

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EVOLUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES  
DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,  
REGIÓN APURÍMAC 2014 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO**  
**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD  
PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**MARIA JANNETT JARA HUAYNA**

**Callao, 2017**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO      PRESIDENTA
- MG. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS      SECRETARIA
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA      VOCAL

ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 493

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 10/11/2017

Resolución Decanato N° 3084-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesión.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	14
2.1 Antecedentes	14
2.2 Marco Conceptual	21
2.3 Definición de Términos	43
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	45
3.1 Recolección de Datos	45
3.2 Experiencia Profesional	46
3.3 Procesos Realizados del Informe	51
<b>IV. RESULTADOS</b>	61
<b>V. CONCLUSIONES</b>	78
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	79
<b>VII. REFERENCIALES</b>	80
<b>ANEXOS</b>	83

## INTRODUCCIÓN

La Desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición crónica implica pesar menos de lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo. (1)

Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela (2).

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica. (2). En América Latina existen países como Chile, Costa Rica, Brasil y Argentina con menos del 10% de la prevalencia de la desnutrición crónica. (2)

En el Perú del año 2007 al 2016 se tuvo una reducción significativa de 28.5% al 13.1% y en el Región de Apurímac se redujo del 41.7% al 20% (ENDES-2016). (3)

En este contexto, el Estado peruano ha establecido lineamientos de política para contribuir en la reducción de esta problemática, bajo una estrategia de articulación intersectorial y la implementación de presupuesto por resultados con el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), que tiene como uno de sus indicadores de resultado la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (4).

En el presente informe de experiencia profesional se pretende evaluar la **“Evolución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud en el Región de Apurímac del año 2014 al 2016”**, tiene por finalidad describir la gestión que realiza el profesional de la salud, en el campo de la salud pública en la vigilancia del estado nutricional de los niños y gestantes, dando uso al sistema de información a los diferentes niveles del sector salud como el Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud, Redes de Salud, Micro redes, establecimientos de salud y otros sectores como el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Gobierno Regional, Gobiernos locales entre otros sectores públicos y privados que vienen trabajando directa o indirectamente en las determinantes sociales para contribuir en la disminución de la desnutrición crónica infantil con el fin de mejorar el capital humano en la Región.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV :** resultados ; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

La desnutrición reduce el crecimiento económico y perpetúa la pobreza en un país a través de tres rutas: a) por una pérdida directa de la productividad debido a las disminuidas capacidades físicas de los individuos afectados, b) pérdidas indirectas debido a la afectación en la capacidad cognitiva y a un pobre desempeño educativo de los niños, c) pérdidas por un mayor costo de la atención en salud debido a sus consecuencias en el largo plazo como la diabetes, el sobrepeso y la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, entre (5).

La desnutrición tiene dos factores causales inmediatos, las enfermedades infecciosas a repetición como las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas; y la inadecuada ingesta de nutrientes (incluye la alimentación complementaria y la lactancia materna exclusiva). Estas causas inmediatas tienen causas subyacentes: el acceso inadecuado a la atención en salud, al agua segura, al saneamiento básico, inadecuados conocimientos y prácticas de la familia para el cuidado integral del niño en el hogar, junto con limitaciones para el acceso a los alimentos, baja producción y bajos ingresos económicos. (6)

La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones de la vida de las personas, entre los que destacan los **impactos en la salud, la educación y la economía** (costos y gastos públicos y

privados, y productividad), los que conllevan problemas de inserción social y un incremento o profundización del flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición (7) (8). A nivel mundial al año 2011, los cinco países con el mayor número de niños menores de 5 años con desnutrición crónica fueron: India (61,7 millones), Nigeria (11 millones), Pakistán (9,6 millones), China (8 millones) e Indonesia (7,5 millones). Los mayores descensos se registraron en Asia oriental y el Pacífico, con una reducción del 42% en 1990 al 12% al 2011. En Latinoamérica y el Caribe el porcentaje de niños desnutridos menores de 5 años se redujo de 22% en 1990 a 12% en 2011 (8).

Para el año 2012, en América Latina los tres países con mayor prevalencia de la desnutrición crónica son: Guatemala con 48%, Honduras con 29.4%, Haití 28.5% y la menor prevalencia se encuentran Costa Rica 5.6%, Brasil con 7%, Argentina con 8,2%. (8)

En el Perú, a partir del año 2007, se implementó estrategias con base en la articulación intersectorial y de presupuesto por resultados basado en evidencia científica. Es así que se da inicio a la implementación de programas presupuestales como el Programas Articulado Nutricional teniendo como indicador de resultado la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2007 al 2016 se tuvo una reducción significativa de 28.5% al 13.1% y



en el Región de Apurímac se redujo del 41.7% al 20% (ENDES-2016).

(3)

Con el objetivo de realizar la evaluación permanente del indicador, el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición implementa el Sistema de Vigilancia Nutricional (SIEN), de niños menores de 5 años y gestantes atendidos en los establecimientos de salud como una fuente de información paralela con el objetivo de realizar el seguimiento y la vigilancia nutricional a este grupo vulnerable. Esta información nos permite contar con información del estado nutricional de niños menores de 5 años de manera permanente (mensual) a nivel de provincias, distritos, comunidades, así como Redes de Salud, Micro redes y establecimientos de salud. La información del SIEN es utilizada para el análisis, evaluación y toma de decisiones a todo nivel del sector salud y otros sectores que vienen trabajando en la reducción de la desnutrición crónica infantil, así como los gobiernos locales, etc.

La evolución de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años en el Región Apurímac ha tenido resultados positivos en la reducción permanente en los últimos 10 años tal como muestra los datos estadísticos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el cual muestra que del año 2007 al 2016 se redujo 28.6 puntos porcentuales. Durante mi experiencia profesional como responsable del seguimiento y monitoreo de las intervenciones dirigidas a reducir este problema

desde el sector salud he podido observar que las intervenciones planificadas con una evaluación y seguimiento permanente, así como un trabajo en equipo coordinado a nivel intra e intersectorial suma esfuerzos para lograr resultados. En ese sentido se viene trabajando con una estrategia articuladora con los diferentes sectores y los niveles de gobierno regional y local, priorizando actividades que muestran evidencia científica en la reducción de la desnutrición.

## **1.2. Objetivo**

Describir la experiencia profesional en la **“Evolución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud en la Región Apurímac del año 2014 al 2016”**.

## **1.3. Justificación**

La malnutrición implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, las cuales se traducen en la desnutrición o la sobrealimentación. La desnutrición es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos que no satisface las necesidades de energía alimentaria, una absorción deficiente o un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos genera una pérdida de peso corporal, por otro lado, la sobrealimentación se refiere a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es

superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad (9) (10).

Sin duda, la desnutrición crónica ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, sin embargo, aún no ha sido controlada y tiene implicancias económicas y sociales porque se relaciona con resultados de salud negativos, especialmente con una mayor mortalidad infantil. La desnutrición infantil causa alrededor de 2,2 millones de muertes anuales y 21% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALY) perdidos en países de ingresos medios y bajos (11). En consecuencia, conlleva a costos sociales directos debido a la mayor mortalidad, morbilidad y costos monetarios porque conlleva a una disminución de la habilidad cognitiva de los niños, el ingreso tardío al sistema educativo, mayor deserción escolar, menor productividad laboral y un inferior crecimiento económico del país (11).

La desnutrición infantil, la anemia y la falta de estimulación con el enfoque del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en los primeros años de vida generan un bajo crecimiento y escaso desarrollo del cerebro y por consiguiente cierta debilidad mental la cual es altamente prevenible. Sin embargo, si no es atendida a tiempo el niño será un hombre limitado en su crecimiento, desarrollo profesional, e insertarse en la sociedad, este es el inicio de la exclusión social y la inequidad. (11)

El Programa Articulado Nutricional (PAN) constituye el instrumento oficial de monitoreo para reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años y comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa está a cargo del Ministerio de Salud.

Con el presente informe se pretende describir la **“Evolución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en establecimientos de salud en el Región Apurímac del año 2014 al 2016”**. Lo que permitirá conocer los resultados o impacto de las estrategias implementadas desde el sector salud y otros sectores, así como los gobiernos locales que vienen trabajando para contribuir en la reducción de este problema que afecta el capital humano del Región de Apurímac. De esta manera se contribuirá en seguir buscando las estrategias más adecuadas para lograr la meta de reducir a menos del 6% la desnutrición en el Región.

**Asimismo, el presente informe se justifica:**

**Nivel Teórico:** El presente informe servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a la gestión que se desarrolló desde la experiencia profesional en el campo de la salud pública para lograr

una evolución favorable en la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Región de Apurímac.

Se desarrolló un trabajo articulado a nivel intra e intersectorial para atacar las determinantes relacionadas a la desnutrición crónica; entre los factores determinantes están aquellas relacionadas con la educación y/o conocimiento de la madre o cuidador del niño, los aspectos sanitarios del entorno familiar a nivel del hogar, la familia que rodea al niño; características de la niña o niño en su entorno socio cultural, comunitario. En este contexto, desde el sector salud se priorizó mejorar la calidad de atención integral a los niños menores de 3 y gestantes con el objetivo de mejorar las prácticas de cuidado con calidad y oportunidad para favorecer las condiciones durante crecimiento y desarrollo temprano. Lo cual significa trabajar desde el embarazo y los tres primeros años de vida donde la velocidad de crecimiento y desarrollo se presenta con mayor velocidad, permitiendo aprovechar mejor las ventanas de oportunidad que el ser humano tiene en este periodo.

Entre las acciones básicas se puede mencionar la mejora en el equipamiento básico, fortalecimiento de competencias permanente del personal de salud, seguimiento y monitoreo permanente de los indicadores de proceso relacionados a la reducción de la desnutrición crónica entre ellos podemos mencionar:

- Cobertura del control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años.
- Cobertura de la suplementación con micronutrientes
- Cobertura de las vacunas con el neumococo y rotavirus
- Cobertura de Sesiones demostrativas en alimentación y lavado de manos.
- Consejería nutricional a través de las visitas a domicilio
- Vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano
- Vigilancia de la calidad del agua

De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

**Nivel Metodológico:** El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de la salud al establecer las estrategias para lograr una evolución favorable en la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Con un enfoque preventivo y priorizando a los niños menores de 3 años con una intervención desde el embarazo, con el objetivo que el niño nazca una talla y peso ideal (peso al nacer con 3.5 Kg, y una talla mayor a 50 cm), para darle la mejor oportunidad de crecer y

desarrollar todo su potencial y por ende contribuir al desarrollo del capital humano del Región de Apurímac.

**Nivel Social:** A nivel social el informe beneficiará a los profesionales de la salud que vienen trabajando directa o indirectamente en las estrategias para contribuir en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años en el Región de Apurímac. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito las estrategias para lograr una evolución positiva en la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

**Nivel Práctico:** A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los profesionales de la salud, para realizar las intervenciones a la familia o cuidador de los niños menores de 5 años y la gestante sobre los cuidados o prácticas saludables en la prevención de la desnutrición crónica.

**Nivel Económico:** La desnutrición infantil priva a los niños de los nutrientes necesarios en su período más importante de crecimiento, generando secuelas tanto mentales como físicas que son irreversibles y permanentes. Además de impedir el desarrollo del completo potencial de los niños, la desnutrición repercute también en el progreso económico e impone costos adicionales a la sociedad, añadiendo presión sobre los sistemas de educación y salud. Los niños desnutridos comienzan la vida con un terrible impedimento,

con mayores probabilidades de morir en los primeros días o semanas de aquellos que nacen con peso y tamaño adecuado. Igualmente son también más vulnerables a las infecciones, que consecuentemente reducen su apetito, prolongan la desnutrición e inhiben el crecimiento. El desarrollo cognoscitivo y del comportamiento de esos niños probablemente va a quedar afectado de igual manera. Si llegan a la edad escolar, su pobre desarrollo cerebral limitará su capacidad de aprender y no les permitirá concentrarse en los estudios que eventualmente les darían acceso a un buen puesto de trabajo. Lo más triste es saber que este ciclo probablemente se repita en sus hijos, perpetuando la pobreza generación tras generación.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES

Pedro Javier Navarrete Mejía , Juan Carlos Velasco Guerrero , Manuel Jesús Loayza Alarico , Joel Aníbal Huatuco 1,b Collantes. Perú 2016. Situación nutricional de niños de tres a cinco años de edad en tres distritos de Lima Metropolitana. Perú, 2016

**Objetivo:** Conocer la situación nutricional de los niños de 3 a 5 años de edad, residentes en los distritos de Villa el Salvador, San Juan de Miraflores y San Juan de Lurigancho para el periodo comprendido entre abril y junio del 2016. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, transversal no experimental. La información comprende a 1416 niños y niñas de los distritos de Villa el Salvador, Villa María del Triunfo y San Juan de Lurigancho (340, 322 y 754 respectivamente). La información recogida comprendió datos de peso, talla y edad, en base a esta información se determinó desnutrición crónica, desnutrición aguda, sobrepeso y obesidad según el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud. Se calculó los indicadores T/E y P/T.

**Resultados:** Se determinó que la población del distrito de San Juan de Lurigancho presentó mayor desnutrición crónica (8.6%) y mayor sobrepeso (11.0%), la población del distrito de Villa María del Triunfo presentó mayor desnutrición aguda (1.3%) y la de Villa El Salvador mayor obesidad (4.6%).

**Conclusión:** En los últimos años el tema nutricional tiene un gran impulso por parte del gobierno peruano a través de programas sociales, estando pendiente el enfoque sobre los determinantes a nivel de causalidad, hoy solo se mira la seguridad alimentaria, cuidado materno-infantil y calidad del entorno de salud descuidando el enfoque de causalidad, considerado como el más importantes del abordaje del problema. Los grandes lineamientos nacionales en materia de nutrición deben incluir estrategias no solo de reducción de los problemas nutricionales sino también prevención de estos.

**Relación que tiene ese trabajo con el informe:** Ambos tratan de la situación del estado nutricional infantil con sus respectivas implicancias.

Instituto Nacional de Salud- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional.

Informe Gerencial: Estado Nutricional de niños y gestantes de los establecimientos de salud del Ministerio de salud. Marzo de 2017  
Lima, Perú.

**Objetivo:** Facilitar a los funcionarios y equipo técnico de las diferentes instancias del Ministerio de Salud, nivel nacional, regional y local, vinculados a la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable, información analizada del Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN, para la toma de decisiones que contribuyan a mejorar estos resultados.

**Metodología:** El presente informe toma como área de estudio 8032 establecimientos de salud programados por las DIRESA/GERESA/DISA en el SIEN para el año 2016, de los cuales 7926 reportaron en el 2016, lo que representa al 98,7% de los establecimientos de salud programados entre Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Se tomó la información de niños menores de 5 años y de gestantes atendidas y registradas en el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) comprendidos entre el 4 de enero al 31 de diciembre del 2016. Para la recolección de la información en el niño fue: procedencia (distrito y provincia), hemoglobina, altitud, sexo, fecha de nacimiento, talla, peso. En la gestante se midieron edad materna, edad gestacional, peso al momento de la atención, peso pre-gestacional, tipo de Embarazo (único o múltiple), procedencia (distrito y provincia), hemoglobina y altitud. La digitación de datos consignados en los formatos de niños y gestantes se realizó en los denominados "Puntos de Digitación" pudiendo ser estos los propios establecimientos de salud o las Micro-Redes, Redes y/o Direcciones Regionales de Salud, la digitación se realizó en un aplicativo específico, en cada punto de digitación. Se procedió a determinar los indicadores para niños de cinco años y de tres años, los cuales son el porcentaje de desnutrición crónica, desnutrición global, desnutrición aguda, sobrepeso, obesidad y anemia, para ello se

empleó patrones de referencia de la Organización Mundial de la Salud - OMS (2006). Además se ha agregado el indicador Riesgo de Desnutrición Crónica. En gestantes se presentó la información sobre déficit de peso, sobrepeso, obesidad y anemia. Para la determinación del estado nutricional se empleó los criterios del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), así como el índice de masa corporal pre-gestacional de acuerdo a los criterios del Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos y para los patrones de anemia, se empleó los criterios de la OMS, adaptado según altitud.

**Resultados:** Para el 2016, se apreció en los niños menores de cinco años, que la tendencia en sus indicadores fue a la reducción. La desnutrición crónica (patrón OMS) fue de 18,0%; la desnutrición global fue 4,3%; la desnutrición aguda fue 1,4%, el sobrepeso fue de 6,1% y la obesidad fue de 1,5%. La anemia en este grupo alcanzó 40,2%. Para el caso de los niños menores de 3 años, la desnutrición crónica (OMS) fue de 16,0%; la desnutrición global fue 4,3%; la desnutrición aguda fue 1,6%, el sobrepeso fue de 6,4% y la obesidad fue de 1,4%. La anemia en este grupo fue de 45,3%. En el grupo de gestantes la proporción de anemia fue de 23,7%; según CLAP la proporción de Déficit de peso fue de 10,5% y sobrepeso de 42,2%. Según el IMC Pre-gestacional la proporción de bajo peso fue 2,1%, el sobrepeso fue de 31,7% y la obesidad de 10,8%.

**Conclusiones:** En niños menores de cinco años, en relación a la importancia para la salud pública, desde el año 2014, la desnutrición crónica se mantiene en una prevalencia baja (18,0%) según puntos de corte establecidos por OMS. La anemia se encuentra como grave problema de salud pública tanto para niños menores de 5 años como para menores de 3 años con 40,2% y 45,3% respectivamente. En la gestante la proporción de anemia es un moderado problema de salud pública (23,7%), y existe un porcentaje muy alto de exceso de peso (tanto según la evaluación CLAP como por IMC Pre-gestacional con 42,2% y 42,5% respectivamente).

**Relación que tiene ese trabajo con el informe:** Ambos tratan del análisis de la situación del estado nutricional de niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud.

Ana María Huanca Planto, Katherine Cárdenas Gonzales, Yesica Espinoza Esteves. Estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños de 18 a 24 meses del centro de salud altamar, la perla- callao, 2014". **Objetivo:** Relacionar el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los niños de 18 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Altamar, La Perla – Callao al 2014.

**Método:** La presente investigación fue de tipo correlacional de corte transversal prospectivo, ya que se investigó un tema práctico de la

labor de la enfermería, permitiendo describir la relación existente entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los niños de 8 a 24 meses, realizándose en un determinado tiempo y espacio real.

**Resultados:** Del total de 48 niños de 18 a 24 meses, 30 niños tienen un estado nutricional normal, alcanzando el 1° lugar con un porcentaje de 62.5%; 7 niños tienen una desnutrición leve alcanzando el 2° lugar con un porcentaje de 14.6%; 5 niños tienen una desnutrición moderada alcanzando el 3° lugar con un porcentaje de 10.4%.

**Conclusiones:** Existe relación significativa entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los niños de 18 a 24 meses del Centro de Salud Alta Mar, la Perla-Callao, 2014.

**Relación que tiene ese trabajo con el informe:** Analiza la situación del estado nutricional de niños menores de 5 años.

Anchelia Oscate Nilda Guiuliana, Sernaque Flores Carmita del Milagro. "Relación entre los factores socioculturales y la desnutrición infantil en niños menores de 5 años, en el Centro de Salud "Ollantay", San Juan de Miraflores, 2013" Callao, octubre, 2013 – PERÚ. **Objetivo general:** Determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y la desnutrición infantil en niños menores de 5 años, en el Centro de Salud "Ollantay", 2013.

**Metodología:** El tipo de estudio que se utilizó en el trabajo de investigación fue aplicativo cuantitativo correlacional, prospectivo y de corte transversal, se realizó en los meses de octubre 2013- marzo 2014.

**Resultados más relevantes:** En la relación entre la desnutrición infantil y los factores socioculturales, podemos observar que del 59.5% que son o forman parte de los 25 de los 42 individuos, el 28.6% de ellos padecen de una desnutrición crónica, asimismo, el 21.4% de ellos sufre de desnutrición aguda, y solo un 9.5% tiene desnutrición reagudizada.

**Conclusiones:** Existe una relación entre los factores socioculturales y la desnutrición infantil de niños menores de 5 años, que acuden al Centro de Salud "Ollantay", 2013-2014.

La mayoría de los niños menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición infantil, pertenecen a una familia de más de 5 integrantes, en donde el ingreso mensual es menor del sueldo mínimo vital menor S/500 lo cual no cubre para satisfacer las necesidades básicas de los niños, que son esenciales para su crecimiento y desarrollo.

Dentro de los grados de desnutrición la que más predomina es la desnutrición crónica, reconocida como un grave problema de salud pública a nivel mundial y un factor de riesgo en la morbi-mortalidad en este grupo de población tan vulnerable que son los niños menores de 5 años.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL**

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición implica tener un peso corporal o una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgada, o presentar carencia de vitaminas o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes, mejor conocida como "hambre oculta").

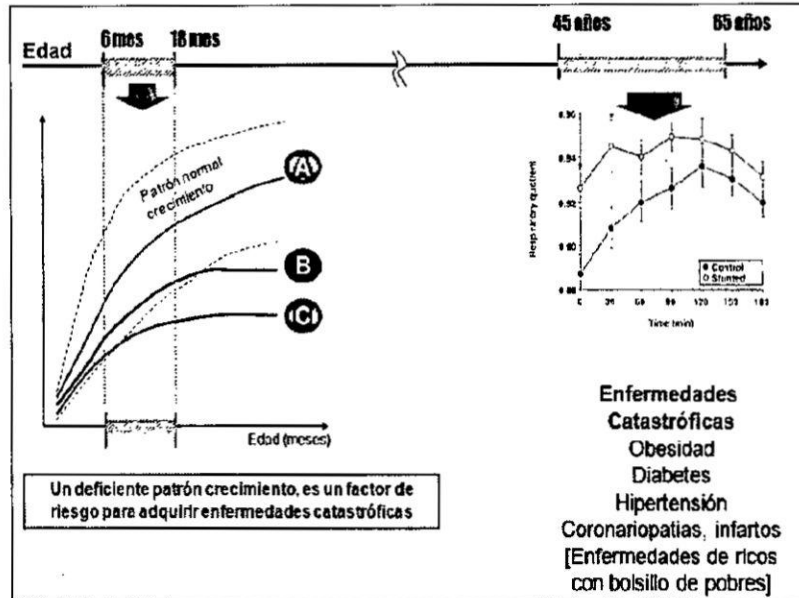
Es difícil determinar exactamente el estado nutricional de una persona, y más aún de una población. Se trata de un concepto global que solo se puede captar a través de una serie de características clínicas, físicas o funcionales, que constituyen otros tantos indicadores potenciales si se les atribuye un valor umbral que permita separar a las personas malnutridas de las que no lo están. Esta tarea se ha realizado, tras lograr el consenso, principalmente en los sectores de la malnutrición de niños y de adultos y de la carencia muy generalizada de tres micronutrientes, que comporta consecuencias graves para la salud de las personas (vitamina A, yodo y hierro). Primero se miden los parámetros o índices correspondientes a escala individual (por ejemplo peso, circunferencia braquial, tasa de hemoglobina, etc.). Se



expresa luego la información referente al grupo de la población en cuestión en forma de tasa de prevalencia, es decir, los porcentajes de personas bien o mal nutridas con respecto a la forma de malnutrición considerada, en función de los umbrales elegidos (12) .

**La importancia para enfrentar la desnutrición crónica infantil radica en:** En 2008, la revista especializada en medicina y salud *The Lancet* publicó un informe denominado “*The Lancet: la serie sobre “Desnutrición materno infantil”*”. En este trabajo, que resume décadas de estudio sobre la desnutrición infantil crónica, se afirma que esta afecta a las futuras generaciones, pues el estado de nutrición de una madre puede afectar la salud de sus futuros nietos. Afecciones tales como el Retardo en el Crecimiento Intrauterino - RCIU, el retardo del crecimiento y la desnutrición grave durante los dos primeros años de vida causan un daño irreparable al impedir el crecimiento físico, y si existe un rápido aumento de peso subsiguiente entre los tres y cinco años, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas en el futuro (13) .

## Relación entre Desnutrición Crónica y enfermedades crónicas en la edad adulta



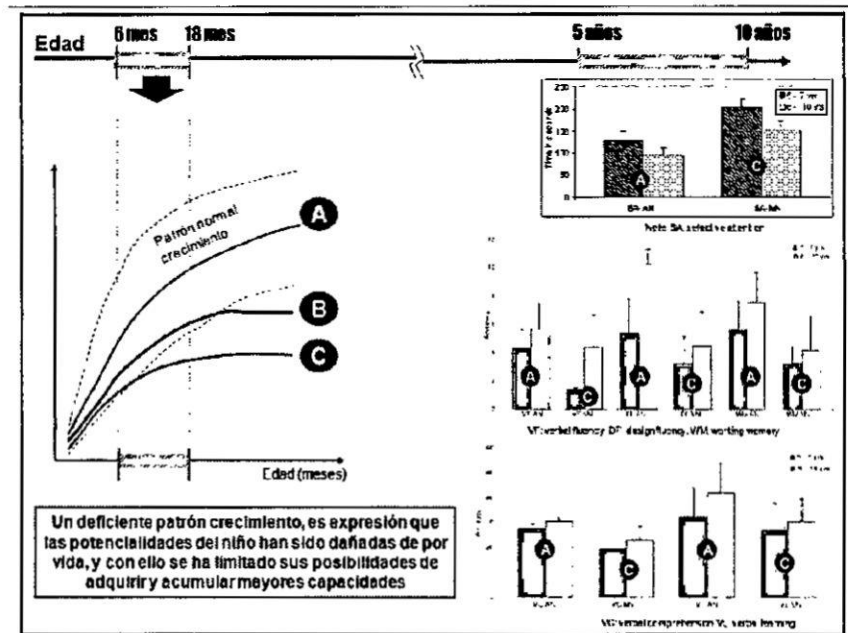
Fuente: Dirección General del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, 2003.

Utilizando los datos de 59 países en desarrollo, han demostrado que los cambios en la malnutrición tienen un efecto significativo sobre los cambios en la mortalidad infantil. Se ha demostrado que la deficiencia de micronutrientes contribuye a la ceguera (vitamina A), el deterioro neurológico, la reducción de la función inmune (deficiencia de hierro), el retraso del crecimiento y la susceptibilidad a la infección (deficiencia de zinc), sostienen que la desnutrición es una causa subyacente de muertes infantiles asociadas con diarrea, neumonía, malaria y sarampión (14).

Aparte de su impacto sobre la mortalidad y la salud, la desnutrición afecta el desempeño escolar y el rendimiento cognitivo e encontraron que la desnutrición en la primera

infancia reduce el número de grados completados. Demostraron el efecto negativo de la desnutrición en las tasas de deserción escolar, promoción de tiempo al siguiente grado y la adquisición de conocimientos (15).

### Relación entre desnutrición y problemas cognitivos

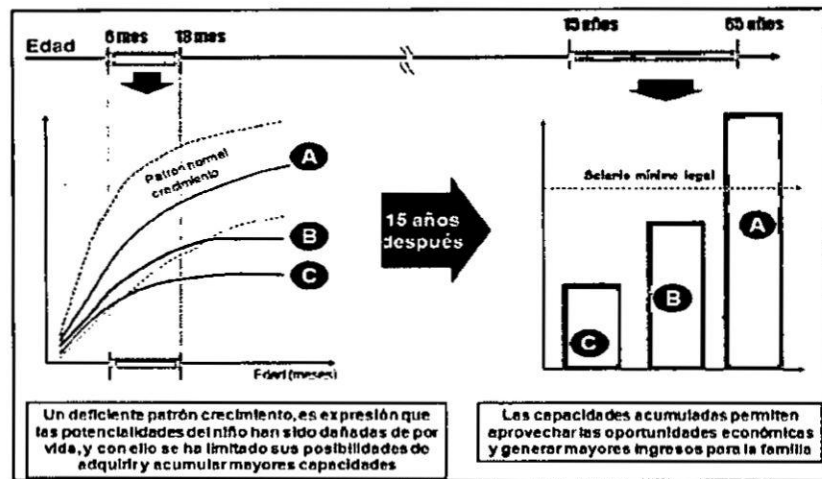


Fuente: Dirección General del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, 2009

Además, a través de mejoras en el rendimiento cognitivo y la educación, una mejor nutrición puede mejorar los salarios y la productividad. Un número de estudios demuestran el impacto de la adquisición de conocimientos sobre los salarios: Boissiere, Knight y Sabot (16) y Alderman y Col. (17). Estos efectos no solo son significativos, sino principalmente relevantes desde el punto de vista económico: Soemantri (18) considera que el aumento del 10

por ciento en el rendimiento cognitivo conduce a 13-22 por ciento de aumento en los salarios.

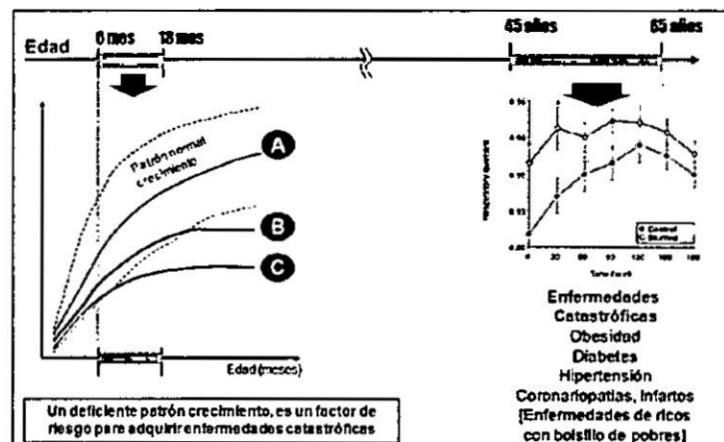
### Relación entre desnutrición y productividad futura



Fuente: Dirección General del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, 2009

Finalmente, existen estudios de investigación contundentes que indican que los niños pequeños que están desnutridos y aumentan de peso rápidamente en la niñez (por ejemplo, sometidos a los programas de suplementación alimentaria preescolar o escolar), corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas en la edad adulta.

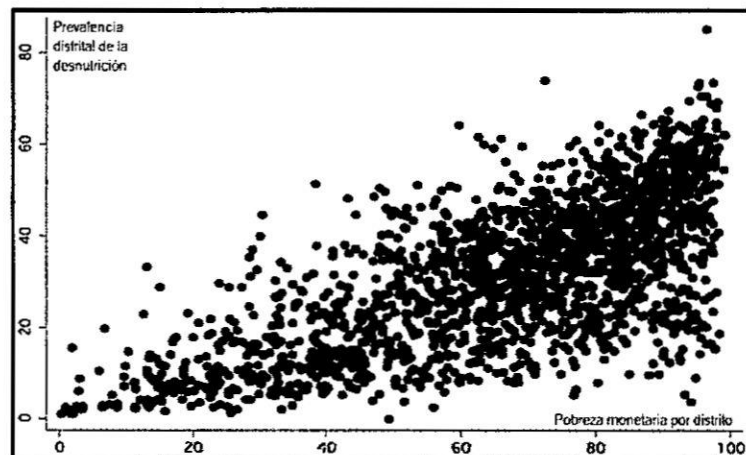
### Relación entre desnutrición y enfermedades catastróficas



Fuente: Dirección General del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, 2009.

Por otro lado, el retraso del crecimiento en los países en desarrollo es mucho más frecuente entre las poblaciones más pobres (19), con lo que las intervenciones en nutrición mejorarán el bienestar de los más pobres. Se muestra la muy desigual distribución distrital de la malnutrición por nivel de ingresos en el Perú: a mayor pobreza, mayor desnutrición y viceversa.

### **Relación entre desnutrición y pobreza monetaria, Perú 2005**



*nte: Construido sobre la base de datos del Censo Escolar de Peso-Talla (Ministerio de Educación 2005) y el Mapa de Pobreza Distrital (INEI 2005).*

### **Causas de la desnutrición infantil crónica**

La desnutrición infantil crónica puede producirse en las distintas etapas de la vida del niño o niña: etapa fetal, en los seis primeros meses, en el periodo de seis a dieciocho meses o después.

Está suficientemente demostrado que la desnutrición infantil crónica se puede instalar desde la etapa intrauterina. Las personas que tuvieron retardo de crecimiento intrauterino (así como durante la infancia) se mantienen biológicamente

diferentes a través del resto de sus vidas; si además tales personas en la edad adulta tienen baja posición socioeconómica, su riesgo de contraer enfermedades coronarias es de 2,58 veces mayor (20) . Un incremento de 1000 gramos en el peso al nacer, luego de eliminar posibles artefactos metodológicos y sesgos, se asocia proporcionalmente con una reducción del riesgo de infarto de miocardio en 0,77 (0,67-0,9) veces (21). Por otro lado, el bajo peso al nacer se asocia con mayor riesgo de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, diabetes y músculo-esqueléticas; en general, un incremento en una desviación estándar del peso al nacer se asocia con un menor riesgo de morir por cualquier causa después de los 75 años a razón de 0,86 por ciento, tanto para hombres como para mujeres. Por cada 1000 gramos menos de peso al nacer, las mujeres tienen 1,25 veces mayor riesgo de mortalidad en la adultez por cualquier causa.

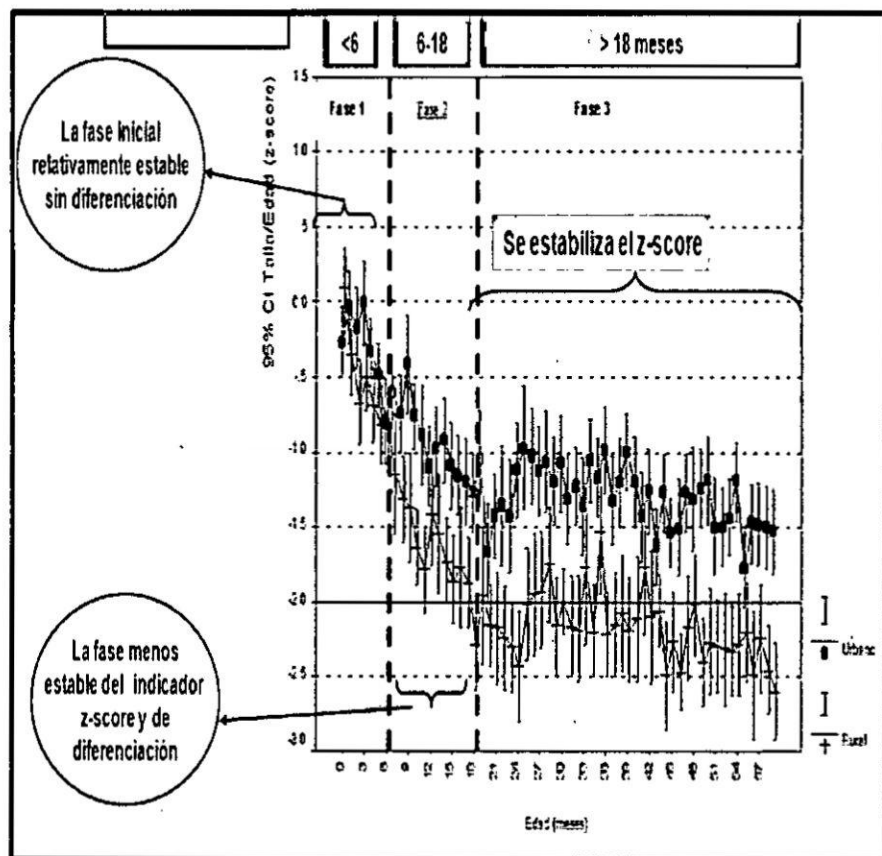
La desnutrición infantil crónica puede producirse también en los seis primeros meses de vida —aunque no es muy común— debido a la alta frecuencia de la lactancia materna, exclusiva o no. La lactancia materna exclusiva por al menos seis meses y la lactancia parcial hasta el año de edad reducen la prevalencia y subsecuente morbilidad por infección

respiratoria en la infancia: quienes dejaron la lactancia antes de los seis meses de edad tienen dos veces más riesgo de infección respiratoria aguda. La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses se asocia con el riesgo de infección respiratoria; el efecto protector fue de OR = 0,5 (50 por ciento menos de probabilidad) contra la infección adquirida en la comunidad (22). Finalmente, la lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de muerte por infección respiratoria aguda - IRA o enfermedad diarreica aguda - EDA en los primeros meses de vida; aquellos que no la recibieron, en comparación con los que la recibieron, tienen 2,4 y 3,9 veces mayor riesgo de morir por IRA o EDA respectivamente (23).

No obstante que la desnutrición infantil crónica puede iniciarse en la etapa intrauterina o en los seis primeros meses de vida, es más frecuente que se inicie en el periodo de seis a dieciocho meses. En efecto, la curva antropométrica de los niños menores de seis años diferenciando los procedentes de zonas urbanas (línea roja) de los provenientes de zona rural (línea azul), no existe diferencia entre ambos durante los seis primeros meses: la separación se establece en el periodo entre seis a dieciocho meses, para luego hacerse permanente en el resto de la vida. Cualquier intervención que apunte seriamente a combatir la desnutrición debe concentrarse en

esta etapa. Esta es la razón fundamental por la que invertir en entrega de alimentos durante la etapa preescolar o escolar no tendría ningún impacto.

### Momento de la vida en que instala la desnutrición infantil crónica

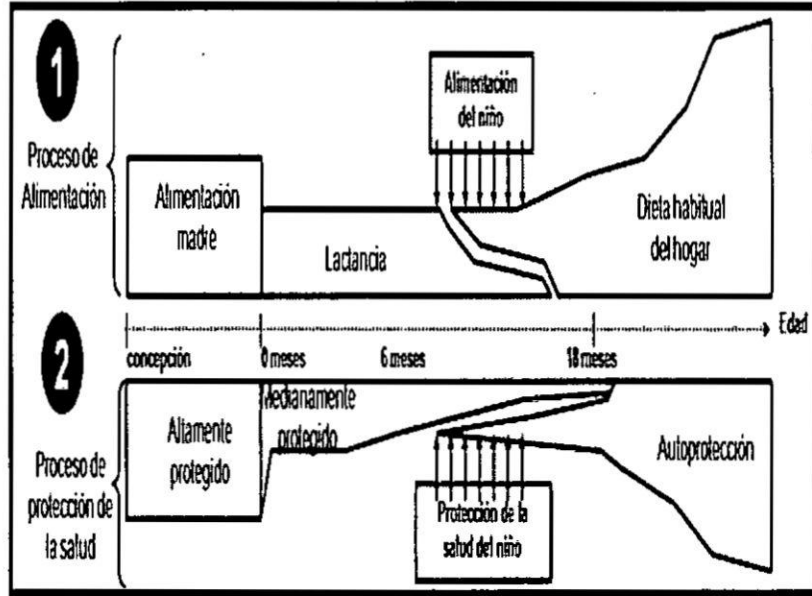


Fuente: Elaborado por Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud - PARSALUD 2004-2006, sobre la base de datos de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar - ENDES del periodo 1992-2000.

En esta etapa (seis a dieciocho meses de edad) se producen dos fenómenos fisiológicos que explican el origen de la desnutrición infantil crónica: cambio en los patrones de alimentación y en la protección inmunológica del niño.



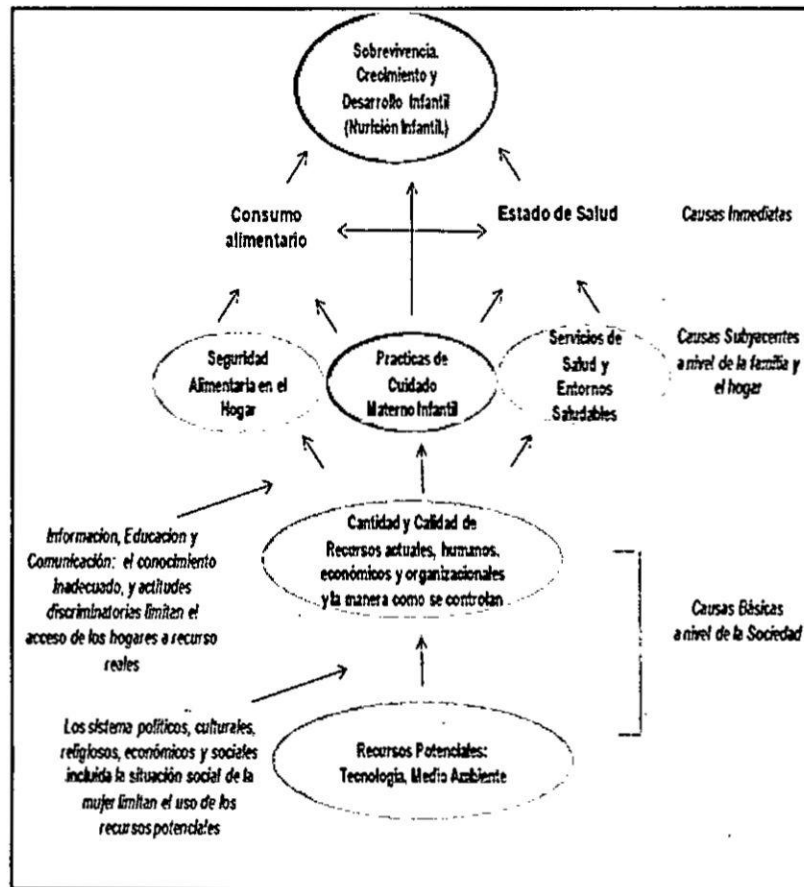
## Cambio en patrones de alimentación y nutrición durante el periodo de seis a dieciocho meses de edad



Fuente: Elaborado por PARSALUD 2004-2006, sobre la base de datos de los datos de la ENDES del periodo 1992-2000.

Los factores determinantes de la nutrición infantil han sido investigados extensamente y fueron consolidados por Jonsson en 1993 (24). Este modelo reconoce que la nutrición infantil es el resultado de factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos y la salud del individuo. El modelo propone que, para lograr y mantener el bienestar nutricional en los niños y niñas, es preciso actuar en torno a los siguientes campos: (i) acceso a alimentos; (ii) adecuadas prácticas de cuidado materno infantil, y (iii) adecuados servicios de salud, abastecimiento de agua segura y saneamiento ambiental.

## Determinantes de la desnutrición infantil crónica según Jonsson



Fuente: Jonsson U. 1993. UNICEF Conceptual Framework of the Determinants of Nutritional Status. A Unicef Policy Review. New York

Aplicando un enfoque de derechos, se puede expresar este esquema conceptual desde el punto de vista del niño. Según esta visión, solo será posible que un niño esté bien nutrido cuando esté bien alimentado y tenga buena salud; ello, a su vez, dependerá de que el niño esté bien atendido en su casa, en su comunidad, y que sus padres sepan preparar sus alimentos con calidad nutritiva e higiene. Queda claro que se

alcanzará el estado nutricional apreciado cuando consigamos al mismo tiempo los resultados parciales; si fallara alguno (por ejemplo, la vivienda no cuenta con adecuado saneamiento básico) podría aumentar el riesgo de la presencia de desnutrición y todas sus demás consecuencias.

### **Políticas públicas en relación con la Desnutrición Infantil Crónica.**

Se puede considerar el abordaje de la política pública en la desnutrición infantil crónica desde dos ángulos: desde la política social y desde la primera infancia. En cuanto a la primera, se puede afirmar que no existe una política expresa como sí la hay en el caso de seguridad alimentaria (25) o desarrollo rural (26), por ejemplo. En 2004 se hizo un intento con la publicación de los *Lineamientos de Nutrición Materno Infantil en el Perú* (27), sin embargo este documento solo establece recomendaciones técnicas de lo que deben cumplir la gestante, el niño menor de seis meses, y el de seis a veinticuatro meses. Lo más cercano es la Estrategia Nacional CRECER (28), que establece la intervención articulada de las entidades que conforman el gobierno nacional, regional y local que se encuentren directa o indirectamente vinculadas con la lucha contra la desnutrición infantil crónica. Sin embargo, no

es una política sino un mecanismo de funcionamiento institucional.

En el otro ángulo del abordaje, la primera infancia ha ido ganando mayor presencia en las políticas públicas a lo largo de los últimos veinte años. La Declaración de los Derechos del Niño por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959; la entrada en vigor en 1989 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño; la Constitución Política del Perú de 1993, que en su artículo 4 define la protección del niño por el Estado; el Código de los Niños y Adolescentes (Ley 27337). Todos ellos reconocen el interés superior del niño y el respeto a sus derechos, y establecen un marco legal que da sustento a las diversas normas e intervenciones públicas por la primera infancia, así como a una creciente inversión en torno a ella. Una de las más relevantes ha sido el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA<sup>32</sup>, en el que se establecen metas, acciones estratégicas y responsables en relación con la desnutrición infantil crónica.

Sin embargo, la intervención más directa que ha emprendido el Estado peruano para enfrentar la desnutrición infantil crónica ha sido la operación del PAN, en el marco de la

implementación del Presupuesto por Resultados - PpR a partir de 2007.

### **Programa Articulado Nutricional**

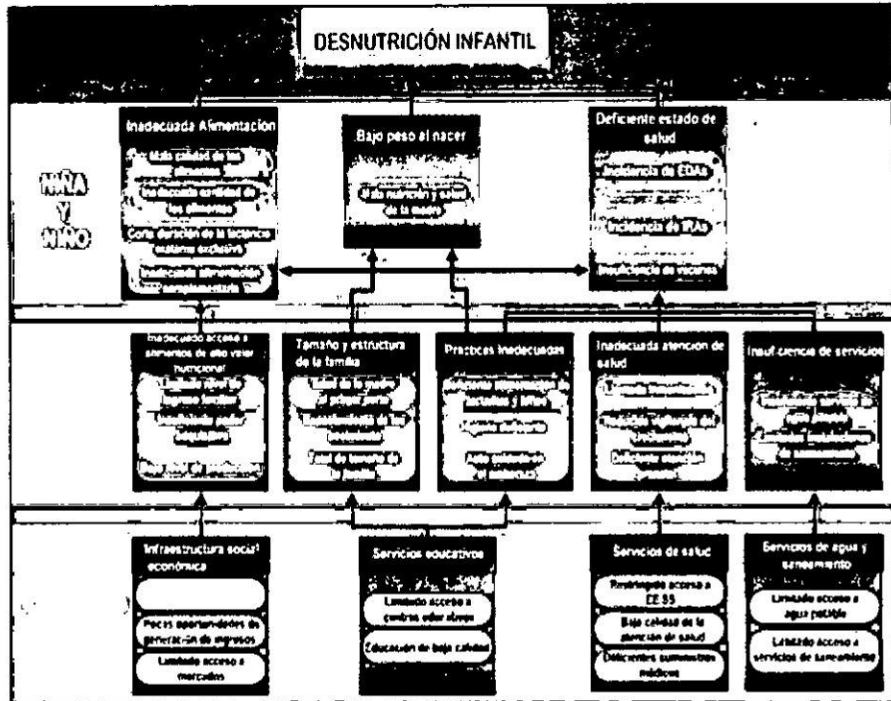
En el Perú existen diversos programas sociales públicos y privados que se han planteado atender los problemas de la falta de seguridad alimentaria<sup>34</sup> y la desnutrición. En la década de 1990, a raíz de los altos niveles de pobreza, se produjo una masificación de los programas alimentarios, que se convirtieron en medios para satisfacer las demandas de aquellas personas o familias en riesgo que no podían autoabastecerse de alimentos. Este abastecimiento no solo provino de instituciones gubernamentales sino también de instituciones privadas sin fines de lucro. Entre los principales programas gubernamentales se encuentran los comedores populares, el Programa del Vaso de Leche, el Programa de Alimentación Escolar, el Programa de Desayunos Escolares y el Programa de Alimentación Infantil. Todos ellos forman parte de una red de transferencia alimentaria con la participación de redes comunitarias, municipios, centros educativos, postas médicas del MINSA, etc.

Estos programas se han mantenido por casi dos décadas y sus objetivos de asistencia alimentaria se han confundido con la reducción de la desnutrición infantil crónica. A mediados del

2006, el Ministerio de Economía y Finanzas - MEF estimó que en los diez años anteriores se habían gastado más de 3.000 millones de dólares en estos programas, y la desnutrición infantil crónica promedio permanecía en 25%. La conclusión fue que la estrategia del Estado para atender este problema había fallado: se había destinado mucho dinero con poco o nulo impacto. Por esta y otras razones similares, en 2007 el MEF implementó el PpR en el campo de la nutrición infantil, destinando los recursos públicos en la proporción requerida a atacar las causas que producen la desnutrición infantil crónica. En otras palabras, PpR cambia la estrategia para reducir la desnutrición infantil crónica, desplazando la importancia de los programas alimentarios por las intervenciones que explican la aparición de la desnutrición infantil crónica.

El PpR, entonces, se enfocó en atacar las causas de la desnutrición infantil crónica, incidiendo en los lugares donde ellas se producen. Se puede observar que hay causas que hacen su efecto en los niños y niñas, otras en la familia, y unas terceras en la comunidad. Hay que tener en cuenta esta caracterización, porque las intervenciones que las enfrenten deben estar diseñadas en función de esta incidencia.

## Causas de la desnutrición infantil crónica según el sujeto en el que coinciden

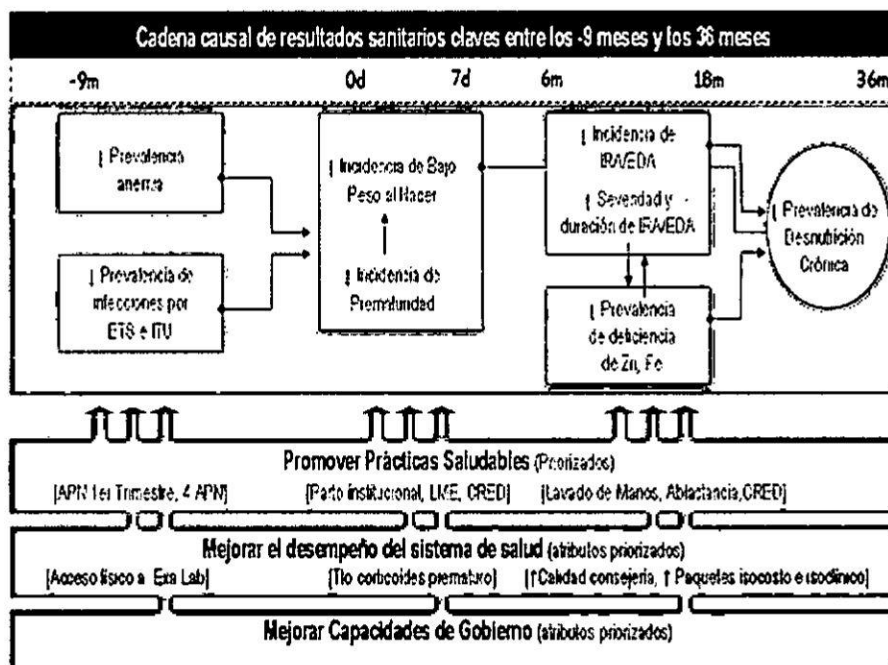


*Fuente: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - CENAN del Instituto Nacional de Salud - INS del Perú. Presentación "Desnutrición crónica infantil y sus determinantes de riesgo" en el Foro: "Prioridades de Intervención para Disminuir la Desnutrición Crónica en 100 Distritos del Perú con Mayor Número de Niños Desnutridos". Marzo de 2010.*

Entonces, para combatir efectivamente la desnutrición infantil crónica en el Perú, era preciso atacar las causas que la explican. Como se ha revisado en el capítulo anterior, la desnutrición no solo está vinculada con la falta de acceso a los alimentos, sino también con la falta de acceso a los servicios de salud, saneamiento y educación, con las prácticas de higiene y nutrición en los hogares, así como con problemas estructurales de pobreza y exclusión. Por lo tanto, las intervenciones claves deben estar orientadas a combatir

estas causas a lo largo de los primeros meses de vida, e incluso desde antes del nacimiento. Según la metodología desarrollada por la DGPP-MEF, cada una de estas flechas tiene un sustento científico, de forma que los recursos que se inviertan en estas intervenciones garantizan los efectos buscados.

### Intervenciones claves para enfrentar las causas de la desnutrición infantil crónica



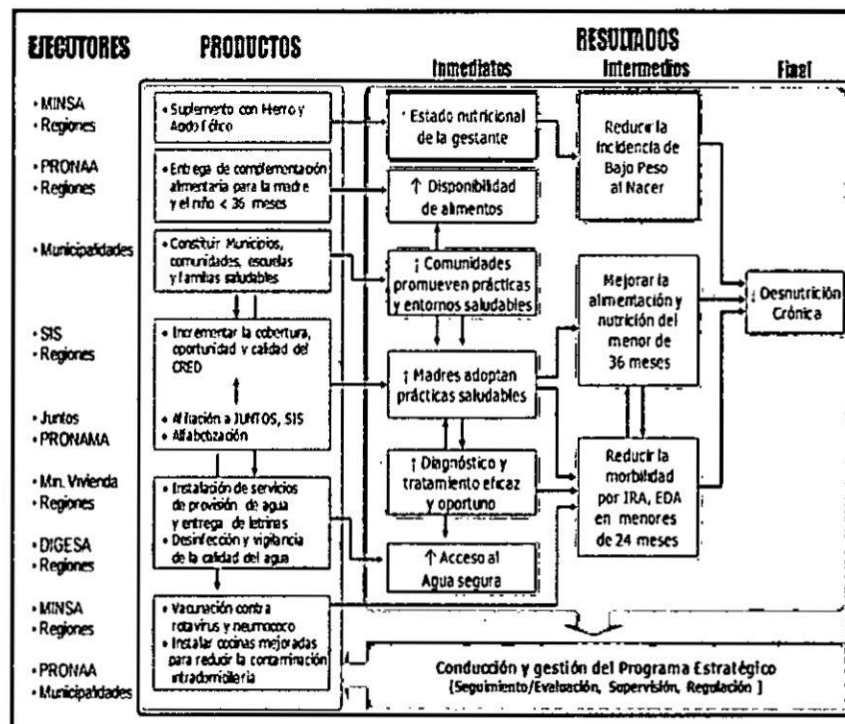
Fuente: Dirección General del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, 2009.

De este modo, en 2007 se diseñó el PAN, cuyo enfoque lógico se muestra en la Figura adjunta. Se trata de la vinculación basada en evidencias entre productos (servicios que llegan al público objetivo respectivo) y resultados (inmediatos, intermedios y final). Según lo analizado



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

### Diseño básico del Programa Articulado Nutricional



Fuente: Dirección General del Presupuesto Público del MEF, 2007.

## **Otras acciones públicas que apoyan la lucha contra la desnutrición infantil crónica**

El Marco Macroeconómico Multianual y el Marco Social Multianual, los dispositivos normativos estratégicos más importante, que teniendo como referencia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las Políticas del Acuerdo Nacional y los objetivos de la política social asumidos por el gobierno del presidente Humala, establecen como prioridades de la política social la lucha contra la desnutrición infantil crónica, salud preventiva para todos, educación de calidad, trabajo digno, e infraestructura social y económica.

En este marco el Gobierno Regional de Apurímac, establece como primera prioridad la lucha contra la anemia, bajo los lineamientos que establece la Estrategia Nacional CRECER, que establece la intervención articulada de las entidades públicas que conforman el gobierno nacional, regional y local; organismos de cooperación, sociedad civil y de entidades privadas que se encuentren, directa o indirectamente, vinculadas con el objetivo de superación de la pobreza y la desnutrición infantil crónica, bajo la dirección de la Presidencia del Consejo de Ministros, a través de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales - CIAS. El Plan de Operaciones de la Estrategia Nacional CRECER

(29) está **orientado al enfoque de derechos, la protección del capital humano, el desarrollo social y la corresponsabilidad social.** En la Región Apurímac la estrategia se viene trabajando en los 83 distritos con prioridad en los que tienen la mayor prevalencia y la mayor concentración de población.

El incremento progresivo de los recursos asignados a los programas sociales focalizados que apoyan las intervenciones contra la desnutrición infantil crónica, como: Programa de Transferencias Condicionadas “Juntos”, Programa Agua para Todos, Seguro Integral de Salud - SIS, Programa Agrorural, entre otros.

La implementación de medidas para mejorar el manejo y la calidad del gasto social a través de la utilización de instrumentos de focalización individual y geográfica más eficientes, cambiando favorablemente lo que recibía del Estado un hogar del quintil más pobre y uno del quintil más rico. Se cita la construcción del Padrón General de Hogares del Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH y la metodología de distribución del Fondo de Compensación Municipal - FONCOMUN.

La aprobación del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal - PIM, orientado a atender la problemática

de la deficiencia en la prestación de servicios públicos e infraestructura, cuyo propósito es contribuir con el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las municipalidades a reducir la desnutrición infantil crónica.

Programa Estratégico por Resultados Salud Materno Neonatal, que busca mejorar la salud de las madres y los recién nacidos mediante la mejora de la educación y salud familiar y de la atención integral de los problemas de salud de las madres y recién nacidos.

Programa de Suplementación con Multimicronutrientes, que es una iniciativa del MINSA y del MIDIS, con el apoyo de la cooperación internacional y nacional, para prevenir y controlar los problemas nutricionales por deficiencia de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 35 meses, a través de la suplementación con MICRONUTRIENTES con un enfoque integral e intersectorial en Apurímac, Huancavelica y Ayacucho.

Programa Mi Chacra Productiva, que busca implementar tecnologías para mejorar las capacidades productivas de las familias rurales en extrema pobreza.

Programa Agrorural, que fusiona diferentes programas del Ministerio de Agricultura, impulsando estrategias, actividades y mecanismos que mejoren los ingresos y la calidad de vida de las familias rurales.

Programa Nacional de Movilización para la Alfabetización, que realiza acciones para erradicar el analfabetismo, para contribuir con la mayor inserción de las poblaciones pobres en el campo laboral y social.

La cooperación externa, que está orientando su apoyo al desarrollo de intervenciones para reducir la desnutrición infantil crónica. Desde el año 2010, la Unión Europea viene financiando el Proyecto EUROPAN- FED (60 millones de euros), que busca reembolsar los recursos públicos usados en el PAN —a condición de alcanzar determinados valores de resultados— en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica; el Proyecto FAO-España “Apoyo a la Estrategia Nacional de Intervención Articulada de Lucha contra la Pobreza y la Desnutrición Crónica Infantil - CRECER”, que abordará los tres ejes, y 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.

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Presupuesto por Resultado.-** Es un esquema presupuestario que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, en una visión de logro de resultados a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales para la reasignación, reprogramación y ajustes de las intervenciones.

**Programas Estratégicos.-** Son intervenciones articuladas del Estado, entre sectores y por niveles de gobierno, en torno a la resolución de un problema central que aqueja a la población de un país. Los programas estratégicos, constituyen el elemento fundamental de gestión del presupuesto por resultado; en tal sentido, responden a un modelo causal para lograr resultados, cuyos niveles guardan una relación lógica de medios-fines, a partir de los insumos, subproductos, productos, resultados intermedios y finales asociados con el conjunto de intervenciones que lo constituyen. El artículo 10' de la Ley N° 28927 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007 estableció el inicio de la aplicación de la gestión presupuestaria basada en resultados, a través de instrumentos como la Programación Presupuestaria Estratégica, metas físicas, indicadores de resultados y el desarrollo de pruebas piloto de evaluación. En cumplimiento

del citado marco normativo, la Dirección Nacional del Presupuesto Público durante el primer semestre del año fiscal 2007, inició los trabajos para el diseño de un conjunto de intervenciones bajo el nuevo enfoque de Presupuesto por Resultados (PpR) dando como resultado la constitución de los cinco primeros Programas Presupuestarios Estratégicos que se detallan a continuación:

- Programa Articulado Nutricional
- Salud Materno Neonatal
- Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo
- Acceso a Servicios Sociales Básicos y a
- Acceso de la Población a la Identidad

#### **Programa Estratégico Articulado Nutricional**

Este Programa Estratégico tiene por finalidad reducir la Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años, mejorando la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, reduciendo la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes; además, busca reducir la incidencia de bajo peso al nacer.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la elaboración del presente informe de experiencia profesional, se realizó la recopilación de la información desde el año 2017 al 2016 de las fuentes que, maneja el sector salud en la Región Apurímac, entre las fuentes utilizadas para el presente informe se puede mencionar las siguientes:

- Encuesta demográfica y de Salud familiar (ENDES) – 2007 al 2016
- Sistema de información del estado nutricional de niños menores de 5 años y gestantes atendidos en los establecimientos de salud. SIEN del 2010 al 2016 de la Oficina de Estadística de la DIRESA Apurímac.
- Información paralela (informes de Redes de salud), para las actividades educativo comunicacionales de la estrategia sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable.
- Informes sobre el fortalecimiento de competencias al personal de salud.
- Informes de evaluación y gestión de la Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable.



Una vez que se identificó las fuentes de información para la obtención de la información, se realizó el procesamiento en tablas y gráficos en el programa Excel, obteniendo así los resultados para realizar la interpretación y análisis con lo cual se llegó a tener resultados y conclusiones.

### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

- **Hospital Regional de Apoyo Departamental Cusco:  
Región de Nutrición y Dietética**  
**Cargo: Nutricionista** - Administrativa y clínica.

**Función:** Apoyo en la organización, planificación, capacitación en el Región de Nutrición y Dietética y soporte nutricional al paciente.

**Tiempo:** Enero de 1988 a febrero del 2001

- **Asociación Ejecutora de Desayunos Escolares Cusco  
- Madre de Dios**

**Cargo:** Inspector Asistente de la provincia Espinar - Chumbivilcas del Programa de Desayunos Escolares

**Función:** Supervisión, capacitación y gestión para la operativización del Programa Desayunos Escolares

**Tiempo.** Marzo a diciembre del 2001

- **Dirección Regional de Salud Apurímac**

**Cargo:** Asistente de Gestión del Área Nutrición de la DIRESA.

**Función:** Apoyo en la gestión de los programas de alimentación y nutrición, capacitación a personal de salud y docentes en alimentación y nutrición.

**Tiempo:** Marzo del 2002 a Agosto del 2004.

**Dirección Regional de Salud Apurímac** en la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable

**Cargo:** Coordinadora Regional de la Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición saludable.

**Tiempo:** Setiembre del 2014 a la fecha 2017

**Características del Área de Trabajo:**

- **Organización:** La Estrategia Sanitaria Alimentación y nutrición saludable está bajo la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y la Dirección de Atención Integral de salud.
- **Recursos Humanos:** A cargo de 01 profesional de la salud : Licenciada en Nutrición Humana.
- **Infraestructura:** En una oficina con espacio muy reducido con hacinamiento ya que están 7 personas en un espacio de 5 x 4 metros cuadrados.

- **Prestaciones** : El cargo que se ejerce es la coordinación regional de la Estrategia Sanitaria.

**Función que se desempeña en la DIRESA es netamente administrativa en Salud Pública:**

**Canales de coordinación:**

Realiza un trabajo coordinado con el Director de Atención Integral de Salud, otras Direcciones y responsables de las diferentes Etapas de Vida y Estrategias Sanitarias de la Dirección Regional de Salud, Redes y Micro redes de Salud de la Región de Salud Apurímac.

**Funciones específicas:**

- a) Participación en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas regionales relacionadas a cubrir las necesidades nutricionales de las personas, familias y comunidad por Etapas de vida en el marco de Atención Integral de Salud.
- b) Implementa y evalúa planes, programas y proyectos de intervenciones en Alimentación y Nutrición, en el ámbito regional.
- c) Planifica, programa y ejecuta el presupuesto asignado para el logro de los objetivos de los productos y

actividades, así mismo participa en la formulación y programación del presupuesto.

- d) Se propone, revisa, adecua protocolos, directivas, guías y procedimientos relacionados a la Alimentación y Nutrición Saldable a nivel regional.
- e) Organiza, dirige, controla actividades referentes a temas relacionados a la alimentación y nutrición en el marco de la atención integral de salud por etapas de vida.
- f) Elaboración del Plan Operativo de la Estrategia Sanitaria y participar en la elaboración del POI institucional.
- g) Monitoreo y evaluación de metas físicas y financieras de los Programas Estratégicos, en el marco de una gestión por resultados, con énfasis en el análisis de la información.
- h) Brinda Asistencia Técnica a los responsables de las diferentes etapas de vida y Estrategias Sanitarias a nivel de DISA, Redes y Microrredes en temas relacionados a la alimentación y nutrición.
- i) Desarrolla las investigaciones operativas para mejorar las intervenciones en la Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable.

- j) Crea espacios de concertación con instituciones y organismos públicos y privados para generar alianzas estratégicas en la Alimentación y Nutrición Saludable.
- k) Elaboración de informes técnicos de productos de la Estrategia.
- l) Brinda información técnica que requieran los usuarios internos y externos.
- m) Supervisa y evalúa la correcta aplicación y cumplimiento de los procesos técnicos de los sistemas asistenciales y administrativos, así como de las actividades de ejecución presupuestal en los órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud Apurímac.
- n) Planifica, programa y coordina la distribución de materiales, medicamentos; equipos entre otros a los órganos desconcentrados.
- o) Planifica, ejecuta, monitorea las capacitaciones descentralizadas e integradas.
- p) Otras funciones que le asigne su jefe inmediato.

### 3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Desde el año 2002 en la Región Apurímac se venía trabajando estrategias para reducir la desnutrición Crónica Infantil, en estos años aún existía los programas de alimentación complementaria como el PANFAR donde los beneficiarios eran los niños menores de 3 años y gestantes con desnutrición a quienes se entregaba mensualmente una canasta básica de alimentos hasta que salga del cuadro. También existía el programa de Alimentación Complementaria con la entrega de la Papilla – para niños entre los 6 a menores de 3 años a quienes se les entregaba mensualmente una ración de 3 kilos de papilla fortificada con micronutrientes. Posteriormente este programa fue transferido al PRONAA donde tomo el nombre de castas PIM y los beneficiarios eran niños menores de 3 años, gestantes y madres que dan de lactar. Estos programas de alimentación complementaria antes del 2005 estuvieron a cargo del sector salud donde se realizaba un mejor control con respecto a la calidad del producto y la misma distribución. Posteriormente fue transferido al PRONAA donde decayó la calidad de los productos y finalmente se cerró los programas de alimentación complementaria para el año 2011. A pesar de que el ESTADO estuvo realizando una inversión fuerte para el

manejo de estos programas de alimentación complementaria, no se reflejaba resultados positivos en la reducción de la desnutrición crónica y anemia en el país. La Región Apurímac se encontraba entre las tres regiones del país con la más alta prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Paralelo a este trabajo en la Región se venía trabajando con el **proyecto Buen Inicio** con al apoyo de la cooperación internacional UNICEF en zonas focalizadas operando hasta el año 2005. Este proyecto trabajo bajo los principios de un enfoque basado en el respeto a los derechos del niño a la supervivencia y al desarrollo óptimo de sus capacidades, poniendo especial énfasis en la responsabilidad del estado en proveer a todos los niños el acceso a servicios de calidad, la responsabilidad de la familia en suministrar alimento, salud, afecto, abrigo, estímulo y protección necesario para su crecimiento y desarrollo incorporando en todo proceso el enfoque intercultural. Los resultados en la mejora de los indicadores materno infantil fueron muy positivos en cuanto a la reducción de la desnutrición crónica y la mejora de la salud materna en los lugares de intervención de Buen Inicio.

Los aprendizajes que se tuvo en este proceso con el proyecto Buen Inicio con el acompañamiento y asistencia técnica de

UNICEF fueron muy positivos. Las estrategias de trabajo se marcó básicamente en el fortalecimiento de las competencias del personal de salud en la atención integral del niño menor de 3 años y la gestante con el paquete mínimo de monitoreo del niños menor de 3 años y la gestante, a esto se sumó la, asistencia técnica permanente con acompañamiento in situ con el equipo de UNICEF y la DIRESA en todos los niveles. El fortalecimiento de los servicios de salud materno infantil con equipamiento básico de calidad. En todo proceso de implementación se trabajó las reuniones de reflexión con el personal de salud, lo cual ayudaba a superar las diferentes dificultades que se presentan en los procesos de la atención de la salud.

En mi experiencia laboral pude captar claramente el enfoque del trabajo que UNICEF maneja, lo cual me ayudo a construir una estrategia de trabajo unificando el marco normativo del Ministerio de salud, los principios de trabajo de Buen Inicio y mi formación profesional para adecuar estrategias de trabajo adecuadas a la realidad regional. Las estrategias de trabajo se implementaron a nivel regional, dando oportunidad que en todos los establecimientos de salud se maneje el enfoque que se aprendió con el proyecto Buen Inicio. Todos los



aprendizajes me permitieron un fortalecimiento como facilitadora regional en los siguientes temas:

- Estandarización en técnicas de antropometría
- Mantenimiento de equipos de antropometría
- Consejería nutricional materna infantil.
- Sesiones demostrativas
- Manejo de estrategias comunicacionales
- Valoración nutricional del niño menor de 5 años
- Vigilancia Nutricional de niños y gestantes
- Centros de Vigilancia Comunitaria para el crecimiento y desarrollo temprano

**Las estrategias claves para la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años fueron:**

- 1. Asegurar las coberturas con las inmunizaciones (vacuna neumococo y rutaviruz9 en niños menores de 3 años.**
- 2. Mejorar las coberturas de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años.**
- 3. Mejorar las coberturas de la suplementación con Micronutrientes en niños menores de 3 años**
- 4. Mejorar el equipamiento de los establecimientos de salud en los consultorios CRED.**

**5. Fortalecimiento de competencias del personal de salud, teniendo como meta capacitar al 100% de responsables de la atención integral del niño:**

- Estandarización en técnicas de antropometría
- Mantenimiento de equipos de antropometría
- Consejería nutricional materna infantil.
- Sesiones demostrativas
- Manejo de estrategias comunicacionales
- Valoración nutricional del niño menor de 5 años
- Vigilancia Nutricional de niños y gestantes
- Centros de Vigilancia Comunitaria para el crecimiento y desarrollo temprano

		
<p>Técnicas antropometría</p>	<p>Mantenimiento de equipos antropometría</p>	<p>Consejería nutricional</p>



**Las actividades de gestión es una de las acciones básicas que se realiza a nivel de la DIRESA, en calidad de coordinadora regional:** Es así que se gestionó la compra de equipos de antropometría para consultorio de atención integral del niño y la gestante de acuerdo a las especificaciones técnicas para el 100% de establecimientos de salud con el objetivo de mejorar la calidad de la vigilancia nutricional en niños y gestantes:

- Balanza pediátricas
- Balanzas de reloj
- Balanzas de plataforma
- Infatómetros para recién nacido
- Infantómetro para niños menores de 2 años
- Telémetros para niños mayores de 2 años a menor de 5 años

## **INNOVACIONES:**

- Implementación de los principios, estrategias de BUEN INICIO a nivel regional.
- Adecuación regional de materiales educativos en alimentación y nutrición con enfoque intercultural: rotafolio, dípticos, trípticos, afiches, spot por TV, spot por radio.
- Implementación de Monitores para el seguimiento a niños menores de 3 años en los establecimientos de salud.
- Seguimiento y monitoreo permanente a Redes de salud, Micro redes de salud con soporte técnico.
- Implementación regional del componente nutricional en la atención integral de la gestante, con el objetivo de mejorar la ganancia de peso durante el embarazo y mejorar el peso y la talla del recién nacido
- Trabajo con articulación intra e intersectorial para la reducción de la desnutrición crónica.

**ACUERDOS CON PARTICIPACIÓN MULTISECTORIAL QUE  
CONTRIBUYEN A LA MEJORA DE ASPECTOS ALIMENTARIO  
NUTRICIONALES EN LA REGIÓN APURIMAC**

INSTITUCIONES VINCULADAS A ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION		Se cuenta con acuerdos o convenios	ACUERDO ESPECIFICO
Publicas	Privadas		
Gobiernos Locales		✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la crianza de animales menores</li> <li>- Promover la implementación de biohuertos</li> <li>- Organizar talleres sobre alimentación y nutrición con salud dirigido a beneficiarios del vaso de leche.</li> <li>- Creación de mecanismos de control en torno a la alimentación del niño y la madre gestante en el programa vaso de leche.</li> <li>- Promover la actividad empresarial para la producción de alimentos locales para los programas de alimentación complementaria</li> </ul>
Educación		✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar y desarrollar charla sobre alimentación y nutrición en coordinación con salud dirigido a escolares y padres de familia.</li> <li>- Promover prácticas adecuadas sobre alimentación y nutrición en los escolares.</li> <li>- Promover el valor nutritivo y consumo de los alimentos locales</li> </ul>
Agricultura		✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la crianza de animales menores y la creación de biohuertos.</li> <li>- Promover tecnologías agrícolas para mejorar la producción local.</li> <li>- Revalorización nutricional de productos andinos.</li> </ul>
MIDIS: JUNTOS CUNA MAS		✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la asistencia oportuna al control CRED y Control prenatal en los beneficiarios.</li> <li>- Apoyar al sector salud en acciones educativo comunicación ales: visitas a domicilio, sesiones demostrativas y educativas.</li> <li>- Coordinar, para asegurar el paquete mínimo de atención integral al niño y la gestante.</li> <li>- Promover la importancia de prevenir la anemia y desnutrición crónica.</li> <li>- Incidir en el consumo de MICRONUTRIENTES para mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños beneficiarios.</li> </ul>
	UNICEF-ADENI	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento de capacidades al personal de salud sobre el manejo del paquete mínimo de monitoreo del niño y gestante en la atención integral de salud.</li> <li>- Asesoramiento técnico al personal de la DISA y operativo en la incorporación del componente nutricional en la AIS .</li> <li>- Fortalecimiento de capacidades en conceptos de crecimiento, desarrollo y vigilancia nutricional.</li> <li>- Apoyo para la suplementación de la gestante con Ferro Folic.</li> <li>- Apoyo en el fortalecimiento de capacidades en antropometría e implementación de algunos establecimientos de salud, con equipos antropométricos.</li> <li>- Monitoreo y seguimiento a la incorporación del paquete mínimo del monitoreo del niño y gestante.</li> <li>- Apoyo y participación en actividades realizadas sobre alimentación y nutrición.</li> </ul>
	CARITAS	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción de prácticas adecuadas en la alimentación del niño.</li> <li>- Seguimiento y monitoreo de niños menores de 3 años con riesgo nutricional.</li> <li>- Organizar y desarrollar charlas sobre alimentación y nutrición</li> </ul>

La lucha contra la desnutrición demanda la ejecución de actividades que permitan sentar bases para la coordinación de acciones y armonizar las actividades programadas que se encuentren en ejecución incorporando propuestas de otros sectores con el solo objetivo de mejorar la situación alimentaria y nutricional del niño y la madre gestante. Bajo este entender, se desarrolló acciones integrales concertadas y negociadas entre actores públicos y privados que vienen en actividades relacionadas en alimentación y nutrición a nivel regional.

**LIMITACIONES:**

- Deficiente recurso humano (profesionales de nutrición) que fortalezcan el componente nutricional en la atención integral del niño y la gestante a nivel DISA, Redes de salud, establecimientos de salud I-4 donde debe existir un trabajo multidisciplinario de soporte para su ámbito de influencia.
- Presencia de recurso humano nuevo, con enfoque recuperativo, retrasa avances en el proceso preventivo promocional.
- Normativas desactualizadas del Ministerio de Salud.
- Inadecuado uso del presupuesto de los programas presupuestales.
- Sistema administrativo deficiente, inoportuno en procesos logísticos de compra de insumos, materiales, equipos.

- Sistemas de información oficial (HIS,SIS) con reportes tardíos, no permite tomar decisiones oportunas.
- Débil seguimiento a nivel redes, micro redes y EE.SS en la implementación de actividades priorizadas.
- Sistema de información deficiente para las evaluaciones y toma de decisiones.
- Poco compromiso de autoridades locales y otros sectores en la lucha contra la desnutrición crónica.
- Alta rotación del personal de salud en la Región Apurímac.

#### **IV. RESULTADOS**





Para la evaluación de la evolución de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años se toma como fuente oficial la Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) el cual reporta la información a nivel regional en el país más no cuenta con reportes a nivel provincias ni distritos lo cual limita el uso de información para determinadas evaluaciones a nivel local. Ante esta necesidad el Ministerio de Salud a través del Centro nacional de Alimentación y Nutrición implementa el Sistema de Vigilancia Nutricional (SIEN), llamado Sistema de Información del Estado Nutricional de Niños y gestantes atendidos en los establecimientos de salud. Para la elaboración del presente informe se tomará en cuenta estas dos fuentes para evaluar la evolución de la desnutrición crónica en el Región de Apurímac en sus diferentes niveles.



**CUADRO N° 4.1 : PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR REGIONES (OMS) – 2014 y 2016**  
FUENTE: ENDES

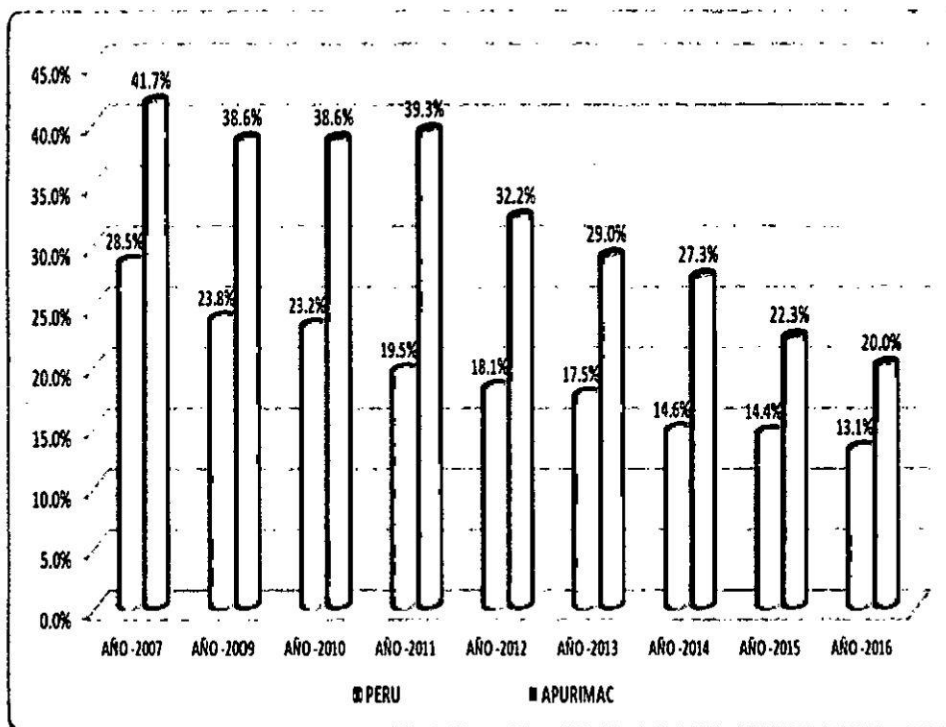
AÑO 2014		AÑO 2016	
Departamento	%	Departamento	%
Huancavelica		Huancavelica	
Cajamarca		Cajamarca	26.0
Amazonas		Ucayali	24.8
Apurímac	27.3	Pasco	24.8
Ayacucho	26.3	Loreto	23.6
Ucayali	26.1	Junín	20.5
Pasco	24.9	Apurímac	20.0
Huánuco	24.8	Amazonas	19.3
Loreto	24.6	Huánuco	19.2
Junín	22.1	Ayacucho	18.9
Piura	21.7	Áncash	17.1
Áncash	20.5	Puno	16.4
La Libertad	19.9	Piura	15.3
Cusco	18.2	Cusco	14.6
Puno	17.9	<b>PAIS</b>	<b>13.1</b>
San Martín	16	La Libertad	12.2
<b>PAIS</b>	<b>14.6</b>	San Martín	12.1
Lambayeque	14.3	Lambayeque	11.8
Región Lima 2/	10	Madre de Dios	8.3
Madre de Dios	9.8	Tumbes	7.4
Tumbes	8.3	Ica	7.1
Arequipa	7.3	Arequipa	6.3
Prov. Const. del Callao	7	Prov. Const. del Callao	5.9
Ica	6.9	Región Lima 2/	5.9
Lima y Callao	4.6	Lima y Callao	5.1
Provincia de Lima 1/	4.6	Provincia de Lima 1/	4.9
Moquegua	4.2	Moquegua	4.5
Tacna	3.7	Tacna	2.3

Fuente: ENDES

LEYENDA	
	Prevalencia Muy Alta > a 30%
	Prevalencia alta (20% - 29.9%)
	Prevalencia moderada (10.0% - 19.9%)
	Prevalencia baja (<10.0%)

En el cuadro del año 2014 , se observa que el Región de Apurímac se encuentra en el cuarto lugar dentro de las Regiones con la mayor prevalencia de la desnutrición crónica con 27.3%. Para el año 2016 se encuentra en el séptimo lugar con el 20%.

**GRAFICO N° 4.1 : PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA 2007-2016, PATRÓN DE REFERENCIA OMS**

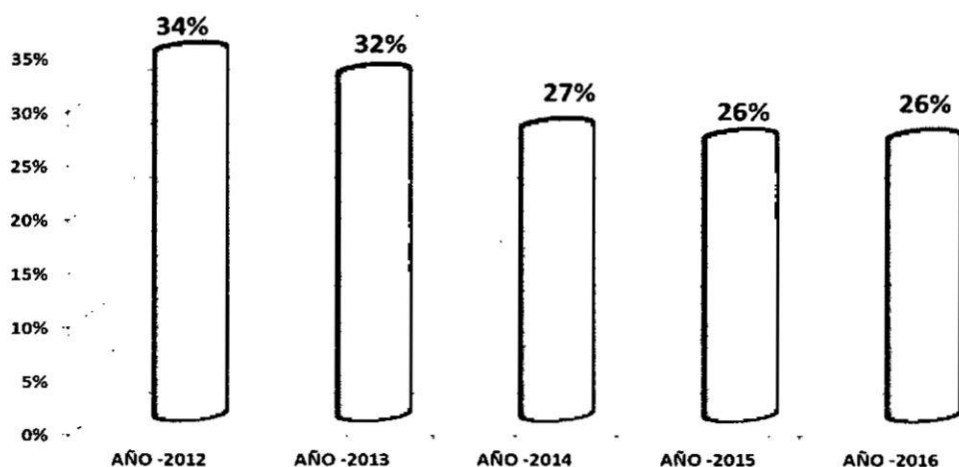


FUENTE: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007 al 2016

Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar - ENDES 2007 al 2016, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), muestra que la desnutrición crónica en el Región de Apurímac para el año 2016 está por encima del promedio nacional (Perú) con 6.9 puntos porcentuales, con una prevalencia del 20% frente al nivel nacional que presenta un 13.1%.

Del año 2007 al 2016 se logró una reducción de 21,7 puntos porcentuales. A pesar de este avance, aún existe una brecha muy grande por reducir hasta llegar a la meta del 6% al año 2021 (30)

**GRAFICO N° 4.2 : Proporción de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud del Región Apurímac**

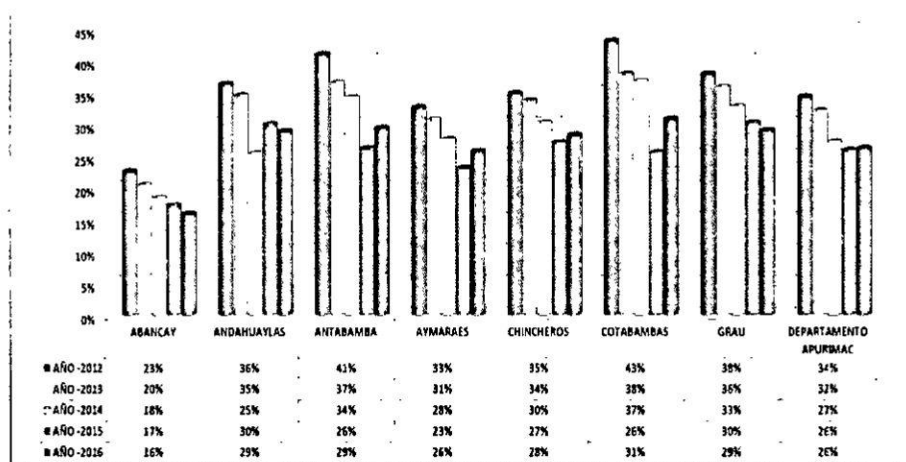


**Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2012 al 2016**

En el grafico podemos observar la evolución de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud durante el periodo del 2012 al 2016 en el Región Apurímac, donde se evidencia una disminución de 8 puntos porcentuales del 34% al 26%. Entre el año 2015 al 2016 se mantiene con un 26%.

Durante la experiencia profesional, se ha podido adquirir algunas lecciones aprendidas en relación a la mejora de la capacidad resolutive en la atención integral de niños menores de 5 años, priorizando las condiciones para la atención como son: equipamiento para la evaluación de crecimiento y valoración nutricional ( implementación con tallímetros, balanzas etc.) y el fortalecimiento de competencias del personal de salud responsable de la atención al niño en temas de valoración nutricional, consejería nutricional, sesiones demostrativas, vigilancia nutricional. El trabajo articulado con otros sectores y gobiernos locales en la vigilancia comunitaria.

**GRAFICO N° 4.3 : Proporción de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años, por provincias del Región de Apurímac 2012 al 2016**



FUENTE: Estadística DIRESA: Sistema de información del estado nutricional – SIEN,

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional de niños menores de 5 años y gestantes atendidos en los establecimientos de salud, se tiene el reporte al año 2012 al 2016. El grafico muestra la evolución de la Desnutrición Crónica por provincias a nivel del Región de Apurímac.

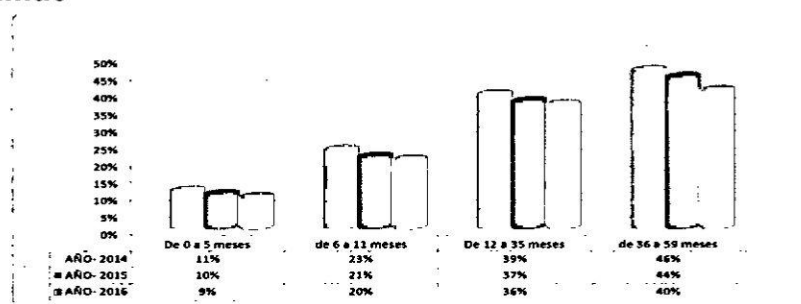
Las provincias con las mayores proporciones de niños menores de 5 años con desnutrición crónica son: Cotabambas (31%), seguido de la provincia Andahuaylas, Antabamba y Grau con una proporción de 29%, Chincheros con 28%, Aymaraes con 26% y la menor proporción se encuentra en la provincia Abancay con 16%.

Con respecto a la evolución de la Desnutrición Crónica en los últimos 5 años (2012 al 2016) en el Región Apurímac se puede observar que en las 7 provincias se logró una reducción significativa en promedio de 8 puntos porcentuales en niños atendidos en los

establecimientos de salud. Así podemos mencionar que en la provincia Abancay, Andahuaylas, Aymaraes y Chincheros redujeron 7 puntos porcentuales, Grau disminuyó 9 puntos porcentuales, Antabamba y Cotabambas redujeron 12 puntos porcentuales. Las provincias que tenían al año 2012 la mayor proporción (Antabamba con 41% y Cotabambas con 43%) lograron reducir la mayor proporción.

En la experiencia profesional se pudo observar que los factores determinantes relacionados al conocimiento de la madre, fue una de las que contribuyo en mayor proporción para lo cual se desarrolló toda una estrategia educativo comunicacional para prevenir la desnutrición crónica.

**GRAFICO N° 4.4 : Proporción de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años por grupos de edad en el Región de Apurímac**



**Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016**

En el grafico se observa que la proporción de la desnutrición crónica aumenta en niños menores de 5 años, va aumentando su frecuencia conforme el niños tiene mayor edad, siendo el grupo más afectado los de 36 a 59 meses.

**CUADRO N° 4.2 : DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS EN LA PROVINCIA ABANCAY DEL  
REGIÓN DE APURIMAC**

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
ABANCAY	LAMBRAMA	13%	13%	12%
ABANCAY	HUANIPACA	27%	23%	18%
ABANCAY	CURAHUASI	24%	22%	23%
ABANCAY	ABANCAY	24%	23%	21%
ABANCAY	CIRCA	37%	33%	33%
ABANCAY	TAMBURCO	25%	26%	28%
ABANCAY	PICHIRHUA	14%	13%	11%
ABANCAY	SAN PEDRO DE CACHORA	35%	33%	30%
ABANCAY	CHACOCHE	12%	13%	13%
<b>PRO ABANCAY</b>		<b>18%</b>	<b>17%</b>	<b>16%</b>

Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016

En el cuadro podemos observar que del año 2014 al 2016 en la provincia Abancay la desnutrición crónica disminuyó en 2 puntos porcentuales y los distritos con la mayor prevalencia son Circa y San Pedro de Cachora con 33% y 30% respectivamente.

**CUADRO N° 4.3 : DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS EN LA PROVINCIA ANDAHUAYLAS  
DEL REGIÓN DE APURIMAC**

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
ANDAHUAYLAS	SAN MIGUEL DE CHACCRAMPA	24%	29%	24%
ANDAHUAYLAS	HUANCARAMA	23%	29%	30%
ANDAHUAYLAS	JOSE MARIA ARGUEDAS	27%	35%	36%
ANDAHUAYLAS	TUMAY HUARACA	31%	28%	24%
ANDAHUAYLAS	PAMPACHIRI	29%	36%	32%
ANDAHUAYLAS	TURPO	32%	41%	32%
ANDAHUAYLAS	ANDAHUAYLAS	43%	42%	41%
ANDAHUAYLAS	SAN ANTONIO DE CACHI	23%	32%	28%
ANDAHUAYLAS	HUAYANA	31%	35%	34%
ANDAHUAYLAS	POMACOCCHA	25%	30%	21%
ANDAHUAYLAS	SANTA MARIA DE CHICMO	20%	24%	22%
ANDAHUAYLAS	KISHUARA	33%	42%	39%
ANDAHUAYLAS	HUANCARAY	37%	46%	43%
ANDAHUAYLAS	SAN JERONIMO	28%	36%	36%
ANDAHUAYLAS	PACUCHA	29%	33%	32%
ANDAHUAYLAS	ANDARAPA	33%	42%	41%
ANDAHUAYLAS	KAQUIABAMBA	20%	23%	28%
ANDAHUAYLAS	TALAVERA	17%	24%	23%
ANDAHUAYLAS	CHIARA	34%	47%	45%
ANDAHUAYLAS	PACOBAMBA	30%	35%	36%
<b>PRO ANDAHUAYLAS</b>		<b>25%</b>	<b>30%</b>	<b>29%</b>

Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016

En el cuadro podemos observar que del año 2014 al 2016 en la provincia Andahuaylas la desnutrición crónica aumento 4 puntos porcentuales, y los distritos con la mayor prevalencia por encima de 40% son: Chiara (45%), Huancaray (43%), Andahuaylas y Andarapa con 41%.

**CUADRO N° 4.4: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA PROVINCIA ANTABAMBA DEL REGIÓN DE APURIMAC**

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
ANTABAMBA	OROPESA	42%	28%	33%
ANTABAMBA	ANTABAMBA	16%	9%	22%
ANTABAMBA	PACHACONAS	33%	18%	24%
ANTABAMBA	HUAQUIRCA	40%	34%	31%
ANTABAMBA	SABAINO	35%	34%	34%
ANTABAMBA	EL ORO	25%	15%	21%
ANTABAMBA	JUAN ESPINOZA MEDRANO	30%	24%	28%
<b>PRO ANTABAMBA</b>		<b>34%</b>	<b>26%</b>	<b>29%</b>

Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016

En el cuadro podemos observar que del año 2014 al 2016 en la provincia Antabamba la desnutrición crónica disminuyó 5 puntos porcentuales, y los distritos con la mayor prevalencia son: Sabayno (34%), Oropesa (33%), Huaquirca (31%).



**CUADRO N° 4.5: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS EN LA PROVINCIA AYMARAES DEL  
REGIÓN DE APURIMAC**

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
AYMARAES	JUSTO APU SAHUARAURA	20%	11%	15%
AYMARAES	YANACA	38%	20%	25%
AYMARAES	LUCRE	21%	18%	20%
AYMARAES	SAN JUAN DE CHACÑA	37%	34%	30%
AYMARAES	CAPAYA	26%	24%	24%
AYMARAES	CHAPIMARCA	35%	26%	37%
AYMARAES	COTARUSE	27%	6%	14%
AYMARAES	SORAYA	29%	21%	21%
AYMARAES	HUAYLLO	35%	31%	28%
AYMARAES	CARAYBAMBA	28%	30%	30%
AYMARAES	SAÑAYCA	21%	25%	17%
AYMARAES	TINTAY	36%	22%	31%
AYMARAES	COLCABAMBA	18%	11%	29%
AYMARAES	TAPAIRIHUA	19%	20%	18%
AYMARAES	CHALHUANCA	26%	27%	30%
AYMARAES	POCOHUANCA	18%	15%	20%
AYMARAES	TORAYA	31%	19%	30%
<b>PRO AYMARAES</b>		<b>28%</b>	<b>23%</b>	<b>26%</b>

Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016

En el cuadro podemos observar que del año 2014 al 2016 en la provincia Aymaraes la desnutrición crónica disminuyó 2 puntos porcentuales, y los distritos con la mayor prevalencia son: Chapimarca (37%), Tintay (31), San Juan de Chacña (30%), Caraybamba (30%), Chalhuanca (30%) y Toraya (30%).

**CUADRO N° 4.6: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA PROVINCIA CHINCHEROS DEL REGIÓN DE APURIMAC**

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
CHINCHEROS	OCOBAMBA	32%	28%	28%
CHINCHEROS	HUACCANA	32%	23%	27%
CHINCHEROS	URANMARCA	27%	25%	28%
CHINCHEROS	ONGOY	30%	27%	27%
CHINCHEROS	CHINCHEROS	28%	28%	26%
CHINCHEROS	COCHARCAS	31%	29%	32%
CHINCHEROS	RANRACANCHA	32%	26%	29%
CHINCHEROS	ANCCOHUALLO	25%	28%	31%
<b>PRO CHINCHEROS</b>		<b>30%</b>	<b>27%</b>	<b>28%</b>

Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016

En el cuadro podemos observar que del año 2014 al 2016 en la provincia Chincheros la desnutrición crónica disminuyó 2 puntos porcentuales, y los distritos con la mayor prevalencia son: Cocharcas (32%), Anccohuaylo (31%).

**CUADRO N° 4.7: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA PROVINCIA COTABAMBAS DEL REGIÓN DE APURIMAC**

PROVINCIA	DISTRITO	2014	2015	2016
COTABAMBAS	HAQUIRA	26%	19%	26%
COTABAMBAS	TAMBOBAMBA	40%	27%	29%
COTABAMBAS	COYLLURQUI	35%	24%	27%
COTABAMBAS	MARA	38%	27%	30%
COTABAMBAS	COTABAMBAS	40%	28%	35%
COTABAMBAS	CHALLHUAHUACHO	44%	29%	35%
PRO COTABAMBAS		37%	26%	31%

Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016

En el cuadro podemos observar que del año 2014 al 2016 en la provincia Cotabambas la desnutrición crónica disminuyó 6 puntos porcentuales, y los distritos con la mayor prevalencia son: Cotabambas y Chalhuhhuacho con 35% ambos distritos.

**CUADRO N° 4.8: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA PROVINCIA GRAU DEL REGIÓN DE APURIMAC**

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
GRAU	MAMARA	25%	21%	21%
GRAU	VIRUNDO	30%	33%	27%
GRAU	TURPAY	36%	36%	37%
GRAU	PROGRESO	30%	31%	24%
GRAU	HUAYLLATI	48%	45%	45%
GRAU	CURASCO	13%	12%	17%
GRAU	CURPAHUASI	33%	27%	34%
GRAU	PATAYPAMPA	45%	39%	42%
GRAU	CHUQUIBAMBILLA	35%	32%	32%
GRAU	MICAELA BASTIDAS	35%	18%	26%
GRAU	SAN ANTONIO	30%	30%	24%
GRAU	SANTA ROSA	39%	40%	30%
GRAU	VILCABAMBA	21%	14%	15%
GRAU	GAMARRA	44%	41%	37%
<b>TOTAL GRAU</b>		<b>33%</b>	<b>30%</b>	<b>29%</b>

**Fuente:** Oficina de estadística – DIRESA Apurimac- SIEN 2014 al 2016

En el cuadro podemos observar que del año 2014 al 2016 en la provincia Cotabambas la desnutrición crónica disminuyó 4 puntos porcentuales, y los distritos con la mayor prevalencia son: Huayllati y Pataypampa con 45% y 42% respectivamente.

**CUADRO N° 4.9: Identificación de distritos con Alta Prevalencia de la Desnutrición Crónica al año 2016 en el Región de Apurímac**

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>2016</b>
GRAU	MAMARA	45%
ANDAHUAYLAS	HUANCARAMA	45%
ANDAHUAYLAS	HUAYANA	43%
GRAU	PROGRESO	42%
ANDAHUAYLAS	ANDARAPA	41%
ANDAHUAYLAS	CHIARA	41%
ANDAHUAYLAS	PACOBAMBA	39%
AYMARAES	COLCABAMBA	37%
GRAU	HUAYLLATI	37%
GRAU	VILCABAMBA	37%
ANDAHUAYLAS	PACUCHA	36%
ANDAHUAYLAS	SAN MIGUEL DE CHACCRAMPA	36%
ANDAHUAYLAS	JOSE MARIA ARGUEDAS	36%
COTABAMBAS	COTABAMBAS	35%
COTABAMBAS	COYLLURQUI	35%
ANTABAMBA	CAPAYA	34%
GRAU	GAMARRA	34%
ANDAHUAYLAS	KAQUIABAMBA	34%
ABANCAY	CURAHUASI	33%
ANTABAMBA	PACHACONAS	33%
ANDAHUAYLAS	ANTABAMBA	32%
CHINCHEROS	HUACCANA	32%
GRAU	CURASCO	32%
ANDAHUAYLAS	PAMPACHIRI	32%
ANDAHUAYLAS	POMACOCCHA	32%
ANTABAMBA	JUAN ESPINOZA MEDRANO	31%
AYMARAES	TORAYA	31%
CHINCHEROS	CHINCHEROS	31%
COTABAMBAS	TAMBOBAMBA	30%

GRAU	TURPAY	30%
AYMARAES	CHALHUANCA	30%
ANDAHUAYLAS	HUANCARAY	30%
ABANCAY	TAMBURCO	30%
AYMARAES	SAÑAYCA	30%
AYMARAES	YANACA	30%
AYMARAES	CHAPIMARCA	30%
AYMARAES	COTARUSE	29%
CHINCHEROS	URANMARCA	29%
COTABAMBAS	CHUQUIBAMBILLA	29%
CHINCHEROS	ONGOY	28%
ANTABAMBA	OROPESA	28%
ABANCAY	ANDAHUAYLAS	28%
AYMARAES	JUSTO APU SAHUARAURA	28%
CHINCHEROS	CHALLHUAHUACHO	28%
ANDAHUAYLAS	SAN JERONIMO	28%
ANDAHUAYLAS	KISHUARA	28%
COTABAMBAS	HAQUIRA	27%
GRAU	#REF!	27%
CHINCHEROS	OCOBAMBA	27%
CHINCHEROS	RANRACANCHA	27%
CHINCHEROS	COCHARCAS	26%
GRAU	PATAYPAMPA	26%
COTABAMBAS	MARA	26%
AYMARAES	ANCCOHUALLO	25%
ANDAHUAYLAS	SANTA MARIA DE CHICMO	24%
GRAU	SAN ANTONIO	24%
AYMARAES	CARAYBAMBA	24%
ANTABAMBA	SABAINO	24%
ANDAHUAYLAS	TURPO	24%
GRAU	SANTA ROSA	24%
ANDAHUAYLAS	TUMAY HUARACA	23%
ABANCAY	HUANIPACA	23%

ANDAHUAYLAS	TALAVERA	22%
ANTABAMBA	EL ORO	22%
ANTABAMBA	HUAQUIRCA	21%
GRAU	MICAELA BASTIDAS	21%
ABANCAY	CHACOCHÉ	21%
AYMARAES	TAPAIRIHUA	21%
ANDAHUAYLAS	SAN ANTONIO DE CACHI	21%
AYMARAES	POCOHUANCA	20%
AYMARAES	SAN JUAN DE CHACÑA	20%
AYMARAES	TINTAY	18%
ABANCAY	LAMBRAMA	18%
GRAU	CURPAHUASI	17%
AYMARAES	SORAYA	17%
AYMARAES	LUCRE	15%
GRAU	VIRUNDO	15%
AYMARAES	HUAYLLO	14%
ABANCAY	CIRCA	13%
ABANCAY	PICHIRHUA	12%
ABANCAY	SAN PEDRO DE CACHORA	11%

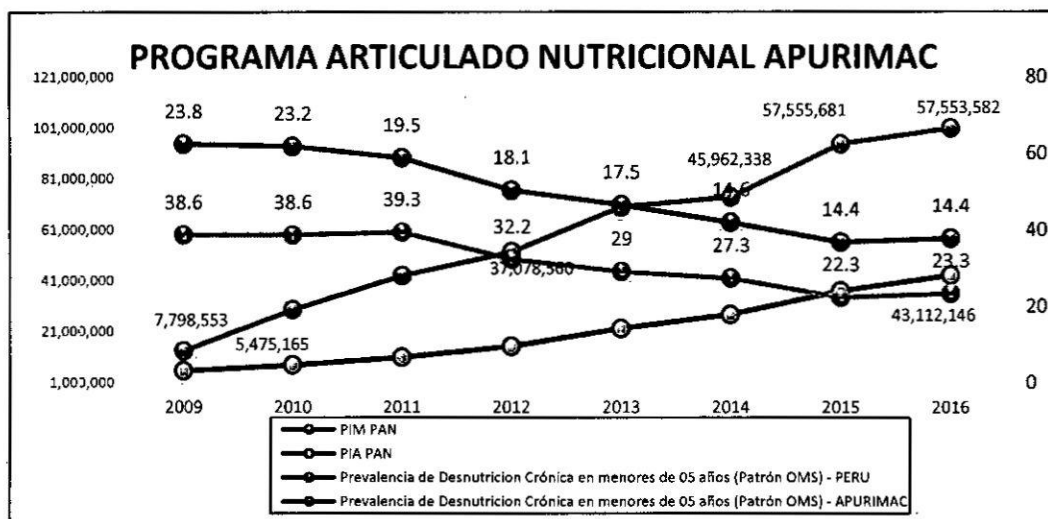
Fuente: Oficina de estadística – DIRESA Apurímac- SIEN 2014 al 2016

LEYENDA	
■	Prevalencia Muy Alta > a 40%
	Prevalencia alta (30% - 39.9%)
	Prevalencia moderada (20.0% - 29.9%)
	Prevalencia baja (10% - 19.9%)
	Prevalencia muy baja (<10.0%)

En el cuadro se puede observar la proporción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, por distritos del Región de Apurímac, en el cual se clasifico de acuerdo a la gravedad. Es así que tenemos: 06 distritos con muy alto riesgo, 30 distritos con alto riesgo, 35 distritos con bajo riesgo y 10 distritos con muy bajo riesgo. Esta clasificación permitirá tomar decisiones para la priorización de intervenciones más focalizadas en distritos de alto riesgo.

**GRAFICO N° 4.5: Evolución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en relación a la asignación presupuestal a través del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Región Apurímac**

**Periodo – 2009 al 2016.**



Fuente: SIAF – MEF (Cubo 02-11-2016)

En el grafico se observa que la asignación de presupuesto del año 2009 al 2016 ha tenido un crecimiento significativo en el PAN, lo cual guarda relación con la disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la Región Apurímac.



## V. CONCLUSIONES

1. La evolución de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años en la Región de Apurímac ha tenido una tendencia positiva en bajar la de 41.7% al 20% con 21.7 puntos porcentuales del año 2007 al 2016 respectivamente.
2. Según el Sistema de Información Nutricional (SIEN), La evolución de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud de la Región Apurímac, ha tenido un descenso del 34% al 26% con una reducción de 8 puntos porcentuales entre el año 2012 al 2016.
3. La provincia con la mayor prevalencia de la desnutrición crónica es Cotabambas con un 31%, seguido de las provincias de Grau, Cotabambas y Andahuaylas con 29%.
4. Los distritos con alta prevalencia de la desnutrición crónica en la Región para el año 2016 son: Mamara(45%), Huancarama (45%), Huayana (43%), Progreso (42%), Andarapa 41%, Chiara (41%).
5. En mi experiencia profesional he podido obtener algunas lecciones aprendidas para lograr resultados que están relacionadas a una oportuna y adecuada programación, planificación, evaluación y monitoreo de estrategias priorizadas que están vinculadas al indicador de resultado.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el trabajo intersectorial, con otras instituciones que brindan servicios de salud como Essalud y otros privados para prevenir la desnutrición en todo niño menor de 5 años de la Región Apurímac.
2. Los niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud, deben tener un seguimiento y monitoreo permanente para evitar el riesgo de tener la desnutrición crónica.
3. Realizar gestiones para un adecuado equipamiento, dotación de materiales, medicamentos e insumos a los establecimientos de salud con fin de mejorar la calidad de atención.
4. El fortalecimiento de competencias del personal de salud debe ser en forma permanente con el respectivo acompañamiento y seguimiento.
5. Fortalecer la vigilancia nutricional desde el embarazo y los tres primeros años de vida para prevenir la desnutrición.
6. Priorizar las intervenciones en los distritos de mayor riesgo y que tienen mayor concentración de población materno infantil.
7. Para realizar el seguimiento a los niños, se debe fortalecer el trabajo articulado con instituciones públicas y privadas como JUNTOS, Cuna Más, sector educación, agricultura etc.

## VII. REFERENCIALES

1. Martínez , Fernadez A. El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil.
2. Martínez , Fernández A. El costo del hambre: impacto social y economico de la desnutrición infantil en Centro América y República dominicana Santiago de Chile: CEPAL; 2007.
3. Encuesta Demografica y de Salud Familiar. ENDES- 2007 al 2016..
4. Investigación sobre la desnutrición cronica infantil. 2012. Grupo impulsor por la "Primera Infancia" en la mancomunidad de los Andes.
5. Paraje G. Evolución de la desnutrición crónica infantil y su disrtribución socioeconómica en 7 países de América latina y el caribe. 2008. Naciones Unidas - CEPAL.
6. Wisbaum W. La Desnutrición Infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención. 2012. UNICEF - España.
7. Carlos Rojas RFRC. Resultado de un programa de seguridad alimentaria en la reducción de la desnutrición crónica y sus factores causales en niños peruanos. 2007. Artículo - salud Pública - Perú.
8. UNICEF. Unete por la ninez. 2014. Artículo - UNICEF.
10. Paraje G. Desnutrición crónica y desigualdad socioeconómica en América Latina y el Caribe. Diciembre - 2009..
11. Caudelfield L RSRJMPBR. Stunting, wasting and micronutrient disorders. 2006..
12. Delpeuch MBy. Indicadores de la Desnutrición para el Desarrollo. 2011. FAO.
13. O. MJM. Deficiencias de Micronutrientes en América Latina y el Caribe. 2007. Organización panamericana de la salud.
14. Pelletier DLyEAF. "cambios en la supervivencia infantil, asociado con cambios en la malnutrición en países subdesarrollados. 2009. WASHINGTON DE.

15. Gomes - Neto JBEAHRHLRC. "Salud y Educacasi3n: La evidencia de las implicancias pol3ticas para pa3ses en desarrollo". 1999..
16. Boissiere M, Sabot jBKyRH. "Las ganancias, la educaci3n, habilidades y destrezas cognitivas". 1985. American Economic Review.
17. Alderman hJRBDRyRS. "Los beneficios del capital humano end3geno en zonas rurales de Pakistan de salarios del mercado laboral". 1996. Oxford Bulletin of economics and statistics.
18. Soemantri AG. "Conclusiones preliminares sobre la suplementaci3n con hierro y el rendimiento escolar en ni3os rurales de indonesia". 1989. The American Journal of Clinical nutrici3n.
19. Mundial G.B. "Mejora de la eficacia del soporte nutricional a trav3s de la evaluaci3n de impacto. 2009. Washinton DC.
20. Barker T, A. Fors3n CUJOyGE. 2001. "Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life". Longitudinal study.
21. Le3n DAHOLDVIK. "Reducet fetal growth rate andincreased risk of death from ischaemic heart disease". 1998..
22. Anushua SMmPDR. "Reduced Risk of neonatal respiratory infections Among breastfed girls but not boys pediatrics. 2003..
23. Arifeen SREbgAABL. "Exclusive Breastfeeding Reduces acute respiratory infection and Diarrhea deaths in Dhaka". 2001. Enfermedades prevalentes de la infancia.
24. U. J. UNICEF - Conceptual framework of the determinants of nutritional status. 1993. Rev. UNICEF - New york.
25. Alimentaria ENS. Decreto Supremo 066-2004-PCM. 2004 Setiembre 5..
26. Alimentaci3n ENS. Decreto Supremo 065 - 2004-PCM. 2004 Setiembre..
27. Nutrici3n CNdAy. Lineamientos de Nutrici3n Materno infantil - Per3. 2004. INS/CENAN.
28. CRECER EN. Decreto Supremo 055 - 2007 - PCM. 2007. Publicado en el Peruano el 2 de julio 2007.
29. 2011 EDEP. Decreto Supremo N3 003 -2011-PCM. 2011..

30. Plan Nacional para el control de la Anemia materno infantil y la desnutrición crónica 2017 -2021. 2017 Abril 12. Publicación en el Diario El Peruano.
31. Alderman HJRBDyRS. "Los beneficios del capital humano endógeno en zonas rurales de Pakistán de salarios del mercado laboral". 1966.

# **ANEXOS**

# Archivo fotográfico

## Articulación intra e intersectorial



Reuniones técnicas con Directores de DISAs, Redes de salud y equipos técnicos



Reuniones técnicas con Aliados como : JUNTOS, Cuna Mas, Vivienda con la presencia de la Agencia de Desarrollo Social



Taller con comunicadores sociales sobre el tema de Anemia y DCI

## Compromiso de autoridades y aliados estratégicos



Compromiso del Gobernador - Apurímac



Compromiso de Directores de la DIRESA - Apurímac



Compromiso Gerente de Desarrollo Social- Apurímac



Compromiso MIDIS : JUNTOS, Cuna Mas, Gobiernos locales- Directores de Redes de Salud etc. - Apurímac

## Formatos para las acciones negociadas de la consejería nutricional en el niño y la gestante

**Atención y seguimiento postnatal para una infancia saludable**

Nombre y apellido de la gestante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de la visita: \_\_\_\_\_

**Historia clínica**

Antecedentes de embarazo: \_\_\_\_\_

Antecedentes de parto: \_\_\_\_\_

Antecedentes de lactancia materna: \_\_\_\_\_

Antecedentes de alimentación complementaria: \_\_\_\_\_

Antecedentes de enfermedades: \_\_\_\_\_

Antecedentes de vacunación: \_\_\_\_\_

Antecedentes de otros servicios de salud: \_\_\_\_\_

**Examen físico**

Estado general: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Frecuencia cardíaca: \_\_\_\_\_

Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_

Presión arterial: \_\_\_\_\_

Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado de hidratación: \_\_\_\_\_

Estado de nutrición: \_\_\_\_\_

Estado de desarrollo: \_\_\_\_\_

Estado de crecimiento: \_\_\_\_\_

Estado de salud bucal: \_\_\_\_\_

Estado de salud ocular: \_\_\_\_\_

Estado de salud auditiva: \_\_\_\_\_

Estado de salud motora: \_\_\_\_\_

Estado de salud cognitiva: \_\_\_\_\_

Estado de salud emocional: \_\_\_\_\_

Estado de salud social: \_\_\_\_\_

Estado de salud ambiental: \_\_\_\_\_

Estado de salud familiar: \_\_\_\_\_

Estado de salud comunitaria: \_\_\_\_\_

Estado de salud pública: \_\_\_\_\_

Estado de salud global: \_\_\_\_\_

**Acciones negociadas de consejería con la gestante**

Nombre de la gestante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de la visita: \_\_\_\_\_

**Historia clínica**

Antecedentes de embarazo: \_\_\_\_\_

Antecedentes de parto: \_\_\_\_\_

Antecedentes de lactancia materna: \_\_\_\_\_

Antecedentes de alimentación complementaria: \_\_\_\_\_

Antecedentes de enfermedades: \_\_\_\_\_

Antecedentes de vacunación: \_\_\_\_\_

Antecedentes de otros servicios de salud: \_\_\_\_\_

Antecedentes de desarrollo: \_\_\_\_\_

Antecedentes de crecimiento: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud bucal: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud ocular: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud auditiva: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud motora: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud cognitiva: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud emocional: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud social: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud ambiental: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud familiar: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud comunitaria: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud pública: \_\_\_\_\_

Antecedentes de salud global: \_\_\_\_\_

**Examen físico**

Estado general: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Frecuencia cardíaca: \_\_\_\_\_

Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_

Presión arterial: \_\_\_\_\_

Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado de hidratación: \_\_\_\_\_

Estado de nutrición: \_\_\_\_\_

Estado de desarrollo: \_\_\_\_\_

Estado de crecimiento: \_\_\_\_\_

Estado de salud bucal: \_\_\_\_\_

Estado de salud ocular: \_\_\_\_\_

Estado de salud auditiva: \_\_\_\_\_

Estado de salud motora: \_\_\_\_\_

Estado de salud cognitiva: \_\_\_\_\_

Estado de salud emocional: \_\_\_\_\_

Estado de salud social: \_\_\_\_\_

Estado de salud ambiental: \_\_\_\_\_

Estado de salud familiar: \_\_\_\_\_

Estado de salud comunitaria: \_\_\_\_\_

Estado de salud pública: \_\_\_\_\_

Estado de salud global: \_\_\_\_\_

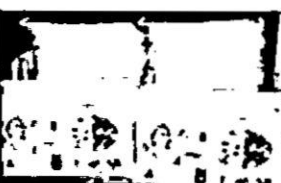
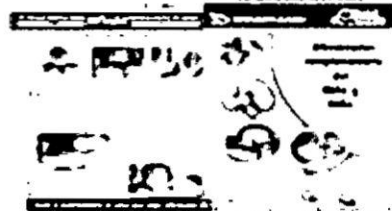
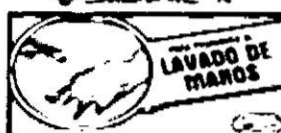
## Materiales educativos de apoyo para la consejería, visita a domicilio



- Micronutrientes
- Lavado de manos
- Alimentación Complementaria



- Lactancia Materna
- Alimentación de la gestante





# USO DEL ROTAFOLIO PARA LA CONSEJERIA NUTRICIONAL



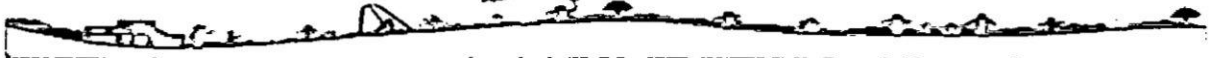
GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC



## Alimentación Complementaria



ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE



### Función de los alimentos

Dan fuerza



Ayudan al crecimiento



Protegen de las enfermedades



### Alimentación del niño ó niña de 6 a 8 meses

2 a 3 comidas durante el día



Desayuno Almuerzo Cena



### Alimentación del niño ó niña de 9 a 11 meses

3 comidas principal + refrigerio



Desayuno Refrigerio Almuerzo Cena



### Alimentación del niño ó niña de 12 meses

3 comidas al día más 2 refrigerios



Desayuno Refrigerio Almuerzo Refrigerio Cena



# ROTAFOLIO PARA LA CONSEJERIA NUTRICIONAL EN LA GESTANTE

## Consejería Nutricional Gestante



**"Todos... por un mejor desarrollo humano desde el vientre materno"**

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC



## USO DEL ROTAFOLIO PARA LA CONSEJERIA NUTRICIONAL


**GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC**  
 Dirección Regional de Salud de Apurímac
 

**ROTAFOLIO SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS Y NIÑAS**







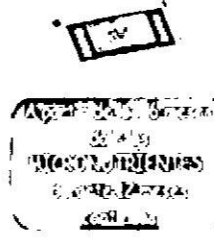
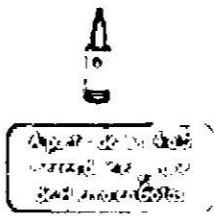


Vitamina A

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE



# NIÑAS Y NIÑOS SANOS Y MÁS INTELIGENTES CON MICRONUTRIENTES



## ¿QUE ES EL JARABE DE HIERRO EN GOTAS?

Es un Jarabe que tiene **HIERRO** y sirve para evitar la anemia. El **HIERRO** ayuda a una buena formación y desarrollo del cerebro en los niños menores de 2 años.



## ¿COMO DEBO DARLE EL JARABE DE HIERRO EN GOTAS?

- Lavarte las manos con agua y jabón.
- Abrir el frasco del Jarabe.
- En una cucharita contar las gotas que debe tomar según la receta. (2 gotas por lib de peso)
- Luego en forma directa vaciar en la boca de la niña o niño.
- Después le puedes dar de lactar.
- Luego lavar la cucharita, enjuagar con agua hervida y mantener en un lugar limpio hasta la próxima dosis.



## ¿QUE REACCIONES PUEDE PRODUCIR DESPUÉS TOMAR EL JARABE O LOS MICRONUTRIENTES?

Cuando el niño o niña toma el Jarabe que tiene **HIERRO**, el color de su coquita es mas oscura. No te preocupes esto es normal cuando toma el Jarabe de Hierro o los **Micronutrientes**.

Cualquier duda, consultar en el establecimiento de salud mas cercano... Ahí lo esperamos con amabilidad.

Edad	Techo	Dosis	Preparado
4 meses	/ /	gotas	/ /
5 meses	/ /	gotas	/ /

### A la hora de comer:

Brindar un ambiente de afecto cómodo y seguro:



Mesa y Silla de acuerdo a su tamaño



Su plato, taza y cuchara



Ayudarlo a comer cuando necesite

### Recuerda...

- Debes estar atento a su necesidad, acompañale siempre la hora de comer.
- Ofrece la comida en bocanitas pequeñas y concédete el tiempo suficiente para tomarlas.
- Enséñale a lavarse las manos antes de cada comida y después de ir al baño, así como a cepillar los dientes después de comer.

### Cuando la niña o el niño esta enfermo:



#### Que signos?

- No tiene ganas de comer.
- Pierde peso.
- Su crecimiento se detiene.
- Puede haber a la desnutrición y/o anemia.

#### Que debemos hacer?

- Dale 6 a 7 veces al día comidas pequeñas.
- Dale tu pecho más seguido.
- Ofrecele alimentos suaves y que le gusten más.



## Alimentación complementaria del Niño y Niña



### Alimentarlo con Amor, Paciencia y Buen Humor

A partir de los 6 meses, la niña o el niño empieza a comer otros alimentos y continua en la leche materna

