

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

***ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA***



**“IMPACTO DE LOS PROGRAMAS JUNTOS, PROGRAMA INTEGRAL DE NUTRICIÓN (PIN) Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS BENEFICIARIOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD. DISTRITO DE ACOS VINCHOS, AYACUCHO. 2008 – 2010”**

Tesis para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

Presentado por:

COLCA CARHUANCHO, Dany David.  
LLALLAHUI QUISPE, Nadezhda.

**Ayacucho – Perú**

**2011**

## RESUMEN

### **“IMPACTO DE LOS PROGRAMAS JUNTOS, SIS Y PIN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS BENEFICIARIOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD. DISTRITO DE ACOS VINCHOS, AYACUCHO. 2008 – 2010”**

**COLCA Dany. y LLALLAHUI Nadezhda.**

**Objetivo:** Determinar el impacto de la intervención de los programas JUNTOS, SIS y PIN en la reducción de 6 puntos porcentuales de la desnutrición en niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010. **Material y Método:** El enfoque de investigación fue cuantitativo, tipo analítico, de nivel cuasi-experimental y de diseño epidemiológico, transversal, retrospectivo. La población estuvo constituida por 132 (100%) niños de 6 a 36 meses de edad de ambos sexos beneficiarios y no beneficiarios de los programas: Juntos, PIN y SIS que acuden a al Centro de Salud de Acos Vinchos. La muestra, no probabilística por conveniencia, 40 niños como grupo de casos y 40 niños como grupo control. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación, revisión documental y evaluación del estado nutricional; mientras que, los instrumentos: la guía de observación, historia clínica donde se muestra la antropometría diagnóstico nutricional mensual, carné de crecimiento y desarrollo y hoja de vigilancia nutricional. **Resultados:** Se incrementó la prevalencia de desnutrición crónica de 31.25% a 57.5%, en beneficiarios de 42.5% a 62.25%. Sometidos a la prueba de Ji de Mantel y Haenszel y del estimador RMP (0.90), demostrándose que no existe asociación estadísticamente significativa entre ser beneficiario del programa y reducción de la desnutrición crónica. **Conclusión:** Los programas sociales focalizados SIS, PIN y JUNTOS no logran un impacto significativo en la mejora nutricional del indicador talla/edad, hecho corrobora la hipótesis  $H_1$ , y pone en tela de juicio los índices de desnutrición crónica que son manejados por estas entidades, muchas veces con fines políticos y mercantilistas, por los expuesto, deviene urgente realizar evaluaciones de impacto de todos los programas sociales que son financiados por el gobierno y la realización de estudios de campo para observar la realidad a carta cabal de la situación nutricional de los niños que viven en las zonas de pobreza y extrema pobreza.

**PALABRAS CLAVES:** Impacto, Estado Nutricional, Beneficiarios.

## ABSTRACT

### IMPACT OF THE PROGRAMS JUNTOS, SIS & PIN IN CHILDREN'S BEEN NUTRICIONAL BENEFICIARIES OF SIX TO THIRTY SIX MONTHS ELDERLY. FROM DISTRICT ACOS VINCHOS, AYACUCHO. 2008 – 2010”

COLCA Dany. y LLALLAHUI Nadezhda.

**Objective:** To Determining the impact of programs's intervention JUNTOS, SIS & PIN in the reduction of six percentage points of the malnutrition in children beneficiaries of six to thirty six months elderly. From district Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010. **Material and Methods:** The fact-finding focus was quantitative, analytical, level's fellow quasi - experimental and of epidemiológic, transverse, retrospective design. The population was constituted for 132 (100%) children of six to thirty six months elderly of both sexes beneficiaries and no programs's beneficiaries: Juntos, PIN & SIS that they attend to the Health resort from Acos Vinchos. The sign, probabilistic no for convenience, 40 children as group of cases and 40 children as group control. The techniques collecting the observation, documentary revision and state evaluation were nutritional of data; while than, the instruments: he guides her of observation, he tells the story of clinic where shows up the diagnostic anthropometry monthly nutritional, growth and development identity card and supervisory sheet nutritional. **Results:** prevalence Increased in chronic malnutrition itself of 31.25% to 57.5%, in beneficiaries of 42.5% to 62.25%. Subdued to the test of Ji of Mantel and Haenszel and of the estimator RMP (0.90), demonstrating that statistically significant association among being the chronic malnutrition's beneficiary of the program and reduction does not exist. **Conclusion:** The social Programs focalizados SIS, PIN & JUNTOS they do not achieve a significant impact in the improvement the indicator's nutritional talla/edad, once was done he corroborates hypothesis  $H_0$ , and he puts in judging cloth the chronic-malnutrition índices than music manejados for these entities, many times it happens urgent to accomplish impact evaluations with political and mercantilist ends, for what's been shown, of all the social programs than music financiados by the government and the studies realization farm to observe the reality through and through of the situation nutritional of the children that live in the poverty zones and carries to extremes poverty.

**KEY WORDS:** Impact, Been Nutricional, Beneficiaries.

A Dios por regalarme el maravilloso don de la vida y brindarme su grandioso amor e infinito apoyo para vencer los obstáculos.

A mis queridos padres: Emiliano y Dominica por brindarme amor, confianza y apoyo incondicional en cada momento de mi vida para lograr el éxito profesional.

A mis hermanos Thessy, Joseph y mi sobrino Paolo; por su apoyo constante.

A mi papito Domingo que desde el cielo ilumina mi sendero, mi mamita Eleuteria quien es mi inspiración, a mis tíos Rufina, Teófilo; quienes me apoyaron en mi vida estudiantil.

A mis amigas y amigos por brindarme su amistad incondicional,

A Dios, por ser mi protector y mi guía.

A mi madre: Flumencia Carhuancho Rosales por su apoyo incondicional en cada momento de mi existencia; y por su amor inmenso, fuerza de superación.

A mis hermanos Jonel, Belly y Elizabeth por su entereza y apoyo emocional en cada momento de mi vida estudiantil.

A mis sobrinos Giannira, Andy y Jorge por ser la razón de mi brío.

A mi abuelita Teresa por ser modelo de respeto, cariño y confianza, que desde el cielo me ilumina.

## **AGRADECIMIENTO**

A la gloriosa, valiente y siempre combativa Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Tricentenaria Universidad de América, Alma Máter de la educación, forjadora del cambio y el progreso del pueblo ayacuchano; quién me cobijó en sus aulas para hacerme útil a la sociedad.

A la Facultad de Enfermería y su plana docente, por sus orientaciones, conocimientos y enseñanzas impartidas.

A nuestra asesora: Mg Mercedes Gallardo Gutiérrez, por brindarnos su apoyo y colaboración desinteresada durante el desarrollo y ejecución de la presente investigación.

A nuestros jurados Georgina Icochea M., Hugo Ayala P. y Celia Maurtua G. por contribuir al perfeccionamiento de esta investigación.

A los docentes Héctor Huaraca R. y Fredy Bermudo M. por sus orientaciones y contribuciones en la investigación.

A los trabajadores del Centro de Salud de Acos Vinchos; por el apoyo en la ejecución de la investigación.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>SUMMARY</b>	
<b>INTRODUCCION</b>	VII
<b>CAPITULO I: REVISION LITERARIA</b>	
1.1. Antecedentes Referenciales	01
1.2. Base Teórica	03
1.3. Definición Operacional de Términos	16
<b>CAPITULO II: MATERIAL Y METODO</b>	
2.1. Enfoque de Investigación	17
2.2. Tipo de Investigación	17
2.3. Nivel de Investigación	17
2.4. Diseño de Investigación	17
2.5. Descripción del Área de Estudio	18
2.6. Población	18
2.6.1. Criterio de Inclusión	18
2.6.1. Criterio de Exclusión	18
2.7. Muestra	18
2.8. Técnica e Instrumento de Recolección de datos	19
2.8.1. Técnica de Recolección de Datos	19
2.8.1. Instrumento de Recolección de Datos	19
2.9. Validez y Confiabilidad	19
2.10. Procedimiento y Análisis de Datos	20
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b>	
3.1. Resultados	21
<b>CAPITULO IV: DISCUSION</b>	
4.1. Discusión	30
<b>CONCLUSIONES</b>	40
<b>RECOMENDACIONES</b>	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	42
<b>GLOSARIO</b>	46
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCION

La desnutrición crónica y la anemia afecta desde la gestación y los tres primeros años de vida, de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños. Este deterioro reduce la capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita las posibilidades de acceder a otros niveles de educación. En el largo plazo se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertarse en la vida laboral; es decir, un niño desnutrido hoy tiene altas probabilidades de ser un adulto pobre mañana, y ésta, conlleva a una deflación de la productividad económica del País. La desnutrición por si misma limita el desarrollo económico del país al reducir la productividad del capital humano. Ser pobre y estar desnutrido es una doble condición que acentúa la exclusión y la inequidad. También genera un riesgo de aumentar la susceptibilidad en la adultez de contraer males cardíacos, infartos, diabetes y otras enfermedades crónicas, y posiblemente también obesidad

El Programa Mundial de Alimentos – PMA (2011) <sup>(1)</sup>, muestran que en el mundo 1000 millones de niños padecen de DCI y en América Latina y el Caribe afecta a 9 millones (16%).

Según PNUD- IDH (2010) <sup>(2)</sup>, a nivel de Latinoamérica la tasa de desnutrición crónica es de la siguiente manera Bolivia (27%), Ecuador (26%), **Perú (25%)**, Chile (2%) y Paraguay (0%).

Según INEI, ENDES (2011) <sup>(3)</sup>, según el patrón internacional de referencia OMS la desnutrición crónica se mantiene en 23.6%. Las regiones con el mayor nivel de desnutrición crónica infantil son Huancavelica, con 54,6 %; Cajamarca, con 40,5 %; y **Ayacucho, con 38,8 %** (el 2009 tuvo 41,4%).

En base a esta realidad problemática y en marco de las políticas mundiales, el Gobierno Peruano, ha implementado un conjunto de políticas sociales para la erradicación de la desnutrición infantil; entre ellos, creación de la **Estrategia Nacional CRECER** <sup>(4)</sup>, que articula todos los programas sociales (JUNTOS, PIN, SIS, etc.) con el propósito de **disminuir en 9 puntos porcentuales** la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, con prioridad en menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza, bajo el enfoque de derechos, protección del capital humano, desarrollo social y corresponsabilidad hasta el año 2011 de una manera articulada y multisectorial.

A nivel de la región, **CRECER Wari** <sup>(5)</sup> tiene el objetivo de **reducir en 06 puntos porcentuales** la desnutrición crónica infantil en el periodo 2007 – 2010, considerando que el sustrato básico para la aspiración regional es de garantizar una vida digna y segura para todas y todos los ayacuchanos.

El programa Nacional de Apoyo directo a los más pobres **“JUNTOS”** <sup>(6)</sup>, entrega un incentivo de **S/.100 nuevos soles** en efectivo y de uso libre a las familias más pobres del país. Cuyo objetivo es luchar contra la desnutrición crónica infantil y la pobreza extrema, con prioridad en los sectores rurales. Incorpora a familias con mujeres gestantes y niños hasta los 14 años de edad. El **Programa Integral de Nutrición – PIN** <sup>(7)</sup>, ejecutado por el PRONAA, cuyo propósito es prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años de edad y madres gestantes y que dan de lactar, priorizando a los menores de 03 años de edad de familias pobres o pobres extremos, en situación de vulnerabilidad nutricional, mejorando su calidad de vida; se constituye en un programa de carácter preventivo-promocional. El Proyecto Piloto Nutricional se desarrolla en 6 provincias del país. **Dentro del ámbito se encuentra el distrito de Acos Vinchos de la provincia de Huamanga.** El **Seguro Integral de Salud – SIS** <sup>(8)</sup>, tiene como objetivo general la cobertura de las prestaciones de salud de la población que no se encuentra bajo regímenes contributivos, con especial atención en los más pobres y vulnerables.



Según el Gobierno Nacional (<sup>9</sup>), como consecuencia de las políticas sociales se viene logrando la reducción en 4,7 puntos porcentuales de la desnutrición crónica a nivel nacional en el periodo 2007-2010, al pasar de **22.6% a 17.9%**, es decir, por cada 100 menores de cinco años de edad, cinco dejaron la condición de desnutrición crónica. **Área Rural** disminuyó en 5,6 puntos porcentuales al descender de **36,9% a 31,3%**; en tanto que, en el **Área Urbana** se redujo en 1,7 puntos porcentuales, al pasar de **11,8% a 10,1%**.

Mientras para el Banco Mundial (<sup>10</sup>), esta afirmación del gobierno Peruano no es así; por el contrario revela que la desnutrición es el mejor símbolo de la mala calidad de los servicios de salud en el Perú y del fracaso de los programas de alimentos. Uno de cada cuatro niños menores de tres años, sufre desnutrición; es decir, alrededor de 750 mil infantes tienen bajo peso y talla baja, condición que afecta su desarrollo físico y mental de por vida.

Mientras en la Región de Ayacucho, en especial en el distrito de Acos Vinchos como Centro Piloto Nutricional, el comportamiento de la desnutrición crónica según algunos autores vienen disminuyendo y según otros va en aumento, como:

De acuerdo a la Línea de Base del Centro de Salud de Acos Vinchos (2008) (<sup>11</sup>), la desnutrición crónica en niños menores de tres años de edad es **48.0%**. ASIS (2009) (<sup>12</sup>), la desnutrición crónica es de 46.3 % y en el ASIS (2010) (<sup>13</sup>) la prevalencia de la desnutrición crónica es de **45.7%**.

Mientras para CENAN (2010) (<sup>14</sup>), la desnutrición crónica, utilizando el patrón OMS, en menores de 3 años en el distrito de Acos Vinchos disminuyó en 2.4 puntos porcentuales, al pasar de **34.5% a 32.1 %**.

Pero, de acuerdo al Informe de investigación de Línea de Base del Gobierno Regional de Ayacucho (2008) (<sup>15</sup>), las cifras de prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 36 meses de edad en región Ayacucho, se encuentra entre **29.5%** y **34.5%**, (promedio **32.4%**), existiendo provincias que superan el promedio regional como es el caso de la provincia de Huancasancos (**44%**), seguido de Sucre con **41.1%** y Cangallo con **40.9%**. **A nivel de distritos: Acos Vinchos 49.1%**, Carmen alto **62.5 %**, Asquipata **65 %** y San Salvador de Quije **66.3%**; superando

en 50% al promedio regional. El distrito de Santa Lucia, provincia de Lucanas, tiene la tasa de prevalencia de desnutrición crónica más baja de la región (2.1%). Concluye que los beneficiarios de del programa Juntos, Programa Integral de Nutrición – PIN y los que acceden al Seguro Integral de Salud – SIS son los que presentan mayor prevalencia de desnutrición crónica (41.50%, 40.1%, 36.5%; respectivamente) y en comparación en los que no acceden a estos programas (30%, 29.9%, 31.0%; respectivamente)

Esta situación problemática de cifras discordantes de la prevalencia de desnutrición crónica en el centro piloto nutricional del distrito de Acos Vinchos, motivó el interés de investigar el *“Impacto de los Programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en el Estado Nutricional de Niños Beneficiarios de 6 a 36 Meses de Edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010”*.

Para tal fin se planteó el siguiente enunciado: ¿Cuál es el impacto de la intervención de los programas JUNTOS, SIS y PIN en la reducción de 6 puntos porcentuales de la desnutrición crónica en niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010?

Los objetivos planteados fueron:

**General:**

Determinar el Impacto de la Intervención de los Programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en la Reducción de 6 Puntos Porcentuales de la Desnutrición en niños Beneficiarios de 6 a 36 Meses de Edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010.

**Específicos:**

- Identificar el número de beneficiarios de los programas focalizados Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) y grupo control de niños de 6 a 36 meses de edad.
- Analizar el impacto de los programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en el estado nutricional, según indicador peso/talla - OMS, comparando la información de la línea de base y los resultados de la línea de comparación en niños beneficiarios y grupo control.

- Analizar el impacto de los programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en el estado nutricional, según indicador Peso/Edad - OMS, comparando la información de la línea de base y los resultados de la línea de comparación en niños beneficiarios y grupo control.
- Analizar el impacto de los programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en el Estado Nutricional, según indicador talla/edad - OMS, comparando la información de la línea de base y los resultados de la línea de comparación en niños beneficiarios y grupo control.
- Analizar el impacto educativo, alimentario y monitoreo de los programas sociales focalizados.

La hipótesis de investigación planteada fue: La intervención de los Programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) (CRECER Wari) posiblemente no reduce en 06 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil en niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010.

Para el presente estudio se empleó diseño de investigación epidemiológico de tipo transversal, retrospectiva y analítico, utilizando como técnica la observación, revisión documental y evaluación del estado nutricional; y como instrumento guía de observación, historia clínica donde se muestra la antropometría y diagnóstico nutricional mensual, carnet de crecimiento y desarrollo (OMS – MINSA 2010) y la hoja de vigilancia nutricional. Cuya validez del contenido y constructo de ambos instrumentos fueron determinados a través de prueba de piloto aplicada a 10 niños de 6 a 36 meses de edad que accedían al Centro de Salud de Acos Vinchos. La muestra de estudio fue: **grupo de estudio** conformado por 40 niños (as) beneficiarios de los Programas Juntos, PIN y SIS, residentes de las 13 comunidades y con registro en la LB del Centro Salud de Acos Vinchos; y **grupo control** conformado por 40 niños (as) no beneficiarios de los Programas Juntos, PIN y SIS, residentes de las 13 comunidades y con registro en la LB del Centro de Salud de Acos Vinchos.

El impacto de los programas sociales focalizados (JUNTOS, SIS y PIN) en la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica, luego de 2 años de su aplicación en el distrito de Acos Vinchos como centro piloto nutricional, es

negativo y hasta perverso; porqué, en vez de reducir, más por el contrario ha **incrementado la DCI de 42.5 % a 62.25% en la población beneficiaria**. Hecho que corrobora la hipótesis de investigación, y pone en tela de juicio los índices de desnutrición crónica que son manejados por estas entidades, muchas veces con fines políticos y mercantilistas.

Las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo de esta investigación, estuvieron referidas a la interrupción de asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, evidenciándose en la ausencia de los datos antropométricos en las historias clínicas, por lo que fueron reemplazados por otras unidades de análisis que reunían los criterios de inclusión.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos correspondientes.

## **CAPITULO I**

### **REVISION DE LITERATURA**

#### **1.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES:**

Hecha la revisión bibliográfica se encontraron algunos estudios relacionados con el problema, los cuales se señalan a continuación:

**Puente de Chile** (<sup>16</sup>), es un programa de intervención diseñado para dar apoyo psicosocial a familias que viven en condición de extrema pobreza. La metodología ampliada por el Programa promueve en la familia acciones para el mejoramiento de su estándar de vida y la integración a la red de beneficios y servicios sociales que existen a su disposición. Las familias que integran la iniciativa establecen compromisos de acción para alcanzar 53 condiciones mínimas orientadas al fortalecimiento de la calidad de vida en las áreas de identificación, salud, educación, dinámica familiar, habitabilidad, trabajo e ingresos. A través del Programa Puente las familias ingresan al sistema de protección social denominado Chile Solidario que busca favorecer a las 225 mil familias más pobres a nivel nacional.

**El programa hambre cero de Brasil** (<sup>17</sup>), es una política pública que busca la erradicación del hambre y la exclusión social. Es una política porque expresa la decisión del Gobierno Federal de encuadrar el problema del hambre como un asunto nacional central y no como una fatalidad individual. Es público porque, además del

Estado, involucra a toda la sociedad. La inclusión social es el derrotero que persigue Hambre Cero, de esa manera busca llegar a más de 11 millones de familias necesitadas. Son preceptos básicos crear condiciones de educación y de salud, establecer políticas de generación de empleo e ingresos y estimular programas de desarrollo sostenible en el campo y en las ciudades.

En el distrito Tambillo – Ayacucho, realizaron un estudio titulado: **“Factores de riesgo asociados con el estado nutricional de niños de 6 a 60 meses, beneficiarios del programa “JUNTOS”** <sup>(18)</sup>. Llegando a las siguientes conclusiones: “El 44,4% de niños beneficiarios del Programa “Juntos” sufren de desnutrición crónica (DC), luego de 6 meses descendió a 37,8%. El 36,5% de niños no beneficiarios sufre de DC, luego de 6 meses descendió a 35,4%(pronóstico correcto 73,3%). No se encontró diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) entre el promedio de las medidas de niños beneficiarios y no beneficiarios del Programa Juntos”.

En Acobamba – Huancavelica, realizaron un estudio titulado: **“La intervención del programa “Juntos” influye significativamente en la salud de los niños beneficiarios menores de 5 años”** <sup>(19)</sup>. Llegando entre otras a las siguientes conclusiones: “La intervención del Programa “Juntos” influye significativamente en la salud de los niños beneficiarios menores de 5 años de la provincia de Acobamba del departamento de Huancavelica, porque incrementó significativamente en la proporción de niños protegidos con vacunas (15%), los niños con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida (7,5%), la proporción de los controlados en crecimiento y desarrollo (10%) así como el porcentaje de niños con desarrollo normal. Del mismo modo, descendió significativamente la proporción de enfermedades diarreicas agudas (20%), infecciones respiratorias agudas (20%), afecciones de la piel (20%) y caries dental (25%)”.

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) <sup>(20)</sup>, en la **Propuesta de Reforma de Programas Alimentario-Nutricionales en el Perú**. Evidencia diversos estudios que han analizado el impacto de los programas alimentario-nutricionales en el

bienestar de la población beneficiaria. Diferentes autores han encontrado que estos programas tienen muy limitado o nulo impacto en la situación nutricional de la población atendida, como se puede observar: Harold y Alderman (2009), no encuentra evidencia econométrica, que el Programa Integral de Nutrición haya obtenido objetivos nutricionales. Gajate y Inurretegui (2009), encontraron que los niños menores a 5 años que se benefician del Programa Integral de Nutrición no logran elevar su nivel nutricional. Stifel y Alderman (2008), encuentran que este Programa Integral de Nutrición no logra ningún objetivo nutricional. Prisma (2009), concluyó que el Programa Integral de Nutrición no afecta nivel de gasto de beneficiarios y tampoco el estado nutricional de los niños. Según el estudio de Grade, el alimento que se distribuye contiene un bajo aporte nutricional y no se logran impactos significativos en el rendimiento escolar ni en el desarrollo físico. Pollit, Jacoby y Cueto (2007); Cueto y Chinen (2008), encontraron que los programas de nutrición mejoran la ingesta dietética y memoria de corto plazo de los niños, e incrementan la asistencia de los niños a la escuela. Sin embargo, no logró un impacto significativo en el rendimiento escolar ni en la talla para la edad (desnutrición). Según Prisma (2007), para el Panfar los niños experimentan una mejora nutricional sólo en el corto plazo. Maximize y Cuánto (2008), encontraron para el Pacfo resultados nutricionales que no reducen significativamente el nivel de nutrición. Cuánto (2008), sostiene que los desayunos escolares no tienen impacto en la antropometría ni anemia de los niños. Sin embargo, han incrementado su nivel de hierro y VA. Cuánto (2007), alude que los programas nutricionales no mejoran el nivel nutricional ni la salud. Presenta un impacto negativo a la vacunación de los niños. Sin embargo, aporta proteínas y hierro.

## **1.2. BASE TEÓRICA**

### **1.2.1. MEDICION DEL IMPACTO DE PROGRAMAS SOCIALES**

COHEN E. y MARTINEZ (<sup>21</sup>). El impacto de un proyecto o programa social es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de productos (bienes o servicios) a la misma. Se mide comparando la situación inicial (Línea de Base - LB), con una situación posterior (Línea de comparación - LC), eliminando la incidencia de factores externos.

Para medir los impactos logrados de un programa se realiza mediante la comparación entre el estado "inicial" de la población objetivo (línea de base) y otro de "comparación" que es la situación existente después de un tiempo de operación del proyecto (línea de comparación), eliminando (o tratando de minimizar) la incidencia de factores externos. El éxito de un proyecto es la medida de su impacto en función de los objetivos perseguidos. Es por tanto, la justificación última de su implementación.

Los modelos para medir efectos e impactos son los mismos, sólo cambian los indicadores utilizados. Existe una familia de modelos cuyo objetivo es medir el impacto. Entre ellos es necesario mencionar el modelo a utilizar en la investigación:

**Modelo Cuasi-experimental.**

COHEN E. y MARTINEZ (21). La lógica de este modelo es idéntica a la del experimental clásico [la división de las muestras en submuestras, el grupo con proyecto o población beneficiaria (grupo experimental) y el grupo sin proyecto (grupo control)]. Se efectúan mediciones en las líneas de base (LB) y de comparación (LC) y luego se comparan las diferencias. La distinción radica en que la pertenencia al grupo con o sin proyecto no se determina aleatoriamente.

Grupos	Tiempo	
	LB	LC
Con proyecto (c/p)	$X$	$X'$
Sin proyecto (s/p)	$Y$	$Y'$

Dado que no es aleatoria la selección de los grupos en la LB, es posible que se presenten diferencias entre  $X$  e  $Y$ . El modelo asume que dichas diferencias son estables en el tiempo, por lo que  $(X' - X) - (Y' - Y)$  es un buen estimador del impacto neto.

Este modelo es útil cuando se desea evaluar un proyecto durante su operación y ya se han elegido los "beneficiarios" y los "no beneficiarios". Si se quiere evaluar un programa de alimentación escolar que está en funcionamiento, se pueden comparar los niños que asisten a los comedores escolares con los que,



teniendo las mismas características de déficit nutricional y nivel socio-económico, no asisten, sea por automarginación, sea porque en su escuela no opera el programa.

### **1.2.2. PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MÁS POBRES (JUNTOS)**

**JUNTOS** <sup>(6)</sup>, es el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres creado mediante D.S. N° 032 - 2005 - PCM el 7 de abril de 2005, a través del cual se entrega un incentivo de S/. 100 nuevos soles en efectivo y de uso libre a las familias más pobres del país, de esta forma se motiva al cumplimiento de compromisos de participación en las áreas de Nutrición, Salud, Educación e Identidad con la finalidad de restituir derechos básicos. **JUNTOS**, tiene como objetivo luchar contra la desnutrición crónica infantil y la pobreza extrema y prioriza a los sectores rurales. Incorpora a familias con mujeres gestantes, niños y niñas menores de 5 años, pero también está dirigido a los madres de familia, padres viudos o apoderados con hijos hasta los 14 años de edad.

El Programa **JUNTOS**, es de carácter temporal para sus participantes, pues a los cuatro años de permanencia se les evalúa para identificar si han podido superar la vulnerabilidad en la cual se encontraban al inicio. De ser así, salen del Programa, pero en caso contrario, vuelven a ser incorporados, pero el incentivo económico ya no será de S/. 100 nuevos soles, sino un 20% menos.

En el “**Análisis de la implementación del Programa JUNTOS en las regiones de Apurímac, Huancavelica y Huánuco**” <sup>(22)</sup>. El estudio ha puesto de manifiesto las deficiencias estructurales en la oferta de servicios públicos de salud y educación, y las dificultades para una efectiva focalización de recursos en función a las necesidades reales de las poblaciones rurales. En el caso de salud, es la mayor cobertura y puntualidad en la asistencia a los controles de gestantes y población infantil, así como un aumento en el índice de partos institucionales, lo que tiene una incidencia en los indicadores de mortalidad materna y perinatal. Existe, además, una articulación entre el SIS y el programa **JUNTOS**, lo que aparte de favorecer una mayor cobertura, permite un seguimiento más cercano de cada niño/a beneficiario/a.

Dificultades en los mecanismos de selección de beneficiarios. Las deficiencias en el procedimiento de selección del Programa a cargo del INEI tienen un impacto en la dinámica comunitaria y el tejido social de las comunidades. La poca claridad sobre los procedimientos empleados y la percepción de arbitrariedad en los mismos resta legitimidad al proceso, lo mismo que la falta de mecanismos eficaces para la reevaluación de las familias que no han sido incluidas. En el mismo sentido, se observa que el programa excluye a hogares muy pobres -que pertenecen al primer quintil de pobreza - de los distritos catalogados como “no pobres”, los que deberían formar parte de la población beneficiaria. Este es el caso de comunidades actualmente no beneficiadas.

Deficiente sistema de monitoreo y evaluación del programa no cuenta con una línea de base que permita medir su impacto ni tampoco con mecanismos eficientes de monitoreo y evaluación, lo que constituye una importante debilidad. El seguimiento se reduce a registros de cobertura de servicios –sin diferenciar población beneficiaria de no beneficiaria, sin mayor atención a los avances y efectos del programa en general y el bienestar de niños y niñas en particular.

### **1.2.3. PROGRAMA INTEGRAL DE NUTRICIÓN – PIN**

El Programa Integral de Nutrición – PIN (<sup>7</sup>), creado el 22 de diciembre del 2006, como resultado de la fusión y reforma de seis programas nutricionales (PACFO, PANFAR, Comedores Infantiles, Desayunos Escolares, Almuerzos Escolares, CEIs / PRONOEIs), y de los resultados de la intervención a través del Proyecto Piloto Nutricional desarrollado en 6 provincias del país. Dentro del ámbito se encuentra el distrito de Acos Vinchos de la provincia de Huamanga.

El propósito Programa Integral de Nutrición (PIN) es prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años de edad y madres gestantes y que dan de lactar, priorizando a los menores de 03 años de edad de familias pobres o pobres extremos, en situación de vulnerabilidad nutricional, mejorando su

calidad de vida; se constituye en un programa de carácter preventivo-promocional, con enfoque de derechos fundamentales según etapas del ciclo de vida del niño o niña hasta los 12 años de edad, en el marco de las políticas de superación de la pobreza, desarrollo territorial y seguridad alimentaria.

El Programa Integral de Nutrición – PIN (<sup>7</sup>), contempla la ejecución de tres componentes: el componente educativo, el componente alimentario y el componente de monitoreo y evaluación.

El componente educativo, se propone en tres ejes de intervención: i) Desarrollo de capacidades humanas, ii) Promoción de oportunidades y capacidades económicas y iii) establecimiento de una red de protección social.

El componente alimentario, el PIN se plantea desarrollar estrategias que en términos generales, incluyen, por ejemplo: la coordinación con los Establecimientos de Salud y/o Instituciones educativas, para atender a la población objetivo, brindándoles: 1) Canastas alimentarias y/o desayunos escolares que cubran sus requerimientos mínimos de energía, proteínas y micronutrientes. 2) Del mismo modo el PIN contempla desarrollar acciones orientadas a la generación de conductas saludables en las madres y en las familias, en los profesores, padres y alumnos, fortaleciendo las ya existentes e incorporando aquellas que requieren, 3) También el PIN debe promover que los niños y niñas se incorporen en el Seguro Integral de Salud – SIS y se compromete a 4) La promoción e incidencia en políticas públicas regionales y locales orientadas a disminuir la pobreza, inequidad, discriminación, la disminución de la desnutrición crónica e incrementar la seguridad alimentaria de las familias.

Finalmente, **el componente de seguimiento y evaluación**, diseñado como un medio para mejorar la prestación del servicio a través del aprendizaje de los procesos de la experiencia, medir resultados e impactos del programa, revisar la pertinencia de las estrategias contempladas y dar seguimiento al cumplimiento de indicadores expresados en el marco lógico.

Según la PUCP, “Análisis Crítico del Programa Integral de Nutrición (PIN) - Región La Libertad” (23). Los logros del programa a nivel de la Región La Libertad, en términos de cobertura de población en zonas de extrema pobreza, y aporte nutricional a sus beneficiarios, son importantes. Sin embargo, es un programa concebido, no sólo como altamente costoso, sino también sumamente politizado, y el apoyo (fundamentalmente internacional) y la credibilidad local de los mismos, pueden disminuir si los logros y el perfil no son mantenidos, y más aún si los componentes educativo y de monitoreo y evaluación no logran resultados visibles, como hasta ahora se viene percibiendo. A nivel regional, el PIN manifiesta escasos avances en materia de una efectiva coordinación interinstitucional, generando, entre otros, duplicidades entre las instituciones que gerencian los programas sociales en las zonas focalizadas como de extrema pobreza. Se evidencia, un limitado avance en materia de descentralización del servicio, parcial participación de municipalidades, comunidades y familias en el programa alimentario, el cual aún se concibe como paternalista, sin enfoque claro de desarrollo social. Del mismo modo, la autoconcepción asistencialista de las organizaciones sociales de base, así como las limitaciones del Programa para generar nuevos procesos de involucramiento de las mismas, limita la ejecución del programa con mirada de sostenibilidad.

#### **1.2.4. SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS**

El Seguro Integral de Salud (SIS) (8), como Organismo Público Descentralizado (OPD), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

LPIS (2008) (24), en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Ministerio de Salud, a través de la dación del Decreto Supremo N° 003-2008-SA, aprobó el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal, el cual define un conjunto priorizado de intervenciones para enfrentar este

problema, la cual tiene en su contenido el detalle del conjunto de prestaciones específicas, así como, los estándares de cumplimiento para el proceso de su auditoria. Es importante señalar que, este conjunto de prestaciones han sido precisadas utilizando criterios de costo-efectividad para disminuir la desnutrición crónica infantil. Además, se otorgarán bajo el mecanismo de pago capitado o anticipado, con lo cual, se busca generar un círculo virtuoso entre asignación financiera, uso eficiente de los recursos y logro de resultados e impactos sanitarios. El LPIS, será provisto en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención que incluyen los establecimientos 1-1, 1-2, 1-3 y 1-4. El SIS a través del Programa Articulado Nutricional tiene como objetivo reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad.

#### **1.2.5. ESTADO NUTRICIONAL**

##### **a. El patrón de referencia NCHS y OMS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(25)</sup>, recomendó el uso del patrón de National Center for Health Statistics -NCHS hasta el año 2006, a partir de ese año recomienda utilizar un nuevo patrón de referencia conocido como OMS. Una descripción de ambos patrones se presenta a continuación:

- ***National Center for Health Statistics – NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos)***, utilizado desde finales de la década de los años 70. La población de referencia se basa en datos de una muestra limitada de niños de los Estados Unidos, en su mayoría alimentados con leche artificial, y únicamente indica de qué manera crecen los niños en una región y en un momento determinado, pero no proporciona una base sólida para evaluar en función de pautas y normas internacionales,
- ***Organización Mundial de la Salud (OMS)***, realizó el "Lanzamiento del nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil" en abril del año 2006. Este nuevo instrumento es producto de un minucioso trabajo científico liderado y coordinado por la OMS y la Universidad de las Naciones Unidas. Este trabajo consistió en la realización de un estudio multicéntrico en la que participaron ocho mil quinientos niños de Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán. Estos niños fueron alimentados con leche materna como norma esencial para el crecimiento y desarrollo. Así, el estudio

muestra de manera contundente que todos los niños y niñas, nacidos en cualquier parte del mundo, tienen el mismo potencial de crecimiento. El patrón de referencia de la OMS es más exigente en determinados periodos del crecimiento de los niños y niñas, resultando que la estimación de la desnutrición crónica utilizando este patrón es mayor en estos grupos de edad y por consiguiente en el total general.

#### **b. Estado Nutricional**

El estado nutricional, es el resultado del balance entre el requerimiento y la alimentación que recibe diariamente. Cuando ambos están en equilibrio el individuo tiene un estado nutricional normal y si la alimentación diaria es inferior a los requerimientos, el estado nutricional desmejora y el individuo adelgaza y muestra signos de desnutrición (<sup>19</sup>).

#### **c. Desnutrición**

Según la OMS (2010) (<sup>19</sup>), la desnutrición es un estado anormal del organismo causado por deficiencias de uno o múltiples elementos nutricionales; un desequilibrio entre los requerimientos y aportes de nutrientes con aparición de un cuadro clínico.

#### **d. Indicadores de Desnutrición**

**Peso para la Edad (P/E):** Es el indicador primario, el déficit de peso para la edad incluye ambos déficit, de peso para la talla y de talla para la edad no discrimina entre retardo de crecimiento y adelgazamiento. Mide la Malnutrición Global. Debido a su gran variabilidad, es útil en casos extremos y también como un índice prospectivo de riesgo (<sup>18</sup>).

**Peso para la Talla (P/T):** El déficit de peso para determinada talla, es obvio que expresa un adelgazamiento que resulta de una falta de alimentos o de una mala utilización biológica de los nutrientes. Mide la Malnutrición Aguda, actual o reciente, debido a que la pérdida de peso puede instalarse y reponerse rápidamente no es útil como indicador de pronóstico a largo plazo, pero si para

evaluar el impacto en periodos cortos de programas de alimentación en grupos específicos <sup>(19)</sup>.

**Talla para la Edad (T/E):** La talla para edad es un indicador que nos refleja la historia nutricional del niño. Cuando se restringe la ingesta alimentaria por diferentes factores, la velocidad de crecimiento del niño tanto en peso como en talla, disminuye; sin embargo, el peso se recupera rápidamente al reanudar una adecuada alimentación, pero la recuperación de la talla es mucho más lenta y difícilmente se recupera en su totalidad. En conclusión con este indicador detectamos retardo en el crecimiento o enanismo nutricional, es decir, talla baja con relación a la esperada para la edad actual del niño <sup>(19)</sup>.

**La desnutrición crónica,** expresa el retardo del crecimiento en talla para la edad. Se determina al comparar la talla actual del niño con la talla esperada para su edad y sexo <sup>(19)</sup>.

**e. Clasificación Nutricional en niñas y/o niños con edad igual o mayor de 29 días a menores de 5 años – OMS <sup>(25)</sup>**

La clasificación del estado nutricional se realizará en base a la comparación del peso y longitud o talla del niño, según edad con los valores de referencia del National Center Healthfor Statistics / Organización Mundial de la Salud, 2006; clasificando el estado nutricional del menor de 5 años según se muestra en el siguiente cuadro.

crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las municipalidades a reducir la desnutrición crónica infantil.

c). **Gestión Operativa de la Estrategia Nacional CRECER.** El Plan de Operaciones de a Estrategia Nacional CRECER, tiene como objetivo al año 2011, disminuir en nueve (9) puntos porcentuales la desnutrición en niñas y niños menores de cinco (5) años, con prioridad en menores de tres (3) años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza, bajo el enfoque de derechos, protección del capital humano, desarrollo social y corresponsabilidad social; la estrategia se implementa de manera progresiva en 1119 distritos, priorizados por su situación de pobreza y por presentar las más altas tasas de desnutrición. Los programas sociales vienen desarrollando intervenciones que contribuyen con la reducción de la DCI, entre ellas:

- Programa de Transferencias Condicionadas “Juntos”: que promueve el cumplimiento de compromisos de participación de las familias beneficiarias en las áreas de nutrición, salud, educación e identidad, y cuyo ámbito de intervención coincide con los distritos priorizados por la EN CRECER.
- Programa Integral de Nutrición (PIN): que prioriza su atención a la población de las niñas y niños menores de 3 años, madres gestantes y lactantes pobres y extremadamente pobres del país, así como aquellos con alto riesgo nutricional.
- Seguro Integral de Salud (SIS): priorizando las poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

La cooperación externa está orientando su apoyo al desarrollo de intervenciones para reducir la DCI, en este año la Unión Europea (60 millones de euros) del Proyecto EUROPAN ayudará con el financiamiento del programa de presupuesto por resultados de nutrición en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. El Proyecto FAO-España de “apoyo a la estrategia nacional de intervención articulada de lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil- CRECER” que abordará los tres ejes. El proyecto conjunto de las Naciones Unidas “Mejorando la Nutrición y Seguridad Alimentaria de la Niñez en el Perú” que desarrollará intervenciones integrales y multisectoriales <sup>(27,28)</sup>.



Según **PRISMA** <sup>(30)</sup> y la **Declaración de Santiago** <sup>(31)</sup>. La desnutrición limita el potencial intelectual del país y atenta contra el derecho fundamental a la salud y a la vida: La desnutrición es el resultado de enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insaludable, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, entre otros, todos ellos asociados generalmente a la pobreza de la familia, bajo nivel educativo, escasa inversión social, falta de priorización en los grupos más vulnerables y uso ineficiente de los recursos del estado. La desnutrición crónica no es solo un problema de salud, es un indicador de desarrollo del país. Determina el desarrollo futuro del niño: Desde la gestación y en los tres primeros años de vida, la desnutrición crónica y la anemia afectan de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños y generan un mayor riesgo de enfermar por infecciones (diarreica y respiratoria) y de morir. Este deterioro reduce la capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita las posibilidades de acceder a otros niveles de educación. En el largo plazo se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertarse en la vida laboral. Un niño desnutrido hoy tiene altas probabilidades de ser un adulto pobre mañana. La desnutrición por sí misma limita el desarrollo económico del país al reducir la productividad del capital humano. Ser pobre y estar desnutrido es una doble condición que acentúa la exclusión y la inequidad. La nutrición del niño se presenta así como un insumo esencial para el desarrollo social y económico para el país. La inversión en proteger a nuestros niños de la desnutrición es rentable para asegurar la competitividad.

Según **DOROTHY R. FRIEDMAN**. En el informe sobre la **Reducción de la Desnutrición Crónica en el Perú, (2007)** <sup>(32)</sup>. El enanismo en la niñez, aumenta la susceptibilidad en la adultez de contraer males cardíacos, infartos, diabetes y otras enfermedades crónicas, y posiblemente también obesidad. Las inversiones que se realicen en la actualidad para reducir la prevalencia de enanismo contribuirán al crecimiento económico, a incrementar la eficacia de la educación, y ayudarán a controlar los costos de salud en el futuro. Los niños contraen enanismo como resultado de dietas inadecuadas, y de enfermedades tales como las diarreas e infecciones respiratorias agudas. Los niños que nacen

con poco peso, reflejo de la mala nutrición de las madres antes y durante el embarazo, tienen muchas mayores probabilidades de sufrir retardos en el crecimiento durante la niñez. Las condiciones que dan lugar al enanismo; bajo peso neonatal, consumo insuficiente de alimentos, y las secuelas de enfermedades, tienen su origen en el deficiente acceso a los servicios de salud, y a los servicios de agua y saneamiento, acceso inadecuado a los alimentos, y prácticas inapropiadas de alimentación y atención materno-infantil.

### **1.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**Impacto:** El impacto de un proyecto o programa social es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de productos (bienes o servicios) a la misma. Se mide comparando la situación inicial (LB), con una situación posterior (Línea de comparación = LC), eliminando la incidencia de factores externos.

**Estado Nutricional:** El estado nutricional, es el resultado del balance entre el requerimiento y la alimentación que recibe diariamente. Cuando ambos están en equilibrio el individuo tiene un estado nutricional normal y si la alimentación diaria es inferior a los requerimientos, el estado nutricional desmejora y el individuo adelgaza y muestra los siguientes diagnósticos:

- **Peso para la Edad (P/E):** Mide la Malnutrición Global.
- **Peso para la Talla (P/T):** Mide la Malnutrición Aguda, actual o reciente.
- **Talla para la Edad (T/E):** Mide la Desnutrición Crónica, Enanismo Nutricional o Talla Baja con relación a la esperada para la edad actual del niño.

## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativo porque se midió fenómenos y variables.

#### **2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Analítico, porque se estableció comparaciones de variables entre el grupo de estudio y el grupo control sin aplicar o manipular las variables.

#### **2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Cuasi experimental, porque la variable independiente no fue manipulada y la selección de la muestra no fue aleatoria.

#### **2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de investigación fue epidemiológico de tipo transversal retrospectivo; porque los sujetos fueron seleccionados en función a su estado de desnutrición (casos) y no desnutridos (control). Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investigó si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compararon la proporción de expuestos en el grupo de casos frente al grupo control. Transversal porque se aplicó el instrumento de recolección una sola vez. Retrospectivo porque los casos han sido diagnosticados antes de que se inicie el estudio.

## 2.5. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Acos Vinchos, ubicado al Este de la Ciudad de Huamanga a 49 Km. del distrito capital de Ayacucho, Longitud Oeste: 74° 05' 48" y Latitud Sur: 13° 06' 33"; de la provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.

## 2.6. POBLACIÓN

La población estuvo conformado por 132 niños de 6 a 36 meses de edad de ambos sexos beneficiarios y no beneficiarios de los programas: Juntos, PIN y SIS que acuden a al Centro de Salud de Acos Vinchos del mismo. Que representó al 100% de población en estudio, que residen en las 13 comunidades del distrito de Acos Vinchos.

### 2.6.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se consideró como **unidad de análisis** los niños incluidos en la Línea de Base del estado nutricional de ambos sexos que reciben atención de salud en el Centro de Salud de Acos Vinchos, beneficiarios y no beneficiarios de los tres programas sociales focalizados: Juntos, PIN y SIS durante junio del 2008.

### 2.6.1. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Se consideró a los niños menores de 6 meses de edad, mayores de 12 meses de edad durante junio del 2008, niños especiales, niños que padecen de enfermedades.

## 2.7. MUESTRA

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia; la selección de la muestra se realizó en función de las variables de mayor relevancia en relación al objetivo de impacto perseguido.

Grupos	Tiempo	
	LB	LC
Con proyecto (c/p)	<i>X</i>	<i>X'</i>
Sin proyecto (s/p)	<i>Y</i>	<i>Y'</i>

Dado que no es aleatoria la selección de los grupos en la LB, se presentó diferencias entre  $X$  e  $Y$ . El modelo asumió que dichas diferencias son estables en el tiempo, por lo que  $(X' - X) - (Y' - Y)$  fue un buen estimador del impacto neto. Este modelo fue útil porque nos permitió evaluar a los programas Juntos, PIN y SIS durante su operación una vez elegido los "beneficiarios" y los "no beneficiarios".

El **grupo de estudio** estuvo conformado por niños (as) beneficiarios de los programas Juntos, PIN y SIS, residentes de las 13 comunidades y con registro en la LB del Centro Salud de Acos Vinchos.

El **grupo control** estuvo conformado por niños (as) no beneficiarios de los programas Juntos, PIN y SIS, residentes de las 13 comunidades y con registro en la LB del Centro de Salud de Acos Vinchos.

## **2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **2.8.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas que nos permitió establecer la relación con el objeto o sujeto de investigación para obtener la información necesaria para dar respuesta a la pregunta de la investigación fueron: observación, revisión documental y evaluación del estado nutricional.

### **2.8.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los instrumentos fueron: La guía de observación, historia clínica donde se muestra la antropometría y diagnóstico nutricional mensual, carnet de crecimiento y desarrollo (OMS – MINSA 2010) y la hoja de vigilancia nutricional.

## **2.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

La confiabilidad de los instrumentos fue realizada mediante una prueba piloto aplicada a 10 niños de 6 a 36 meses de edad que accedían al Centro de Salud de Acos Vinchos, mediante la técnica de consistencia interna. Los resultados se presentan a continuación:

<b>Instrumento</b>	<b>Coefficiente de fiabilidad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Interpretación</b>
Guía de observación nutricional	0.75	Alpha de Cronbach	Alta
Carné de Crecimiento y Desarrollo OMS – MINSA	0.80	Alpha de Cronbach	Alta
Hojas de verificación de Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS.	0.79	Alpha de Cronbach	Alta

## **2.10. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Realizado el trámite administrativo interinstitucional, para acceder a las historias clínicas donde se muestra la antropometría y diagnóstico nutricional mensual. Se procedió a seleccionar la muestra de la Línea de Base (LB - 2008), mediante el muestreo no probalístico por conveniencia, constituida la Línea de Base del grupo de estudio y grupo control, se elaboró un diagnóstico antropométrico durante el 2009 utilizando la guía de observación; obtenidos ambos datos se procedió a realizar la evaluación directa del estado nutricional de acuerdo a la Norma Técnica N° 0071-2010, MINSA vigente, constituyéndose como la Línea de Comparación (LC - 2010). Obtenida la información, se procedió a realizar el control de calidad de los instrumentos así como a codificar los datos en una matriz de códigos y etiquetas, empleando el paquete estadístico SPSS versión 17,0; posteriormente, se relacionaron las variables por medio de tablas de consistencia 2x2, cuadros estadísticos y la aplicación de la prueba Ji de Mantel y Haenszel, al 95% de nivel de confianza y la Razón de Momios Prevalentes (RMP) para determinar el impacto; cada una de ellas con sus respectivas interpretaciones y finalmente se determinó las conclusiones de la investigación.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

**CUADRO 01: Selección de niños (as) de 6 a 36 meses de edad como beneficiarios del Programas JUNTOS, SIS y PIN, Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008.**

<b>PROG. JUNTOS, SIS &amp; PIN</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Beneficiarios</b>	40	<b>30.30</b>
<b>No Beneficiarios</b>	92	69.70
<b>TOTAL</b>	132	100.00

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

El año 2008, del 100 % de la población de niños de 6 a 36 meses, se seleccionó como beneficiarios de programas Juntos, PIN y SIS, a 30.30 % (40 niños).



**CUADROS 2A y 2B: Impacto del programa JUNTOS, SIS y PIN en el estado nutricional de niños de 6 a 36 meses de edad, según indicador p/t, distrito de Acos Vinchos - Ayacucho. 2008 – 2010.**

**2A. ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR P/T - OMS  
LINEA BASAL – 2008.**

FACTOR PROTECTOR			Desnutrición Aguda	Normal	
BENEFICIARIOS	03	a	37	b	40
	02	c	38	d	40
	05		75		80

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro de Línea Basal del 2008, se observa:

- Prevalencia de la desnutrición aguda:  $(a+c)/n \times 100 = 6.25 \%$  ,
- Prevalencia de desnutrición aguda en los beneficiarios del programa Juntos , SIS y PIN:  $a/(a+b) \times 100 = 7.5 \%$  y
- Prevalencia de desnutrición aguda en los no beneficiarios:  $c/(c+d) \times 100 = 5.0 \%$ .

**RMP:**  $(a.d)/(b.c) = (3 \times 38) / (37 \times 2) = 1.54$

**2B. ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR P/T - OMS  
LINEA COMPARACIÓN – 2010.**

FACTOR PROTECTOR	Desnutrición Aguda		Normal		
BENEFICIARIOS	07	a	33	b	40
NO BENEFICIARIOS	05	c	35	d	40
	12		52		80

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro de Línea Comparación 2010, se observa:

- Prevalencia de la desnutrición aguda:  $(a+c)/n \times 100 = 15.0 \%$  ,
- Prevalencia de desnutrición aguda en los beneficiarios del programa Juntos, SIS y PIN:  $a/(a+b) \times 100 = 17.5 \%$  y
- Prevalencia de desnutrición aguda en los no beneficiarios:  $c/(c+d) \times 100 = 12.5 \%$ .

**RMP:  $(a.d)/(b.c) = (7 \times 35) / (33 \times 5) = 1.48$**

**CUADROS 3A y 3B: Impacto del programa JUNTOS, SIS Y PIN en el estado nutricional de niños de 6 a 36 meses de edad, según indicador p/e, distrito de Acos Vinchos - Ayacucho. 2008 – 2010.**

**3A. ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR P/E - OMS  
LINEA BASAL – 2008.**

FACTOR PROTECTOR			Desnutrición Global	Normal	
	BENEFICIARIOS	05	a	35	
NO BENEFICIARIOS	07	c	33	d	40
	12		68		80

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro de Línea Basal de 2008, de desnutrición global se observa:

- Prevalencia de la desnutrición global:  $(a+c)/n \times 100 = 15 \%$  ,
- Prevalencia de desnutrición global en los beneficiarios del programa Juntos , SIS y PIN:  $a/(a+b) \times 100 = 12.5 \%$  y
- Prevalencia de desnutrición global en los no beneficiarios:  $c/(c+d) \times 100 = 17,5 \%$ .

$$\text{RMP: } (a.d)/(b.c) = (5 \times 33) / (35 \times 7) = 0.67$$

**3B. ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR P/E - OMS  
LINEA COMPARACION – 2010**

FACTOR PROTECTOR	Desnutrición Global		Normal		
BENEFICIARIOS	08	a	32	b	40
NO BENEFICIARIOS	04	c	36	d	40
	12		68		80

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro, luego de 2 años de ejecución de los programas Juntos, SIS y PIN, se observa:

- Prevalencia de la desnutrición global:  $:(a+c)/n \times 100 = 15\%$  ,
- Prevalencia de desnutrición global en los beneficiarios de los programa Juntos , SIS y PIN:  $a/(a+b) \times 100 = 20\%$  y
- Prevalencia de desnutrición global en los no beneficiarios:  $c/(c+d) \times 100 = 10\%$ .

$$\text{RMP: } (a.d)/(b.c) = (8 \times 36) / (32 \times 4) = 2.25$$

**CUADROS 4A y 4B: Impacto del programa JUNTOS, SIS Y PIN en estado nutricional de niños de 6 a 36 meses de edad, según indicador t/e, distrito de Acos Vinchos - Ayacucho. 2008 – 2010.**

**4A. ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR T/E - OMS  
LINEA BASAL – 2008**

FACTOR PROTECTOR	Desnutrición Crónica		Normal		
BENEFICIARIOS	17	a	23	b	40
NO BENEFICIARIOS	08	c	32	d	40
	25		55		80

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro de Línea Basal, antes de empezar la ejecución de los Programa Juntos, SIS y PIN, se observa:

- Prevalencia de la desnutrición crónica:  $(a+c)/n \times 100 = 31.25 \%$  ,
- Prevalencia de desnutrición crónica en beneficiarios:  $a/(a+b) \times 100 = 42.5 \%$   
y
- Prevalencia de desnutrición crónica en los no beneficiarios  $c/(c+d) \times 100 = 20 \%$ .

$$\text{RMP: } (a.d)/(b.c) = (17 \times 32) / (23 \times 8) = 2.96$$

**4B. ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR T/E - OMS  
LINEA COMPARACION – 2010**

FACTOR PROTECTOR	Desnutrición Crónica		Normal		
BENEFICIARIOS	25	a	15	b	40
NO BENEFICIARIOS	21	c	19	d	40
	46		34		80

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el cuadro se observa, luego de 2 años de ejecución de programas Juntos, SIS y PIN:

- Prevalencia de la desnutrición crónica:  $(a+c)/n \times 100 = 57.5 \%$  ,
- Prevalencia de desnutrición crónica en los beneficiarios del programa Juntos, SIS y PIN:  $a/(a+b) \times 100 = 62.5 \%$  y
- Prevalencia de desnutrición crónica en los no beneficiarios:  $c/(c+d) \times 100 = 52.5 \%$ .

**RMP:**  $(a.d)/(b.c) = (25 \times 19) / (15 \times 21) = 1.51$

**Ji de Mantel y Haenszel:**

$$X_{MH} = \frac{(axd) - (bxc)}{\sqrt{mi \times mo \times ni \times no / n - 1}}$$

$$X_{MH} = \frac{(25 \times 19) - (15 \times 21)}{\sqrt{46 \times 34 \times 40 \times 40 / 80 - 1}}$$

$$X_{MH} = 0.90$$

Sometidos a prueba de Ji de Mantel y Haenszel los resultados del estimador RMP, sobre la efectividad del programa Juntos, SIS y PIN en la reducción de la desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses de edad del distrito de Acos Vinchos de la provincia de Huamanga; se obtiene un valor (0.90), menor al **valor derivado de la curva normal que es 1.96; por lo que se concluye**, que no existe asociación estadísticamente significativa entre ser beneficiario del programa y reducción de la desnutrición crónica, con un 95% de confianza y con probabilidad de que sea falso menor de 5%.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

El **Cuadro 01**, demuestra que el año 2008 en el distrito de Acos Vinchos, como centro piloto de prevención de la desnutrición crónica infantil, seleccionaron como beneficiarios de programas Juntos, PIN y SIS a 30.3 % (40) niños (as) de un total de 100 % (132) de 6 a 36 meses de edad indistintamente si están desnutridos o no.

Vargas y Salazar (2009) <sup>(22)</sup>. Las deficiencias en el procedimiento de selección del Programa a cargo del INEI tienen un impacto en la dinámica comunitaria y el tejido social de las comunidades. La poca claridad sobre los procedimientos empleados y la percepción de arbitrariedad en los mismos resta legitimidad al proceso, lo mismo que la falta de mecanismos eficaces para la reevaluación de las familias que no han sido incluidas. En el mismo sentido, se observa que el programa excluye a hogares muy pobres, que pertenecen al primer quintil de pobreza, los que deberían formar parte de la población beneficiaria.

Dorothy y Friedman (2007) <sup>(32)</sup>. En el informe sobre la reducción de la desnutrición crónica en el Perú. En los distritos con elevada prevalencia de enanismo, el 28% no recibe servicios de nutrición, en tanto que el 47% de los distritos con baja prevalencia es atendido por uno o más programas.



Haciendo el análisis comparativo entre los resultados de la presente investigación y los autores citados **sobre el tema demuestra, entre otros**, que los operadores responsables de los programas sociales de diversas instituciones seleccionan los beneficiarios sin tomar en cuenta la focalización geográfica, de hogar y validación en la comunidad; como: pobreza extrema, brecha de pobreza, desnutrición crónica infantil, existencia de dos o más necesidades básicas insatisfechas, excluyendo realmente los hogares muy pobres que requieren ser atendidos.

**Cuadros 2A y 2B.-** Haciendo el análisis del impacto del Programa Juntos, SIS y PIN en el estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses de edad, según p/t; mediante la comparación de medidas antropométricas de línea basal y línea de comparación; se obtiene que la prevalencia de desnutrición aguda aumentó de 6.25 % a 15 %, en beneficiarios de 7.5 % a 17.5 % y en los no beneficiarios de 5 % a 12.5 %.

Al respecto, el informe de Línea de Base de desnutrición infantil efectuado en la Región de Ayacucho (2008) <sup>(15)</sup>. **Concluye que** el 4.4% de niños menores de 36 meses padecía de desnutrición aguda. Del total de familias con niños menores de 36 meses de edad que acceden al programa Juntos, el 5.6% son desnutridos agudos; y en los que no acceden 4.1%. Con respecto al Programa Integral de Nutrición – PIN la prevalencia de desnutrición aguda entre los que acceden fue de 5.6%; y entre los que no acceden 4%. Por otro lado del total de familias con niños menores de 36 meses de edad que acceden al Seguro Integral de Salud – SIS, presentaron una prevalencia de desnutrición aguda 5.2%; y entre los que no acceden 3.8%.

Del mismo modo en la Línea de Base del Centro de Salud de Acos Vinchos (2008) <sup>(11)</sup>, refiere que la desnutrición aguda en niños menores de tres años de edad es 7.5%. ASIS (2009) <sup>(12)</sup>, la desnutrición aguda es de 8.2 % y en el ASIS (2010) <sup>(13)</sup> la prevalencia de la desnutrición aguda es de 8.7%.

Por su parte CENAN (2010) <sup>(14)</sup>. Aborda que la desnutrición aguda, es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o

emaciación, mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. La desnutrición aguda se define como el peso de un niño inferior a menos de 2 Desviaciones Estándar o -2 puntuaciones Z del peso esperado según la talla. Utilizando el patrón OMS en el periodo 2008 - 2010 la desnutrición aguda en menores de 3 años en el distrito de Acos Vinchos aumentó en 1.3 puntos porcentuales, al pasar de 0.5 % a 1.8 %.

Los resultados obtenidos sobre desnutrición aguda en el presente trabajo, tienen analogía con los hallazgos obtenidos por los autores citados, en que la prevalencia de desnutrición aguda es más en aquellos niños (as) beneficiarios de uno o más programas sociales y menos prevalencia en aquellos niños que no acceden a programas sociales

Del cual se deduce, que las familias con acceso a programas sociales están adquiriendo rutinas negativas de ocio, vagancia y no preocuparse en trabajar para brindar seguridad alimentaria, salud, etc. a sus integrantes.

**Cuadros 3A y 3B.** Impacto de programa Juntos, SIS y PIN en estado nutricional de niños de 6 a 36 meses de acuerdo a p/e. Al respecto, haciendo el análisis comparativo entre mediciones de línea basal y línea de comparación; tomadas tanto beneficiarios y no beneficiarios, se evidencia que se mantiene la prevalencia de la desnutrición global en 15 %, en beneficiarios de 12.5 % a 20 % y mientras por el contrario en los no beneficiarios se demuestra una reducción de 17.6 % a 10%.

A acerca de ello, informe de Línea de base de desnutrición infantil efectuado en Región de Ayacucho (2008) <sup>(15)</sup>. Concluye que el 7.7% de niños menores de 36 meses padecía de desnutrición global. Del total de familias con niños menores de 36 meses de edad que acceden al programa Juntos, el 10.7% son desnutridos globales; y en los que no acceden 6.8%. Con respecto al Programa Integral de Nutrición – PIN la prevalencia de desnutrición global entre los que acceden fue de 9.6%; y entre los que no acceden 7.4%. Por otro lado del total de familias con niños menores de 36 meses

de edad que acceden al Seguro Integral de Salud – SIS, presentaron una prevalencia de desnutrición global 9.5%; y entre los que no acceden 6.2%.

Del mismo modo Línea de Base del Centro de Salud de Acos Vinchos (2008) <sup>(11)</sup>, la desnutrición global en niños menores de tres años de edad es 9.8%. ASIS (2009) <sup>(12)</sup>, la desnutrición global es de 10.4 % y en el ASIS (2010) <sup>(13)</sup> la prevalencia de la desnutrición global es de 14.0%.

CENAN (2010) <sup>(14)</sup>. La desnutrición global es considerada como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica y aguda. La desnutrición global se define como el peso de un niño respecto a su edad por debajo de menos 2 Desviaciones Estándar o -2 puntuaciones Z de la mediana del peso para la edad de la población de referencia. Indica que de acuerdo al patrón OMS en el periodo 2008 - 2010 la desnutrición global en menores de 3 años en el distrito de Acos Vinchos aumentó en 1.1 puntos porcentuales, al pasar de 14% a 15.1 %.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación y las teorías citadas son concordantes en sentido de que el adelgazamiento y el retardo en crecimiento es mayor en niños (as) beneficiarios de programas sociales y menor en no beneficiarios; y discrepantes con las cifras de 7.7 % y 14 % de prevalencia de desnutrición global reportados por los autores y 15% identificados en esta investigación. Esta divergencia es cuestionable por la amplia amplitud de las diferencias entre diferentes hallazgos.

Al respecto, se concluye que las estrategias del manejo de programas sociales en la lucha contra la desnutrición infantil vienen causando efectos negativos.

**Cuadros 4A y 4B.** Impacto de programa sociales focalizados de Juntos, SIS y PIN en el estado nutricional de niños de 6 a 36 meses de edad, de acuerdo a t/e. Al respecto, haciendo el análisis comparativo entre mediciones de línea basal (2008) y línea de comparación (2010); se evidencia el incremento de las prevalencias de: desnutrición crónica de **31.25 % a 57.5 %**, en **beneficiarios de 42.5 % a 62.25 %** y en los no beneficiarios de 20 % a 52.5 %.

De acuerdo al estimador RMP el impacto de los programas sociales focalizados: Juntos, SIS y PIN en la reducción de la desnutrición crónica infantil,  $(25 \times 19) / (15 \times 21)$ , es 1.51; es decir, los niños beneficiarios tienen 1.5 veces más de recuperar o prevenir la desnutrición crónica, que aquellos niños no beneficiarios de los programas.

Sometidos a prueba de Ji Cuadrada ( $X^2$ ), o la Ji de Mantel y Haenszel los resultados del estimador RMP, sobre la efectividad del programa Juntos, SIS y PIN en la reducción de la desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses de edad del distrito de Acos Vinchos de la provincia de Huamanga; se obtiene un valor (0.90), menor al **valor derivado de la curva normal que es 1.96**; por lo que se concluye, que no existe asociación estadísticamente significativa entre ser beneficiario del programa y reducción de la desnutrición crónica, con un 95% de confianza y con probabilidad de que sea falso menor de 5%.

Por tanto; de acuerdo a los resultado de esta prueba estadística, **confirma la hipótesis de investigación**, en que, la intervención de los programas JUNTOS, SIS y PIN (CRECER Wari) posiblemente no reduce en 06 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil en niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010.

Sobre el tema, viendo su gran importancia de combatir la prevalencia de la desnutrición crónica para lograr el desarrollo individual, familiar y del país se plasmó un conjunto de hechos, entre ellos:

En la Cumbre del Milenio del año 2000, el Perú y los Estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a alcanzar los denominados “Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM”, específicamente, la Meta 2 del Objetivo 1, hacia el año 2015 “**reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre**”<sup>(26)</sup>.

Del mismo modo, en marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las políticas de seguridad alimentaria y nutricional muchos países de la región, entre ellos Perú, apoyados por el PMA, FAO, OPS, UNICEF, BID, Banco Mundial,

INCAP, OEA y otros organismos, han elaborado programas a mediano y largo plazo de erradicación de la desnutrición infantil. En caso particular del Perú, el gobierno de Alan García Pérez creó Estrategia Nacional CRECER, que articula todos los programas sociales (JUNTOS, PIN, SIS, etc.) con el propósito **disminuir en 9 puntos porcentuales la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años**, con prioridad en menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza hasta el año 2011. Del mismo modo **el Gobierno Regional de Ayacucho dentro de este marco de política social crea CRECER Wari** con el objetivo de reducir en 06 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil entre el periodo 2007 – 2010, considerando que el sustrato básico para la aspiración regional es de garantizar una vida digna y segura para todas y todos los ayacuchanos. Para el logro de dichas metas tanto a nivel nacional y local se viene aplicando los programas sociales: **Programa Nacional de Apoyo directo a los más pobres “JUNTOS”** <sup>(6)</sup>, que entrega incentivo de S/. 100 nuevos soles en efectivo y de uso libre a las familias más pobres del país, con la finalidad de motivar y garantizar su participación Nutrición, Salud, Educación e Identidad. Cuyo objetivo principal es luchar contra la desnutrición crónica infantil y la pobreza extrema. Incorpora a familias con mujeres gestantes y niños hasta los 14 años de edad de zonas rurales; **Programa Integral de Nutrición – PIN** <sup>(7)</sup>, que integra seis programas nutricionales (PACFO, PANFAR, Comedores Infantiles, Desayunos Escolares, Almuerzos Escolares, CEIs/PRONOEIs). El Proyecto Piloto Nutricional se desarrolla en 6 provincias del país. Dentro del ámbito se encuentra el distrito de Acos Vinchos de la provincia de Huamanga. Cuyo propósito es prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años de edad, madres gestantes y lactantes, priorizando a los menores de 03 años de edad de familias pobres o pobres extremos, en situación de vulnerabilidad nutricional, mejorando su calidad de vida. Consta de tres componentes: **educativo** (fortalecimiento de capacidades y competencias en las familias para el cuidado del niño; promoción de oportunidades y capacidades económicas; y establecimiento de una red de protección social), **alimentario** (Sub Programa Infantil dirigido niños (as) menores de 3 años y Sub Programa preescolar y Preescolar dirigido a niños (as) de 3 a 12 años ) y **de monitoreo – evaluación** (medir resultados e impactos del programa, revisar la pertinencia de las estrategias contempladas y dar seguimiento al cumplimiento de indicadores expresados en el marco lógico). Estrategia para lograr

las metas: coordinación con los Establecimientos de Salud y/o Instituciones educativas, para atender a la población objetivo, brindándoles: 1) canastas alimentarias y/o desayunos escolares que cubran sus requerimientos mínimos de energía, proteínas y micronutrientes. 2) Desarrollar acciones orientadas a la generación de conductas saludables en las madres y en las familias, en los profesores, padres y alumnos, fortaleciendo las ya existentes incorporando aquellas que requieren, 3) También promover que los niños y niñas se incorporen en el Seguro Integral de Salud – SIS, y 4) Promoción e incidencia en políticas públicas regionales y locales orientadas a disminuir la pobreza, inequidad, discriminación, la disminución de la desnutrición crónica e incrementar la seguridad alimentaria de las familias y el SIS <sup>(8)</sup>, Organismo Público Descentralizado (OPD), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. El SIS a través del Programa Articulado Nutricional tiene como objetivo reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad.

Al respecto, evaluando los avances de los fines y objetivos de los programas sociales propuestos, muchos autores reportan que no existe logro de los objetivos y más por el contrario los efectos son negativos, como:

Dorothy & Friedman (2007) <sup>(32)</sup>. El enanismo en la niñez deteriora su desarrollo cognoscitivo y reduce su capacidad de productividad económica futura; conllevando a graves implicancias para el desarrollo económico del país. También el enanismo en la niñez, aumenta la susceptibilidad en la adultez de contraer males cardíacos, infartos, diabetes y otras enfermedades crónicas, y posiblemente también obesidad. Los niños contraen enanismo como resultado de dietas inadecuadas, y de enfermedades tales como las diarreas e infecciones respiratorias agudas. Los niños que nacen con poco peso, reflejo de la mala nutrición de las madres antes y durante el embarazo, tienen mayores probabilidades de sufrir retardos en el crecimiento durante la niñez.

Según el PMA (2011) <sup>(1)</sup>, muestran que en el mundo 1000 millones de niños padecen de DCI y en América Latina y el Caribe afecta a 9 millones (16%).

En situación similar, PNUD- IDH-2008, reporta que en algunos Países de Latinoamérica la tasa de Desnutrición crónica es: Bolivia (27%), Ecuador (26%), Perú (25%), Chile (2%) y Paraguay (0%) <sup>(2)</sup>.

INEI, ENDES (2011) <sup>(3)</sup>, indicó, según el patrón internacional de referencia OMS, regiones con el mayor nivel de desnutrición crónica infantil: Huancavelica con 54,6 %; Cajamarca con 40,5 %; y **Ayacucho con 38,8 %** (el 2009 tuvo 41,4%).

El informe de Línea de Base de desnutrición infantil de región de Ayacucho (2008) <sup>(15)</sup>. Reportó prevalencia de desnutrición crónica en menores de 36 meses de 111 distritos de la Región, 29.5% a 34.5% (promedio 32.0%). **A nivel de distritos: Acos Vinchos 49.1%**. Por otra parte indicó que del total de familias beneficiarias de algún programa social, el 34.9% de niños son desnutridos crónicos y del total de familias no beneficiarias el 18.3% (Prevalencia de desnutrición crónica: Juntos beneficiarios 41.50% y no beneficiarios 30%; PIN beneficiarios 40.1 % y los no beneficiarios 29.9%; y del SIS con acceso 36.5% y entre los que no acceden 31%.

En situaciones similares otros investigadores reportan: el Programa Integral de Nutrición no logra ningún objetivo nutricional <sup>(20)</sup>, el PACFO no reducen significativamente el nivel de nutrición, los desayunos escolares no tienen impacto en la antropometría ni anemia de los niños, los niños menores a 5 años que se benefician del Programa Integral de Nutrición no logran elevar su nivel nutricional.

Mientras otros autores reportan, que los programas sociales sí lograron disminuir la prevalencia de La Desnutrición, entre ellos:

ASIS del Centro de Salud de Acos Vinchos, reporta que la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de tres años de edad ha disminuido de 46.3% en 2009 <sup>(12)</sup> a 45.7% para el año 2010 <sup>(13)</sup>.

CENAN (2010) <sup>(14)</sup>, concluye que la desnutrición crónica en menores de 3 años en el distrito de Acos Vinchos disminuyó en 2.4 puntos porcentuales, al pasar de 34.5% a 32.1 %.

En sentido similar el Gobierno Nacional Alan García Pérez, en diferentes medios mediáticos, por INEI y ENDES <sup>(3)</sup>; reporta, como fruto de las políticas sociales que se viene aplicando, la pobreza y la desnutrición infantil crónica ha descendido de 22.6% a 17.9%; es decir, en 4.7 puntos porcentuales entre periodo 2007 a 2010; lo que indica que de cada 100 menores de cinco años de edad, cinco dejaron la condición de desnutrición crónica.

Haciendo el análisis comparativo de los objetivos propuestos en los programas sociales por el gobierno de Alan García Pérez de reducir en 9 puntos porcentuales desnutrición crónica para año 2011, del Gobierno Regional mediante estrategia Crecer Wari, de reducir a 6 puntos porcentuales para año 2010; con los hallazgos de ésta investigación y autores citados, se llega a las siguientes aseveraciones:

- El logro del objetivo de disminuir la desnutrición crónica en los niños beneficiarios de programas sociales focalizados (PIN, SIS y JUNTOS), en el distrito de Acos Vinchos como piloto nutricional, es negativo y hasta perverso, en vista que los objetivos propuestos no se ha logrado; más por el contrario la DCI, va en aumento con cifras alarmantes de 42.5 % a 62.25 % en la población beneficiaria,
- Se refuta a los datos proclamados por el Gobierno Peruano Alan García Pérez y por otros autores en que la prevalencia nacional de la desnutrición crónica ha disminuido de **22.6% en 2007 a 17.9% para 2010**, del ASIS del Centro de Salud Acos Vinchos de haber logrado de disminuir en más de un punto porcentual de desnutrición crónica y por último a CENAN en que se logró disminuir en 2.4 puntos porcentuales, al pasar de 34.5% a 32.1 %. 2010; pues por el contrario la prevalencia de la desnutrición ha aumentado. Por tanto se afirma que los promedios nacionales y regionales reportados ocultan disparidades significativas.
- Impacto deficiente de las metas de los componentes educativo (débil empoderamiento de capacidades humanas, económicas y competencias en las familias para el cuidado y protección infantil), alimentario (distintas instituciones



como PRONA, los municipios y otras instituciones, entregan ración de alimentos en forma descoordinada e insuficientes, que no satisfacen los requerimientos mínimos de calorías, proteínas y micronutrientes, de los niños e intrafamiliar, y sin servicios complementarios de salud, de saneamiento ni de cambios de comportamientos) y en lo que respecta a monitoreo y evaluación del programa social focalizado (no cuenta con una línea de base que permita medir su impacto ni tampoco con mecanismos eficientes de monitoreo y evaluación, lo que constituye una importante debilidad. El seguimiento se reduce a un simple registro de cobertura de servicios sin diferenciar población beneficiaria de no beneficiaria, sin mayor atención a los avances y efectos del programa en general y el bienestar de niños y niñas en particular); para reducir la pobreza y desnutrición crónica infantil:

- El actual gobierno viene incrementado en forma progresiva la asignación de recursos a programas sociales focalizados en más del 43% del presupuesto para el 2012, y de la misma manera existen apoyo de otros organismos cooperantes para reducir la DCI, ejemplo Proyecto EUROPAN con 60 millones de euros. Sin embargo, la administración de estos recursos es ineficiente y descoordinada; que no están bien orientados selectivamente a favor de los pobres ni de las poblaciones más vulnerables; es decir, existe **limitaciones en la capacidad de gestión y de focalización en las poblaciones más vulnerables desde el punto de vista nutricional, disminuyendo de esta manera la efectividad de las intervenciones de prevención y control de la desnutrición infantil.**
- En una sociedad con alto grado de corrupción, donde prima **la inequidad y la exclusión social, cultural, económica y política de segmentos de la población** como las comunidades rurales e indígenas, es imposible combatir la pobreza y la desnutrición crónica infantil.

## CONCLUSIONES

1. Selección impropia de los beneficiarios para los programas sociales por los operadores de diversas instituciones, seleccionaron los beneficiarios sin tomar en cuenta los criterios nacionales ni locales, excluyendo realmente a los hogares pobres y vulnerables que requieren ser atendidos.
2. La prevalencia de la desnutrición aguda es superior en los beneficiarios de programas sociales focalizados en comparación con los no beneficiarios.
3. La desnutrición global, es decir; la prevalencia del adelgazamiento y el retardo en crecimiento ha aumentado en los beneficiarios de programas sociales focalizados y ha disminuido en los no beneficiarios.
4. El Impacto del programa social focalizado (SIS, PIN y JUNTOS) en la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica, luego de 2 años de su aplicación en distrito de Acos Vinchos como centro piloto nutricional, es negativo y hasta perverso; porque, en vez de reducir, más por el contrario ha incrementado la DCI de 42.5 % a 62.25 % en la población beneficiaria. Hecho que corrobora la hipótesis de investigación, y pone en tela de juicio los índices de desnutrición crónica que son manejados por estas entidades, muchas veces con fines políticos y mercantilistas.
5. Impacto deficiente de las metas de los componentes educativo, alimentario y monitoreo – evaluación del programa social focalizado; para reducir la pobreza y desnutrición crónica infantil.
6. Administración ineficaz, descoordinado y poco transparente de los presupuestos destinados por el gobierno y de los cooperantes externos a programas sociales focalizados para la lucha contra la pobreza y desnutrición infantil.
7. En una sociedad donde prima **la inequidad y la exclusión social, cultural, económica y política de segmentos de la población** como las comunidades rurales e indígenas, es imposible combatir la pobreza y la desnutrición crónica infantil.

## RECOMENDACIONES

- Mejorar la focalización de los programas de asistencia alimentaria.
- Realizar nuevas investigaciones que permitan evaluar y monitorizar el impacto de los programas sociales.
- Se debe de implementar políticas que garanticen intervenciones integrales de seguridad alimentaria, salud y educación de la población más vulnerable, con énfasis niños menores de tres años, optimizando e incrementando el presupuesto público asignado a salud y educación.
- Impulsar proyectos de desarrollo económico y social en los distritos más pobres de la región, fortaleciendo la participación de la población en las decisiones del uso de los recursos del Estado para combatir la desnutrición crónica infantil.
- Implementar políticas agresivas de generación de ingresos familiares para los más pobres, en el marco del derecho de todos los niños al pleno desarrollo de su potencial y disfrute, con equidad e inclusión.
- Diseñar sistemas efectivos de monitoreo de los resultados nutricionales de los programas sociales, quienes conforman la Estrategia Nacional Crecer y Crecer Wari.
- Optimizar los recursos económicos, del FONCOMUN, del Canon, PpR, SIS, entre otras, para mejorar la calidad de los servicios de salud, ampliar la cobertura de agua y saneamiento, hacia la población más vulnerable.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) **Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas en Perú.** 2011.
- (2) PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDADAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), **Índice de Desarrollo Humano de Latinoamérica (IDH).** [Internet] 2008 [Consultado julio marzo del 2010]. Disponible 2008. Disponible en URL: [www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx](http://www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx).
- (3) INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - 2010, Presupuesto por Resultados. **Prevalencia de la Desnutrición Crónica.** 2011.
- (4) ESTRATEGIA NACIONAL CRECER: **Disminución de la Desnutrición Crónica Infantil.** [Internet] 2008 [Consultado setiembre del 2010]. Disponible en URL: <http://www.crecer.gob.pe/graficos.php?var=4>.
- (5) CRECER WARI. **Plan de operaciones,** 2008.
- (6) PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MAS POBRES “**JUNTOS**”, [Internet] 2010 [Consultado junio del 2010]. Disponible en URL: <http://www.juntos.gob.pe>.
- (7) PRONAA. **Programa Integral de Nutrición – PIN,** [Internet] 2010 [Consultado octubre del 2010]. Disponible en URL: [http://www.pronaa.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48&Itemid=69](http://www.pronaa.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=69).
- (8) SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, [Internet] 2010 [Consultado agosto del 2010]. Disponible en URL: [http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/index.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html).
- (9) JUNTOS, **Disminución de la Desnutrición Crónica en el Perú,** [Internet] 2010 [Consultado noviembre del 2010]. Disponible en la URL: <http://www.juntos.gob.pe/graficos>.

- (10) BANCO MUNDIAL, **Desnutrición Crónica en el Perú**. [Internet] 2009 [Consultado abril del 2010]. Disponible en URL: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- (11) CENTRO DE SALUD DE ACOS VINCHOS. **Línea de Base del Estado Nutricional de los Niños Menores de Cinco Años de Edad**, Micro Red Quinua-Muyurina, Red Huamanga, DIRESA Ayacucho. Ayacucho, 2008.
- (12) CENTRO DE SALUD DE ACOS VINCHOS. **Análisis de la Situación de Salud**, Micro Red Quinua-Muyurina, Red Huamanga, DIRESA Ayacucho. Ayacucho, 2009.
- (13) CENTRO DE SALUD DE ACOS VINCHOS. **Análisis de la Situación de Salud**, Micro Red Quinua-Muyurina, Red Huamanga, DIRESA Ayacucho. Ayacucho, 2010.
- (14) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. **Proporción de indicadores nutricionales en niños menores de 5 años que acceden a los establecimientos de salud, periodo anual, 2008, 2009 y 2010**.
- (15) GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO. **Línea de Base de Desnutrición Infantil y sus Determinantes en los 111 Distritos de la Región Ayacucho**, Ayacucho, 2008.
- (16) **PUENTE de Chile**, [Internet] 2009 [Consultado noviembre del 2010]. Disponible en la URL: [www.programapuenete.cl](http://www.programapuenete.cl).
- (17) **HAMBRE CERO de Brasil**, [Internet] 2009 [Consultado marzo del 2010]. Disponible en URL: [www.brasil.gov.br/espanhol/programas/social/hambre](http://www.brasil.gov.br/espanhol/programas/social/hambre).
- (18) HUARACA ROJAS, Héctor. **Factores de riesgo asociados con el estado nutricional de niños de 6 a 60 meses, beneficiarios del programa "JUNTOS". Distrito de Tambillo-Ayacucho, 2007**. [Tesis de Docencia]. Ayacucho: Facultad de Enfermería de la UNSCH; 2008.

- (19) BERMUDO MEDINA, Fredy y GONZALES MORALES, Alejandro: **“Intervención del Programa Juntos y su influencia en la salud de los niños beneficiarios de la provincia de Acobamba. Huancavelica, 2007.** [Tesis de Docencia]. Ayacucho: Facultad de Enfermería de la UNSCH; 2008.
- (20) **Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas en Perú.** [Internet] 2009 [Consultado marzo del 2010]. Disponible en URL: [http://www.congreso.gob.pe/grupo\\_parlamentario/unidadnacional/talleres/TALLER\\_II\\_30-3-7/PROGRAMAS\\_SOCIALES.pdf](http://www.congreso.gob.pe/grupo_parlamentario/unidadnacional/talleres/TALLER_II_30-3-7/PROGRAMAS_SOCIALES.pdf).
- (21) COHEN E. y MARTINEZ R. **Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL - ONU. Buenos Aires, 2007.
- (22) VARGAS Rosana y SALAZAR Ximena. **Análisis de la Implementación del Programa JUNTOS en las regiones de Apurímac, Huancavelica y Huánuco.** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Editorial Nova Print SAC. 2009.
- (23) PUCP, **“Análisis Crítico de del Programa Integral de Nutrición - PIN) en la Región La Libertad”**, 2009.
- (24) Norma Técnica de Salud N° 063-MINSA/DGSP-VO1. **Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal.** 2008.
- (25) INEI. **Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de cinco años a nivel Provincial y Distrital,** Patrón de la Organización Mundial de la Salud – OMS. [Internet] 2007 [Consultado enero del 2011]. Disponible en URL: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/naiepi-patrones-crecimiento.pdf>
- (26) GALLARDO, M. **Índices de Desarrollo Humano.** Anuario Científico de la Facultad de Enfermería -UNSCH. [Revista Científica]. 5<sup>ta</sup> Edición. Edit. Vargas, Ayacucho, 2008: 102.

- (27) ADRA. **Balance de las Acciones del Gobierno en la Lucha Contra la Desnutrición Infantil**, 2009.
- (28) CARE. **Balance de las Acciones del Gobierno en la Lucha Contra la Desnutrición Infantil**, 2009.
- (29) INEI, **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2007, 2010 y 1<sup>er</sup> trimestre**. [Internet] 2010 [Consultado octubre del 2010]. Disponible en la URL:  
[www.desa.inei.gov.pe-ndicadoresderesultadosidentificados](http://www.desa.inei.gov.pe-ndicadoresderesultadosidentificados).
- (30) PRISMA. **Efectos de la Desnutrición Crónica**, 2009.
- (31) DECLARACION DE SANTIAGO. **Conferencia Regional "Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe"**. [Internet] 2008 [Consultado abril del 2010]. Disponible en URL:  
[http://www.inversionenlainfancia.net/system/application/views/materiales/UPL OAD/ARCHIVOS\\_DOCUMENTO/documento\\_files/40\\_3h.pdf](http://www.inversionenlainfancia.net/system/application/views/materiales/UPL OAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_files/40_3h.pdf)
- (32) THE GERALD J. AND DOROTHY R. FRIEDMAN, SCHOOL OF NUTRITION SCIENCE AND POLICY AND AT TUFTS UNIVERSITY. **Reducción de la Desnutrición Crónica en el Perú: Propuesta para una Estrategia Nacional**. Octubre del 2007.

## GLOSARIO: SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

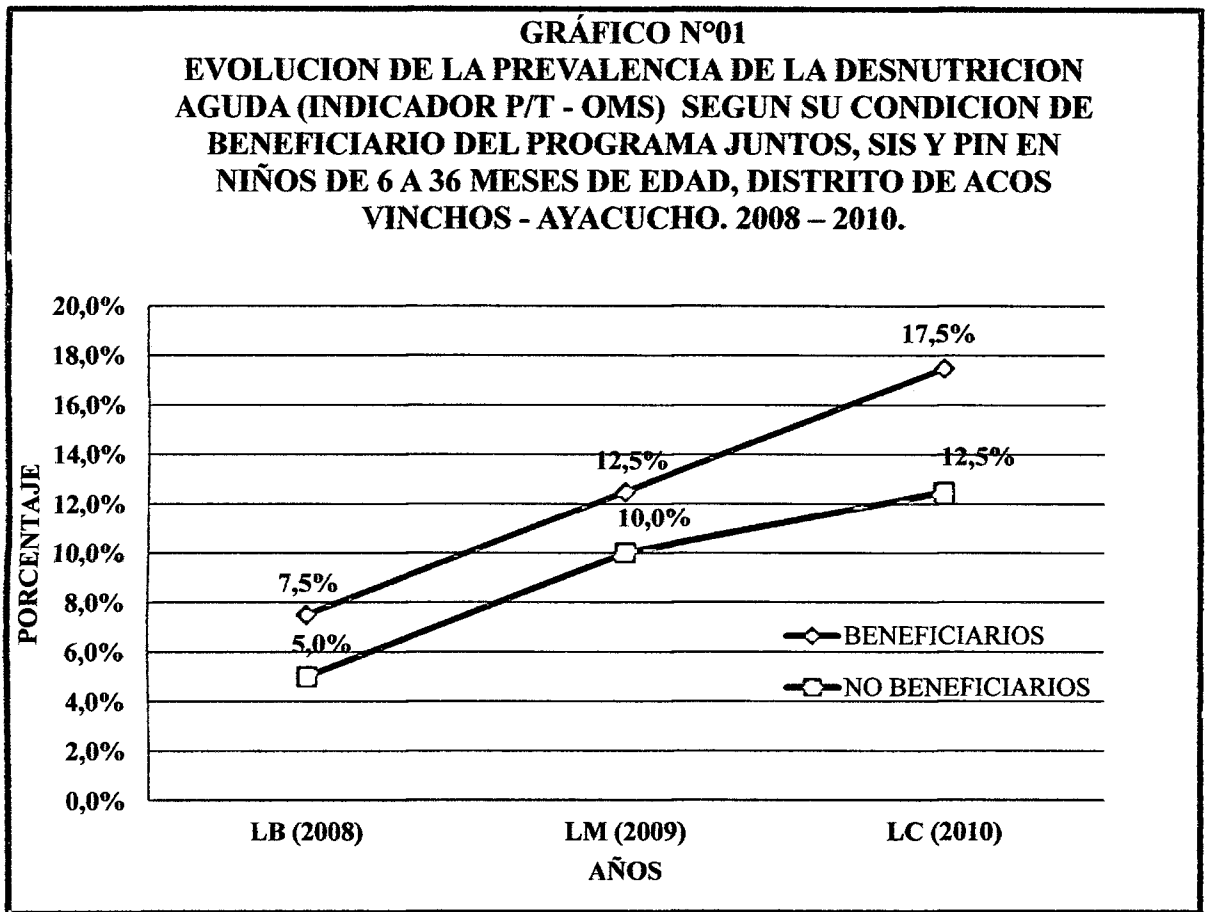
<b>AUS</b>	Aseguramiento Universal en Salud
<b>BID</b>	Banco Internacional de Desarrollo
<b>C/P</b>	Con Proyecto
<b>CEI</b>	Centro de Educación Inicial
<b>CENAN</b>	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
<b>CIAS</b>	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
<b>CIAS</b>	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
<b>CRECER WARI</b>	Estrategia Regional Crecer Wari
<b>CRECER</b>	Estrategia Nacional Crecer
<b>CS o CC.SS.</b>	Centro de Salud
<b>DC</b>	Desnutrición Crónica
<b>DCI</b>	Desnutrición Crónica Infantil
<b>DIGESA</b>	Dirección General de Salud
<b>DIRESA</b>	Dirección Regional de Salud
<b>DNI</b>	Documento Nacional de Identidad
<b>DNPP</b>	Dirección Nacional de Presupuesto Participativo
<b>E.E. S.S.</b>	Establecimientos de Salud
<b>EDA</b>	Enfermedad diarreica Aguda
<b>ENAH0</b>	Encuesta Nacional de Hogares
<b>ENDES</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
<b>EUROPAN</b>	Presupuestario de la Unión Europea al Programa Articulado Nutricional
<b>FAO</b>	Food and Agriculture Organization (Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y la Alimentación)
<b>FIVIMS</b>	Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping (Sistema de Información y Cartografía sobre la Inseguridad Alimentaria y la Vulnerabilidad)
<b>FONCOMUN</b>	Fondo de Compensación Municipal
<b>GN</b>	Gobierno Nacional
<b>GR</b>	Gobierno Regional
<b>GRA</b>	Gobierno Regional de Ayacucho
<b>IDH</b>	Índices de Desarrollo Humano
<b>INCAP</b>	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
<b>INEI</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>IRA</b>	Infección Respiratoria Aguda
<b>JUNTOS</b>	Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres
<b>LB</b>	Línea de Base
<b>LC</b>	Línea de Comparación
<b>LM</b>	Línea Media
<b>LPIS</b>	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
<b>MD</b>	Municipalidad Distrital
<b>MEF</b>	Ministerio de Economía y Finanzas
<b>MIMDES</b>	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud



<b>MONIN</b>	Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales
<b>MP</b>	Municipalidad Provincial
<b>NCHS</b>	National Center for Health Statistics (Centro Nacional de Estadísticas para la Salud)
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPD</b>	Organismo Público Descentralizado
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSB</b>	Organización Social de Base
<b>P/E</b>	Peso para la Edad
<b>P/T</b>	Peso para la Talla
<b>PACFO</b>	Programa de Complementación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo
<b>PAN</b>	Plan Articulado de Nutrición
<b>PANFAR</b>	Programa de Alimentación y Nutrición a la Familia en Alto Riesgo
<b>PCA</b>	Programa de Complementación Alimentaria
<b>PCM</b>	Presidencia del Consejo de Ministros
<b>PCM</b>	Presidencia de Consejo de Ministros
<b>PI</b>	Plan de Incentivos
<b>PIN</b>	Plan Integral de Nutrición
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PpR</b>	Presupuesto Por Resultados
<b>PRONAA</b>	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
<b>PRONAMA</b>	Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización
<b>PRONOEI</b>	Programas No Escolarizados de Educación Inicial
<b>PUCP</b>	Pontificia Universidad Católica del Perú
<b>PVL</b>	Programa de Vaso de Leche
<b>Quintil III*</b>	Distritos que tienen un índice de vulnerabilidad a la desnutrición infantil mayor a 0.2.
<b>Quintil III°</b>	Distritos que tienen un índice de vulnerabilidad a la desnutrición infantil menor a 0.2
<b>RENIEC</b>	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
<b>S/P</b>	Sin Proyecto
<b>SIAF</b>	Sistema Integrado de Administración Financiera
<b>SIAS</b>	Sistema de Información de Asuntos Sociales
<b>SIS</b>	Seguro Integral de Salud
<b>SISFOH</b>	Sistema de Focalización de Hogares
<b>SISFOH</b>	Sistema de Focalización de los Hogares
<b>T/E</b>	Talla para la Edad
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos

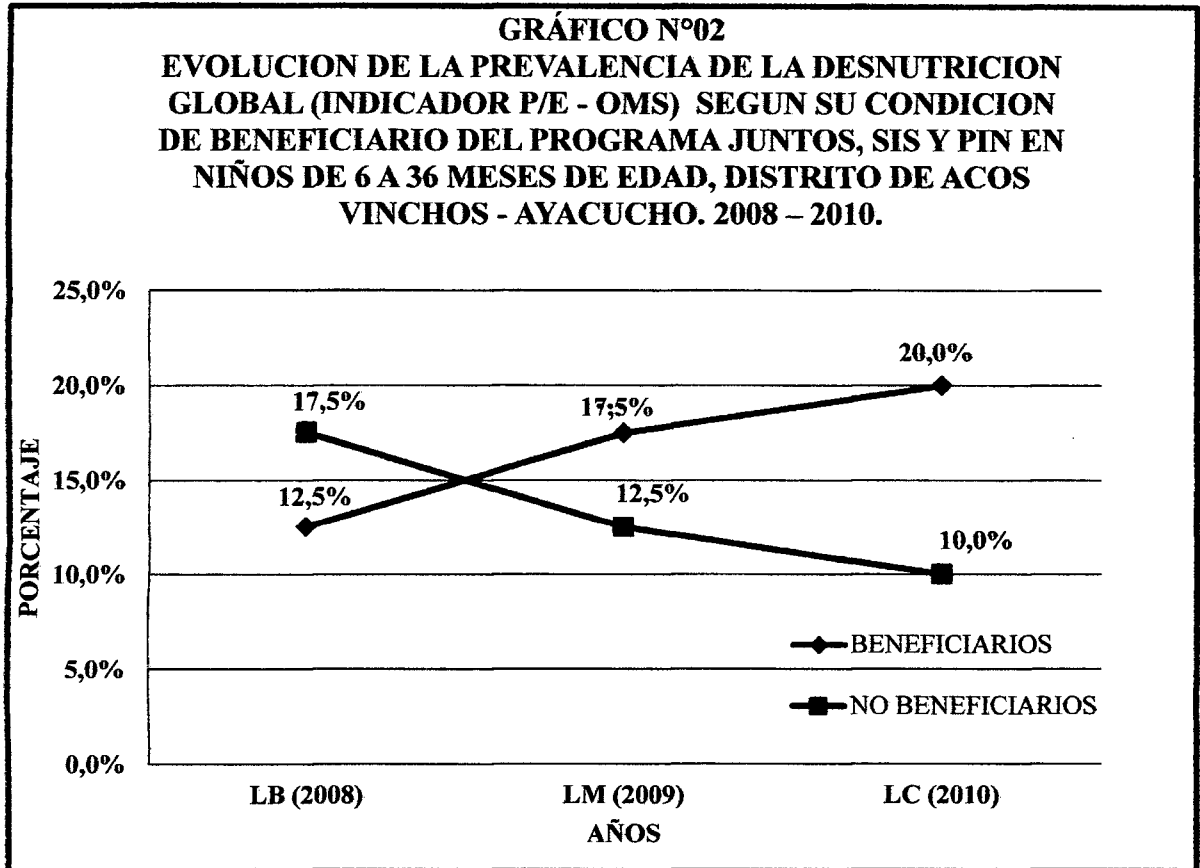
# **ANEXO**

ANEXO A



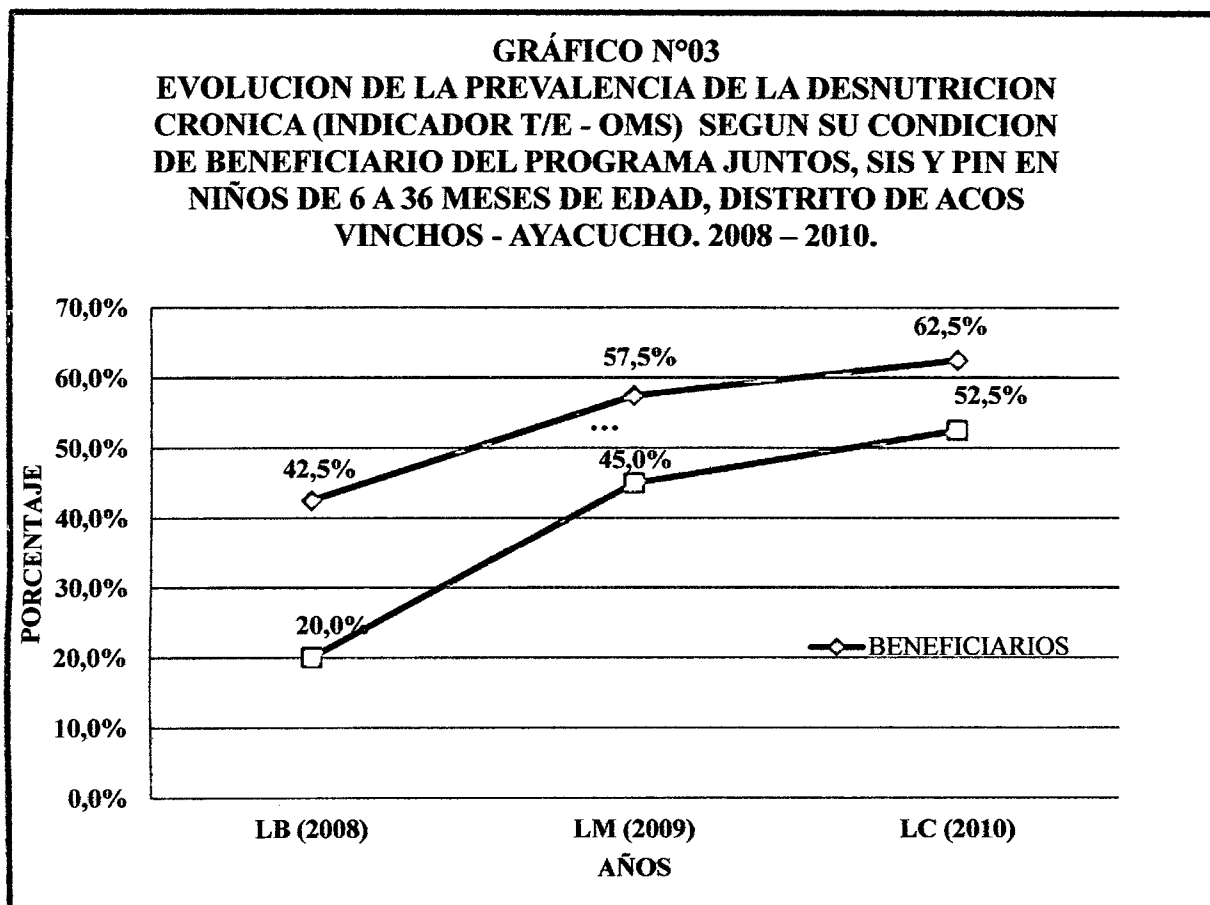
*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

ANEXO B



*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

ANEXO C



*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

## ANEXO D

**CUADRO 01: ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR P/T -  
OMS  
LINEA MEDIA – 2009.**

		CASO		NO CASO		
FACTOR PROTECTOR	BENEFICIARIOS	05	a	35	b	40
	NO BENEFICIARIOS	04	c	36	d	40
		<b>09</b>		<b>71</b>		<b>80</b>

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro de Línea Media de 2009, se observa:

- Prevalencia general de desnutrición aguda de 11.25 %,
- Prevalencia de desnutrición aguda en los beneficiarios del programa Juntos, SIS y PIN: 12.5 % y
- Prevalencia de desnutrición aguda en los no beneficiarios: 10.0 %.

## ANEXO E

**CUADRO 02: ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR P/E -  
OMS  
LINEA MEDIA – 2009.**

		<b>CASO</b>	<b>NO CASO</b>	
<b>FACTOR PROTECTOR</b>	BENEFICIARIOS	07      a	33      b	<b>40</b>
	NO BENEFICIARIOS	05      c	35      d	<b>40</b>
		<b>12</b>	<b>68</b>	<b>80</b>

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro de línea media, luego de un año de ejecución del programa Juntos, SIS y PIN se observa:

- Prevalencia general de desnutrición global de 15 % ,
- Prevalencia de desnutrición global en los beneficiarios del programa Juntos , SIS y PIN 17.5 % y
- Prevalencia de desnutrición global en los no beneficiarios 12.5 %.

**ANEXO F**

**CUADRO 03: ESTADO NUTRICIONAL INDICADOR T/E -  
OMS  
LINEA MEDIA – 2009.**

		<b>CASO</b>		<b>NO CASO</b>		
<b>FACTOR PROTECTOR</b>	BENEFICIARIOS	23	a	17	b	<b>40</b>
	NO BENEFICIARIOS	18	c	22	d	<b>40</b>
		<b>41</b>		<b>39</b>		<b>80</b>

*Fuente: Hoja de Observación Nutricional. Acos Vinchos, 2011.*

En el presente cuadro de línea basal de 2009, se observa:

- Prevalencia general de desnutrición crónica de 51.25 % ,
- Prevalencia de 57.5 % de desnutrición crónica en los beneficiarios del programa Juntos , SIS y PIN y
- Prevalencia de 45 % de desnutrición crónica en los no beneficiarios.



## INDICE:

	Pag.
<b>1) NOMBRE DEL PROYECTO DE LA TESIS.....</b>	<b>1</b>
<b>2) INDICE.....</b>	<b>2</b>
<b>3) GENERALIDADES.....</b>	<b>4</b>
3.1) Personal investigador.....	4
3.1.1) Autor.....	4
3.1.2) Asesor(es).....	4
3.2) Tipo de investigación.....	4
3.3) Cronograma de trabajo.....	4
3.4) Recursos disponibles.....	5
3.4.1) Humanos.....	5
3.4.2) Materiales.....	5
3.4.2.1) Para la toma de muestras.....	5
3.4.2.2) Materiales de laboratorio.....	5
3.4.2.3) Reactivos de Laboratorio.....	5
3.4.2.4) De sujeción y contención.....	5
3.4.2.5) De escritorio.....	6
3.4.3) Equipos.....	6
3.4.3.1) Para medición de signos vitales.....	6
3.4.3.2) De laboratorio.....	6
3.4.4) Otros.....	6
3.5) Presupuesto.....	7
3.6) Financiamiento.....	7
<b>4) PLAN DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>8</b>
4.1) Problema.....	8
4.1.1) Enunciado.....	8
4.1.2) Variables.....	8
4.1.3) Definición y delimitación .....	8
4.1.4) Justificación.....	9
4.1.5) Marco teórico.....	9
4.1.5.1) Descripción.....	9
4.1.5.2) Habitud y distribución.....	9
4.1.5.3) Dieta.....	10

**ANEXO G**  
**HOJA DE OBSERVACIÓN NUTRICIONAL**

**COMUNIDAD:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS:** JUNTOS, SIS Y PIN: SI ( ) NO ( )

N°	2008					2009					2010												
	Junio (6 a 12 meses de edad)					Junio (18 a 24 meses de edad)					Junio (30 a 36 meses de edad)												
	EDAD (meses)	PESO (kg.)	TALLA (cm.)	DX. P/T	DX. P/E	DX. T/E	Standard OMS	EDAD (meses)	PESO (kg.)	TALLA (cm.)	DX. P/T	DX. P/E	DX. T/E	Standard OMS	EDAD (meses)	PESO (kg.)	TALLA (cm.)	DX. P/T	DX. P/E	DX. T/E	Standard OMS		

**ANEXO H**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**“IMPACTO DE LOS PROGRAMAS JUNTOS, SIS & PIN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS BENEFICIARIOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD. DISTRITO DE ACOS VINCHOS, AYACUCHO. 2008 – 2010”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es el impacto de la intervención de los programas JUNTOS, SIS &amp; PIN en la reducción de 6 puntos porcentuales de la desnutrición crónica en niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010?</p>	<p><b>General:</b> Determinar el impacto de la intervención de los programas JUNTOS, SIS &amp; PIN en la reducción de 6 puntos porcentuales de la desnutrición en niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el número de beneficiarios de los programas focalizados Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) y grupo control de niños de 6 a 36 meses de edad.</li> <li>• Analizar el impacto de los programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en el estado nutricional, según indicador peso/talla - OMS, comparando la información de la línea de base y los resultados de la línea de comparación en niños</li> </ul>	<p><b>Hi:</b> La intervención de los Programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) (CRECER Wari) posiblemente no reduce en 06 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil en niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad. Distrito de Acos Vinchos, Ayacucho. 2008 – 2010.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Intervención de los programas JUNTOS, SIS &amp; PIN.</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Impacto en el Estado nutricional de niños beneficiarios de 6 a 36 meses de edad.</p> <p><b>VARIABLES INTERVINIENTES:</b> Edad, Sexo, Línea de Base, Línea Media y Línea de Comparación.</p>	<p><b>ENFOQUE DE INVESTIGACION:</b> Cuantitativo. <b>TIPO DE INVESTIGACION:</b> Analítico. <b>NIVEL DE INVESTIGACION:</b> Cuasi-experimental. <b>DISEÑO DE ESTUDIO:</b> Epidemiológico, Transversal, retrospectivo.</p> <p><b>ÁREA DE ESTUDIO:</b> El estudio será realizado en el distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.</p> <p><b>POBLACION:</b> La población estará conformado por 132 niños de 6 a 36 meses de edad de ambos sexos beneficiarios y no beneficiarios de los programas: Juntos, PIN &amp; SIS que acuden a al Centro de Salud de Acos Vinchos del mismo. Que representa al 100% de población en estudio, que residen en las 13 comunidades del distrito de Acos Vinchos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CRITERIOS DE INCLUSION:</b> Se considera como unidad de análisis los niños incluidos en la Línea de Base del estado nutricional de ambos sexos que reciben atención de salud en el Centro de Salud de Acos Vinchos, beneficiarios y no beneficiarios de los programas sociales focalizados: Juntos, PIN &amp; SIS durante junio del 2008</li> <li>• <b>CRITERIOS DE EXCLUSION:</b> Se considera a los niños menores de 6 meses de edad, mayores de 12 meses de edad durante junio del 2008, niños especiales, niños que padecen enfermedades.</li> </ul> <p><b>MUESTRA POBLACIONAL:</b> La selección de la muestra se realizó en función de las variables de mayor relevancia en relación al objetivo de impacto perseguido. Dado que no es aleatoria la selección de los grupos en la LB, es posible que se presenten diferencias entre <math>X</math> e <math>Y</math>. El modelo asume que dichas diferencias son estables en el tiempo, por lo que <math>(X' - X) - (Y' - Y)</math> es un buen estimador del impacto neto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grupo de estudio:</b> Niños (as) beneficiarios de los Programas Juntos, SIS y PIN,</li> </ul>

	<p>beneficiarios y grupo control.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar el impacto de los programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en el estado nutricional, según indicador Peso/Edad - OMS, comparando la información de la línea de base y los resultados de la línea de comparación en niños beneficiarios y grupo control.</li> <li>• Analizar el impacto de los programas Juntos, Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) en el Estado Nutricional, según indicador talla/edad - OMS, comparando la información de la línea de base y los resultados de la línea de comparación en niños beneficiarios y grupo control.</li> <li>• Analizar el impacto educativo, alimentario y monitoreo de los programas sociales focalizados.</li> </ul>			<p>que residen en las 13 comunidades y con registro de LB en el Centro Salud de Acos Vinchos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grupo Control:</b> Niños (as) no beneficiarios de los Programas Juntos, SIS y PIN, que residen en las 13 comunidades y con registro de LB en el Centro de Salud de Acos Vinchos.</li> </ul> <p><b>TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:</b> Observación, revisión documental y evaluación del estado nutricional</p> <p><b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:</b> Guía de observación. Historia clínica donde se muestra la antropometría diagnóstico nutricional mensual. Carné de crecimiento y desarrollo y hoja de vigilancia nutricional.</p> <p><b>PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:</b> ETAPA I: Coordinación y sensibilización con el Jefe del CS. de Acos Vinchos para la realización del estudio. ETAPA II: Planificación del estudio y capacitación a los profesionales que participarán en la recolección de la información. ETAPA III: Recolección de la información, control de calidad, almacenamiento y procesamiento de la información.</p> <p><b>PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS:</b> El procesamiento de los datos comprenderá la categorización, codificación y resumen de los datos en hojas maestras, utilizándose para el efecto el Programa estadístico SPSS, versión 17.</p> <p><b>PLAN DE ANALISIS DE DATOS:</b> Para la presentación y análisis de los resultados se emplearán tablas de contingencia 2x2, de acuerdo a los objetivos propuestos. En el análisis de los datos se empleará RMP para determinar el impacto y Chi cuadrada para evaluar su significancia.</p>
--	--	--	--	---

**ANEXO I**

**HOJA DE PLAN DE ATENCION INTEGRAL  
DE SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE LA  
HISTORIA FAMILIAR.  
MINSA - DIRESA**

**PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA O NIÑO**

Historia Clínica:  Código Afiliación SIS u otro Seguro:

Nombre:  CUI/DNI:

Apellidos:  Sexo:  M  F F. de Nac.:

Identificación /Referencia:

Padre o adulto responsable del cuidado del niño:  Edad:  DNI:

Alergias, Riesgos, Necesidades:

Prestaciones de salud	Fecha																					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°											
Control de Crecimiento y Desarrollo del niño.																						
Administración de micronutrientes (suplemento)	Multimicronutrientes (Chispita)																					
	Vitamina "A"																					
	Otros																					
Prescripción de estimulación temprana/Consejería																						
Consejería Nutricional																						
Administración de vacuna	BCG																					
	H1N1																					
	APO	1°	2°	3°	PENTAVALENTE	1°	2°	3°	NEUMOCOCCO	1°	2°	3°	INFLUENZA	1°	2°	ROTAVIRUS	1°	2°	SPR	AMA	DPT	
Detección, diagnóstico y tratamiento de:	Anemia																					
	Parasitosis																					
Salud Bucal	Atención odontológica																					
	Aplicación de barnices y/o sellantes, Top, Fluor																					
	Tto. Recuperativo (obturaciones y/o exodoncias)																					
Visita Familiar Integral																						
Atención de patologías prevalentes																						
Otras (Agudeza visual, Audición, etc)																						

PROFESIONAL DE SALUD

**FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO**

Fecha     Hora     N° H.C.:

**DATOS GENERALES**

Nombres  Sexo: M  F  Edad:   
 Lugar de Nacimiento:  Domicilio/Referencia  F. Nac:   
 Estado de Instrucción  Centro Educativo  Teléfono Domicilio   
 CUI/DNI  G.S.  Rh   
 Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor  Edad  Identificación (DNI)  Cod. Afiliación: SIS ( ) Otro ( )

**Antecedentes Personales:**

**Antecedentes Perinatales:**  
 Embarazo Normal  Complicado   
 Patología(s) durante la gestación:

**1.3 Nacimiento**  
 Edad Gest. al nacer (sem):   
 Peso al nacer (gr):   
 Talla al nacer (cm)   
 Perímetro cefálico   
 Respiración y llanto al nacer:  
 Fue inmediato Si  No   
 APGAR 1 min  5 m   
 Reanimación Si  No   
 Patología Neonatal Si  No   
 Especifique:

**3. Patológicos**  
 TBC  si  no   
 SOBA / Asma  si  no   
 Epilepsia  si  no   
 Infecciones  si  no   
 Hospitalizaciones  si  no   
 Transfusiones sang.  si  no   
 Cirugía  si  no   
 Alergia a medic.:   
 Otros

**Antecedentes Familiares**  
 Tuberculosis  Quién  Si  No   
 VIH-SIDA  Quién  Si  No   
 Diabetes  Quién  Si  No   
 Epilepsia  Quién  Si  No   
 Alergia Medicinas  Quién  Si  No   
 Violencia familiar  Quién  Si  No   
 Alcoholismo  Quién  Si  No   
 Drogadicción  Quién  Si  No   
 Hepat. B  Quién  Si  No   
 Padre(P), Madre (M), Hno(H)  
 Abuelo(a)(A), Otro(O)

**Control Prenatal:** Si  No   
 N° CPN  N° de embarazo

**Parto:** Parto Eutócico  Complicado   
 Complicaciones del parto

**Lugar del parto:** ISS  Domicilio   
 Atendido por: Profesional de Salud  Técnico   
 ACS  Familiar   
 Otro (especificar)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO						
Vacunas	Dosis	Edad	Fecha	EDAD	CONTROL	Edad	FECHA	Administración Micronutrientes		
								VIT. A	Sulfato Ferroso	Otros
BCG	Única			RN	1°					
HVB	Única		2°							
Pentavalente			1°		1°					
			2°		2°					
			3°		3°					
APO			1°		4°					
			2°		5°					
			3°		6°					
Rotavirus*			1°		7°					
			2°		8°					
Influenza			1°		9°					
			2°	10°						
Neumococo*			1°	11°						
			2°	1°						
SPR	Única			2°						
Neumococo	3°			3°						
Influenza	Refuerzo			4°						
				5°						
				6°						
Anti amarilla	Única			1°						
Refuerzo DPT	1°			2°						
				3°						
				4°						
Refuerzo DTP	2°			1°						
				2°						
Ref. SPR	1°			3°						
				4°						
Tamizaje	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
carte Anemia										
arte parasitosis										
prevenitivo liparasitario										
SERVICIOS Y NOMBRES				5a.	Único					
				6a.	Único					
				7a.	Único					
				8a.	Único					
				9a.	Único					
								N° HCL		

EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO

FECHA:																						
EDAD:	Neo	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	15m	18m	21m	24m	30m	36m	42m	48m	
Recibiendo Lactancia Materna?																						
¿jarre al lacta?																						
¿s al día?																						
¿durante la noche?																						
¿leche no materna?																						
¿en 24 horas recibe leche no materna?																						
¿aguitas?																						
¿algún otro alimento?																						
Papilla espesa / puré																						
Sopa/caídos																						
Comida de olla familiar																						
Otros																						
¿su propia ración?																						
¿as a la semana le da alimentos ricos en hierro?																						
¿es al día como la niña/niño?																						
¿mantequilla o margarina a la comida del niño?																						
¿dada a la comida familiar?																						
OS																						
Explorar																						
¿trocrito (Tomar en cuenta la altura)																						
¿beneficiario de algún Programa de Apoyo																						
Especificar																						

CONSULTA

Hora:

Edad:

¿de peligro: marcar los hallazgos)

¿no succionar


DE 2 MESES A 4 AÑOS:  
No puede beber o tomar al pecho  
Convulsiones  
Letárgico o comatoso  
Vomita todo  
Estridor en reposo / draje subcostal


PARA TODAS LAS EDADES:  
Emaciación visible grave  
Piel vuelve muy lentamente  
Traumatismo / Quemaduras  
Envenenamiento  
Palidez palmar intensa


consulta:

Enfermedad:

Fórmula de Inicio:

Curso:

Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC

1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico	2. Diagnostico Nutricional	3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor
1.		
2.	Normal	Normal
3.	Ganancia inadecuada de peso (Riesgo Nutricional)	Riesgo de trastorno del desarrollo
Factores determinantes de la salud y nutrición	Desnutrición	Trastorno del Desarrollo
	Sobrepeso	Observaciones:
	Obesidad	

Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador:

Referencia (lugar y motivo)

Atendido por:

Firma y Sello

Categoría profesional / ONI



**CONSULTA**

Hora:

Edad:

Signos de peligro: marcar los hallazgos)

SEES:  
ar ni succionar


DE 2 MESES A 4 AÑOS:

No puede beber o tomar el pecho  
Convulsiones  
Letárgico o comatoso  
Vomita todo  
Estridor en reposo / tiraje subcostal


PARA TODAS LAS EDADES:

Emaciación visible grave  
Piel viscosa muy lentamente  
Traumatismo / Quemaduras  
Envenenamiento  
Palidez palmar intenso


nbada del ombligo se extiende a la piel  
ratura baja  
as y extensas  
natoso

de consulta:

enfermedad:

Forma de Inicio:

Curso:

Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC

1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico	2. Diagnóstico Nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor
		P/E	T/E	
1.				
2.	Normal			Normal
3.	Ganancia inadecuada de peso (Riesgo Nutricional)			Riesgo de trastorno del desarrollo
Factores determinantes de la salud y nutrición	Desnutrición			Trastorno del Desarrollo
	Sobrepeso			Observaciones:
	Obesidad			

Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador:

Referencia (lugar y motivo)

Atendido por: Firma y Sello Colegio profesional / DNI

**CONSULTA**

Hora:

Edad:

Signos de peligro: marcar los hallazgos)

SEES:  
ar ni succionar


DE 2 MESES A 4 AÑOS:

No puede beber o tomar el pecho  
Convulsiones  
Letárgico o comatoso  
Vomita todo  
Estridor en reposo / tiraje subcostal


PARA TODAS LAS EDADES:

Emaciación visible grave  
Piel viscosa muy lentamente  
Traumatismo / Quemaduras  
Envenenamiento  
Palidez palmar intenso


nbada del ombligo se extiende a la piel  
ratura baja  
as y extensas  
natoso

de consulta:

enfermedad:

Forma de Inicio:

Curso:

Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC

1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico	2. Diagnóstico Nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor
		P/E	T/E	
1.				
2.	Normal			Normal
3.	Ganancia inadecuada de peso (Riesgo Nutricional)			Riesgo de trastorno del desarrollo
Factores determinantes de la salud y nutrición	Desnutrición			Trastorno del Desarrollo
	Sobrepeso			Observaciones:
	Obesidad			

Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador:

Referencia (lugar y motivo)

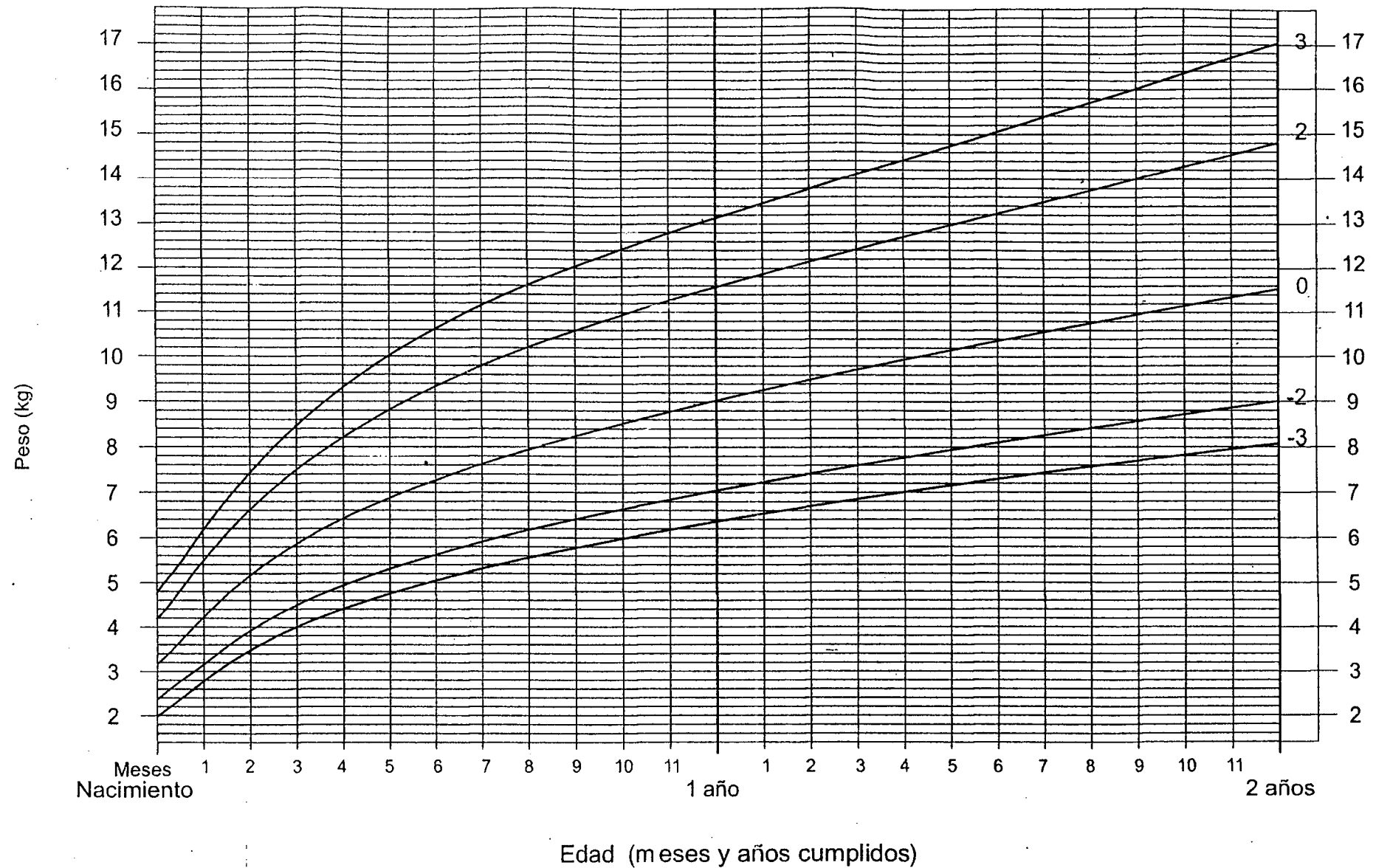
Atendido por: Firma y Sello Colegio profesional / DNI

## ANEXO J

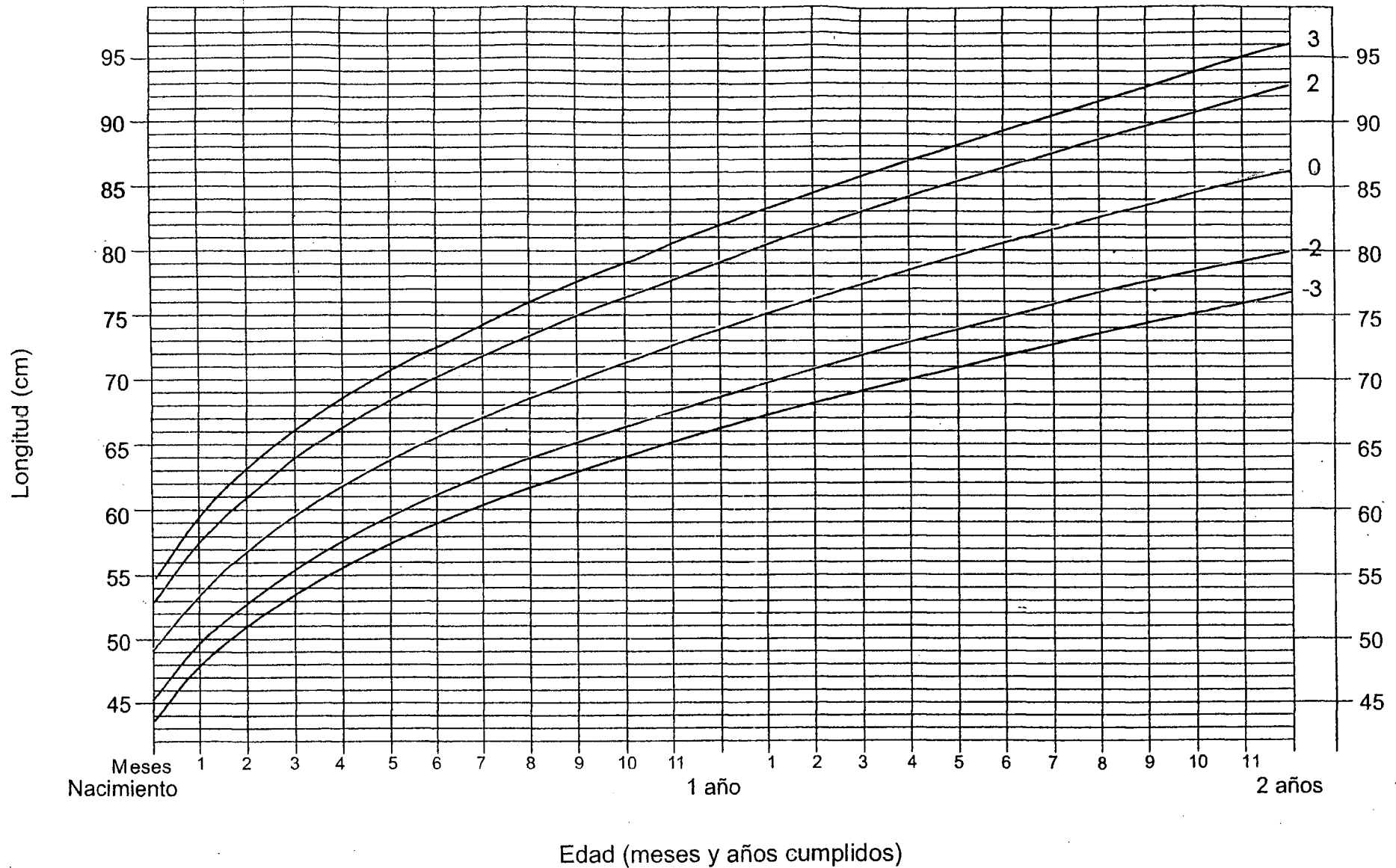
### HOJAS DE VERIFICACION DE PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL DE LA OMS – ESTÁNDAR NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTIC - NCHS

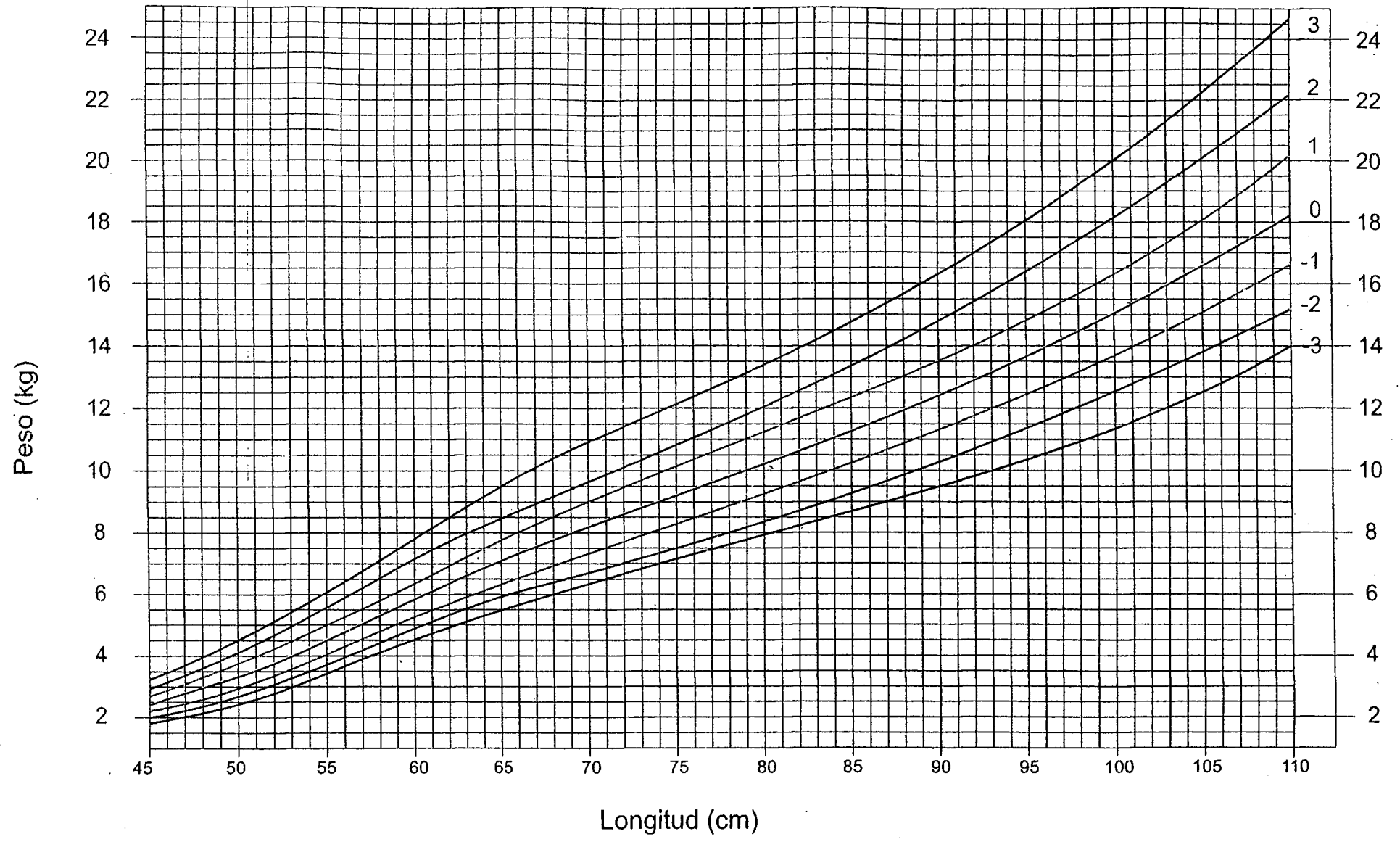
1. PESO PARA LA EDAD – NIÑAS (NACIMIENTO A 2 AÑOS)
2. LONGITUD PARA LA EDAD – NIÑAS (NACIMIENTO A 2 AÑOS)
3. PESO PARA LA LONGITUD – NIÑAS (NACIMIENTO A 2 AÑOS)
4. PESO PARA LA EDAD – NIÑAS (2 AÑOS A 5 AÑOS)
5. LONGITUD PARA LA EDAD – NIÑAS (2 AÑOS A 5 AÑOS)
6. PESO PARA LA LONGITUD - NIÑAS (2 AÑOS A 5 AÑOS)
7. PESO PARA LA EDAD – NIÑOS (NACIMIENTO A 2 AÑOS)
8. LONGITUD PARA LA EDAD – NIÑOS (NACIMIENTO A 2 AÑOS)
9. PESO PARA LA LONGITUD – NIÑOS (NACIMIENTO A 2 AÑOS)
10. PESO PARA LA EDAD – NIÑOS (2 AÑOS A 5 AÑOS)
11. LONGITUD PARA LA EDAD – NIÑOS (2 AÑOS A 5 AÑOS)
12. PESO PARA LA LONGITUD - NIÑOS (2 AÑOS A 5 AÑOS)

FIGURA 2 (NACIMIENTO A 2 AÑOS)

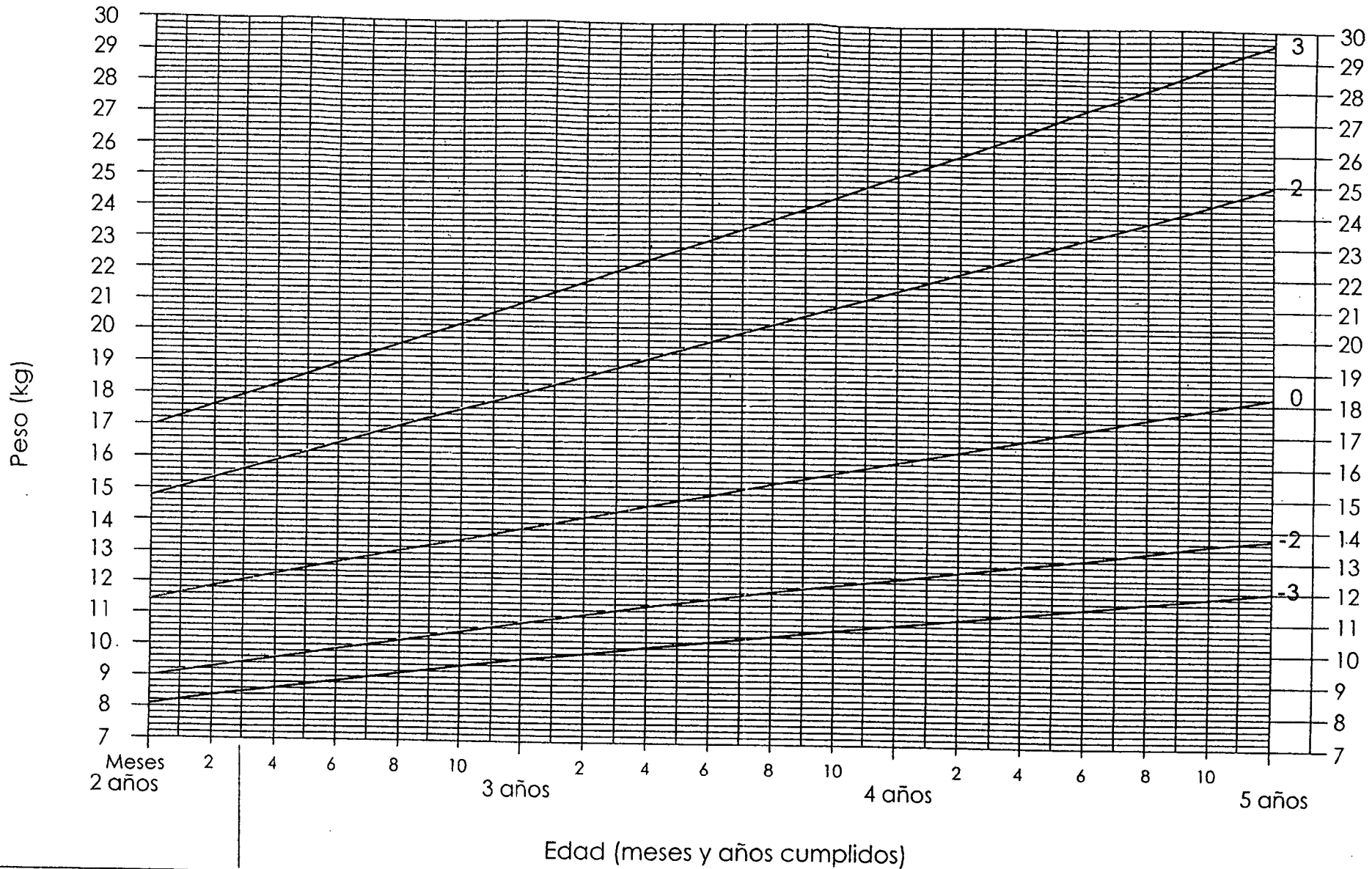


Puntuación Z (Nacimiento a 2 Años)

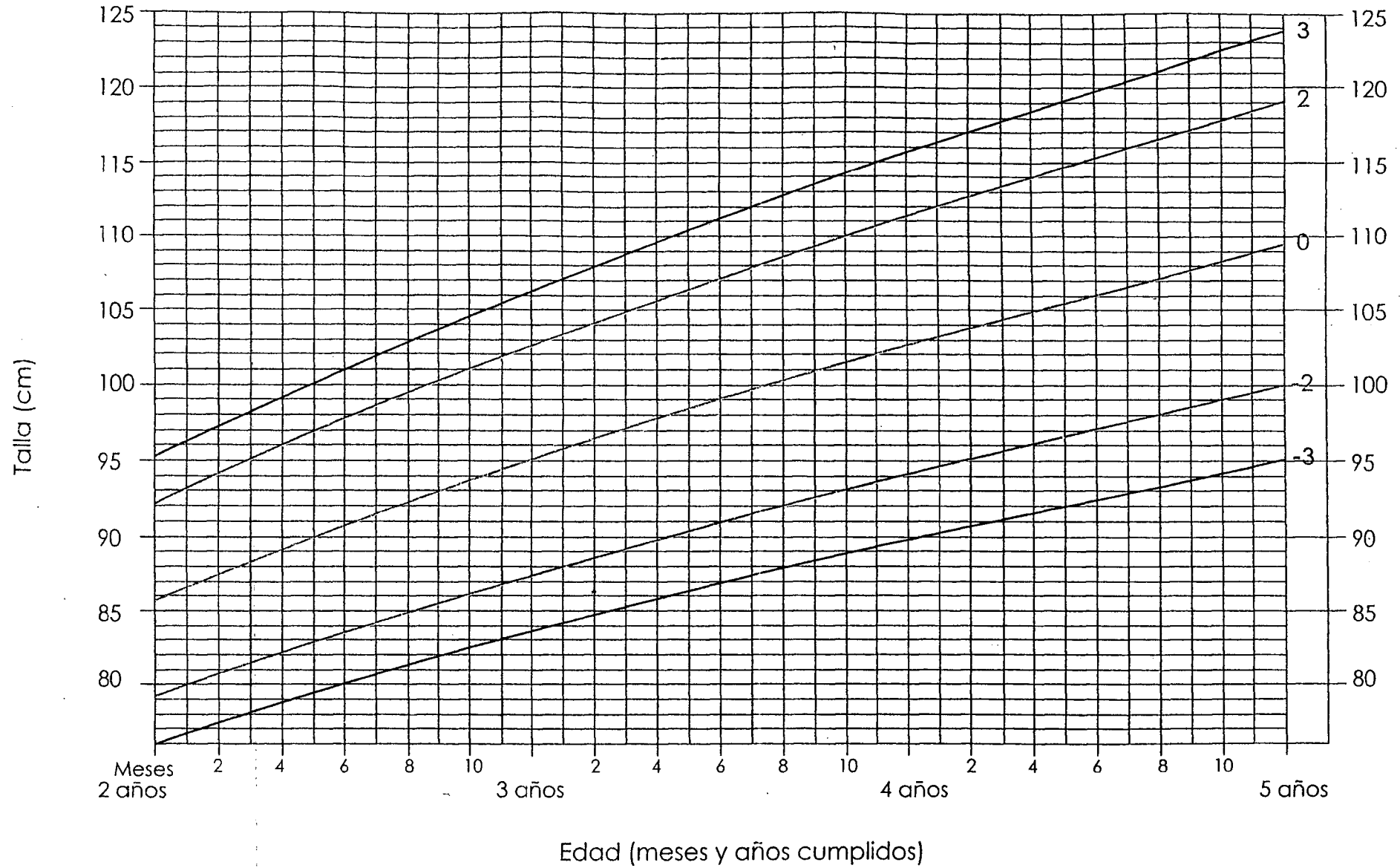




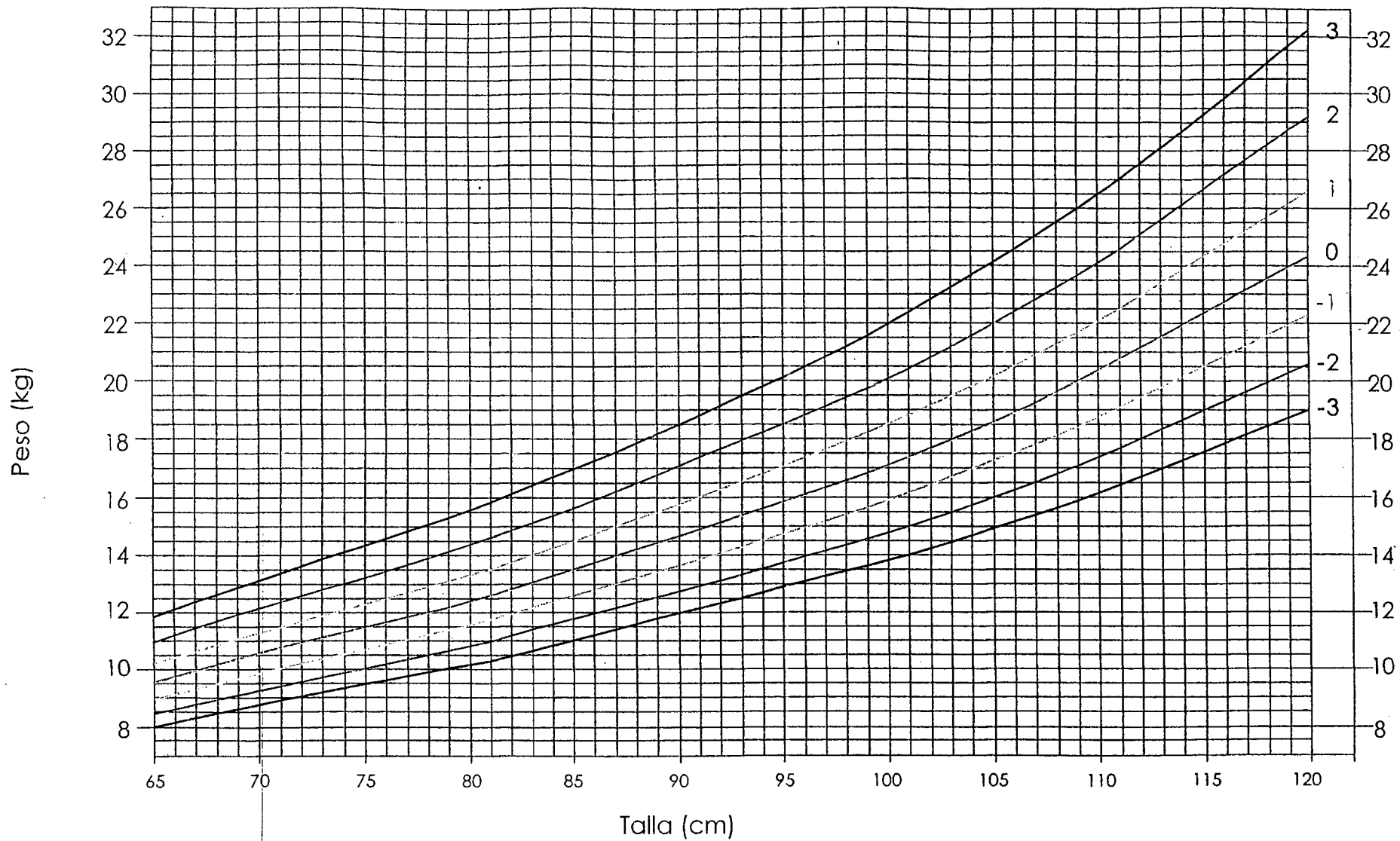
Puntuación Z (2 a 5 Años)



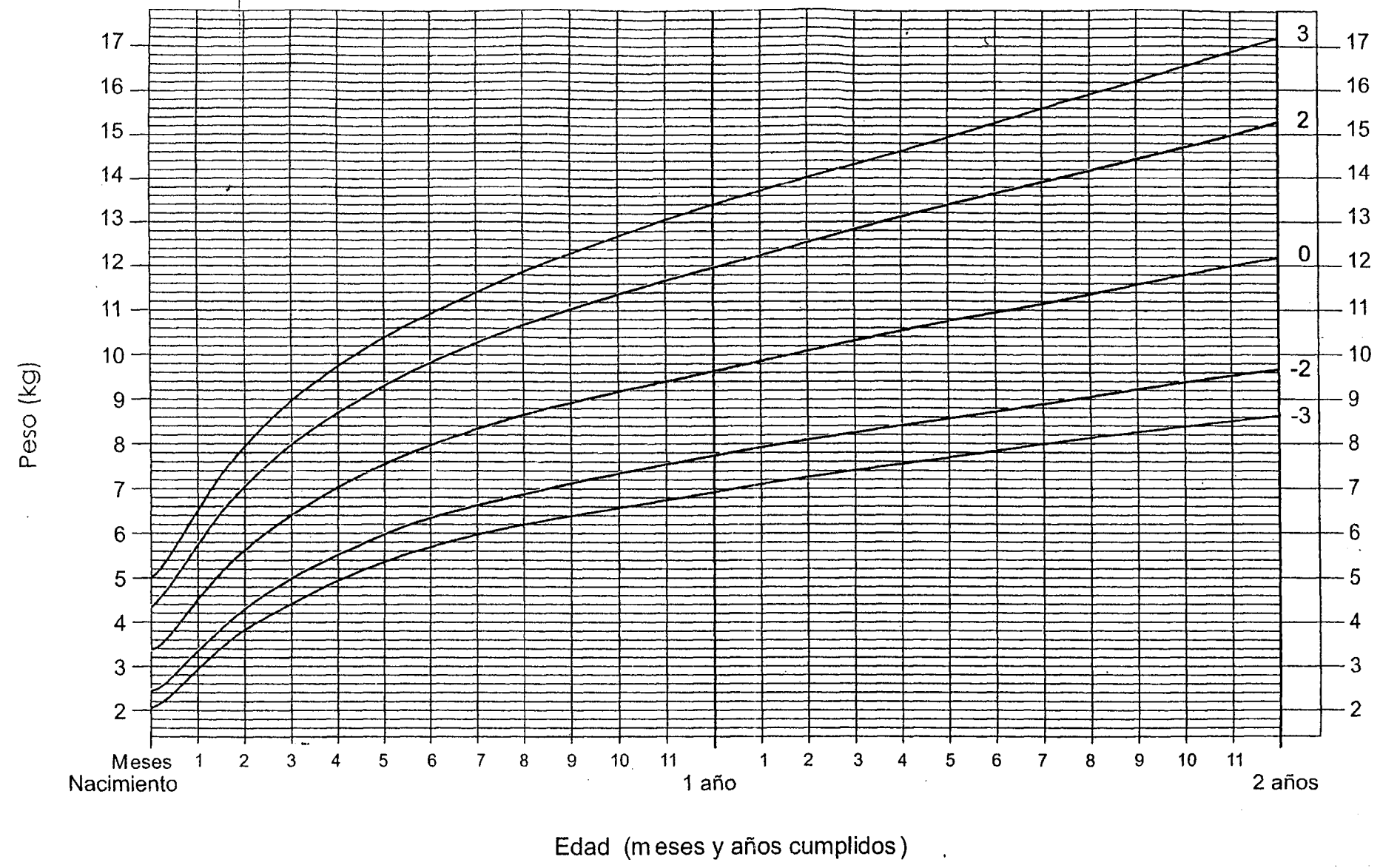
Puntuación Z (2 a 5 Años)



Puntuación Z (2 a 5 Años)

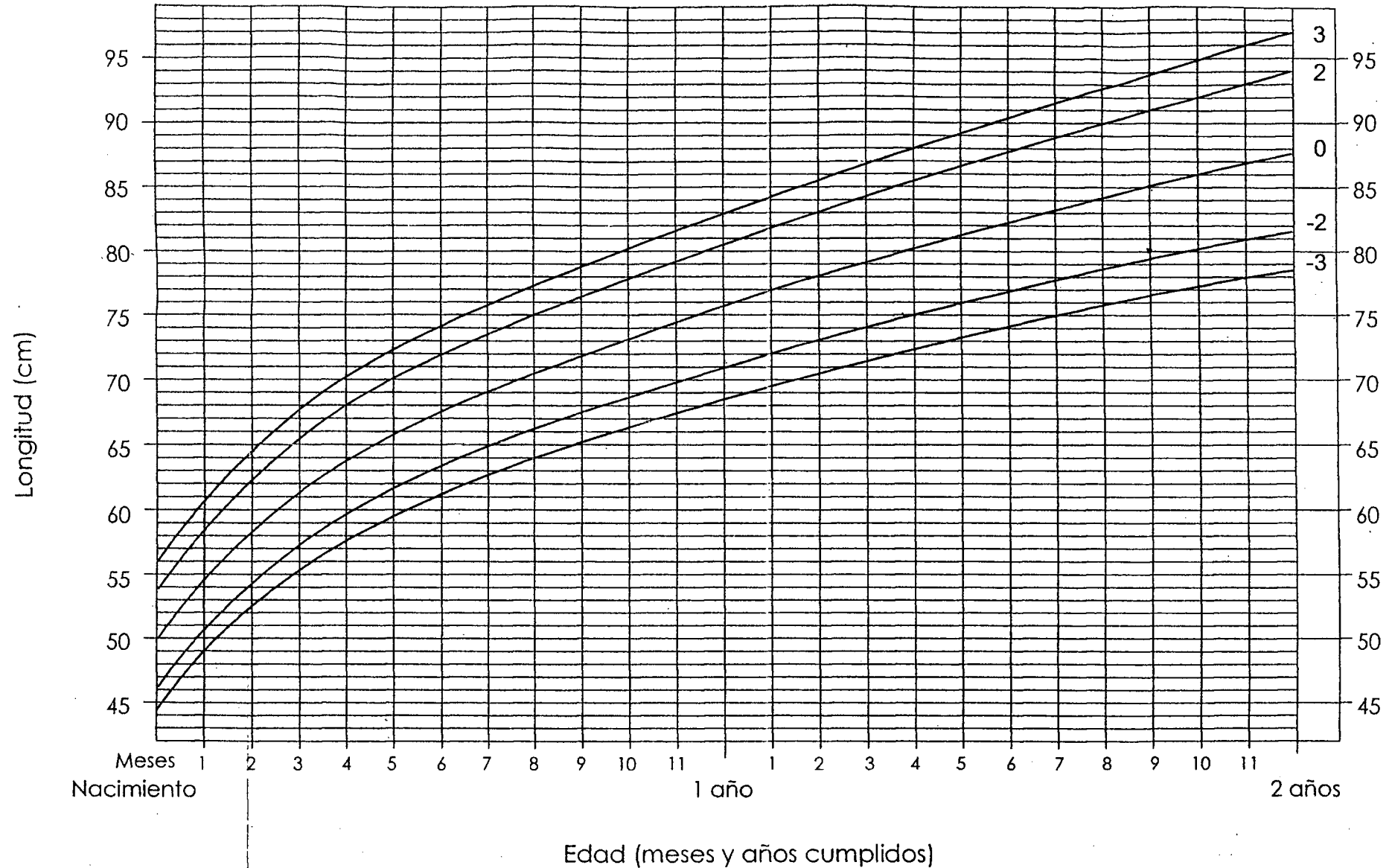




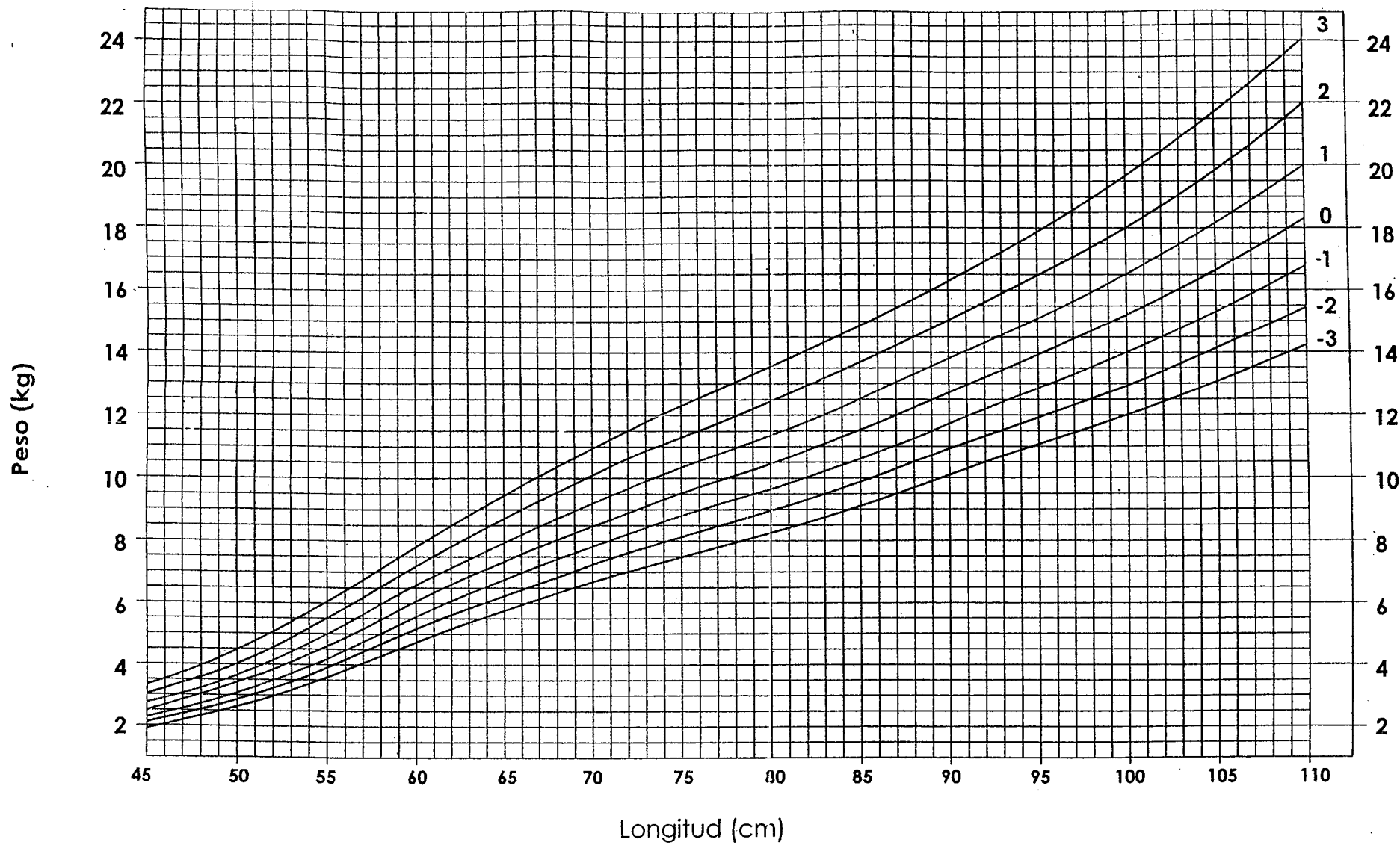


Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS

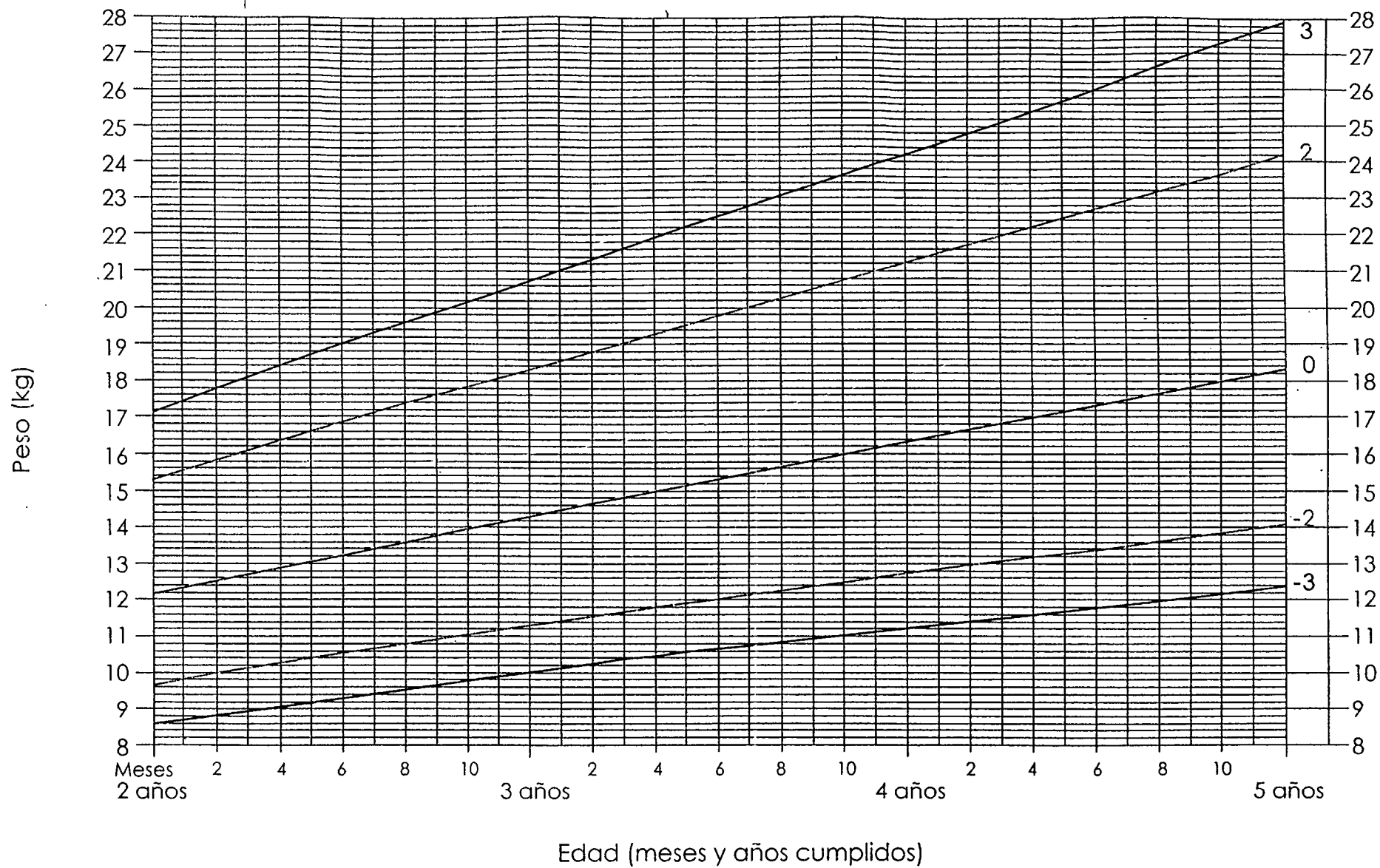
Puntuación Z (Nacimiento a 2 Años)



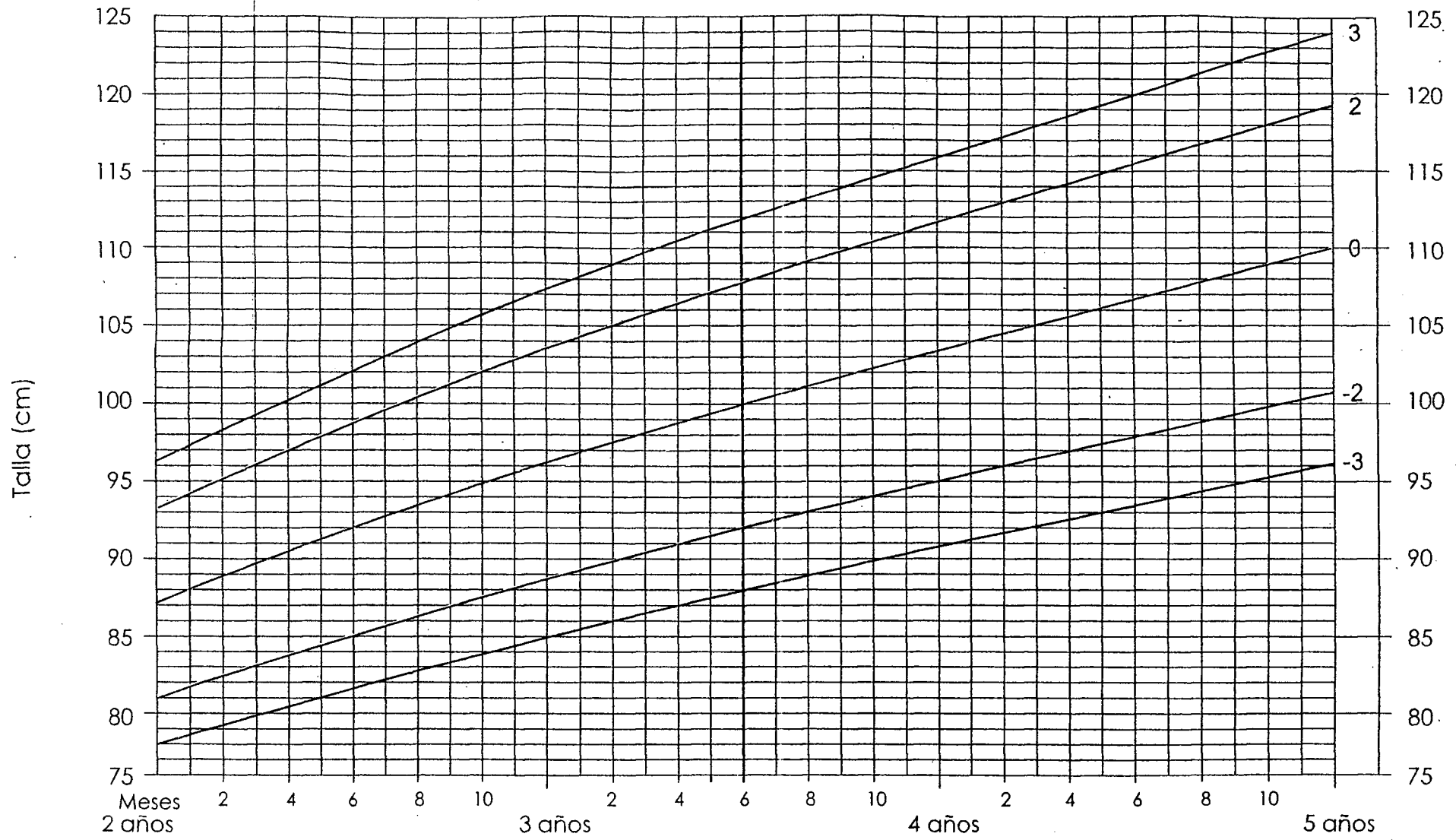
Puntuación Z (Nacimiento a 2 Años)



Puntuación Z (2 a 5 Años)

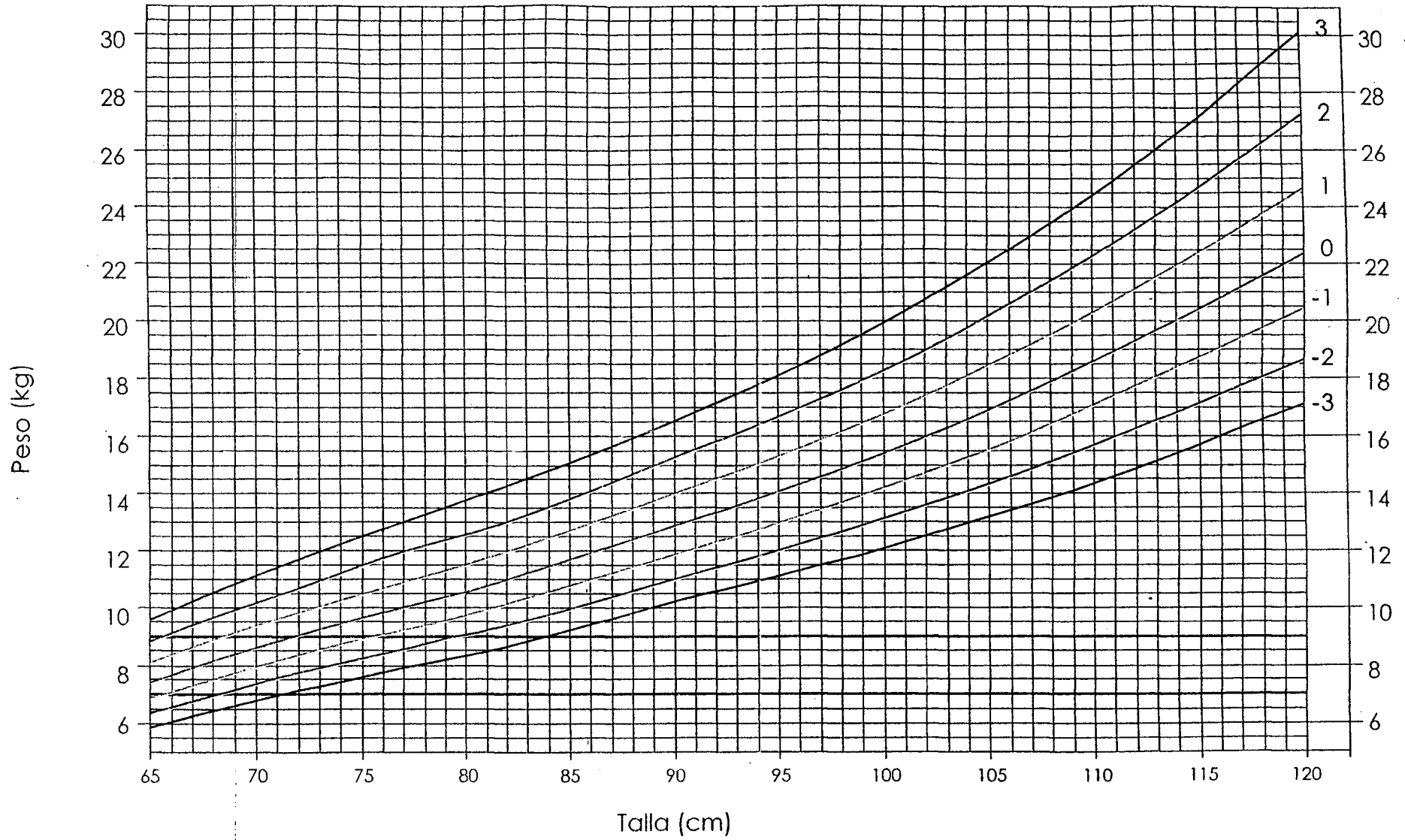


1. INTRODUCCIÓN (2 años)



Edad (meses y años cumplidos)

Puntuación Z (2 a 5 Años)



**ANEXO K**

**TARJETA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL  
DE LA NIÑA Y EL NIÑO  
MINSA - DIRESA**