

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



**GESTIÓN SANITARIA DE LA ENFERMERA EN LA DISMINUCIÓN DE
LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN
LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE HUANCAMELICA,
2014 -2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
POLÍTICA Y GESTIÓN DE SALUD EN ENFERMERÍA**

EMMA RUTH POMA SALINAS

Olivero E. López

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 307

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2215-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	22
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	35
3.1 Recolección de Datos	35
3.2 Experiencia Profesional	35
3.3 Procesos Realizados del Informe	40
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES	56
VII. REFERENCIALES	57
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La Región Huancavelica, se encuentra situada en la región centro medio del territorio peruano, dividido políticamente en 07 Provincias, administrativamente se cuenta con 07 Redes de salud, 401 EESS del primer nivel de atención y 04 Hospitales.

Siendo la desnutrición crónica reconocida como una de las principales amenazas que afrontan los países en vías de desarrollo. En el año 2007, según el Padrón de referencia de la OMS y la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2007 con una tasa de desnutrición crónica infantil de 59.2 % para el 2012: 50,2% y pese a los esfuerzos e intervenciones realizados aún estamos por encima del promedio nacional.(1)

El presente informe de experiencia profesional titulado "GESTION SANITARIA DE LA ENFERMERA EN LA DISMINUCION DE LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE HUANCAVELICA 2014 - 2016", tiene por finalidad describir estrategias empleadas por la Dirección Regional de Salud Huancavelica en los niños menores de cinco años con diagnóstico de Desnutrición crónica y el impacto obtenido entre los años del 2014 al 2016 a fin analizar el comportamiento del indicador en Región Huancavelica.

Este informe, consta de VII Capítulos, lo cuales se detallan a continuación: El Capítulo I describe el 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. El Capítulo IV Resultados; Capítulo V: Conclusiones VI: Recomendaciones y el Capítulo VII las referencias bibliográficas así mismo cabe mencionar que también contiene un apartado de anexos

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Según la FAO en su informe Nutrición y Desarrollo, un reto mundial, menciona que se ha estimado en las regiones en desarrollo el número de personas que padecen desnutrición crónica descendió de 941 millones a 786 millones en un lapso de 20 años. La desnutrición puede ocasionar retrasos en el crecimiento y en el desarrollo, reducir la actividad física, menoscabar la resistencia a las infecciones, acrecentar la morbilidad, y llevar a la invalidez y a la muerte, sin embargo, a pesar de que a nivel mundial se han reducido tanto la proporción como el número absoluto de personas crónicamente desnutridas, el hambre y la malnutrición siguen siendo los problemas más devastadores que aquejan a los pobres del mundo. (2)

En Latinoamérica se reportan prevalencias de hasta 70 % en el ámbito rural, según las diferentes mediciones realizadas a través de estudios transversales. Si bien es cierto, existen marcadas diferencias de país a país, en todos se constata que la desnutrición crónica es el principal problema de salud pública, con prevalencias no menores al 20% en los segmentos de población rural. En varios países de Latinoamérica, se observan también, zonas periurbanas con prevalencia que oscilan entre 30 a 50% y similares valores de prevalencias se reportan en las poblaciones migrantes e indígenas.(2)

En general la malnutrición, es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, asociados con la pobreza y brechas de inequidad, que incluyen causas básicas, como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza, credo político, causas subyacentes como baja escolaridad de la madre, embarazo en adolescentes, cuidados insuficientes de la mujer a las niñas y niños, prácticas inadecuadas de crianza, limitado acceso a servicios básicos y de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación, estilos de vida algunos ancestrales y otros adquiridos por el cada vez más importante proceso de urbanización y causas directas como la desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada e infecciones repetidas y severas.

La Anemia y Desnutrición es un problema de Salud Pública, en el Perú podemos manifestar que la anemia es elevada debido a la pobre ingesta de alimentos ricos de hierro desde los 6 meses, asimismo, al déficit de consumo de alimentos ricos en hierro y las necesidades nutricionales entre los 6 y 18 meses, también a la baja adherencia a la suplementación y altas necesidades de hierro en la gestación, a las bajas reservas de hierro en niños prematuros y el bajo peso al nacer, a la alta tasa de infecciones, diarreas y parasitosis, pobre saneamiento básico y prácticas de higiene no adecuadas, así como al acceso limitado al paquete completo de cuidado integral de la salud.

La desnutrición crónica infantil y la anemia, por deficiencia de hierro, en las niñas y niños menores, tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente si se presentan en un periodo crítico como es el crecimiento y diferenciación cerebral.

Esta consecuencia adversa en el desarrollo cognitivo, cuyo pico máximo niños y niñas menores de dos años, periodo en el que puede ser irreversible, constituyéndose en los principales problemas de salud pública, que afectan el desarrollo temprano infantil.

Los riesgos de la anemia y deficiencia de Hierro, pueden ocasionar, Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal, Bajo peso al nacer, Mortalidad Neonatal, En la infancia, efectos negativos en el desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento, y en los adultos baja productividad y bajo rendimiento.

La Región de Huancavelica en el año 2007, se ubicaba en el primer lugar a nivel Nacional con una tasa de desnutrición crónica infantil de 59.2 % según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES- 2007) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), y pese a los esfuerzos e intervenciones realizados para el 2016 se llegó a 33.4% según el Padrón de referencia de la Organización Mundial de la salud (OMS) y es decir aún estamos por encima del promedio nacional.(1)

En relación a la prevalencia de Anemia según data de la OMS se encuentra entre los 7 países de mayor severidad de anemia en niños menores de 5 años, para el 2011 en el Perú, se tenía una data de 33% para menores de 5 años y de 43.4% para niños de 6 a 35 m. Según Fuente ENDES para el 2015 Huancavelica ocupa el 8° lugar con 53.4% de Anemia a nivel nacional y de 53.5%, para el año 2016.(3)

1.2 OBJETIVO

Describir la Gestión sanitaria de la Enfermera en la disminución de la Desnutrición Crónica en niños menores de 05 años en la Dirección Regional de salud Huancavelica, durante los años 2014 -2016

1.3 JUSTIFICACION

Con la Gestión Sanitaria de la Enfermera en la disminución de la Desnutrición Crónica en los niños menores de 05 años en la Dirección Regional de salud Huancavelica, durante los años 2014 -2016, se pretende analizar y sistematizar la importancia de las actividades de gestión que realiza la enfermera salubrista en el campo de la salud pública, que ocupa cargos de responsabilidad administrativa y que con ellos se contribuye al movimiento de los indicadores Regionales y por ende al mejoramiento de la salud del niño menor de 5 años en la jurisdicción de la Dirección Regional de salud Huancavelica.

En el último decenio, nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil, en niñas y niños menores de 05 años, sin embargo cuando aún estas han disminuido, en comparación con el 2007, habiendo alcanzado el objetivo país de desarrollo del milenio del 2015, para el caso de la desnutrición crónica infantil, con el promedio nacional, las inequidades aún se evidencian en las regiones y zonas de pobreza.

Sin embargo es importante reconocer que la Desnutrición Proteínico Energética es un problema de salud pública muy grave en los países en vías de desarrollo, compuesto por múltiples facetas que afectan grandemente desde los aspectos puramente bioquímicos y clínicos a los aspectos económicos y socio-políticos. Es la enfermedad nutricional más importante debido a su alta prevalencia y su relación con las tasas de mortalidad, con el deterioro del crecimiento físico, así como también afecta grandemente el desarrollo social y económico volviéndose un aspecto inadecuado. (4)

Si hablamos en el plano social, podemos mencionar que la desnutrición no solo depende de la capacidad de compra de las familias sino también del cuidado de los niños, de los antecedentes de otras enfermedades y del saneamiento ambiental que lo rodea.

Económicamente podemos manifestar que en la mayoría de las poblaciones, la nutrición es más afectada por el mayor poder de compra que por la simple disponibilidad de alimentos.

Existen otros factores también importantes como el nivel educativo de la madre, escasez del tiempo de la madre, distribución de los alimentos en el hogar, la urbanización, entre otros, que influyen en el estado nutricional del niño y que pueden sobre-estimar o sub-estimar el impacto de los ingresos familiares en la nutrición. (5)

La región Huancavelica, se ubica en el primer lugar con tasa de desnutrición crónica, de 33.4 (2016), a pesar de haber reducido su valor a 44.3% para el 2010, y a 33.4% para el 2016, según el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la encuesta demográfica de salud familiar (ENDES) del

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); es decir aún estamos por encima del promedio nacional.(6)

La Dirección Regional de Salud Huancavelica, ante este hecho, y en el afán de mantener la reducción progresiva de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, y la prevención de la anemia, prioritariamente en niñas y niños menores de 3 años, ha venido intensificando las acciones como DIRESA y promoviendo la articulación con otros sectores, priorizando las zonas con mayor prevalencia de la DCI y anemia.

El presente informe busca sistematizar y analizar las estrategias e intervenciones realizadas en el periodo 2014 – 2016 para disminución de la Desnutrición Infantil el cual será insumo para nuevas intervenciones para el periodo 2017 -2021.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Realizando una búsqueda de datos a nivel internacional y nacional, se encontraron estudios de investigación, artículos relacionados con el objeto de estudio, los cuales menciono los siguientes estudios:

A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La tesis Doctoral “Malnutrición y rendimiento Neuropsicológico; Efectos de la suplementación con Omega – 3 en niños Mexicanos” de Portillo V. (2012) Universidad de Granada. Cuyo objetivo principal es Estudiar el rendimiento neuropsicológico de los niños con desnutrición leve y probar los efectos de la suplementación con el ácido graso Omega 3 en la mejoría del rendimiento. Parte con tres objetivos, Su primer Objetivo es investigar si la desnutrición leve a moderada afecta a la inteligencia y al rendimiento académico de una población de niños mexicanos y compararlo con otros estados nutricionales (obesidad y normo peso). Y un Segundo Objetivo es Investigar de manera específica los efectos psicopatológicos y ene el rendimiento neuropsicológico, y un tercer Objetivo Investigar si la suplementación con el ácido Omega – 3 mejora las funciones neuropsicológicas de los niños con desnutrición leve a moderada.

Como resultados, de manera global, se puede decir que los niños con desnutrición leve a moderada presentan una bajada de coeficiente intelectual comparados con niños normo peso, están afectado tanto por trastornos esternalizantes como

internalizantes, presentan problemas de función ejecutiva que se relacionan con su rendimiento académico pero que mejoran en velocidad de procesamiento, habilidades, viso perceptivas, atención y en el componente de actualización de la función ejecutiva tras de la suplementación con Omega – 3. Concluyendo finalmente en que el coeficiente intelectual se encuentra relacionado con el rendimiento académico de los niños desnutridos y obesos; los niños desnutridos presentan problemas de función ejecutiva que se relaciona con su rendimiento académico. Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en niños desnutridos son los trastornos de conducta, los trastornos de ansiedad y el estrés post traumático; la suplementación a niños desnutridos con Omega – 3 beneficia en habilidades neuropsicológicas como: velocidad de procesamiento, atención, integración viso perceptual y la función ejecutiva pero no en la memoria ni en el lenguaje.(7)

Según Courtois V. (2014) y su Tesis Doctoral “Situación nutricional en escolares de Santiago el Pinar, Chiapas – México” de. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Nutrición y Bromatología, tiene como objetivo estudiar la situación nutricional de un grupo de escolares indígenas de 8 a 12 años de edad de Santiago el Pinar, mediante un estudio de la composición corporal y un estudio dietético cuali – cuantitativo y su relación con algunos factores socioeconómicos que pueden influir en la malnutrición con el fin de establecer unas directrices útiles para futuras estrategias e intervenciones de salud. El estudio llega a la conclusión que la población escolar estudiada de Santiago el Pinar puede ser considerada – en función del indicador talla para la edad (TE)- como una población con un problema grave de desnutrición crónica. Según esto, el 51,9% de la población sufre desnutrición, y un 29,7% se encuentran en riesgo de

presentarla; El 30,5% de los escolares presentan desnutrición global valorada por el indicador peso para la edad (peso para la edad (PE) por debajo del percentil 5 (PE P<5)). La desnutrición aguda, valorada por el peso para la talla (PT) se presenta en el 11,7% de los niños, mientras que el presenta sobrepeso u obesidad, mediante este indicador. El 7,2% de la muestra presenta un porcentaje de grasa corporal mayor del 25% (niños) y 30% (niñas), indicativo de adiposidad alta, y el 8,2% presenta circunferencia de cintura mayor del P75 de las tablas de referencia, indicativo de obesidad central. Ambos índices se correlacionan positivamente ($p<0,05$) con la prevalencia de sobrepeso/obesidad medida por el Índice de Masa Corporal (IMC), presentado en el 5,5% de los escolares.(8)

Ardón C (2012) en su Tesis Doctoral “ La formación de Recursos Humanos como estrategia de Apoyo a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). El caso de la Educación superior en Honduras” de Universidad Politécnica de Madrid – Escuela Técnica Superior de Ingenieros Agrónomos, Departamento de Proyectos y Planificación Rural. Estudio realizado con el objetivo de contribuir a la educación superior más pertinente en Honduras; especialmente con relación a la seguridad alimentaria y nutricional. En primer lugar fue desarrollado un estudio de percepciones y una consulta con informantes claves, cuyo resultado fue que existe una desvinculación entre la oferta y demanda de formación en seguridad alimentaria, Basándose este resultado el Autor propone un programa formativo que responda adecuadamente a la demanda de profesionales existente en Honduras, este programa consiste en un “Diplomado en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) basado en competencias”, el cuál debería ser inicio de un proceso de formación que evolucione a la

implementación de un sistema de certificación de profesionales en seguridad alimentaria y nutricional.(9)

Tesis doctoral en Nutrición y Dietética, por Moscoso B.,(2015). Sobre los "Efectos de un Programa de Intervención Familiar con Dieta Mediterránea tradicional en patologías de la infancia, en Ciudad Real. Universidad de Castilla La Mancha. Departamento de Biomedicina Experimental. Los objetivos que se plantearon fue de diseñar un programa practico anual de reeducación alimentaria basado en la Dieta Mediterránea Tradicional que pueda ayudar en la prevención y tratamiento de las patologías más frecuentes en la infancia y dirigido a toda la familia. El programa se llamó "Aprendiendo a comer del Mediterráneo". Estudiar el efecto de la intervención en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad haciendo un seguimiento tanto antropométrico como nutricional en el que se valorase la evolución de la calidad alimentaria, percentiles de peso y talla, porcentaje de masa grasa y porcentaje de masa muscular. Estudiar el efecto de la Dieta Mediterránea Tradicional sobre la evolución de patologías de base inflamatoria como el asma, catarros de repetición y otitis de repetición.

Conclusiones: El programa de intervención "Aprendiendo a comer del Mediterráneo" basado en la Dieta Mediterránea Tradicional es un programa efectivo para combatir la obesidad infantil de la población actual. La disminución observada en el Percentil del Índice de Masa Corporal es clínicamente relevante, con un descenso importante de niños con sobrepeso y obesidad. El de masa grasa corporal disminuyó de forma significativa. La dieta que proponemos es fácil de complementar y, junto al programa de educación nutricional y al test de la Dieta Mediterránea Tradicional, considera que es el pilar fundamental del estudio.(10)

B. ANTECEDENTES NACIONALES

En el Perú, uno de cada cuatro niños sufre de desnutrición crónica y existen diferencias significativas entre quintiles de ingresos. Esta situación tiene consecuencias alarmantes: limita las capacidades y la productividad futuras de los individuos, tiene efectos dañinos en la salud y perpetúa la pobreza entre generaciones. Usando una metodología de mínimos cuadrados bietápicos, esta investigación analiza las causas de la desnutrición infantil en el Perú basada en una serie de factores de demanda, como el estatus de salud y la educación de los padres, y de oferta, como el acceso a agua potable y alcantarillado y la cobertura del Programa Integral de Nutrición (PIN). El estudio también identifica las posibles estrategias públicas más costo-eficaces para combatir la desnutrición crónica. Los resultados muestran que el peso del niño al nacer, la tasa de desnutrición distrital, las raciones de alimentos proporcionadas por el PIN, la edad de la madre y el sexo del niño son los determinantes más importantes de la desnutrición infantil. Más aun, cuando se consideran solo los dos quintiles inferiores de ingresos, el material del piso de la vivienda y el acceso a agua potable y alcantarillado y a combustible adecuado para cocinar también se vuelven determinantes importantes de la desnutrición. Finalmente, aumentar las raciones distritales proporcionadas por el PIN es la medida más eficaz en función de los costos. Sin embargo, otras políticas, tales como aumentar el número de puestos de salud y el de nutricionistas disponibles por distrito también deben ser implementadas. (11)

La tesis Doctoral de Granada P., (2012) Interacciones vinculares en el Sistema de Cuidado Infantil en Contextos de Pobreza y Desnutrición Crónica Temprana. Centro Poblado

“Mi Perú” Distrito de Ventanilla, Callao – Perú. Que parte con el objetivo de describir, analizar y comprender como son las interacciones vinculares y las prácticas de cuidado de madres, padres y/o adultos cuidadores con sus hijos de y 18 meses de edad en contextos de pobreza y Desnutrición Crónica, así como Ampliar con la teoría emergente el marco conceptual de la desnutrición infantil utilizado por las políticas públicas y los programas sociales.

Entre sus resultados y conclusiones se puede encontrar que, la investigación ha permitido analizar desde una mirada holística las interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil -en el que intervienen la familia, los servicios de salud y de cuidado infantil, entre otros- en contexto de pobreza, donde la desnutrición crónica aparece a muy temprana edad.

Si bien el alimento y la nutrición sigue siendo un problema pendiente en el Perú, es necesario incluir en el marco conceptual la relación del niño con sus cuidadores que podría modificar o interferir en su estado nutricional, por tanto, considera, que el problema nutricional no puede ser visto aislado a la relación afectiva o vinculante con los cuidadores. Al estudiar los casos, refiere que existen otros elementos que están presentes y que si no son controlados estarían siendo obstáculos para lograr la disminución de la Desnutrición Crónica. Por tanto, los resultados de la investigación invitan a profundizar el modelo conceptual de la desnutrición crónica fortaleciendo el análisis del sistema de cuidado y la calidad de las relaciones que establecen entre los niños y sus cuidadores como elemento esencial para intervenir eficiente y eficazmente en la reducción de la desnutrición crónica.

Las políticas e intervenciones dirigidas a la infancia requieren ampliar el marco conceptual de la desnutrición, incluyendo las

interacciones vinculares de calidad durante los primeros tres años de vida.(12)

Según Beltrán A. y Seinfeld J. (2009) en su Documento de Discusión "Desnutrición Crónica Infantil en el Perú – Un Problema persistente". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.DD/09/14. La desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal. Reconociendo los altos costos sociales y económicos que genera la desnutrición, se han desarrollado, desde hace varios años, políticas públicas que intentan reducirla y/o erradicarla; sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza.

Las autoras resumen los resultados obtenidos en su trabajo sobre los determinantes de la desnutrición crónica infantil en el Perú (Beltrán y Seinfeld, 2009). Las cinco variables más importantes para el modelo que incorpora al país en su conjunto son el peso al nacer, la tasa de desnutrición crónica de niños entre 6 y 9 años del distrito, las raciones per cápita de alimentos provistas en el distrito por el Programa Integral de Nutrición (PIN), el sexo del niño y la edad de la madre. Ello lleva a resaltar la importancia de atender el problema nutricional desde antes del nacimiento del niño, y la elevada posibilidad de perpetuación del problema, que se va reproduciendo en los niños más pequeños de cada familia, si es que este problema no es atacado tempranamente. Presentan además los resultados del modelo para los hogares de los dos quintiles más pobres. De ellos se derivan una serie

de medidas de política destinadas a combatir la desnutrición: dotación de agua potable y desagüe, de cocinas mejoradas y de piso acabado, así como incremento de las raciones PIN, de puestos de salud en el distrito y del número de nutricionistas MINSA que trabajan en el distrito. Con estas variables de política se hizo un análisis costo efectividad.

Entre las estrategias más costo efectivas se encuentran la dotación de cocinas mejoradas, el incremento de las raciones del PIN y el aumento del número de nutricionistas en cada distrito. Y, a partir de las experiencias latinoamericanas revisadas en el documento, se derivan algunas estrategias a considerar para reforzar la estrategia nutricional en el caso peruano: (i) La integralidad de las atenciones,(ii) La importancia del monitoreo y (iii) Ampliación de la cobertura de las iniciativas pero sobre la base de un sistema transparente y eficaz de focalización hacia la población carente.(13)

Según Arámbulo C. (2013) en su Tesis para optar el grado de Magister en Ciencias Políticas con mención en Gestión Pública y Políticas Públicas “Luces y sombras en torno al programa Articulado Nutricional. Analizando la Política Pública desde la Relación Estado – Sociedad Civil en el Perú, durante el Periodo 2000 .2012”. Pontificia Universidad Católica del Perú – Escuela de Gobierno- Lima Perú. Parte con objetivo central de realizar un análisis político institucional del Programa Articulado Nutricional en su fase de agendación (2000-2007) y puesta en marcha de la política pública (2008-2012).

El trabajo de investigación busca profundizar en la problemática de la desnutrición crónica y las consecuencias en el crecimiento y desarrollo del niño y en el desarrollo social del país, así como de aportar evidencias a la relación que se da entre el Estado y la Sociedad Civil en torno a la agendación e implementación del PAN que, como política pública, se

convierte en la excusa para analizar la relación que se da entre estos actores en un contexto que atraviesa la transición democrática (2000), la movilización de la sociedad civil para posicionar la infancia como prioridad (2004-2005) y la reforma del Estado con la puesta en marcha del presupuesto por resultados (2007 en adelante). Teniendo en cuenta la complejidad del estudio el autor se ha preocupado por plantear los enfoques detrás de los conceptos antes que centrarse en la propia definición operacional. Esto le ha permitido contar con mayores elementos analíticos que permitan discutir y problematizar sobre la relación Estado – Sociedad Civil reconociendo, por un lado, el ciclo de la política pública y, por otro, los campos de acción en el que se generan mecanismos y espacios de diálogo, participación y concertación entre los actores. En ese marco, las conclusiones reposan sobre tres ejes de análisis: 1) El proceso democratizador ha contribuido decisivamente en reactivar los espacios de participación y concertación: La creación de espacios como la Mesa de Concertación y el Acuerdo Nacional contribuyeron a cohesionar la relación entre Estado y Sociedad Civil, reconociendo el camino ya trazado por la sociedad civil y facilitando los canales a través del cual era posible incorporar gradualmente el tema de la atención a la infancia. La transición democrática generó una gran ola de expectativas e iniciativas de la sociedad civil y del Estado por garantizar los canales y espacios para el diálogo y la participación social. Sobre este marco la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza fue construyendo una visión consensuada entre el Estado y la Sociedad Civil en torno a la lucha contra la pobreza, desde una perspectiva multidimensional. Sobre este gran marco de discutir la pertinencia de las políticas sociales, los planes de desarrollo y el presupuesto participativo que atraviesan los años que van entre el 2001 y el 2004, se va

abriendo campo a agendas específicas como es el tema de la infancia que corresponde a lo que llamamos el segundo momento de concertación y participación social. La campaña nacional de movilización a favor de la infancia ha significado el marco a través del cual se fueron cohesionando las organizaciones de sociedad civil ligadas al tema de infancia generándose como Políticas Públicas, la cual se fue afirmando en el espacio de la mesa de concertación y del Acuerdo Nacional hasta llegar a incidir en la Ley del presupuesto Público para los años 2006 y 2007. 2) la implementación del programa Articulado Nutricional ha contribuido a reducir a un mayor ritmo la desnutrición Crónica en el Perú. La puesta en marcha de una nueva forma de gestionar las políticas públicas en el Perú se expresa a través de las reformas impulsadas a través de la implementación de la gestión por resultados desde el año 2008, donde el presupuesto por resultados y los programas presupuestales son los principales puntales. En este marco el Estado peruano ha venido generando las condiciones y los instrumentos para establecer los vínculos entre las prioridades de la Política Pública y el presupuesto necesario que se debiera asignar. A lo largo de la investigación, existe una correspondencia entre una mayor asignación de recursos públicos destinados al Programa Articulado Nutricional y su impacto en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú. 3) La relación Estado – Sociedad ha trascendido los periodos gubernamentales a favor de la reducción de la desnutrición crónica infantil: A través de estos doce años transcurridos el autor afirma que en este proceso de participación y concertación en el que han confluído múltiples actores enfocados en un proceso particular (la infancia y en especial la reducción de la desnutrición crónica) asimismo, señala que tanto el Estado como la sociedad civil han salido fortalecidos de este proceso, donde la

cooperación y la visión compartida han generado puentes articuladores entre iniciativas gubernamentales y las intervenciones focalizadas de la sociedad civil. Menciona como algo muy importante que hay todavía un camino por recorrer pero lo relevante está en la manera cómo se viene asumiendo el desafío, El proceso ha permitido ampliar el horizonte de análisis y sentar las bases para pensar en una política pública de mediano plazo, haciéndola sostenible en el tiempo y garantizando las condiciones necesarias para que la política pública trascienda los periodos gubernamentales.(14)

En el estudio de Investigación de Sobrino M., Gutiérrez C., Antonio J., Cunha A., Dávila M., y Alarcón J., Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Rev Panam Salud Pública. 2014;35(2):104–12 tiene por objetivo Analizar las tendencias en materia de desnutrición y anemia en menores de 5 años peruanos y su asociación con algunos factores determinantes en el período 2000–2011. Se analizaron indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008. Se estimaron las tendencias de desnutrición crónica (DC) (talla/edad \leq 2DS), de desnutrición aguda (DA) (peso/talla \leq 2DS) y de anemia. Se encontraron asociaciones con factores como sexo del niño, edad del niño, zona de residencia (urbana o rural), región de residencia, educación de la madre, quintil de riqueza, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, nivel de altitud, presencia de otros niños en el hogar, orden de los nacimientos, presencia de diarrea en los 15 días previos y presencia de tos en los 15 días previos.

Resultados. La Desnutrición Aguda, la Desnutrición Crónica y la anemia en menores de 5 años peruanos han descendido

entre 2000 y 2011. Tal disminución no ha sido homogénea para las tres afecciones, registrando descensos de 1,1% a 0,4% para Desnutrición Aguda, de 31,6% a 19,6% para Desnutrición Crónica y de 50,4% a 30,7% para anemia. Si bien los factores analizados se relacionaron con las prevalencias de estos tres padecimientos, al calcular las razones de probabilidades ajustadas se encontraron diferencias significativas para Desnutrición Crónica (educación de la madre, región de Sierra, altitud por encima de 2 500 msnm, presencia de dos o más hijos en el hogar y ser el tercer hijo o sucesivo) y para anemia (sexo del niño [más en varones], niños menores de 2 años, región Resto de costa y región Selva, altitud por encima de 2 500 msnm, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, presencia de dos o más hijos en el hogar y presencia de diarrea en los 15 días previos a la encuesta). Para Desnutrición Aguda se observaron diferencias según algunos factores, pero no resultaron significativas en el modelo ajustado.

Conclusiones. En el período 2000–2011, Perú ha logrado disminuir sus tasas de Desnutrición Crónica, Desnutrición Aguda y de anemia. Las tasas de Desnutrición Aguda han descendido casi a un tercio, manteniéndose en cifras generales más bien bajas, y afecta en mayor medida a zonas y colectivos muy localizados del país. Sin embargo, las actuales tasas de desnutrición crónica y de anemia siguen siendo muy altas, lo que constituye un verdadero desafío para las políticas públicas, al igual que sucede en otros países de la región. Para superar ese reto será necesario modificar el enfoque, dejando de concebir a la desnutrición infantil como un problema exclusivamente alimentario y haciendo hincapié en los factores determinantes asociados. Por último, en las comunidades más pobres se deberán incentivar y fortalecer iniciativas integrales e integradas (15).

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1. Desnutrición

La desnutrición se produce por un bajo consumo de calorías y bioelementos necesarios para que el organismo se desarrolle y crezca adecuadamente. Pero no todos los niños desnutridos son iguales y pueden presentar diferentes grados de desnutrición

Según la UNICEF, "la desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos" A esto se agrega el padecimiento de enfermedades infecciosas, pudiendo ser aguda o crónica. En cualquier caso, "implica estar peligrosamente delgado". Sin embargo, también existe la malnutrición por carencia de micronutrientes o hambre oculta. Esta se da cuando hay una carencia de vitaminas y/o minerales.

La Desnutrición se da, cuando existe una mala alimentación, una dieta deficiente en cuanto a las calorías, nutrientes, proteínas, hierro y demás sustancias necesarias para el cuerpo. La desnutrición también puede ser provocada por una mala absorción de los nutrientes debido a alguna enfermedad. (16)

A. Desnutrición Infantil:

Los casos de desnutrición se dan más a menudo en países subdesarrollados o en personas que pertenecen a clases sociales bajas. La desnutrición en los niños puede comenzar inclusive en el vientre materno y un caso extremo puede terminar en algún tipo de desnutrición: Kwashiorkor (insuficiencia proteica)

o Marasmo (déficit calórico en la dieta que provoca flaqueza extrema).

La desnutrición infantil implica tanto tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, como tener una estatura inferior a la que corresponde a la misma, como consecuencia de un retraso en el crecimiento.

La desnutrición infantil es consecuencia de la poca ingesta de alimentos en la infancia. Durante la niñez es la etapa en la que más se necesitan de nutrientes para poder desarrollarse en forma adecuada.

Esta poca ingesta de alimentos puede deberse a la falta de alimento en lugares muy pobres del planeta, en los cuales no pueden acceder a una canasta básica de alimentos.

Los que más sufren esta falta de alimentos son los niños, esta situación se ve agravada por infecciones oportunistas que pueden producir entre otras cosas: diarrea y deshidratación.

B. Tipos de Desnutrición:

Marasmo

El marasmo se caracteriza por ser una desnutrición por bajo consumo de alimentos. Es típico de los niños de clases baja de zonas urbanizadas. Estos niños son amamantados por corto plazo y luego se los alimenta con leches diluidas y contaminadas por el agua, lo cual trae aparejado diarreas e infecciones gastrointestinales que desnutren al niño. El niño marasmático tiene retraso en el peso para la edad y del peso para la talla, pierde el tejido graso, entre otras características.

Kwashiorkor

El kwashiorkor es un tipo de desnutrición que se caracteriza por ser básicamente proteica. Suelen ser niños que han sido alimentados por período prolongado por sus madres y que después reciben una alimentación sólo a base de hidratos de carbono, pero pobre en proteínas. Estos niños presentan edema en la zona abdominal y su estado de desnutrición puede empeorar a causa de diferentes tipos de infecciones.

C. Grados de Desnutrición:

Existen diferentes grados de desnutrición y mal nutrición de los niños, estos grados estarán determinados por el límite inferior de percentilo 5 de las tablas de medición de peso y talla, Estas tablas de peso y talla son muy importantes porque permiten en una simple medición, determinar si un niño se encuentra desnutrido o no, como las NCHS. Por debajo de este percentilo 5, se clasifican:

➤ Desnutrición grado I

La desnutrición grado I o leve se da cuando el peso para la edad del niño es normal, pero el peso para la talla es bajo. Se trata de niños que a pesar de tener una talla normal, no han podido alcanzar un peso acorde para la misma.

➤ Desnutrición grado II

En cambio, se habla de desnutrición grado II o moderada, cuando el niño menor de un año posee un peso para la edad bajo. También se considera desnutrición moderada cuando los niños de 1 a 4 años poseen una relación baja de peso/talla.

➤ Desnutrición grado III

Por último, la desnutrición grado III o grave se produce si el niño menor de un año tiene un déficit del 40% o más del peso ideal para su edad. Además, se dice que es un cuadro de desnutrición grave, cuando el niño mayor de un año posee una reducción de la relación peso/talla de más del 30%, con respecto al percentilo 50.

Es importante aclarar que cuanto más temprano se trate la desnutrición más rápida será la recuperación y menores las secuelas que puedan quedar.

D. Características de los niños con desnutrición:

Son niños que no se muestran animados, suelen llorar con facilidad, no demuestran apetito, entre otras. Los niños con estas características se convertirán en adultos que tendrán deterioros tanto físicos como mentales.

Se puede detectar la desnutrición por medio de análisis de sangre y viendo los valores normales de estatura y peso según la edad. Actualmente existe un índice de crecimiento creado por la OMS que establece el crecimiento que sería normal para los niños hasta los cinco años de edad. Quienes siguen este patrón tienen un crecimiento sano y normal.

E. Consecuencias de la desnutrición

Para evitar las consecuencias de la desnutrición es importante que los niños sean controlados periódicamente. Una simple medición de peso y talla puede evaluar si el niño posee o no desnutrición.

Las consecuencias de la desnutrición también se manifiestan a través de los diferentes sistemas:

- A nivel digestivo. Disminuye la absorción de nutrientes lo que agrava el problema.
- A nivel de la sangre. Como consecuencia de la falta de nutrientes puede haber anemia.
- A nivel inmune. El organismo se vuelve más vulnerable a las infecciones, por las bajas defensas.
- A nivel intelectual. Puede haber trastornos del aprendizaje y de la memoria.
- A nivel muscular. Se pierde masa muscular. Este fenómeno que se da en todos los músculos del cuerpo, a nivel del corazón puede conducir a la insuficiencia cardíaca y a la muerte

F. Tratamientos para la desnutrición infantil

El tratamiento de la desnutrición infantil varía de acuerdo al grado de severidad de la misma.

Una desnutrición leve puede ser fácilmente compensada con la administración de los alimentos y suplementos necesarios. En caso que se trate de una desnutrición por carencias específicas, bastará con administrar una dieta rica en dichas vitaminas y minerales.

Sin embargo, si el grado de desnutrición es severo, las primeras medidas tenderán a compensar los graves desequilibrios que pueden llegar a producirse y que hacen peligrar la vida. En estos casos, tampoco es posible compensar las carencias alimentarias en forma inmediata, ya que el sistema digestivo, en general está afectado. Por tal razón, no será capaz de tolerar grandes ingestas y

mucho menos, aprovechar los nutrientes, que deben ser administrados en forma paulatina. Uno de los puntos importantes es instruir a las mamás para que aprendan a alimentar a sus niños, ya que es la mejor forma de prevenir la desnutrición infantil.

G. Recomendaciones para la alimentación de los niños.

- Alimentos ricos en hierro. Estos alimentos son esenciales para evitar la anemia en los pequeños, incorporarlos a su dieta diaria para mantener a tus niños saludables y en buen estado nutricional.
- Incluir todas las vitaminas a su dieta. Cada vitamina cumple funciones específicas, por eso es importante que incorpores alimentos que aporten todas las vitaminas que los niños necesitan para su crecimiento y nutrición.
- Incorporar alimentos ricos en proteínas. Las proteínas son muy necesarias para que tu niño crezca sano y fuerte, incluirlas en su dieta diaria; Hay muchas fuentes de proteínas que se puede recurrir a la hora de elaborar las comidas infantiles.

H. Prevención de la desnutrición

Geográficamente hablando, la desnutrición tiene zonas de preferencia. Las regiones del mundo más afectadas son Latinoamérica, África (sin contar Sudáfrica), Oriente Medio, Asia (a excepción de Japón y Rusia) y los países de Oceanía (menos Nueva Zelanda y Australia).

La única forma de prevenir la desnutrición es una buena alimentación, variada y nutritiva. Ésta debe incluir

cereales, frutas y verduras, alimentos de origen animal, como carne, pollo, huevos, lácteos, etcétera.

Cuando la mujer comienza un embarazo, debe nutrirse bien y acumular reservas, y mientras esté embarazada debe procurar comer bien durante todo el día, respetando los tiempos de comida y haciendo colaciones.

En lo que a los bebés menores de seis meses respecta, ellos solo deben consumir leche materna. Los alimentos deben ser preparados con las mayores normas de higiene posibles, teniendo no solo limpios los instrumentos a utilizar, sino también el lugar y las manos que manipulan alimentos. Finalmente, las madres embarazadas y los niños deben visitar regularmente a un médico.

Según Martínez R. y Fernández A. , (2006) en su “Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina” CEPAL – PMA, hace conocer que 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.

Dichos efectos se pueden presentar de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas, aumentando la probabilidad de desnutrición posterior entre quienes la han sufrido en las primeras etapas del ciclo vital y la incidencia de otras consecuencias. Así, problemas de desnutrición intrauterina

pueden generar dificultades desde el mismo nacimiento hasta la edad adulta.

Algunos de los efectos negativos de la desnutrición son más o menos relevantes según la edad en que las personas sufren. Por su parte, la intensidad en que se presenta la desnutrición también tiene una asociación en el apareamiento e intensidad de algunas de sus consecuencias.

EFFECTOS EN LA SALUD:

Los efectos más directos de la desnutrición se presentan en la salud de las personas, aumentando su vulnerabilidad tanto a la muerte como a la enfermedad. Varias son las patologías cuya incidencia se ve incrementada debido a problemas nutricionales en las distintas etapas del ciclo de vida. Así, a partir de distintas investigaciones se tiene:

Mortalidad.

El mayor impacto se presenta en la vida intrauterina y en los primeros años de vida. Una consecuencia directa de la malnutrición fetal es un bajo peso al nacer, que redundaría en una mayor probabilidad de mortalidad perinatal. El riesgo de muerte neonatal de niños con un peso al nacer entre 2.000 y 2.499 gramos es cuatro veces superior al de niños que pesan 2.500-2.999 gramos y diez a catorce veces superior al de los niños que pesaron 3.000-3.499 gramos. En muchos casos la madre gestante es suficientemente joven para aún expresar las consecuencias de su propia desnutrición, con lo que el riesgo de perpetuar ese rasgo en la generación siguiente es muy significativo, la que al combinarse con el mayor consumo de energía derivado del embarazo y parto, deriva en algunos casos en su propia muerte. Así, entre las embarazadas, las muertes asociadas a anemia (por falta de hierro) alcanzarían a 20% del total (Ross y Thomas 1996, Brabin,

Hakimi y Pelletier 2001). El primer efecto de la desnutrición se observa en los niños con bajo peso al nacer (BPN). Respecto a los primeros meses de vida, estudios longitudinales realizados por Guilkey y Riphahn (1998) indican que entre los menores que no ganan peso en el primer año tienen 50% de probabilidad de morir. Según datos de la OMS, la desnutrición contribuye con el 60% ciento de las muertes de niños en edad pre-escolar (3,4 millones). UNICEF (1998) estima que 55% de las 12 millones de muertes entre los menores de 5 años se deben a problemas de desnutrición. Pelletier y otros (1995) estiman en 56% la proporción de muertes preescolares atribuibles a efectos de malnutrición, de los cuales 83% se agrupan entre los de nivel moderado y grave y 17% entre los casos severos.

Morbilidad

la insuficiencia de hierro tiene un efecto directo en la anemia materna; infantil y escolar, el déficit de vitamina A genera problemas de ceguera y la falta de yodo es causa del bocio o cretinismo.

En cuanto al desarrollo neurológico y psico-motor, la desnutrición tiene efectos directos en los primeros años de vida, particularmente debido a la insuficiencia de micronutrientes como el hierro y el zinc, o en el período neonatal en el que es crítico el aporte de ácido fólico.

Por otra parte, la desnutrición en períodos críticos del desarrollo incrementa significativamente el riesgo de que en la edad adulta se desarrollen enfermedades crónicas transmisibles, como tuberculosis, y no-transmisibles (ECNT), como enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes no insulínica, entre otras.

En cada país o región, la extensión e intensidad de los efectos de la desnutrición en las distintas patologías con que se relaciona dependerán de su prevalencia de desnutrición y su perfil epidemiológico. Así, distintas enfermedades tendrán más o menos relevancia en los distintos países. (17)

EFFECTOS EN EDUCACIÓN:

A nivel educativo, la desnutrición afecta el desempeño escolar como resultante de los déficits que generan las enfermedades y por las limitaciones en la capacidad de aprendizaje asociadas a un menor desarrollo cognitivo. Esto se traduce en mayores probabilidades de ingreso tardío, repitencia, deserción y bajo nivel educativo.

Al igual que en salud, la relación entre desnutrición y menor resultado educativo depende de la intensidad de la desnutrición y son dos los procesos que se presentan:

- ✓ El primero resulta de los problemas de desarrollo, de manera que hay un proceso en el ámbito de la salud y un efecto posterior en el resultado educativo. Este proceso se inicia en las primeras dos etapas del ciclo de vida (intrauterina y hasta los 24 meses).
- ✓ El segundo se deriva directamente del déficit alimentario, el que afecta la capacidad de concentración en la sala de clases y limita el aprendizaje. Así, este es concomitante con la etapa preescolar y escolar, y aunque el sello de los primeros años de vida es muy determinante, no requiere necesariamente un daño nutricional previo, sino que puede sólo ser reflejo de baja ingesta en la misma etapa. (17)

EFFECTOS ECONÓMICOS:

La desnutrición y sus efectos en salud y educación se traducen también en importantes costos económicos para el conjunto de la sociedad. Esto es: mayores gastos por tratamientos de salud, ineficiencias en los procesos educativos y menor productividad.

Costos en salud: Las consecuencias económicas derivadas de los efectos de la desnutrición se traducen en mayores costos (reales o potenciales) derivados de diagnósticos, tratamientos, medicamentos, exámenes, uso de infraestructura, gestión de recursos humanos, tiempo de las personas, etc. (17)

2.2.2. Teorías de Enfermería

Teniendo en consideración las teorías de Enfermería, que busca, definiciones, explicaciones, predicciones para el mejoramiento de la práctica de enfermería de una manera sistemática, es decir con ello busca unificar criterios del enfoque profesional; en este marco, para el caso de la gestión de enfermería, que entre sus funciones, entraña tramitar, diligenciar, dirigir y administrar en el ámbito de la sanidad a fin de lograr un resultado, se puede invocar algunas Teorías de Enfermería que se ajustan para este tema como son:

Teoría de Betty Newman, el cuál su objetivo de enfermería es, ayudar a los individuos, las familias, y a los grupos a lograr y mantener un nivel máximo de bienestar total, mediante intervenciones determinadas. Esta Teoría tiene actuaciones de enfermería en cada uno de los tres niveles, primario, secundario y terciario.

Teoría de Dorothea Orem: Considera su teoría de la enfermería en función al déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes teorías relacionadas: Teoría del autocuidado, Teoría del déficit del Autocuidado, y Teoría de los sistemas de Enfermería.

Teoría de Nola Pender, el Modelo de Promoción de la salud se basa en la educación de las personas y sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

La aplicación de las Teorías de Enfermería se ajustan a varias acciones, según el nivel de gestión que la enfermera se encuentre.

2.3.DEFINICION DE TERMINOS

- A. **ANEMIA:** La anemia es una enfermedad que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a: deficiencia de hierro en el organismo, o Infecciones y enfermedades inflamatorias y otras causas.
- B. **MALNUTRICION:** Estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos. (19)
- C. **DESNUTRICION:** Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.(19)
- D. **DESNUTRICIÓN AGUDA:** Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. (19)
- E. **DESNUTRICIÓN CRÓNICA:** Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico (19)
- F. **EXTENSIÓN DE USO:** Es la proporción de población que usa el servicio de salud, es decir la población que llega al establecimiento de salud a ser atendido.
- G. **BRECHA DE USO:** Es la proporción de población que no usa el servicio de salud
- H. **GESTION SANITARIA:** Conjunto de operaciones que se realizan para dirigir, administrar, tramitar, diligenciar, dirigir y administrar en el ámbito de la sanidad. Se realiza a tres niveles: macro-gestión (política sanitaria), meso-gestión (centros sanitarios) y micro-gestión o gestión clínica (profesionales de la salud o clínicos). Entre

CAPITULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe se ha tomado la información de la Dirección de Estadística é Informática, asimismo, de la Estrategia Alimentaria de Alimentación y Nutrición, de la herramienta informática del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), de la Dirección Regional de salud Huancavelica, así como los datos de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) para la Región de Huancavelica.

Asimismo, se hará uso de las técnicas estadísticas nos ofrecen grandes posibilidades y su utilización coadyuva a solucionar muchos procesos y lograr expresar mediante los gráficos y tablas expresando estadísticamente posibles variaciones significativas en determinados periodos, de tal manera que nos ayude a analizar más claramente la situación que deseamos expresar.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Mi experiencia profesional data desde el año 1990 fecha en que inicio mis labores con el Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS) desempeñándome como Licenciada en Enfermería en el Centro de salud de Lircay de la Provincia de Angaraes del Departamento de Huancavelica, desarrollando una experiencia muy enriquecedora de trabajo de salud Pública con el enfoque de atención Primaria en salud, en un trabajo de intervención multidisciplinario con acciones intra y

extramurales, y un limitado número de recursos humanos y en el marco de un ambiente social bastante difícil para esos años.

- Para el año 1991, inmediatamente a la culminación del SERUMS, paso a laborar a la DIRESA Huancavelica denominada en ese entonces como Dirección Sub Regional de Salud Huancavelica, empezando mi experiencia como Enfermera de Salud Pública con el cargo de Coordinadora Departamental del Programa Nacional de Erradicación de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo, denominado a través de los años como PRONABCE , luego PRONEDDI y finalmente PREDEMI hasta el año 1998, fecha en que suceden dos hechos muy importantes, el primero, la determinación de la erradicación de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo, recibiendo felicitaciones y siendo reconocida a nivel nacional por el Ministro de salud en 1999 Carlos Augusto de Romaña y García por la labor desempeñada en favor de la erradicación del DDI que era afectada en grandes proporciones a la región de Huancavelica, y para inicio del 1999 salgo para hacer mi maestría en Salud Publica en la Universidad Cayetano Heredia
- Para el año 2001 a mi retorno de la Maestría me designan como Directora de Programas y Proyectos denominación que tenía en ese entonces lo que hoy se llama Dirección de Atención Integral de Salud desempeñándome como tal entre el 2001 y el 2003, a su vez también estuvo a mi cargo la Coordinación Regional de Salud Básica Para Todos, cargo que fortaleció mis competencias como gestora y manejo de recursos humanos a nivel regional.
- Para el año 2004, continúe en el cargo de Directora de Atención Integral de Salud y su nueva denominación de

acuerdo a los cambios de ese entonces, así mismo me hice cargo de la Coordinación Regional de la Programa Ampliado de Inmunizaciones, gestionando acciones, implementando estrategias para el logro de las metas tanto de Inmunizaciones como de las demás Coordinaciones que se encontraban bajo mi mando.

- Para los años del 2005 a inicios del 2007, continuo en el mismo cargo, cambiando la denominación a Directora de Atención Integral de Salud y Calidad en Salud, Haciéndome cargo de la Dirección y en esta oportunidad también como Coordinadora de Gestión de la calidad en salud, iniciando un proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud, el esfuerzo de trabajo de los proyectos de mejora, teniendo logros y algunos premios de reconocimientos a nivel nacional de algunos Centros de salud que ganaron los premios nacionales en los Encuentro de calidad a nivel nacional.
- Durante el 2007 e inicios del 2008, fui designada como Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico en la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, funciones que permitieron fortalecer mis competencias de gestión y articulación y sobre todo la parte de administrativa y contable, puesto que como Unidad Ejecutora Regional correspondía la Asistencia técnica a nivel regional en temas de evaluaciones institucionales y de ejecución presupuestal, así como la participación en esa época del proceso de descentralización y de transferencia de funciones del MINSA hacia los Gobiernos Regionales, siendo una de las primeras regiones en acreditar para la transferencia de funciones en el marco de la Descentralización.

- Entre el 2008 y el 2012 me desempeñé como Directora de Servicios de Salud y gestión de la Calidad, nótese que para este periodo la Coordinación de Calidad para de Atención Integral a Servicios de salud en el Manual de Organización y Funciones, continuando mi persona a la vez con la Coordinación de gestión de la calidad en salud, iniciando en este nuevo periodo, la autoevaluación para la acreditación de los establecimientos de salud, y otro punto importante la categorización de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención y uso de la plataforma del Registro Nacional de Establecimientos de salud (RENAES) a cargo de la Dirección de Servicios de Salud, que hasta entonces había sido potestad del Ministerio de Salud.
- En el Periodo del 2012 al 2014 me designan como Directora Ejecutiva de Salud de las Personas, fortaleciendo el trabajo de las diferentes áreas y direcciones a mi cargo, buscando el trabajo concertado y participativo, para la toma de decisiones e implementación de estrategias para el cumplimiento de las metas trazadas
- En este Interín en el 2013 me otorgan la encargatura temporal de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, con la que se consolidan las competencias de gestión a nivel regional.
- En el Periodo 2012 al 2014 una de las experiencias más ricas fue el haber postulado y desempeñado como Decana Regional del Colegio de Enfermeros del Perú – Consejo Regional XX de Huancavelica, oportunidad que permitió trabajar en favor de las Colegas sobre todo para el primer nivel de atención, brindando mayor acceso a las capacitaciones descentralizadas, sensibilización en los temas de ética y deontología, el acceso mediante los

convenios para las especializaciones de las colegas que se encuentran en la periferie, así como la construcción de parte de la segunda planta del Colegio CR XX, entre otras.

- A partir de Octubre del 2014 a Septiembre del 2016 paso a ser Asesora de Enlace Regional del Ministerio de Salud, funciones que fortalecen grandemente mis competencias al recibir información y capacitación de primera mano del Ministro y sus funcionarios, el cual repercutió en la asistencia técnica e implementación de estrategias para el cumplimiento de metas en la Región de Huancavelica con énfasis en la disminución de muertes maternas así como la disminución de la desnutrición infantil, y el acceso a los servicios de salud, siendo nuestra intervención en temas de salud pública y de gestión, recibiendo un especial reconocimiento del Ministro de salud y del Director de la Ofician de descentralización del MINSA a todo el grupo Humano que laboro en ese periodo a nivel nacional.
- Durante el último trimestre del 2016 me desempeñé como Coordinadora Regional de Servicios Básicos de Salud en la Dirección de Servicios de Salud y Gestión de la Calidad.
- Desde Enero del 2017 hasta la actualidad vengo desempeñándome como Directora Ejecutiva de Salud de las Personas, teniendo a mi cargo 05 Direcciones de línea, y una coordinación, las cuales son: la Dirección de Atención Integral de Salud, Dirección de Servicios de Salud y Gestión de la Calidad, Dirección de Seguros Públicos y Privados, Dirección de Laboratorio Regional, Dirección de Investigación y capacitación y Coordinación Regional de CLAS. Gestionando y Administrando un total de 56 Recursos Humanos de los 145 en la Sede Regional.

3.3 PROCESOS REALIZADOS:

Como se ha mencionado anteriormente, en el periodo 2014 – 2016, mi persona ha venido desempeñando funciones como sigue: 2014 en la DIRESA HVCA como Directora Ejecutiva de Salud de las Personas y desde el último trimestre del mismo año hasta el 2016 como Asesora de Enlace del Ministerio de Salud para la Región de Huancavelica, haciéndome responsable del Área de Salud Pública, en la que se encontraban el monitoreo mensual de actividades, ejecución presupuestal, asistencia técnica en los indicadores de salud principalmente de disminución la desnutrición crónica, anemia y muerte materna. Asimismo, gestión, implementación de acciones y estrategias en la búsqueda del cumplimiento de nuestros objetivos Regionales.

Desnutrición crónica, desde el punto de vista de las políticas públicas, las políticas sanitarias sólo pueden tener un éxito parcial para reducir esta condición sino son implementadas en conjunto con una serie de políticas adicionales (educativas, de vivienda, de ingresos) en un entorno macroeconómico estable. En países donde la desigualdad en la concentración en la distribución socio económica de esta variable es alta (como los Latinoamericanos), la disminución de la desnutrición crónica infantil puede lograrse de manera más efectiva disminuyendo dicha desigualdad, la que tiene, fuertes condicionantes socio económicos.

El Gobierno Regional de Huancavelica juega un papel importante en su decisión de tomar acciones y dentro sus compromisos, la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, entre otros indicadores sociales, económicos ambientales e institucionales que se requiere para el desarrollo y bienestar de la población Huancavelica a través de El programa Regional de Superación de la Pobreza extrema y de la Desnutrición Infantil, aprobada por la Ordenanza Regional N° 184. GOB. REG. HVCA/CR, de fecha 11 de septiembre del 2011,

constituyéndose éste en una Política Pública en la Región y como un instrumento de Gestión Técnico y Político.

En este marco, se fueron planteando e implementando estrategias, acciones y actividades, a nivel Regional recayendo esta responsabilidad de Gestión y Coordinación a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y la Estrategia de Salud Nutricional los cuales se pasa a detallar para conocer el diagnóstico y la implementación que corresponden a la Dirección Regional de salud Huancavelica.

La región Huancavelica, se encuentra situada en la zona centro medio del territorio peruano, políticamente se encuentra dividido en 7 provincias: Acobamba, Angaraes, Castrovirreyna, Churcampa, Huaytara, Huancavelica y Tayacaja y en 95 distritos, distribuidos en altitudes que van de 1,000 a 5000 metros sobre el nivel del mar.

- En la región Huancavelica, en los últimos años, ha desarrollado importantes avances en salud, pese a la persistencia de grandes retos, porque persiste la inequidad, en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de vida de la mayoría de los ciudadanos; a esto se añade el proceso de descentralización que genera nuevas necesidades y nuevos retos que enfrentar.
- En este marco, con la finalidad de garantizar el acceso a los servicios de salud a través de los últimos cinco años se han creado y mejorado algunos EESS, teniendo como basal en el año 2011 un total de 386 establecimientos de salud, correspondiendo 384 EESS al primer nivel de atención y 02 al segundo nivel (Cuadro N°1) ; para el 2016 y a la actualidad se cuenta con 405 establecimientos de salud en el ámbito de las 07 redes de salud de la Región Huancavelica, 401 establecimientos del I Nivel de Atención y 04 establecimientos del II Nivel de Atención (Hospital Regional de Huancavelica II-2, Hospital de Pampas II-1, Hospital de Lircay II-1 y Hospital Provincial de Acobamba II-1), (Cuadro N° 2).

- Cobertura: Extensión de uso: En la Región de Huancavelica se ha identificado la necesidad de trabajar la extensión de uso de los establecimientos de salud, y por ende reducir la brecha; Es así que teniendo para el año 2010 una extensión de uso a nivel regional del 50.47% (hacen uso del servicio de salud) y una brecha del 49.53% (no hacen uso del servicio de salud), a nivel provincial las mayores brechas se identifican en las provincias de Acobamba (61.73%), Huaytará (51-62% y Churcampa (51.62%) - (Cuadro N° 3) .
- Para el 2016 Para el año 2016 la extensión de uso a nivel regional fue de 51.84% y la brecha de 48.16%, contando con un ligero incremento en la extensión de uso de 1.37%, a nivel provincial la mayor brecha se aprecia en la provincia de Angaraes con 62.77%, Huancavelica 54.38%; motivo por el cual se debe continuar promoviendo el uso de los servicios de salud, ya que muchas personas solo acuden a los servicios de salud ante una dolencia, y no por la búsqueda acciones que conlleven al autocuidado (prevención, promoción) (Cuadro N° 4).
- Implementación de Estrategias y acciones PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCAVELICA, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial e intersectorial teniendo como punto de partida el 2011, a través de la Ordenanza Regional N° 184. GOB. REG. HVCA/CR, de fecha 11 de septiembre, se constituye en una Política Publica en la Región y por ende un instrumento de Gestión Técnico y Político el cual siguió vigente para el periodo del 2014 al 2016 en este Marco el equipo Técnico de la DIRESA ha liderado y desarrollado acciones para que el Gobierno Regional de Huancavelica y la Dirección Regional de Salud, desarrollen un proceso de planificación, técnico, político y social, y la implementación de políticas públicas, Plan estratégico

sectorial regional y Plan estratégico Institucional. Documentos que constituyen instrumentos de gestión y de implementación de las políticas de salud, sobre la que se plasman acuerdos entre la sociedad civil y el estado respecto a las prioridades sanitarias de la región y las intervenciones que contribuyen a lograr metas sanitarias que evidencian que la situación de salud ha logrado avanzar en la visión concertada de desarrollo principalmente de la población menos favorecido en los últimos años. Lo más resaltante de este proceso de planificación es que participaron todos los sectores, la sociedad civil organizada y propio ciudadano para decidir, sobre las prioridades sanitarias y las intervenciones más importantes mediante la concertación y el asumir compromisos institucionales que favorezcan su implementación

- Siendo una de las prioridades sanitarias, la Desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia, identificado por el sector salud y la sociedad civil, se tiene implementado un comité multisectorial de seguimiento al Programa Articulado Nutricional, integrado por los representantes de las diferentes instituciones que comparten el mismo objetivo institucional, que es la reducción de la desnutrición crónica infantil prioritariamente de los menores de 3 años.
- Otra de las acciones realizadas en la Jurisdicción de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica fue el FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Durante el periodo del 2014 al 2016, se han mejorado sustancialmente las capacidades de los profesionales de la salud principalmente el grupo de Enfermería en los niveles operativos, dando énfasis a las capacitaciones y fortalecimiento de competencias a través de Cursos talleres, y pasantías así como la socialización de la normatividad vigente para la atención del

usuario y sobre todo para mejorar la calidad de atención del personal de salud que brinda la atención de la madre y el niño.

Y durante el último año, el fortalecimiento de las capacidades del personal se ha realizado a través de una plataforma virtual Regional ejecutado a través de un proyecto de mejora de la región para que se tenga un mayor acceso a la educación para todo tipo de profesional y técnico a nivel Regional, puesto que una de las debilidades que se cuenta, es la alta rotación del personal que se de manera periódica que renuncian en busca de mejoras económicas o ubicación fuera de nuestra Región.

➤ Acciones implementadas a través del PROGRAMA PRESUPUESTAL ESTRATÉGICO ARTICULADO NUTRICIONAL y medidas a través de los siguientes indicadores:

- ✓ Proporción de niños y niñas menores de 3 años con control de crecimiento y desarrollo (CRED) oportuno de acuerdo a edad
- ✓ Suplementación con hierro (multimicronutrientes y SOFE) de niño menores de 3 años
- ✓ Proporción de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.
- ✓ Proporción de niñas y niños menores de 3 años con vacunas completas de acuerdo a edad. Intervención anual de las CAMPAÑA INTENSIVA DE VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA REGIÓN HUANCVELICA., cuya finalidad es realizar la visita casa por casa para que el niño reciba las vacunas completas y así contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población infantil y por ende mejorar las coberturas de vacunación en menores de 5 años
- ✓ Prevalencia de niños con bajo peso al nacer.

- ✓ Enfermedades prevalentes de la infancia: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis.
 - ✓ Atención prenatal y el parto institucional.
 - ✓ Hogares con agua tratada.
 - ✓ Intervención comunicacional masiva, priorizando el tema de las prioritizadas en los indicadores claves CRED, Vacuna, suplementación con hierro y micronutrientes en niños menores de 03 años, enfatizando las acciones de prevención de la anemia en la población objetivo.
- Considerando los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para los años 2011 al 2014, encontramos un avance positivo de la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, habiendo registrado en el periodo 2011 (54.2%) y para el año 2014 (35%) una reducción de 19.2%, alcanzando a un promedio anual de 4.8%. Sin embargo, en el periodo 2014 al 2016 la disminución ha sido poco significativa de puntos porcentuales de 1.6% de la DESNUTRICIÓN CRÓNICA en niños menores de 5 años en el ámbito Regional, en los últimos 3 años: de 35% en el periodo 2014, a 33.4% en el 2016. Situación con un leve avance por consecuencia de que ya no cuenta con los apoyos presupuestarios de la cooperación internacional (Comisión Europea) destinados a cubrir las actividades prioritizadas del Programa Articulado Nutricional en la Región siendo el mismo comportamiento a nivel Nacional donde la disminución es de 1.5% del 14.6 % a 13.1% , sin embargo aún superamos el promedio nacional, lo que conlleva a intensificar acciones, implementando las mejores estrategias y planteando otras con la participación intersectorial e intersectorial, con el único fin de continuar reduciendo la DCI en nuestra Región Huancavelica (Cuadro N°5)

CAPITULO IV
RESULTADOS

- Cuadro N° 4.1: Número de Establecimientos de Salud de la Región Huancavelica 2011

CUADRO N° 1
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
REGIÓN HUANCVELICA 2011

PROVINCIA	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	MR	HOSPITAL		TOTAL
	CATEGORIA					
	PS	CS	MR	II-1	II-2	
ACOBAMBA	48	6	2			54
ANGARAES	43	5	3			48
CASTROVIRREYNA	26	6	3			32
CHURCAMPA	30	4	2			34
HUANCVELICA	81	11	7		1	93
HUAYTARA	37	6	4			43
TAYACAJA	69	12	6	1		82
REGIÓN HVCA	334	60	27	1	1	386

Fuente: Dirección de Servicios de Salud y Gestión de la Calidad – DIRESA HUCA.

La basal del 2011 en el Numero de EESS a nivel regional fue de 386 EESS correspondiendo el 99.4% a EESS del primer nivel de atención es decir 2 Hospitales para toda la Región y el 1.3% corresponde a Centros de salud es decir con categorías I-3 y I-4. Las Provincias de Huancavelica y Tayacaja tienen mayor concentración de EESS puesto que su población es mayor respecto a las demás provincias.

➤ Cuadro N° 4.2: Número de Establecimientos de Salud de la Región Huancavelica 2016

**CUADRO N° 2
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN
HUANCAVELICA 2016**

PROVINCIA	PUESTO DE SALUD		CENTRO DE SALUD		HOSPITAL		TOTAL
	CATEGORIA						
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	
ACOBAMBA	42	5	6	1	1	0	55
ANGARAES	34	8	5	0	1	0	48
CASTROVIRREY	21	7	5	1	0	0	34
CHURCAMP	22	8	4	1	0	0	35
HUANCAVELIC	71	14	13	3	0	1	102
HUAYTARA	28	9	5	1	0	0	43
TAYACAJA	56	17	12	2	1	0	88
REGIÓN HVCA	274	68	50	9	3	1	405

Fuente: Dirección de Servicios de Salud y Gestión de la Calidad – DIRESA Hvca.

Para el 2016, el número de EESS fue de 405 EESS numero que se cuenta hasta la actualidad, correspondiendo el 98.8% a establecimientos de salud del primer nivel de atención y el 31% de los establecimientos corresponde a establecimientos que cuentan con profesionales de la salud y Médicos en categorías que van del I – 2 al I- 4.

Las Provincias de Huancavelica y Tayacaja tienen mayor concentración de EESS puesto que su población es mayor respecto a las demás provincias

Para la creación de los establecimientos de salud pasan por una serie de revisiones técnicas de los expediente donde el papel de la gestión de enfermería juega un papel importante en el análisis de la información de población, dispersión, y de indicadores de morbilidad, mortalidad, organización, acordes a la Directiva Regional.

➤ Cuadro N° 4.3: Brecha de Uso de Servicios de Salud 2010

**CUADRO N° 3
BRECHA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2010**

Provincia	N° Atendidos	Población 2011	Extensión de Uso	Brecha de Extensión de Uso
Acobamba	24,986	65,285	38.27	61.73
Angaraes	29,379	56,965	51.57	48.43
Castrovirreyña	12,389	23,057	53.73	46.27
Churcampa	22,313	46,118	48.38	51.62
Huancavelica	71,641	144,784	49.48	50.52
Huaytará	15,181	31,380	48.38	51.62
Tayacaja	64,189	108,104	59.38	40.62
TOTAL	240,078	475,693	50.47	49.53

Fuente: estadística e informática DIRESA-2016

En el corte del 2011 las extensiones de uso en las Provincia de la Región de Huancavelica oscilan entre 59.38 y 38.27 teniendo una brecha regional de 49.53% debiendo promocionar mejor los servicios de salud

➤ Cuadro N° 4.4: Brecha de Uso de Servicios de Salud 2016

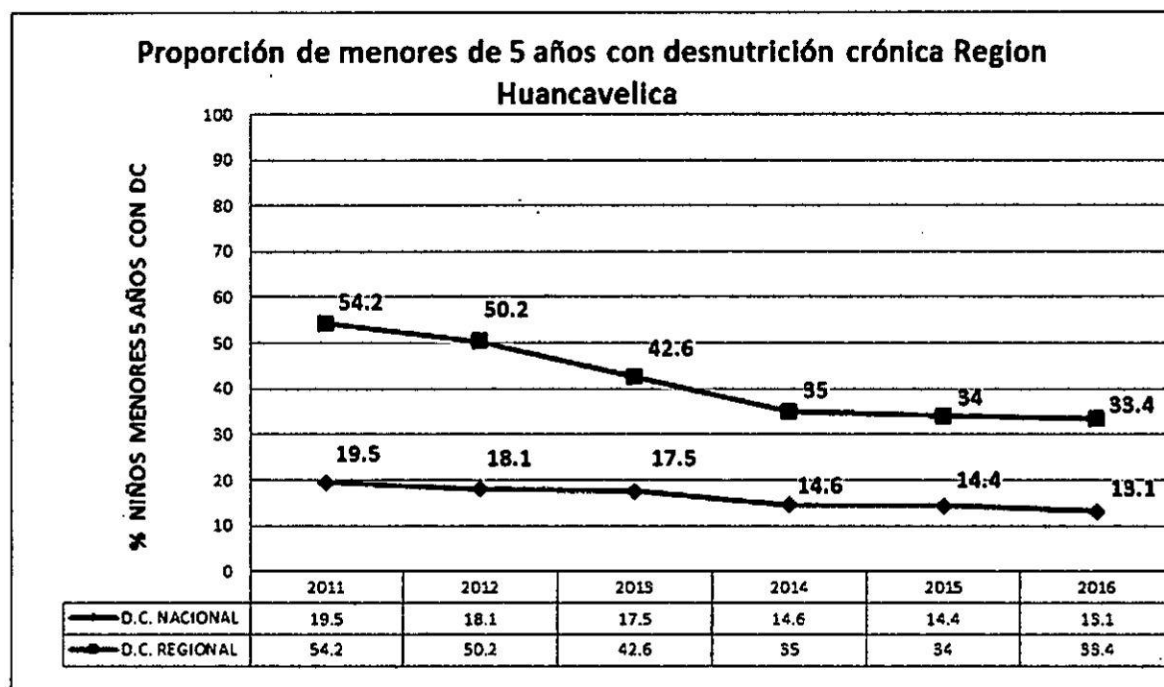
**CUADRO N° 4
BRECHA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2016**

Provincia	N° Atendidos	Población 2016	Extensión de Uso	Brecha de Extensión de Uso
Acobamba	38,587.00	79,204.00	48.72	51.28
Angaraes	23,722.00	63,716.00	37.23	62.77
Castrovirreyna	13,128.00	19,308.00	67.99	32.01
Churcampa	30,907.00	44,906.00	68.83	31.17
Huancavelica	72,875.00	159,744.00	45.62	54.38
Huaytará	11,157.00	23,188.00	48.12	51.88
Tayacaja	68,072.00	108,490.00	62.74	37.26
TOTAL	258,448.00	498,556.00	51.84	48.16

Fuente: estadística e Informática DIRESA-2016

Para el 2016 las extensiones de uso en las Provincia de la Región de Huancavelica oscilan entre 62.77 y 31.17 teniendo una brecha regional de 48.16% debiendo promocionar mejor los servicios de salud, pese a haber mejorado en relación a años anteriores.

➤ Cuadro N° 4.5: Proporción de menores de 5 años con Desnutrición Crónica – Región Huancavelica



FUENTE: ENDES 2011-2016

Para el año 2016, encontramos un avance positivo de la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en los últimos 3 años, habiendo registrado en el periodo 2014 (35%) al 2016(33.4%) una reducción de 1.6%, alcanzando a un promedio anual de 0.5% reducción, siendo el mismo comportamiento a nivel Nacional donde la disminución es de 1.5% en el mismo periodo, Los años anteriores ha habido un mejor despliegue de disminución debido a la inyección presupuestal de European, para el desarrollo de intervenciones Sin embargo, aún superamos el promedio nacional, lo que conlleva a intensificar acciones, implementando las mejores estrategias y planteando otras con la participación intrasectorial e intersectorial, con el único fin de continuar reduciendo la DCI en nuestra región Huancavelica.

➤ **Cuadro N° 4.6 : Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años por provincia 2014 - 2016**

**DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES 5 AÑOS POR PROVINCIAS
2014-2016**

REDES DE SALUD	2014	2015	2016	puntos
ACOBAMBA	33	33	39	6
ANGARAES	35	34	36.4	1.4
CASTROVIRREYNA	33	31	32.6	-0,4
CHURCAMPA	29	30	32.9	3.9
HUANCAVELICA	32	30	35.2	3.2
HUAYTARA	33	34	36.1	3.1
TAYACAJA	31	35	32.6	1.6
REGION	35	34	34.5	0.5

Fuente. Sistema de Evaluación del estado Nutricional -SIEN-ESANS DIRESA -2014-2016

En el presente cuadro se aprecia el resultado de las intervenciones para la disminución de la Desnutrición crónica en niños menores de 5 años a nivel de provincias, en el periodo del 2014 al 2016 el cual nos revela el riesgo y la necesidad de continuar con las intervenciones puesto que si bien es cierto se bajó fuertemente en el periodo 2011 – 2014, en los últimos tres años los indicadores a nivel regional solo han bajado en 0,5%.

Aquí se puede manifestar que es clave la gestión de enfermería puesto que la conducción tanto en la Dirección Regional y las Redes de salud para asegurar que en los niveles operativos en lo que respecta al Programa Articulado Nutricional es liderado y orientado a través del profesional de enfermería y las estrategias aplicadas por cada enfermera siempre va orientada para lograr un resultado u objetivo.

➤ **Cuadro N° 4.7 : Presupuesto Asignado para el Programa Articulado Nutricional y European 2011 - 2016**

PRESUPUESTO DE ASIGANDO PARA EL PAN Y ADICIONAL EUROSPAN

AÑOS	EUROPAN	PAN	TOTAL
2011	9,000,000.00	20,325,899.00	29,325,899.00
2012	12,500,000.00	29,325,899.00	41,825,899.00
2013	11,953,125.00	34,231,174.00	46,184,299.00
2014		35,359,177.00	35,359,177.00
2015		38,462,625.00	38,462,625.00
2016		37,898,752.00	37,898,752.00
TOTAL	33,453,125.00	195,603,526.00	229,056,651.00

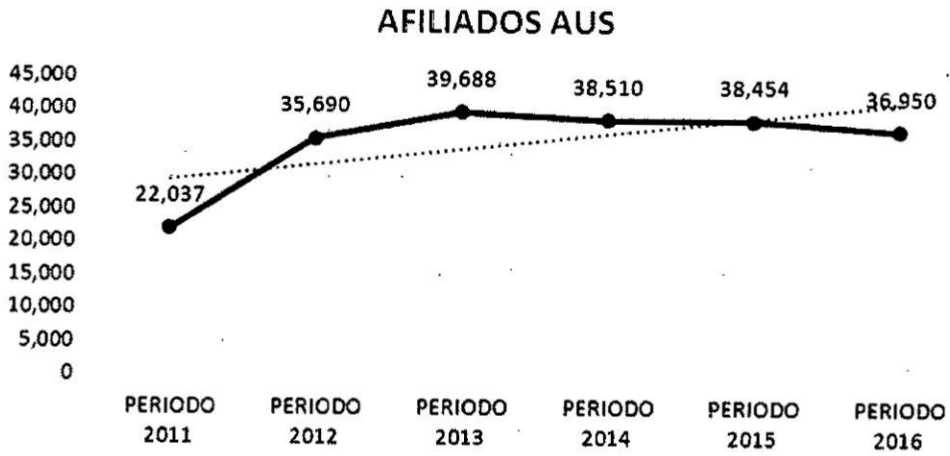
FUENTE: CONSULA AMIGABLE MEF

Se puede apreciar la inyección presupuestal entre el año 2011 y 2013 por European el cual permitió la baja significativa de este indicador, para la intervención e implementación de acciones a nivel regional.

Sin embargo a partir del año 2014 solo se contó con el presupuesto PAN, bajando drásticamente los montos presupuestales, y si cruzamos aquello con los resultados de Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años, se puede observar un estancamiento del avance de coberturas de este indicador.

➤ Cuadro N° 4.8 Ampliación De coberturas de afiliación en niños menores De 5 Años

AMPLIACIÓN DE COBERTURAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



FUENTE SIS DIRESA HUANCAVELICA 2011 - 2016

➤ Cuadro N° 9 : Afiliación SIS en niños de 0 a 5 Años de edad

en la Ley Marco de Aseguramiento Universal Activos- Región Hvca.

AFILIADOS SIS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD EN LA LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL ACTIVOS - REGION HUANCVELICA

PROVINCIA	POBLACION 2011			POBLACION 2012			POBLACION 2013			POBLACION 2014			POBLACION 2015			POBLACION 2016		
	ASEGURA DOS AUS	POBLA CION INEI	%	ASEGURA DOS AUS	POBLA CION INEI	%	ASEGURA DOS AUS	POBLA CION INEI	%	ASEGURA DOS AUS	POBLA CION INEI	%	ASEGURA DOS AUS	POBLA CION INEI	%	ASEGURA DOS AUS	POBLA CION INEI	%
HUANCVELICA	8385	25020	34%	11658	25,011	47%	12691	24,982	51%	12135	24,969	49%	12068	24,901	48%	11687	24,746	47%
ACOBAMBA	3211	12053	27%	4395	12,238	36%	4603	12,415	37%	4697	12,572	37%	4681	12,716	37%	4603	12,629	36%
TAYACAJA	4672	17897	26%	8465	17,705	48%	9880	11,211	88%	9509	17,257	55%	9408	17,019	55%	4723	16,921	28%
ANGARAES	2849	11176	25%	4261	11,198	38%	5123	17,488	29%	4949	11,189	44%	4882	11,150	44%	8929	11,095	80%
CASTROVIRREYNA	971	2989	32%	1479	2,925	51%	1562	2,876	54%	1516	2,819	54%	1556	2,759	56%	1442	2,722	53%
CHURCAMP	1152	8043	14%	3514	7,939	44%	3683	7,807	47%	3673	7,675	48%	3857	7,535	51%	3739	7,435	50%
HUAYTARA	797	3497	23%	1918	3,455	56%	2146	3,399	63%	2031	3,323	61%	2002	3,248	62%	1827	3,188	57%
Total general	22037	80675	27%	35690	80471	44%	39688	80178	49%	38510	79804	48%	38454	79328	48%	36950	78736	47%

FUENTE SIS DIRESA HUANCVELICA 2011 - 2016

- La cobertura de afiliación ha ido incrementándose año a año a nivel Regional incrementando sus coberturas la Provincia de Angaraes y bajando considerablemente la Provincia de Tayacaja, que induce a intervenciones focalizadas.
- Este trabajo de intervención se dan a través de la Gestión de Enfermería liderada desde la Dirección Ejecutiva de salud de las Personas de la DIRESA, la Dirección de Atención Integral de la DIRESA cuyos cargos han estado bajo la conducción de profesionales de enfermería en los periodos del 2014 al 2016, las cuales continúan hasta la actualidad, Los profesionales de enfermería desde cada uno de los cargos tienen la responsabilidad de ir implementando estrategias a nivel operativo para mantener las coberturas de afiliados SIS menores de 5 años, lidiando siempre en la búsqueda de mejores coberturas cada año. Si observamos desde el 2011 (27%) al 2016 (47%) se ha ido mejorando sustancialmente la cobertura de afiliación.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

La elaboración del presente informe:

1. Permite describir la Gestión Sanitaria de la Enfermera que contribuye en la disminución de la Desnutrición Crónica en niños menores de 05 años en la Dirección Regional de Salud Huancavelica, durante los años 2014 -2016, a través de la implementación de diversas estrategias
2. Acercamiento y acceso de los servicios de salud a la población sobre todo en las zonas más alejadas y dispersas mediante la implementación de Intervenciones realizadas en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud mediante la creación de establecimientos de salud y mejora de la capacidad resolutive de los mismos.
3. El trabajo de enfermería en el campo preventivo, promocional y de recuperación en los niveles operativos hace que las brechas de uso de los servicios de Salud se vayan cerrando paulatinamente haciendo que la población haga uso de los servicios de salud.
4. Avance positivo de la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en los últimos 3 años, habiendo registrado en el periodo 2014 (35%) al 2016(33.4%) una reducción de 1.6%, alcanzando a un promedio anual de 0.5%
5. Respaldo político, compromiso técnico y aceptabilidad social, para continuar con la reducción progresiva y sostenida de la anemia en nuestra región.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Continuar con el compromiso político del equipo multidisciplinario principalmente de la enfermera por las niñas y niños de la región y establecer sinergias con los diferentes niveles de Gobierno para el logro de objetivos.
2. Alinear todas las intervenciones y esfuerzos bajo un objetivo común y cumplimiento de los compromisos regionales, fortaleciendo las acciones de coordinación y articulación intra e intersectoriales para el logro de los objetivos.
3. Mayor compromiso de los Gobiernos Locales en el fortalecimiento de las acciones comunitarias que contribuyan a la atención integral con el seguimiento a las familias y el cierre de brechas en agua y saneamiento, entre otros servicios clave

CAPITULO VII

REFERENCIALES

1. Ministerio de Salud. 2014 Documento Técnico: PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN EL PAIS, PERIODO 2014 – 2016
2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) 2006. "Nutrición y Desarrollo: Un Reto Mundial" FAO Corporate Document Repository.
3. Encuesta Demográfica y de salud Familiar 2015. Nacional y Departamental ENDES - 2015
4. Martínez S,. (2011). Hacer frente a la Desnutrición Infantil. <http://importanciadeladesnutricioninfantil.blogspot.pe/>
5. Velásquez A,.(2005) Factores económicos asociados a la nutrición e impacto de programas de reducción de la pobreza en la desnutrición de países en desarrollo - Una revisión sistemática. <http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/ev Revision S istematica economia nutricion AV fin.pdf>
6. Encuesta Demográfica y de salud Familiar 2016. Nacional y Departamental ENDES - 2016
7. Portillo V. 2012. Tesis Doctoral "Malnutrición y rendimiento Neuropsicológico; Efectos de la suplementación con Omega – 3 en niños Mexicanos". Universidad de Granada. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
8. Courtois V. 2014. Tesis Doctoral "Situación nutricional en escolares de Santiago el Pinar, Chiapas – México". Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Nutrición y Bromatología.

9. Ardón C , 2012. Tesis Doctoral “La Formación de Recursos Humanos como estrategia de Apoyo a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). El caso de la Educación superior en Honduras” de Madrid Universidad Politécnica de Madrid – Escuela Técnica Superior de Ingenieros Agrónomos, Departamento de Proyectos y Planificación Rural.
10. Moscoso B.,(2015). Tesis doctoral en Nutrición y Dietética, por Sobre los “Efectos de un Programa de Intervención Familiar con Dieta Mediterránea tradicional en patologías de la infancia, en Ciudad Real. Universidad de Castilla La Mancha. Departamento de Biomedicina Experimental.
11. Beltrán, A., & Seinfeld, J. 2011. Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú. Apuntes: Revista de Ciencias Sociales, 38(69), 7-54. Recuperado de <http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/82/65>
12. Granada P., (2012) Tesis Doctoral: Interacciones vinculares en el Sistema de Cuidado Infantil en Contextos de Pobreza y Desnutrición Crónica Temprana. Centro Poblado “Mi Perú” Distrito de Ventanilla, callao – Perú
13. Beltrán A. & Seinfeld J. (2009) en su Documento de Discusión “Desnutrición Crónica Infantil en el Perú – Un Problema persistente”. Centro de Investigación de la Universidad del Pacifico.DD/09/14.
14. Según Arámbulo C. (2013) en su Tesis para optar el grado de Magister en Ciencias Políticas con mención en Gestión Pública y Políticas Públicas “Luces y sombras en torno al programa Articulado Nutricional. Analizando la Política Pública desde la Relación Estado – Sociedad Civil en el Perú, durante el Periodo 2000 .2012”. Pontificia Universidad Católica del Perú – Escuela de Gobierno- Lima Perú.
15. Sobrino C., Antonio J., Cunha A., Dávila M., y Alarcón J., Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Rev Panam Salud Pública. 2014;35 (2):104 -12.

16. Cancela M., Lic. en Nutrición. artículos publicados en Innatia.
<http://www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-grados-de-desnutricion-en-los-ninos.html#que-es-la-desnutricion>
17. Martínez R. y Fernández A. 2006. “Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina” CEPAL – PMA. Publicación de las Naciones Unidas. Serie 52. ISSN impreso 1680-886X. ISSN electrónico 1680-8878 Santiago de Chile.
18. Arena L., Arias J., Beltrán S., Izaguirre M.. Fundamentos UNS. 2012. El Cuidado – Virginia Henderson.
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html>
19. pucp.edu.pe. 2016. Informe Punto Edu sobre desnutrición y anemia en el Perú.

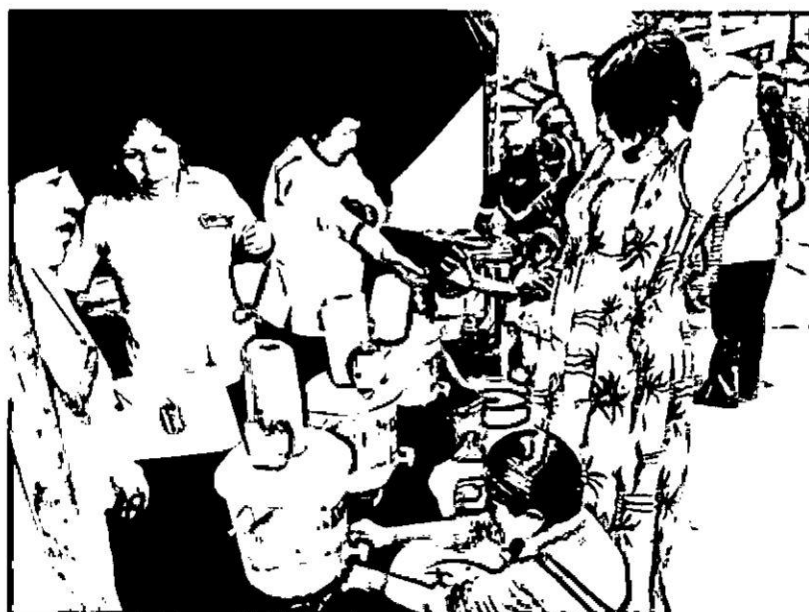
ANEXOS

ANEXOS

CONCURSO DE BEBE MAMONCITO, PROMOCIONANDO LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



INTERVENCIONES NURIWAWA: CAMPAÑA LAVADO DE MANOS



CAMPAÑAS DE PARA EL USO DE MULTIMICRONUTRIENTES



ELABORACIÓN DE MURALES



FIRMA DE PACTO REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE DNCRI



PACTOS PROVINCIALES



CAPACITACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL



CAMPAÑA DE VACUNACIÓN



CON AUTORIDADES DEL GOBIERNO REGIONAL Y DIRESA



CAMPAÑA DE DESPARASITACIÓN



ACCIONES EN FAVOR DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL



ORDENANZA: "PROGRAMA REGIONAL DE SUPERACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA Y DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL 2011 -2014"



GOBIERNO REGIONAL DE
HUANCAVELICA
CONSEJO REGIONAL

ORDENANZA REGIONAL Nº 184-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 07 de Setiembre de 2011.

POR CUANTO:

EL CONSEJO REGIONAL DE HUANCAVELICA:

Ha dado la Ordenanza Regional siguiente:

ORDENANZA REGIONAL QUE APRUEBA EL "PROGRAMA REGIONAL DE SUPERACION DE LA POBREZA EXTREMA Y DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL" 2011-2014".

Que, los Gobiernos Regionales emanan de la voluntad popular, son personas jurídicas de Derecho Público con autonomía política, económica y administrativa teniendo por misión organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, comparativas, y delegadas en el marco de las políticas nacionales y sectoriales para la contribución al desarrollo integral y sostenible de la región, sus normas y disposiciones se rigen por los principios de exclusividad, territorialidad, legalidad y simplificación administrativa.

Que, el Gobierno Nacional ha emitido una serie de Dispositivos Legales, tendientes a reducir la pobreza y mejorar la calidad humana, los mismos que se implementan mediante un conjunto de programas sociales, dispositivos dentro de los que se destacan el Decreto Supremo Nº 055-2007-PCM, Estrategia Nacional CRECER; el Decreto Supremo Nº 066-2004-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015, entre otros.

Que, el Gobierno Regional de Huancavelica, en su Plan de Desarrollo Concertado Regional 2008-2015 tiene como visión: "Huancavelica ha mejorado su calidad de vida con énfasis en Salud y Educación, con identidad fortalecida e integrada, utiliza racionalmente los recursos naturales, desarrollando el crecimiento sostenido de su economía con capacidad competitiva en un país descentralizado con equidad y convivencia democrática participativa".

Que, en nuestra Región, el actual Gobierno ha suscrito con las organizaciones de la sociedad civil y pueblo huancavelicano el "Acuerdo de Gobernabilidad y Desarrollo de Huancavelica al 2014", documento que expresa el compromiso en la reducción de la Pobreza Extrema y Desnutrición Crónica Infantil, mejoramiento en logros de aprendizaje y un mayor acceso a la educación inicial; entre otros indicadores sociales, económicos,



PLAN REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DNCRI Y LA PREVENCIÓN DE ANEMIA 2017-.2021



DOCUMENTO TÉCNICO

PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN EL PAÍS, PERIODO 2014 – 2016

R.M. - Nº 258 - 2014/MINSA



**Ministerio de Salud
Lima - Perú
2014**



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PEDIÁTRICA

PROGRAMA ATENDIENDO PREVENCIÓN

**ESTRATEGIA NUTRICIONAL DE ALIMENTACIÓN Y ALIMENTOS
BALANCE**

**PLAN REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA
PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN HUANUCAY, ICA,
PERÚ 2017 - 2021.**



**Coordinadora Regional Perú 2017-2021
DR. BEATRIZ BARRERA MORALES DE LA FUENTE**