



Municipalidad Provincial de
Andahuaylas.

INFORME FINAL

“LÍNEA DE BASE DE DESNUTRICIÓN Y CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS DISTRITOS DE TALAVERA, SAN JERÓNIMO Y ANDAHUAYLAS, PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS, DEPARTAMENTO DE APURÍMAC”



PRESENTADO POR:
Giovanna Baltazar Sánchez
Juan Escate Cavero
Luis Fernando Yepes Luna

Financiado por:

LA COOPERACIÓN BELGA
AL DESARROLLO **.be**

Operado por:

 **CIES**
consorcio de investigación
económica y social

Con la participación de:

 **APCI**
Agencia Peruana de Cooperación Internacional

 **CTB** **AGENCIA BELGA DE DESARROLLO**

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. RESUMEN EJECUTIVO	4
2. OBJETIVOS.....	7
3. METODOLOGÍA.....	8
4. RESULTADOS	16
4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SU ENTORNO	16
4.2 SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	30
5. INDICADORES DE LÍNEA DE BASE	52
6. PROPUESTA DE INTERVENCION.....	53
6.1 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN.....	53
6.2 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	54
Resultado 1: Mejorar prácticas, comportamientos nutricionales y cuidados de salud	54
Resultado 2: Fortalecimiento de los Servicios de Salud	57
Resultado 3: Mejora de la gestión local en salud y nutrición	57
Resultado 4: Monitoreo de la Intervención	58
6.3 RESULTADOS ESPERADOS	59
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	66
8. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	¡Error! Marcador no definido.
9. BIBLIOGRAFIA.....	70
10. ANEXOS	70
10.1 CONTEXTO	¡Error! Marcador no definido.
10.2 MAPEO DE ACTORES.....	¡Error! Marcador no definido.
10.3 SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	¡Error! Marcador no definido.
10.4 ABREVIATURAS	¡Error! Marcador no definido.
10.5 CARTAS DE COORDINACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
10.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	¡Error! Marcador no definido.
10.7 PRESENTACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO	¡Error! Marcador no definido.
10.8 PRESENTACIÓN DEL INFORME PARCIAL	¡Error! Marcador no definido.
10.9 VALIDACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
10.10 PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL	¡Error! Marcador no definido.
10.11 CARTILLA	¡Error! Marcador no definido.
10.12 TRASCRIPCIONES	¡Error! Marcador no definido.
10.13 FICHAS DE COMUNIDAD (en CD).....	¡Error! Marcador no definido.
10.14 REGISTRO FOTOGRÁFICO (en CD).....	¡Error! Marcador no definido.
10.15 BASES DE DATOS DE ENCUESTA (en CD).....	¡Error! Marcador no definido.
10.16 AUDIOS (en CD).....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio responde a la demanda de la Municipalidad Provincial de Andahuaylas de información sobre la situación del estado nutricional y de las condiciones de vida de los niños menores de 5 años de los distritos de Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas. En vista que la línea de base no se ha planteado como parte de una intervención específica y/o proyecto el presente documento se presenta como un diagnóstico basal considerando como referencia los Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2007-2013, específicamente los planteados para el Programa Articulado Nutricional.

En el estudio se ha contemplado una metodología cuanti – cualitativa en la que se ha establecido, a través del enfoque cuantitativo, la situación de salud y de los hogares de los menores de 5 años, y a través del estudio cualitativo, se complementa el análisis con la construcción de un mapa de actores, en los que se describe el involucramiento de los mismos en el tema objeto del presente estudio.

Como parte del documento se ha incluido una propuesta de intervención tomando como referencia el diagnóstico de salud y nutrición de los niños menores de 5 años, que además de incluir los resultados esperados se incluye una descripción de los componentes.

Por último se ha incluido una sección en la que se muestra algunos indicadores del Programa Articulado Nutricional considerado en los Resultados de los Programas Estratégicos 2007 – 2013.

Lima, 2014

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento corresponde al Informe parcial del estudio “Línea de Base de Desnutrición y Condiciones de Vida de los niños menores de 5 años de los distritos de Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas”, que tiene la finalidad de evidenciar a través de un estudio cuanti-cualitativo la situación del estado nutricional y las condiciones de vida de la población infantil menor de 5 años.

METODOLOGÍA

El presente estudio es observacional, con un nivel de inferencia general y distrital, se ha contemplado el componente cuantitativo para la evaluación de los hogares y de los niños menores de 5 años y un componente cualitativo para la construcción del mapa de actores y la determinación de las percepciones de los involucrados.

Se ha procedido también a la evaluación de los Establecimientos de Salud en los distritos, mediante instrumentos emitidos por el Ministerio de Salud para la aproximación a la capacidad de resolución para la atención de los niños.

El estudio cuantitativo ha contemplado un estudio en 24 comunidades seleccionadas aleatoriamente en las que se aplicó un cuestionario a las madres de niños menores de 5 años, a quienes se tomó datos sobre la situación de salud, alimentación y las condiciones socio demográficas de la familia.

Como parte del estudio cualitativo se ha construido un mapa de actores mediante un formato aplicado a líderes locales y/o promotores de salud de cada una de las comunidades visitadas para el estudio cuantitativo, también se ha procedido a recoger las percepción acerca de la problemática de salud y la participación de los involucrados mediante guías en comunidades, entrevistas en profundidad y un grupo focal.

RESULTADOS

- Se evaluaron en total 310 hogares, en los que se identificó 1,444 personas, 323 madres informantes acerca de la situación de salud de los niños y 365 niños evaluados.
- En cuanto a las características de la vivienda tenemos que son propias de la Región Sierra, en la que predomina las paredes de adobe, piso de tierra y techo de calamina. En cuanto a los servicios el abastecimiento de agua se hace a través de un sistema de tuberías que no necesariamente garantizan un tratamiento previo para el consumo

humano, mientras la disposición de excretas se da a través de la red pública y a través de pozos artesanales.

- Entre las principales características del jefe del hogar tenemos que básicamente son hombres pues solo 11% son de sexo femenino. La lengua materna principal del jefe es quechua pues el 72% lo refiere como tal. La tasa de analfabetismo es de 12%, el 92% de los jefes son trabajadores remunerados, con una condición de independiente en el 69% de los casos, y la principal actividad económica es la agricultura 53% y el servicio 23%
- En el caso de las madres de los niños menores de 5 años tenemos que la mediana de edad es de 29 años; la lengua materna principal es el quechua en 71% de las entrevistadas. El 11% de las madres se reporta como soltera o separada lo que nos daría una idea de la proporción de niños que crecen en hogares disfuncionales. Por otro lado el 21% de las madres son analfabetas. En tanto alrededor del 50% de las madres ha alcanzado un nivel de instrucción de primaria o menor. En cuanto a la actividad económica tenemos que 20% de las madres tiene un trabajo remunerado y el 15% es un trabajador familiar no remunerado; es decir, que en general las madres se dedican al cuidado del hogar y sus hijos. Entre las que trabajan el 38% son independientes y la actividad principal es la agricultura.
- Respecto a las características generales de los niños tenemos que el 50% son menores de 2 años, el 95% tiene DNI y el 81% accede al SIS. En cuanto a la participación en programas sociales tenemos que el 44% participa del Vaso de leche y el 20% del Programa Nacional CUNAMAS.
- Sobre el estado de salud de los niños tenemos que el 99% de las madres refiere haber tenido un embarazo controlado y según la información se ha establecido que el 78% de estos controles es adecuado en términos de número y oportunidad. Se ha determinado que solo el 1% de los niños ha nacido en su domicilio y alrededor del 98% en un establecimientos de salud.
- En cuanto a la prácticas de salud tenemos que el 93% de las madres refiere que ha llevado con Control de Crecimiento y Desarrollo a los niños; sin embargo, al determinar si el control fue completo tenemos que un 70% aproximadamente recibió tanto control de antropometría como control de desarrollo psicomotor. En cuanto a la inmunización tenemos que el 83% muestra su tarjeta de vacunas, y se establece que el 30% de los niños menores de 12 meses tienen vacunas al día, y entre los mayores de 12 meses el 40% tiene las vacunas completas.
- Si observamos la morbilidad tenemos que el 27% de los menores de 5 años reportó haber presentado fiebre en los 15 días previos a la entrevista, 37% tos y 21% diarrea. Estos valores están por encima de los reportado por la Encuesta Demográfica y de

Salud Familiar (ENDES) 2012 para Apurímac, en el que se observa 9.7% de prevalencia de tos y 13.5% de prevalencia de diarrea.

- Respecto al estado nutricional tenemos que, según los parámetros utilizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de desnutrición crónica es de 34%. En cuanto a la desnutrición aguda tenemos una prevalencia de 2% y desnutrición global de 9%.
- Estos valores del estado nutricional difieren de los reportado en la ENDES 2012 para Apurímac en el que tenemos 32% de prevalencia de desnutrición crónica, 0.5% de desnutrición aguda y 6.1% de desnutrición global.
- Otro indicador que se considera importante pero no fue parte de la evaluación fue la prevalencia de anemia; sin embargo, según la fuente secundaria, tenemos que el 55% de los niños tiene anemia, y a nivel distrital los valores son similares, esta cifra está por encima de los reportado para el departamento que indica 36.1%.
- Respecto a la situación de los servicios de salud tenemos que si bien cumplen con el personal requerido para la categoría en términos de atención específica la mayoría de los establecimientos de salud no cuenta con el personal con competencias para la atención infantil. Respecto al equipamiento si bien hay aspectos que se cumplen ninguno de los establecimientos cuenta con todo lo requerido para su categoría para cumplir sus funciones básicas o primarias infantiles.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Determinar el estado de nutrición y condiciones de vida de la población infantil menor de 5 años de los distritos de Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

- Determinar indicadores de la condición nutricional de los niños menores de 5 años.
- Identificar los aspectos socio-culturales de la población.
- Proponer acciones para atenuar las índices de desnutrición infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO

- Determinar las condiciones de vida del hogar y su entorno de los niños menores de 5 años.
- Determinar el estado nutricional de los menores de 5 años a través de la antropometría.
- Determinar las prácticas de alimentación, las prácticas de salud preventivas y las prácticas de lavado de manos.

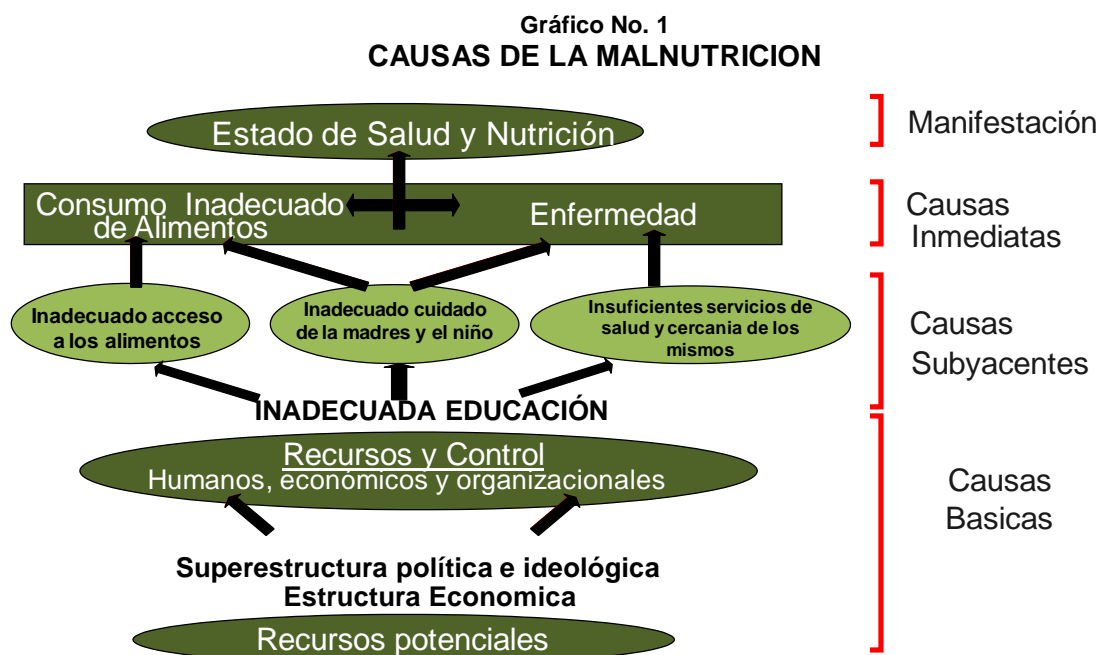
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

- Determinar el mapa de actores de los ámbitos a evaluar
- Determinar la capacidad de resolución de los servicios de salud vinculados a la atención integral del niño
- Determinar las características de los centros poblados visitados
- Identificar la existencia de iniciativas vinculadas a la mejora de los servicios básicos, fortalecimiento de las organizaciones y de gestión comunal orientada a salud nutrición.
- Determinar las condiciones sociales sobre las cuales la MPA pueda seguir lineamientos para proponer políticas de intervención con el fin de disminuir la desnutrición infantil.

3. METODOLOGÍA

3.1 MARCO CONCEPTUAL DE LA EVALUACIÓN

Para el desarrollo de la presente línea de base se tomó como referencia el *Modelo Causal de la Malnutrición* difundido por la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) en el año 1998.



El estado nutricional de una persona es el resultante del equilibrio entre la ingesta de alimentos y su estado de salud adecuado, pues existe una interacción entre el buen estado de salud y la buena absorción de los alimentos.

Los requerimientos de nutrientes dependen del estado fisiológico de la persona. Los momentos de mayor demanda corresponden a aquellos de mayor reproducción celular, es decir los periodos de crecimiento rápido como la gestación, los primeros años de vida y la adolescencia. Es por ello que la ingesta insuficiente de alimentos y la enfermedad están consideradas como las causas inmediatas de la malnutrición.

Existe además un grupo de causas relacionadas al hogar en el que se encuentra el acceso insuficiente a los alimentos que no solo está relacionado a la carencia sino también a la falta de conocimiento de lo que se debe comer, el acceso insuficiente o inadecuado a los servicios de saneamiento básico, el acceso limitado a los servicios de salud y por último, pero no por ello menos importante, el cuidado inadecuado del niño.

Entre las causas básicas tenemos causas directamente relacionadas al entorno social que se puede observar en cada hogar como lo relacionado al capital humano, el nivel

educativo de los padres así como la disponibilidad de cuidarlos. También incluye los recursos económicos disponibles y la calidad del empleo.

Por último, se encuentra el subgrupo de recursos organizacionales, que se refiere a la capacidad de acceder a bienes y servicios que la participación en redes sociales ofrece, como por ejemplo los programas de apoyo alimentario o el conocimiento transmitido entre pares. El entorno social y político, así como el medio ambiente y la tecnología, se consideran las fuerzas conductoras de la dinámica social y como tal resultan las causas primarias del estado nutricional. Debido a que para describir estas se requiere capturar las tendencias presentes en el conjunto de la sociedad, las observaciones a hogares como las que se realizarán en este estudio no son suficientes.

En este sentido, para la presente línea de base se ha revisado los diferentes niveles de causas para tener un panorama general de la situación de la desnutrición de los distritos evaluados.

3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Los estudios de línea de base tienen como propósito determinar la situación inicial de un grupo poblacional con diferentes fines que puede incluir la intervención en algún aspecto específico o general.

El presente está diseñado como un estudio analítico observacional de corte transversal, con un nivel de inferencia distrital y general, es decir se reporta la información distrital agregada.

La población de estudio está conformada por todos los hogares con niños menores de 5 años de los distritos de Andahuaylas, San Jerónimo y Talavera.

Ámbito de Evaluación

El ámbito de evaluación lo comprenden los distritos de Andahuaylas, Talavera y San Jerónimo, y siguiendo los criterios de muestreo aleatorio simple se han seleccionado 24 comunidades de un total de 65 (ver anexo de comunidades según distrito) y se ha tomado en cuenta también la distribución según ubicación geográfica de la población, pues se tiene que el 41% vive en el ámbito urbano y el resto básicamente en el ámbito rural.

Tabla No. 1
AMBITO DE EVALUADO SEGÚN DISTRITO

DISTRITO	COMUNIDAD	AMBITO
ANDAHUAYLAS	Andahuaylas	Urbana
	Ccoñepuquio	Urbana
	Huancabamba	Rural
	Huinchos	Rural
	Sucaraylla	Rural
	Pataccochoa	Rural
	Ccapaccalla	Rural
	Tapaya	Rural
	Pampanza	Rural
	Ccollpa	Rural
SAN JERONIMO	San Jerónimo	Urbana
	Cupisa	Urbana
	Champaccochoa	Rural
	Santa Rosa	Rural
	Abancayhuaycco	Rural
	Ancatira*	Rural
TALAVERA	Talavera	Urbana
	Llantuyhuanca	Rural
	Otas Bellavista	Rural
	Buenavista Alta	Rural
	Chillcaraccra	Rural
	Chumbibamba	Rural
	Oscollopampa	Rural
	Mulacancha	Rural
	Posoccoy	Rural

(*Al visitar Abancayhuaycco no se pudo completar la muestra establecida por lo que demando de visitar la más próxima para completarla que fue Ancatira.

Población de Estudio y Unidades de Análisis

La población de estudio correspondió a los niños menores de 5 años residentes en los distritos de Andahuaylas, San Jerónimo y Talavera.

Para poder cumplir con la evaluación de todos los niveles de causalidad propuestos en el modelo conceptual se plantearon las siguientes unidades de análisis:

- Niños menores de 5 años
- Madres de menores de 5 años
- Hogares con niños menores de 5 años
- Establecimientos de Salud en el ámbito
- Personal de salud de los establecimientos de salud
- Comunidades
- Autoridades y líderes locales
- Agentes Comunitarios de Salud

Marco muestral

Hogares con menores de 5 años

Para la selección de los hogares con niños menores de 5 años a entrevistar se diferenciaron la estrategia según el ámbito geográfico de la comunidad.

Muestreo en Comunidades Urbanas

- En el caso de las comunidades urbanas con apoyo de la Municipalidad Provincial de Andahuaylas y establecimientos de salud se obtuvo el mapa o croquis de la comunidad seleccionada y se procedió a conformar conglomerados que estuvieron conformados por 100 viviendas o 4 manzanas.
- Posteriormente se ha procedido al sorteo para la selección de un conglomerado.
- Una vez seleccionado el conglomerado se realizó la visita casa por casa identificando todas las viviendas con menores de 5 años.
- Luego de identificar las viviendas con menores de 5 años se realizó un muestro aleatorio sistemático para lo cual se establece un intervalo y punto de arranque aleatorio.

Siguiendo los criterios de muestreo descritos, en total en las comunidades urbanas se visitaron 561 viviendas en las que se identificaron 157 viviendas con niños menores de 5 años y luego de la selección se evaluaron 112 de ellas.

Tabla No. 2
NUMERO DE VIVIENDAS VISITADAS, VIVIENDAS CON NIÑOS Y VIVIENDAS EVALUADAS SEGÚN COMUNIDAD EN EL AMBITO URBANO

DISTRITO	CCPP/ COMUNIDAD	VIVIENDAS VISITADAS	VIVIENDAS CON NIÑO	VIVIENDAS EVALUADOS
ANDAHUAYLAS	Andahuaylas	63	13	13
	Ccoñepuquio	128	41	27
SAN JERONIMO	San Jerónimo	156	45	31
	Cupisa	13	5	5
TALAVERA	Talavera	201	53	36
TOTAL		561	157	112

Muestreo de Comunidades Rurales

En este caso luego de la selección de la comunidad, dada la dispersión de las comunidades, se procedió al barrido de casa por casa evaluando las que tenían menores de 5 años hasta completar la muestra.

En ese sentido en total se visitaron 545 viviendas de las cuales 214 tenía niños menores de 5 años y se evaluaron 198 de estos.

En total en este ámbito se tuvo 6% de ausencia y 3% de rechazo, que fueron congruentes con los parámetros utilizados para el cálculo del tamaño de muestra.

Tabla No. 3
NUMERO DE VIVIENDAS VISITADAS, VIVIENDAS CON NIÑOS Y VIVIENDAS EVALUADAS SEGÚN COMUNIDAD EN EL AMBITO RURAL

DISTRITO	CCPP/ COMUNIDAD	VIVIENDAS VISITADAS	VIVIENDAS CON NIÑO	VIVIENDAS EVALUADOS
ANDAHUAYLAS	Tapaya	50	17	13
	Pampanza	16	7	7
	Ccapaccalla	4	4	4
	Ccollpa	4	3	3
	Pataccochoa	59	5	4
	Huinchos	26	9	9
	Huancabamba	101	29	24
	Sucaraylla	14	6	6
SAN JERONIMO	Champaccochoa	63	50	50
	Santa Rosa	17	8	8
	Abancayhuaycco	23	11	11
	Ancatira	12	2	2
TALAVERA	Otas Bellavista	34	10	7
	Posoccoy	14	4	4
	Mulacancha	17	5	5
	Llantuyhuanca	18	16	15
	Chumbibamba	21	6	6
	Oscollopampa	24	7	6
	Chillcaraccra	16	8	7
	Buenavista Alta	12	7	7
TOTAL		545	214	198

Según el tamaño de muestra calculado fueron 302 hogares con niños menores de 5 años, al realizar la asignación de la carga de trabajo al personal se asumió la existencia de un niño por hogar por lo que finalmente se evaluaron 310 hogares y 365 niños menores de 5 años.

Tabla No. 4
TAMAÑO DE MUESTRA, HOGARES Y NIÑOS EVALUADOS SEGÚN DISTRITO

DISTRITO	TAMAÑO DE MUESTRA	HOGARES EVALUADOS	NIÑOS EVALUADOS
Andahuaylas	109	110	124
San Jerónimo	103	107	131
Talavera	90	93	110
TOTAL	302	310	365

Los parámetros utilizados para el cálculo del tamaño de la muestra corresponde a un nivel de confianza del 95%, un poder de 80%, el ajuste considerado por corresponder a un muestreo complejo es de 1.15, se ha considerado una tasa de rechazo y perdidas en el seguimiento de 10%.

Los valores de p utilizados corresponden a las prevalencias de desnutrición crónica para cada uno de los distritos y la provincia. Dado que el diseño está preparado para una evaluación basal y luego una comparación durante la evaluación final se utilizó una fórmula para diferencia de proporciones (1)(2)(3).

$$n = \left(\frac{z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

donde: n es el número de sujetos necesarios en cada una de las muestras;

z_{α} es el valor z correspondiente al riesgo α ;

z_{β} es el valor z correspondiente al riesgo β ;

p_1 es el valor de la proporción en el grupo de referencia, placebo, control o tratamiento habitual;

p_2 es el valor de la proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención o técnica;

p es la media de las dos proporciones p_1 y p_2 :

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Los valores z_{α} según la seguridad y z_{β} según la potencia del test se indican en la tabla I.

Establecimientos de Salud

Para la evaluación de los Establecimientos de Salud se seleccionó un establecimiento del primer nivel por cada categoría existente en el distrito, por lo que se visitarán los establecimientos ubicados en las comunidades seleccionadas para el desarrollo de las entrevistas y encuesta.

Tabla No. 5
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EVALUADOS

DISTRITO	CATEGORIA	EESS
ANDAHUAYLAS	I4	Centro de Salud Huancabamba
	I3	Centro de Salud Andahuaylas
	I2	Puesto de Salud Huinchos
	I1	Puesto de Salud Sucaraylla
SAN JERÓNIMO	I4	Centro de Salud San Jerónimo
	I2	Puesto de Salud Champacocha
	I1	Puesto de Salud Cupisa
TALAVERA	I4	Centro de Salud Talavera
	I2	Puesto de Salud Llantuyhuanca
	I1	Puesto de Salud Mulancancho

Autoridades, líderes locales, personas

Para la selección de los actores a entrevistar se ha seguido básicamente criterios de conveniencia, puesto que con la ayuda de los funcionarios de la Municipalidad Provincial de Andahuaylas se ha procedido a identificar a los aliados o aquellos actores que de una u otra forma tiene o muestra interés en el tema.

Se realizaron las entrevistas en profundidad y un grupo focal en los cuales participaron las siguientes personas que se detalla a continuación

Tabla No. 6
LISTA DE PERSONAS REPRESENTATIVAS ENTREVISTADAS

DISTRITO	INSTITUCION	CARGO	NOMBRE
ANDAHUAYLAS	Municipalidad de de Andahuaylas	Gerente de Desarrollo Social	Ing. José Elías Franco Silvera
	Municipalidad de de Andahuaylas	Responsable de Niños y jóvenes	Enith Gómez Alcarraz
	Centro de Salud Andahuaylas	Responsable Nutrición	Esther Ruelas Villalba
	Centro de Salud Huancabamba	Responsable Nutrición	Ángela Aroquipa Mamani
SAN JERONIMO	Municipalidad de San Jerónimo	Gerente Desarrollo Social	Oscar Paucar
	C.S. San Jerónimo	Responsable de Nutrición	Amanda Salas
	Comunidad Champacocha	Alcalde de la comunidad de Champacocha	Efraín Yauris
TALAVERA	Municipalidad de Talavera	Gerente de Promoción y desarrollo social	Lázaro Cárdenas
	Municipalidad de Talavera	Responsable Vaso de Leche	Yuliana Orozco Rodríguez
	Centro de salud Talavera	Responsable Nutrición	Elizabeth Tovar Llampi
	Puesto de salud Llantayhuanca	Enfermera	Karen Silvera Osorio

3.3 VARIABLES E INDICADORES DE ESTUDIO

Tabla No. 7
LISTA DE VARIABLES SEGÚN COMPONENTE DEL ESTUDIO

COMPONENTE CUANTITATIVO	
UNIDAD DE OBSERVACION	INDICADOR
Niños menores de 5 años	Desnutrición Crónica
	Frecuencia de enfermedades prevalentes (EDA, IRA)
	Vacunas al día y vacunas completas
	Control de crecimiento y desarrollo
	Lactancia Materna Exclusiva
	Alimentación Complementaria adecuada
	Consumo de micronutrientes
	Parto Institucional
	Control pre natal durante el embarazo
	Identidad
	Acceso a SIS
Madres de niños menores de 5 años	Edad
	Nivel de Instrucción
	Estado Civil
	Conocimientos sobre cuidado del niño
	Lengua materna
	Actividad económica
	Identidad
	Participación en organizaciones comunales
	Percepción sobre servicios de salud
Hogar	Nivel educativo del jefe del hogar
	Necesidades Básicas Insatisfechas
	Método de eliminación de basura
Vivienda	Servicios básicos: agua, desagüe
	Consumo de agua segura
COMPONENTE CUALITATIVO	
Comunidad	Servicios disponibles
	Organizaciones existentes
	Iniciativas desarrolladas
Establecimientos de Salud	Capacidad resolutive
	Iniciativas para mejora del servicio

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SU ENTORNO

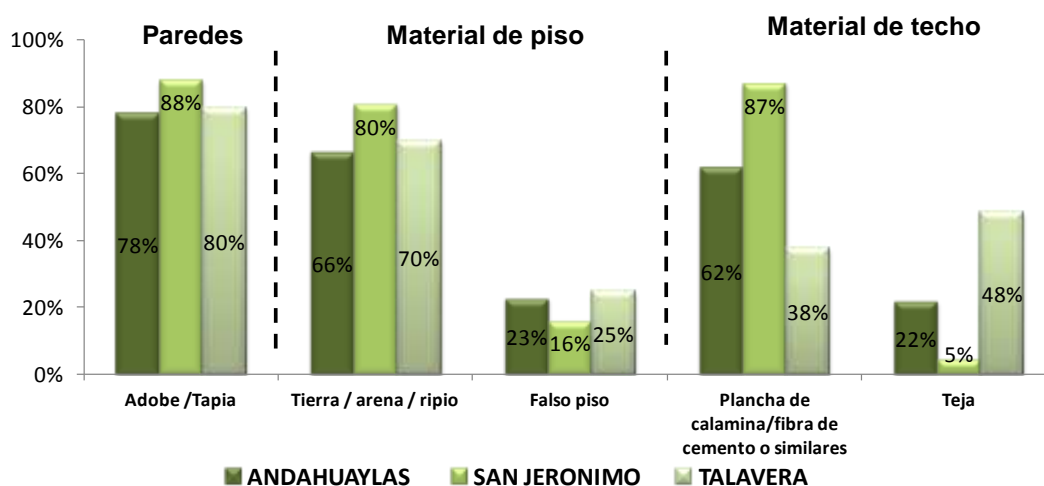
En esta sección del informe se presenta una descripción general de las características y condiciones sociales y económicas más importantes de la población bajo estudio. De este análisis se identificarán algunos hallazgos que permita perfilar la situación de las condiciones básicas que, de acuerdo al marco conceptual establecido, afectan el problema de la nutrición a nivel local.

Características de las viviendas de los evaluados

La vivienda está asociada a las condiciones de vida de los hogares y la población en general. La información de los servicios con que cuentan y los materiales predominantes en pisos, paredes y techos de las viviendas, tiene una valiosa utilidad para el estudio de tales condiciones y las carencias básicas de la población.

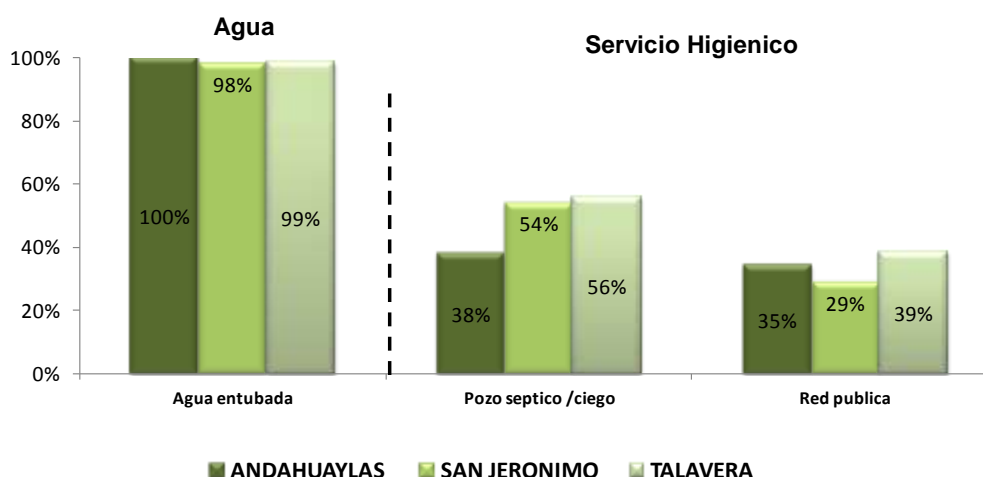
Entre las características principales tenemos que el 82% de las viviendas tienen paredes de adobe o tapia, que el 63% de las viviendas tienen un techo de calamina o fibra de cemento, y el 72% tiene piso de tierra. En general las características corresponden a la región Sierra.

Gráfico No. 2
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA



Se cuenta con información respecto a los principales servicios con los que contaban las viviendas de las comunidades, los servicios evaluados fueron tipo de abastecimiento de agua, tipo de servicios higiénicos donde se eliminan excretas, tipo de alumbrado y sistemas de eliminación de basura.

**Gráfico No. 3
SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA**

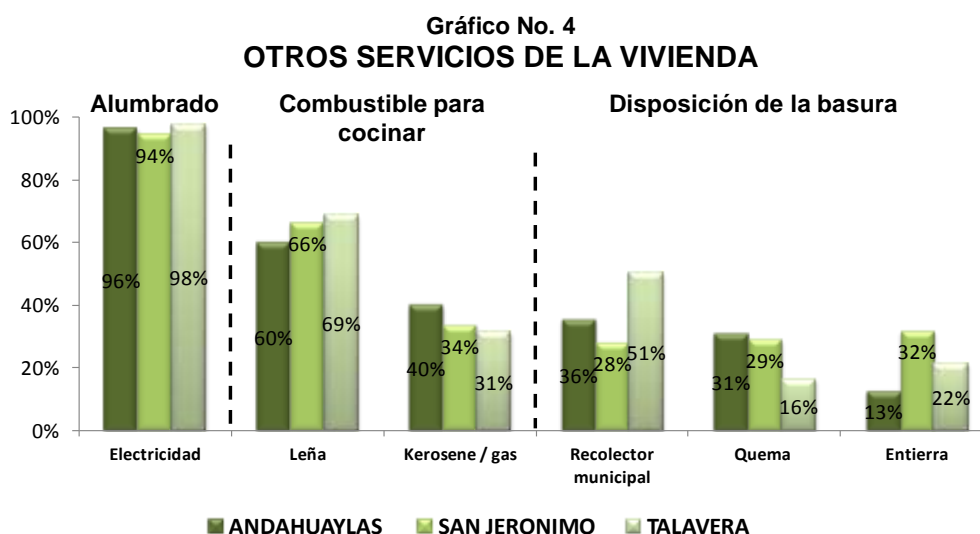


En relación al tipo de abastecimiento de agua, tenemos que el 99% tiene agua entubada, que corresponde a aquella que llega a través de tuberías a las viviendas pero que no necesariamente es agua potable.

Sobre los sistemas de eliminación de excretas, el principal sistema es el pozo séptico y/o negro 49% que corresponde a aquel que es construido artesanalmente sin criterios sanitarios, también el 34% tiene acceso al sistema de eliminación de la red pública.

Por otro lado, entre otras características observadas tenemos que 96% de las viviendas señalaron contar con electricidad, los principales combustibles usados para cocinar son la leña en 65% y combustible como kerosene / petróleo / gas en 35%.

Respecto a la forma como eliminan la basura, solamente el 37% de los hogares tiene el servicio de recolección por recolector municipal, el resto refiere quemarla o enterrarla.



Características socio demográficas

Para la presentación de la información socio demográfico se ha considerado la presentación de las características de los jefes del hogar, considerando que son los decisores de los aspectos importantes del hogar y el de las madres de los niños menores de 5 años al ser las encargadas del cuidado de los mismos.

Del jefe del hogar

La jefatura del hogar es básicamente masculina pues solo el 11% de los hogares señalaba una jefatura femenina, siendo similar esta condición en los 3 distritos.

En cuanto a la identificación casi todos los jefes refieren disponer del documento de identidad, respecto al acceso al SIS en Andahuaylas dos tercios de los jefes acceden y en el caso de San Jerónimo y Talavera tres de cada cuatro cumplen con esta característica.

**Tabla No. 8
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS JEFES DEL HOGAR**

DESCRIPCIÓN	TOTAL	ANDAHUAYLAS	SAN JERÓNIMO	TALAVERA
SEXO	n=310	n=110	n=108	n=95
Femenino	11%	13%	8%	12%
TIENE DNI	99%	99%	100%	99%
ACCEDE AL SIS	73%	66%	74%	79%
LENGUA MATERNA				
Castellano	28%	32%	21%	32%
Quechua	72%	68%	79%	68%

NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
Ninguno	5%	2%	8	4
Primaria	34%	26%	36%	41%
Secundaria	47%	51%	46%	44%
ANALFABETISMO	12%	6%	19%	11%

Se reporta la lengua materna como quechua predominantemente en los tres distritos 70% para Andahuaylas y Talavera y 79% en el caso de San Jerónimo.

Respecto al nivel de instrucción alcanzado el 47% de los jefes de hogar alcanzó un nivel de secundaria de instrucción, y un similar 35% señalan el grado de instrucción primaria como el máximo alcanzado, y un 5% de los jefes reportaron no haber alcanzado ningún nivel de estudios.

Respecto a la actividad económica de los jefes del hogar tenemos que el 92% tiene una actividad remunerada y el 69% tiene una actividad independiente. Respecto al sector económico al que corresponde la actividad de los jefes del hogar, tenemos la agricultura en 53%, servicio 23% y Administración Pública con 8%, comercio 6% siendo similar la proporción en los distritos.

Tabla No. 9

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LOS JEFES DEL HOGAR

DESCRIPCIÓN	TOTAL	ANDAHUAYLAS	SAN JERÓNIMO	TALAVERA
ACTIVIDAD DE LA SEMANA PASADA*				
Trabajo Remunerado	92%	89%	97%	90%
CONDICIÓN LABORAL				
Trabajador Independiente	69%	61%	72%	75%
Empleado	12%	17%	11%	8%
Obrero	9%	13%	6%	7%
SECTOR				
Agricultura	53%	50%	63%	44%
Servicio	23%	18%	24%	29%
Administración pública	8%	14%	3%	7%
Comercio	6%	8%	7%	2%

(*) Según las encuestas nacionales se toma la información de la actividad económica de la semana previa a la fecha de entrevista

De la madre

La mediana de edad de las madres es de 29 años, 11% de ellas son solteras y la lengua materna del 71% es quechua. Por otro lado el 85% tienen acceso al Seguro Integral de Salud.

El 21% de las madres no sabe leer ni escribir y existen diferencias entre los distritos, reportando San Jerónimo 33% que es significativamente superior a Andahuaylas y Talavera, este dato es concordante con la proporción de madres que no alcanzaron ningún nivel de instrucción.

Tabla No. 10
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS

DESCRIPCIÓN	TOTAL	ANDAHUAYLAS	SAN JERÓNIMO	TALAVERA
Mediana de edad	29 años	29 años	28 años	30 años
Acceso al SIS	85%	84%	84%	86%
No sabe leer y escribir	21%	19%	33%	10%
LENGUA MATERNA				
Quechua	71%	65%	78%	69%
ESTADO CIVIL				
Casada o Conviviente	89%	88%	86%	93%
Soltera o Separada	11%	11%	14%	7%
NIVEL DE INSTRUCCION				
Ninguno	10%	9%	19%	3%
Primaria	36%	32%	30%	46%
Secundaria	40%	41%	40%	38%
ANALFABETISMO	21%	19%	33%	10%

Respecto a la actividad económica tenemos que el 20% de las madres tenía un trabajo remunerado, 64% se dedicaba a su casa y el 15% de las madres era una trabajadora familiar no remunerada.

Otra característica importante que mencionar es que el 38% era una trabajadora independiente que puede significar un empleo sin beneficios sociales.

El sector económico en el que desarrollan sus actividades las madres es la agricultura en 52%, comercio 23%, servicio y administración pública 13%.

Tabla No. 11
CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DE LAS MADRES

DESCRIPCION	TOTAL	ANDAHUAYLAS	SAN JERONIMO	TALAVERA
ACTIVIDAD SEMANA PASADA				
Trabajo remunerado	20%	28%	14%	17%
Cuidando su casa	64%	60%	64%	67%
Trabajador familiar no remunerado	15%	11%	21%	13%
CONDICION LABORAL				
Trabajador Independiente	38%	44%	24%	43%
Empleado	18%	22%	19%	10%
SECTOR				
Agricultura	43%	31%	57%	43%
Comercio	23%	29%	19%	20%
Servicio	13%	13%	14%	13%
Administración Publica	13%	22%	8%	7%

Del niño

Luego de la identificación de todos los miembros del hogar tenemos que el 25% son menores de 5 años. Este grupo es de suma importancia ya que a ellos van dirigidas la mayoría de intervenciones que se desarrollan en el área de salud y nutrición teniendo en cuenta la formación del capital humano; la distribución de menores de 5 años por subgrupos de edad tenemos que alrededor del 50% son menores de 2 años.

En cuanto a la distribución según sexo tenemos que a nivel general el 51% de los niños evaluados fueron del sexo masculino y 49% femenino, al observar la información por distrito las diferencias son mínimas, sin embargo en Andahuaylas la distribución es de 46% y 54% y en Talavera de 55% y 46% para niños y niñas respectivamente.

Como se observa en el cuadro, la cobertura del Seguro Integral de Salud alcanza el 81%. Respecto al documento de identificación el 95% de los niños cuenta con su Documento Nacional de Identidad.

En cuanto a la participación en Programas Sociales de los niños tenemos que básicamente son beneficiarios de programas de apoyo alimentario como son el Vaso de Leche 44%, mostrando diferencias distritales pues se identifica una proporción mayor de beneficiarios en Talavera y una proporción menor en Andahuaylas.

Tabla No. 12
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS

DESCRIPCIÓN	TOTAL	ANDAHUAYLAS	SAN JERÓNIMO	TALAVERA
	n=365	n=131	n=124	n=110
Tiene DNI	95%	97%	93%	94%
Acceso al SIS	81%	81%	82%	82%
ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES				
Vaso de Leche	44%	28%	48%	58%
Qali Warma	10%	5%	11%	16%
Cunamas	20%	23%	27%	7%

Situación de Pobreza

Un enfoque muy utilizado para clasificar a los pobres es el enfoque de las Necesidades Básicas Insatisfechas, el cual define a los pobres a partir de la identificación de necesidades no cubiertas en el ámbito de vivienda, educación, salud y dependencia económica.

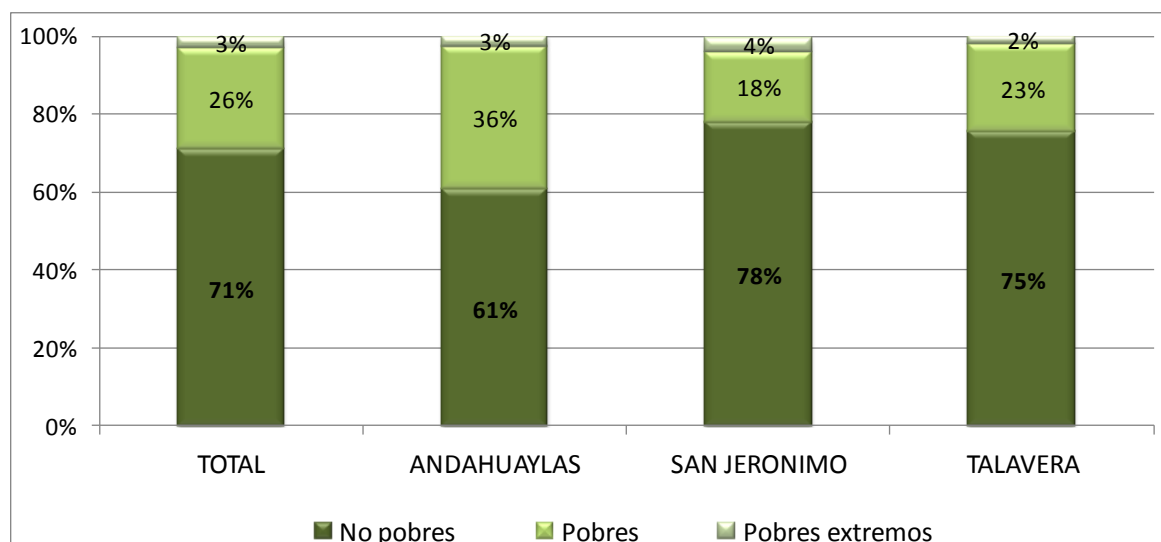
Siguiendo la metodología utilizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se define como pobre a los hogares que presenten por lo menos una NBI, y se

define como pobres extremos aquellos hogares que tienen 2 o más NBI. Considerando como una NBI la carencia de alguno de los siguientes indicadores:

1. Hogares en viviendas con características físicas inadecuadas
2. Hogares con vivienda con hacinamiento
3. Hogares en viviendas sin desagüe de ningún tipo
4. Hogares con niños que no asisten a la escuela
5. Hogares con alta dependencia económica

De este modo se obtuvo que el nivel de pobreza en las comunidades es de 26%, y la incidencia de pobreza extrema alcanza el 3%. Sin embargo, si observamos el gráfico por distrito encontramos que la proporción de pobreza es mayor en Andahuaylas respecto a los otros distritos.

Gráfico No. 5
POBREZA SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS



El análisis de NBI's también nos muestra que la NBI que se presenta con mayor frecuencia en los hogares de las comunidades evaluadas es el de hogares con viviendas hacinadas (18%), seguido del de hogares sin desagüe (10%) y con vivienda inadecuada (9%).

El entorno social desde los actores

La anterior situación descrita muestra las carencias existentes en el hogar evidenciado a través de las inadecuadas condiciones de la vivienda y el bajo nivel del capital humano de sus miembros. Exploraremos a continuación algunos elementos directamente relacionadas al entorno social del hogar, a partir de la opinión de los diversos actores (Anexo10.2: Mapa de actores) que directa o indirectamente están involucrados en la temática de la salud y nutrición en el ámbito.

Contexto general de las localidades

Organización política y administrativa

Observamos que la estructura organizativa y administrativa en las capitales de distrito, tanto política (municipalidades, gobernaciones) y de servicios e instituciones importantes, son similares, además de ser sedes de los programas y proyectos sociales de la subregión tanto para organizaciones estatales como Organizaciones no Gubernamentales. Esto en cierta medida representa un factor favorable para potenciar propuestas articuladas desde un nivel central.

Adicionalmente, contribuye el hecho de la cercanía geográfica entre distritos y la interconexión vial terrestre que lo convierten en una sola gran área urbana.

Sin embargo, a nivel de Centros Poblados o comunidades encontramos que muchos se ubican en zonas distantes de su capital y son de difícil acceso (caminos carrozables y de herradura), y si bien cuentan con autoridades en cada uno de ellos, muestran niveles intermedios de organización, escaso presupuesto y limitada capacidad organizativa más allá de las decisiones en asambleas comunales.

Servicios de salud

En las capitales de distrito encontramos los mayores servicios de salud, en Andahuaylas se encuentra el Hospital General de Andahuaylas “Hugo Pesce Pescetto” de quinto nivel de complejidad, además de un Centro de Salud de segundo nivel; mientras San Jerónimo y Talavera cuentan con un CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) y con Centros de Salud, donde confluye el personal local, constituyéndose en centros de derivación de los demás puestos de salud del distrito.

En el caso de los Centros Poblados o comunidades, todas tienen al menos un Puesto de Salud generalmente a cargo de un técnico con visitas periódicas de personal profesional. Tal vez el caso más destacado es el del Centro Poblado de Huancabamba que tiene un Centro de Salud y un CLAS, que demuestra un nivel organizativo más elevado en relación con los demás Centros Poblados o comunidades y más cercano a las capitales

distritales. Estos establecimientos a su vez funcionan como nodos para interconectar a las demás comunidades que no cuentan con centros o puestos de salud, atendiendo incluso a pobladores de otros distritos, que por cercanía o alguna facilidad acceden a ellos.

Tenemos entonces que las características de acceso y atención a los servicios de salud dependerá en gran medida del lugar de residencia, pues en las capitales de distrito se ubican los establecimientos de mayor nivel los cuales cuentan con servicios diferenciados, beneficiando principalmente a la población urbana, no así el caso de los Centros Poblados y comunidades no aledañas o distantes pues los establecimientos son de menor nivel; aunque su capacidad de acceso y atención puede mejorar dependiendo del grado de interconexión (redes) con los de mayor nivel.

Actores reconocidos en las comunidades

Un primer hallazgo identificado es que son pocas las organizaciones vinculadas a salud y nutrición de los niños que como actores activos fueron reconocidas por los informantes clave, y mayoritariamente se trata de programas gubernamentales más que entidades de la sociedad civil.

Identificamos a continuación a este grupo de actores reconocidos, organizados por niveles y que incluye a la población que demanda los servicios, para luego analizar la percepción de los informantes sobre el reconocimiento de la misma organización como actor en el tema de la salud y nutrición, y el rol que viene cumpliendo como proveedor de servicios.

Organizaciones de nivel central nacional

- Ministerio de Salud
 - ✓ Reconocimiento como actor: En general los informantes reconocen el rol fundamental que cumple para la salud y nutrición de los niños menores de cinco años pues. Se le identifica como gestor directo de los establecimientos de salud, proveedores directos de los servicios a nivel local, pero a través del trabajo que realiza el personal de salud y de los agentes y promotores de salud.
 - ✓ Reconocimiento de su labor: El Ministerio de Salud a través de sus diferentes establecimientos tiene varias entradas en torno al tema de salud y nutrición de los niños. Cuenta con la atención en consultoría externa (acción curativa) y ante caso de desnutrición o anemia desarrolla programas recuperativos, preventivos y/o promocionales, donde todo gira en torno al programa CRED (Crecimiento y Desarrollo) el cual realiza controles de peso y talla de los niños. Dependiendo del caso deriva a los pacientes a sus programas regulares. Así, si se trata de anemia, los niños pasan a recibir un

complemento multi vitamínico o en caso de desnutrición pasan a recibir sulfato ferroso. En las demás labores extramurales, los establecimientos de salud, en la lucha contra la desnutrición infantil, desarrollan sesiones demostrativas donde su personal enseña a las madres sobre qué y cómo deben preparar los alimentos a sus menores hijos en función de la edad que ellos tengan. Otra actividad importante identificada son las visitas domiciliarias que hacen los mismos trabajadores para identificar posibles enfermedades entre la población y hacer seguimiento de los niños en cuanto peso, edad y talla y así tener información actualizada sobre los niveles de desnutrición y además establecer un diagnóstico. Por ello, en los mismos establecimientos también se cuenta con consejería nutricional.

El principal problema en la lucha contra la desnutrición de los establecimientos de salud que identifican los informantes clave es que deben combatir con mayor urgencia el problema generalizado de la anemia, de la que se habla como si se tratara de una epidemia. Sin embargo, los establecimientos no cuentan con los medios suficientes para combatir estas enfermedades (Ver anexo: Situación de los Servicios de Salud). El suplemento de sulfato ferroso con que cuentan los establecimientos de salud tiene efectos secundarios sobre los niños en opinión de los padres, señalándose como problemas secundarios a las dolencias estomacales y el ennegrecimiento de la dentadura de los niños. Debido a esto muchos padres no aceptan dicho suplemento y los menores no quieren ingerirlo. Una alternativa que proponen los responsables de salud es el uso de Feranín, una compensación de hierro que sí es aceptada por los niños. Sin embargo este insumo es más caro y según comentan los especialistas de salud, no se cuentan con las partidas presupuestarias que les permitiría adquirirlo.

Otro problema consiste en la lejanía de algunas de las comunidades, motivo por el cual no es posible hacer muchas visitas a estos poblados y así se descuida la atención que se le da a estos.

Se aprecia una marcada diferencia en las zonas rurales entre la atención que dedican las madres primerizas a las capacitaciones, controles y sesiones demostrativas. Esto se da debido a que ellas están más abiertas a recibir nueva información y a aprender todo lo que puedan del personal del centro de salud. No es el caso de las madres relativamente mayores, las cuales son más conservadoras y muchas veces ignoran los consejos o las indicaciones del personal de salud.

- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
 - ✓ Reconocimiento como actor: Se le identifica por medio de los Programa Nacional CUNAMÁS, el Programa Nacional de apoyo directo a los más pobres JUNTOS y el Programa Nacional de entrega de alimentos complementarios a niños pre escolar y escolar QALI WARMA, caracterizándolos como programas importantes para la salud de los niños por ser de intervención directa.
 - ✓ Reconocimiento de su labor: Se critica en cierta medida cierto grado de desvinculación con los temas de salud como es el caso de JUNTOS que perciben prioriza primordialmente el tema económico, asimismo se critica el seguimiento que se hace a los niños beneficiarios.

- Ministerio de Educación
 - ✓ Reconocimiento como actor: Se le reconoce como actor por intermedio de la participación de los CONEI (Consejo Educativo Institucional), que en acuerdo del MINSA, brindan capacitación a docentes, consultas nutricionales, salud sexual y reproductiva, talleres de salud bucal, etc. También reconocen la labor de las Escuelas de Padres en las Instituciones Educativas pues a través de reuniones y capacitaciones a padres de familia se transmiten conocimientos relacionados a la salud y nutrición. En sí se le reconoce como un actor potencial para el desarrollo de estrategias orientadas al desarrollo de capacidades y mejora de conductas.
 - ✓ Reconocimiento de su labor: Se critica por su desvinculación con otros programas y servicios que favorecen la salud y nutrición a nivel local.

Organizaciones de nivel central regional y local

- Gobierno Regional
 - ✓ Reconocimiento como actor: no se le conoce intervención directa en el tema solo la dotación de servicios que indirectamente pueden impactar en la salud pública como la mejora de sistemas de agua potable y desagüe.
 - ✓ Reconocimiento de su labor: Se menciona la posibilidad de coordinar acciones con los municipios y las organizaciones comunales.

- Gobierno Local: Municipalidad
 - ✓ Reconocimiento como actor: Identificado como un actor de intervención mediana y directa principalmente a través del Programa del Vaso de Leche y la entrega de alimenta a comedores, pero también de algunos programas

productivos que inciden en el fortalecimiento de capacidades para la vigilancia nutricional.

- ✓ Reconocimiento de su labor: Se critica por su desvinculación con otros programas y servicios que favorecen la salud y nutrición a nivel local.

Sociedad civil

- Organizaciones de Base y ONGs
 - ✓ Reconocimiento como actor: Aparecen los comedores populares y algunas ONGs como es el caso de Kusi Warma, con intervenciones puntuales en algunas zonas del ámbito.
 - ✓ Reconocimiento de su labor: en el caso de las ONGs si bien son intervenciones focalizadas se reconoce como propuestas integrales que pueden impactar significativamente en la población que atiende.

Población

En relación al interés de la población según opinión de los actores clave, en lo que respecta al tema de desnutrición infantil es por lo general bajo. Mencionan que esto se da con mayor intensidad entre la población de las zonas rurales, quienes utilizan la mayor cantidad de su tiempo en la actividad agrícola. Además señalan que existe un sector de la población que aún es reacia a cambios y modificaciones en sus conductas alimentarias, pero con las personas que tienen sus primeros hijos sí se está trabajando en mayor medida porque hay una mejor aceptación; no obstante refieren que con las madres mayores de 40 años y que, por lo general, ya tienen más de un hijo, es difícil trabajar pues no aceptan fácilmente los consejos que se les da respecto del cuidado de sus hijos. En estos casos, señalan que se aprecia que todos los anteriores hijos tienen problemas de desnutrición, debido a que es muy complicado sacar a un niño mayor de tres años de la desnutrición crónica, se procura sobre todo en estos solucionar el problema de la anemia.

A nivel local, no reportaron ningún tipo de organización o iniciativa civil que actualmente trabaje o esté interesada en abordar el problema de la desnutrición infantil en el distrito. Según el personal de salud del distrito una de las principales razones de este bajo nivel de interés de la población es la falta de conciencia del problema, sobre todo porque cuando se trata de desnutrición no hay síntomas dramáticos de que existe una deficiencia. El problema también devendría, opinan ellos, de una falta de sensibilización entre la población acerca de las consecuencias de la desnutrición y la desnutrición crónica. Además hacen mención que los padres de familia atribuyen la baja estatura al componente hereditario ya que ellos también tienen baja estatura y no contemplan que se trata de un problema de pobre

alimentación, y afirman que el hecho de que la desnutrición no tenga otro tipo de consecuencias que llamen la atención de los padres conlleva a que estos no la vean como un problema real.

En cuanto a convocatorias, indican que los padres de familia en la mayoría de los casos solo prestan tiempo y atención a este problema cuando existe un incentivo económico o material, como en el caso de entrega de víveres, a cambio del trabajo concertado con ellos. En caso de que no exista un incentivo la concurrencia a los controles de salud y a las reuniones para la prevención y promoción de la desnutrición infantil y la anemia es escasa. Y en todo caso, dicha labor recae mayormente en la madre de familia a la que se le atribuye esa tarea.

También señalan los actores que este bajo nivel de interés se manifiesta igualmente al momento de hacer censos, sesiones demostrativas sobre cómo cuidar la alimentación de los niños por parte del Centro de Salud, controles de peso y talla, dotación de las raciones del Programa Vaso de Leche, entre otros. Los padres y madres de familia no asisten a las reuniones a las que son invitados o lo hacen en pocas cantidades. Tampoco asisten con estricta regularidad a sus controles y manifiestan poco interés al momento de recibir a personal médico en sus hogares. Por ejemplo, según funcionarios de la municipalidad distrital de Talavera encargados del PVL, los miembros adultos de la familia, en general, no destinan las raciones de alimento exclusivamente a los niños, sino al consumo de toda la familia, aun cuando la ración es en sí misma insuficiente para el beneficiario.

No obstante, resaltan que gracias a la insistencia por parte de la municipalidad distrital como en el caso de San Jerónimo, las redes de salud o por la ONG Kusi Warma, en los últimos años ha habido un leve incremento en la cantidad de población interesada en el cuidado de los niños. Se trata de un trabajo de avance lento para el cual se necesitan recursos adicionales con el fin de lograr un cambio de actitud en los padres que asegure la sostenibilidad de las acciones tanto fuera como dentro de casa para combatir directamente la desnutrición. En este sentido se ha empezado a trabajar con las distintas iglesias en charlas de sensibilización en lo que respecta a llevar una vida sana, mantener una vivienda saludable, un niño sano y gestantes controladas. Actualmente los promotores y el personal de salud no tienen problemas para entrar a los hogares con el fin de lograr un seguimiento adecuado de los niños, salvo en el tema de vacunación, ante el cual sí se manifiesta desconfianza.

Consensos y disensos

A partir de la identificación de las relaciones establecidas entre los actores por los informantes clave, se concluye que existe consenso generalizado en que se necesitan programas de capacitación y sensibilización de la población como uno de los principales componentes para abordarse con mayor fuerza el problema de la desnutrición infantil. Estos programas deberían ser ejecutados por instancias del gobierno central o desde la municipalidad como eje articulador y en coordinación con los otros programas y los establecimientos de salud.

También hay consenso cuando se reflexiona en que se necesita realizar un trabajo coordinado entre los diferentes actores que abordan el tema de la desnutrición infantil a fin de enfaticar la sensibilización hacia la población y no repetir esfuerzos que puedan darse de otra forma de manera aislada.

Igualmente existe consenso en que la población actualmente está dispuesta a trabajar con los programas y organizaciones vinculadas al tema por cuanto todos los sectores solicitan que haya cualquier intervención que contribuya a la lucha contra la desnutrición infantil y su enfermedad asociada, la anemia.

Por el lado contrario, se manifiesta disenso en cuanto identificar a los principales responsables de los altos niveles de desnutrición y desnutrición crónica en la población menor de tres años, debido a la cantidad de factores intervinientes como la pobreza, el desinterés local, la falta de conocimiento de la población. Algunos consideran que los principales responsables son los padres de familia por el descuido en cuanto al cuidado de sus hijos. Otros consideran que el municipio debería tener mayor participación, mientras que el personal de salud de los diferentes establecimientos observa que el Programa Juntos debería seguir exigiendo a sus beneficiarios los controles médicos obligatorios para atender y hacer seguimiento del estado de salud de los menores de edad.

4.2 SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Según la ENDES (4) (5) la evolución de la mortalidad infantil y post infantil se ha reducido a la mitad en los últimos 15 años, llevándonos de una mortalidad infantil (mortalidad en niños durante el primer año de vida por mil nacidos vivos) de 35 en el año 1998 a 17 en el 2012 y una mortalidad post infantil (mortalidad entre 1 y 4 años por mil nacidos vivos) de 12 a 5.

Una forma de medir la calidad de los servicios de salud y la calidad de vida infantil es justamente la mortalidad infantil, que si bien ha disminuido no es suficiente para cumplir la meta de los objetivos del milenio y aun considerando que existen algunos lugares del país en que la situación es más adversa que para otras.

Las principales causas de mortalidad infantil están asociadas a enfermedades perinatales, infecciones respiratorias, accidentes, enfermedades congénitas, desnutrición entre otras que pueden controlarse con adecuado cuidado de los niños y con un servicio de salud con capacidad de afrontar los problemas de salud no solo estructuralmente sino con capacidad técnica.

Cuidado del Embarazo

Las condiciones de salud de la madre también están directamente relacionadas con los niveles de supervivencia de un recién nacido. La muerte de una madre resulta sumamente grave por la situación de abandono en la que quedan los hijos y consiguiente deterioro del tejido social y familiar.

El proceso de formación del niño se inicia con el embarazo de la madre; el control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbi mortalidad materna y perinatal.

Las características del control pre natal demandan de un inicio temprano para iniciar los cuidados si es posible desde el mismo momento de la concepción, las normas establecidas para esta actividad indican el inicio durante el primer trimestre y debería tener una frecuencia mensual hasta el segundo trimestre, ya en el tercer trimestre los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada 7 días casi al termino del embarazo.

El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia como retardo en el crecimiento fetal, amenaza de parto prematuro.

Con esta frecuencia si se inicia los controles a las 8 semanas y se lleva hasta las 40 semanas en total se deberían realizar 13 controles, la norma indica también que el número mínimo de controles durante el embarazo son 6. Con fines de comparación de la información con la ENDES en el presente informe se muestra la proporción de las madres que han recibido 4 o más controles pre natales.

En la tabla siguiente se muestra las características del control pre natal del ámbito evaluado. Vemos que el 99% de las madres refiere haber recibido control pre natal durante el embarazo de los menores de 5 años, dato que es concordante con el reportado por la ENDES que indica 98% a nivel nacional.

Sin embargo solo 79% de ellas lo realizaron durante el primer trimestre y 78% también cumplió con el inicio temprano y el número mínimo de controles durante todo el embarazo.

Se tiene también la información que las madres iniciaron sus controles en promedio a los 3 meses y en promedio tuvieron 9 controles.

Tabla No. 13
CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRE NATAL

DESCRIPCIÓN	TOTAL	ANDAHUAYLAS	SAN JERÓNIMO	TALAVERA
	n=323	n=115	n=107	n=101
Se realizaron el control pre natal	99%	98%	96%	99%
Primer control en el primer trimestre	79%	76%	79%	82%
Control pre natal adecuado	78%	76%	78%	80%
Promedio de meses de primer control	3 meses	2 meses	2 meses	3 meses
Promedio de controles durante el embarazo	9 controles	9 controles	8 controles	9 controles
Recibieron vacuna antitetánica durante el embarazo	73%	75%	73%	69%
LUGAR DE CONTROL				
Centro de salud	48%	61%	33%	49%
Hospital	17%	21%	14%	16%
MINSA	90%	90%	91%	88%

Las condiciones de higiene e inmunización que rodean al parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que en el Perú sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir que el recién nacido pueda contraer el tétano neonatal.

Desde la década pasada, la OMS recomendó que toda mujer embarazada recibiera dos vacunaciones antitetánicas para proteger al niño por nacer. Sin embargo, ahora se

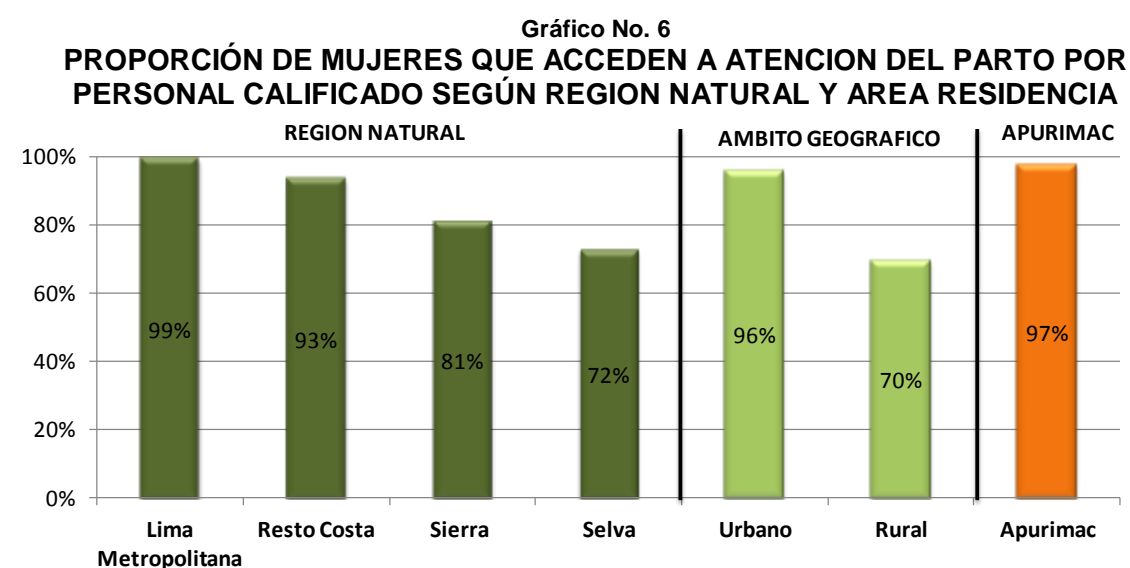
reconoce que el niño estaría protegido si la madre tuviera cinco o más vacunas antitetánicas en toda su vida.

Respecto a este tema podemos indicar que el 73% de las madres recibieron al menos una vacuna antitetánica durante el embarazo y en promedio entre antes y después del embarazo recibió 2.5 vacunas.

Parto Institucional

A nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre a donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario.

En relación a la atención durante el parto, la brecha entre las regiones naturales y ruralidad se hace evidente, pues mientras que en Lima Metropolitana el 99% de las gestantes es atendida por personal de salud calificado, en la sierra solo el 81% y en la selva el 72%, y si observamos las diferencias entre el área de residencia tenemos que el 96% de las gestantes del área urbana tiene acceso a una atención por personal de salud calificado y solo el 70% en el área rural (4)

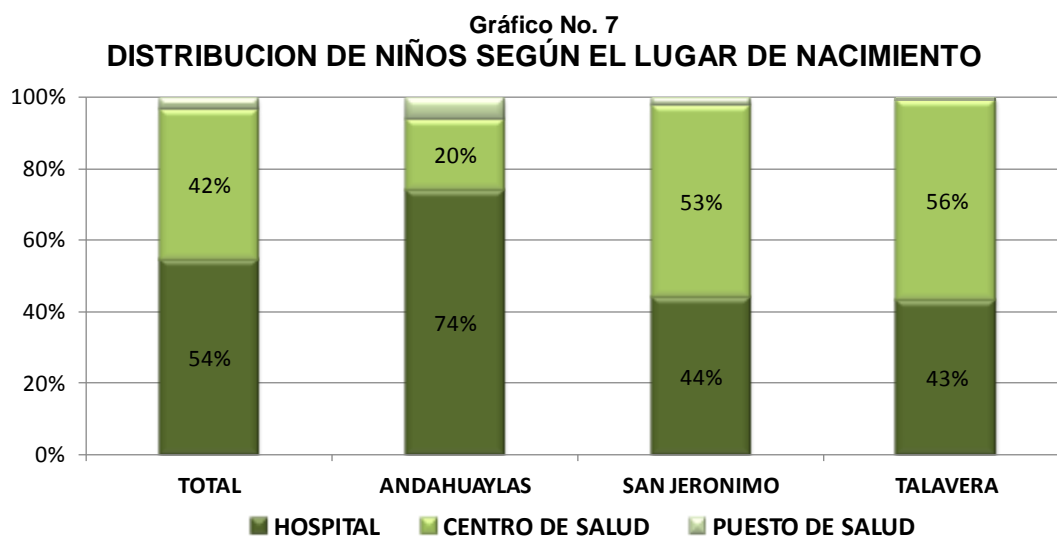


Fuente: ENDES 2012

Según la información tomada para la presente línea de base tenemos que en el área de influencia el 99% de los menores de 5 años nacieron en una institución de salud, dato que es consistente con el reportado en la ENDES que indica 2% de parto domiciliario.

Respecto al lugar de atención del parto en el gráfico mostramos la distribución de los niños según el lugar en que nació y tenemos que a nivel general el 54% nació en un hospital, la distribución a nivel distrital es diferente pues se observa una mayor proporción

de partos en hospital en el distrito de Andahuaylas, pero al respecto hay que considerar que existe oferta de servicios en la categoría de Centro de Salud preparado para la atención de este procedimiento.



Salud y Nutrición de los Niños

Control de Crecimiento y Desarrollo

El crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños constituye la base sobre la cual se sostiene el incremento del capital humano y del cual depende el avance de toda la sociedad.

Se entiende por crecimiento al incremento en el peso y la talla de los niños y por desarrollo a la maduración de las funciones del cerebro y de otros órganos vitales.

El crecimiento y desarrollo temprano ocurren durante la gestación y los 3 primeros años de vida, periodo trascendentalmente crítico porque es durante este lapso, cuando el cerebro se forma y madura a la máxima velocidad.

Siendo el cerebro el centro de desarrollo del niño, las condiciones del ambiente intrauterino y del entorno familiar después del nacimiento determinan, en buena parte, el potencial de capacidades que este tendrá en su vida futura, como individuo y como miembro de la sociedad a la cual pertenece. Si estos factores son desfavorables se presentarían retardos en el crecimiento y el desarrollo, y por consiguiente el niño perderá sus oportunidades para ejercitar al máximo sus posibilidades.

La manifestación más evidente de los retardos durante el periodo temprano va más allá de una persona con baja talla para su edad sino que las consecuencias pueden incluir retardos psicomotores y cognoscitivos, que vienen acompañados por dificultades en el

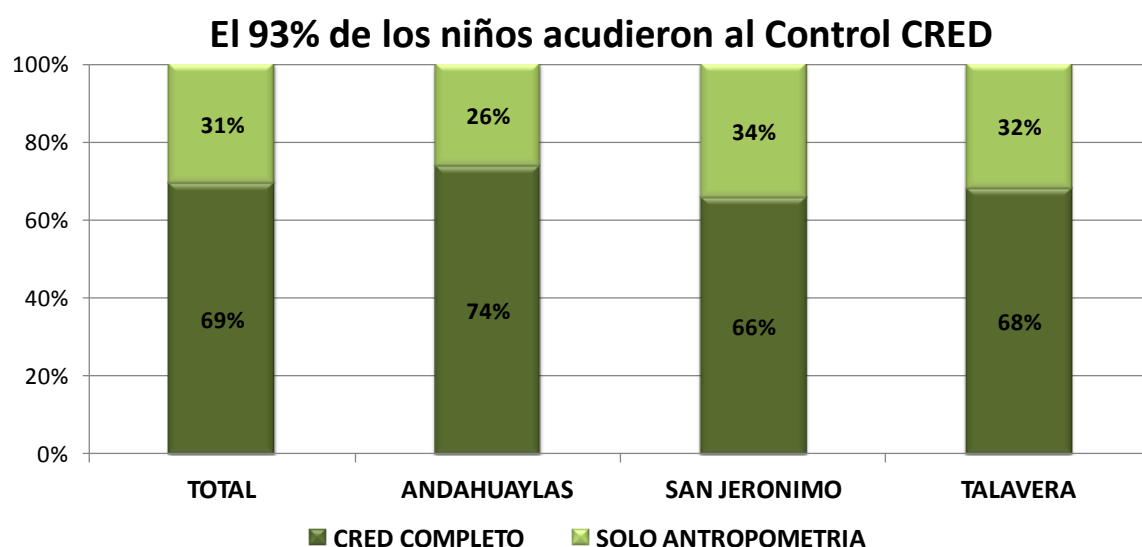
aprendizaje, el lenguaje, la percepción del mundo, el rendimiento escolar, la productividad en la vida adulta, el control emocional y la adaptación social al medio.

Estos factores negativos reducen las oportunidades en la vida futura del niño, puesto que son irreversibles y a menudo se transmiten de generación en generación, con lo cual el proceso se transforma en un ciclo vicioso de déficit de crecimiento y desarrollo de largo plazo que tiene un gran impacto en la sociedad.

En el Perú, como en otros países en desarrollo, los niños que viven en condiciones de pobreza están más expuestos a factores desfavorables tanto en el transcurso de su vida intrauterina como cuando están insertos en el medio familiar.

El propósito del control de crecimiento y desarrollo consiste en monitorear o hacer un seguimiento individual de la evolución del estado nutricional del niño en forma periódica y secuencial. Este monitoreo se realiza en los establecimientos de salud. Aunque la OMS recomienda un control mensual durante los primeros 2 años, las normas del MINSA establecen 12 controles para el primer año y 4 para el segundo y tercero.

Gráfico No. 8
DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO DURANTE EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



De acuerdo a la información el 93% de las madres refieren haber llevado a sus hijos al control de crecimiento y desarrollo en los últimos 6 meses, que resulta bastante alentador pues se descarta la inasistencia por falta de confianza por parte de las madres para este servicio; ahora bien, cuando verificamos los procedimientos a los que fueron sometidos los niños durante este control tenemos que el 69% refiere que les realizaron tanto antropometría y evaluación de desarrollo psicomotor.

En un intento de identificar las causas por las que no se realiza la evaluación de desarrollo psicomotor podemos atribuir a la omisión del procedimiento por parte del personal pues según la información tomada en el establecimiento de el equipamiento en

este servicio es adecuado, por lo que tendríamos al momento de la intervención considerar estos aspectos para la priorización de las acciones.

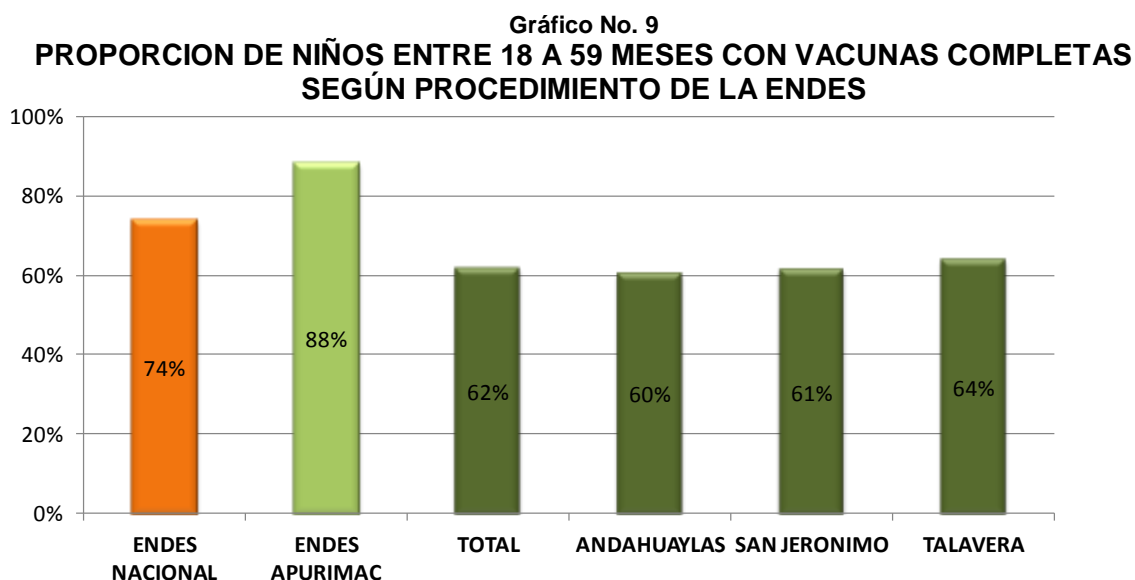
Inmunizaciones

En este estudio también se tomó información sobre la historia de vacunación de los niños menores de 5 años. La estrategia para la toma de información siguió la misma metodología usada en las encuestas demográficas de salud, en el que se indaga primeramente sobre la tenencia de la tarjeta de vacunas para el registro y en caso que no se muestre se toma la información de manera referencial siguiendo algunos criterios de validación.

Respecto a la tenencia de tarjeta de vacunas tenemos que el 83% de las madres mostraron la tarjeta de vacunas lo que nos permite corroborar también la asistencia de las mismas al establecimiento de salud para la atención.

Para poder hacer la comparación de la información con fuentes oficiales como la ENDES se ha procedido a hacer el análisis de los datos según el esquema del año 2004 que incluye las vacunas BCG, Polio, Triple y Antisarampinosa.

En el gráfico se muestra la proporción de niños con vacunas completas, según las vacunas básicas contempladas en el esquema del año 2004, y tenemos que a nivel general el 62% cumple con tener las vacunas completas proporción que es similar en los distritos evaluados pero diferentes al reportado para el nivel nacional y regional.



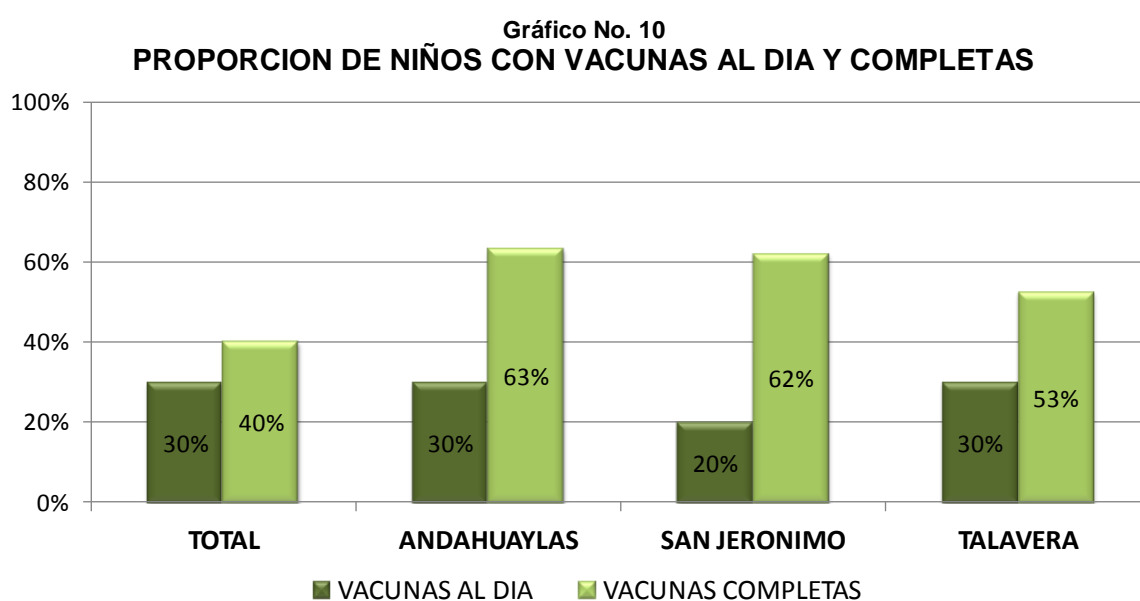
Por otro lado según esquema actual que incluye las vacunas antes mencionadas y además las vacunas anti hepatitis B, haemophilus, anti amarilica, antineumococcica y rotavirus, tenemos menor cobertura.

Para el monitoreo del cumplimiento del esquema de vacunación se usa dos metodologías, la primera que se mide en los menores de 12 meses en que se establece

la oportunidad con que se colocan las vacunas es decir las **vacunas al día**. Para el caso de los niños de 12 meses o más se espera que se cumpla el esquema completo y se mide **vacunas completas**.

En el gráfico se reporta vacunas al día para los menores de 12 meses y vemos que solo el 30% de los niños completan las vacunas para su edad, mientras que los mayores de 12 meses solo se alcanzan una cobertura de 40%.

La información que se muestra respecto a la situación de las vacunas discrepa con los resultados mostrados en la evaluación desarrollada por la Dirección de Salud pues consideramos que la metodología de cálculo difiere, pues para el presente estudio se realiza de manera longitudinal y el análisis que se realiza en la DISA es a través de un conteo de las dosis cumplidas.



Morbilidad

Los niños son los más afectados por la falta de cuidados en el hogar, pues son los miembros de la familia que presentan mayor vulnerabilidad frente al riesgo de adquirir enfermedades infecciosas tales como la neumonía que es una enfermedad que afecta severamente a la infancia y es la segunda causa de mortalidad infantil, y se tiene la diarrea considerada la cuarta causa de mortalidad infantil.

La ocurrencia frecuente de episodios de enfermedades infecciosas y enfermedades respiratorias durante la infancia no es solo una amenaza para la supervivencia infantil, sino que también afecta seriamente las condiciones de salud de la niñez.

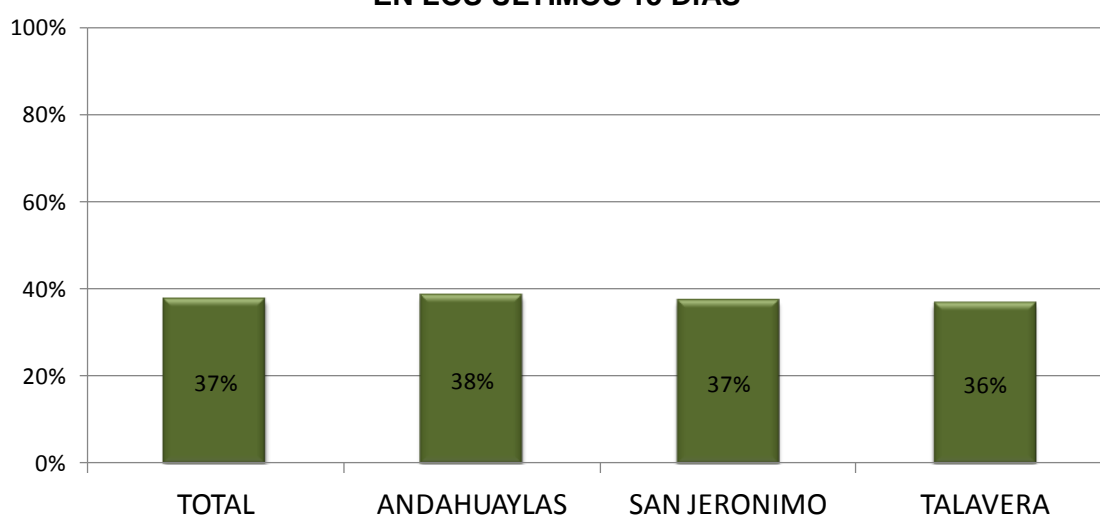
Con una incidencia promedio de entre cuatro y seis episodios anuales, tanto la diarrea como los episodios de enfermedad respiratoria dificultan la alimentación del niño que contribuye a deteriorar su estado nutricional y a dificultar que este reciba los nutrientes esenciales para su crecimiento y desarrollo. Las enfermedades frecuentes también

afectan la movilidad y la interacción del niño con otras personas y, por lo tanto, contribuyen a retrasar la adquisición de habilidades motoras, sociales y de lenguaje.

Tomando en cuenta lo descrito anteriormente podemos darnos cuenta que la situación de salud de los niños menores de 5 años evaluados enfrenta una situación crítica pues, como se observa en el siguiente gráfico, la prevalencia de Infección Respiratoria supera casi en 3 veces la prevalencia Nacional que es 14% para menores de 5 años y supera también el 10% reportado para el departamento de Apurímac.

Por lo descrito anteriormente la prevalencia está muy por encima de lo reportado para el país y departamento, lo que nos llama a reflexionar acerca del tipo de intervención que debemos realizar pues va mas allá de solo lo relacionado al clima sino está más directamente vinculado al entorno, que como hemos visto los niños se enfrentan a las inclemencias climáticas y la contaminación del ambiente es alta por las costumbres en la forma de cocinar por ejemplo, pues tenemos un uso de leña como combustible para cocinar del 65% de los hogares del ámbito y el 26% quema la basura.

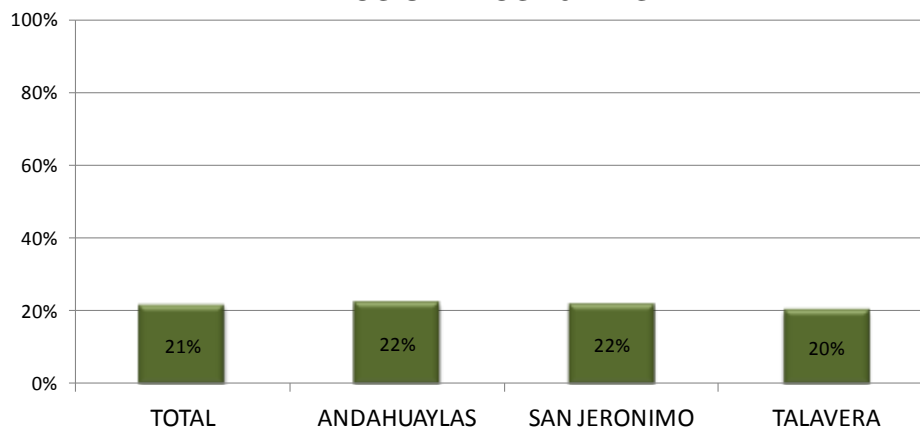
Gráfico No. 11
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS



Mencionamos antes que la diarrea, al igual que la Infección respiratoria aguda, es una de las principales causas de mortalidad de los niños y niñas que viven en medio de pobreza, la que se asocia la educación insuficiente de la madre y el saneamiento inadecuado.

En este sentido la diarrea es adversa para los niños pues la prevalencia para el área evaluada es de 21% que supera en casi el doble el 12% de prevalencia a nivel nacional de diarrea para menores de 5 años y la prevalencia de 14% para menores de 5 años en el departamento de Apurímac.

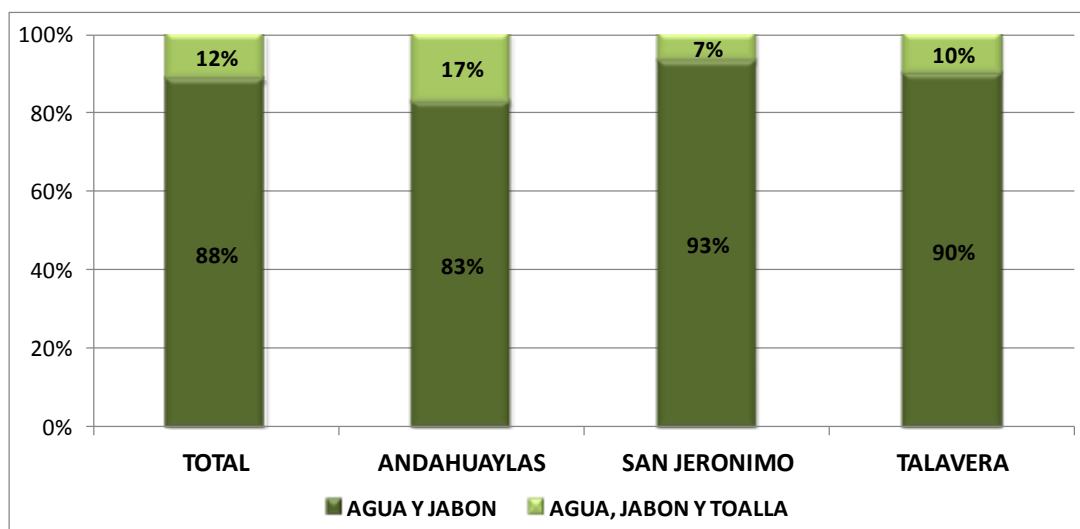
Gráfico No. 12
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS



Una de las estrategias planteadas por la OMS para afrontar las infecciones causadas por deficiencias en la higiene es el lavado de manos.

Entre los criterios que aproximan a determinar la práctica es la disponibilidad de los recursos necesarios para una adecuada práctica. Según la información obtenida tenemos que el 85% de los hogares evaluados tiene el espacio para el lavado de manos en el patio, y si observamos el gráfico siguiente podemos observar la disponibilidad de los recursos se da en el 88% de las madres por lo menos al agua y jabón, lo que indicaría que esta no representa una barrera en la higiene de las manos.

Gráfico No. 13
PROPORCIÓN DE HOGARES SEGÚN RECURSO CON QUE CUENTA PARA EL LAVADO DE MANOS



Si observamos las prácticas relacionadas a los momentos críticos, a partir de la referencia de la propia madre, tenemos que si bien se refiere el momento de contacto con los alimentos en 84%, la práctica referida durante el contacto con elementos contaminantes como con la basura o elementos contaminantes solo es referida por un tercio de las madres.

Tabla No. 14
PROPORCION DE MADRES SEGÚN LOS MOMENTOS DE LAVADO DE MANOS

DESCRIPCION	TOTAL	ANDAHUAYLAS	SAN JERONIMO	TALAVERA
Antes o después de tener contacto con alimentos	84%	86%	78%	87%
Antes de dar de lactar o comer al niño	34%	32%	40%	29%
Después de ir al baño	27%	28%	19%	33%
Después de contacto con basura	30%	23%	38%	29%

Como parte de los aspectos evaluados se indagó respecto al uso de los servicios de salud frente a un evento de enfermedad y tenemos que el 77% indica haber buscado ayuda en un establecimiento de salud ante la presencia de enfermedad y 77% de estos en un establecimiento de salud.

Para el caso de los que no buscaron ayuda mencionaron entre las causas el que no era necesario en 50%, la falta de tiempo en 25% y en problemas relacionados al personal de salud entre las causas de no buscar ayuda.

Tabla No. 15
PROPORCIÓN DE MADRES SEGÚN RAZONES POR LAS QUE NO BUSCARON AYUDA ANTE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE LOS NIÑOS

	n	No fue necesario	No confía en personal de salud	Personal da maltrato	No tenía tiempo
TOTAL	39	50%	15%	15%	25%
ANDAHUAYLAS	19	53%	21%	16%	5%
SAN JERÓNIMO	14	50%	7%	7%	50%
TALAVERA	7	43%	14%	29%	29%

Estado Nutricional

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar (11). Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, etc.) y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el

desarrollo de los países. Por ello la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico (12).

En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para los cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

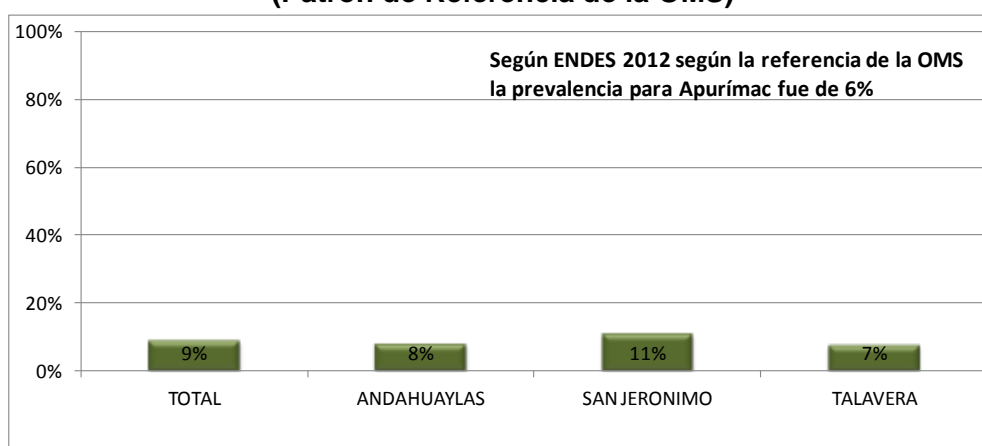
En el presente informe al igual que en la ENDES 2012, la clasificación del estado nutricional se ha realizado tomando en cuenta el Patrón de Crecimiento de la Organización Mundial de la Salud que ha sido elaborado sobre la base de niñas y niños que estuvieron en un entorno óptimo para el crecimiento, prácticas de alimentación recomendadas para lactantes, niñas y niños pequeños, buena atención de salud, madres no fumadoras y otros factores relacionados.

Los puntos de corte utilizados son de -2Z para la desnutrición global aguda y crónica.

Desnutrición Global

La desnutrición crónica es el estado en el cual los niños tienen pero menor al esperado para su edad y sexo. Respecto a este indicador tenemos a nivel general que el 9% de los niños presentan esta condición y a nivel distrital no existen diferencias muy marcadas a nivel del distrito.

Gráfico No. 14
PREVALENCIA DE DESNUTRICION GLOBAL SEGÚN DISTRITO
(Patrón de Referencia de la OMS)

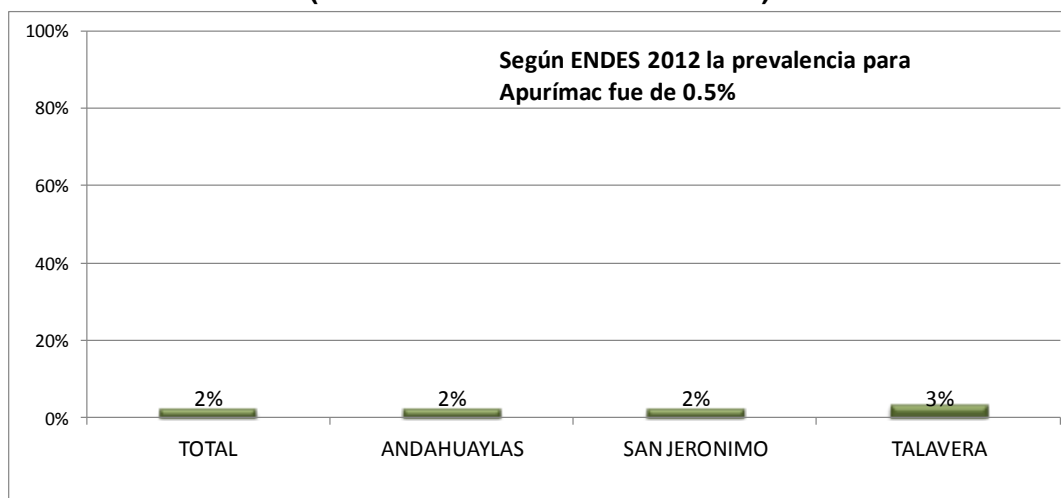


Desnutrición Aguda

La desnutrición aguda es el estado en el cual los niños tienen un peso menor al esperado para su talla y sexo según los parámetros de referencia. La desnutrición aguda refleja una reciente carencia de ingesta de alimentos (consumo de energía limitada) o la presencia de enfermedades recientes (en especial la diarrea) o la presencia de ambas

En lo relacionado a la desnutrición aguda tenemos que existe una gran diferencia entre lo reportado por la ENDES el 2012.

Gráfico No. 15
PREVALENCIA DE DESNUTRICION AGUDA SEGÚN DISTRITO
(Patrón de Referencia de la OMS)

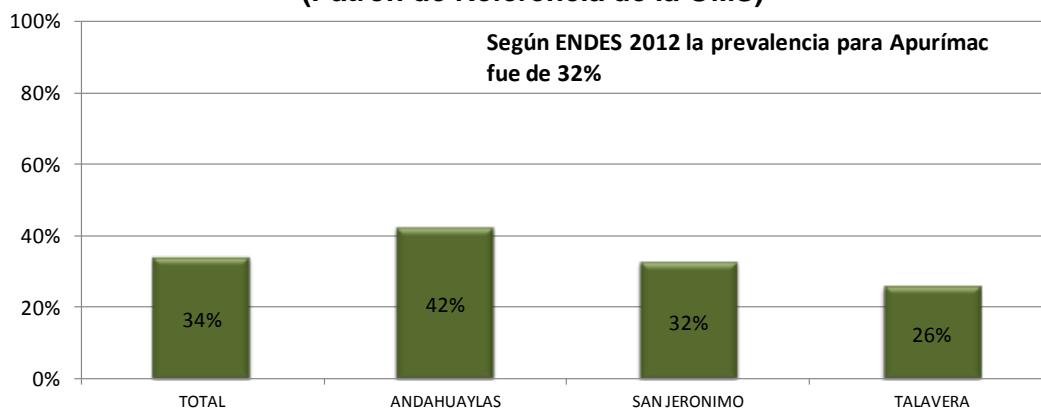


Desnutrición Crónica

La desnutrición crónica es el estado en el cual los niños tienen una baja estatura con relación a su edad y sexo según los patrones de referencias. Esta situación refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas o infecciones respiratorias) y, de la interacción entre ambas.

En ese sentido en el siguiente gráfico se muestra los resultados de Desnutrición Crónica y podemos observar que la situación del área evaluada a nivel general es similar a la prevalencia para Apurímac según la ENDES (4) y las diferencias se muestran a nivel distrital que reporta 42% para Andahuaylas, 32% para San Jerónimo y 26% para Talavera.

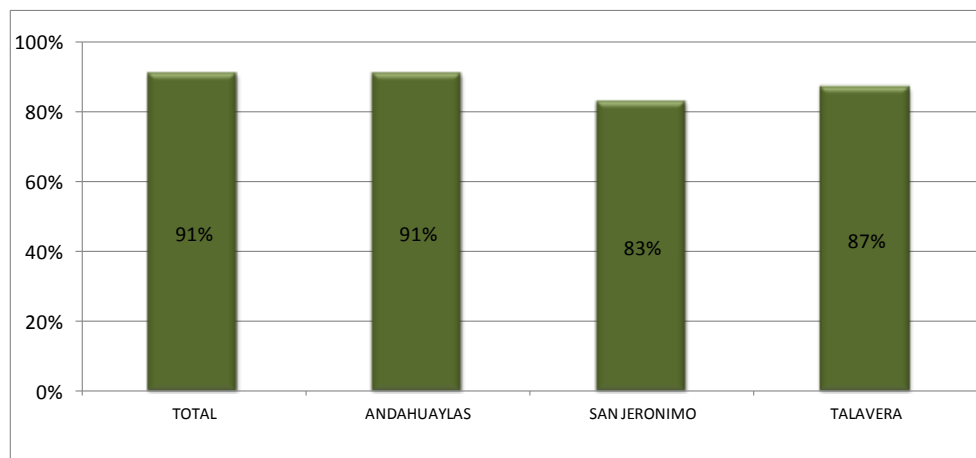
Gráfico No. 16
PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEGÚN DISTRITO
(Patrón de Referencia de la OMS)



Desnutrición Crónica y características de la madres

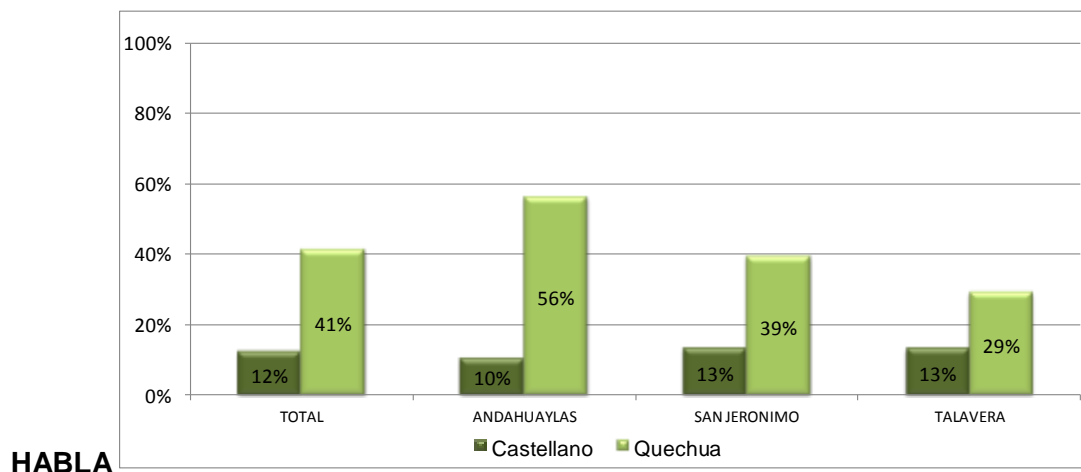
Para un mejor entendimiento de la problemática de la desnutrición, considerando que está relacionado no solo a la alimentación de los niños sino a todo su entorno, en ese sentido una de las variables que se han observado en relación a la desnutrición crónica es el idioma de la madre, al respecto en el grafico siguiente podemos observar que más del 80% de los niños con desnutrición crónica tiene a su madre cuya lengua materna es el quechua, y como se indico anteriormente al describir la importancia de la variable idioma en la aprehensión de los contenidos de la capacitación.

Gráfico No. 17
PROPORCION DE MADRES QUE HABLAN QUECHUA QUE TIENEN UN NIÑO CON DESNUTRICION CRONICA



Si observamos el mismo indicador en las madres que hablan español podemos ver que las diferencias son muy marcadas pues mientras que a nivel general el 10% de las madres que hablan español tiene un niño con desnutrición crónica, el 41% de las que hablan quechua tienen un niño con esta condición. Diferencias similares se observan para los distritos evaluados.

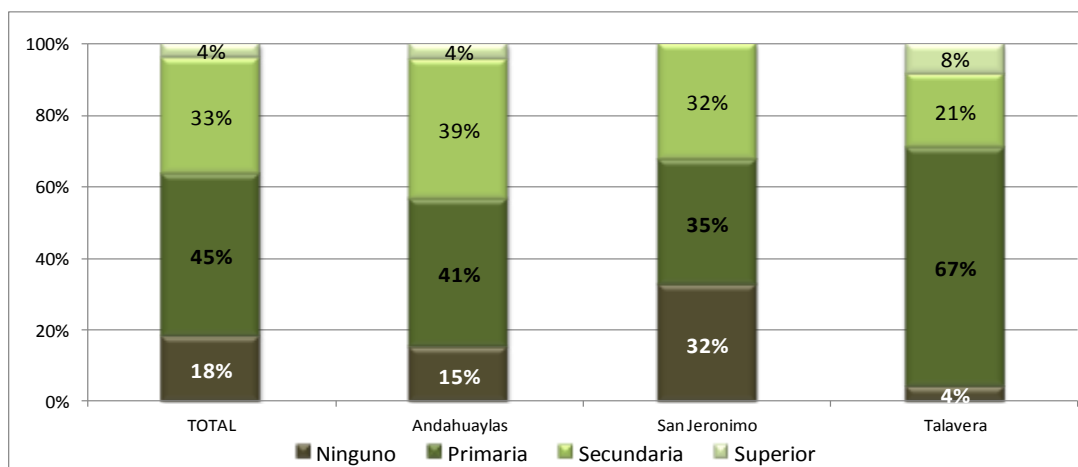
Gráfico No. 18
PROPORCION DE MADRES QUE TIENEN NIÑOS CON DESNUTRICION CRONICA SEGÚN IDIOMA QUE



HABLA

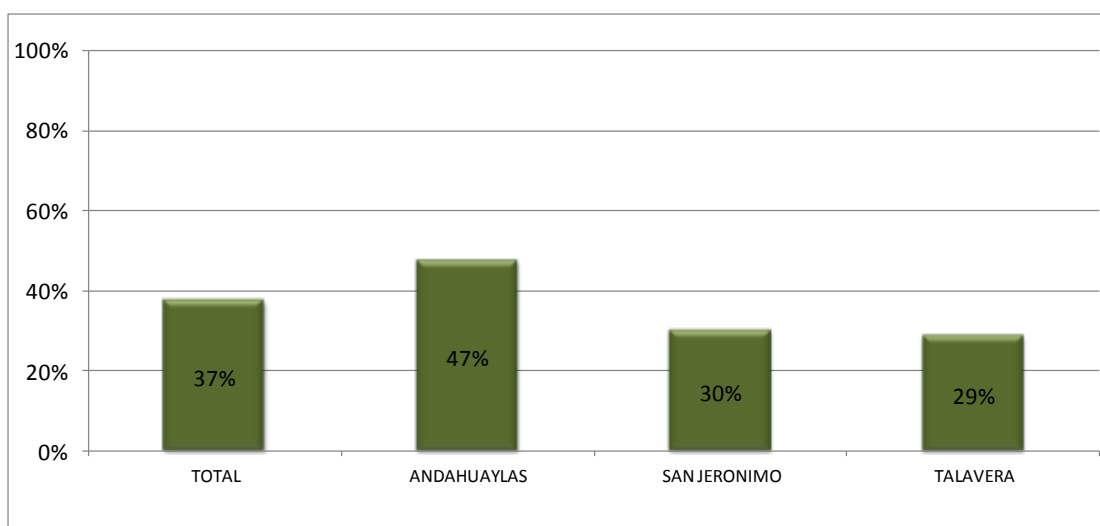
Cuando se observa la información según el nivel de instrucción de la madre, tenemos que 63% ha alcanzado máximo algún grado de primaria, la situación a nivel distrital es similar con algunas diferencias no tan marcadas como el caso de Talavera.

Gráfico No. 19
DISTRIBUCION DE MADRES QUE TIENEN UN NIÑO CON DESNUTRICION CRONICA
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCION



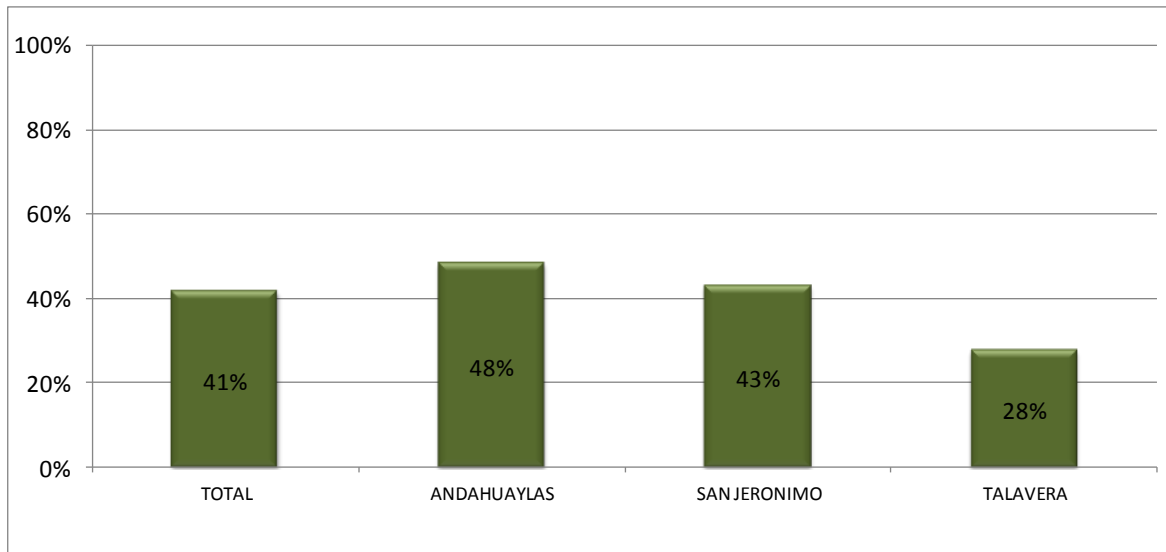
Respecto a la pobreza tenemos que de los niños con desnutrición crónica a nivel general el 37% era pobre o pobre extremo, a nivel distrital la diferencia más marcada se encuentra en Andahuaylas pues se reportó que el 47% de los niños con desnutrición crónica era pobre.

Gráfico No. 20
PROPORCION DE NIÑOS CON DESNUTRICION CRONICA QUE SON POBRES



Al observar la información de los niños reportados como pobres o pobres extremos según la condición de sus hogares, tenemos a nivel general que el 41% de los niños pobres tenía desnutrición crónica y a nivel distrital la diferencia más marcada se da en Talavera en que se reporta que el 28% de los niños pobres tienen desnutrición crónica.

Gráfico No. 21
PROPORCIÓN DE NIÑOS CON POBRES QUE TIENEN DESNUTRICION CRONICA



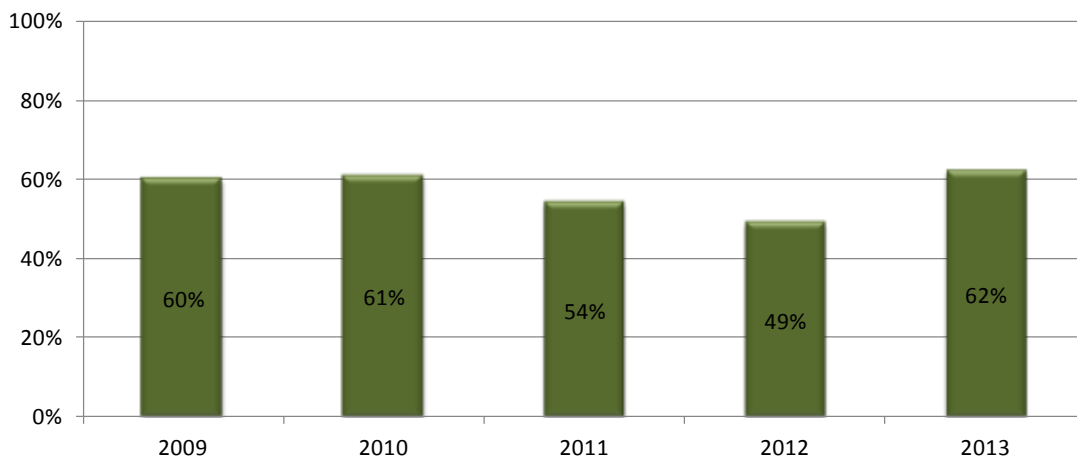
Anemia

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud.

Para el reporte del presente estudio se ha utilizado la información proporcionada por el Gobierno Regional de Apurímac a través de la Dirección de Salud Apurímac II.

En ese sentido tenemos que según la evolución desde el año 2009, a pesar que se reporta una buena demanda de los servicios por parte de la población, la prevalencia de anemia se ha incrementado de 49% a 62% entre el 2012 y 2013, Respectivamente, lo que nos llamaría a observar detenidamente la calidad de atención o el énfasis que se da durante la atención a la prevención de esta afección.

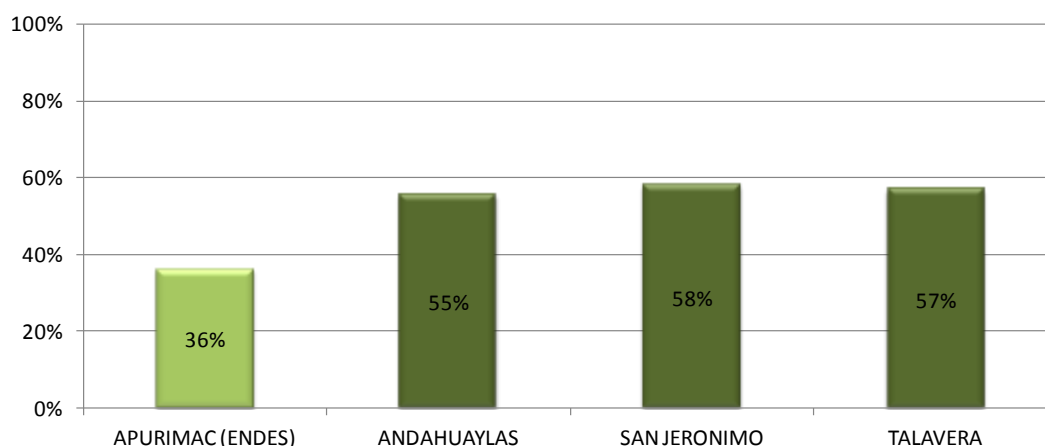
Gráfico No. 22
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA POR AÑO



Fuente: Evaluación de Gestión Presupuestal 2013 del Gobierno Regional Apurímac – DISA Apurímac II

La prevalencia de anemia es un indicador intermedio de evaluación del estado nutricional y en ese sentido tenemos que el 55% de los niños en el área de evaluación tuvieron algún nivel de anemia. Asimismo, la situación entre los distritos es similar pero está por encima del reportado en la ENDES 2012 (4) para el departamento de Apurímac.

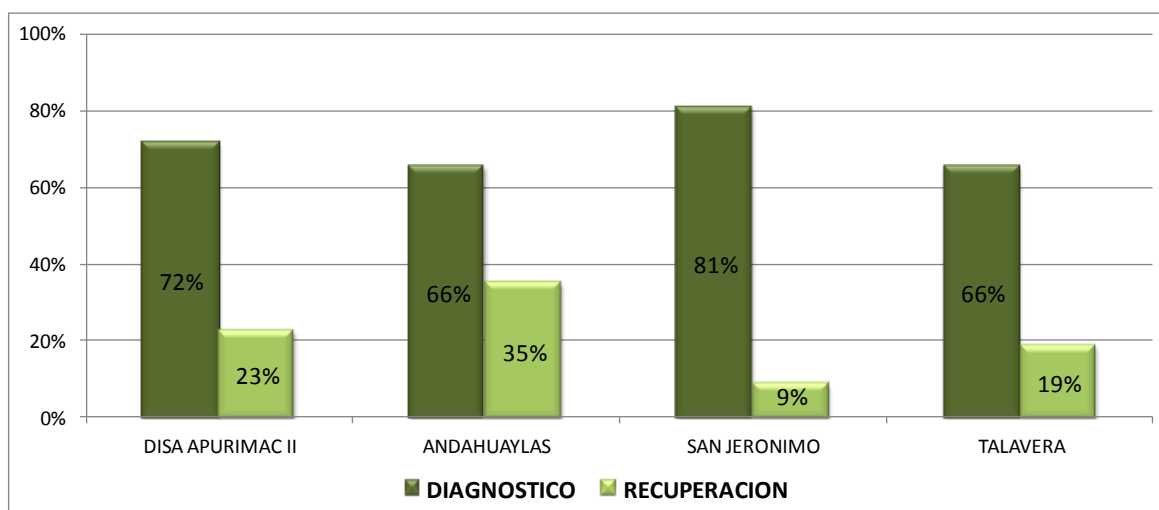
Gráfico No. 23
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA DURANTE EL AÑO 2013
SEGÚN DISTRITO



Fuente: Evaluación Anual de Indicadores de Gestión Operativa 2013 del Gobierno Regional Apurímac – DISA Apurímac II

En cuanto a los procesos inherentes al seguimiento de anemia, y tenemos que al 72% de los niños atendidos en la DISA Apurímac II se le realizó la determinación de hemoglobina, la información a nivel distrital es similar en Andahuaylas y Talavera pues reporta 66% y se reporta 81% de niños con diagnóstico en San Jerónimo. En el caso de la proporción de niños recuperados de anemia tenemos en general 23%, a nivel distrital se muestran diferencias pues se reporta Andahuaylas 35%, San Jerónimo 9% y Talavera 19%

Gráfico No. 24
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS QUE SE LES REALIZO DIAGNOSTICO Y
PROPORCION DE RECUPERADOS



Prácticas de Alimentación

La alimentación de un individuo es un proceso tan indispensable como la necesidad de dormir diariamente. Ambos procesos deben ser adecuados para que las personas se desarrollen y desempeñen como individuos saludables. La alimentación es una práctica diaria y con mucha variación dentro de cada persona y entre los individuos, variando aún más entre las diferentes regiones de un país y entre países. Los hábitos alimentarios de un individuo están definidos principalmente por su entorno familiar y social, en este mismo sentido se hereda la cultura de cuidado de los niños.

La tendencia de la alimentación de los niños también ha cambiado con el tiempo, la cual ha ido de la mano con los descubrimientos de la ciencia. Evidencia de ello son las diferencias generacionales, reflejadas en el estado nutricional, las enfermedades alérgicas y las enfermedades crónicas degenerativas que tienen relación con la alimentación durante los primeros años de vida.

Diversos artículos científicos han mostrado que la alimentación adecuada durante los primeros años de vida es uno de los múltiples factores que favorecen al desarrollo físico e intelectual adecuado de las personas. Existen diversos mensajes que se acostumbran a transmitir a las madres, para que alimenten adecuadamente a sus hijos, estos mensajes varían según la edad del niño, y aunque existen matices según la zona de residencia de las personas, en esencia se enfocan a las mismas ideas. Partimos de los primeros meses de vida del niño, el comportamiento esperado es recibir lactancia materna exclusiva durante todo ese periodo, dado los reconocidos beneficios de ésta.

Lactancia Materna Exclusiva

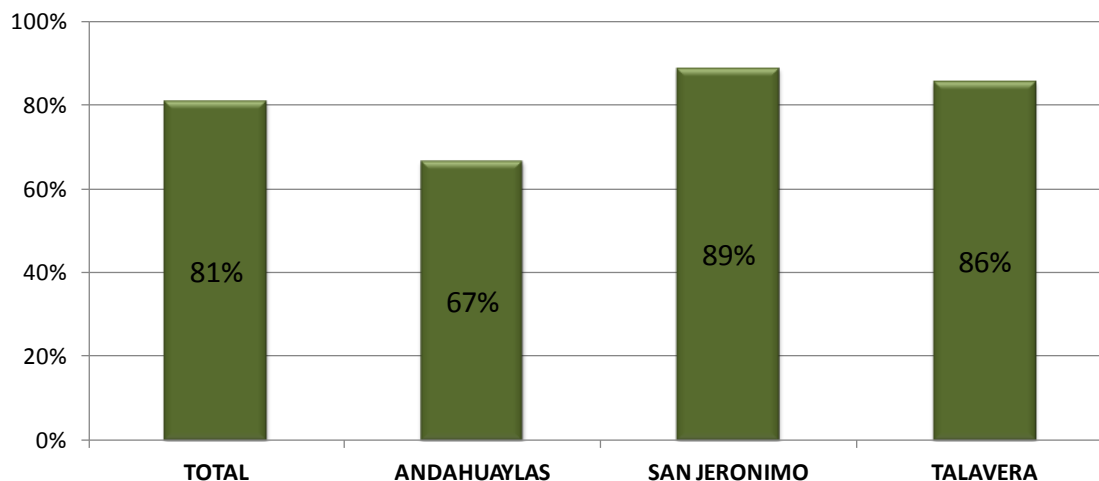
En el año 2002 la Organización Panamericana de la Salud resume en su publicación “Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de evidencia” (6) las múltiples experiencias sobre la práctica de alimentar a los niños con leche materna.

Los beneficios se presentan tanto para la madre como para el niño, en la madre destacan principalmente beneficios relacionados al cáncer de mama y de ovario. Mientras que en los niños la lista se hace mucho más larga, empezando por la morbilidad y mortalidad debido a enfermedades infecciosas agudas, el desarrollo infantil (estimulación y vínculo madre-niño), también enfermedades crónicas como obesidad, diabetes y cáncer; y los beneficios económico-familiares debido al ahorro en la alimentación del niño durante los primeros seis meses de vida.

Con todos estos beneficios reconocidos internacionalmente y popularmente la lactancia materna es un indicador requerido en las evaluaciones relacionadas tanto con nutrición como con salud.

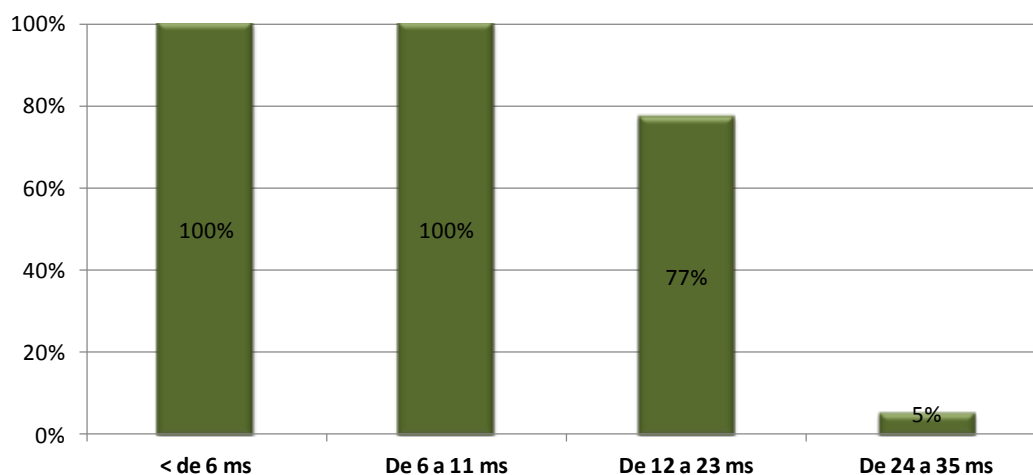
En el gráfico siguiente tenemos que el 81% de los niños menores de 6 meses del ámbito evaluado reciben lactancia materna exclusiva siendo menor la proporción en Andahuaylas que alcanza el 67%.

Gráfico No. 25
PROPORCIÓN DE MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



De acuerdo a la información recolectada la lactancia materna es una práctica que se extiende incluso hasta los dos años de edad que es favorable, según la recomendación del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) (5), siempre y cuando esta práctica no se constituya en la principal fuente de alimentos pues si bien es una práctica beneficiosa en muchos aspectos los niños a partir de los 6 meses tienen otros requerimientos que no se cubren solo con el pecho. En ese sentido si observamos la siguiente información tenemos que efectivamente esta práctica se da por lo menos en el 77% de los niños menores de 2 años.

Gráfico No. 26
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS QUE TOMA PECHO AL DIA DE LA ENTREVISTA



Alimentación Complementaria

El proceso de alimentación complementaria, es denominado así porque la leche materna sigue siendo uno de los alimentos principales y a partir de los 6 meses se vuelve insuficiente principalmente en el aporte energético. Las recomendaciones son, introducir alimentos semisólidos que complementen los nutrientes deficientes de la leche materna, según la edad y los requerimientos nutricionales de los niños. La leche materna en el segundo semestre de vida sigue siendo uno de los alimentos más importantes para los niños, pues lo provee de proteínas de alto valor biológico, hierro de las más alta bio disponibilidad, inmunoglobulinas, vitaminas entre otros. Durante este periodo, muchos de los niños dejan de recibir la leche materna y en su reemplazo ingresan otros alimentos, es la calidad de éstos, el elemento crucial para mantener una adecuada nutrición de los niños.

Respecto a las prácticas de inicio de la ablactancia tenemos que en general se inicia con el consumo de líquidos como agüitas, jugos y sopas y de las papillas que son de consistencia suave. Se reporta además a partir del año el consumo de alimentos tomados de la olla familiar pero triturada que se inicia a los 12 meses.

Tabla No. 16
MEDIANA DE EDAD EN MESES DE INICIO DE ALIMENTOS DIFERENTES A LA LECHE MATERNA

DESCRIPCION	mediana
Edad de inicio de consumo de agüitas	6 meses
Edad de inicio de consumo de jugos	6 meses
Edad de inicio de consumo de leche no materna	7 meses
Edad de inicio de consumo de caldos o sopas	6 meses
Edad de inicio de consumo de papillas	6 meses
Edad de inicio de consumo de la misma comida que los grandes	12 meses

Así como se establece que la lactancia materna exclusiva debe darse a los menores de 6 meses, los lineamientos contemplan que la alimentación debe considerar 5 aspectos fundamentales que son la edad, la consistencia de los alimentos, el número de veces al día y la cantidad además de considerar la higiene.

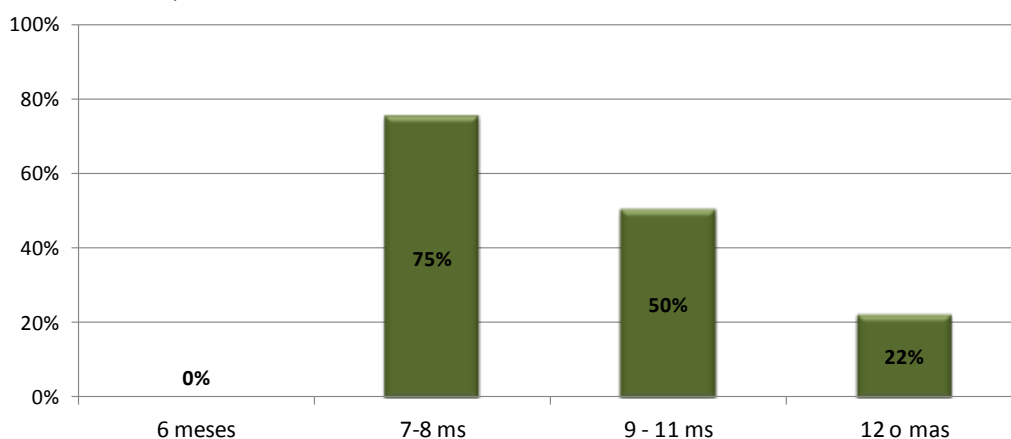
Para efecto de la presente evaluación se ha considerado para el análisis de la alimentación la edad, la consistencia y el número de comidas al día que recibe el niño según los siguientes criterios:

Tabla No. 17
INFORMACIÓN DE NÚMERO DE COMIDAS Y CONSISTENCIA DE LA MISMA SEGÚN GRUPO DE EDAD(5)

GRUPO DE EDAD	CARACTERÍSTICAS
Menores de 6 meses	Lactancia Materna Exclusiva
6 meses	2 comidas sólidas o semisólidas al día
De 7 a 8 meses	3 comidas sólidas o semisólidas al día
De 9 a 11 meses	3 comidas principales + 1 comida complementaria (ambas solidas o semisólidas)
De 12 a 24 meses	3 comidas principales + 2 comidas complementarias (ambas solidas o semisólidas)

Según los parámetros descritos se analizó la información de la presente línea de base y en el gráfico siguiente observamos que básicamente la alimentación se inicia a partir de los 7 meses y que a medida que los niños crecen la proporción de los que cumplen los criterios es menor.

Gráfico No. 27
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBE ALIMENTACIÓN SEGÚN SU EDAD, CONSISTENCIA Y NUMERO DE VECES AL DIA SEGÚN EDAD

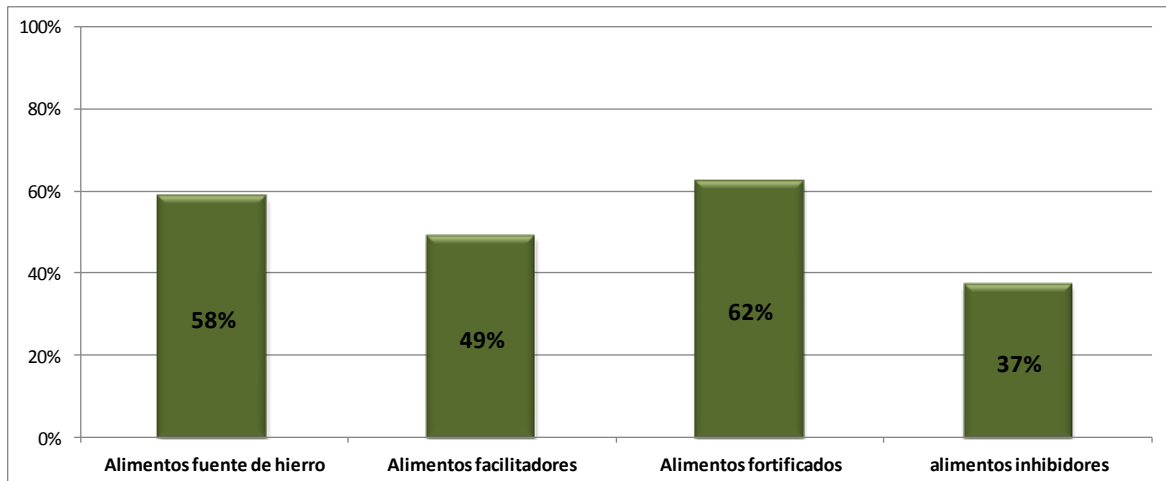


Frecuencia de Consumo

Como parte de las conductas esperadas para la prevención de anemia se considera el consumo de alimentos ricos en hierro, en ese sentido durante la evaluación se ha incluido la observación de frecuencia de consumo de Alimentos fuente de hierro, inhibidores y facilitadores de la absorción y el consumo de alimentos fortificados. El periodo de referencia correspondió a la semana previa a la entrevista.

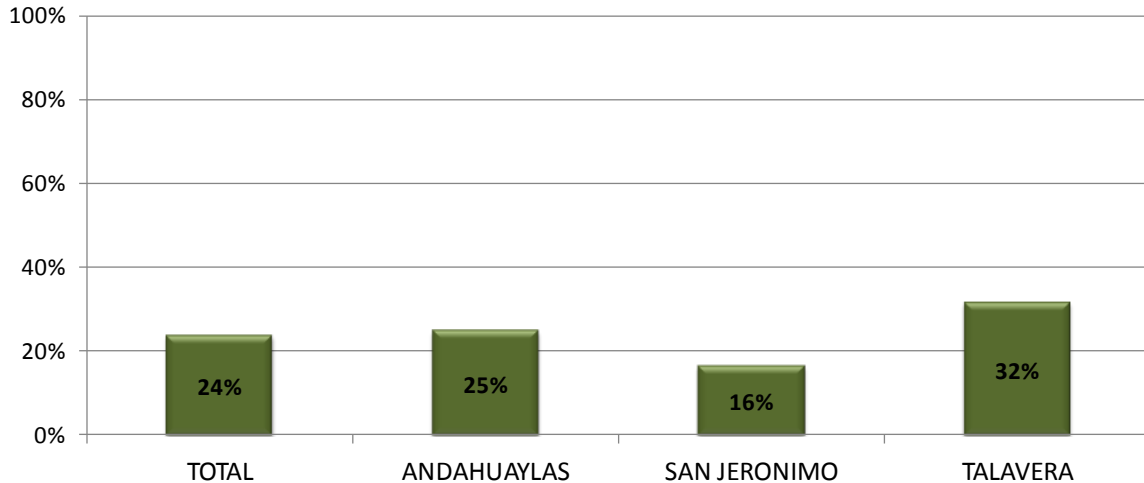
En ese sentido tenemos que el 58% refiere haber consumido alimentos fuente de hierro, 49% alimentos facilitadores de la absorción de hierro, 62% alimentos fortificados y 37% alimentos inhibidores-

Gráfico No. 28
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS QUE CONSUMIERON ALIMENTOS EN LA SEMANA PREVIA A LA ENTREVISTA SEGÚN TIPO



Según los datos generales podemos observar el cumplimiento de los criterios en los niños entre 6 y 59 meses es de 24% y si observamos a nivel distrital tenemos una proporción de cumplimiento menor en San Jerónimo y por encima en Talavera, pero sin embargo no alcanza ni a un tercio de los niños que cumplan estos criterios.

Gráfico No. 29
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBE ALIMENTACION SEGÚN SU EDAD, CONSISTENCIA Y NÚMERO DE VECES AL DÍA



5.INDICADORES DE LÍNEA DE BASE

El INEI alineándose a las políticas nacionales y como institución rectora del Sistema de Información Nacional puso a disposición una publicación que muestra los Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2007-2013. (7)

El presente estudio corresponde a una línea de base sin contemplar una intervención específica por lo que para fines de ilustrar la situación actual de los menores de 5 años se muestra el valor de los indicadores del Programa Articulado Nutricional (PAN) a partir de la información de este estudio.

Para la construcción de la siguiente tabla se ha utilizado como fuente de información el documento mencionado para el ámbito nacional y el regional y para el ámbito de la línea de base se ha usado la información recolectada y la fuente local.

Tabla No. 18
INDICADORES DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

INDICADOR	INEI NACIONAL	INEI APURIMAC	LÍNEA DE BASE
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (OMS)	17.5%	28.6%	33.7%
Proporción de niños entre 6 a 35 meses con anemia	46.4%	48.4%	66.2%*
Proporción de niños entre 6 a 35 meses que recibieron suplemento de hierro	23.6%	45.5%	76.0%*
Proporción de niños con bajo peso al nacer	7.8%	6.7%	3.9%*
Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	72.3%	90.7%	80.9%
Proporción de menores de 3 años con IRA las últimas dos semanas	14.8%	14.6%	38.6%
Proporción de menores de 3 años con EDA las últimas dos semanas	13.7%	20.8%	28.4%
Proporción de menores de 3 años con vacunas básicas completas	67.6%	74.7%	69.0%
Proporción de menores de 1 año con vacunas al día	64.3%	76.0%	27%
Proporción de hogares con acceso a agua tratada	95%	99.6%	99%
Proporción de hogares con saneamiento básico	90.2%	81.2%	93.2%
Proporción de hogares rurales con saneamiento básico	75.4%	75.0%	89%

*FUENTE: Evaluación Anual de Indicadores de Gestión Operativa 2013 – DISA APURIMAC II

6.PROPUESTA DE INTERVENCION

6.1 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Objetivo General

El impacto esperado de la presente propuesta de intervención es contribuir para la disminución de la Desnutrición Crónica en el ámbito intervenido, y el efecto directo esperado es la disminución de la prevalencia de anemia de los menores de 5 años.

Objetivos Específicos

- Mejorar prácticas, comportamientos nutricionales y cuidado de salud.
- Fortalecer los servicios de salud para la atención de la gestante y los niños menores de 5 años.
- Implementar actividades para disminución de anemia en niños menores de 5 años.
- Fortalecer la gestión local en nutrición y salud.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Resultado 1: Mejorar prácticas, comportamientos nutricionales y cuidados de salud

Tomando como referencia la línea de base desarrollada se ha evidenciado que existe demanda por los servicios de atención a los niños menores de 5 años, pues existe coberturas altas de control pre natal, control de crecimiento y desarrollo, vacunación, etc. Sin embargo al hacer una revisión de la calidad de la atención en términos de cumplimiento de las normas mínimas de atención los resultados no son tan favorables.

En este sentido se evidencia la necesidad de reforzar las acciones para la mejora de las prácticas en salud y nutrición.

- Inicialmente al personal de salud en AIEPI comunitario y el manejo de las normas técnicas para la atención de los niños y gestantes, articulando la atención en la preconcepción, control prenatal, parto integral, crecimiento, desarrollo y vacunación. Integrado a estrategias de desparasitación, suplementación con sulfato ferroso y micronutrientes con la finalidad de que todos los establecimientos de salud manejen los mismos criterios.
- Se propone promover la participación de la población de las comunidades mediante la elección de promotores de salud que participen de la capacitación y que permita el desarrollo de una red de apoyo a la población para la adopción de prácticas de salud y alimentación.
- Para la capacitación de la población en general y en particular a las madres de menores de 5 años, se debe considerar el desarrollo capacitación empleando diferentes metodologías como sesiones educativas grupales, sesiones educativas individuales y sesiones demostrativas. Con la finalidad de generar cambios de comportamiento en la población frente a la nutrición y alimentación.
- En esta capacitación debe considerarse también a las personas representativas de la comunidad, de tal manera que los mensajes que se emitan a partir de todos los actores sean consistentes.

Vigilancia del estado nutricional del niño y de la gestante

Como se mencionó anteriormente la demanda de las gestantes por el control pre natal y por el control de crecimiento y desarrollo es alto en los establecimientos de salud, para la vigilancia nutricional hay que considerar lo siguiente:

- Que el personal de salud esté en condiciones no solo de realizar el diagnóstico sobre el estado nutricional de los niños y gestantes sino también en condiciones de brindar la

consejería de acuerdo a las necesidades, tomando en consideración las características de la madre y/o cuidadora.

- Se debe contemplar la implementación de un sistema de seguimiento a los niños que no acudan a la atención, se sugiere involucrar a la red de apoyo conformado por los promotores de salud y personas representativas de la comunidad.

Suministro y seguimiento al consumo de micronutrientes a niños menores de 5 años y gestantes

Según la información disponible de la DIRESA Apurímac II el 76% de los niños han recibido suplemento de hierro (sulfato ferroso) durante el año 2013, sin embargo según esta misma fuente la proporción de niños se ha incrementado entre los años 2012 y 2013.

Según las propias referencias de las madres respecto al abandono del tratamiento se dan por lo prolongado del tratamiento, y las manifestaciones tanto en los dientes como en las heces de los niños.

Otro aspecto que interfiere en la adherencia al tratamiento con sulfato ferroso es la dosis por día que el niño debe ingerir; la dosis mínima para un niño pequeño es de 1.5 cucharaditas y si hablamos de un niños de más de 15 Kg es de hasta 3 cucharadas por dosis.

En ese sentido, dada la magnitud del problema y la importancia de la resolución de este problema en la lucha contra la desnutrición, se propone implementar una intervención específica en ese sentido, para ello hay que tomar en cuenta algunas actividades como:

- Capacitación específica al personal de salud para el tratamiento de la anemia que se inicia con el aprendizaje de las técnicas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Revisión de la normativa que permitiera incluir los detalles para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento que permita el uso de estos en todos los niveles, personal profesional, técnico y promotores de salud.
- Respecto al tratamiento hay que reconsiderar el cambio del medicamento para el tratamiento considerando el costo beneficio de esto.
- Según experiencias acerca de la adherencia al tratamiento con sulfato ferroso es necesario que este se realice con una campaña de comunicación.
- Es importante establecer un sistema de seguimiento que permita garantizar que se cumpla el tratamiento. Para esta estrategia además del personal de salud es necesario involucrar a la comunidad a través de los promotores y/o a través de los líderes locales.

Elaboración y difusión de material comunicacional

Uno de los determinantes de la desnutrición infantil está relacionado a las prácticas de cuidado de la salud, nutrición y alimentación de las madres durante el embarazo, las cuales, cuando son deficientes están asociadas a casos de niños con bajo peso al nacer y con otros riesgos a su salud. Factores como la suplementación con fierro y ácido fólico, un entorno saludable que reduce los riesgos de enfermedades, el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo y parto y el acceso a servicios de salud de calidad son los pilares para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.

De la misma manera, prácticas deficientes en la alimentación del niño pequeño son causantes directas de la desnutrición infantil, por lo que se debe promover la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la alimentación complementaria adecuada (frecuencia, consistencia, cantidad, combinación de alimentos, consumo de alimentos de origen animal).

Para promover buenas prácticas de salud y nutrición en las familias se propone capacitar personal de salud y promotores de salud en AIEPI comunitario. Se pedirá a las comunidades que presenten sus promotores de salud elegidos por ellos y de no contar con un promotor activo que se elija en asamblea comunal. La capacitación debe incluir un componente de práctica de visitas domiciliarias y consejería que debe medirse para establecer el nivel de aprendizaje. Dado que se espera que la labor sea voluntaria es necesario que los participantes se involucren.

Las visitas domiciliarias a las familias deberían ser realizadas por promotores de salud y/o personal de salud, que permita hacer seguimiento de las prácticas de salud promovidas y el seguimiento del tratamiento para la anemia.

Además las familias con niños menores de 5 años deberían participar en sesiones grupales educativas y sesiones demostrativas de preparación de alimentos y lavado de manos en grupos pequeños de madres para garantizar un buen aprendizaje.

Como reforzamiento de mensajes se debería contar además con un conjunto de actividades de movilización social como concursos, participación en ferias distritales, uso de teatro popular y organización de movilizaciones en espacios públicos y centros educativos de mayor cobertura poblacional. Se debe involucrar a la municipalidad y otras instituciones para estas actividades masivas comunitarias. Se debe promover también la suma de radioemisoras de alcance local y medios alternativos para la difusión de los mensajes (se buscará contrapartida de la Municipalidad o radios locales para la difusión de mensajes radiales en el idioma local).

Resultado 2: Fortalecimiento de los Servicios de Salud

Se propone capacitar al personal de salud para una mejor atención integral de los niños, especialmente en los servicios de Crecimiento y Desarrollo y Nutrición. La capacitación debe basarse en las necesidades de capacitación que deberían ser identificadas mediante una evaluación de procedimientos a nivel de EESS. Se debería considerar dotar, previo diagnóstico situacional, de equipos de antropometría e insumos para la evaluación del desarrollo infantil y de determinación de hemoglobina (de no contar con ellos). Se debe articular los Programas Sociales para asegurar que todos los niños beneficiarios reciban el Control de Crecimiento y Desarrollo, colocación de vacunas, atenciones de salud de requerirlo. Durante las visitas domiciliarias se debe chequear si las gestantes acuden a sus controles prenatales y reciben y consumen sulfato ferroso.

Es necesario preparar protocolos de atención para niños con anemia y que involucren la suplementación con hierro, además es necesario considerar las campañas de desparasitación y se debe organizar la distribución de antiparasitario y micronutrientes.

Según la experiencia de otras intervenciones la demanda de atención por suplementación o tratamiento para anemia y desparasitación es baja por lo que se sugiere establecer un sistema de seguimiento más estrecho para el logro de los objetivos.

Resultado 3: Mejora de la gestión local en salud y nutrición

Este resultado es muy importante para la sostenibilidad de la intervención y se partirá de hacer incidencia con las autoridades locales, funcionarios del sector salud y programas sociales y población general sobre la importancia de reducir la desnutrición y la anemia en sus comunidades y distritos. Para fortalecer el seguimiento y la implementación de actividades se constituirá la Instancia de articulación local donde se establezca el plan de salud y nutrición.

- Se propone implementar un sistema de acompañamiento técnico para mejorar la gestión local en salud y nutrición, mediante la instalación de la Instancia de Articulación Local y la elaboración del plan de salud y nutrición.
- Además también acompañamiento técnico para la mejora de la gestión comunal en salud y nutrición, mediante la articulación con la Instancia de articulación local mediante la implementación de instrumentos de gestión y organización comunal que promuevan la salud y nutrición.
- Desarrollar reuniones de información y motivación con actores locales, a través de la difusión de los resultados del diagnóstico en Salud y Nutrición y la elaboración del Plan de intervención sobre los determinantes a nivel local.

- Realizar el acompañamiento en espacios de concertación para promover la salud y nutrición, promover la realización de mesas temáticas en Salud y nutrición del niño, con énfasis en CRED, Anemia, parasitosis, Alimentación y Suplementación. Asimismo se debe de realizar un acompañamiento al proceso de presupuesto participativo.
- Se propone brindar asistencia técnica para que se utilice desde el gobierno local el Plan de incentivos municipales (PIM) a través del cual el MEF busca fortalecer la participación de los Gobiernos locales para mejorar las condiciones de vida de la población priorizada destinando recursos al gobierno local para intervenciones como Fortalecimiento de Casas maternas, Implementación de Centros de Vigilancia Comunitaria, Abastecimiento y Consumo de agua segura, Promoción de Lavado de manos entre otros.
- Además debería darse asistencia técnica a nivel del sector salud para el Presupuesto por resultados (PPR) en el PPE nutrición y en el de salud materno-neonatal.

Resultado 4: Monitoreo de la Intervención

Como parte de la intervención es necesario establecer un componente de monitoreo que no solo haga seguimiento del cumplimiento de las actividades sino también el seguimiento de los resultados que se logran.

Para poder lograr un buen sistema de monitoreo además de la capacitación de los operadores en este componente es necesario diseñar instrumentos que faciliten el seguimiento longitudinal de los niños y de ser posible utilizar sistema informáticos disponibles para la generación de reportes que faciliten el trabajo de los operadores de la intervención.

6.3 RESULTADOS ESPERADOS

A continuación se detallan los indicadores claves que medirán los logros del proyecto, el indicador de Desnutrición crónica se evaluará a través de antropometría y Anemia en gestantes y niños menores de 5 años se medirá con dosaje de hemoglobina

Los demás indicadores como prevalencia de diarrea, prácticas de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, lavado de manos, cobertura de vacunas, control de crecimiento y desarrollo, parto institucional, consumo de Sulfato ferroso, reconocimiento de signos de peligro en el niño enfermo, consumo de agua segura, se medirán semestralmente a través del Monitoreo interno del proyecto, además de un valor inicial en la Línea de base y un valor final en la Evaluación final del proyecto.

INDICADOR	DEFINICIÓN
Prevalencia de Desnutrición aguda y crónica en menores de 5 años según la referencia de la OMS.	Porcentaje de niños menores de 5 años con índice de talla/edad menor a -2 Z, según las tablas de referencia internacional de la OMS, del total de niños menores de 5 años en las comunidades participantes del proyecto.
Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años por deficiencia de hierro al final de la intervención.	Se considera niños con anemia a aquellos que presentan valores de hemoglobina por debajo de puntos de corte para rangos de edad. Se utilizan valores de hemoglobina corregidos por altitud.
Prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años	Porcentaje de casos de EDA en los últimos 15 días antes del recojo de este dato, a los niños menores de 5 años de edad.
Porcentaje de familias de niños menores de 5 años que reciben tratamiento antiparasitario.	Porcentaje de familias de niños menores de 5 años que reciben medicamento antiparasitario.
Porcentaje de familias con recursos para el lavado de manos	Porcentaje de familias para menores de 5 años que disponen con recursos para el lavado de manos
Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 6 meses de edad	Porcentaje de niños entre 0 y 6 meses que permanecen tomando leche materna y que no han iniciado el consumo regular de otros líquidos o alimentos sólidos/semisólidos.
Proporción de niños de 6 meses o más con alimentación complementaria adecuada	Porcentaje de niños beneficiarios de 6 años o más que reciben: El número adecuado de comidas al día La cantidad adecuada de comida por cada tiempo de comida

	<p>Que la consistencia de la comida que recibe el niño fuera solida y semi solida</p> <p>Que reciba la consejería adecuada sobre la alimentación.</p>
Porcentaje de niños menores de 5 años con control de Crecimiento y desarrollo con la frecuencia según las normas	Porcentaje de niños que han participado en el proyecto y que por lo menos tienen un monitoreo semestral del crecimiento y desarrollo.
Porcentaje de niños menores de 5 años con evaluación de desarrollo psicomotor	Porcentaje de niños menores de 5 años que recibieron evaluación del desarrollo psicomotor.
Porcentaje de niños menores de 1 año con vacunas al día para su edad	Porcentaje de niños menores de 1 año con vacunas al día para su edad del total de menores de 1 año.
Porcentaje de niños de niños de 12 a 59 meses protegidos	Porcentaje de niños de 12 a 59 meses con vacunación completa de acuerdo a su edad.
Porcentaje de madres de niños menores de 5 años que conocen 4 o más signos de peligro en el niño enfermo	Porcentaje de madres de niños menores de 5 años que reconocen al menos 4 signos de peligro en el niño enfermo.
Prevalencia de anemia en gestantes	Se considera gestantes con anemia a aquellas que presentan valores de hemoglobina por debajo del punto de corte para este estado fisiológico (Mujeres mayores o iguales a 15 años embarazadas < 11). Se utilizan valores de hemoglobina corregidos por altitud.
Porcentaje de madres gestantes reciben suplementos de hierro	Porcentaje de madres gestantes que reciben suplemento de hierro en algún momento del embarazo
Porcentaje de madres gestantes con parto institucional	Porcentaje de mujeres gestantes cuyo parto es atendido en un Establecimiento de Salud, por un personal de salud.
<p>Porcentaje de familias con consumo de agua segura</p> <p>Se considera este % porque no incluye la disponibilidad del servicio, ni los insumos para el tratamiento/desinfección del agua, solo educación</p>	Porcentaje de familias que consumen agua tratada en la vivienda por alguno de los siguientes métodos: Cloración, hervido, filtrado (no incluye los insumos solo la educación y los materiales educativos asociados a la actividad).
Porcentaje de familias han mejorado sus viviendas haciendo uso de técnicas apropiadas para la zona	% de familias participantes que han mejorado sus viviendas a través de la implementación de rincones de aseo y ordenamiento de cocinas.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las 24 localidades seleccionadas para el presente estudio presentan características generales similares, teniendo en cuenta tres grupos basados en nivel organizativo. En primer lugar están las tres capitales distritales Andahuaylas, San Jerónimo y Talavera que presentan las organizaciones más complejas, transporte terrestre y comunicaciones más fluidas y servicios básicos más modernos. Las tres ciudades son sede de gobierno local estando unidas por una carretera que las convierte en un solo centro urbano, además de que cuentan con agua potable domiciliaria, desagüe con arrastre hidráulico y un Centro de Salud o un hospital como es el caso de Andahuaylas. En segundo lugar están seis centros poblados menores que cuentan con alcalde menor, acceso regular de transporte pero al menos con un Puesto de Salud. En cuanto a servicios estos centros poblados comienzan a diferenciarse de las ciudades capitales pues tienen saneamiento mediante silos o letrinas y no cuentan con telefonía fija o internet. En igual situación de servicios se encuentran las otras 15 localidades que solo tienen categoría de comunidades, caseríos o anexos pues solo tienen comunicación de telefonía celular como todos los demás, con el agravante que no tienen establecimiento de salud en la zona, siendo su máxima autoridad el presidente comunal o agente municipal.
- Los actores participantes dependen de a qué grupo pertenece: Gobierno nacional, Gobierno regional, Gobierno local o sociedad civil sean organizaciones de base (OSB) / locales u organismos no gubernamentales (ONG). También varían sobre qué labor cumplen: Promoción (Sensibilización, fortalecimiento de conocimientos, fomento al cambio hacia prácticas saludables, etc.), Prevención (labor que conlleva a una acción concreta de mejora de condiciones sanitarias o de consumo nutricional) o Atención (recuperación de la salud). Finalmente se definen con qué público trabajan y que relaciones mantienen con otros actores. En ambos casos se definen qué situaciones de acuerdo, conflicto o recomendaciones mantienen unas con otras.
- Entre los principales actores involucrados hasta el momento en la lucha contra la desnutrición infantil tenemos en primer lugar a al Ministerio de Salud (MINSA) y a sus diferentes establecimientos y personal de salud, los que se constituyen en todas las zonas en las que se ha desarrollado esta investigación como el eje sobre el cual se articulan la mayoría de los esfuerzos. Todavía existen aspectos importantes a mejorar como las atenciones a poblaciones más alejadas, a los pacientes menores o la

articulación con otras iniciativas y la difusión de sus programas. Aun así, el rol que cumple este actor es de vital importancia para continuar los esfuerzos realizados y se constituye como un frente desde el cual emprender nuevas acciones.

- En segundo lugar, aparece el rol cumplido por las municipalidades a través del Programa Vaso de Leche y del apoyo –aunque no continuó necesariamente- hacia los comedores populares, los cuales ha sido de suma importancia para complementar aspectos nutricionales de la población infantil. No obstante los aspectos en los que aún queda trabajo por hacer, son la puntualidad en la distribución de insumos hacia los comités de vaso de leche o comedores populares y la mejora de las raciones. Destaca como caso particular el caso de la municipalidad distrital de San Jerónimo que ha tomado algunas acciones directas en cuanto al problema de la desnutrición y su trabajo con los establecimientos de salud de su distrito a través de un proyecto denominada IFACA Cuyes el cual muestra una interesante articulación con el sector de salud del distrito.
- Por el lado de las ONG, aparece el trabajo de Kusi Warma, en dos aspectos. Primero el proyecto de “Crecimiento y desarrollo de calidad en niños y niñas menores de 3 años” en San Jerónimo y que consiste en Sistemas de Vigilancia Comunitaria del Crecimiento y Desarrollo Temprano y mejoramiento en la crianza de cuyes para consumo de proteína animal. Mientras que en segundo lugar está “Salud, nutrición y educación” en Talavera que se constituye en un programa más integral y que representaría la continuación del anterior para el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria e implementación de biohuertos familiares para el acceso a vitaminas y minerales en las familias con gestantes y niños menores de 3 años. Ambas intervenciones si bien son bien focalizadas en localidades específicas son altamente reconocidos por los demás actores y la población como útil y muy provechoso. Otra ONG menciona por un trabajo precisos es Solaris que realiza visitas anuales en salud preventiva.
- A continuación aparecen los esfuerzos de los programas del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), tales como Cuna Más, Juntos y más atrás Qali Warma que también son destacados en la lucha contra la desnutrición aun cuando haya aspectos por mejorar. Por ejemplo en Cuna Más se cuestiona la cantidad de raciones y la disponibilidad de cuidadoras así como el control y organización para la capacitación a cuidadoras y madres de familia. Mientras que para Juntos se valora la capacidad de contar con el recurso monetario pero se cuestiona su limitada capacidad de promoción y de motivación hacia el control de la salud. En ambos casos se sugiere mejorar la relación que tienen entre sí y con las otras iniciativas antes mencionadas en lo que respecta a organización y a tomar acciones conjuntas. Igualmente a Qali Warma se le reconoce por el complemento alimenticio pero se le critica la calidad de los productos entregados. Para todos los casos, también se observa una carencia de comunicación entre los programas.

- De parte del sector educación la entrada es puntual para el caso de Andahuaylas, donde destaca la intervención de escuelas promotoras de la salud, en un trabajo articulado con el sector salud para el desarrollo de acciones de capacitación docente y campañas con el CONEI. También en este distrito se menciona la experiencia de Escuela de Padres a través de las APAFA para el fortalecimiento de conocimientos en salud. Experiencias como estas son las que mencionan los informantes para ser tomadas en cuenta al momento de coordinar acciones comunes a fin de ser ampliadas y mejoradas hacia niños/as menores de los tres distritos seleccionados.
- Finalmente entre los actores sugeridos para participar en esta temática están el Gobierno Regional y las propias municipalidades para implementar mejoras en los servicios de saneamiento, puesto que es un requerimiento contar con alcantarillado sanitario en mayor medida. Otros de los actores que se propone es la participación en mayor nivel de la propia población organizada a través de sus autoridades o dirigencias locales. Se pide la inclusión y participación de alcaldes menores, presidentes de comunidad campesina o agentes municipales para el liderazgo de campañas preventivo – promocionales en coordinación con los programas gubernamentales y donde la propia población actúe de manera decidida y no esperar que los actores externos a la localidad sean los propulsores de iniciativas.
- La capacidad de resolución de los servicios de salud en las áreas en las que se desarrolló la investigación ha sido observada no solo en el trabajo recuperativo (intramuros) que desarrollan los distintos establecimientos de salud, sino también en el trabajo que realizan para la prevención y la promoción de enfermedades y de estrategias para conservar y mejorar la salud (extramuros), específicamente enfocados a la salud de los niños menores de cinco años. Se aprecia que la mayor cantidad de la población cuenta con acceso a los servicios de salud -aproximadamente el 81% de la misma cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS)-; sin embargo algunos usuarios perciben mal trato en la atención en algunos establecimientos de salud y es generalizada la opinión de que los mismos no se dan abasto ante la demanda de servicios de salud de la población, esta carencia afecta sobre la percepción que se tiene de un trato atento y dedicado. En muchos casos los pobladores no reciben atención de salud debido a que no alcanzan a obtener una cita debido a la falta de personal.
- No obstante, debe resaltarse que, a pesar de las limitaciones antes mencionadas de los establecimientos de salud, estos se constituyen en esta investigación como el principal eje articulador sobre el cual se organizan la mayoría de las iniciativas destinadas a combatir el problema de la desnutrición infantil. Esto se da en virtud de una mejor organización interna vista en los Centros de Salud, al contacto directo con los pacientes, a los esfuerzos realizados (en algunos casos bastante personalizados) en cuanto a

visitas médicas y monitoreo de los controles de salud y a la coordinación realizada con otros organismos y programas enfocados a mejorar la calidad de vida de la población, tales como, las municipalidades distritales, los programas Juntos y Cuna Más y la ONG Kusi Warma, por nombrar a los más mencionados. Cabe señalar que debido a este mayor contacto con la población, el personal de los establecimientos de salud posee mayor conocimiento de la realidad de la población local, de los problemas que los aquejan y de los mecanismos de participación de los mismos; información que es sumamente valiosa al momento de evaluar cómo realizar una intervención.

- Mención especial merece el caso de los establecimientos de salud de San Jerónimo a cargo del Centro de Salud del mismo, ya que este año han enfocado sus esfuerzos al tratamiento de la anemia y consecuentemente de la desnutrición infantil. Además, a partir de este año se ha iniciado el proceso de sectorización de los servicios para lograr una mejor atención de los pacientes y más eficiencia en las visitas médicas y en el monitoreo de salud. Esto se daría mediante la asignación de un sector en tanto espacio geográfico habitado a un grupo de especialistas que pueda atender a esos pobladores de forma más eficiente. Finalmente, tiene una relación estrecha con la municipalidad distrital de San Jerónimo con quienes desarrollan un trabajo conjunto en lo que refiere a la realización de sesiones demostrativas de preparación de alimentos y seguimientos de control de salud entre la población.
- En los centros poblados ha podido apreciarse una serie de dificultades que deben ser superadas si se pretende mejorar efectivamente los niveles de desnutrición. Entre estas dificultades y como las principales tenemos los altos niveles de pobreza que limitan un mejor trato y cuidado de los menores. Los programas orientados a mejorar esta condición son por tanto de vital importancia. También cabe mencionar el consenso general de que existe poco interés de la población respecto al problema de la desnutrición infantil, ante lo cual es necesaria una labor de sensibilización de la población con el fin de que tome conciencia de las dimensiones del problema. Asimismo, la disponibilidad de servicios y acceso a recursos alimenticios es escasa debido a la pobreza antes mencionada y en algunos casos a las distancias que separan a las comunidades de los centros urbanos y puntos de comercio mayores.
- Otra de las principales dificultades en la consecución de este objetivo común es el alto nivel de exposición de los niños a las IRA y EDA debidas a un cuidado deficiente de la higiene de los menores y a la ausencia de mecanismos que ayuden a prevenir este tipo de enfermedades. En este particular se aprecia las limitaciones existentes de los establecimientos de salud locales los cuales no logran satisfacer la demanda de atención de la población. La capacidad de resolución de los servicios de salud vinculados a la atención integral del niño es por tanto importante, pero aún insuficiente en cuanto a un

nivel óptimo de satisfacción total y debe aquí emprenderse la mayor cantidad de esfuerzos dado que, como ya se ha mencionado, el sector salud es también el que cuenta con mayores redes de coordinación y organización en cuanto a salud nutricional del niño se refiere.

- Como se ha podido apreciar a lo largo de esta investigación, el tema de las diferencias de género es fundamental para entender y abordar el problema de la desnutrición infantil. En los distritos en los que se recogió la información y con mayor fuerza en las zonas rurales de los mismos las diferencias de género son bastante marcadas en cuanto a hábitos, comportamientos, funciones y privilegios se refiere. Los varones se dedican casi exclusivamente al trabajo fuera de casa, en agricultura predominantemente cuando se trata de zonas rurales, mientras que las mujeres se dedican en general al cuidado del hogar y de los hijos menores. Se ha reportado de casos en los que las mujeres de algunas comunidades están prohibidas de asistir y expresar sus opiniones en las reuniones en las que se tratan temas de vital importancia para toda la comunidad. Por el contrario, en lo que respecta al cuidado de los hijos, las mujeres son prácticamente las únicas participantes en las reuniones a las que son convocadas los padres de familia por instituciones como los establecimientos de salud y las municipalidades y programas como Juntos o Cuna Más con ocasión de dialogar o capacitar respecto al correcto cuidado de los menores hijos, incluyéndose aquí aquellas sesiones destinadas a combatir la desnutrición infantil. Esto se debería no solo a que son las madres como ya se ha dicho las que reciben la responsabilidad del cuidado de los menores, sino también, según declaraciones, al poco interés que tienen los padres al cuidado de la salud de los mismos. El poco interés de los padres varones se manifiesta también en el poco tiempo que dedican los mismos al cuidado de sus hijos en sus casas y a la ausencia de su presencia en los controles de salud que se dan en los establecimientos de salud y en el tratamiento de enfermedades ocasionales que reciben sus menores hijos en los mismos establecimientos. Además que subyace la idea de pérdida de tiempo para la atención de salud de niños varones, lo que de alguna manera favorece una posible mayor atención para las niñas. Finalmente, se señala que son las madres de familia las únicas que atienden a las promotoras de salud, a las enfermeras en las campañas de salud, a los visitantes médicos y a cualquier otro actor que trabaje sobre el tema de la salud de los niños.
- De momento, los actores anteriormente mencionados y sus programas se constituyen en las principales iniciativas que trabajan y han trabajado el tema. Lamentablemente, desde la sociedad civil no se ha reportado al existencia de alguna otra iniciativa propia que esté involucrada en el problema de la desnutrición. No obstante, las redes conformadas por las organizaciones sociales de base demuestran ser una plataforma desde la cual

pueden emprenderse labores conjuntas. En este sentido, podrían desarrollarse nuevas labores que apunten hacia la constitución de proyectos sociales desde las organizaciones civiles ya existentes que sean enfocados exclusivamente en combatir el problema de la desnutrición infantil, sobre todo en lo que a sensibilización, concientización, capacitación y reproducción de las mismas se refiere.

RECOMENDACIONES

- Respecto a la evaluación, es necesario considerar el diagnóstico y seguimiento de la situación de la anemia, dado que es problema importante de salud en el ámbito, si bien se ha tomado información de fuente secundaria hubiera sido deseable hacer un estudio más exhaustivo respecto al tratamiento y profilaxis que se presta en los establecimientos de salud
- Se puede explotar la información del Ministerio de Salud en el sentido de identificar la falta de recursos para afrontar la problemática específica.
- Evaluar alternativas de intervención para la problemática específica, pues como se observa en los resultados la demanda de servicios de atención preventiva, como control de crecimiento y desarrollo y control pre natal es casi universal, sin embargo al parecer se debe evaluar la calidad del servicio.
- Se sugiere hacer una evaluación de competencias del personal de salud para determinar la capacidad de resolución de los establecimientos en el tema específico.
- Las condiciones sociales antes mencionadas son las que han de tomarse necesariamente en consideración para emprender cualquier esfuerzo por solucionar el problema en cuestión tomando en cuenta también el componente de género puesto que se ha visto un alto grado de diferenciación y discriminación de este tipo en lo que refiere a cuidado de los menores se refiere. Las inequidades de género, los altos niveles de pobreza, la falta de sensibilización de la población, las limitaciones propias de cada programa, las carencias de los servicios de salud y la falta de organización son las líneas de acción que habrán de tomarse necesariamente en consideración antes de emprender cualquier política interventora al momento de aunar esfuerzos para disminuir y eliminar la desnutrición infantil en los distritos en cuestión.
- Como hemos podido apreciar el problema de la desnutrición infantil en los distritos de Andahuaylas, San Jerónimo y Talavera es de altísima prioridad. Debido a la cantidad de menores que sufren de esta enfermedad y a las dificultades que en las circunstancias expuestas su naturaleza presenta. Por tales motivos se recomienda tomar acciones inmediatas que involucren a todos los actores que hasta el momento han participado de manera directa o indirecta en la lucha contra la desnutrición infantil y a posibles nuevos actores potenciales para un trabajo conjunto y organizado que evite esfuerzos aislados y

que potencie las estrategias que se pongan en práctica con el fin de alcanzar un objetivo común. Entre las principales líneas de acción a tomar en cuenta podemos citar:

- ✓ Constitución de espacios o mesas de coordinación desde las municipalidades entre los diferentes actores mencionados en esta investigación en la que se exponga las líneas de acción de cada uno, sus alcances, relaciones así como las dificultades que cada uno encuentra y las posibilidades de un trabajo conjunto que potencie los resultados y disminuya las dificultades que se presentan en los trabajos aislados. Esto implica un involucramiento más profundo de la municipalidad no solo en recursos sino en especialización municipal.
- ✓ Dado el amplio conocimiento del tema y de las realidades locales que poseen las promotoras de salud y los establecimientos de salud, se recomienda que en toda iniciativa se tome en cuenta la opinión y las posibilidades de trabajo con los organismos dependientes del MINSA.
- ✓ Se recomienda contratar a personal local para los trabajos de promoción de la salud y centros de vigilancia, de manera que estos actores, de vital importancia por su cercanía y conocimiento de la población a la que se quiere atender, puedan dedicar su tiempo y atención al trabajo realizado y sugerir las líneas de acción para cada proyecto que pueda realizarse a futuro.
- ✓ Se recomienda la instalación de nodos de información o atención permanentes en localidad en las que se brinde asesoría continua y personalizada a la población en temas referidos a salud y nutrición de los menores, servicios de salud a su disposición, programas de asistencia a los que puedan acudir, entre otros; y que además que sirvan como receptores de las opiniones de la población respecto a los servicios de salud brindados y los beneficios obtenidos de los distintos programas de asistencia y de las municipalidades respectivas con el fin de mejorar cualquier posible error o limitación en que se incurra y potencializar los servicios ofrecidos.
- ✓ Se recomienda focalizar acciones en el tema de la sensibilización y concientización de la población según la importancia del cuidado de la salud de los niños, respecto a la desnutrición infantil y sus consecuencias, al papel fundamental que cumplen los padres de familia en cuanto al trato de esta enfermedad y a la importancia de la igualdad de género y la participación de los varones en el cuidado de sus hijos para el mejor trato de los mismos y para sí mismos.

8. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

- Se propone emprender acciones de sensibilización con actuales y futuros autoridades y funcionarios de los distritos para que asuman como agenda prioritaria la temática de la salud nutricional del niño, principalmente dirigidas a la institución municipal que, según percepción de los actores, no asume un rol protagónico y promotor para afrontar este problema, limitando, además, las posibilidades para que el MINSA mejore sus procesos de intervención.

Esto permitirá fortalecer la institucionalidad en esta materia, precisando objetivos institucionales y metas, enunciando claramente derechos, asignando más eficientemente recursos, y estableciendo niveles de articulación y responsabilidad.

ACTOR	ACCIONES PROPUESTAS
MINISTERIO DE SALUD	Representa el actor más activo en la acción e impulso de la temática de salud y nutrición a nivel local, además el personal de salud mantiene buenas relaciones de coordinación con los representantes políticos y de gestión de los municipios. Se propone que el MINSA desarrolle una propuesta para brindar apoyo técnico que coadyuve a alinear y articular las políticas municipales orientadas a esta temática.
MUNICIPALIDAD	Precisar objetivos y metas institucionales relacionados al tema y además realizar esfuerzos para que los representantes políticos y de gestión lo asuman como prioridad en el discurso y la acción, asumiendo compromisos efectivos.
MINISTERIO DE INCLUSIÓN SOCIAL	Los programas como JUNTOS, CUNAMAS y QALI WARMA son percibidos por la población como desvinculada a los temas de salud por lo que se recomienda que este ministerio realice esfuerzos para sensibilizar a la población sobre el impacto que pueden tener estos programas.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Aprovechar el alcance y potencial que tienen las instituciones educativas para promover cambios en los hábitos de salud y alimentación de los niños, para ello es necesario que las autoridades educativas se involucren activamente en la temática a nivel local.
ORGANIZACIONES LOCALES	La Mesa de concertación de lucha contra la pobreza puede asumir un rol protagónico en el esfuerzo de articulación en relación a esta problemática. Se propone evaluar la posibilidad de ser el actor que lidere este esfuerzo a nivel local.

- También es recomendable que el gobierno central y los municipios promuevan en impulsen acciones para dotar de mayores recursos a los establecimientos de salud tomando en cuenta que se ha identificado carencias de infraestructura, equipos e insumos para los servicios de atención al niño, sobre todo en los establecimientos de salud.

ACTOR	ACCIONES PROPUESTAS
MINSA	Promover acciones conjuntas entre redes de salud y municipios, el primero brindando información técnica acerca de las necesidades de infraestructura, equipos e insumos requeridos para establecimientos de salud, y los municipios orientando recursos, por ejemplo impulsando el Plan de incentivos para la mejora de la gestión municipal.
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Se propone fortalecer las capacidades del personal de salud involucrado en los servicios de atención de menores de 5 años (AIEPI Comunitario y manejo de normas) y estandarizar estos criterios en los establecimientos de salud locales.

- Se debe promover la participación comunitaria (vigilancia nutricional, consejerías) través de sus organizaciones de base, de tal manera pueda generar un efecto multiplicador de las intervenciones de los servicios de atención. En tal sentido es válido y recomendable el desarrollo de estrategias y el uso de las herramientas de comunicación innovadora y adaptable a la realidad local (marketing social). Este es un esfuerzo que debe ser liderado por el MINSA a nivel local a través de las redes y microredes, aprovechando los recursos de los programas municipales de alcance directo en la comunidad.
- Se recomienda crear o fortalecer los espacios de participación, discusión y decisión en los temas de salud y nutrición entre diferentes actores que contribuya a mejorar los mecanismos de articulación intersectorial y entre diferentes niveles de gobierno.

9. BIBLIOGRAFIA

- 1 Fleiss, J.L.; Levin and M.C. Park. Statistical Methods for rates and proportions. New
York; 2003.
- 2 Hilbe, J. Sample size determination for means and proportions. Stata Technical
Bulletin, 1993;(11)
- 3 Rosner B. Fundamentals of Biostatistics 2nd ed. CA: Brooks/Cole; 2000
- 4 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica de Salud
Familiar; 2012
- 5 Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno
Infantil del Perú. Lima; 2004
- 6 LEÓN-CAVA, NATALIA. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna:
reseña de evidencia. Washington, D.C.: OPS. 2002.
- 7 Instituto Nacional de Estadística e Informática. PERU: Indicadores de Resultados de
los Programas Estratégicos, 2007 – 2013.

10. ANEXOS

Descargar del siguiente link:

<https://www.dropbox.com/sh/fau7p643psjz1qj/AAC68mu1rFGuH5fLGQ6e706la?dl=0>