



Maestría en Ciencias

Mención: Promoción y Educación para la salud

Línea: Salud

Proyecto de Tesis:

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO BENEFICIARIO DE LOS
PROGRAMAS SOCIALES: PIN, JUNTOS, PREDECI; DEL PUESTO
DE SALUD DE MIRAFLORES, BAMBAMARCA. 2011- 2012.**

Por:

YonyHaydée Cieza Irigoín

Asesora:

Mg. Katia Maribel Pérez Cieza

Chota, Perú

Chota, Julio de 2014

COPYRIGHT © 2014 by

YONY HAYDÉE CIEZA IRIGOÍN

Todos los derechos reservados



Maestría en Ciencias

Mención: Promoción y Educación para la salud

Línea: Salud

TESIS APROBADA:

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO BENEFICIARIO DE LOS
PROGRAMAS SOCIALES: PIN, JUNTOS, PREDECI; DEL PUESTO
DE SALUD DE MIRAFLORES, BAMBAMARCA – 2011- 2012**

Por:

YonyHaydée Cieza Irigoín

Comité Científico:

.....
Dra. Marina V. Estrada Pérez
Cieza Miembro de Comité Científico

.....
Mg. Katia Maribel Pérez
Miembro de Comité

ASESOR

.....
Dra. Martha V. Abanto Villar
Miembro de Comité Científico

.....
Dra. Norma B. Campos Chávez
Miembro de Comité Científico

Chota, Julio de 2014

A:

Dios, por haberme obsequiado el regalo más maravilloso que es la vida y porque sé que está junto a mí en cada instante brindándome la fuerza mística necesaria para hacer realidad mis más preciados sueños.

A mis padres, por haberme diseñado un camino imbuido de valores configurándose paulatinamente en un ejemplo digno de superación y por su apoyo abnegado en todas mis decisiones hasta ver concretizado cada uno de mis proyectos propuestos brindándome su inexhausto amor y sustento incondicional.

CONTENIDO

Ítem	Página
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Referencial Histórico.....	9
2.2. Antecedentes.....	12
2.3. Bases teóricas.....	20
Parte I. Programas sociales.....	20
Parte II. Estado nutricional del niño.....	29
CAPÍTULO III. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	42
3.1. Definición operacional de las variables.....	42
3.2. Unidad de Análisis, población y muestra.....	43
3.3. Tipo y descripción del diseño de contrastación de la hipótesis.....	44
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	44
3.5. Técnica de Procesamiento y análisis de datos.....	46
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	76
APÉNDICES.....	78
LISTA DE REFERENCIAS.....	83

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas aquellas personas que coadyuvaron en la culminación de este trabajo de investigación; así como, al personal del Puesto de Salud Miraflores, C.S. Tambo y Red Bambamarca.

También agradezco a todas las madres de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, JUNTOS y PREDECI que me brindaron su apoyo y confianza para la recolección de información sobre sus percepciones, actitudes tanto de ellas como de sus niños.

A la escuela de Post-Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca y a los docentes que contribuyeron, con sus sabios consejos y su profesionalismo, en mi formación profesional.

Agradezco de manera especial a mi asesora de tesis, quien con sus vastos conocimientos e idóneo apoyo me supo guiar en el desarrollo de la presente investigación desde su inicio hasta la culminación.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Tablas	Página
1. Estado nutricional de niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	47
2. Estado nutricional del niño de 0 – 5 meses, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	49
3. Estado nutricional del niño de 6 - 11 meses, P.S.Miraflores – Bambamarca.....	51
4. Estado nutricional del niño de 12 - 35 meses, P.S.Miraflores – Bambamarca.....	54
5. Condición de la vivienda de la familia de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	56
6. Consumo de agua de la familia de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	57
7. Religión de la familia de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	60
8. Grado de instrucción de la madre de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	62
9. Nivel de hemoglobina de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	64
10. Niños beneficiarios en los programas sociales, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	68
11. Programas sociales y estado nutricional, de los niños menores de tres años, P.S. Miraflores – Bambamarca.....	71

LISTA DE ABREVIACIONES

PIN:	Programa Integral de Nutrición.
JUNTOS:	Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres.
PREDECI:	Programa de Desnutrición Crónica Infantil.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
PMA:	Programa Mundial para Alimentos.
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PCM:	Presidencia del Consejo de Ministros.
ADRA:	Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales.
CARE:	Cooperativa de Ayuda Remesas Exteriores.
CÁRITAS.	Institución de la Iglesia Católica caritativa y de la promoción humana.
PRISMA:	Asociación Privada para el Desarrollo Agropecuario y el Bienestar Social.
MCLCP:	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PRONAA:	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
ONAA:	Oficina Nacional de Apoyo Alimentario
PAD:	Programa de Asistencia Directa.

USAID:	United States Agency for International Development
ENAH0:	Encuesta Nacional de Hogares.
ENNIV:	Encuesta Nacional de Medición de Niveles de Vida.
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
NCHS:	National Center for Health Statistics
DCI:	Desnutrición Crónica Infantil.
DIRESA:	Dirección Regional de Salud.
CDT:	Comité de Desarrollo Técnico.
CRED:	Control de Crecimiento y Desarrollo.
CPN:	Control Prenatal
IRA:	Infección respiratoria Aguda.
JASS:	Juntas Administradoras de Sistemas de Saneamiento
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
PACFO:	Programa de Alimentación Complementaria Para los Grupos en Mayor Riesgo.
PANFAR:	Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo.
T/E:	Talla para la edad.
P/T:	Peso para la talla.
P/E:	Peso para la edad.
CENAN:	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
PRONOEI:	Programa no Escolarizado de Educación Inicial.

CEIs: Centros Educativos Iníciales.

SERUMS: Servicio Urbano Marginal de Salud.

MINSA: Ministerio de Salud.

PpR: Presupuesto por Resultados.

CAS: Contrato Administrativo de Servicios.

DISA: Dirección de Salud.

SIEN: Sistema de Información del Estado Nutricional.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado: “Estado Nutricional del niño beneficiario de los programas sociales: PIN, JUNTOS y PREDECI; del Puesto de Salud Miraflores, Bambamarca - 2011”; tuvo como objetivo evaluar y analizar el estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, JUNTOS, PREDECI. Es de tipo exploratorio – descriptivo y de diseño no experimental. La muestra fue de 72 niños menores de tres años de edad y el instrumento utilizado fue el cuestionario. Los resultados encontrados fueron: 50% de los niños menores de tres años beneficiarios, presentaron desnutrición crónica, el 43,8% presentaron anemia leve, el 58,3% de niños son beneficiarios de los tres programas. En cuanto a los aspectos socio-demográficos tenemos que el 80,6% tuvo vivienda propia; el 69,4% tienen agua entubada para consumo; el 55,6% practica la religión adventista y el 51,4% de madres ostenta el grado de instrucción correspondiente a analfabeta. El 61,1% de los niños son beneficiarios de los tres programas y presentan desnutrición crónica. Además, presentan otros tipos de estado nutricional; tales como: la desnutrición global, desnutrición aguda, sobrepeso, obesidad y normal. Se contrasta la hipótesis y se demuestra que, el estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, PREDECI y JUNTOS de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores presentan niveles elevados de desnutrición.

PALABRAS CLAVES: Estado nutricional; programas sociales: PIN, PREDECI y JUNTOS.

ABSTRACT

The present titled investigation study: "The boy's beneficiary of the social programs Nutritional state: PIN, TOGETHER AND PREDECI; of the Position of Health Miraflores, Bambamarca - 2011"; he/she had as objective to evaluate and to analyze the nutritional state of the children beneficiaries of the social programs: PIN, TOGETHER, PREDECI. It is of exploratory type - descriptive and of non-experimental design. The sample belonged to 72 children smaller than three years of age and the used instrument was the questionnaire. The opposing results were: the children's 50% smaller than three years beneficiaries, presented chronic malnutrition, 43,8% presented light anemia, 58,3% of children is beneficiaries of the three programs. As for the partner-demographic aspects we have that 80,6% had own housing; 69,4% has water tubed for consumption; 55,6% practices the religion Adventist and 51,4% of mothers it shows the instruction grade corresponding to illiterate. 61,1% of the children is beneficiaries of the three programs and they present chronic malnutrition. Also, they present other types of nutritional state; such as: the global malnutrition, sharp malnutrition, overweight, obesity and normal. The hypothesis is contrasted and it is demonstrated that, the nutritional state of the children beneficiaries of the social programs: PIN, PREDECI and TOGETHER of the jurisdiction of the Position of Health Miraflores presents high levels of malnutrition.

KEY WORDS: Nutritional state; you program social: PIN, PREDECI AND TOGETHER.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En el Perú el INEI informa que para el año 2009 la prevalencia de la desnutrición crónica en el ámbito nacional fue 18,3%, es decir, se redujo 4,6 puntos en el período 2005-2009. Asimismo, las brechas entre la zona rural y urbana se ha reducido en 2,7 puntos, esta situación es alentadora. Sin embargo, continúa siendo preocupante que la desnutrición crónica afecte a más de la tercera parte de las niñas y niños de las zonas rurales (32,8%), quienes son más vulnerables debido a las condiciones de pobreza y exclusión en que viven en la zona rural.

Según resultados obtenidos del Censo de Población del 2007, a nivel de distritos, 383 (sobre un total de 1,834) han sido clasificados con un nivel de vulnerabilidad “muy alta”. En el siguiente nivel categorizado con “vulnerabilidad alta” se registran 474 distritos. (Cam. D, 2010).

En nuestro país, una de las principales amenazas en los niños menores de cinco años es la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida. Las consecuencias de una deficiente alimentación además de inhibir el desarrollo cognitivo y físico de los menores, afectan también su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y el país. Aun los niveles

de desnutrición en niños menores de cinco años siguen siendo elevados, pese a los programas sociales impulsados por el Gobierno Central fue la conclusión presentado por el Programa Mundial para Alimentos (PMA), de las Naciones Unidas en el Perú y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010).

En el Perú la desnutrición infantil constituye uno de los problemas más graves de salud pública; porque a fines del siglo XX uno de cuatro niños menores de 5 años presentaba desnutrición crónica; proceso que es irreversible que genera en la niñez afectada un daño permanente en su potencial físico e intelectual, disminuyendo su capacidad de aprendizaje, que se refleja en su rendimiento escolar bajo. (MINSA/OGE.2001).

La situación económica que vive nuestro departamento según el nivel de vida es muy precaria, ya que de los 127 distritos, 25 son extremadamente pobres (Tasa de Desnutrición Promedio 46,4%), 71 son muy pobres (Tasa de Desnutrición Promedio 43,6%), 28 distritos catalogados como pobres (Tasa de Desnutrición Promedio 33,5%), 3 distritos con nivel de vida regular (Tasa de Desnutrición Promedio 18,2%) y no existiendo distrito alguno con nivel de vida aceptable (Tasa de Desnutrición Promedio 8,4%). Los once distritos con niveles de desnutrición superior al 50% de nuestro departamento están ubicados en las provincias de Cajamarca, Celendín, Chota, Cutervo, San Ignacio y Santa Cruz. (Medina, R. 2000).

La experiencia de los programas sociales en México, Brasil, Colombia y Nicaragua muestran logros importantes en términos del incremento en las tasas de matrícula y asistencia escolar, así como una mejora en el uso de servicios de salud preventiva y un

aumento en los niveles de consumo en el hogar, reflejando algunos cambios en la nutrición del niño.

En México, las estadísticas de la Encuesta Nacional de Nutrición, llevadas a cabo en 1979, reportaron que el 54% de los niños del grupo preescolar con algún grado de desnutrición. En 1996, en la Encuesta Nacional de Alimentos mencionó la existencia de 42,7% menores de cinco años que padecían desnutrición; de éstos, 25,9% presentaron desnutrición leve, 12,7% moderada y 4,2% severa. Mientras que, los informes emitidos por la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 del Instituto Nacional de Salud Pública refirieron para ese año un número de 4'480 100 (25,2%) niños menores de cinco años con algún grado de desnutrición; de los cuales, 800 000 sufrían desnutrición de alto riesgo.

La desnutrición crónica está considerada como un indicador de síntesis en la calidad de vida debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su período de gestación, nacimiento y crecimiento. (OMS, 2009).

Para contrarrestar los elevados índices de desnutrición que se registran existen diferentes Programas Sociales con el objetivo de intervención en la reducción de la desnutrición infantil (basados en el articulado nutricional).

Los Programas Sociales constituyen una estrategia de lucha contra la pobreza. Con el fin de reducir las vulnerabilidades y riesgos que dificultan salir de esta situación, el

diseño de los programas permite afrontar muchos aspectos críticos de la situación económica y social.

Siguiendo el ejemplo de otros países en la región, el Perú ha implementado el programa JUNTOS, que es un programa nacional de responsabilidad de una Unidad Ejecutora de la PCM. Este Programa emblemático del gobierno central, creado en abril del 2005 por Decreto Supremo 032 - 2005 - PCM, considerado como el primer programa de transferencias monetarias implementado en el Perú, programa “clave” del gobierno en el marco de su política de Reducción de la Pobreza y Lucha contra la Desnutrición Infantil cuya finalidad es romper la transferencia intergeneracional de la pobreza mediante incentivos económicos que promuevan y apoyen el acceso a servicios de calidad en educación, salud, nutrición e identidad.

Otro de los programas de complementación alimentaria es el Programa Integral de Nutrición-PIN, programa preventivo promocional, que orienta su atención a la población según etapa de vida. El principal objetivo del programa PIN es “Contribuir a prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años, priorizando a los menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional para mejorar su calidad de vida”. Su misión es “Desarrollar y promover acciones articuladas e integrales, preventivo-promocionales, orientadas a la protección y desarrollo del capital humano y social en el marco de los derechos fundamentales de los niños y niñas”; a través de 3 componentes: Alimentario, Educativo y Componente Monitoreo y Evaluación.

Otro programa que tiene como objetivo disminuir en 8% la prevalencia de la desnutrición crónica es el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil-

PREDECI. Este programa se articula estratégicamente con otras intervenciones sociales en salud y nutrición; en especial, con la estrategia CRECER y el programa JUNTOS.

Vista esta problemática, surge el interés del presente estudio sobre el estado nutricional del niño menor de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores que son beneficiarios de los programas sociales (PIN, JUNTOS, PREDECI) y que, pese a su funcionamiento e intervención de éstos, aún se observa valores elevados de desnutrición en los niños.

Es necesario mencionar que, desde hace mucho tiempo nuestro país sigue presentando valores elevados de desnutrición crónica, y que aún no se logra disminuir en porcentajes considerable esta situación porque, al parecer, cuando se desarrollan estrategias para reducir la desnutrición se priorizan otros aspectos; tales como: la asistencia alimentaria, manejado sólo como un problema alimentario, sin tomar en cuenta su multicausalidad. Esto hace que no haya sido enfocado de manera multisectorial y las intervenciones no se desarrollen en forma coordinada y simultánea.

Diversas instituciones públicas y privadas trabajan implementando programas de reducción de la desnutrición y cuentan con una trayectoria importante en nuestro país; entre ellas, se puede mencionar a: ADRA, CARE Perú, CÁRITAS, PRISMA. Actualmente se han fortalecido con la incorporación de instituciones de reconocido prestigio como la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP), la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

(OPS/OMS), el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), UNICEF y USAID. Algunos informes de las acciones desarrolladas en los programas, muestran una reducción de la desnutrición infantil en 9,6 puntos porcentuales.

Los programas sociales, pese a sus objetivos principales de lograr la nutrición del niño, no han reflejado resultados positivos de su intervención en la praxis; por el contrario, se ha generado más irresponsabilidad en la población -en cuanto se refiere al cuidado de su salud- limitándose simple y llanamente a la recepción de un monto insuficiente de dinero, en el caso del programa JUNTOS, que es destinado para satisfacer asuntos superfluos que nada tienen que ver con la nutrición de sus niños. Este subsidio económico se ha convertido en un incentivo previo al cumplimiento de compromisos en las áreas de salud, nutrición, educación y desarrollo de la ciudadanía.

El Programa Integral de Nutrición-PIN, cuya finalidad siempre ha sido el de garantizar el fortalecimiento del estado nutricional de grupos vulnerable como los menores de cinco años, las gestantes, lactantes y los de la tercera edad. La práctica, su acción principal, se resume sólo a la distribución de alimentos; quedando los otros componentes -los educativos- relegados a simples orientaciones colectivas antes de la distribución en caso especial de los alimentos donados en el PIN.

La Intervención del PREDECI, no ha mostrado cambios en el estado nutricional de los niños; por lo tanto, aún se mantiene la desnutrición como uno de los problemas más graves de la sociedad.

La importancia del presente estudio radica en la gran utilidad que significará para los profesionales de la salud y todas las entidades públicas y privadas que tienen como objetivo disminuir la desnutrición porque permitirá tomar diferentes alternativas frente a este gravísimo problema; de tal manera que, se reviertan las cifras alarmantes y obtener cambios positivos en la población infantil peruana.

Como problema de investigación se planteó la pregunta: ¿Cuál es el estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, JUNTOS, PREDECI del Puesto de Salud de Miraflores, Bambamarca – 2011?

Se consideró como hipótesis: H1: El estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, PREDECI, JUNTOS de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores no presentan niveles elevados de desnutrición.

Se propuso como objetivo general: determinar el estado nutricional de los niños menores de tres años beneficiarios del PIN, JUNTOS, PREDECI. Además, como objetivos específicos: identificar las características socio demográficas de la madre; determinar los niveles de hemoglobina del niño; categorizar los programas sociales PIN, JUNTOS, PREDECI y el estado nutricional de los niños beneficiarios de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores, Bambamarca – 2011.

El trabajo es de tipo exploratorio- descriptivo. Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista y como instrumento un cuestionario. La entrevista fue aplicada a cada madre de familia o cuidadora de un niño. El cuestionario, formulado en base a preguntas cerradas y abiertas. La información obtenida nos

proporcionó los elementos para llevar adelante un análisis cuantitativo de los datos con el fin de identificar y conocer la magnitud del problema. Dicho procesamiento y análisis se realizó en el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN).

Los resultados muestran que la mayoría de niños menores de tres años beneficiarios de los programas sociales: PIN, JUNTOS y PREDECI presentan desnutrición crónica y anemia leve. Asimismo, pertenecen a más de un programa social, cuentan con vivienda propia, agua entubada para consumo y practican la religión adventista. Además, las madres presentan un grado de instrucción analfabeta.

Estructuralmente el estudio consta de cuatro capítulos. **CAPÍTULO I:** Corresponde a la Introducción, en la cual se incluye concretamente el contenido de la tesis; así como, información respecto al problema de investigación y algunos aportes obtenidos a través del estudio. **CAPÍTULO II:** Corresponde al marco teórico que se compone de los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. En el **CAPÍTULO III:** Se considera al diseño de contrastación de la hipótesis. En el **CAPÍTULO IV:** se presentan los resultados obtenidos y la discusión. En el **CAPÍTULO V:** las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta los apéndices y la lista de referencias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. REFERENCIAL HISTÓRICO.

Los programas sociales en el Perú han sido objeto de muchas críticas en cuanto a su focalización, tanto medida como la proporción de la población pobre que se beneficia de los programas, como la proporción del presupuesto que se gasta en esta población. Existen diferentes programas sociales que brindan directamente dinero como es el programa JUNTOS o programas alimentarios que constituyen una forma de atención focalizada a determinados grupos sociales en situación de vulnerabilidad.

El programa JUNTOS busca romper la transferencia intergeneracional de la pobreza mediante incentivos económicos que promuevan y apoyen el acceso a servicios de calidad en educación, salud, nutrición e identidad. Su estrategia de intervención se sustenta en: garantizar la oferta y el acceso de un paquete de servicios de salud, nutrición y educación de acuerdo al ciclo de vida de las beneficiarias y beneficiarios en corresponsabilidad con los sectores del gobierno nacional, regional y local. Y entregar transferencias monetarias a hogares priorizados que cumplen sus corresponsabilidades.

A julio del 2009, el Programa tiene una cobertura de atención de 416,191 hogares beneficiarios que reciben los S/. 100 nuevos soles, ubicados en 638 distritos de 14 departamentos: Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco,

Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Loreto, Pasco, Piura y Puno. Además se ha ampliado la cobertura en 69 distritos; ya que, a diciembre 2012, la intervención fue en 1011 de éstos.

En el programa JUNTOS se ha continuado el fortalecimiento de las Unidades Territoriales con la incorporación de 95 Gestores propiciando una mayor cobertura en cada ámbito. Asimismo, su finalidad es la de difundir los lineamientos de gestión y metas institucionales 2013.

El Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil “PREDECI” inició acciones en el año 2008; teniendo como objetivo general, disminuir en 6 puntos porcentuales la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 3 años, mediante diferentes estrategias y enfoques preventivo promocionales contra la desnutrición, al cabo de tres años en el ámbito de intervención.

Actualmente, se amplió a otros ámbitos, mediante la formulación del proyecto ALIANZA POR LA NUTRICION EN CAJAMARCA PREDECI, el cual se formalizó el 27 de enero de 2010 con la firma de la guía de entendimiento entre los diferentes socios. La firma se concretó con la Fundación Clinton y USAID en abril y octubre 2010 respectivamente.

El Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) fue creada por Decreto Supremo N° 020-92-PCM, el 03 de Febrero de 1992, sobre la base de la fusión de la Oficina Nacional de Apoyo Alimentario (ONAA) y del Programa de Asistencia Directa (PAD).

Por Decreto Ley N° 21788, de fecha 01 de febrero de 1977, se dictó la Ley Orgánica de la Oficina Nacional de Apoyo Alimentario -ONAA-, con la finalidad de contribuir a la elevación de los niveles alimentarios y nutricionales de la población, bajo el marco legal de persona jurídica de derecho público con autonomía administrativa y económica. Mientras que, por Decreto Supremo N° 059-89-MIPRE de fecha 23 de octubre de 1989, se creó “El Programa de Asistencia Directa” –PAD-, con la finalidad de brindar asistencia alimentaria a las áreas urbano – marginales y zonas rurales deprimidas de nuestro país; bajo el marco legal de persona jurídica de derecho público, con autonomía económica, técnica, financiera y administrativa.

Es evidente que ambas entidades cumplieron el mismo rol orientado a mejorar el nivel de vida alimentaria de la población de menores recursos económicos; por lo que, fue necesario continuar con estos servicios de manera permanente, racional y de acuerdo a un severo programa de austeridad en el gasto público. Consecuentemente debió crearse un organismo encargado de las funciones y metas de asistencia alimentaria que cumplieron el PRONAA y el PAD. Para tal efecto, se les dotó de los recursos presupuestarios indispensables para el cabal cumplimiento de sus fines de conformidad con el Artículo 211, inciso 20 de la Constitución Política del Perú y con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros. Además, con cargo de dar cuenta al Congreso; se decretó:

Crear el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria -PRONAA- que está constituido por la Oficina Nacional de Apoyo Alimentario -ONAA- que se transfiere del Sector Agricultura al Sector Presidencia del Consejo de Ministros y por el Programa de Asistencia Directa –PAD-, cuya respectivas funciones asumirá.

El Programa creado constituye un Pliego Presupuestal del Sector Presidencia del Consejo de Ministros, dentro del Volumen 06 Instituciones Públicas Descentralizadas, y la transferencia comprende recursos humanos, financieros, presupuestales, materiales y acervo documentario; así como, los recursos presupuestales asignados al Programa 02 “Programa Asistencia Directa” del Pliego 05 Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social.

En el año 2006, como producto de la fusión de diversos Programas Alimentario Nutricionales que ejecutaba el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria-PRONAA, fue creado el Programa Integral de Nutrición – PIN. Programa preventivo promocional que orienta su atención a la población, según etapa de ciclo de vida y bajo el enfoque de protección del capital humano; priorizando su acción hacia los niños y niñas menores de 3 años, madres gestantes y lactantes pobres y extremadamente pobres del país; así como, aquéllos con alto riesgo nutricional. El PRONAA corresponde actualmente a las acciones del Programa Integral de Nutrición (PIN).

El Programa Nacional de Asistencia PRONAA Alimentaria (PRONAA) y el Programa Integral de Nutrición (PIN) dejó de funcionar y se dio inicio al QalliWarma, plan de QALLI alimentación escolar el primero de marzo de 2013. El nuevo programa busca una mayor relación y participación de la comunidad educativa y una mejora en la alimentación; así como también, fomenta el desarrollo y reconocimiento de las cocinas regionales que brindan desayunos y almuerzos escolares: además, de los distintos programas en los que colabora.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Hasta la actualidad se han realizado múltiples estudios e investigaciones referentes a la desnutrición; siendo resultado de múltiples factores; tales como: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre y hacinamiento, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, entre otras. Todas ellas, asociadas generalmente a la pobreza de la familia, su bajo nivel educativo, a la ineficiente inversión social, escasa priorización en los grupos más vulnerables y al uso ineficiente de los recursos del Estado

.
UNICEF. Perú. (1990). En un trabajo sobre el estado Mundial de la Infancia, propuso un modelo explicativo de la malnutrición infantil, entre las causas básicas. Incluye aspectos relacionados al capital humano, como nivel educativo o de información de los padres y cuidadores del niño; así como su disponibilidad para atenderlo. También incluye los recursos económicos que se refiere al nivel de ingresos, disponibilidad de bienes, calidad del empleo, etc. Por último, se encuentra el subgrupo de recursos organizacionales que se refiere a la capacidad de acceder a aquellos bienes y servicios de participación en redes sociales.

Gamonal, O & Regalado, M. Perú. (1999). En su estudio, asevera que la deficiente nutrición es un problema que afecta a la población infantil de las zonas urbana y rural y los factores condicionantes involucrados probablemente de mayor importancia son: situación económica, sociocultural, desconocimiento del valor calórico – proteico de los alimentos en la dieta diaria. La repercusión negativa afecta directamente el estado nutricional del niño.

Musgrove, P. Perú. (1993). Feeding latinamerica's children. world bank res obs. En América Latina se ha gastado billones de dólares anuales para subsidiar o proveer alimentos para gente en riesgo de desnutrición, a un costo de 20 dólares por beneficiario ó 4 dólares per cápita. Sin embargo, la prevalencia de la desnutrición se mantiene, lo cual sugiere que estos gastos son pobremente dirigidos o inefectivos.

ENDES. Perú. (2000), Realizó un trabajo siguiendo las normas internacionales y utilizando instrumentos de precisión. De la información sobre la talla para la edad o desnutrición crónica demostró lo siguiente: una cuarta parte de los niños menores de 5 años en el Perú (25%) adolecerían de desnutrición crónica; es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad. La desnutrición crónica afecta por igual a niños y niñas pero aumenta rápidamente con la edad hasta alcanzar el 31% entre los niños próximos a cumplir 5 años. La desnutrición crónica afecta con mayor intensidad a los niños del área rural y a los residentes en los departamentos de Cajamarca, Huánuco, Apurímac, Cusco y Huancavelica donde más del 40% de los niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica. Los menos afectados con la desnutrición crónica, son los niños de madres con educación superior; pues solo el 7% de ellos sufren retardo de crecimiento.

Alcázar L. (2001); Gajate e Inurritegui. Perú. (2001). Estimaron el impacto nutricional del PIN, utilizando datos de la ENNIV 2000, complementada con información distrital de los censos disponibles y los mapas de pobreza del FONCODES y aplicando la metodología Propensity Score Matching. El estudio se concentró en la evaluación del impacto del programa en la nutrición de niños de hasta 5 años; usando como variable *proxy*, la talla para la edad y, como variables de control,

características del niño, la madre y el jefe del hogar, el hogar el distrito y geográficas. Los modelos alternativos utilizados hallaron un efecto negativo del programa. Resultados atribuidos a la existencia de variables omitidas (nivel de nutrición de la madre u orden de nacimiento del niño) o a un sesgo de selección (características de quienes participan en el programa).

PRISMA. Perú. (2002). Realizó un estudio sobre el funcionamiento del PIN y de las características socioeconómicas y de salud de sus beneficiarios; encontrando por ejemplo, que solo 25% de los niños habían recibido todas las raciones que les correspondían y, únicamente 45% de las familias, habían recibido las charlas y los controles de salud correspondientes. En cuanto al impacto nutricional, los resultados indicaron que los niños experimentaban una mejora en corto plazo.

El Instituto Cuánto y Maximize. Perú. (2002). Realizó una evaluación del PIN, basado en el seguimiento de las tendencias del nivel nutricional de beneficiarios y no beneficiarios con información de ENDES 1996 y 2000; así como de la encuesta del propio estudio. Éste encontró que los resultados nutricionales de los beneficiarios eran mejores que los de los no beneficiarios; aunque, halló también evidencia de altos niveles de desnutrición entre los beneficiarios del programa, posiblemente debido a la dilución del complemento alimenticio al interior de las familias y a la existencia de barreras culturales.

Alcázar, López – Calixy Wachtenheim 2003, Gajate Inurritegui 2001, Stifely Alderman. Perú. 2003, 2002 Y 2004. Encontraron importantes deficiencias en el Programa JUNTOS en los departamentos que cuenta con este programa; en particular,

que no cumple con sus objetivos, que enfrenta serios problemas de focalización y que un porcentaje muy significativo de los recursos que le son asignados se pierden en el camino y no llegan a los beneficiarios objetivo debido a ineficiencias, falta de información y corrupción en distintos niveles. Estos resultados suscitaron mucho interés y motivaron más de un proyecto de ley para modificar aspectos del programa, pero la fuerte oposición de grupos afectados impidió que los cambios se concretaran.

Stifel y Alderman. Perú. (2003). Buscamos medir el impacto nutricional del programa PIN, utilizando información de ENAHO, ENNIV, ENDES y las encuestas de monitoreo y seguimiento del gasto aplicadas por el Instituto Apoyo (encuestas de seguimiento del gasto público, PETS por sus siglas en inglés). Su modelo evalúa el impacto del programa en los niveles de nutrición, calculado sobre la base de la talla para la edad, controlando también las características del niño, del hogar y de los padres y el acceso a los servicios públicos. A diferencia del estudio anterior, que se basa en la participación en el programa, el efecto se mide en el gasto per cápita del programa a nivel distrital. Los resultados muestran que el efecto en la nutrición de los niños implicados no es significativo.

Instituto Peruano de Economía. Perú. (2007). Asevera que la evolución del gasto público en programas alimentarios y de nutrición infantil en el Perú, a pesar que desde 1997 hasta el 2005 se ha gastado en programas alimentarios 2 mil millones de dólares, es decir 260 millones de dólares anuales en promedio, no se logró reducir la desnutrición crónica.

Niños del Milenio. Perú. (2007). Realizó un estudio de carácter exploratorio en el departamento de Ayacucho, lugar donde se lanzó el programa Juntos y el trabajo de campo. Las localidades de estudio fueron el centro poblado menor Arizona y la comunidad de Rosaspata (distrito de Vinchos, provincia de Huamanga), los hallazgos del estudio muestran que la transferencia de 100 soles en efectivo, está teniendo un efecto en la mejora de condiciones de vida de las familias. Se evidencia especialmente una tendencia a consumir alimentos con mayor contenido proteico, invertir en mejoras en la vivienda y la compra de animales menores, en respuesta a los mensajes reiterados de los operadores del programa pero también a una preocupación de las familias por lograr un mínimo de capitalización. Se evidencia también que este monto resulta insuficiente en el caso de familias con muchos hijos, especialmente frente a los nuevos gastos generados por las mayores demandas. Esta situación requeriría contemplar, siguiendo la experiencia de países como México, subsidios diferenciados por tamaño de la familia, estableciendo un monto máximo por familia para evitar distorsiones tales como: Un aumento de los embarazos con el fin de ser elegibles por el programa.

Programa Mundial de Alimentos PMA. Perú. (2007). Realizó una investigación sobre los programas sociales y la clasificación de la anemia de los niños menores de 5 años, según criterio de gravedad como problema de salud pública. Sus resultados nos indican la prevalencia de anemia severa en el País de Haití con un 65,8%; mientras que, en Perú, con un 46,2%.

ENDES – INEI. Perú. (2007). Realizaron un estudio en la población de niños menores de 3 años, tomando como muestra departamentos de prevalencia de desnutrición;

teniendo en cuenta los indicadores de desnutrición crónica, lactancia materna exclusiva, anemia, hogares con acceso a agua segura, hogares rurales con saneamiento básico; mediante una encuesta familiar y de salud. Los resultados mostraron que en mayor porcentaje se encuentra el departamento de Huancavelica con un 52,2% de desnutrición crónica, seguida de Huánuco con un 41,6 % y Cajamarca con un 37,3%. Otros resultados acerca de los niños de 6 a 36 meses con anemia; nos muestran a Huancavelica con un 66,9%; seguida de Huánuco, 55,4% y; Cajamarca, 54,2%. También nos indica la lactancia materna exclusiva, Huancavelica 84,6%, seguida de Huánuco con un 76,8% y Cajamarca con un 70,3%. Con respecto a la proporción de hogares con acceso a agua segura: Huancavelica con un 87,8%, Huánuco 79,4% y Cajamarca con un 86,2% de los hogares. La proporción de hogares rurales con saneamiento básico: Cajamarca presenta un 76,3%, Huánuco un 58,5% y Huancavelica con un 42,9%.

Vásquez y Pérez. Perú.(2007). Realizaron un estudio sobre la reforma de los programas sociales en los beneficiarios. Detectándose casos de hogares beneficiarios de varios programas a la vez, pese a que la tasa de cobertura seguía siendo alta. Además, estimaron para el año 2004, que se gastaría 121 millones de nuevos soles en costos por filtración en los programas sociales de nutrición. Asimismo, indicaron que la fusión de los programas sociales intentó reducir los costos administrativos y mejorar la focalización, mediante la construcción de un padrón único de beneficiarios que permita priorizar a las familias más pobres y reducir la filtración.

ENDES. Perú. (2009). Realizó una investigación sobre anemia y desnutrición en niños menores de 3 años; utilizando como instrumento, una encuesta demográfica y de

salud familiar; aplicado por INEI, donde muestran que la anemia es severa entre los niños de 6 a 24 meses -siendo el momento más crítico para el desarrollo cerebral-.

Jiménez Huamaní, C. Perú. (2008), En Lima realizó un estudio sobre el inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6- 12 meses de edad que acuden al Centro de Salud Fortaleza. Su objetivo fue identificar el inicio de la alimentación complementaria; concluyendo que la mayoría de lactantes, iniciaron la complementaria a partir de los 6 meses de edad y tienen un mayor índice de desnutrición.

Castañeda Benítez. Perú. (2007), Realizó un estudio sobre la alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 – 12 meses de edad, en el centro de salud la Vega Baja – Lima; concluyendo que en el estado nutricional de los niños predomina la normalidad; de igual manera, la malnutrición por defecto que por exceso.

El Proyecto Alianza por la Nutrición en Cajamarca- PREDECI. Perú. (2011). Refiere que en enero del 2009 se inicia la formulación de este proyecto ALIANZA POR LA NUTRICIÓN EN CAJAMARCA PREDECI. El mismo que se formalizó en enero 27 del 2010, con la firma de la guía de entendimiento entre los diferentes socios, estableciéndose los objetivos y los aportes de éstos para la implementación del proyecto. En abril del 2010, se firma el convenio de cooperación con CGSGI y, en octubre del 2010, se concreta la Alianza con USAID Perú.

Durante el último semestre se ha culminado la intervención en dos ámbitos -Chilete y Colasay- realizando el cambio a Tantarica y Mangaypa, respectivamente, a partir del

mes de enero del presente año. Esta decisión se sustenta en los logros y la baja prevalencia de la desnutrición crónica Infantil en estos ámbitos. Este cambio fue acordado en forma conjunta con las Jefaturas de REDES, la DIRESA y avalado por el CDT del Proyecto.

En el periodo, abril 2009 - abril 2010, se logró la reducción de la prevalencia de DCI en 4.3 puntos porcentuales, en los niños menores de 5 años, empleando el patrón NCHS (resultados de línea de base y Estudio de Corte).

ENDES. Perú. (2012). Realizó un proyecto de investigación sobre el estado nutricional de niños menores de dos años, donde los porcentajes de malnutrición y otras deficiencias nutricionales empiezan a incrementarse en el periodo comprendido entre los 6 meses y dos años, lapso que comprende la alimentación complementaria.

2.3. BASES TEÓRICAS

2.3.1 PROGRAMAS SOCIALES

Programa de Reducción de la Desnutrición

Crónica Infantil (PREDECI) 2008 – 2011

El Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PREDECI) 2008 – 2011 tiene los siguientes objetivos:

Objetivo general

Disminuir en 8% la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años al cabo de 4 años en el ámbito de acción del proyecto.

Objetivos específicos

- ❖ Mejorar las prácticas, comportamientos nutricionales y de cuidado de la salud durante el embarazo y la infancia, en las familias con niños de 0 a 2 años y madres gestantes en el ámbito focalizado.
- ❖ Ampliar el consumo de agua de calidad y disposición adecuada de excretas.
- ❖ Incrementar el acceso de las familias pobres a los alimentos, especialmente las proteínas, mejorando sus ingresos por actividades productivas y la inversión de estos en la nutrición familiar.
- ❖ Fortalecer la gestión local y la participación ciudadana en el desarrollo social articulando los sectores público y privado.

Estrategias

- ❖ Enfoque preventivo de la desnutrición crónica infantil con abordaje integral y multisectorial.
- ❖ Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades de gestión del desarrollo del gobierno regional, municipios provinciales y distritales, dirección regional de salud y de las redes y establecimientos de salud.
- ❖ Participación y empoderamiento ciudadano.
- ❖ Diseño e implementación de mecanismos para relacionar asignación de recursos por resultados (contratos de trabajo, entrega de insumos, entre otros)
- ❖ Fomento de corresponsabilidad.
- ❖ Articulación con otras intervenciones sociales en salud y nutrición; en especial con la estrategia CRECER y el programa JUNTOS.
- ❖ Cofinanciamiento de proyectos de agua, saneamiento básico y de desarrollo productivo con fondos del sector público

Componentes del PREDECI

A. Salud y Nutrición

Resultado 1:

Mejorar los hábitos y comportamientos nutricionales y de cuidado de la salud, durante el embarazo y la infancia, en las familias con niños de 0 a 2 años y madres gestantes.

Resultado 2:

Incrementar el acceso de las familias a una cantidad adecuada y segura de agua potable, a la disposición adecuada de excretas y a una vivienda mejorada.

B. Gestión Local y Comunal

Resultado 3:

Incrementar el acceso y disponibilidad de las familias a alimentos con alto contenido de proteínas de alto valor biológico, mejorando sus ingresos por actividades productivas y la inversión de estos ingresos se incrementa en la nutrición familiar.

Resultado 4:

Fortalecer la gestión local y la participación ciudadana en el desarrollo social, especialmente en la nutrición infantil, articulando los sectores público y privado.

C. Comunicación Social

Apoyo en el desarrollo de contenidos y materiales para las actividades de información, educación, capacitación e investigación de los componentes 1, 2, 3 y 4.

D. Supervisión, Monitoreo e Investigación

Registro y análisis de los avances y resultado final del proyecto

Indicadores del PREDECI

Propósito del Objetivo General

Promover el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños en el ámbito de intervención del Proyecto.

Disminuir en 8% la desnutrición crónica infantil en niños y niñas de menores de cinco (5) años al final de los 4 años.

Resultado 1

Mejorar los hábitos y comportamientos nutricionales y de cuidado de la salud durante el embarazo y la infancia, en las familias con niños de 2 años y madres gestantes en el ámbito focalizado del departamento de Cajamarca.

- Incremento del 60% de niños < 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva respecto al basal.
- 60% de niños de 11 meses que reciben una adecuada alimentación complementaria.
- 60% de madres que se lavan las manos en los cuatro momentos críticos.
- 80% de niños < 2 años controlados CRED de acuerdo a norma técnica, al término del proyecto.
- 80% de gestantes controladas (6to CPN), al término del proyecto.
- 100% de niños < 2 año protegidos con vacunas de acuerdo a norma técnica, al término del proyecto.
- 60% de niños y niñas entre 0 y 6 meses cuyas curvas de ganancia de peso y talla se mantienen en sus respectivos percentiles de crecimiento.
- 60% de niños y niñas entre 6 y 18 meses cuyas curvas de ganancia de peso y talla se mantienen en sus respectivos percentiles de crecimiento.

- Disminución del número de episodios anuales de diarrea por niño en menores de 24 meses en el 60% de los niños participantes en el programa
- Disminución del número de episodios anuales de IRA por niño en menores de 24 meses en el 60% de niños participantes en el programa.
- Disminución del 50% de la tasa de prevalencia de anemia en gestantes.
- Disminución del 50% de la tasa de prevalencia de anemia en menores de 2 años.

Resultado 2

- Incrementar el acceso de las familias a una cantidad adecuada, segura y confiable de agua potable. Además, disposición adecuada de excretas mediante sistemas construidos/rehabilitados con tecnología apropiada y la participación activa de los ciudadanos.
- Las familias de 60 comunidades atendidas tendrán acceso a una cantidad adecuada, segura y confiable de agua potable y a instalaciones para la disposición adecuada de excretas.
- Por lo menos el 75% de las familias estarán utilizando instalaciones adecuadas para la disposición de excretas.
- 60 Juntas Administradoras de Sistemas de Saneamiento y sus operadores estarán capacitados en operación y mantenimiento de sistemas nuevos y rehabilitados.
- 200 Juntas Administradoras de Sistemas de Saneamiento y sus operadores estarán capacitados en operación y mantenimiento de sistemas en funcionamiento.

Resultado 3:

- Incrementar el acceso y disponibilidad de las familias a alimentos con alto contenido de proteínas de alto valor biológico, mejorando sus ingresos por actividades productivas y la inversión de estos ingresos incrementales en la nutrición familiar.
- Incremento del 20% en el gasto de alimentos con alto contenido de proteínas de alto valor biológico en las familias.

Resultado 4:

- Fortalecer la gestión local y la participación ciudadana en el desarrollo social, especialmente en la nutrición infantil, articulando los sectores público y privado
- 50% de comunidades cuentan con Juntas Vecinales/Comités de Desarrollo Comunal organizadas.
- 50% Juntas Vecinales/Comités de Desarrollo Comunal formulan planes y proyectos comunales de salud y desarrollo.
- 80% de comunidades con Sistemas de Vigilancia Comunal de Salud y Nutrición funcionando.
- 50% de los municipios distritales incrementan en 20% el presupuesto destinado a acciones salud y nutrición, con respecto a la línea de base.

Componente de gestión local

Resultado 2:

Ampliar el consumo de agua de calidad y disposición adecuada de excretas

Objetivo: (Resultado 2)

- Incrementar el acceso de las familias a una cantidad adecuada, segura y confiable de agua potable, y a la disposición adecuada de excretas mediante sistemas construidos/rehabilitados con tecnología apropiada y la participación activa de los ciudadanos

Indicadores

- Las familias de 60 comunidades atendidas tendrán acceso a una cantidad adecuada, segura y confiable de agua potable y a instalaciones para la disposición adecuada de excretas.
- Por lo menos el 75% de las familias estarán utilizando instalaciones adecuadas para la disposición de excretas.
- 60 Juntas Administradoras de Sistemas de Saneamiento y sus operadores estarán capacitados en operación y mantenimiento de sistemas nuevos y rehabilitados.
- 200 Juntas Administradoras de Sistemas de Saneamiento y sus operadores estarán capacitados en operación y mantenimiento de sistemas en funcionamiento

Actividad 2.1:

- Ampliación de consumo de agua de calidad y en cantidad adecuada.
- Coordinación con los responsables de proyectos de construcción de agua y saneamiento
- Construcción, mejoramiento y/o rehabilitación de sistemas de agua potable por gravedad a nivel domiciliario.

- Capacitación para la organización y gestión administrativa; así como, la adecuada operación y mantenimiento de los servicios de agua y saneamiento.
- Seguimiento a JASS.
- Promoción del Control de Calidad del Agua de consumo humano.
- ¿Cómo facilitar el desarrollo de la actividad?
- Identificación y coordinación con actores locales.
- Roles y competencias de actores locales y comunales (procesos participativos).
- Establecimiento de mecanismos y estrategias de cofinanciación,
- Sostenibilidad e impacto de proyectos de agua potable y saneamiento.
- Concertación y negociación de proyectos: (Estado, sociedad civil, sector privado, etc.)
- Desarrollo de capacidades de la organización comunal para la gestión de los servicios (administración, operación y mantenimiento).
- Seguimiento JASS (roles de actores)
- Vigilancia y control de la calidad del Agua de consumo humano.
- Además tiene las siguientes actividades.

Actividad 2.2:

- Mejora de la disposición sanitaria de excretas.
- Construcción de letrinas, pozas de drenaje y de residuos sólidos.
- Construcción de micro llenos sanitarios.

Programa JUNTOS

El programa JUNTOS, es un programa social de Transferencias Monetarias Condicionadas; a través del cual se entrega un subsidio en dinero efectivo a las familias más pobres del país, como un incentivo al cumplimiento de compromisos de participación en los programas de las áreas de Salud, Nutrición, Educación y de Identidad de Derecho al Nombre, bajo un enfoque de restitución de Derechos Básicos. JUNTOS, a su vez transfiere el 30% de su presupuesto, a los sectores involucrados para reducir la brecha de oferta, invirtiendo en la mejora de los servicios.

Objetivos Estratégicos del Programa JUNTOS

Objetivo 1: Lograr la inclusión social de los hogares más pobres, ampliando las posibilidades del ejercicio de los derechos básicos en educación, salud y nutrición.

Objetivo 2: Facilitar el acceso a la oferta de servicios con calidad, equidad de género y respeto a la diversidad cultural del país sobre la base de una estrecha coordinación intersectorial.

Objetivo 3: Contribuir a reducir la brecha de ingresos de los hogares más pobres.

Objetivo 4: Fortalecer la participación ciudadana y vigilancia de la sociedad.

Cuadro1: Impactos esperados.

Sector		Indicadores de resultado
SALUD	Disminuir Disminuir Disminuir Incrementar Disminuir Disminuir	Desnutrición infantil y de la niñez. Mortalidad Infantil. Mortalidad materna. Partos Institucionales. Anemia Infantil. Morbilidad: Perinatal, infantil, de la niñez, materna, por diarrea.
EDUCACIÓN	Incrementar Disminuir Incrementar Disminuir	Asistencia Promedio Deserción escolar Cobertura primaria Trabajo infantil
MIMDES	Disminuir Incrementar	Desnutrición infantil y de la niñez Formalización identidad

Fuente: MIDIS. 2012.

Algoritmo de Clasificación

Hogares Extrema Pobreza.

Es el porcentaje de hogares que contiene mujeres embarazadas y/o niños menores de 14 años con, *al menos*, dos Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Hogares con viviendas inadecuadas.

Hogares con viviendas hacinadas.

Hogares con viviendas sin servicios higiénicos.

Hogares con niños que no asisten a la escuela.

Monitoreo.

Es el procedimiento mediante el cual verificaremos la eficiencia y eficacia de la ejecución de todas las actividades del Proyecto mediante la identificación de sus logros y debilidades y, en consecuencia, recomendaremos medidas correctivas para optimizar los resultados esperados del proyecto.

Programa Integral de Nutrición (PIN)

El Programa Integral de Nutrición – PIN es un programa preventivo promocional que orienta su atención a la población según etapa de ciclo de vida y bajo el enfoque de protección del capital humano; priorizando su acción hacia los niños y niñas menores de 3 años, madres gestantes y lactantes pobres y extremadamente pobres del país; así como, aquellos con alto riesgo nutricional. Fue creado en el año 2006 como producto de la fusión de diversos Programas Alimentario Nutricionales que ejecutaba el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria – PRONAA en los años precedentes. (MINSA, Lima. 2009)

El principal objetivo del programa es “Contribuir a prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años, priorizando a los menores de 3 años, en situación de vulnerabilidad nutricional, mejorando su calidad de vida”. Tiene como misión “Desarrollar y promover acciones articuladas e integrales, preventivo-promocionales, orientadas a la protección y desarrollo del capital humano y social, en el marco de los derechos fundamentales de los niños y niñas”; a través de 3 componentes: Alimentario, Educativo y Componente Monitoreo y Evaluación.

El ámbito de intervención es nacional y se ejecuta a través de dos Sub Programas:

1. ***Sub Programa Infantil.*** Este Subprograma es el resultado de la fusión de los programas PACFO, PANFAR y Comedores Infantiles. Está dirigido a niñas y niños de 06 meses a menores de 3 años; así como también, a madres gestantes y lactantes identificadas por los Establecimientos de Salud.

Objetivos del Sub programa Infantil:

- Contribuir a la prevención de la desnutrición crónica.
 - Contribuir a la prevención de la anemia de madres gestantes, lactantes, niños y niñas.
 - Promover lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
 - Promover adecuada y oportuna alimentación complementaria.
 - Promover conductas saludables en madres gestantes y lactantes.
 - Promover intervención integral de la atención en salud, alimentación y nutrición a niños y niñas.
2. ***Sub Programa Escolar yPreescolar.*** Este Subprograma surge de la fusión de los programas CEIs, PRONOEIs, Desayunos y Almuerzos Escolares. Está dirigido tanto a los niños y niñas de 3 hasta menores de 6 años de edad (o cursan el nivel inicial) como a los niños y niñas de 6 a 12 años de edad (o cursan el nivel primario en las modalidades básica, regular y especial).

Objetivos del Sub Programa Escolar y Preescolar:

- Contribuir a prevenir la anemia de los niños entre 3 y 12 años de edad.
- Propiciar la asistencia escolar.

- Promover conductas saludables en niños, niñas, padres, madres y docentes.
- Contribuir a mantener un estado nutricional adecuado.

Base Legal Del Programa de Nutrición Infantil (PIN)

- Los servidores de los organismos que se integraron al Programa Nacional de Asistencia Alimentaria, conservan el régimen laboral que legalmente les corresponde a la fecha de expedición del presente dispositivo.
- Las obligaciones legalmente contraídas por las instituciones que se integraron fueron asumidas por el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria.
- El Reglamento de Organización y Funciones del PRONAA fue aprobado por Resolución Ministerial N° 142-93-PRES; precisando su autonomía económica, técnica, financiera, administrativa y su competencia en el ámbito nacional.
- Asimismo, mediante el Decreto Legislativo N° 866 del 29 de Octubre de 1996; se establece al Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) como un Organismo Público Descentralizado dependiente del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.

Base Legal del Programa JUNTOS

- Que mediante decreto supremo N° 032-2005- PCM, modificado por Decreto Supremo N° 062- 2005 y Decreto Supremo N° 012- 2012- MIDIS, se creó el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres -

JUNTOS, con el objetivo de ejecutar transferencias directas en beneficio de los hogares pobres, facilitando con la participación y el compromiso voluntario de los hogares usuarios, el acceso a los servicios de salud-nutrición y ejecución, orientados a mejorar la salud y nutrición preventiva materno – infantil y la escolaridad sin deserción.

- Que mediante ley N° 29792, se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; determinándose su ámbito, competencias, funciones y estructura orgánica básica; asimismo, se estableció que el sector Desarrollo e Inclusión Social comprende a todas las entidades del Estado, de los tres niveles de gobierno, vinculadas con el cumplimiento de las políticas nacionales en materia de promoción del desarrollo social, la inclusión y la equidad.
- Que, la Tercera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29792, dispuso la adscripción del Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, la cual operó a partir del 1 de enero 2012.
- Que, mediante Resolución Ministerial N° 108 – 2012- MIDIS, se aprobó la Directiva N°002- 2012- MIDIS, “Lineamientos para la elaboración del manual de operaciones de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social”, con la finalidad que los programas sociales adscritos a aquél cuenten con instrumentos que optimicen su gestión y la prestación de los servicios a su cargo.

Base Legal del Programa PREDECI

- El dispositivo legal Decreto Supremo N° 071-2006-EM está especificado en la cláusula tercera: De los Fondos Privados, sub cláusula 3.5, que: los fondos voluntarios que otorgan las compañías mineras constituyen fondos de carácter privado y que los fines a los que se destinan sus recursos no varían su naturaleza jurídica; por tanto, los aportes no constituyen recurso estatal, fiscal, regional, municipal o local y; en consecuencia, no están sujetos al Sistema Nacional de Control, quedando sometido exclusivamente a la auditoría prevista en la Cláusula Séptima; la cual indica que: la verificación de la acreditación de los Aportes al Fondo, en cuanto a monto y plazos, y la aplicación de los recursos de los Fondos para los Proyectos se realizará por una sociedad de auditoría coordinada con el Estado, con inscripción vigente en el Registro de la CONASEV, cuya retribución será abonada con cargo al FONDO correspondiente.
- Los términos de referencia planteados por el Ministerio de Energía y Minas (MEM), de conformidad con lo requerido en la cláusula séptima del Convenio firmado entre la Empresa y el Estado Peruano, remitidos por Oficio N° 123-2008-MEM-VMM-ComisionSectorial PMSP, al Director Regional de Asuntos Legales y Corporativos de Yanacocha, con fecha 25 de febrero 2008, contiene la base legal, objetivos y alcances, señalándolos conceptos que debe comprender el informe de auditoría.

2.3.4 ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO

Nutrición

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una mejor nutrición permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta. (OMS. 2009)

Estado nutricional

Es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y, especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de Crecimiento y Desarrollo, constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales; ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada.

Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Dentro de los métodos directos se encuentran indicadores antropométricos, bioquímicos y la

evaluación clínica; siendo los antropométricos, los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y muy útiles. Las medidas antropométricas más utilizadas en la evaluación son: el peso, la talla, la circunferencia braquial y los pliegues cutáneos. Al establecer relaciones entre ellos se denominan índices, los índices más usados son: el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad. (OMS. 2009)

a. Indicadores antropométricos peso para la talla:

El déficit de peso para determinada talla, es obvio que expresa un adelgazamiento que resulta de una ingesta deficiente de alimentos o de una alteración del metabolismo de los nutrientes. Mide la malnutrición aguda, actual o reciente; debido a que la pérdida de peso puede instalarse y reponerse rápidamente.

b. Indicadores antropométricos talla para la edad:

Es un indicador del nivel nutricional que refleja los antecedentes nutricionales y de salud de la población; esto se apoya en los estudios anteriores.

c. Indicadores antropométricos peso para la edad:

Es el indicador primario, el déficit de peso para la edad incluye ambos déficits, de peso para la talla y de talla para la edad. No discrimina entre retardo de crecimiento y adelgazamiento. Mide la malnutrición global (efecto combinado de las condiciones crónicas y recientes).

Cuadro 2. Clasificación del Estado Nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años

Puntos de corte	Peso para edad	Peso para talla	Talla para edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a -3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla Baja
< -3		Desnutrición Severa	

Fuente: Adapted de World Health Organization (2006).

La Desnutrición

La desnutrición incluye tanto la falta como el exceso de alimentos. La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas hay otras subyacentes; como son: la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres; además, las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos; tales como: la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.(OMS. 2009)

MODELO CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL



Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2001 - UNICEF.

Tipos de Desnutrición

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

a. Desnutrición crónica

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento.

Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo

prolongado; por lo que, aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño.

b. Desnutrición aguda moderada

Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

c. Desnutrición aguda grave o severa

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente.

d. Sobrepeso

Es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura. El sobrepeso es una condición común, especialmente donde los suministros de alimentos son abundantes y predominan los estilos de vida sedentarios.

e. Obesidad

Es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos; sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha

aumentado a un ritmo alarmante. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer -a edades más tempranas- enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

f. Según Waterlow

Propone 6 categorías para clasificar a los niños menores de 5 años:

- ✓ **Normal.** Son los niños con Peso/Talla normal y Talla/Edad normal.
- ✓ **Desnutrido agudo.** Son niños con Peso/Talla bajo y Talla/Edad normal.
- ✓ **Desnutrido crónico.** Son los niños con Talla/Edad bajo y Peso/Talla normal.
- ✓ **Desnutrido crónico reagudizado.** Son los niños con Talla/Edad y Peso/Talla bajo.
- ✓ **Sobrepeso.** Es el incremento del 10% del peso en relación con el peso estándar correspondientes. Son niños que tienen el peso mayor del 10% por encima de la medida.
- ✓ **Obesidad.** Son niños que tienen peso mayor de 20% por encima de la medida.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

El estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, PREDECI, JUNTOS; de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores presentan niveles elevados de desnutrición.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar y analizar el estado Nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales. PIN, JUNTOS, PREDECI; de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores, Bambamarca – 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales según edad, de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores.
- Identificar las características socio demográficas de los niños menores de tres años beneficiarios del PIN, JUNTOS, PREDECI de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores.
- Determinar los niveles de hemoglobina de los niños del PIN, JUNTOS, PREDECI, de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores.
- Categorizar los programas sociales y el estado nutricional de los niños menores de tres años del Puesto de Salud Miraflores.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

3.1. Definición operacional de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumentos/ Fuentes
Estado nutricional del niño	Situación en que se encuentra el niño específicamente relacionado a la talla, peso, edad.	<p>Se considera la valoración nutricional según:</p> <p>a. Talla para la edad (T/E) Es un indicador del nivel nutricional que refleja los antecedentes nutricionales y de salud de la población; esto se apoya en los estudios anteriores.</p> <p>b. Peso para la talla (P/T) El déficit de peso para determinada talla es obvio que expresa un adelgazamiento que resulta de una ingesta deficiente de alimentos o de una alteración del metabolismo de los nutrientes. Mide la malnutrición aguda, actual o reciente, debido a que la pérdida de peso puede instalarse y reponerse rápidamente.</p> <p>c. Peso para la edad (P/E) Es el indicador primario. El déficit de peso para la edad incluye ambos déficits, de peso para la talla y de talla para la edad; no discrimina entre retardo de crecimiento y adelgazamiento. Mide la malnutrición global (efecto combinado de las condiciones crónicas y recientes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desnutrición Crónica (T/E) Valores, en la desviación estándar: menor a -2 a -3. ➤ Normal: Valores en la desviación estándar: +2 a -2 ➤ Desnutrición Global (P/T) Valores en la desviación estándar: menor a -2 a -3. ➤ Normal: Valores en la desviación estándar: +2 a -2 ➤ Desnutrición Aguda (P/E) Valores en la desviación estándar: menor a -2 a -3. ➤ Normal: Valores en la desviación estándar: +2 a -2 	<p>Tallímetro.</p> <p>Infantómetro.</p> <p>Balanza de reloj.</p> <p>Tarjetas (Estandarizados por CENAN).</p> <p>Fichas para Registros.</p>

3.2. Unidad de análisis, población y muestra

Unidad de análisis

Cada niño menor de 3 años beneficiario de los programas sociales JUNTOS, PIN, PREDECI de la jurisdicción del Puesto de Salud de Miraflores – Bambamarca.

Población y Muestra.

La población de estudio estuvo conformada por los 72 niños menores de tres años, beneficiarios de los programas sociales JUNTOS, PIN y PREDECI de la jurisdicción del Puesto de Salud de Miraflores – Bambamarca. Se tuvo en cuenta como muestra a toda la población en estudio.

Área de Estudio

El presente trabajo de investigación se ejecutó en el puesto de salud Miraflores, ubicado a 15 km del distrito de Bambamarca, provincia de Hualgayoc. Administrativamente pertenece a la Microred el Tambo, red Bambamarca, DISA- Chota, DIRESA – Cajamarca. En cuanto al recurso humano; cuenta con 01 Obstetra, contratado por 08 horas, modalidad CAS; 01 Enfermero, contratado por 06 horas, modalidad SERUMS – MINSA; 01 Técnico en Enfermería, contratado por 08 horas, modalidad PpP, atiende a 3234 habitantes de 07 comunidades (Jadibamba Bajo, HuasiyucJadibamba, Yerba Buena, Totoramayo, Patahuasi, La Florida y Miraflores).

Criterios de Inclusión

- Niños menores de 3 años que sean beneficiarios de los programas sociales: PIN, JUNTOS Y PREDECI.

Criterios de Exclusión

Se definieron los siguientes criterios de exclusión:

- Niños, de madres que no deseen participar en el estudio.

3.3. Tipo de Estudio y Diseño de Investigación

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio, el trabajo es de tipo exploratorio - descriptivo. La investigación es exploratoria, porque se explora un tema poco estudiado en otras zonas y a nivel local no se tiene estudios sobre este tema. Además, su propósito es destacar los aspectos fundamentales de una problemática determinada y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior. La Investigación es descriptiva porque permite describir y logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta y se busca describir-“como es o como está”- la situación de las variables que se estudian en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quién, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno; es decir, se describirá en qué condiciones está el estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, JUNTOS y PREDECI. Según el periodo y secuencia del estudio es transversal porque nos permitió obtener la información del estado nutricional de los niños de la jurisdicción del puesto de salud Miraflores, beneficiarios de los programas sociales, en un determinado momento y espacio.

3. 4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que permitió medir las variables de interés. Este instrumento se distribuyó en capítulos; tales como: Capítulo I: conteniendo datos generales; Capítulo II: conteniendo datos del niño; Capítulo III: con datos socio – demográficos de las familias de los niños y; el Capítulo IV: con datos complementarios proporcionados por la madre o cuidadora del niño.

En esta fase de recolección de datos se brindó una información completa del estudio a las madres y familiares de los niños investigados para lograr que los datos sean confiables.

El instrumento que permitió recoger los datos constó, en la primera parte, de datos Socio demográficos de la familia de cada niño, en la segunda etapa, se consideró los datos del niño según los programas sociales al que pertenece y, finalmente, se consideró una ficha para la evaluación del estado nutricional de cada niño menor de 3 años. También se consideró ítems sobre los programas sociales PIN, JUNTOS, PREDECI y la nutrición a las madres de los niños.

El instrumento fue elaborado por la investigadora, validado por profesionales conocedores del tema y apoyados por el referencial teórico respecto al tema.

El estado nutricional se evaluó mediante los tres indicadores de peso/talla, talla/edad y peso/edad en el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN).

Para la obtención de datos del estado nutricional se realizó la evaluación del crecimiento de los niños menores de tres años de la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores; tomando en cuenta la lista nominal de niños. Además, se utilizó las medidas antropométricas (peso y talla) y para la obtención de datos de Hemoglobina se realizó mediante el apoyo del profesional (Biólogo) que acude trimestralmente al Puesto de Salud Miraflores.

Validación del Instrumento

La validación del instrumento se realizó mediante la consulta a profesionales conocedores del tema, quienes observaron y analizaron cada ítem del instrumento de investigación. La revisión, reajustes y/o correcciones necesarias estuvieron a cargo de la investigadora con el asesoramiento de expertos en el tema. De esta manera se consiguió la idoneidad del instrumento. Por medio de la entrevista aplicada a las madres de los niños, se pudo recolectar una serie de datos importantes para la investigación. Previamente, este instrumento había sido sometido a una “*prueba piloto*” para validarlo; pues, teniendo en cuenta las características de la población, se aplicó a 15 madres con niños menores de tres años del puesto de Salud “El Alumbre”.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Después de recolectada la información, se codificó manualmente cada una de las variables del instrumento para facilitar su ingreso en la matriz de datos. En seguida, se elaboró la matriz de datos y se ingresó la información obtenida durante la recolección para su procesamiento. Mediante el paquete estadístico SIEN (Sistema de información del Estado Nutricional), se realizó el

procesamiento de los datos recolectados. Luego, se llevó a cabo el análisis estadístico de datos haciendo uso de la estadística descriptiva. Los resultados se presentan mediante cuadros estadísticos simples y de doble entrada o contingencia, y se realiza la interpretación y descripción de los resultados; teniendo en cuenta el referencial teórico.

CAPÍTULO IV

4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Estado nutricional de la población en estudio.

Tabla 1. Estado nutricional de niños menores de 3 años. P.S. Miraflores – Bambamarca, 2011- 2012.

Estado nutricional	Nº	%
Desnutrición Crónica	36	50,0
Desnutrición Global	5	6,9
Desnutrición Aguda	1	1,4
Sobrepeso	11	15,3
Obesidad	1	1,4
Normal	18	25,0
Total	72	100,0

En la presente tabla, se observa que el 50% de niños menores de 3 años presentan desnutrición crónica; el 25%, nutrición normal; y el 15,3%, sobrepeso.

Estos datos se refuerzan con los resultados de un estudio realizado por ENDES (2000); en el que se encontró que una cuarta parte de los niños menores de cinco años (25%) en el Perú, adolecían de desnutrición crónica; es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad. La desnutrición crónica afecta a niños y niñas por

igual; con mayor intensidad en los niños del área rural y residentes en los departamentos de Cajamarca, Huánuco, Cusco y Huancavelica; donde más del 40% de niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica.

Los resultados concuerdan con los datos de desnutrición crónica a nivel nacional y regional; pese a la presencia de programas sociales que tienen como objetivo disminuir la desnutrición crónica infantil: tales como: PREDECI (2008), que en este mismo tuvo como objetivo disminuir en 6 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de tres años.

Probablemente estos resultados se presentan por distintos factores demográficos y socioeconómicos de las familias. Afectan directamente al índice de talla/edad de estos niños, reflejando niveles acumulativos de retraso en crecimiento.

También se puede observar que, en los niños menores de tres años, la desnutrición aguda constituye el indicador peso/edad del niño, que es recuperable en menos tiempo, siendo un indicador de menor riesgo para los niños; pero que sin embargo, debe ser considerado, pues nos alerta para actuar y tomar medidas de prevención e intervención en la nutrición del niño.

Así mismo, un 1,4% de niños menores de tres años presentan obesidad, lo que llama la atención por ser un indicador negativo, al igual que el de desnutrición, porque posteriormente podría traer complicaciones en la vida futura del niño.

Datos preocupantes, a pesar de que en América Latina se han gastado billones de dólares anuales para subsidiar o proveer alimentos a la gente en riesgo de desnutrición. Este costo asciende a 20 dólares por beneficiario. Del mismo modo, en

el Perú, los programas sociales del PIN, JUNTOS y PREDECI. MUSGROVE (1993) han tenido resultados inefectivos, reflejándose en la prevalencia de desnutrición.

Tabla 2. Estado nutricional del niño de 0 a 5 meses, P.S. Miraflores – Bambamarca, 2011 2012.

Estado nutricional	Nº	%
Desnutrición Crónica	5	25,0
Desnutrición Global	0	0,0
Desnutrición Aguda	0	0,0
Sobre peso	7	35,0
Obesidad	0	0,0
Normal	8	40,0
Total	20	100,0

La tabla 2, muestra que, el 40% de los niños entre las edades de 0 a5 meses presentan un estado nutricional normal y; un 25%, desnutrición crónica.

Estos datos guardan relación con el estudio realizado por PRISMA (2002) sobre el funcionamiento del PIN y de las características socioeconómicas y de salud de sus beneficiarios; encontrando que sólo el 25% de los niños habían reducido todas las raciones que les correspondían y, en cuanto al impacto nutricional, los resultados indicaron que los niños experimentaban una mejora; pero sólo en un periodo de tiempo corto.

Los programas sociales no tienen especificaciones de la alimentación; tal es así que, los programas sociales PIN, JUNTOS y PREDECI, tienen como objetivo disminuir la desnutrición crónica; pero sin tener en cuenta la alimentación complementaria según edades, generalizándolos en un solo grupo etario.

Estos resultados del estado nutricional normal, en niños entre los 0-5 meses, probablemente se debe a la leche materna que recibían los niños; ya que, la mayoría de madres, especialmente las de la zona rural, alimentan al niño con leche materna; lo que contribuye a mantener un estado nutricional normal en esta edad.

Los datos también guardan relación con los encontrados por ENDES – INEI quienes realizaron un estudio en la población de niños menores de tres años. Tomaron como muestra departamentos de prevalencia de desnutrición. Además, sus indicadores fueron: desnutrición crónica, lactancia materna exclusiva, anemia, hogares con acceso a agua segura, hogares rurales con saneamiento básico. Utilizaron como instrumento a una encuesta familiar y de salud. Sus resultados mostraron que en mayor porcentaje se encuentra el departamento de Huancavelica, con un 52,2% de desnutrición crónica; seguida de Huánuco, con un 41,6; y Cajamarca, con un 37,3%, respectivamente. Otro resultado es la de niños de 6 a 36 meses con anemia, que muestra a Huancavelica con un 66,9%, seguida de Huánuco con 55,4% y Cajamarca con 54,2%. El indicador de lactancia materna exclusiva en Huancavelica es del 84,6%, en Huánuco con un 76,8% y Cajamarca con un 70,3%.

Sin embargo, de acuerdo a los resultados encontrados; además, de otros estudios referentes, podemos indicar que la desnutrición crónica no se presenta en los primeros seis meses de edad debido a la práctica de la lactancia materna exclusiva que proporciona al niño los nutrientes necesarios para su normal crecimiento y desarrollo.

Los programas sociales: PIN, JUNTOS, PREDECI; están dirigidos al niño menor de tres años en forma global sin especificar la edad de 0 a 5 meses que es un periodo

donde la velocidad de crecimiento del niño es mayor; por lo tanto, constituye la base para los siguientes periodos de edad del niño. Además, es de gran importancia para mantener un normal estado nutricional.

Tabla 3. Estado nutricional del niño de 6 a 11 meses, P. S. Miraflores – Bambamarca, 2011 2012.

Estado nutricional	Nº	%
Desnutrición Crónica	7	38,9
Desnutrición Global	0	0,0
Desnutrición Aguda	0	0,0
Sobre peso	3	16,7
Obesidad	1	5,6
Normal	7	38,9
Total	18	100,0

En esta tabla se observa que el 38,9% de los niños entre las edades de 6 a 11 meses presentan un estado nutricional normal; también se puede apreciar que este mismo porcentaje presenta desnutrición crónica.

Estos resultados guardan relación con los encontrados en el estudio realizado por ENDES (2012), donde los porcentajes de malnutrición y otras deficiencias nutricionales empiezan a incrementarse en el periodo comprendido entre los 6 meses y 2 años, lapso que corresponde a la alimentación complementaria.

Los resultados también son concordantes con el estudio efectuado por Castañeda Benítez R (2007) sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad; concluyendo que, en el estado nutricional de los niños predomina la normalidad y la malnutrición por defecto que por exceso.

De estos hallazgos, podemos mencionar que un estado nutricional normal, se debe posiblemente a que los niños recibieron una lactancia materna exclusiva, la cual cubre los requerimientos nutricionales y que se continúa con una alimentación complementaria adecuada para el crecimiento óptimo.

El porcentaje de desnutrición crónica en niños de 6 a 11 meses de edad que se muestra en esta tabla (38,9%) es preocupante pese a que en esta edad se inicia la alimentación complementaria. La lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales. Es en este momento en que resulta necesario introducir alimentos adicionales a la leche materna; por lo tanto, los programas PIN, JUNTOS, PREDECI, entre otros, deben priorizar este periodo de 6 – 11 meses.

La distribución de alimentos crudos que realiza el PIN, no cubre los requerimientos nutricionales del niño; por otro lado, el programa PREDECI brinda consejería nutricional y sesiones demostrativas de alimentos sin tener en cuenta esta edad específica y, el programa JUNTOS, realiza la distribución de dinero que la familia debe utilizar en la compra de alimentos para el niño; pero ésta la realiza sin la orientación adecuada sin considera la edad específica en que se encuentra el niño para brindarle el tipo de alimentación recomendada por los expertos.

Según el MINSA- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición y el Instituto Nacional de Salud, indican que la sesión demostrativa es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos en forma adecuada según las necesidades nutricionales de las niñas y niños menores de tres años, gestante y mujer que da de lactar; a través de una participación activa y un trabajo grupal. La sesión demostrativa se realiza de acuerdo a edades de los niños como son: Niña y niño de 6 a

8 meses, niña y niño de 9 a 11 meses, niña y niño de 1 año a más, gestante o mujer que da de lactar. Durante la sesión demostrativa se desarrollan los “mensajes importantes” sobre la práctica de preparación de alimentos con el registro de participantes.

Se puede mencionar que existe duplicidad de esfuerzos de los diferentes programas sociales; pero sin optimizar los recursos que podrían servir para ampliar la cobertura con la priorización de otros ámbitos de la población; por lo que, si no se fomenta la cultura de la alimentación, aprovechando los recursos humanos y naturales de su comunidad no serán sostenibles estos programas sociales. La sostenibilidad necesita de la eficiencia, y la eficiencia se basa en obtener lo mejor para la población.

En los programas sociales basados en la distribución de alimentos se evidencia la oferta y la demanda en los mercados nacionales. El tema alimentario es visto exclusivamente desde la perspectiva del mercado y no se toma en cuenta el estado nutricional de los niños.

La entrega de incentivos y alimentos de los programas sociales, no toman en cuenta las edades de los niños para la alimentación. Además, no se desarrolla sesiones demostrativas; es así que, observamos un gran porcentaje de desnutrición crónica. En el transcurso de su crecimiento y desarrollo surgen diferentes cambios y necesidades nutricionales en los grupos etarios que considera para sesiones demostrativas; tales como: la frecuencia en la alimentación, consistencia y cantidad.

En la edad de 6 a 11 meses la alimentación complementaria juega un rol muy importante en la nutrición del niño porque se debe incluir diariamente, en la

alimentación del niño, los requerimientos nutricionales; principalmente: hierro, alimentos de origen animal, vitaminas. Por otro lado, el programa PIN distribuye alimentos que contienen energía y de baja calidad.

Tabla 4. Estado nutricional del niño de 12 a 35 meses, P. S. Miraflores-Bambamarca, 2011 - 2012.

Estado nutricional	Nº	%
Desnutrición Crónica	24	70,6
Desnutrición Global	5	14,7
Desnutrición Aguda	1	2,9
Sobre peso	1	2,9
Obesidad	0	0,0
Normal	3	8,8
Total	34	100,0

En la tabla 4, se observa que el 70,6% de niños de 12 a 35 meses presentan desnutrición crónica; mientras que un 14,7 % de éstos presenta desnutrición global.

Estos resultados guardan relación con el estudio realizado por Gamonal y Regalado (1999), donde se indica que la desnutrición en la provincia de Chota es un problema que afecta a la población infantil de las zonas urbana y rural, y los factores condicionantes involucrados probablemente de mayor importancia son: situación económica, sociocultural, desconocimiento del valor calórico- proteico de los alimentos en la dieta diaria.

Estos resultados dejan evidenciar que la desnutrición crónica no disminuye y sigue afectando a la población infantil; por lo que, se debe evaluar cómo se administra el programa y el destino de los recursos asignados para cada uno programas alimentarios y el valor nutricional de los alimentos que se les brinda. Además, se debe analizar el

tipo y composición de las raciones que se distribuye en cada programa alimentario. Se debe considerar que, entre los 12 a 35 meses, los niños necesitan diferentes nutrientes que deben estar en la dieta porque en esta edad se sustituye la leche materna y aumenta los requerimientos nutricionales.

La alimentación en el niño de uno a tres años se basa en la variedad de la dieta para mantener un ritmo adecuado de crecimiento; pero también cambia la preparación y presentación de la alimentación. En esta etapa de la vida se presentan una serie de transiciones entre la fase de crecimiento muy raudos, propia del lactante, y el periodo de crecimiento estable. Éste es un periodo madurativo en el cual el niño realiza avances importantes en la adquisición de funciones psicomotoras, al tiempo que sus funciones digestivas y metabólicas van alcanzando un grado de madurez suficiente para aproximar su alimentación a la del niño mayor.

Los hallazgos resaltan el hecho de que los diversos determinantes son diferentes para cada grupo etario; por lo que, idealmente debería variarse el énfasis en los contenidos de las intervenciones para cada una de ellas. Así, los programas sociales deberían comenzar por hacer un gran esfuerzo para asegurar esto.

En la nutrición del niño, se debe prevenir la desnutrición en edades tempranas, especialmente en los menores de un año. Durante los primeros meses de vida del niño se le debe asegurar una adecuada alimentación y cuidado. En esta edad los niños deben tener horarios específicos de alimentación, que a veces debe adjuntarse a los horarios del resto de la familia. El horario del niño debe ser compartido con el resto de los integrantes de la familia con la máxima frecuencia que permitan las actividades del grupo y las necesidades de alimentación del niño.

4.2. Factores Socio demográficos de las familias de los niños.

Tabla 5. Condición de la vivienda de la familia de los niños menores de 3 años, P. S. Miraflores – Bambamarca, 2011- 2012.

Condición de la vivienda	Nº	%
Propia	58	80,6
Alquilada	0	0,0
Hipotecada	0	0,0
Otros	14	19,4
Total	72	100,0

En la tabla 5 se observa que, del total de familias de niños menores de tres años, el 80,6% presenta una condición de vivienda propia; mientras que el 19,4 refieren como condición de la vivienda, otros, en las que se incluye los que viven en casa de la suegra u otro familiar.

Estos resultados se vinculan con el estudio realizado por Stifel y Alderman (2003), donde buscaron medir el impacto nutricional del programa PIN; quienes utilizaron información ENAHO, ENNIV y ENDES para evaluar el impacto del programa en los niveles de nutrición; calculando sobre la base de la talla para la edad; controlando también, las características del niño, del hogar, de los padres y el acceso a los servicios públicos. Los resultados muestran que el efecto en la nutrición de los niños implicados no es significativo.

Si bien es cierto hay muchos factores que influyen directamente o indirectamente en la nutrición del niño; pero las condiciones de la vivienda se suma a los factores de riesgo existentes para conllevar a una desnutrición crónica.

En la jurisdicción del Puesto de Salud de Miraflores, la mayoría de las familias cuentan con viviendas propias; probablemente por encontrarse en el ámbito rural, donde no hay costumbre de alquilar e hipotecar viviendas; pero se debe resaltar que existen distintos tipos de vivienda, según la zona en que se encuentran; ya que, en la jurisdicción del establecimiento hay comunidades como Jadibamba, Yerba Buena, donde las viviendas son de material de piedra y barro y de techo de paja; por lo que, no cuentan con las condiciones básicas necesaria, siendo desfavorable para el crecimiento y desarrollo de los niños.

Los determinantes de la desnutrición aguda y crónica en niños menores de 3 años, según ENDES (1996), pueden ser varios factores y éstos se asocian a la desnutrición crónica. Una de las más importantes en esta línea es la condición de la vivienda, el material de las paredes y del piso de la vivienda. De este modo, niños de familias con viviendas; cuyos pisos eran de tierra o arena, tenían entre 50% y 65% más probabilidad de desarrollar DNC, que aquellos con viviendas que tenían un mejor tipo de piso.

Tabla6.Consumo de agua de la familia de los niños menores de 3 años, P.S.
Miraflores – Bambamarca, 2011- 2012.

Agua de Consumo	Nº	%
Entubada	50	69.4
Puquial	0	0.0
Pozo	18	25.0
Río	4	5,6
Total	72	100,0

En la tabla 6, referente al consumo de agua, se observa que el 69,4% cuentan con agua entubada para consumo y el 5,6% consume agua del río.

Estos resultados tienen relación con los encontrados por UNICEF (1990), donde se propuso un modelo explicativo de la malnutrición infantil, indicando las causas básicas que incluye aspectos relacionados al capital humano: nivel educativo; recursos económicos: nivel de ingresos, disponibilidad de bienes; y el subgrupo de recursos organizacionales, que se refieren a la capacidad de acceder a aquellos bienes y servicios básicos.

Existen causas que influyen en la nutrición del niño. Éstas pueden ser directas, básicas y subyacentes; tales como: la falta de servicios de salud y medio ambiente insalubre; observándose resultados elevados de consumo de agua entubada.

La mayoría de viviendas tienen acceso a agua entubada la que es usada para consumo humano, sin tener en cuenta la cloración de los sistemas de agua. Además, la cantidad de agua es suficiente en épocas de lluvia; pero en épocas de verano disminuye y no abastece a todas las familias.

Los programas sociales tienen como objetivo disminuir la desnutrición, mediante la realización de diferentes actividades. Así, el programa PIN, principalmente, realiza una actividad que es la distribución de alimentos; el programa PREDECI, en uno de sus componentes de gestión local, tiene como resultado ampliar el consumo de agua de calidad; pero las familias indican que con la presencia de PREDECI cloraron una sola vez los sistemas de agua durante su intervención.

Los sistemas alimentarios muchas veces presentan problemas que afectan negativamente a la seguridad, inocuidad y calidad de los alimentos, y exponen a la población a una gran variedad de riesgos que representan un serio desafío.

Se sabe que, el principal riesgo para la salud son los patógenos que se transmiten por la comida y el agua: virus, bacterias y parásitos; generando peligros biológicos (Brucella, Salmonella, Shigella, Listeria, Toxoplasma, Escherichia, etc.), químicos (pesticidas, micotoxinas, contaminantes como plomo, mercurio, dioxinas, residuos medicamentosos, alérgenos), y físicos (nutrición insuficiente o excesiva, carencias de micronutrientes). Muchas de estas sustancias, especialmente los microorganismos, son los responsables de la mayoría de los casos de diarrea que, año tras año, acaban con la vida de millones de niños en todo el mundo.

La seguridad en la alimentación es, en parte, un objetivo dinámico porque somos seres en constante cambio. Cambia nuestra forma de producir alimentos, cambian nuestros hábitos alimentarios, nuestra disponibilidad de alimentos. También impactan en la seguridad alimentaria las sequías y las inundaciones; que traen como consecuencia el no consumo de agua segura y ponen en peligro los progresos hacia la seguridad alimentaria. Por ello, se debe buscar el mecanismo para adaptar a la población a estos cambios de una manera segura y capaz de asegurar un suficiente nivel nutritivo de los alimentos.

Según el Centro Económico y Social (CIES), una persona que no cuenta con agua y desagüe en su casa, gasta 16,40 soles al mes en tratar enfermedades diarreicas. La organización Mundial de la Salud estima que la sola provisión de agua y desagüe puede reducir los efectos de la mortalidad por diarreas en 65% y sus efectos en morbilidad en un 26%.

Se estima que los niños de zonas donde no se cuenta con agua y desagüe tienen entre 10 y 12 episodios de diarrea al año. La principal limitación para la provisión de agua y saneamiento es el alto costo de inversión; pero, si dicho monto es comparado con los gastos que genera para el Estado tratar episodios de diarrea, se podría decir que dicha inversión es ahorro a futuro.

Los representantes de la OPS y OMS en el Perú, encontraron que el agua es un gran alimento; pero, si el consumo es de mala calidad, produce enfermedades irreversibles y hasta muertes por sus elementos contaminantes. Las enfermedades diarreicas siempre van a afectar primero a los niños; por eso, no sólo es importante contar con agua, sino que ésta sea de calidad; es decir, no sólo basta con tener agua o recibirla

limpia en la puerta de la casa, lo importante es que las personas creen una cultura de higiene, tengan buena disposición de excretas, de basura y enseñen a los menores a ser limpios.

Tabla 7. Religión de la familia de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca, 2011- 2012.

Religión	Nº	%
Católica	20	27,8
Adventista	40	55,6
Nazareno	8	11,1
Otro	4	5,6
Total	72	100,0

En la tabla 7 se observa que el 55,6% de las familias son de religión adventista; mientras que, el 5,6% tienen otras religiones, en las que están incluido los pentecostales, grupos misioneros, etc.

Los resultados encontrados en el presente estudio son semejantes al realizado por el Instituto Cuanto y Maximize(2002), en el cual se refiere que se desarrolló una evaluación del PIN, basada en el seguimiento de las tendencias del nivel nutricional de beneficiarios. Según el estudio, los resultados nutricionales de los beneficiarios eran mejores que los de los no beneficiarios. Se Halló también evidencia de altos niveles de desnutrición entre los beneficiarios del programa, posiblemente debido a la dilución del complemento alimenticio al interior de las familias y a la existencia de barreras culturales.

Cada comunidad o cualquier grupo de familias presentan diferentes culturas y costumbres asociado a la religión que practican, como es adventista. Se puede afirmar que, la alimentación de las familias muchas veces está en función a la idiosincrasia de su religión; por lo que, en algunas de ellas, dejan de lado los alimentos ricos en proteínas (sangrecita, hígado, carne) porque así lo estipula su doctrina. Sin embargo, sus necesidades energéticas y de determinados nutrientes aconsejan ajustar la dieta a sus particularidades fisiológicas, no precisa de normas rígidas y es imprescindible adaptar e individualizar la dieta, ajustándola a la propia constitución y costumbres del niño.

La alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos. El alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas. Cada comunidad selecciona sus alimentos entre lo que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medioambientales y socioeconómicas.

También la alimentación es un aspecto de la vida que sirve, a nivel social, para crear relaciones del hombre con el hombre, con sus divinidades y con el entorno natural. Cada cultura va a definir lo que es o no es válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad.

Tabla 8. Grado de instrucción de la madre de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca, 2011- 2012.

Grado de Instrucción de la madre	Nº	%
Primaria completa	9	12,5
Primaria incompleta	26	36,1
Analfabeta	37	51,4
Total	72	100,0

En la tabla 8, se observa que el 51,4% de las madres tienen grado de instrucción analfabeta; mientras que, el 12,5% tienen primaria completa.

Estos resultados son concordantes con los encontrados en el estudio realizado por UNICEF (1990), donde propuso un modelo explicativo de la malnutrición infantil, entre las causas básicas, incluyó aspectos relacionados al capital humano; como: nivel educativo o de información de los padres y cuidadores del niño; así como, su disponibilidad para atenderlo.

En la jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores, la población es netamente rural. También se puede apreciar en la Tabla 8 que la mayor cantidad de madres son analfabetas, probablemente porque las familias no priorizan la educación de sus hijos, por la inaccesibilidad geográfica a las instituciones educativas y la ubicación de la zona; por lo tanto las familias tienen limitado acceso a la educación. Esto se complica aún más porque los programas sociales sólo se centran en la distribución de alimentos, dinero u otros insumos; sin considerar el grado de instrucción de la madre o cuidadora

del niño, quien finalmente es la que administra lo que recibe. Siendo los niños menores de 3 años de edad el grupo más vulnerable; puesto que, se encuentran en pleno crecimiento y desarrollo y, si están desnutridos, son más susceptibles a enfermedades. Además, debido a su rápido crecimiento tienen requerimientos nutritivos más elevados y específicos y en algunos casos difíciles de satisfacer. Por otro lado, éstos dependen, para su alimentación, enteramente de terceros que muchas veces no tienen los recursos económicos suficientes o carecen de un nivel cultural o educativo como para cumplir adecuadamente con ese rol.

Los factores que influyen en el conocimiento de las madres sobre temas de alimentación y nutrición están relacionadas directamente con la educación de cada una de ellas; convirtiéndose en uno de los aspectos que influyen para que la madre no pueda proporcionar una alimentación equilibrada y adecuada a sus hijos. El bajo nivel educativo, en especial, el de la madre y la falta de conocimientos sobre nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la nutrición de los hijos; de tal manera que, a menor grado de escolaridad materna mayor condicionante en la salud del niño en sus primeros años de vida; en cambio, a mayor nivel educativo se mejora las prácticas alimentarias en salud. Díaz. J (2009).

Actualmente, se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo de qué alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (qué dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a una niña o niño. La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar en el estado nutricional del niño.

4.3. Valores de hemoglobina en niños.

Tabla 9. Nivel de hemoglobina de los niños menores de 3 años, P.S. Miraflores – Bambamarca, 2011 - 2012.

Nivel de hemoglobina Por grupo etario	6 meses		1 año		2 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Normal (11.0-14.0)	2	40	1	6,7	0	0	3	6,3
Anemia leve (10-10.9)	3	60	5	33,3	13	46,5	21	43,8
Anemia Moderada (7.0-9.9)	0	0	6	40,0	9	32,1	15	31,3
Anemia Severa (< 7.0)	0	0	3	20,0	6	21,4	9	18,8
Total	5	100,0	15	100,0	28	100,0	48	100,0

En la tabla 9 se observa que el 43,8% de los niños menores de tres años de acuerdo al grupo etario presentan anemia leve; mientras que, el 6,3% tienen un nivel de hemoglobina normal. De acuerdo al nivel de hemoglobina, el 60% de niños de 6 meses presenta anemia leve, seguido por el 46,5% de niños de 2 años y un 33,3% de niños de 1 año de edad. Sin embargo los que presentan un nivel de hemoglobina normal son en su mayoría los niños de 6 meses con 40%.

Estos resultados están en estrecha relación con el trabajo realizado por el Programa Mundial de Alimentos - PMA (2007), que realizó una investigación sobre los programas sociales y la clasificación de la anemia de los niños menores de cinco años, según criterio de gravedad como problema de salud pública. Los resultados nos indican la prevalencia de anemia severa en el país de Haití con un 65,8% y, con un 46,2%, en el Perú.

Si bien es cierto, la principal causa de anemia en nuestro país es la deficiencia de hierro ocasionado por el consumo inadecuado de alimentos en la dieta, agravándose en los grupos vulnerables. Por lo tanto, se debe priorizar este grupo etario de niños menores de 3 años; ya que, en estas edades necesitan mayores requerimientos de hierro que contribuye a la velocidad de su crecimiento.

Según la directiva sanitaria N° 050 –MINSA/DGSP-V. 01; se establece la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años; teniendo como finalidad, contribuir a la protección del estado de salud de las niñas y niños menores de tres años y disminuir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en este grupo poblacional. Las atenciones que se brindan en el marco de la Suplementación Preventiva con Hierro, dispuestas en la presente Directiva Sanitaria, son gratuitas para los menores de los sectores de pobreza y pobreza extrema, en los establecimientos de salud comprendidos en el ámbito de referencia. Los menores de 3 años que sean diagnosticados de anemia, recibirán tratamiento de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de Salud.

La suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años incluirá la administración de hierro, por vía oral; para lo cual el Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Unidades Ejecutoras (en el marco de sus competencias) desarrollarán las acciones que garanticen la disponibilidad de este suplemento en jarabe, en gotas, y/o en polvo (micronutrientes). Según la condición del niño nacido a término con adecuado peso al nacer; la dosis indicada de hierro elemental es: a partir de los 6 meses a 35 meses, de 1-2 mg de hierro elemental/ kg peso/día, durante 6 meses de suplementación continua durante un año.

También tenemos el estudio realizado por ENDES (2009) sobre anemia y desnutrición en niños menores de tres años; donde nos muestran que la anemia es severa entre los niños de 6 a 24 meses, siendo el momento más crítico para el desarrollo cerebral.

En la actualidad El Ministerio de Salud (MINSA), sigue implementando y generando proyectos y/o programas como Proyecto Nutriwawa, que está dirigida a madres y cuidadores de niños menores de 3 años, para la reducción de desnutrición Crónica y anemia infantil. Nutriwawa tiene como objetivo informar y sensibilizar a las madres y padres de familia sobre los mensajes claves de la alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes, lavado de manos y lactancia materna exclusiva.

Es necesario mencionar que la actividad se desarrolla en el marco del Componente de Salud de DEVIDA “Municipios y Comunidades Saludables”; cuyo fin es mejorar las condiciones económicas, sociales y políticas de las zonas de intervención y promover estilos de vida lícita.

Por su parte, el Ministerio de Salud; a través, del Proyecto Nutriwawa, está comprometido con la salud de la población atendiendo y brindando información para la prevención y atención de enfermedades; especialmente, para beneficio de nuestra niñez, a fin de erradicar la anemia y la desnutrición crónica infantil.

La dieta de nuestra población es deficiente en micronutrientes y los alimentos brindados por parte de los programas sociales no cubren los requerimientos nutricionales; por ejemplo, en el programa PIN se distribuye arroz, trigo, papilla, atún; pero de muy baja calidad.

El factor de riesgo básico asociado con la deficiencia de hierro es la baja concentración y/o biodisponibilidad del hierro en la dieta. Dada una dieta de características más o menos uniformes, aquellos individuos o grupos poblacionales que presenten mayores requerimientos desarrollarán la deficiencia; tal es el caso de los niños.

El hierro está presente en los alimentos, en dos formas: hierro heme y hierro no-heme. El hierro heme existe en las carnes de todo tipo (rojas y blancas, incluyendo las vísceras) y en la sangre (morcilla). Más del 20% del hierro heme presente en el alimento es absorbido y este proceso no resulta alterado por la presencia de factores facilitadores o inhibidores de la absorción. El hierro no-heme –o inorgánico– comprende el hierro presente en los vegetales, y en otros alimentos de origen animal como la leche y el huevo. La absorción promedio de este tipo de hierro es mucho menor (del 1% al 8%) y altamente variable, dependiendo de la presencia, en la misma comida, de factores facilitadores o inhibidores de la absorción. El hierro de la leche materna constituye una excepción; dado que su absorción ha sido estimada en alrededor del 50%.

4.4. Programas sociales y estado nutricional de la población en estudio.

Tabla 10. Niños beneficiarios en los programas sociales, P.S. Miraflores – Bambamarca, 2011 - 2012.

Programas Sociales	N°	%
PIN y JUNTOS	12	16,7
PIN y PREDECI	5	6,9
PREDECI, PIN y JUNTOS	42	58,3
Solo PIN	13	18,1
Total	72	100,0

En el presente cuadro se observa que el 58,3% de los niños son beneficiarios de los programas sociales de PREDECI, JUNTOS, PIN; y el 6,9%, son beneficiarios de PIN y PREDECI; sin embargo; existe un 18,1% de niños que son beneficiarios solo del programa PIN.

Estos resultados se relacionan con el estudio realizado por Vásquez y Pérez (2007), sobre la reforma de los programas sociales en los beneficiarios. Los hallazgos detectaron casos de hogares beneficiarios de varios programas sociales a la vez. Además, estimaron para el año 2014, pese a que la tasa de cobertura seguía siendo alta, 121 millones de nuevos soles en costos por filtración en los programas sociales de nutrición. También indica que la fusión de los programas sociales intentó reducir los costos administrativos y mejorar la focalización; mediante la construcción de un padrón único de beneficiarios que permite priorizar a las familias más pobres y reducir la filtración.

Sin embargo, pese a que existen niños beneficiarios de varios programas sociales; como son: PIN, JUNTOS y PREDECI, los mismos que tienen como objetivo disminuir la desnutrición, no se evidencia resultados positivos en beneficio del niño; sino que, esta situación implica que no se optimice los pocos recursos que tiene nuestro país.

El presupuesto asignado para los programas sociales en el año 2010, tuvo un incremento del 86% (s/. 3 072 millones) respecto al año 2007; los cuales fueron distribuidos entre 24 programas sociales a nivel nacional. El nivel de ejecución se incrementó progresivamente en el periodo 2007 – 2010; donde pasa de 74% a 85%, respectivamente.

El programa JUNTOS ha venido creciendo significativamente, en términos de cobertura y presupuesto, desde su creación. A finales del año 2008 contaba con un presupuesto de casi 600 millones de soles, cifra que le hace el programa social más grande del país, atendiendo a 420,491 hogares en 14 regiones del Perú; sin embargo, no muestra evidencias de cambios en la nutrición, según objetivos planteados.

El Presupuesto Institucional Modificado- PIM, para el año 2010, superó al programa social PIN en 736.635 millones de soles. De éstos, el 93% corresponde a la ejecución de los tres componentes (alimentario, educativo y supervisión) y, el 7%, a gastos por concepto de actividades administrativas. Se observa que casi la totalidad es asignada al componente alimentario, que implica únicamente adquisición de productos alimenticios. Esta tendencia es alarmante en cuanto a gastos de recursos por parte del estado aún sin evidenciar resultados de mejora.

El presupuesto del programa PREDECI, asciende a 7 581 049.49 millones; lo que representa el 9% del total del presupuesto de inversión del Programa Minero de Solidaridad con el Pueblo de Cajamarca (PMSC). En el marco de las políticas y estrategias nacionales, regionales y locales orientadas a la reducción de la DCI y la lucha contra la pobreza.

Los Programas sociales, en el Perú, se implantan desde la década del 70 como una alternativa para aliviar la pobreza; pero sin tener una línea de base definida; por eso, los resultados no son favorables. En la actualidad se han fusionado una serie de programas sociales.

Tabla 11.Programas sociales y estado nutricional, niños menores de tres años, P.S. Miraflores – Bambamarca, 2011- 2012.

Programas Sociales	Estado Nutricional													
	Desnutrición crónica		Desnutrición global		Desnutrición aguda		Sobrepeso		Obesidad		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PIN y JUNTOS	6	16,70	1	0,00	0	0,00	1	9,10	0	0,00	4	22,20	12	16,70
PIN y PREDECI	2	5,60	1	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	11,10	5	6,90
PREDECI, PIN y JUNTOS	22	61,10	2	40,00	1	100,00	6	54,50	1	100,00	10	55,50	42	58,30
Solo PIN	6	16,70	1	20,00	0	0,00	4	36,40	0	0,00	2	11,10	13	18,10
TOTAL	36	100,00	5	100,00	1	100,00	11	100,00	1	100,00	18	100,00	72	100,00

La tabla 11 muestra que el 61,1% de niños, que presentan desnutrición crónica, son beneficiarios de los programas sociales: PREDECI, PIN y JUNTOS; mientras que, el 5,6% de éstos, pertenecen a los programas: PIN y PREDECI.

Asimismo el 40% de niños, que presentan desnutrición global, pertenecen a tres programas sociales: PREDECI, PIN y JUNTOS; seguido de un 20% que están en los programas: PIN y JUNTOS; PIN y PREDECI; y solo PIN, respectivamente.

De los niños que presentan desnutrición aguda, se observa que, el 100% son beneficiarios de tres programas sociales: PREDECI, PIN y JUNTOS.

Referente a los niños que presentan estado nutricional de sobrepeso, en su mayoría, constituyen un 54,5 % que son beneficiarios también de los tres programas sociales: PIN, JUNTOS y PREDECI; mientras que, el 9,1% pertenecen a dos programas: PIN y JUNTOS.

En cuanto al estado nutricional de obesidad lo presentan el 100% de los niños que son beneficiarios de los tres programas: PIN, JUNTOS y PREDECI.

El 55,6% de niños que presentan estado nutricional normal son beneficiarios de los tres programas: PIN, JUNTOS y PREDECI; mientras que el 11,1% son beneficiarios de dos programas: PIN y PREDECI y, en el mismo porcentaje, sólo al programa PIN.

Las políticas sociales llegan a un determinado grupo de personas y no a otras; básicamente por dos razones: por autoselección o por inclusión/exclusión. La autoselección se produce en aquellas políticas en las cuales no se establece a priori

condiciones necesarias para acceder a determinados programas sociales; sino que, siendo las mismas de libre acceso, las condiciones en que éstas se dan, causan que los que demanden esos programas sean los miembros de determinados grupos. El mecanismo, de inclusión/exclusión planeada, consiste en orientar al programa social en función de determinadas características de la población beneficiaria; a partir de las cuales se establecen criterios expresamente selectivos, que identifican y discriminan a la población. Estos criterios pueden guardar relación con la carencia que busca resolver el programa social. Así los programas sociales son un complemento nutricional; pero que no logran mejorar esta situación.

La política social del Estado Peruano incluye servicios universales y programas focalizados. Los primeros se basan en la demanda y; por tanto, son auto-focalizados. Los programas focalizados no pretenden dar cobertura universal y, desde la oferta, establecen criterios de selección y filtros para acceder a ellos. En general, los programas focalizados tienen como población objetivo a las personas en pobreza y pobreza extrema.

De acuerdo al estado nutricional encontrado, predomina la desnutrición crónica; la misma que puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades, una mejor nutrición permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una excelente salud.

Es preocupante mencionar que la mayoría de niños presentan algún tipo de desnutrición; ya sea crónica, global o aguda; pero también el sobre peso y obesidad que amenazan a la población infantil. Esto podría conllevar a un aumento de la desnutrición. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer, a edades más tempranas, enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Estos datos tienen relación con los encontrados en un estudio realizado por Alcázar, López-Calix y Wachtenheim(2003), Gajate e Inurritegui(2001), Stifel y Alderman (2003, 2002 y 2004), donde se encontraron importantes deficiencias en el Programa JUNTOS, en los departamentos que cuentan con este programa, en particular, que no cumple con sus objetivos, que enfrenta serios problemas de focalización y que un porcentaje muy significativo de los recursos que le son asignados se pierden en el camino; por lo que no llega a sus beneficiarios objetivo. Esto se debe a una serie de ineficiencias en el programa, a la falta de información y corrupción en distintos niveles.

Estos resultados suscitaron mucho interés y motivaron a más de un proyecto de ley para modificar aspectos del programa; pero la fuerte oposición de grupos afectados impidió que los cambios se concretaran. Recordemos que los programas sociales son de mucho beneficio para el desarrollo de un país; sin embargo, para la población objetivo que son niños menores de tres años, no se cumplen las actividades que se evidencia teóricamente en cada programa, en consecuencia no se modifica el estado nutricional de los niños

Los resultados del presente estudio también concuerdan con el realizado por Stifel y Alderman (2003).sobre impacto nutricional del programa PIN; quienes utilizaron información de ENAHO, ENNIV, ENDES y las encuestas de monitoreo y seguimiento del gasto aplicadas por el Instituto Apoyo. Por otro lado, su modelo evaluó el impacto del programa en los niveles de nutrición, calculado sobre la base de la talla para la edad, controlando también las características del niño, del hogar y de los padres, y el acceso a los servicios públicos. El efecto se mide en el gasto per cápita del programa a nivel distrital y los resultados muestran que el efecto en la nutrición de los niños implicados no es significativo.

A nivel del gobierno nacional; una de sus ofertas ha sido: la implementación y/o creación de programas sociales para la población de infantes, pre-escolares y adolescentes, según criterios de los programas, con el fin de disminuir la desnutrición crónica. Se ha tomado en cuenta a los hogares más pobres, pero muchas veces sin tener en cuenta la realidad familiar; así como también, no se aplica de acuerdo a lo establecido y normado en cada uno de los programas; por eso sigue, probablemente, prevaleciendo la desnutrición crónica infantil en nuestro país.

Cabe también mencionar que los resultados de este trabajo son concomitantes con los datos presentados por el Instituto Peruano de Economía, en lo concerniente a la evolución del gasto público en programas alimentarios y de nutrición infantil – Lima; quien entre otros datos asevera: Instituto Peruano de Economía (2007),en el Perú, a pesar que desde 1997 hasta el 2005 se ha gastado en programas alimentarios 2 mil millones de dólares, es decir 260 millones de dólares anuales en promedio, no se logró reducir la desnutrición crónica.

Según todos estos datos, se puede apreciar que, la mayoría de niños (as) son beneficiarios de los tres programas; teniendo conocimiento que el programa PIN, está basado en la asistencia alimentaria; JUNTOS, basado en la entrega de dinero; PREDECI en consejerías nutricionales y pequeños incentivos. Asimismo, todas las familias manifiestan que estos programas sí dan apoyo; pero no cambiarán sus formas de vivir obstaculizando el avance en el estado nutricional de los niños.

Según cifras del ENAHO, el número de beneficiarios de los programas han aumentado en su cobertura. Desgraciadamente esta mayor cobertura del programa no ha significado una mayor incorporación de la población que supuestamente se debería favorecer según la distribución de beneficiarios de acuerdo a la población objetivo y niveles de pobreza. Recordemos que hay participación de hogares que tienen mayor cantidad de miembros que no pertenecen a la población objetivo.

Probablemente, lo que reciben estas familias de los programas sociales PIN, PREDECI y JUNTOS, lo comparten con todos sus integrantes; por lo que se debe tener en cuenta que, el apoyo de los programas es única y exclusivamente para el beneficiario. Como en la práctica esto no se cumple; los beneficiarios no son abastecidos completamente, tampoco los demás integrantes de la familia; entonces no habrá una mejora en su estado nutricional.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

El estado nutricional de los niños beneficiarios de los programas sociales: PIN, JUNTOS, PREDECI; presentan en su mayoría desnutrición crónica; mientras que en menores porcentajes tenemos el estado nutricional normal, la obesidad, desnutrición global y desnutrición aguda.

Las características sociodemográficas que presentan los niños menores de tres años y que contribuyen a la desnutrición crónica infantil, son en su mayoría el consume de agua entubada; seguida de condición de vivienda propia; además la mayoría de familias profesan la religión adventista y las madres presentan un grado de instrucción analfabeta.

El mayor porcentaje de los niños menores de tres años beneficiarios de los programas sociales PREDECI, JUNTOS y PIN de la jurisdicción del Puesto de Salud de Miraflores presentan anemia leve, seguida de anemia moderada; mientras que en un menor porcentaje de niños muestran anemia severa.

La mayoría de niños menores de tres años, pertenecen a los programas sociales PREDECI, PIN y JUNTOS y presentan desnutrición crónica; mientras que un porcentaje mínimo son adjudicatarios de los programas sociales PIN y CREDECI, pero presentando algún tipo de desnutrición.

APÉNDICE: 1

**ENCUESTA SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROGRAMAS
SOCIALES**

PRESENTACION:

Mediante esta encuesta se trata de recoger datos socio demográficos y de los programas sociales PIN, JUNTOS y PREDECI; se le suplica, conteste con veracidad las siguientes preguntas, y apoye con la participación de su hijo para evaluar su situación nutricional. ¡Muchas gracias por su valioso aporte!

I. DATOS GENERALES:

1. Nombre de la familia:.....
2. Comunidad:.....
3. Sector:.....
4. Fecha:.....

II. DATOS DEL NIÑO

1. Nombre del Niño
2. Edad del niño en meses
3. N° Historia Clínica
4. Tiempo que pertenecen al programa:.....
5. Edad en la que ingreso al programa:

PROGRAMA SOCIAL AL QUE PERTENECE		
PIN	JUNTOS	PREDECI

--	--	--

III. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA:

1. N° DE INTEGRANTES:.....

2. RELIGIÓN:.....

3. PARENTESCO DEL CUIDADOR DEL NIÑO:.....

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR DEL NIÑO:.....

5. CONDICIONES DE LA VIVIENDA DE LA FAMILIA:

La vivienda es:

a. Propia ()

b. Alquilada ()

c. Hipotecada ()

d. Otros ()

El material de su vivienda es:

a. Tapial ()

b. Quincha ()

c. Adobe ()

d. Material noble ()

e. Otros ()

Número de habitaciones:.....

6. SERVICIOS BÁSICOS:

El agua que consume es:

a. Entubada ()

b. Puquial ()

c. Pozo ()

d. Río ()

Sus excretas lo elimina en:

a. Letrina ()

b. Campo libre ()

c. Chacra ()

d. Río ()

Donde elimina su basura:

a. Campo abierto ()

b. Chacra ()

c. Río ()

d. Lo entierran ()

e. Lo queman ()

**IV. DATOS COMPLEMENTARIOS PROPORCIONADOS POR LA MADRE
O CUIDADORA DEL NIÑO.**

1. ¿Para Ud. qué son los programas sociales?

.....
.....

2. ¿Cuál de los programas sociales cree Ud. que ayuda de mayor forma a la
nutrición de su niño?

PREDECI () JUNTOS () PIN ()

¿Por qué?.....

3. ¿Qué cree usted que afecta en la nutrición de sus hijos?

.....
.....

Observar en el carnet de control las curvas de crecimiento (ganancia de peso
y talla).

APÉNDICE: 02

FICHA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO

ESTADO NUTRICIONAL										
EDAD	PESO	TALLA	P/E			T/E		P/T		
			NORMAL	DESNUTRICIÓN GLOBAL	SOBRE PESO	NORMAL	DESNUTRICIÓN CRÓNICA	NORMAL	DESNUTRICIÓN AGUDA	SOBRE PESO

DATOS DE HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA	
--------------------	--

APÉNDICE: 03

MAPA DE LA PROVINCIA
HUALGAYOC BAMBAMARCA



LISTA DE REFERENCIA

Arévalo, José. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). 2004 y 2008. *Perú en cifras. Indicadores Sociales de Pobreza*. Lima, Perú.

(Consultado 22 de Octubre 2012).

Alcázar, Lorena. 2003. “¿Porqué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú?” *Riesgos y oportunidades para su reforma*. Lima.

(Consultado 22 de Octubre 2012).

Alcázar, Lorena. 2009. *El gasto público social frente a la infancia: análisis del programa Juntos y de la oferta y demanda de servicios asociadas a sus condiciones*. Lima: Editorial GRADE - Niños del Milenio. Recuperado de: Web: www.niñosdelmilenio.org.

(Consultado 12 de setiembre 2013)

Benítez Castañeda, Jenny R. 2007. *Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten 81 Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2007*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería). Lima, Perú: Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado desde:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Desnutric.html>.

Ibáñez, Sylvia y Puentes, Rubén. “Aspectos generales de la desnutrición en el niño”. Chile.

(Consultado 24 de Mayo 2014)

Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. 2009. *Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú, 1996-2007*. Lima: INEI, USAID y Measure DHS.

(Consultado 13 de Octubre 2013)

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). 2008. “*Informe de los Resultados del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (Monin)*”. CENAN-MINSA 2008. Lima.

(Consultado 22 de Octubre 2012)

Díaz, A.; Lugo, R.; Méndez, M.; Ramírez, M.; Reyes, J. y Torres, B. 2006. *Evaluación del nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y algunos factores sociodemográficos asociados al aprendizaje dirigido a las mujeres. Ambulatorio Urbano tipo I “Nuevo Barrio”. Barquisimeto estado Lara. Junio–diciembre del 2006. Barquisimeto Estado Lara. Recuperado de: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbibmed.ucla.edu.ve%2Fedocs_bmucla%2Ftextocompleto%2FTPWS120DV4E832006.pdf&ei=LbIbVNDdNYeqggSfvIGYAg&usg=AFQjCNEhaiosp_7YLOFVCGs9bF80yLd2-w.*

(Consultado 12 de setiembre 2013)

Díaz, J. 2009. *Hábitos y costumbres que influyen en la alimentación de Latinoamérica y el Caribe*. 3era ed. Cuba. CEAL 2009. Pág. 113-127.

(Consultado 22 de Mayo 2014).

Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años. *Directiva Sanitaria N° 050 – MINSA/DGSP- V. 01. Lima 28 de Noviembre del 2012*.

(Consultado 22 de Mayo 2014).

ENDES. 2000. *Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años del área rural y a los residentes en los departamentos de Cajamarca, Huánuco, Apurímac, Cusco y Huancavelica.*

(Consultado 12 de setiembre 2010).

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. 2010. *Estado Mundial de la Infancia.* Editorial UNICEF 2010. New York

(Consultado 13 de Octubre 2013)

Gajate, G. e Inurritegui, M. 2002. *Impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: Una aproximación a partir de la metodología Propensity Score Matching . GRADE. Lima 2002.* (Proyecto breve de investigación del Consorcio de Investigación Económica y Social). Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/VaspLeche_GajateInurritegui.pdf.

(Consultado 13 de Octubre 2013)

Instituto Cuanto. 2010. *Diseño de una estrategia de racionalización del gasto social público en alimentación nutricional.* Lima.

(Consultado 12 de setiembre 2010).

INEI, *Impacto de los Programas de Apoyo Alimentario en las condiciones de vida;* Lima.

(Consultado 12 de setiembre 2010).

INEI. 2011. *Perú: Indicadores de los Programas Estratégicos, 2010.* Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua. Lima.

(Consultado 22 de Mayo 2014).

Instituto peruano de economía. 2007. *Evolución del gasto público en programas alimentarios y de nutrición infantil.* Lima.

(Consultado 22 de Octubre 2012).

Jiménez Huamaní, C. 2008. *Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al centro de salud Fortaleza*. Lima.

(Consultado 22 de Octubre 2012)

JUNTOS. 2007. *Del distrito de Vinchos .Informe N° 006-2008- PNADMP- JUNTOS/VTH-P.S. de las actividades desarrolladas en el mes de abril, 2007*. Recuperado de: Web: www.ninosdelmilenio.org

(Consultado 12 de setiembre 2013).

Musgrove, P. 1993. *Feeding latinamerica's children*. Worldbank res obs. Conocimientos de la madre sobre alimentación del niño.

(Consultado 12 de setiembre 2010).

Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03. Lima 15 de Agosto del 2013.

(Consultado 25 de Mayo 2014)

OMS-Departamento de nutrición para la salud y el desarrollo. 2010. *S. F. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad. Métodos y desarrollo*. Recuperado de: http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_spanish_rev.pdf.

(Consultado 22 de Octubre 2012)

OPS, Organización Panamericana de la Salud y OMS. 2010. *s. f. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfeeding Child*. Washington: OPS / OMS. Recuperado desde:

<http://whqlibdoc.who.int/paho/2004/a85622.pdf>>.

(Consultado 22 de Octubre 2012).

PRISMA. 2002. *Funcionamiento del PIN y de las características socioeconómicas en niños beneficiarios*. Perú.

(Consultado 12 de setiembre 2013)

PMSC. 2011. *Estudio de evaluación final (2007 – 2011) del programa minero de solidaridad con el pueblo de Cajamarca*.

(Consultado 13 de Octubre 2013)

PNUD. 2010. *Apreciación sustantiva del Programa Nacional de Apoyo a los más Pobres - JUNTOS. Y la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años*. Lima 2006.

(Consultado 13 de Octubre 2013).

<http://www.pronaa.gob.pe/index.php/programassociales/programa-integral-de-nutricion-pin/educativo.html>.

Peña, Manuel. 2007. *Desnutrición en el Perú PAHO/WHO*. Lima Perú. Disponible en:

<http://www.per.ops-oms.org/noticias/Desnutricion - Marzo2007.pdf>

(Consultado 13 de Octubre 2013).

Stifel D. y Alderman, H. 2003. *The 'Glass of Milk' subsidy program and malnutrition in Perú*. World Bank Policy Research Working Paper 3089.

(Consultado 22 de Octubre 2012).

UNICEF. 1990. *Estado Mundial de la Infancia*. Perú. EE. UU.: Editorial

HatterasPress, Inc. Recuperado de:

<http://books.google.com.pe/books?id=FwHkmEKkPAkC&pg=PA152&lpg=PA152&dq=UNICEF.+1990.+Estado+Mundial+de+la+Infancia.+Per%C3%BA.&source=bl&ots=rS0wtMvTjT&sig=sOTV74TOw603xwQ030btqtFYS48&hl=es-419&sa=X&ei=0scbVP38OdXEggSosIHoCQ&ved=0CDoQ6AEwBw#v=onepage&q=UNICEF.%201990.%20Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia.%20Per%C3%BA.&f=false>

(Consultado 12 de setiembre 2010)

INFLUENCIA DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIO DE LA I.E.P. SAN AGUSTÍN DE LOS OLIVOS, LIMA