo que a su vez redundará en el fortalecimiento de los comités distritales de la primera infancia, ya que, como se había expuesto líneas arriba, esto condiciona su nivel de avance, permitiendo que los participantes conozcan conceptos claves del DIT, su importancia y mecanismos claves, para que desde las instituciones se aporte en ello, asegurándose así el desarrollo pleno del niño y la niña.

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que gradualmente se vienen replicando e implementando en espacios claves la facilita-

ción de procesos de articulación y concertación para la atención integral de la primera infancia.

En la región Piura, por ejemplo, 34 distritos cuentan con Comités Distritales de la Primera Infancia instalados y reconocidos mediante Ordenanza Municipal, los cuales, dentro de sus propios territorios, vienen gestionando la mejora de la calidad y la cobertura de los servicios de atención integral de la primera infancia. De esta manera, el modelo del SIREPI facilita e impulsa la articulación y concertación para la mejora de los servicios locales, en términos de calidad y cobertura.

Tabla N° 1

Implementación del Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia (SIREPI) en la región Piura, según distritos de intervención

N°	Distrito	Comité	Plan Articulado	Secretario técnico	N°	Distrito	Comité	Plan Articulado	Secretario técnico
01	Huarmaca	1	1	1	18	Veintiséis de Octubre	1	1	1
02	Frías	1	1	1	19	Carmen de La Frontera	1	1	1
03	Pacajipampa	1	1	1	20	La Unión	1	1	1
04	San Miguel de El Faique	1	1	1	21	Sondorillo	1	1	1
05	La Matanza	1	1	1	22	Castilla	1	1	1
06	Salitral (Morropón)	1	2	1	23	Sechura	1	3	1
07	La Huaca	1	1	1	24	Bellavista de La Unión	1	1	1
08	Santo Domingo	1	1	1	25	Rinconada Llícuar	1	1	1
09	Buenos Aires	1	1	1	26	Cura Mori	1	1	1
10	Santa Catalina de Mossa	1	1	1	27	Vice	1	1	1
11	Jilili	1	1	1	28	Talara-Pariñas	1	2	1
12	Sicchez	1	1	1	29	Bernal	1	2	1
13	Morropón	1	1	1	30	Cristo Nos Valga	1	2	1
14	Tambogrande	1	1	1	31	La Arena	1	2	1
15	Ayabaca	1	1	1	32	Yamango	1	2	2
16	Huancabamba	1	1	1	33	San Juan de Bigote	1	3	3
17	Chulucanas	1	2	1	34	Miguel Checa	1	3	3

Situación: 1 concluido; 2 en proceso; 3 en coordinación.

Elaboración: Dirección ejecutiva del SIREPI.

Cabe recalcar que en el marco del SIREPI, se ha dado continuidad al Programa Regional de Atención Temprana (PRAT) "Familia feliz", durante el año 2015. Este programa se está implementado en 24 distritos de la región Piura, lo cual permite brindar acompañamiento en sus hogares a más de 5000 familias de niños, niñas y gestantes a través del trabajo realizado por 342 promotoras y 24 acompañantes distritales, cuyos honorarios

fueron asumidos por el Gobierno Regional de Piura, los gobiernos locales de los distritos de intervención, organismos de la sociedad civil como CIPCA y el proyecto denominado Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Sechura (PROSAN), así como de alianzas público-privadas establecidas con las empresas OLIMPYC, Natu Perú de La Matanza y Saturno de Chulucanas.

Tabla N° 2
Implementación del PRAT en la región Piura

N°	Distrito	Población acompañada			
		Total niños/as	N° de niños	N° de niñas	n° de gestantes
	En alianza con los gobiernos locales	3305	1678	1627	383
1	Buenos Aires	383	184	199	30
2	Cura Mori	260	130	130	28
3	Frias	272	138	134	20
4	Huarmaca	306	146	160	16
5	Jilili	75	38	37	10
6	La Arena	330	172	158	58
7	La Huaca	110	58	52	23
8	La Matanza	238	121	117	15
9	Morropon	130	73	57	13
10	Pacajipampa	201	102	99	29
11	Salitral	126	68	58	61
12	San Miguel de El Faique	252	125	127	15
13	Santa Catalina de Mossa	167	83	84	16
14	Santo Domingo	241	129	112	25
15	Sechura	79	43	36	0
16	Sicchez	63	32	31	10
17	Yamango	72	36	36	14

N°	Distrito	Población acompañada			
		Total niños/as	N° de niños	N° de niñas	n° de gestantes
	Alianza público privada	1222	591	631	159
18	Cristo nos Valga				
19	Bellavista de la Unión				
20	Vice	612	138	134	20
21	Rinconada Ilicuar				
22	Bernal				
23	Paita - Olimpyc	507	204	303	109
24	Chulucanas - Saturno	103	44	59	0
Población		4527	2269	2258	542
Total de familias acompañadas		5069			

Fuente: Programa Regional de Atención Temprana (PRAT) - Gerencia Regional de Desarrollo Social (GRDS).

Dentro de todo el trabajo que se ha venido desarrollando gracias al SIREPI dentro de la región, resalta la intervención realizada en el distrito de San Miguel de El Faique, donde se ha brindado acompañamiento a familias para la mejora de sus prácticas de cuidado y de crianza que contribuyan a asegurar la salud materna neonatal y el DIT. Los temas desarrollados durante los acompañamientos han sido: embarazo saludable, importancia del parto institucional, identidad, control del crecimiento y desarrollo, lactancia materna exclusiva, alimentación balanceada, consumo de los multimicronutrientes, buen trato, educación temprana y saneamiento básico. Asimismo, se ha logrado la vinculación efectiva de los niños, niñas y gestantes a servicios claves que antes de la intervención no accedían.

Para la sostenibilidad de las acciones en la atención de la primera infancia se fortaleció la articulación intergubernamental e intersectorial a través del reconocimiento del comité distrital y la aprobación del Plan Articulado Distrital de la Primera Infancia, a través de la Ordenanza N° 020-2012 del 25 de setiembre del 2012, que aprueba la implementación del SIREPI a nivel distrital, y la Resolución de Alcaldía N° 306-2015-MDSMF/A, que aprueba el Plan Articulado Distrital. Este plan se encuentra alineado al compromiso asumido por el Gobernador Regional, Reynaldo Hilbk Guzmán, en la lucha emprendida contra la anemia y la DCI I. A través de este plan se posibilitó la articulación efectiva con el sector Salud, resaltándose el rol asumido por el personal de los establecimientos descentralizados del Comité Local de Administración de Salud (CLAS) San Miguel de El Faique, quienes han participado activamente en la capacitación del equipo técnico del PRAT a nivel distrital en temas de salud, la capacitación de los comités comunales de primera infancia, la capacitación de las familias para la mejora de sus prácticas en el cuidado de su salud, nutrición, higiene y saneamiento, así como brindando información y atención oportuna a las familias beneficiarias.

Evolución de los indicadores trabajados

Con este conjunto de acciones, que son parte de la implementación del SIREPI, se ha conseguido incidir en los indicadores planteados. Como se puede observar en el siguiente cuadro, se ha disminuido la DCI del año 2013 al 2014 en 5.6%, se ha disminuido el porcentaje de niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer en 0.2%, se ha reducido el porcentaje de niños y niñas con anemia del año 2013 al 2014 en 6.5% y se ha incrementado el porcentaje de niños y niñas suplementadas del año 2013 al 2014 en un 47.8%.

Indicador	2013	2014
Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con desnutrición crónica (Organización Mundial de la Salud -OMS)	37.8%	32.2%
Porcentaje de nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer	9.1%	8.9%
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 35 meses con anemia	43%	36.5%
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro	47.2%	95%

Fuente: CLAS San Miguel de Faique.
Elaboración: Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística (OITE) - Dirección Regional de Salud Piura.

Estos resultados son producto del trabajo articulado y concertado en el marco del SIREPI que se viene implementando en el distrito de San Miguel de El Faique. Resultados que se espera ir mejorando con las intervenciones articuladas intergubernamentales e intersectoriales para coadyuvar al logro del objetivo estratégico, como lo es el desarrollo infantil temprano, más aún cuando se tiene información nominal de los niños y niñas, su estado nutricional y el nivel de accesibilidad a los servicios claves enmarcados en los paquetes integrales.





El Proyecto de Nutrición de la Región Puno es un esfuerzo por impulsar el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) desde la gestión estratégica del territorio, para lo cual se ha propuesto capacitar a las autoridades locales de 60 distritos¹ en la organización y gestión de los sistemas de vigilancia comunitaria. Implementar este proyecto es fundamental para prevenir la anemia y reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) que tanto afecta el desarrollo de los niños y niñas de la región. Para ello se ha buscado la participación y el compromiso de los alcaldes y funcionarios de cada distrito, así como el de los líderes de la comunidad y los jefes de los establecimientos de salud de cada zona, pues es bajo la gestión de estos actores que se hace posible generar las condiciones necesarias para lograr el desarrollo integral y saludable de las y los menores en la región.

Este proyecto se inició con un proceso concertado de coordinación entre el gobierno regional –a través de la Gerencia de Regional de Desarrollo Social– y los municipios de las zonas de intervención, con el objetivo de generar estrategias que incidan en la disminución de las altas tasas de anemia y desnutrición regionales. Producto de este trabajo inicial, se logró el alineamiento de las autoridades en relación a la pertinencia de la iniciativa, lo que a su vez permitió acercar a los jefes de los establecimientos de salud de los distritos de intervención a la población de las comunidades.

Este proyecto ha logrado que se implementen 595 centros de vigilancia comunitaria en las 13 provincias de intervención, logrando llegar a 11 900 familias. Para impulsar la eficiencia de la gestión de dichos centros, en relación a los indicadores de anemia y la DCI, ha sido necesario fortalecer las capacidades y competencias de los agentes comunitarios, quienes son personas de la comunidad elegidas con la tarea de promover la salud entre la población usuaria del servicio brindando consejerías para el cambio de prácticas. De esta forma, un total de 1190 agentes comunitarios de salud han sido capacitados² utilizando metodologías apropiadas para sus aprendizajes³.

Como consecuencia de este proceso, los agentes comunitarios se han convertido en el nexo primordial entre la comunidad y el Mi-

nisterio de Salud (MINSa), volviéndose una herramienta indispensable para la gestión y vigilancia de la salud de los niños, niñas y gestantes. En ese sentido, se ha logrado comprometer y empoderar a la comunidad en la mejora de la salud local.

Otro proceso fundamental de desarrollo de capacidades y promoción de la salud comunitaria ha sido el componente de crianza de animales menores. Este trabajo consistió en la distribución de gallinas⁴ en 180 centros de vigilancia comunal de las provincias de Carabaya, Melgar y Sandía, para que su crianza permitiera el acceso a una proteína de alto valor biológico como el huevo, un alimento rico en nutrientes.

En una ceremonia pública que contó con la presencia de los alcaldes, regidores, tenientes gobernadores, personal del MINSa, agentes comunitarios de salud y directivos comunales de las zonas de intervención, se hizo la entrega de las gallinas a los niños y niñas menores de tres años para desarrollar en ellos el sentido de responsabilidad a través de su cuidado y alimentación. En el corto plazo, la crianza y cuidado de las gallinas ha posibilitado el acceso a huevos en el domicilio de las y los menores, lo que significa un aporte complementario de proteínas, sobre todo de aminoácidos esenciales, que no se encuentran en la alimentación cotidiana de los niños y niñas, y que son necesarios para su crecimiento y desarrollo.

Para la sostenibilidad de esta actividad, los técnicos pecuarios realizaron la asistencia técnica y seguimiento a la crianza de las gallinas a cada una de las familias cuidadoras. Sumado a ello, nutricionistas informaron y sensibilizaron a todas las familias de la zona de intervención sobre las bondades nutricionales y formas de preparación del huevo, a través de los centros de vigilancia comunal.

Un tercer elemento contemplado en el Proyecto de Nutrición de la Región Puno ha sido la realización de una pasantía con el objetivo de presenciar y aprender de las experiencias exitosas logradas en los centros de vigilancia de Hanac Chuquibamba (Cusco). Durante dos días consecutivos, personal del MINSa⁵, así como agentes comunitarios

1 De las provincias de Carabaya, Melgar, Sandía, Puno, Yunguyo, El Collao, Huancané, Moho, San Antonio de Putina, Azangaro, Lampa y San Román.

2 En gestión del CREd, Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), desnutrición infantil y anemia, vivienda saludable, eliminación de excretas, lactancia materna, alimentación y nutrición, signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y plan de parto.

3 Metodología de Educación de Adultos (AAMME), con el enfoque de aprender haciendo, que prioriza las vivencias y construye aprendizajes a partir de ellas.

4 De la raza Hy Line Brown, de 45 días de nacidas.

5 Enfermeras, obstetras, nutricionistas, médicos y técnicos en enfermería.

rios de salud, alcaldes distritales, regidores, tenientes gobernadores y líderes comunales participaron en esta pasantía. Los integrantes de la comunidad de Hanac Chuquibamba, distrito de Lamay, en Cusco, explicaron la forma en que vienen realizando su trabajo de promoción de salud desde hace 15 años.

La principal experiencia de aprendizaje conseguida con esta pasantía fue la incorporación de parte de los diversos actores del enfoque de articulación sobre las acciones programáticas y operativas que se dan en el territorio, es decir, se consiguió alinear la acción de los gobiernos locales a la política de Estado en materia de superación de la pobreza y lucha contra la DCI. Además, se logró que las autoridades⁶ cambien el concepto que tenían sobre los niños, niñas, la desnutrición infantil y la anemia, desarrollando actualmente proyectos en relación a estos temas.

El último elemento desarrollado a través del proyecto han sido las visitas domiciliarias, siendo estas un proceso educativo entre pares, mediante el cual se busca que las familias adopten nuevas prácticas para un mejor cuidado y atención de los niños y niñas. Con el objetivo de reforzar estas prácticas, el agente comunitario y los facilitadores de campo han monitoreado los hábitos relacionados a la alimentación, higiene y consumo de agua segura, apoyando en las sesiones educativas y en las sesiones demostrativas en los hogares.

Finalmente, es necesario mencionar que dentro de los elementos más importantes brindados a las familias beneficiarias están los talleres educativos en temas de salud y nutrición. Dentro de la temática de nutrición se tocaron los temas de: alimentación en la madre gestante, lactancia materna exclusiva, cuidados del bebé, técnicas de estimulación temprana, higiene, alimentación por edades y consumo de micronutrientes. Dentro de la temática de salud se tocaron los temas de: importancia del control CRED, importancia del control prenatal, lavado de manos, higiene personal y parasitosis.

Evolución de los indicadores trabajados

Gracias al proyecto implementado se han realizado 12 mil visitas domiciliarias a familias con niños y niñas con desnutrición en los 60 distritos de intervención de la región. Con la consejería nutricional se ha logrado que muchas madres reflexionen sobre los beneficios que tiene la adopción de hábitos y actitudes alimentarias saludables, logrando que en gran medida las malas prácticas se erradiquen.

Gracias al trabajo que vienen realizando los agentes comunitarios de salud en favor de las comunidades y los niños y niñas de la región, a través de la crianza de gallinas ponedoras, pasantías sobre experiencias exitosas, visitas domiciliarias y otras actividades del proyecto, sobre todo por el trabajo de articulación entre la familia y los establecimientos de salud, se logró disminuir la anemia en los niños y niñas menores de tres años de 82% a 75%, según el reporte preliminar de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Puno a diciembre del 2015.

Indicador	2014	2015
Porcentaje de agentes comunitarios de salud comprometidos con la salud y nutrición de la comunidad, especialmente de los niños y niñas	55.2 %	60.5 %
Porcentaje de niños y niñas que consumen proteínas complementarias	8.7 %	15.8 %
Porcentaje de autoridades locales que invierten en nutrición	2.0 %	10.2 %
Porcentaje de madres con prácticas alimentarias adecuadas	6.5 %	8.4 %

Nota: información preliminar de acuerdo a los reportes de los informes mensuales de los proyectos de zona circunlacustre, centro y norte.





La reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) mediante la Estrategia Familias, Comunidades y Municipios Saludables - Distrito de Soritor- Comunidad campesina de Alto Perú

SAN MARTÍN

En el año 2010 la región San Martín declara como política pública la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), implementándose, un año después, con la creación del Programa de Lucha Contra la Desnutrición, el cual se orientó a fortalecer, articular e integrar los esfuerzos de las familias, organizaciones comunales, gobiernos locales, sectores, instituciones públicas y privadas y gobierno regional en la lucha para mejorar la nutrición infantil. En este marco se firman convenios intergubernamentales con 37 distritos, uno de los cuales fue Soritor, distrito en el que se resaltaré la experiencia de la comunidad de Alto Perú.

El distrito de Soritor se encuentra ubicado en la provincia de Moyobamba, departamento de San Martín, a una altura de 635 msnm. Posee una superficie de 387.8 km². Cuenta en la actualidad con 33 851 habitantes, de los cuales 17 738 son varones y 16 113 mujeres. La población se encuentra distribuida en 59 comunidades, 4 barrios y 9 urbanizaciones populares.

Las acciones emprendidas por las autoridades locales del distrito de Soritor orientadas a abordar la promoción y la gestión de la salud desde una óptica territorial, se inician en el año 2011, cuando el gobierno local decide alinearse a la política regional por la mejora de nutrición de los niños y niñas menores de cinco años. Posteriormente, durante el año 2012, se creó una plataforma interinstitucional e intersectorial denominada Comité de Desarrollo Social (CDS), cuya finalidad fue garantizar el desarrollo de las acciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable del distrito.

En marzo del año 2013 se firma el convenio marco de cooperación intergubernamental entre el Gobierno Regional de San Martín y la Municipalidad Distrital de Soritor, con la intención de planificar, desarrollar y evaluar intervenciones conjuntas enmarcadas en la mejora de las condiciones de salud de la población más vulnerable, haciendo especial énfasis en los niños y niñas menores de cinco años, a través de la promoción de la salud, el fomento de la coope-

ración con el gobierno regional y el trabajo conjunto con la población organizada.

Como parte de la adopción de este nuevo modelo de gestión territorial de la salud, el gobierno local de Soritor priorizó en el 2013 una intervención en 10 comunidades del distrito con la finalidad de implementar la estrategia de “Familias, Comunidades y Municipios Saludables”, esperando mejorar con ello la gestión comunitaria en beneficio de la población más vulnerable del distrito.

Ese mismo año, a través de la puesta en marcha del Plan Distrital Integral (PDI), el gobierno local de Soritor coordinó, mediante su Comité de Desarrollo Social, acciones conjuntas con representantes locales de diversos sectores destinadas a salvaguardar las condiciones de salud de su población. Estas actividades han continuado de manera constante y, en lo que respecta al año 2015, el gobierno local ha mantenido su voluntad política para seguir movilizandorecursos a favor de más familias y comunidades saludables.

El trabajo que se realizó en el distrito tuvo tres ejes: la familia saludable, la comunidad saludable y el municipio saludable, los cuales fueron liderados por la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de San Martín (GOESAM) y el Proyecto MSH II - USAID, quienes brindaron la asistencia técnica correspondiente. La estrategia de esta experiencia consistió en sensibilizar a los actores sociales para lograr su compromiso y participación en la mejora de la salud de sus familias y de la comunidad, así como el fortalecer a las autoridades locales para orientar la política del distrito hacia la mejora de la salud. De esta manera se implementaron líneas de acción centrales como la participación ciudadana y el empoderamiento, la promoción de los estilos de vida y los entornos saludables, la reorientación de los servicios locales y la construcción de políticas públicas saludables.

La implementación del eje de “familias saludables” supuso actividades centrales como capacitar a las Juntas Vecinales Comuna-

les (JVC) en prácticas saludables, realizar visitas de acompañamiento a las JVC para el seguimiento al trabajo con las familias (sesiones educativas), movilización de familias y reuniones de evaluación con las JVC. Estas actividades permitieron que las JVC conozcan los pasos para implementar el eje de “familias saludables”, lo que supone un trabajo articulado con la comunidad y los establecimientos de salud de la zona. Por otro lado, las actividades permitieron que las familias informadas asuman el compromiso de ser “familias saludables” y mejoren sus conocimientos sobre el Control de Crecimiento y Desarrollo de las Niñas y Niños Menor de cinco años (CRED), vacunas, alimentación complementaria, agua segura, identidad, Lactancia Materna Exclusiva (LME), parto institucional, atención prenatal, planificación familiar, desnutrición infantil, entre otros, mejorando sus prácticas de cuidado de salud y su entorno.

Como resultados en este primer eje, encontramos 947 familias de 18 comunidades sensibilizadas en la estrategia de “familias saludables”, 76 de las cuales se encuentran incorporando paulatinamente el conjunto de instrumentos de gestión para llegar a ser familias saludables (tableros de visión, diagnóstico y autoevaluación, compromisos y normas de convivencia).

La comparación de los resultados de prácticas saludables entre los años 2013 y 2014, reportan, a nivel de niños y niñas menores de seis meses de edad, un incremento en la magnitud de aquellos que llegaron a tener vacunas al día para su edad. Asimismo se observa un aumento en la práctica de lactancia materna exclusiva. Por otro lado, la cantidad de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que logró recibir su control de crecimiento y desarrollo según la edad, representó el 88% en el marco de las comunidades priorizadas por el gobierno local. Del mismo modo, se aprecia un aumento de la práctica de consumo de agua segura en 7 puntos porcentuales en comparación al año 2013, así como un incremento en los niños y niñas que alcanzaron a consumir alimentos nutritivos en un número mínimo de veces recomendados al día, alcanzando un 89% de los casos.

En cuanto al eje de “comunidades saludables”, las actividades principales que se desarrollaron incluyeron visitas de reconocimiento y coordinación en las comunidades, en donde se informó sobre los aspectos del trabajo a realizarse y se organizaron las actividades. También se realizaron talleres de asistencia técnica

a líderes para la formación de las JVC, los cuales incluyeron capacitaciones en liderazgo y el uso de la metodología y herramientas para tener una comunidad saludable.

Con la ejecución de estas actividades se informó y sensibilizó sobre la estrategia Familias, Comunidades y Municipios Saludables a todas las comunidades visitadas, logrando su aprobación para la intervención. También se conformaron las JVC y se realizó el trámite para su reconocimiento mediante Resolución de Alcaldía, emitida por la Municipalidad Distrital de Soritor. Las JVC lograron aprender y manejar la metodología y herramientas para la implementación del eje “comunidad saludable”, desarrollando y gestionando su plan comunal, vigilando las prácticas de salud y analizando los avances en coordinación con los establecimientos de salud de la zona.

Como resultado de este segundo eje, de “comunidades saludables”, se visualiza el empoderamiento de los líderes y dirigentes de 30 juntas vecinales para el ejercicio de las prácticas saludables y gestión de los determinantes sociales de la salud mediante su participación en el Programa de Liderazgo Moral y Gestión Comunitaria, jornadas de capacitación en manejo de herramientas de gestión comunal y sesiones de asistencia técnica en la Estrategia de “Familias, Comunidades y Municipios Saludables”. Producto de ello, en el 2014 el distrito de Soritor logró registrar y reconocer a 51 de las 59 comunidades del distrito, de las cuales 21 llegaron a adoptar el instrumento de gestión denominado Diagnóstico Comunitario y, 18 el Plan de Acción Comunal, con miras a realizar el proceso de vigilancia comunitaria en coordinación con la microrred de salud y los puestos de salud comunales.

La participación de las mujeres dentro de las JVC se hace evidente, ocupando diferentes cargos, representando en el 2014 el 19% del total de las y los miembros.

De esta forma se vienen fortaleciendo los lazos de cooperación y coordinación entre los miembros de la comunidad, las JVC y su red de salud local, afianzando el capital social comunal y la inclusión social, legitimando el esfuerzo de la población por adoptar un nuevo modelo de gestión territorial de la salud y fomentando la articulación de los diferentes actores locales implicados en el desarrollo distrital.

Finalmente, en cuanto al eje de la “municipalidad saludable”, se debe mencionar la articulación del gobierno local de Soritor a la política regional mediante el Programa de reducción de la desnutrición y anemia en la región San Martín, Ordenanza Municipal N° 018-2011-MDS, que se erigió como el marco institucional para promover y salvaguardar las condiciones de salud y nutrición de la población a nivel de todo el distrito.

Asimismo, el liderazgo político de las autoridades distritales se destaca en la instalación y manejo del Sistema de Información de Base Comunitaria (SISMUNI), el cual es un sistema que recoge, procesa y arroja información de primera fuente que permite a las autoridades comunales y distritales tomar decisiones informadas, fortaleciendo de esa forma la gestión comunal y local de la salud. En el caso del gobierno local de Soritor, el SISMUNI permitió el fortalecimiento del CDS con una plataforma interinstitucional de planeación y toma de decisiones a favor de la mejora de las condiciones de salud distrital.

Por otro lado, cabe recalcar que en este distrito se ejecutó en más del 50% el Plan Distrital Integral (PDI) 2013, el cual se constituye como el instrumento de gestión distrital elaborado de forma conjunta por diversos actores locales, y cuyo objetivo es la promoción de los escenarios saludables para la mejora del ejercicio de las prácticas saludables de la población, así como de los determinantes sociales de la salud. Del mismo modo, el gobierno local logró alinear su intervención municipal en base a las políticas regionales, destinando un presupuesto (30 mil soles en el año 2014) para cubrir las principales necesidades logísticas de la puesta en marcha de la Estrategia de “Familias, Comunidades y Municipios Saludables” en su jurisdicción.

En este punto, es grato citar la participación de la comunidad de Alto Perú en esta estrategia. Esta comunidad rural, que forma parte del distrito Soritor, desde el año 2013 viene implementando la metodología y herramientas para ser una “comunidad saludable”, con el apoyo del proyecto USAID, Municipios y Comunidades Saludables II (USAID/MCS II), del gobierno local y del personal de salud.

Tras ser motivada para ser una “comunidad saludable”, la comunidad campesina de Alto Perú, mediante elección democrática, formó su JVC, la cual fue reconocida mediante Resolución de Alcaldía

N° 282-2013, emitida por la Municipalidad Distrital de Soritor. Entre las y los integrantes de la JVC, el 38% son mujeres, quienes ocupan diferentes cargos.

Con las capacidades fortalecidas, la JVC lidera el proceso de elaboración del Diagnóstico y Plan para tener una Comunidad Saludable. También su JVC regularmente visita a las familias de la comunidad para enseñarles a usar sus tableros para ser “familias saludables” (el tablero de visión de familia saludable, el tablero de compromisos de familia saludable, el tablero de diagnóstico de familias saludables y el tablero de normas de convivencia de familia saludable).

Para mejorar los entornos de la comunidad, la población de Alto Perú participa periódicamente en las faenas de limpieza comunal, campañas de recojo de inservibles, limpieza de la carretera, arreglo de su plaza, entre otros.

Para promover comportamientos saludables, la JVC realiza periódicamente reuniones con las familias, capacitaciones, sesiones demostrativas y educativas, etc., motivando a las familias a participar en las actividades de promoción de comportamientos saludables que desarrolla el proyecto USAID/MCS II, el gobierno local y el personal de salud.

Para nutrirse de las experiencias de comunidades vecinas, la JVC de Alto Perú visitó el distrito de Pongo de Caynarachi, en la provincia de Lamas, para conocer su experiencia de implementación de la Estrategia Familias Comunidades y Municipios Saludables.

Por último, es importante reflexionar acerca del importante papel de la familia en el desarrollo de los niños y niñas. Esta estrategia integral no se agota en ausencia de enfermedad sino en la promoción de prácticas saludables a través del autocuidado, la ayuda mutua y los entornos saludables, lo que conlleva a un solo resultado: niños y niñas felices, pues todo lo que se forma en esta etapa es una impronta que sella y se traslada durante el resto de la vida de ese ser humano.

Evolución de los indicadores trabajados

Con las intervenciones realizadas se puede reflejar una mejora en los indicadores de salud, especialmente aquellos que están ligados al seguimiento y/o captación de la persona beneficiaria, fortaleciendo la atención de niños, niñas y gestantes.

El trabajo que se realiza en los distintos escenarios, familia, comunidad y municipio, permite adoptar comportamientos saludables y, por ende, una mejora en la calidad de vida de las personas.

Cuadro resumen sobre las mejoras en los indicadores de salud de la comunidad campesina de Alto Perú - Soritor

Indicador	2013	2014
Porcentaje de gestantes atendidas precozmente	66 %	86.1 %
Porcentaje de partos institucionales atendidos	32.4%	45.2 %
Porcentaje de niños/niñas con vacuna completa (3° neumococo)	61.2%	77.2 %
Porcentaje de casos de anemia en niños/niñas menores de cinco años	15.4%	11%

Nota: información preliminar de acuerdo a los reportes de los informes mensuales de los proyectos de zona circunlacustre, centro y norte.





El incremento al acceso de agua clorada de comunidades rurales en la región Tacna con la instalación de sistemas de cloración por goteo basado en la técnica propuesta por la Cooperación Internacional Alemana GIZ

TACNA

El acceso al agua clorada es una necesidad que el Gobierno Regional de Tacna se ha propuesto satisfacer, contribuyendo así al adecuado estado de salud de las niñas y niños de los distritos de quintiles de pobreza I y II de la región. Para lo cual, se busca incidir en la cantidad de centros poblados que cuentan con un sistema de cloración, en la cantidad de personal debidamente capacitado para la administración de estos sistemas, en la proporción de niños y niñas que acceden a agua de calidad y en el porcentaje de cloro residual libre¹.

La realidad del consumo de agua en las zonas altoandinas representa muy probablemente la primera muestra de exclusión y marginalidad en nuestro país. En estas zonas, el agua que se consume no es potable: proviene de efluentes, manantiales y ojos de agua que no cuentan con una adecuada infraestructura de distribución. Esto hace que el agua se convierta en un recurso altamente vulnerable a la contaminación por la presencia de coliformes, bacterias y hongos, los cuales se adquieren por su exposición y contacto con animales, residuos de basura y otros elementos del entorno. El agua es consumida en estas condiciones no solo por ser la única disponible, sino también porque la desinformación de los propios pobladores no les permite ver los riesgos que tiene mantener estas prácticas de consumo en las que la cristalinidad es sinónimo de pureza. En ese contexto cultural, además, la potabilidad del agua es un factor de rechazo, pues la población rural no tolera el sabor ni el color del agua tratada.

Debido a estas condiciones, las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la segunda mayor causa de muerte en niños y niñas menores de cinco años y la primera causa de desnutrición crónica a esa edad, están muy presentes entre nuestros niños y niñas. Esto reduce las posibilidades que ellos y ellas tienen de alcanzar su pleno desarrollo, debido a los efectos que estas enfermedades tienen en su salud y en sus capacidades para el aprendizaje. En consecuencia, propiciar cambios en las condiciones físico-químicas y bacteriológicas del agua es una tarea prioritaria para cerrar las brechas en la región.

La exitosa experiencia de la región Tacna comienza a partir de la voluntad de mejorar un procedimiento técnico orientado al tratamiento y recuperación de la calidad del agua, para así beneficiar a los pobladores de las zonas altoandinas de esta región, asentados en el inicio de la cabecera del desierto de Atacama, convirtiendo esta experiencia en la primera posibilidad real para otorgar a la población, con especial énfasis en las y los menores de edad, el derecho a consumir agua segura.

Para este fin, las acciones del gobierno regional se remontan a mediados del año 2014, cuando un grupo de trabajadores de salud ambiental deciden ser parte del Programa de Vigilancia de Calidad del Agua (PVICA) y asisten a un evento académico y profesional en la región Ayacucho en el que la Cooperación Internacional Alemana (GIZ) exhibe los avances tecnológicos y las nuevas prácticas para la desinfección el agua.

A partir de ese momento se inician los estudios para replicar lo aprendido de las experiencias exitosas de Ayacucho. El proyecto piloto desarrollado para tal réplica se denominó: Sistema de Cloración por Goteo, no contando inicialmente con las condiciones para su ejecución. Sin embargo, en base a mucho esfuerzo e iniciativa de los profesionales del Programa de Vigilancia de Calidad del Agua, se logra adquirir un tanque de agua con capacidad para 250 litros que permitiría demostrar la viabilidad y beneficios de la propuesta del sistema de cloración.

Desde ese momento, y con mayor decisión durante el año 2015, el Gobierno Regional de Tacna decidió implementar el Sistema de Cloración por Goteo a Flujo Continuo, en el marco de la suscripción del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), planteándose una meta de cobertura de acceso a agua clorada, lo que ha permitido priorizar las acciones necesarias para beneficiar a 23 comunidades rurales de Tacna.

El proyecto se pone en marcha bajo un esquema de articulación

¹ Acciones realizadas en el marco de la suscripción del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).

intersectorial en el que la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Tacna gestionó el presupuesto necesario para la implementación del sistema, mientras que la responsabilidad técnica operativa fue atribuida a la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA), a través del PVICA. Como estrategia, se considera oportuno que al esquema de articulación intersectorial se sumara una perspectiva de articulación intergubernamental que permitiera coordinar y trabajar de manera conjunta con los alcaldes distritales y con las juntas administradoras de agua potable del ámbito FED. De esta manera, se logró que 23 comunidades rurales acepten la implementación del sistema y se involucren y comprometan tanto en el trabajo mismo de instalación como en su adecuado uso, administración, mantenimiento y gestión.

Una de las principales acciones en la puesta en operación del sistema consistió en empoderar a los pobladores en su manejo, mantenimiento y cuidado. Esto se logró capacitando a los operadores y brindándoles los insumos necesarios para la realización de esta tarea. La supervisión de este proceso estuvo a cargo del establecimiento de salud de la localidad, que dentro de sus funciones de vigilancia sanitaria realizan la medición semanal, quincenal y mensual del cloro residual en la red, además de tomar muestras para el análisis bacteriológico en el laboratorio de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA).

Dado que la población de las comunidades de la región no está acostumbrada al cloro en el agua, se determinó realizar acciones de sensibilización dirigidas a los usuarios y a las organizaciones comunales de las zonas para controlar el riesgo de rechazo al sistema. En paralelo, la cloración inicial del sistema fue baja, con un nivel de cloro residual mínimo de 0.1 a 0.3 mg/L, para progresivamente ir aumentándolo hacia el óptimo permitido en el reglamento de agua².

En base a estas acciones, se ha logrado instalar 23 sistemas de cloración por goteo, de los cuales dos fueron totalmente financiados por las municipalidades de Curibaya y Camilaca. Con estos sistemas instalados, se logró eliminar la principal causa de las diarreas en estas 23 comunidades y 854 niños y niñas menores de cinco años tienen acceso a agua clorada libre de contaminación bacteriana, incrementándose así sus posibilidades de desarrollarse plenamente.

Las coordinaciones y el trabajo conjunto con las autoridades distritales y los administradores del recurso hídrico del ámbito FED, han

permitido realizar los talleres de sensibilización y capacitación previstos para el mantenimiento del sistema. De esta forma, del total de muestras tomadas a partir de la puesta en operación del sistema de cloración, el 81.44% de ellas dieron valores por encima del valor establecido por el FED, de 0.1 mg/L., y el 18.55% por debajo de este.

Evolución de los indicadores trabajados

La puesta en marcha del sistema de cloración de agua por goteo por parte del Gobierno Regional de Tacna ha estado llena de retos. Los actores involucrados en habilitar dicho sistema han estado comprometidos y dispuestos en adecuar las creencias, costumbres y arraigos culturales de las comunidades rurales de la región, a las necesidades y acciones en favor de la primera infancia. Es por ello que el gobierno regional puede afirmar con orgullo que se ha logrado poner en operación un sistema que salva las vidas de las personas, siendo este solo el inicio de un camino muy largo por contribuir al cierre de las brechas e inequidades que afectan el desarrollo infantil temprano en nuestro país.

Indicador	2014	2015
Número de centros poblados que cuentan con sistema de cloración por goteo instalado y en operación óptima	0	22
Administradores de sistemas de agua capacitados en la operación, mantenimiento y control de calidad del sistema de abastecimiento de agua	4	6
Proporción de niños y niñas menores de 60 meses de edad de los distritos de quintiles de pobreza I y II del departamento que acceden a agua clorada para consumo humano	78%	83.2%
Porcentaje de cloro residual libre en la red de agua potable por encima del valor mínimo establecido en el CAD* - FED	13.11%	42.62%

* Convenio de Asignación por Desempeño. Elaboración propia basada en el Informe final de cumplimiento de meta FED - Agua clorada (informe N° 350-2015). Programa de vigilancia del agua para consumo humano - Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental - DIRESA Tacna.





El incremento en el acceso de niñas y niños de tres a cinco años a los servicios educativos de inicial en la región Tumbes

TUMBES

La Dirección Regional de Educación de Tumbes, a través del Equipo Regional de Acceso, se planteó el objetivo de incrementar el ingreso de niñas y niños a los servicios educativos de nivel inicial, con la finalidad de cerrar las brechas de cobertura de ese nivel en las provincias y los distritos focalizados en el ámbito rural de Tumbes, Zarumilla y Contralmirante Villar. Para ello se ha propiciado y facilitado el acceso de la población de niñas y niños que no están siendo atendidos en los servicios educativos de sus jurisdicciones.

La promoción de los servicios educativos de nivel inicial en la región Tumbes estuvo relegada durante varios años. Con el impulso de las políticas de inclusión social, se han generado acciones gubernamentales que han permitido desarrollar servicios educativos de calidad destinados a contribuir a mejorar las capacidades y el futuro de los niños y niñas. El Gobierno Regional de Tumbes, también preocupado en ello, sobre todo en el futuro de los niños y niñas de las zonas rurales de la región, y en aquellos servicios que respondan a las necesidades de sus comunidades, ha centrado sus acciones de política en dos ejes primordiales: el incremento de plazas docentes y la inversión en infraestructura.

Los esfuerzos realizados respecto de dicha preocupación se inician con la gestión de la Dirección Regional de Educación Tumbes (DRET), que durante los años 2014 y 2015 ha promovido un trabajo organizado y estructurado, en articulación con el Ministerio de Educación (MINEDU), para realizar estudios de oferta y demanda que identifiquen las necesidades en educación de los centros poblados, donde se requiera la creación de nuevos servicios de inicial o se deban mejorar y/o ampliar los servicios existentes.

En estos procesos anuales, la DRET articula esfuerzos con los gobiernos locales, pues son ellos los que proporcionan la donación o transferencia de terrenos destinados a la educación de los niños y niñas. Asimismo, se realizó un trabajo conjunto con las Unidades de Gestión Educativas Locales (UGEL) a través de sus Comités Técnicos Locales (CTLAC), los cuales se encargaron de la supervisión del trabajo de los aplicadores que recogieron y sistematizaron las deman-

das de las tres provincias de la región, lo que permitió validar las nuevas plazas y servicios para el año 2016. Esta experiencia de articulación incluye el trabajo con los líderes comunales, pues son ellos los que se convierten en aliados estratégicos que permiten conocer la realidad donde se interviene para mejorar el acceso de niñas y niños de tres a cinco años a los jardines de inicial.

De la misma manera, en este proceso de articulación y organización del trabajo, se contó con el respaldo del sector Salud para el intercambio de información de los padrones nominales a fin de identificar la demanda que no ha sido atendida.

Luego de este proceso de organización y articulación del trabajo, se ejecutó un plan de comunicación comunitaria relacionada al buen inicio del año escolar, buscando facilitar la matrícula y permanencia de las niñas y niños en las instituciones educativas. De igual modo, también se realizaron actividades masivas de difusión, como ferias educativas y reuniones informativas, sobre la importancia de la educación inicial.

Posteriormente, se inició el proceso de saneamiento físico legal de las Instituciones Educativas de Inicial (IEI), formulándose 10 Proyectos de Inversión Pública (PIP) a fin de construir infraestructura que brinde calidad y soporte a la labor pedagógica de los nuevos servicios educativos de inicial en toda la región Tumbes.

La gestión del expediente del estudio de oferta y demanda de inicial realizado el mes de mayo y junio del 2015 permitió conocer la demanda potencial de los centros poblados focalizados en el mapeo realizado por las UGEL de Tumbes, Zarumilla y Contralmirante Villar.

Una vez ejecutado el estudio de oferta y demanda 2015, se pasó al trabajo de gabinete, donde los equipos gestores de las UGEL, con sus aplicadores, llenaron la matriz o data para ser procesada en el Sistema de Acceso con Calidad (SAC), el cual se usa para identificar la necesidad real de cobertura a nivel nacional. Este sistema cruza in-

formación de los niños y niñas con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), los sistemas del MINEDU (como SIAGIE, SIRA y ESCALE) y otros sistemas orientados a garantizar la adecuada focalización. Además de lo anterior, el SAC también permite transparentar el proceso de recojo de información hecho en campo.

Una vez realizado este trabajo, el Equipo de Acceso Regional entrega los resultados del estudio de oferta y demanda a la Comisión Técnica Regional de Acceso (CTRAC) y al Comité Técnico Regional, quienes validan la información y solicitan al MINEDU que se tramite ante el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) el financiamiento de las nuevas plazas obtenidas en este proceso. Una vez elevada esta información, se activan los procesos de generación de condiciones mínimas para el acondicionamiento de los nuevos servicios de educación inicial que respondan a la demanda identificada y validada.

El financiamiento para el proceso descrito ha estado considerado en el presupuesto regional, sirviendo, por ejemplo, para que las UGEL¹ puedan contratar aplicadores de campo que ayuden al estudio de oferta y demanda. A esto se han sumado las partidas transferidas por el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), que junto con el presupuesto regional han contribuido con la validación de 33 nuevas plazas para la cobertura en la región.

Sobre las plazas docentes, estas son aprobadas mediante Decreto Legislativo anualmente. Luego, ya debidamente presupuestadas, llegan al pliego del gobierno regional al mismo tiempo que a las UGEL, quienes hacen el proceso de contratación de las mismas, mientras el equipo de acceso monitorea la asignación de sus códigos NEXUS y la ubicación de las plazas de acuerdo a la demanda identificada en el estudio de oferta y demanda. Cabe recalcar que este proceso ha permitido ir identificando necesidades y demandas, así como el cierre paulatino de la brecha de cobertura en las zonas rurales y urbanas.

El impacto que ha tenido la intervención en la región Tumbes en relación a la mejora cuantitativa del nivel de acceso de las niñas y niños de tres a cinco años ha sido significativo, de acuerdo al indicador Tasa neta de asistencia. Así tenemos que en el año 2014 la tasa neta de asistencia fue de 86.2% y en el 2015 de 93%, registrando un incre-

mento del 6.8%, lo que representa 505 niños y niñas que hoy son coberturados por los servicios de la Educación Básica Regular.

Cuadro N° 1

Incremento de plazas de nivel inicial (2014-2015)

Tumbes	Años		Total
	2014	2015	
Incremento de plazas Nivel Inicial	33	52	85

Fuente: Dirección Regional de Educación (DRE) Tumbes. Programa Presupuestario 0091.

Elaboración: Especialista de promoción, difusión y acceso.

La evolución del número de plazas y el crecimiento de nuevos servicios educativos han contribuido con mejorar el acceso de niños y niñas de la región a los servicios educativos, haciendo posible acercar los servicios educativos a las comunidades, siendo las maestras aliadas estratégicas en estas etapas de instalación de nuevos servicios, ya que ellas han impulsado el compromiso de sus comunidades, logrando integrar y sumar esfuerzos para hacer posible la vida institucional de las nuevas instituciones educativas.

Cuadro N° 2

Número de niños y niñas que acceden a los servicios de educación inicial en la región Tumbes (2014-2015)

Tumbes	Años		Total
	2014	2015	
Número de niños y niñas que acceden a los servicios de educación inicial en la región Tumbes	594	1099	1693

Fuente: DRE Tumbes. Programa Presupuestario 0091.

Elaboración: Especialista de promoción, difusión y acceso.

Gracias al esfuerzo de las autoridades regionales y locales, durante el 2014 y el 2015 se ha logrado un claro avance en la cobertura educativa en la región Tumbes, tanto en los ámbitos rurales como en los urbanos. La acción decidida de las autoridades ha hecho posible tener servicios que cubran las necesidades existentes, priorizando temas de saneamiento físico legal de terrenos, infraestructura e implementación de las IEI, logrando generar así condiciones mínimas para el funcionamiento de los servicios educativos en la región.

Cuadro N° 3

Incremento de inversiones (en soles) para la gestión de Proyectos de Inversión Pública (PIP) en educación inicial (2014-2015)

Tumbes	Años		Total
	2014	2015	
Inversión en soles	437 571	779 228.32	1 216 799.32

Fuente: DRE Tumbes. Programa Presupuestario 0091.
Elaboración: Especialista de promoción, difusión y acceso.

Finalmente, es importante decir que la inversión a lo largo de estos años ha permitido avances en temas de saneamiento físico legal de terrenos destinados a educación y la elaboración de 10 PIP para el año 2015, logrando con ello el cumplimiento de metas asignadas, beneficiando a las poblaciones que tendrán modernas infraestructuras para que los niños y niñas puedan desarrollarse en las mejores condiciones.

Evolución de los indicadores trabajados

El aporte del Programa al Desarrollo Infantil Temprano de la región Tumbes se da a través del incremento de la asistencia de niñas y niños de tres a cinco años a la educación básica regular, asegurándose así la generación de condiciones mínimas para el desarrollo infantil temprano. A través del Programa Presupuestario 0091 se ha trabajado toda la línea de producción para lograr estos resultados, desde la generación de PIP, la sensibilización de los involucrados y la coordinación con las UGEL para la realización oportuna de las matrículas de niñas y niños, la distribución de materiales, el incremento y la contratación oportuna de docentes y promotores, así como el acompañamiento a docentes y promotores que aseguren la calidad de la enseñanza. De esta manera no solo se está promoviendo el ejercicio del derecho a la educación de niñas y niños, sino que la región está realizando una mejor inversión social al invertir en la primera infancia, ventana de oportunidades para el desarrollo del ser humano.

Tasa neta de asistencia de educación inicial por edades simples (2011-2015)

Tumbes	Edades simples		
	3 años	4 años	5 años
2014	70%	98.5%	90.2%
2015	73.6%	96%	93.9%

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2011-2015.
Elaboración: Ministerio de Educación (MINEDU).

Es así que se logró el incremento de la tasa de asistencia neta durante estos años, gracias al trabajo de sensibilización y comunicación comunitaria, mediante el cual se dio a conocer los beneficios de la educación inicial para los niños y niñas, y donde los líderes, padres y madres de las comunidades participaron y vivieron la experiencia del aprender jugando, logrando valorar así el aporte de la educación inicial en el desarrollo integral de sus hijos e hijas.



La disminución y prevención de la anemia en niños y niñas menores de tres años que asisten a las cunas jardín y programas no escolarizados agrupados

UCAYALI

El Gobierno Regional de Ucayali interviene en la implementación de acciones contra la anemia y a favor del desarrollo integral de los niños y niñas de la región brindando el soporte político y legal necesario a través de la aprobación de la Ordenanza Regional N° 007-2015-GRI/CR, del 13 de abril del 2015, en donde se declara el establecimiento del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) como prioridad de la política pública regional, con enfoque de derechos, género e interculturalidad, reconociendo y priorizando los siete resultados del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) como necesidad regional, los cuales requieren ser abordados de manera intergubernamental e intersectorial. Asimismo, como evidencia de su compromiso férreo y consecuente por la primera infancia en Ucayali, mediante la Ordenanza Regional N° 008-2015-GRU/CR, aprobó el Plan Regional para contribuir con la disminución de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en niños menores de tres años. Paralelamente, la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Ucayali preside el Comité Impulsor para la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia y promoción del Desarrollo Infantil Temprano, plataforma desde la cual se ha promovido la intervención por la disminución y prevención de la anemia en niños y niñas menores de tres años que asisten a las cunas jardín y programas no escolarizados.

Esta intervención se ha basado en un trabajo articulado entre la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Ucayali, el sector Educación, el sector Salud y el gobierno local (Municipalidad Provincial de Coronel Portillo).

La Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Ucayali, interviene en esta acción liderando el Comité Impulsor para la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia y promoción del Desarrollo Infantil Temprano, conformado a través de Resolución Ejecutiva Regional N° 0571-2013-GRU-P, mientras que el sector Educación lo hace con recursos humanos debidamente fortalecidos en sus capacidades para la atención integral de niñas y niños menores de tres años, en el nivel educativo del ciclo I. Así, el sector Educación puso a disposición de esta acción 30 profesores, 5 profesoras coordinadoras, 30 auxiliares de educación y 48 promoto-

ras educativas comunitarias, capacitando a 550 padres de familia en la preparación de alimentos, los cuales fueron mezclados con multimicronutrientes, dándose de comer la ración sugerida a niños y niñas asistentes a las aulas de cunas jardines y programas no escolarizados.

Los padres de familia sensibilizados, informados y capacitados tienen la responsabilidad de asegurar el consumo de los multimicronutrientes en el hogar, los fines de semana y feriados, así como durante el período vacacional.

El sector Salud intervino efectuando el dosaje de hemoglobina y desparasitación, brindando asistencia técnica a los actores educativos (incluyendo padres de familia) en la práctica correcta de higiene al manipular los sobres de multimicronutrientes, en las condiciones de mezcla de los multimicronutrientes con la comida, en la información sobre los beneficios nutritivos de los multimicronutrientes, entre otros temas similares. Además, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Ucayali, por su parte, brindó asistencia técnica durante todo este proceso de intervención.

Asimismo, la Municipalidad Provincial de Coronel Portillo intervino facilitando un laboratorista y otorgando insumos para el dosaje de hemoglobina.

Esta intervención se inició en el segundo semestre del año 2014, en la Cuna Jardín Santa Rosa, con la atención a niñas y niños de seis meses a cinco años de edad. En el año 2015, el Gobierno Regional de Ucayali decidió concentrar esta intervención en niños y niñas de seis meses a tres años de edad, del ciclo I, que asisten a cunas jardines y programas no escolarizados, debido a que en este grupo etario se encuentran los índices más altos de anemia. En este contexto, en el mes de marzo, a través de una reunión de trabajo intersectorial e intergubernamental, se estableció el compromiso de implementar esta intervención en la provincia de Coronel Portillo.

Para este fin, contando con la asistencia técnica del Fondo de las

Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se elaboró, revisó y socializó la ruta de la intervención a seguir. Luego de ello, en el mes de mayo, se convocó a una reunión de trabajo a las directoras de las 10 cunas jardines y de los programas no escolarizados que atienden a niños y niñas del ciclo I de la provincia de Coronel Portillo, para informarles la importancia de la intervención y la ruta a seguir. Además, se brindó capacitación en temas de promoción de salud y nutrición al 100% del personal de las cunas jardines y programas no escolarizados agrupados (Programa Integral de Educación Temprana – PIET– y Programa de Atención Integral a través de Grupos de Madres –PAIGRUMA–). En el mes de junio se capacitó a los padres de familia en temas de promoción de salud y nutrición, como Desnutrición Crónica Infantil, consecuencias y prevención; anemia infantil, consecuencias y prevención; parasitosis; prácticas de higiene; suplementación¹ a las niñas y niños con multimicronutrientes; agua segura; y alimentación de los niños y niñas menores de cinco años, con el apoyo del personal de salud responsable de las redes. A través del consentimiento informado que firmaron los padres de familia, estos autorizaron la intervención de sus niños y niñas en el aula, respecto al dosaje de hemoglobina, desparasitación y consumo de multimicronutrientes.

Luego, en el mes de julio, el sector Salud designó un laboratorio para el dosaje de hemoglobina, mientras que la Municipalidad Provincial de Coronel Portillo designó otro para poder agilizar los tiempos, además de entregar los materiales para dicho examen (Hemo Cue, lancetas, microcubetas, alcohol y algodón). Así, contando con los recursos humanos e insumos, se efectuó el dosaje de hemoglobina a 800 niños y niñas provenientes de los distritos de Manantay, Yarinacocha y Callería (provincia de Coronel Portillo). Posteriormente el personal de salud desparasitó a cada niño y niña en su aula. En el mes de agosto, debido al desabastecimiento de los multimicronutrientes motivado por la huelga del sector Salud, se detuvo el inicio de su consumo. Luego de este retraso involuntario, en el mes de setiembre se entregó a las docentes responsables los multimicronutrientes para el consumo de niños y niñas en el aula de lunes a viernes, siendo compromiso de los padres de familia dárselos a sus hijos e hijas en casa los sábados, domingos y feriados. El seguimiento a las familias al respecto se efectúa a través del diálogo con los padres de familia y con los niños y niñas.

Indicadores de productos y procesos*	Línea de base	Meta
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad que reciben la dosis de suplementación con multimicronutrientes de manera oportuna	30%	95%
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad que cuentan con dosaje de hemoglobina al final del periodo de suplementación con multimicronutrientes	60%	100%
Proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad que cumplen seis meses consecutivos con 11 controles CRED y han recibido seis meses consecutivos de suplementación con multimicronutrientes	60%	95%
Porcentaje de madres de niños y niñas menores de 36 meses que han recibido una o más visitas domiciliarias por semestre	80%	100%
Porcentaje de profesores, profesoras coordinadoras, auxiliares de educación y promotoras educativas comunitarias capacitadas en nutrición y promoción de la salud.	60%	100%
Porcentaje de madres de niños y niñas menores de 36 meses que han participado de una o más sesiones demostrativas semestrales	60%	95%
Disponibilidad (stock/consumo) de productos farmacéuticos orientados a la desnutrición crónica infantil y a la anemia.	95%	100%

*Los indicadores de productos y procesos están orientados a medir la implementación de las intervenciones dirigidas a los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad.

Indicadores de resultados

Los indicadores de resultados evidencian el cambio positivo en la salud y nutrición de los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad que acuden a las cunas jardín y programas no escolarizados en la provincia de Coronel Portillo de la región Ucayali.

Indicadores de resultados	Línea de base	Meta
Prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad	45%*	95%*

*Porcentaje de menores sin anemia.

En marzo de 2016 se ha programado realizar la evaluación de la línea de base de salida a través de un segundo dosaje de hemoglobina, a partir del cual se conocerá el nivel de mejora de la nutrición de las niñas y niños de la región, tras el consumo de los multimicronutrientes iniciado en setiembre del 2015.



CONCLUSIONES

Las experiencias recogidas en este documento representan un esfuerzo por parte de los gobiernos regionales y locales por articular acciones que puedan incidir en el desarrollo infantil temprano. En esta lógica de coordinación intergubernamental e intersectorial, se pueden distinguir los arreglos institucionales como un aspecto que ha sido fundamental para el desarrollo de cada experiencia, independientemente del tipo de intervención. Estos arreglos institucionales están referidos a la manera en cómo las autoridades toman decisiones sobre las distintas políticas, las que a su vez organizan procesos de gestión y que paralelamente permiten el acceso a recursos que materializan cada iniciativa. De esta forma se puede corroborar que la voluntad política es clave para la asignación presupuestaria y su adecuada inversión, así como para el acceso a fondos e incentivos financieros del Estado que hacen posibles las intervenciones.

Un segundo elemento transversal en las experiencias es el capital humano. En la mayoría de las regiones el componente de mejora de capacidades es un factor permanente que no solo prepara a los gestores para una adecuada implementación de las intervenciones, sino que involucra a las comunidades para que la oferta o los servi-

cios que se brindan se encuentren verdaderamente orientados por las características y las necesidades de la población local. Este es un factor que suma a la sostenibilidad de las iniciativas y que pone en valor el carácter territorial de la gestión pública.

Finalmente, y a pesar de la diversidad de las intervenciones, se observa un especial interés en la salud tanto de los menores como de las propias madres y gestantes. Este énfasis en la salud, además, se caracteriza por el enfoque preventivo que comprende de un elemento cultural que es fundamental para incidir en los hábitos y las prácticas de la comunidad. Si bien es cierto el cambio cultural es un proceso largo, las experiencias recogidas evidencian que las acciones de sensibilización, información, difusión, seguimiento y acompañamiento son los primeros pasos para encaminar los cambios que requiere la prevención en salud; lo que, por otra parte, redimensiona la importancia de los factores de sostenibilidad porque empodera a la población en su propio cuidado. Esto significa orientar la asistencia técnica en salud hacia las necesidades de la población, es decir, incidir en la demanda buscando evidenciar los logros en la población antes que buscar cumplir con metas institucionales.



www.midis.gob.pe/sellomunicipal

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)

Av. Paseo de la República 3101

San Isidro, Lima. Perú

(51) (1) 631 8000

(51) (1) 631 8030



Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

