

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL**



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACTORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL  
PROGRAMA ESTRATÉGICO ARTICULADO NUTRICIONAL  
DESARROLLADO EN LA MICRO RED DE SALUD PIEDRA  
LIZA, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO DURANTE  
EL AÑO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA  
SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS Y  
PROYECTOS DE DESARROLLO**

**AUTORA**

**Mabel Jenniffer Vila Arce**

**ASESOR**

**Mg. Javier Alejandro Pineda Medina**

**Lima - Perú**

**2018**

## **RESUMEN EJECUTIVO**

La presente investigación titulada “Factores Relacionados con la Ejecución del Programa Estratégico Articulado Nutricional desarrollado en la Micro Red de Salud Piedra Liza, Distrito de San Juan de Lurigancho durante el año 2014” busca conocer cuáles son los factores que influyen directa o indirectamente en la ejecución del Programa Estratégico Articulado Nutricional – PAN desarrollado en la Micro Red de Salud Piedra Liza.

Para lo cual, analiza cuatro aspectos: la consejería nutricional como herramienta educativa ofrecida por el programa, los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento en las familias con niño(a)s menores de 24 meses usuarias de los servicios de los establecimientos de salud, el uso y consumo del suplemento de hierro en el menor de 03 años y las percepciones de los actores locales sobre el programa. Lo que se busca a partir de los resultados obtenidos en la presente tesis, es generar evidencias desde la Gerencia Social que se traduzcan en nuevas herramientas de gestión y estrategias adecuadas de intervención multisectorial que contribuyan a una ejecución exitosa del PAN.

Por ello, el enfoque metodológico del estudio es de tipo cualitativo y de corte transversal; en donde se recogió información a través de técnicas de investigación como grupos focales aplicados a 24 madres con niño/as menores de 36 meses atendidas en los Establecimientos de salud (EESS) de la Micro Red, observación directa de la realización de la consejería nutricional brindada por 30 profesionales de la salud en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y de nutrición, aplicación de entrevistas estructuradas a 10 principales actores locales involucrados con la temática de lucha contra la desnutrición crónica infantil que aborda el PAN y encuestas de monitoreo de uso y consumo del suplemento de hierro aplicado a 24 madres con niños entre 6 a 35 meses, usuarios de los servicios de los EESS de la Micro Red.

Encontrándose que, factores como la alta demanda de pacientes en consultorio, la alta carga administrativa en el llenado de registros por cada paciente atendido,

la escasa capacitación y asistencia técnica al personal de salud en el uso de herramientas educativas, la lógica de trabajo por cantidad más que calidad de atención, el escaso monitoreo domiciliario, la gran variedad de información errónea y mitos en torno a las principales prácticas de higiene y alimentación, la falta de involucramiento y participación activa de los actores locales; constituyen aún los grandes retos por resolver desde la mirada de la Gerencia Social si lo que se busca son logros concretos y sostenibles que deben partir por una realista implementación del programa que considere los aspectos mencionados.



## **ABSTRACT**

The present investigation seeks to know which are the factors that influence the execution of the Nutritional Articulated Strategic Program - PAN developed in the Piedra Liza Micro Health Network, district of San Juan de Lurigancho. Analyzing four aspects: nutritional counseling as an educational tool offered by the program, knowledge and attitudes about the main practices of hygiene and sanitation in families with children under 24 months of use of the services of health facilities, the use and consumption of the iron supplement in the lesser of 03 years and the perceptions of local actors about the program. Seeking to generate evidence from the Social Management that translates into new management tools and appropriate multisector intervention strategies that contribute to the successful execution of the NAP.

Therefore, the methodological approach of the study is qualitative and cross-sectional; collecting information through focus groups applied to 24 mothers with children under 36 months of age served in the health facilities (EESS) of the Micro Network, direct observation of the performance of 30 nutritional counseling provided by health professionals in the clinic, application of structured interviews to 10 main local actors involved in the fight against chronic child malnutrition and monitoring surveys on the use and consumption of iron supplements applied to 24 mothers with children between 6 to 35 months.

Finding that, factors such as the high demand for patient care, high administrative burden in filling out records for each care, lack of training and technical assistance to health personnel in the use of educational tools, poor home monitoring, a great variety of erroneous information and myths about the main hygiene and food practices, lack of involvement and active participation of local actors; they are still the great challenges to be solved from the perspective of Social Management.

## **ÍNDICE**

<b>RESÚMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>4</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>5</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>10</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>11</b>
<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>24</b>
<b>1.3 OBJETIVOS .....</b>	<b>26</b>
<b>1.3.1 General.....</b>	<b>26</b>
<b>1.3.2 Específicos.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 ENFOQUES TRANSVERSALES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1.1 Enfoque de Derechos .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1.2 El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD y los                 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.3 El Enfoque de Capacidades de Amartya Sen .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1.4 El Derecho a la Salud en la Ley Peruana .....</b>	<b>32</b>

<b>2.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b> .....	<b>33</b>
<b>2.2.1</b> Características Geodemográficas del Distrito San Juan de Lurigancho .....	<b>34</b>
<b>2.2.2</b> Situación socio sanitaria del distrito San Juan de Lurigancho.....	<b>36</b>
<b>2.2.3</b> Situación de Salud de la población atendida por la Red de Salud San Juan de Lurigancho .....	<b>37</b>
<b>2.2.4</b> San Juan de Lurigancho y la Desnutrición Crónica Infantil .....	<b>40</b>
<b>2.3 POLÍTICAS DIRIGIDAS HACIA LA INFANCIA Y LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL</b> .....	<b>43</b>
<b>2.3.1</b> El Acuerdo Nacional.....	<b>43</b>
<b>2.3.2</b> El Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PNAIA (2012- 2021) .....	<b>44</b>
<b>2.3.3</b> La Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” .....	<b>45</b>
<b>2.3.4</b> Lineamientos “Primero La Infancia” .....	<b>46</b>
<b>2.4 EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL – PAN</b> .....	<b>47</b>
<b>2.4.1</b> El Modelo del Programa Estratégico Articulado Nutricional.....	<b>48</b>
<b>2.4.2</b> Principales Avances obtenidos por el PAN .....	<b>50</b>
<b>2.5 OTRAS INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL</b> .....	<b>53</b>
<b>2.5.1</b> El Programa Salud Materno Neonatal .....	<b>53</b>
<b>2.5.2</b> La Iniciativa contra la Desnutrición Crónica Infantil .....	<b>53</b>
<b>2.6 CONCEPTOS INSTRUMENTALES</b> .....	<b>54</b>
<b>2.6.1</b> El Presupuesto por Resultados (PpR).....	<b>54</b>
<b>2.6.2</b> Salud Pública .....	<b>56</b>
<b>2.6.3</b> Primera Infancia .....	<b>57</b>
<b>2.6.4</b> Importancia de las Prestaciones de Salud Brindadas al Menor de 03 años.....	<b>56</b>

2.6.5 Desarrollo de Capacidades .....	59
2.6.6 La Gestión del Desempeño como una herramienta base para el logro de resultados sostenibles.....	60
2.6.7 El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) .....	61
2.6.8 La Teoría de Cambio, una alternativa para lograr procesos de desarrollo y cambio social .....	62
2.6.9 Las transformaciones familiares, un factor determinante para el diseño de programas y políticas públicas dirigidas a la primera infancia.....	63
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>66</b>
3.1 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
3.2 FORMA DE INVESTIGACIÓN .....	66
3.3 FUENTES DE INFORMACION.....	67
3.4 DIMENSIONES DEL ESTUDIO .....	68
3.4.1 Universo y Muestra .....	68
3.4.2 Método de Muestreo .....	68
3.4.3 Tamaño Muestral .....	69
3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	71
3.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	71
3.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	73
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
4.1 Lineamiento 1: Determinación si la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses está contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PNA desarrollado el año 2014 en la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito SJL.....	76
Principales Hallazgos:	
4.1.1 Respecto a la calificación final de las consejerías observadas.....	80
4.1.2 Características Generales de los profesionales evaluados .....	81
4.1.3 Respecto a los criterios evaluados .....	83
4.2 Lineamiento 2: Análisis referente a si los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuyen con los objetivos del	

programa .....	91
Principales Hallazgos:	
4.2.1 Respecto a los conocimientos y actitudes sobre el lavado de manos utilizando agua y jabón.....	93
4.2.2 Respecto a los conocimientos y actitudes sobre el consumo de agua segura.....	95
4.2.3 Respecto a los conocimientos y actitudes sobre el lavado de los alimentos antes de ser consumidos o preparados .....	96
4.2.4 Respecto a los conocimientos y actitudes sobre el adecuado almacenamiento y eliminación de residuos sólidos.....	98
4.3 <b>Lineamiento 3:</b> Indagación concerniente a si el uso y consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuye con los logros planteados por el programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL .....	104
4.4 <b>Lineamiento 4:</b> Percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito de SJL .....	108
4.4.1 Respecto al conocimiento general sobre el Programa Articulado Nutricional entre los actores locales .....	110
4.4.2 Respecto a la percepción sobre el nivel de participación de los principales actores involucrados en el PAN en las actividades del programa.....	112
4.4.3 Respecto a las percepciones sobre los logros del programa en la jurisdicción de Piedra Liza .....	113
4.4.4 Respecto a la percepción sobre la calidad de las consejerías y orientaciones sobre salud y nutrición que reciben los beneficiarios en los EESS .....	114
4.4.5 Respecto a la percepción sobre el uso que dan las madres a las consejerías y orientaciones recibidas en los EESS sobre higiene, saneamiento y nutrición.....	116
4.4.6 Propuestas para mejorar la articulación e involucramiento de todos los actores locales del PAN.....	119



<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES .....</b>	<b>124</b>
<b>CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....</b>	<b>130</b>
<b>CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>133</b>
<b>CAPÍTULO VIII: ANEXOS .....</b>	<b>111</b>
Anexo 1: Ficha De Evaluación Del Desempeño en la Consejería Nutricional .....	141
Anexo 2: Guía De Aplicación De Grupo Focal.....	144
Anexo 3: Ficha de Monitoreo de Consumo de Suplementos de Hierro.....	146
Anexo 4: Guía de Entrevista Estructurada de Percepciones sobre El Programa Articulado Nutricional .....	148
Anexo 5: Matriz Columna Vertebral Completa.....	152
Anexo 6: Galería Fotográfica .....	154



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecimientos a mi madre, por ser mi mayor motivación, la que siempre guía y orienta mis pasos hacia el logro de mis sueños.

Agradecimiento especial a mi asesor Javier Pineda, por sus acertados aportes y sugerencias en post de un documento que refleje de mejor forma los hallazgos encontrados en la presente investigación.

Así también, un agradecimiento a la Prof Amelia Fort por sus certeras recomendaciones y sus alentadoras palabras en el camino de la elaboración del presente documento.

Al personal de salud de la Micro Red Piedra Liza, quienes gentilmente facilitaron la información y formaron parte de la presente investigación.

A las madres de familia entrevistadas mediante grupos focales y encuestadas domiciliarmente, quienes estuvieron dispuestas a facilitar la información necesaria para la obtención adecuada de información relevante.

A Eleodoro Julca, por facilitarme la información oportuna y asistirme en los procesos administrativos que permitieran la aprobación final de la presente tesis.

## **DEDICATORIA**

*Madre que afrontas con optimismo y perseverancia admirable las adversidades de la vida, madre que eres el único sustento en tu hogar, madre que procreas, alimentas, educas, das amor y cuidas a los tuyos. Este trabajo está dedicado a ti; por ser fuente de admiración y la inspiración en el arduo y complejo camino de gestionar un entorno más equitativo y reivindicador que por muchos años se te ha sido negado.*

## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

ACS	Agente Comunitario de Salud
CAP	Conocimientos, aptitudes y prácticas
CDN	Convención de los Derechos del Niño y la Niña
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CIPD	Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo
CRED	Crecimiento y Desarrollo
EBDH	Enfoque Basado en los Derechos Humanos
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENAPRES	Encuesta Nacional de Programas Estratégicos
ENDES	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar
ERSA	Estrategia Regional de Seguridad Alimentaria
ESANS	Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EESS	Establecimiento de Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAN	Programa Articulado Nutricional
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia
PNCM	Programa Nacional Cuna Más
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PpR	Presupuesto por resultados

PROMSA	Promoción de la Salud
SERUMS	Servicio Rural Urbano Marginal
SJM	San Juan de Miraflores
UNICEF	Organización Internacional para la Infancia y la Niñez
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Integral



**“FACTORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA  
ESTRATÉGICO ARTICULADO NUTRICIONAL DESARROLLADO EN  
LA MICRO RED DE SALUD PIEDRA LIZA, DISTRITO DE SAN JUAN  
DE LURIGANCHO DURANTE EL AÑO 2014”**

**CAPÍTULO I**

**INTRODUCCIÓN**

El Gobierno peruano a través de la aprobación de la Ley 28927- Ley del Presupuesto del Sector Público en el año 2008, incorpora los elementos básicos para la introducción del Presupuesto por Resultados en el Perú, estableciendo una ruta para su progresiva implementación en todas las entidades de la administración pública peruana y en todos los niveles de gobierno. En esa línea, el enfoque de Presupuesto por Resultados permite un uso más eficiente de los recursos públicos, para el diseño, ejecución y evaluación de los cambios esperados en favor de la población más vulnerable. En ese contexto, surge el programa presupuestal nacional denominado Programa Articulado Nutricional (PAN), cuyo objetivo es reducir los niveles de desnutrición crónica infantil a través de un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud quien asume la rectoría del programa y, el resto de entidades públicas a nivel nacional y regional relacionadas con la temática de la infancia.

El PAN ha venido ejecutándose desde el año 2008 y los estudios de evaluación de su impacto han mostrado resultados favorables; sin embargo aún quedan pendientes por analizar y resolver muchas de las brechas y limitaciones en su ejecución y en los resultados que viene logrando; sobre todo el análisis cualitativo de aquellos factores que podrían estar limitando su éxito y que aún no están siendo abordados en su real magnitud.

Es por ello que, la presente investigación cualitativa constituye un esfuerzo por aproximarse a conocer aquellos aspectos que están relacionados de alguna manera con la ejecución del Programa Articulado Nutricional (PAN), delimitando su estudio en la jurisdicción de la Micro Red de Salud Piedra Liza, una de las 05 micro redes de la Red de Salud San Juan de Lurigancho. Para lo cual, se indagaron 04 aspectos: los relacionados a los beneficios o cambios reales que se

espera conseguir en la población atendida a través de herramientas educativas como la consejería nutricional, los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tengan las familias atendidas por el programa, el uso y consumo adecuado de los suplementos de hierro y las percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con el programa.

Encontrándose que, aún existen muchos aspectos por trabajar, dado que la herramienta educativa utilizada en las consultas de las atenciones de crecimiento y Desarrollo (CRED) conocida como Consejería Nutricional era desarrollada en forma inadecuada en la mayoría de los casos estudiados, los conocimientos sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento fueron imprecisos y en muchos casos erróneos, las actitudes en relación a los mismos eran motivadas por costumbres y creencias propias de la dinámica familiar y no necesariamente por lo que se les recomendara en los establecimientos de salud; el uso y consumo del suplemento de hierro para el menor de 36 meses sólo se daba prácticamente en la mitad de las familias evaluadas; por último, en relación a las percepciones del Programa Articulado Nutricional entre los actores locales vinculados con la ejecución del mismo, fueron los actores que tenían cargos de gestión y coordinación los que tuvieron percepciones más positivas sobre los logros del programa. Mayores detalles sobre los principales hallazgos se encuentran desarrollados en la sección de resultados.

Es así que, la investigación recoge una serie de importantes hallazgos que contribuyen con la generación de información oportuna que pretende ser el preámbulo para futuras investigaciones cualitativas que abarquen con mayor magnitud y representatividad los aspectos que se estudiaron para mejorar las estrategias de prevención y control de la desnutrición crónica infantil lo que se expresará en el éxito del programa.

El presente estudio cualitativo de corte transversal corresponde a una forma de investigación de estudio de caso, siendo la unidad de análisis madres con niño/as menores de 03 años atendidos en los EESS de la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza así como los actores locales involucrados con el programa, en donde a través de entrevistas estructuradas, grupos focales, encuestas y observación

directa, se pretendió conocer los factores que influyen en la ejecución del PAN desarrollado en la Micro Red Piedra Liza. La relevancia de la investigación viene dada por su utilidad para generar evidencias que sirvan como antecedente en futuras investigaciones que profundicen los aspectos abordados generándose estrategias de intervención multisectorial, permitiendo el desarrollo de acciones articuladas y de carácter integral que se expresen en una gestión eficiente del programa y por lo tanto en logros concretos, reales y sostenibles en el tiempo que impacten positivamente en la población infantil a quien va dirigido el programa.

Cabe destacar que el estudio se mueve bajo una lógica de enfoque de género y se maneja bajo el supuesto que sólo es posible generar cambios reales en una población determinada si se parte de un análisis específico de las dinámicas en las familias de la zona, que permitan conocer sus necesidades e intereses particulares; así como la visión compartida (alineamiento) que debe haber entre todos los involucrados en el programa respecto a lo que se quiere conseguir; pues estos dos aspectos permitirán generar competencias durante el proceso de cambio, haciendo más sostenibles los resultados.

La tesis se divide en cinco capítulos; el capítulo I muestra el planteamiento del problema, así como los objetivos de la investigación y la justificación de su realización.

El capítulo II aborda el marco teórico referencial, el que se estructura en una primera parte en los enfoques transversales de abarca la investigación, una segunda parte detalla el diagnóstico situacional del distrito de San Juan de Lurigancho y la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza; un tercer punto que resume las políticas dirigidas hacia la infancia y la reducción de la desnutrición crónica infantil, un cuarto punto aborda al Programa Articulado Nutricional, un quinto aspecto aborda las otras intervenciones orientadas a la disminución de la desnutrición crónica infantil y un sexto punto, los conceptos instrumentales que hay que tener en cuenta en la presente tesis.

El capítulo III muestra el diseño de la investigación correspondiendo a un estudio cualitativo cuya forma de investigación corresponde a la de un estudio de caso,



utilizando para ello técnicas como grupos focales, entrevistas estructuradas, observación directa y encuestas de uso y consumo de suplementos de hierro.

Un IV capítulo muestra la presentación, análisis e interpretación de los resultados el que está desarrollado en cuatro lineamientos, el primero busca determinar si la consejería nutricional brindada en consultorio a los padres de niño/as menores de 03 años contribuye como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN; el segundo lineamiento, analiza si los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres de los menores de 03 años contribuyen a los objetivos del programa; el tercero, indaga si el uso y consumo del suplemento de hierro en los menores de 36 meses contribuye a los logros que plantea el PAN y por último, el cuarto lineamiento que estudia las percepciones sobre el programa entre los diferentes actores locales vinculados a la ejecución del mismo.

En el capítulo V se describen las conclusiones y recomendaciones de la investigación como aporte al campo de la gerencia social.

De la misma manera, la bibliografía y los anexos que fundamentan y complementan la investigación, respectivamente.

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición crónica infantil o retardo del crecimiento es considerada uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial y nuestro país no está ajeno a ella. Esta enfermedad, cuya principal expresión física es la presencia de una estatura baja para la edad de acuerdo a un patrón de referencia, acarrea una serie y compleja relación de graves problemas; según UNICEF y el autor Lorge Rogers, las consecuencias van que van desde un deterioro del desarrollo cognoscitivo, limitando la capacidad de aprendizaje y afectando a largo plazo el desarrollo intelectual del individuo, hasta la reducción de la capacidad para generar ingresos económicos afectando no sólo a quienes la padecen, sino llegando a interferir con el desarrollo y productividad de una nación (2008:2-3), (2001:3-4).<sup>1,2</sup> Esta enfermedad frecuentemente se inicia en la etapa prenatal y tiene un complejo origen multicausal; según el modelo explicativo del PAN entre las principales causas están el bajo peso al nacer debido a las inadecuadas condiciones de salud que experimenta la madre durante su primer trimestre de embarazo, los inadecuados hábitos de alimentación en el menor de 36 meses y las recurrentes enfermedades infecciosas como las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) y las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRAS), principalmente (2012:8).<sup>3</sup>

“En el año 2005 en América Latina y El Caribe habían aproximadamente 9 millones de menores de 5 años de edad con desnutrición crónica y una de cada tres muertes de menores de ésta misma edad fueron asociadas a la desnutrición” (2008:4).<sup>1</sup> A nivel nacional, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2014, la prevalencia de desnutrición crónica infantil fue del 14.6%

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA INFANCIA Y LA NIÑEZ (UNICEF)  
2008 *Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe*. Panamá.

<sup>2</sup> LORGE ROGERS, Beatrice; RAJABIUN Serena y otros.  
2001 *Reducción de la de la Desnutrición Crónica en el Perú: Propuesta para una Estrategia Nacional*. The Gerald J. and Dorothy R. Friedman School of Nutrition Science and Policy at Tufts University.

<sup>3</sup> CRUZADO, Viviana.  
2012 *Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional Sobre la Desnutrición Crónica en Niños Menores de 5 años*. Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas.

(tomando como patrón de referencia el de la OMS); diferenciando por área, a nivel urbano la Prevalencia fue del 8.3%, porcentaje mucho menor al reportado a nivel rural (28.8%) y si diferenciamos por provincias, en la provincia de Lima metropolitana se alcanzó una prevalencia de 4.1% (2014: 308-309 ).<sup>4</sup> Sin embargo, aún en las zonas urbanas, no deja de ser un grave problema dado el “estancamiento” que suele presentarse cuando se tienen prevalencias bajas, por lo difícil que resulta reducirla. Por ejemplo, en el distrito de San Juan de Lurigancho (S JL) 5438 niños menores de cinco años padecieron esta enfermedad en el año 2013 según la Red de Salud de S JL (2014:1),<sup>5</sup> lo que equivale al 5% de prevalencia, convirtiéndose en uno de los distritos de Lima con mayor cantidad de infantes con este grave problema; la mayoría de ellos atendidos en los Centros y Puestos de Salud del Ministerio de Salud. A pesar de ser una población con acceso a los servicios de salud y contar con pleno acceso físico a mercados y medios de transporte, presenta una serie de carencias sociales y sanitarias, pues según el informe del Plan Estratégico Institucional 2014 - 2016 de la municipalidad S JL la población sin acceso al agua es del 10%, sin acceso a desagüe/letrina, 4% (2014: 73),<sup>6</sup> además; el hacinamiento debido a la gran cantidad de asentamientos humanos que se han ido conformado, vuelven a su población infantil vulnerable a deficiencias nutricionales entre ellas, la desnutrición crónica infantil y la anemia nutricional.

En ese sentido, las intervenciones del Estado para responder a este problema vienen dándose dentro del marco de políticas nacionales y estrategias sanitarias dirigidas a intervenciones en favor de la infancia, en donde desde el año 2008 se viene ejecutando el Programa Estratégico Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), cuyo objetivo final es la reducción de la desnutrición crónica en niños y

---

<sup>4</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)  
2014 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*.

<sup>5</sup> RED DE SALUD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO.  
*Indicadores de Etapa Vida Niño*. Consulta: 28 de noviembre de 2014.  
<http://www.redsajl.gob.pe/>

<sup>6</sup> MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO.  
2014 *Plan Estratégico Institucional 2014 – 2016*.

niñas menores de 5 años. El Ministerio de Economía y Finanzas define al presupuesto por resultados (PpR) como: “una estrategia de gestión pública donde se busca que la asignación de recursos públicos estén alineados hacia el logro de resultados positivos para una población determinada” (2015:01).<sup>7</sup> El PAN al ser una herramienta del PpR plantea un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el Seguro Integral de Salud (SIS) y los gobiernos regionales y locales de las zonas donde interviene el programa, cuya rectoría está a cargo del MINSA. Este programa empezó como piloto en las regiones con mayores índices de desnutrición crónica (Huancavelica, Ayacucho y Apurímac), llegando posteriormente a ejecutarse en las 25 regiones del país, en los distritos donde se presentaban mayores índices de pobreza, deficiencias sanitarias y desnutrición.

A partir de un previo modelo de análisis causal de la desnutrición infantil, sustentado en la revisión de marcos conceptuales, evidencias empíricas y datos estadísticos; el programa elaboró un Modelo Lógico de intervenciones conocido como Modelo Lógico del P.A.N., en donde para lograr tal reducción en la tasa de desnutrición es necesario:

- 1) Reducir la incidencia de bajo peso al nacer
- 2) Mejorar la alimentación y nutrición del niño menor de 36 meses y
- 3) Reducir la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), entre otras enfermedades prevalentes (2015:01).<sup>8</sup>

Aunado a ello, una gestión eficiente del Programa juega un rol trascendental para el éxito del mismo. “A estas condiciones previas se les denominó resultados intermedios, pues conseguir estos cambios requería a su vez, de otros resultados adicionales que se denominaron resultados inmediatos” (2012:7)<sup>3</sup> los cuáles se

---

<sup>7</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
*El Presupuesto por Resultados*. Consulta: 04 de enero de 2015.  
<https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr>

<sup>8</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
El Programa Articulado Nutricional. Consulta: 04 de enero de 2015  
<https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/documentos-ppr/211-presupuesto-publico/presupuesto-por-resultados/2139-programa-articulado-nutricional>

concentraron en los siguientes aspectos, entre otros:

- 1) Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses.
- 2) Acceso y uso de agua segura.
- 3) Mejorar la nutrición de la gestante.

La medición del resultado inmediato 1 se basa en tres indicadores:

Proporción de niños con vacunas completas de acuerdo a su edad, proporción de menores de 36 meses con controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos según su edad, y proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.

Para el resultado inmediato 2 se consideró: porcentaje de hogares con acceso a agua segura para beber y porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria; finalmente para el resultado inmediato 3: proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro (2015:01).<sup>8</sup>

Nótese que el resultado inmediato 1 habla de adopción de prácticas saludables de cuidado y alimentación infantil, lo que además de administración de vacunas para reducir el riesgo de padecer enfermedades respiratorias y diarreicas, implica el uso adecuado y oportuno de una herramienta educativa poderosa como lo es la consejería nutricional que forma parte del control de crecimiento y desarrollo del niño dentro del PAN, la cual fue planteada como el núcleo del control CRED en la concepción del programa y operativizaba la promoción de prácticas claves de cuidado infantil dentro del hogar. Sin embargo, no se cuenta con ningún indicador específico dentro del PAN que mida y monitoree la realización y/o calidad de dicha consejería nutricional (basada en la promoción de tres prácticas de cuidado infantil: lactancia materna exclusiva los primeros seis meses, alimentación del niño entre 6 y 12 meses y consumo de suplemento de hierro), es decir se asume que la consejería nutricional es una herramienta educativa utilizada eficientemente por el personal de salud y se da por sentado que el personal tiene las competencias necesarias para aplicarla eficientemente. Finalmente para el caso del suplemento del hierro, el programa mide la proporción de infantes que reciben dicho suplemento, cuando lo que realmente interesa es su consumo, pues ya se sabe

ampliamente que provisión no es sinónimo de consumo y así lo demuestran los estudios realizados en los últimos años en torno a este punto, como el estudio transversal realizado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición con la población infantil de Apurímac donde Alcázar y colaboradores concluyeron que no bastaba con entregar la cantidad necesaria de micronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia infantil (2013: 571).<sup>9</sup>

Respecto al resultado inmediato 2, los indicadores para medirlo sólo consideran el acceso a agua segura y a disposición sanitaria, dejando de lado el uso que se haga de ellos, pues únicamente tener acceso a agua segura no asegura su uso adecuado por las familias, si el programa no vincula el acceso a agua segura con la promoción de adecuados sistemas de educación para su mantenimiento y uso apropiado no se avanzará lo suficientemente con la disminución de EDAS y de enfermedades parasitarias fuertemente asociadas con el tema de desnutrición infantil.

Finalmente, otro aspecto importante a ser tomado en cuenta si lo que realmente se busca es el éxito del programa, es la manera como los diversos actores de distintos ministerios y entidades involucradas con el programa lo perciben y que tan vinculados se sienten con el mismo, pues bajo la forma como está estructurado el PAN la mayor parte de las actividades a ejecutar recaen básicamente sobre el personal de salud y operadores del Ministerio de Salud.

De acuerdo a lo descrito, si bien es importante el avance en los indicadores que el programa plantea, existen factores que deberían monitorearse para tener mayores posibilidades de éxito del PAN, algunos de ellos son la percepción positiva que se tenga sobre el programa entre los principales actores involucrados y la forma cómo perciben que viene ejecutándose, la calidad de los servicios educativos recibidos, el consumo del suplemento de hierro y los conocimientos y

---

<sup>9</sup> ALCÁZAR, Lorena y otros  
2013 "Impacto Económico de la Desnutrición Crónica, Aguda y Global en el Perú".  
*Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, volumen  
30, número 4, pp. 569-574.

actitudes que se tengan sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que influirán en la puesta en práctica de las mismas. Aspectos que parecen estar débilmente trabajados y abordados en algunos ámbitos de intervención del programa, como lo es en la jurisdicción de la Micro Red de Salud Piedra Liza, la misma que forma parte de la Red de Salud del distrito de San Juan de Lurigancho; uno de los distritos más grandes y populosos de la Región Lima.

A la luz de todo lo expuesto, resulta fundamental realizarse las siguientes interrogantes para el desarrollo de la presente investigación:

**Pregunta General:**

¿Cuáles son los factores que influyen en la ejecución del programa Estratégico Articulado Nutricional desarrollado en la Micro red de Salud Piedra Liza, distrito de San Juan de Lurigancho durante el año 2014?

Para responder a la pregunta general, se presentan las siguientes **Preguntas Específicas:**

- ¿Estará contribuyendo la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses como herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN?
- ¿En qué medida los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tengan las madres con niños menores de 36 meses beneficiarios del programa, contribuirán con los objetivos del PAN?
- ¿Contribuirá el consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses con los logros planteados por el PAN?
- ¿Cuáles serán las percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La situación de salud y nutrición de la población infantil ubicada en la jurisdicción de la Micro Red de Salud Piedra Liza en el distrito de San Juan de Lurigancho es bastante compleja debido a que aún subsisten problemas relacionados a situaciones de déficit o carencias, que se presentan principalmente en los ámbitos de mayor pobreza, dando origen a la desnutrición crónica infantil o también llamada Retardo en el Crecimiento (talla baja para la edad).

Según la información anual del Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN 2013 de la Micro Red Piedra Liza, aproximadamente el 4.33% de niños menores de cinco años que acuden a los establecimientos de salud presentan desnutrición crónica, lo que en cifras numéricas significa 5 438 niños y niñas. Los múltiples efectos negativos de esta enfermedad en relación a su supervivencia, desarrollo y productividad a largo plazo, la convierten en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de pobreza y la desigualdad y es por lo tanto un problema prioritario de salud pública que debe continuar ser enfrentado y resuelto.

Teniendo como base esta realidad, resulta más que interesante investigar desde la mirada de la Gerencia Social un programa presupuestal que aborda el tema de desnutrición crónica infantil, como lo es el Programa Articulado Nutricional, el mismo que viene ejecutándose desde el año 2008 y paulatinamente fue implementándose a nivel nacional.

El Ministerio de Salud es la entidad rectora de dicho programa y son los establecimientos de primer nivel de atención los responsables de ejecutar e implementar gran parte de las actividades contempladas en el programa. La Micro Red Piedra Liza para el año 2014 tenía designada una población estimada de 21 599 niños menores de 5 años, según el área de Estadística e Informática de la Red de Salud San Juan de Miraflores. Sobre los cuales deberían recaer los beneficios del PAN; sin embargo, a pesar de contar con información sobre los avances en la disminución de la prevalencia de desnutrición crónica infantil y las los principales resultados del Programa como la entrega de suplementos



nutricionales para prevención de anemia, la cobertura de vacunas para los menores de cinco años, la realización de controles de crecimiento y desarrollo y la atención de las principales enfermedades prevalentes en la infancia; no se cuenta con información concreta y específica sobre algunas condiciones importantes y necesarias para el logro de resultados sostenibles en el tiempo, como los referentes a la disposición para la adopción de prácticas saludables de alimentación e higiene en el niño menor de 03 años, la percepción entre los actores locales sobre el programa ejecutado en la Micro Red Piedra Liza, la forma cómo se vienen desarrollando diariamente las consejerías nutricionales dentro de los consultorios y el uso que le estén dando las familias a los suplementos de hierro para el menor de tres años. Es por ello que se decide realizar una investigación de tipo cualitativa que ayude a explorar los factores mencionados.

Ciertamente los principales resultados del PAN ya se encuentran documentados con estadísticas y no serán materia de investigación en el presente trabajo, por lo que el enfoque de la investigación está centrado al conocimiento de los factores que influyen directa o indirectamente en el avance de los resultados inmediatos del programa en el ámbito de intervención de la Micro Red de Salud Piedra Liza. El estudio de estos factores contribuirá a comprender la forma cómo viene ejecutándose el programa aportando variables que se deben considerar y analizar en el proceso de ejecución del PAN para la generación de nuevas herramientas de gestión.

Es así que, la presente investigación, busca generar evidencias desde la Gerencia Social que contribuyan a la mejora y/o generación de estrategias adecuadas de intervención multisectorial, con una concreta participación de los actores involucrados en el problema, logrando una adecuada implementación y sostenible ejecución del programa, garantizando de esa manera una asignación presupuestaria orientada al logro real y concreto de resultados y apostando por la inversión en la infancia, cuya tasa de retorno es ampliamente exitosa.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 GENERAL:**

Conocer los factores que influyen en la ejecución del Programa Estratégico Articulado Nutricional desarrollado en la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito de San Juan de Lurigancho, durante el año 2014; analizando la consejería nutricional como herramienta educativa ofrecida por el programa, así como los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento, el uso y consumo del suplemento de hierro y las percepciones sobre el programa para proponer estrategias adecuadas de intervención multisectorial que contribuyan a una ejecución exitosa del PAN.

### **1.3.2 ESPECÍFICOS:**

- Determinar si la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses está contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN desarrollado el año 2014 en la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito SJL.
- Analizar si los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuyen con los objetivos del Programa.
- Indagar si el consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuye con los logros planteados por el Programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL.
- Conocer las percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del Programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

#### 2.1 ENFOQUES TRANSVERSALES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1 Enfoque de Derechos

Un elemento conceptual fundamental que orienta la presente investigación es el enfoque basado en los derechos humanos – EBDH, marco conceptual clave para el proceso de desarrollo humano y en particular el desarrollo de la infancia, grupo poblacional directamente relacionado con los objetivos de la presente tesis: “El enfoque de derechos reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y promueve el impulso de políticas institucionales orientadas a que las personas se apropien de sus derechos y participen de manera activa en su desarrollo social y controlen las acciones públicas sobre estos aspectos” (Solis 2003: 08).<sup>10</sup>

Desde el punto de vista normativo, el EBDH se sustenta en documentos y legislaciones internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Programa de Acción referente a la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo – CIPD, los que contribuyeron en establecer un sistema de derechos que es el marco de referencia para la formulación de planes y políticas de cada país, incluyendo al Perú. En la infancia en particular, cobra crucial importancia la Convención de los Derechos del Niño y la Niña – CDN, aprobada y suscrita por los países miembros de las Naciones Unidas en 1989, pues protege jurídicamente al infante para que sus derechos no sean vulnerados.

El desarrollo integral del niño se muestra congruente con las principales características de la CDN, y permite constituir el “puente entre el desarrollo humano y el desarrollo de los derechos” que puede representar la Convención, puesto que:

---

<sup>10</sup> SOLIS UMAÑA, Sonia  
2003 *El Enfoque de Derechos: Aspectos Teóricos y Conceptuales*. Consulta: 23 de mayo de 2016.  
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf>

- a) Respeta su carácter integral: en la infancia temprana, el desarrollo es un proceso que involucra al niño en todas sus dimensiones; en particular, entre los 0 y los 3 años de edad, etapa en la cual cada una de estas dimensiones está inextricablemente ligada a las otras, de modo que la trayectoria que sigue una impacta fuertemente sobre las otras. Así, teniendo como foco analítico el desarrollo del niño, es posible abarcar todas las dimensiones de la vida del niño, como pide la CDN.
- b) Tiene al niño como sujeto del análisis: el desarrollo es un proceso que, si bien ocurre gracias a la interacción –más o menos próxima- del niño con los múltiples contextos que lo rodean, se realiza en cada niño individualmente. Consecuentemente, la trayectoria de desarrollo específica es distinta para cada niño, como resultado de la mezcla de sus características biológicas con sus experiencias ambientales. Así, con el desarrollo como centro del análisis, se respeta el precepto de la CDN de que es el niño el sujeto de derecho.
- c) Observa las necesidades como derechos: el desarrollo es un proceso que afecta a todos los niños, siendo su realización un asunto que compromete a la humanidad toda, y convierte al niño en una “persona humana portadora de demandas sociales”. Se cumple así con el precepto mandado por la CDN de no ver al niño como “un mero receptor o beneficiario de la asistencia social”. (Bedregal 2004: 15-16).<sup>11</sup>

Finalmente, recordar que La desnutrición infantil constituye una violación de los derechos a la vida, al desarrollo, a la nutrición y a la alimentación de la infancia. Por ello el enfoque de derechos debe ser el sustento natural de todas las acciones de abogacía, sensibilización y movilización de recursos hacia el desarrollo infantil.

---

<sup>11</sup> BEDREGAL, Paula; PARDO, Marcela  
2003 *Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

## **2.1.2 El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible**

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) creado en 1965 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, es uno de los organismos principales de asistencia técnica de la ONU que busca contribuir a la mejora de la calidad de vida de las naciones; publicando desde 1990 el informe sobre desarrollo humano o Índice de desarrollo humano (IDH).

El PNUD promueve el desarrollo brindando el soporte técnico para conectar los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios; ayudando a los países a mejorar la calidad de vida de su población, orientándolos hacia un camino de desarrollo sostenible, gestionando los riesgos y aumentando la resiliencia y bienestar de las sociedades. Actualmente está presente en 178 países:

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS conocidos como objetivos mundiales son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Estos 17 Objetivos se basan en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible, la paz y la justicia, entre otras prioridades. Los Objetivos están interrelacionados, ya que con frecuencia la clave del éxito de uno involucrará las cuestiones más frecuentemente vinculadas con otro.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS se pusieron en marcha en enero de 2016 y seguirán orientando las políticas y la financiación del PNUD durante los próximos 15 años. En su calidad de organismo principal de las Naciones Unidas para el desarrollo, el PNUD está en una posición única para ayudar a implementar los Objetivos a través de un trabajo articulado en unos 170 países y territorios [...]. Esta labor ya está en marcha, mediante el apoyo a muchos países para consolidar los progresos ya alcanzados en virtud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Los ODS conllevan un espíritu de colaboración y pragmatismo para elegir las mejores opciones con el fin de mejorar la vida, de manera sostenible, para las generaciones futuras. Proporcionan orientaciones y metas claras

para su adopción por todos los países en conformidad con sus propias prioridades y los desafíos ambientales del mundo en general. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2018:03-04).<sup>12</sup>

El Plan Estratégico del PNUD y la esencia de los ODS se centran en esferas claves, incluidas: “la mitigación de la pobreza, la gobernabilidad democrática y la consolidación de la paz, el cambio climático y el riesgo de desastres, y la desigualdad económica.

La consecución de los ODS requiere la colaboración de los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y los ciudadanos por igual para asegurar que dejaremos un mejor planeta a las generaciones futuras (2018: 01).<sup>12</sup>

Los ODS aspiran a erradicar la pobreza y el hambre para el año 2030, el cumplimiento de un objetivo necesariamente implica la interrelación con el resto de los objetivos en mayor o menor grado. Entre los 17 objetivos que se abordan de manera declarativa se señalan para efecto de la presente tesis a aquellos que manejan las consignas de: “Hambre cero”, “salud y bienestar”, “Agua limpia y saneamiento”:

- Objetivo N°2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
- Objetivo n°3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
- Objetivo n°6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.<sup>12</sup>

Sin embargo, es necesario mencionar que parte del éxito de estos objetivos implica en gran parte el éxito del resto de objetivos, sobre todo los relacionados a las consignas “fin de la pobreza”, “educación de calidad”, “igualdad de género”, “trabajo decente y crecimiento económico”; con quienes tiene una estrecha correlación, entre los cuales están:

---

<sup>12</sup> PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Consulta: 03 de marzo de 2017. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

- Objetivo N°1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo.
- Objetivo n°4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
- Objetivo n°5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
- Objetivo n°8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.<sup>12</sup>

### **2.1.3 El Enfoque de Capacidades de Amartya Sen**

Uno de los aportes más revolucionarios del economista y filósofo indio ganador del premio nobel de economía, Amartya Sen es el Enfoque de las Capacidades Humanas, el mismo que tiene como elementos constitutivos a los funcionamientos y las capacidades. A partir de este enfoque, Sen analiza los problemas sociales que afectan el bienestar humano como la desigualdad, la pobreza, la calidad de vida, la ausencia del desarrollo humano y la injusticia social. La teoría de las capacidades busca evaluar el bienestar y la libertad que la persona puede realmente tener para hacer aquello que le resulta valioso ser o hacer.

Las capacidades se constituyen en un índice de valoración centralmente importante, porque permiten evaluar y valorar el bienestar y la libertad de una persona, un grupo o una sociedad. Gracias a esa valoración podemos saber cómo se trata a las personas en la sociedad y qué tan libre, justa e igualitaria logra ser esta. A partir del concepto de capacidades, Sen crea el enfoque de la capacidad (Capability Approach), que no es otra cosa que un marco evaluativo y crítico sobre el bienestar y la libertad individuales.

Al tomar el concepto de capacidades para evaluar la desigualdad en el interior de una sociedad, por ejemplo, se logra desarrollar demandas sociales, económicas y políticas para una sociedad que asume como ideales la libertad y la igualdad para sus miembros. Sen no se pregunta por el grado de satisfacción de las personas o por la cantidad de recursos con que cuentan para llevar un tipo de vida u otra, sino por lo que estas personas son capaces de hacer o ser realmente. Este es un giro significativo porque establece diferencias relevantes sobre las distintas demandas que deben emprender las instituciones en el interior de la sociedad para mejorar la calidad de vida de sus miembros. Pues ya no se indaga por las necesidades básicas, los bienes primarios o los recursos con que

cuenta un individuo, sino por sus capacidades que le permiten llegar a hacer o ser. En últimas, se indaga por la libertad con la que cuenta una persona para alcanzar aquello que valora (Urquijo: 2014:64).<sup>13</sup>

#### **2.1.4 El Derecho a la Salud en la Ley Peruana**

El artículo 7 de la Constitución Política del Perú en su artículo 7 señala que “todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. Por otro lado, la Ley General de Salud (LEY 26842) en su título I sus 21 artículos se resalta el derecho a recibir atención de emergencia cuando se necesite y mientras esté presente el estado grave de riesgo para nuestra vida o salud, etc. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones: Respetar es decir no interferir en el disfrute del derecho la salud, proteger, es decir adoptar medidas para evitar daños de terceros que interfieran en el disfrute del derecho a la salud y cumplir, es decir adoptar las medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud. Asimismo, la Ley N° 29414 a través de su Decreto Supremo N° 027-2015-SA aprobado el 13 de agosto del 2015 establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Todas estas leyes se encuentran enmarcadas en el derecho a la salud consagrado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en el año 1946 y más adelante reiterada en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998:

“El derecho al goce del grado máximo de salud entraña para los Estados un conjunto claro de obligaciones jurídicas dirigidas a asegurar condiciones apropiadas para que todas las personas, sin discriminación alguna, puedan disfrutar de buena salud.

El derecho a la salud forma parte de un conjunto de normas de derechos humanos internacionalmente acordadas, y es inseparable o “indivisible” de

---

<sup>13</sup> URQUIJO ANGARITA, Martín  
2014 *La Teoría de las Capacidades en Amartya Sen*. EDETANIA 46. Colombia  
pg. 63-80.



esos otros derechos. Eso implica que el logro del derecho a la salud es crucial para el disfrute de otros derechos humanos, de los que a su vez depende, entre ellos los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la información y la participación.

El derecho a la salud, al igual que otros derechos, comprende libertades y derechos:

- Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).
- Entre los derechos se incluyen el de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr” (OMS 2018: 1-2).<sup>14</sup>

## 2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La presente investigación se desarrolla en el espacio geográfico de la jurisdicción de la Micro Red de Salud Piedra Liza; conjunto de Establecimientos de Salud ubicados en el distrito de San Juan de Lurigancho que son administrados por la Red de Salud San Juan de Lurigancho (RSJL) entidad ejecutora del Ministerio de Salud que gestiona el funcionamiento de los Establecimientos de Salud del distrito.

El distrito de San Juan de Lurigancho, fue creado el 13 de Enero de 1967, según Ley N° 16382, es uno de los 43 distritos de la provincia de Lima y en sus 50 años de creación ha ido variando paulatinamente en su configuración; su población ha ido incrementándose hasta en ocho veces en los últimos 30 años superando el millón de habitantes, el comercio es su principal actividades económica, la formalización y/o reubicación de muchos barriales, asentamientos humanos y

---

<sup>14</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)  
*Salud y Derechos Humanos*. Consulta: 04 de marzo del 2018.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

pueblos jóvenes, la delincuencia y las grandes demandas en servicios de salud y educación se convierten en sus principales retos por resolver.

### 2.1.1 Características Geodemográficas del Distrito San Juan de Lurigancho:

Se ubica al Noreste de la ciudad y limita con los siguientes distritos:

- Norte: Distrito de San Antonio (provincia de Huarochirí).
- Sur: Distrito del Agustino (teniendo como línea divisoria al río Rímac).
- Este: Distrito de Lurigancho – Chosica.
- Oeste: Distrito del Rímac, Independencia, Comas y Carabaylo.

**Gráfico 1: Mapa del Distrito San Juan de Lurigancho y sus Límites**



*Fuente: Plan Estratégico Institucional 2011 – 2014, distrito de S JL.*

El distrito de San Juan de Lurigancho (S JL) tiene una superficie de 131.25 Km<sup>2</sup>, constituyendo el 4.91% del territorio de la Provincia de Lima y el 0.38% del Departamento de Lima. La altura del territorio del distrito varía en los 2240 m.s.n.m.,

en las cumbres del Cerro Colorado Norte y de 179.9 m.s.n.m. que alcanza la rivera del río Rímac.

Tiene un relieve uniforme que ha permitido la formación de núcleos urbanos en su suelo, lo que le ha conferido ser el distrito más poblado del Perú. La quebrada de Canto Grande se ubica en el Margen derecho del valle bajo del río Rímac, a pocos km de Lima. En toda su llanura aluvial se asienta el distrito de San Juan de Lurigancho. Mientras que en su parte alta, está se divide en otras dos conocidas como Canto Grande y Media Luna. En ambas se asienta uno de los anexos más grandes de la comunidad campesina de Jicamarca.

La población del distrito para el año 2014 ascendía a 1'069,566 habitantes, según información brindada por el INEI, con un crecimiento de la población de 3.14 %, siendo considerado como uno de los distritos con mayor población por encima de algunas provincias, lo cual refleja una mayor demanda por parte de los habitantes a servicios de educación, alimentación y servicios básicos que tendrá que ser atendidos por el sector público y privado. Actualmente San Juan de Lurigancho mantiene aproximadamente el 11% de la población de Lima, lo cual lo que lo convierte en uno de los distritos más atractivos para la inversión de centros comerciales, industrial, transporte y otros (Municipalidad San Juan de Lurigancho 2014: 24-26).<sup>15</sup>

Su población es netamente joven, donde el grupo de 20 a 40 años representan un 11% del total del distrito, según la Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Respecto a su actividad económica principal: “San Juan de Lurigancho posee una capacidad exportadora de 130 millones de dólares anuales, cifra similar a toda la región Lambayeque y superiores a otras del país. Las actividades comerciales, manufactureras y de la construcción son las más importantes del distrito. Gran parte de sus habitantes se ocupa a la actividad comercial” (2014:160).<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO.  
*2014 Plan de Desarrollo Concertado del Distrito San Juan de Lurigancho 2015 – 2021.*

### 2.1.2 Situación socio sanitaria del distrito San Juan de Lurigancho

Según información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2012, San Juan de Lurigancho era considerado como uno de los tres distritos con mayor índice de extrema pobreza con 0.8%,<sup>16</sup> “son considerados pobres extremos aquellos individuos en hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta de consumo básica de alimentos” (citado en Municipalidad SJL 2014: 28).<sup>06</sup>

Asimismo, según el Plan de Desarrollo Concertado de SJL, su Índice de Desarrollo Humano en el año 2012 fue de 0.616, valor más bajo que el nacional (0.741), recordemos que el Perú ocupaba el puesto 77 en el ranking internacional del IDH y es el quinto país de América del Sur que muestra un mayor desarrollo humano, recordemos que este indicador tiene en cuenta tres variables: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digna.

Respecto a sus servicios básicos de agua y saneamiento, la Encuesta Nacional de Programas Estratégicos (ENAPRES) publicada el año 2012 refiere que un 92.2% de la población cuenta con cobertura al servicio de agua potable por red pública lo que representa 847,226 habitantes.<sup>17</sup> En lo referente a red pública de los servicios de desagüe, en el distrito SJL, el 74.55% de las viviendas cuenta con una red pública de desagüe dentro de la vivienda, es decir 3 de cada 4 casas. Un 15% aproximadamente utiliza pozo ciego (letrina) o pozo séptico, a predominio del primero; sin embargo, el 5% no cuenta con ningún sistema de drenaje., el 91.65% (173,838 viviendas) cuentan con alumbrado eléctrico. Respecto a la ocupación de las viviendas, el 56.8% del total son propias, el 17,84% son alquiladas y el 13.51% son por invasión; el combustible o energía que utilizan los hogares es gas en el 85.2% (178,344 hogares), leña en el 1.4%(3,029 hogares), kerosene en el 6.1% (12,818), carbón en el 2.4% (4,938) y el 13% (2,783) utiliza electricidad.<sup>15</sup>

---

<sup>16</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)  
2012 *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza – ENAHO.*

<sup>17</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)  
2012 *Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos - ENAPRES 2000- 2011.*

Todavía existe poca atención a la calidad de vida de los pueblos jóvenes: áreas verdes, recojo de basura, agua, y otros servicios.

### **2.2.3 Situación de Salud de la población atendida por la Red de Salud San Juan de Lurigancho**

La Red de Salud San Juan de Lurigancho es el responsable de gestionar y ejecutar los recursos asignados por el Ministerio de salud y tiene como misión el asegurar que la población del distrito asignada tenga acceso a servicios de salud de calidad, promocionando la salud, previniendo daños, restableciendo, rehabilitando, apoyando a las familias y articulando a las comunidades e instituciones afines, en la construcción de entornos saludables.

Para el año 2014 La Red de Salud San Juan de Lurigancho contaba con 34 Establecimientos de Salud (EESS) y 01 Hospital (Hospital San Juan de Lurigancho), el único categorizado para resolver problemas de mediana complejidad. Los EESS conforman cada una de las 5 Micro Redes: Micro Red Piedra Liza, Micro Red San Fernando, Micro Red José Carlos Mariátegui, Micro Red Jaime Zubieta Calderón, Micro Red Ganímedes.

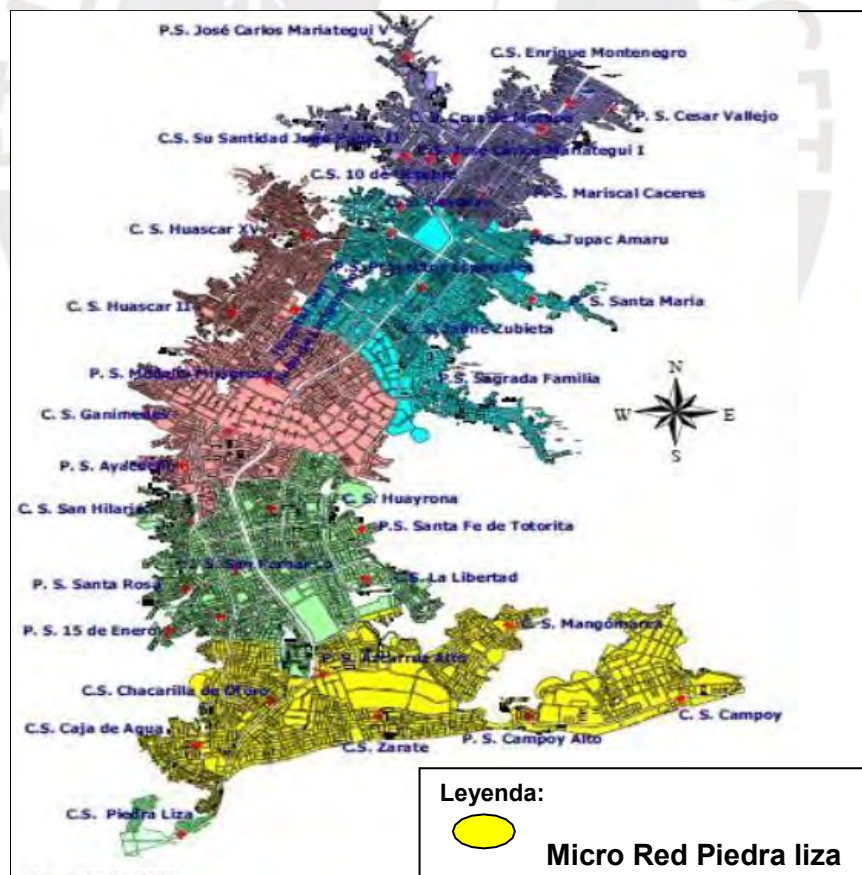
La investigación para la presente tesis se delimitó con la población infantil atendida en los EESS de la Micro Red Piedra Liza, los mismos que son:

**Tabla 1: población Infantil de 0 – 35 meses asignada por EESS de la Micro Red Piedra Liza. Año 2014**

<b>EESS</b>	<b>Población infantil &lt; 03 años</b>
C.S. PIEDRA LIZA	2 470
C.S. CAJA DE AGUA	1 158
C.S. CHACARILLA DE OTERO	2 534
P.S. ASCARRUNZ ALTO	1 260
C.S. ZARATE	2 134
C.S. MANGOMARCA	1 146
C.S. CAMPOY	1 506
P.S. DANIEL ALCIDES CARRIÓN	0 902
<b>MR PIEDRA LIZA</b>	<b>13 110</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a la información recogida de la Unidad de Estadística de la Red SJL.*

**Gráfico 2: Mapa de los Establecimientos de la Red San Juan de Lurigancho**



*Fuente: Plan de Desarrollo Concertado del Distrito SJL, periodo 2015 - 2021.*

Las variables sanitarias prioritarias en salud infantil que la Red de Salud SJL reconoce en su Plan Estratégico 2014 – 2016, son: <sup>6</sup>

- Desnutrición Crónica Infantil
- Anemia Infantil y en gestantes por deficiencias nutricionales
- Infecciones Respiratorias Agudas IRAs severas
- Infecciones Diarreicas Agudas EDAs Severas
- Mortalidad infantil y perinatal
- Maternidad Adolescente

En el año 2012, la Red de Salud SJL reportó que las Infecciones agudas de la vía respiratoria en niños de 0 a 11 años fueron las causas más comunes de fallecimientos, con 18% (53 casos) de fallecimientos los que estuvieron relacionados a problemas respiratorios tipo Influenza y Neumonía.<sup>15</sup>

El mejor conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y la ablactancia protege a este grupo de infecciones relacionadas a la desnutrición. En relación a las anemias infantiles por deficiencias de hierro principalmente, según la Unidad de Estadística de la Red de Salud SJL, el 36% de niños menores de cinco años tenía anemia en el año 2012, mientras que en el año 2013, la prevalencia fue de 33%. Respecto a las gestantes, la prevalencia de anemia en la Micro Red Piedra Liza en gestantes fue del 30.3% en el año 2012, según lo reportado por la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable de la Micro Red. El porcentaje de gestantes adolescentes que han sido atendidas en establecimientos de salud pertenecientes a la Red de Salud de SJL ha ido incrementado, en el año 2010 se registró el 9.8 % (1,248) gestantes adolescentes atendidas; para el año 2011 disminuyó a 9.3% (1,112), y en el año 2012 fue 10.5% (1,219) con lo que alcanzó un aumento de 1.2%.

Recordar además que, entre otros problemas sanitarios en el distrito de SJL, destaca la Tuberculosis (TB). En Lima metropolitana la mayor cantidad de casos de TB se concentran en distritos como San Juan de Lurigancho, precisamente el que alberga la mayor cantidad de población de Lima.

Respecto a los principales indicadores sociales, el Plan de Desarrollo Concertado Descentralizado del distrito, destaca: <sup>15</sup>

- Violencia familiar
- La inseguridad Ciudadana.
- El subempleo o empleo informal
- El acceso a los servicios básicos de saneamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud: “La violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres” (Organización Mundial de la Salud 2017).<sup>18</sup>

El problema de violencia familiar en el distrito de San Juan de Lurigancho ha ido incrementándose desde el año 2011 al 2013, durante el año 2013 se ha reportado 828 casos de violencia familiar, según reporte de la Gerencia de Seguridad Ciudadana y Convivencia Pacífica de la Municipalidad, la Red de Salud SJL y otras fuentes. Entre los tipos de violencia pueden dar lugar a violencia física, violencia emocional, violencia sexual (abuso sexual, violación, incesto) perpetuada en su mayoría por hombres en contra de mujeres y niñas (Municipalidad de San Juan de Lurigancho 2014:152-153).<sup>15</sup>

Por otro lado, respecto a la inseguridad ciudadana:

Según información de la Gerencia de Seguridad Ciudadana y Convivencia Pacífica de la Municipalidad de San Juan de Lurigancho, las incidencias delictivas en el distrito, desde el año 2011 al 2013 han ido incrementándose; asimismo la limitada información a nivel nacional y distrital de la Policía Nacional del Perú, no permite contar con una cifra exacta de incidencias, la cual tiene más relevancia por su grado de amplitud y accionario (Municipalidad de San Juan de Lurigancho 2014:152).<sup>15</sup>

#### **2.2.4 San Juan de Lurigancho y la Desnutrición Crónica Infantil**

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) entre los años 2007 y 2015 permitió conocer que la desnutrición crónica (Patrón OMS) en niños menores

<sup>18</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

*Violencia Contra la Mujer*. Consulta: 02 de febrero de 2018.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>



de cinco años descendió de 28.5% a 14.4%. Las tendencias en Lima Metropolitana corresponden a un escenario con prevalencias bajas de desnutrición crónica, llegando a 5.3% al año 2015. La problemática con la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES radica en que no permite inferenciar a nivel distrital y/o local; esta falta de información limita las acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones que realiza el estado en materia nutricional (citado en Navarrete 2016: 56).<sup>19</sup>

La única fuente a la cual se puede acudir para manejar una referencia sobre la evolución de la desnutrición crónica en el distrito de SJL sería las cifras vertidas por la unidad de estadística de la Red de Salud SJL a través del formato del SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional) que recoge las evaluaciones realizadas de los niños menores de cinco años atendidos en los EESS a nivel nacional. Es así que, los casos de desnutrición crónica en niños menores de cinco años en el distrito de San Juan de Lurigancho pasaron de 4,735 en el año 2011 (4.61%) a 5,668 casos en el año 2012 (5.03%), para luego bajar a 4 735 en el año 2013, siendo la Micro Red José Carlos Mariátegui la que presentó el mayor número de casos los años 2012 y 2013, con 1467 y 1601, respectivamente.<sup>11</sup> En el siguiente cuadro se detalla el número de evaluados y de casos con desnutrición crónica en la Red SJL durante el periodo 2011 – 2013.<sup>5</sup>

**Tabla 2: Número y porcentaje de desnutridos crónicos menores de 05 años en el periodo 2011 – 2013. Red de Salud SJL.**

<b>Año</b>	<b>Nro. Evaluados</b>	<b>Nro. Desnutridos Crónicos</b>	<b>%</b>
2011	102 618	4 735	4.61
2012	112 688	5 668	5.03
2013	125 610	5 438	4.33

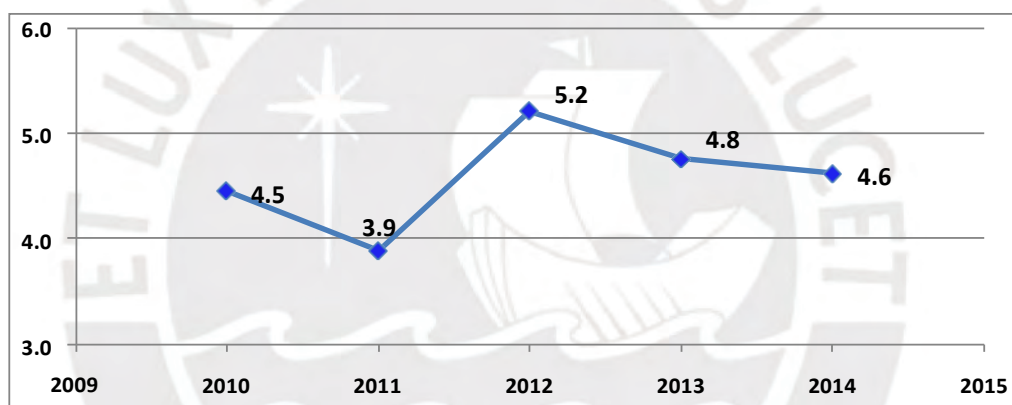
*Fuente: Elaboración propia en base a los datos del área de Estadística de la RSJL.*

<sup>19</sup> NAVARRETE, Pedro y otros

2016 "Situación Nutricional de Niños de Tres a Cinco Años de Edad en tres Distritos de Lima Metropolitana". *Revista Horizonte Médico*. Lima, volumen 16, número 4, pp. 55-59.

Respecto a la Micro Red Piedra Liza, la evolución de la Desnutrición Crónica en menores de 05 años ha sido fluctuante entre el periodo 2010 a 2012, sin embargo, a partir del año 2012 hay una tendencia a la disminución en porcentajes bastantes bajos, pero no dejan de ser importantes, es aquí donde se rescatan los resultados favorables del conjunto de intervenciones direccionadas hacia el menor de 05 años. Es preciso señalar entonces, que vale la pena explorar sobre aquellos factores que no están siendo detalladamente estudiados o abordados por el Programa Articulado Nutricional pero que vienen interviniendo de alguna manera en el comportamiento de esta variable.

**Gráfico 3: Evolución de la Desnutrición Crónica en niños y niñas menores de 05 años, Micro Red Piedra Liza, periodo 2010 – 2014.**



*Fuente: Elaboración propia en base a la Unidad de Estadística de la Micro Red Piedra Liza. Red SJL.*

Todos los avances que se vienen dando en los últimos años respecto a este indicador básicamente responden al conjunto de intervenciones focalizadas en la atención al menor de 05 años, sin embargo aún queda mucho por hacer, la disminución sostenida y total de este gran problema se resolverá en la medida que las intervenciones políticas sean mejor coordinadas e integrales.

Por otro lado, en el distrito, según el Plan de Desarrollo Concertado 2015 – 2021 del distrito San Juan de Lurigancho se cuenta con las intervenciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en sus diferentes programas sociales como el Programa Nacional Pensión 65 quien tiene 419 usuarios en el distrito; el Programa Nacional Cuna Más dirigido a niños y niñas menores de 03 años cuenta con 1,055

niños y niñas atendidos en el distrito, asimismo existen 68 centros de cuidado diurno; y el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma cuenta con 40,706 niños y niñas atendidos en todo el distrito (Municipalidad de San Juan de Lurigancho 2014:159).<sup>15</sup>

## **2.3 POLÍTICAS DIRIGIDAS HACIA LA INFANCIA Y LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL**

El abordaje de la primera infancia ha ido ganando cada vez mayor presencia en las políticas públicas a lo largo de los últimos 20 años, coincidiendo con la adopción y entrada en vigor de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Además, la Constitución Política del Perú [de 1993] y el Código de los Niños y Adolescentes (Ley 27337) reconocen el interés superior del niño y el respeto a sus derechos, y establecen un marco legal que da sustento a las diversas normas e intervenciones públicas por la primera infancia, así como a una creciente inversión en torno a ella (Grupo Impulsor de la Inversión en la Infancia 2010: 8).<sup>20</sup>

Específicamente, en materia de nutrición infantil, entre las políticas y planes a nivel nacional que abordan tangencialmente o sustancialmente este tema, destacan:

- Acuerdo Nacional - 2002
- Plan Bicentenario – CEPLAN, febrero 2011. Aprobado en el Acuerdo Nacional.
- Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia DS N° 001-2012-MIMP.
- Estrategia “Incluir para Crecer” DS N° 008-2013-MIDIS.
- Lineamientos “Primero la Infancia” DS N° 010-2016-MIDIS.

### **2.3.1 El Acuerdo Nacional (AN): Suscrito el 22 de julio del 2002:**

Es el conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso, luego de un proceso de talleres y consultas a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. Su suscripción se llevó a cabo en un

<sup>20</sup> GRUPO IMPULSOR DE LA INVERSIÓN EN LA INFANCIA

2010 *Lineamientos para una Plataforma de Acción por la Primera Infancia en el Perú*. Lima. Consulta: 09 enero de 2017.

<https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/pdf/util/PlataformaAccion.pdf>

acto solemne [...], contando con la participación del entonces Presidente de la República [...], Presidente del Consejo de Ministros [...] y los principales representantes de las organizaciones políticas y de la sociedad civil integrantes del AN (Acuerdo Nacional 2014).<sup>21</sup>

El 19 de abril del año 2004 el Acuerdo Nacional emite una Declaración a Favor de la Infancia, en la que se priorizan medidas de corto plazo relativas a disminuir la desnutrición crónica infantil, considerando componentes de nutrición del niño, educación, salud, atención a la madre y niño, adecuación, mejora de los servicios de salud y educación en las zonas rurales y registro de identidad; planteando la necesidad de asegurar los recursos fiscales para estas medidas, así como el incremento selectivo en la asignación presupuestal hacia ellas (2004:1-2).<sup>22</sup>

### **2.3.2 El Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA) 2012-2021):**

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 es el documento elaborado por el Estado peruano, y cuya rectoría recae sobre el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, que busca articular los esfuerzos de todas las instituciones públicas y privadas, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional a favor de las niñas, niños y adolescentes (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables 2012).<sup>23</sup>

El PNAIA hace un análisis sobre la Situación de la Niñez y Adolescencia y cómo han evolucionado a lo largo de las últimas décadas los principales indicadores relacionados a la primera infancia (0 – 5 años). Particularmente en materia de

---

<sup>21</sup> ACUERDO NACIONAL

*El Acuerdo Nacional: Definición.* Consulta: 25 de junio de 2017.

<http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/definicion/>

<sup>22</sup> ACUERDO NACIONAL

*Declaración a Favor de la Infancia.* Consulta: 25 de junio de 2017.

<http://acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2014/06/3-Declaracion-a-favor-de-la-Infancia-19-abril-2004.pdf>

<sup>23</sup> MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES.

*El Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA).* Consulta: 15 de mayo de 2017.

<https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/presentacion.php>

salud y nutrición; se reconoce la reducción de la mortalidad infantil en niñas y niños menores de 05 años, así como las iniciativas de responsabilidad social empresarial para enfrentar la desnutrición crónica infantil; sin embargo, advierte que sigue siendo un tema crítico a nivel nacional que preocupa de sobre manera, junto con los altos índices de anemia infantil y embarazo adolescente (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables 2012:22).<sup>24</sup>

### **2.3.3 La Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”:**

Impulsada desde el gobierno central, es el documento de gestión que sirvió de guía vinculante para que todos los sectores y niveles de gobierno orienten sus intervenciones en materia de desarrollo e inclusión social de manera articulada y coordinada a favor de la población más pobre y vulnerable para reducir sus brechas actuales de cobertura y calidad de servicios públicos y desarrollo de capacidades y oportunidades en general. Incluir para Crecer opera en la lógica del enfoque de ciclo de vida:

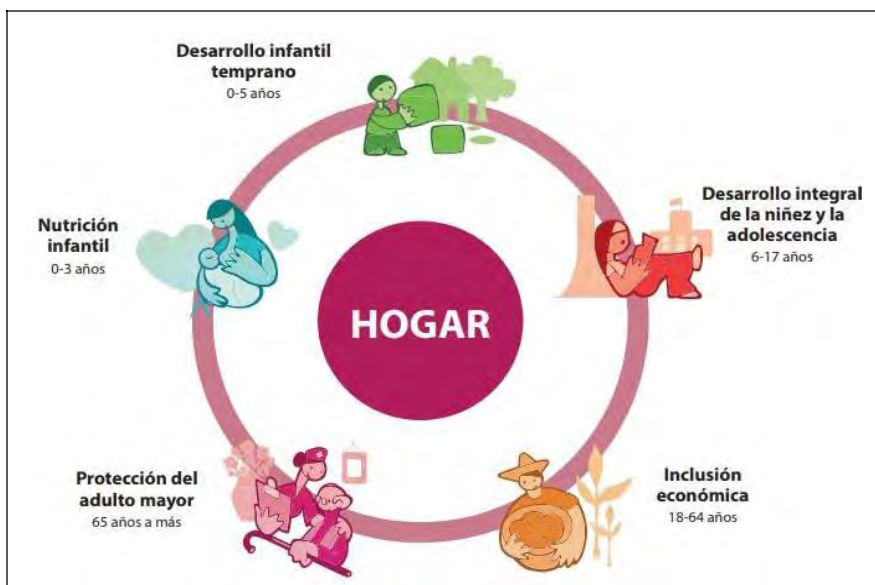
Es precisamente bajo el enfoque de ciclo de vida que se definen los cinco ejes estratégicos de “Incluir para Crecer” – nutrición infantil, desarrollo infantil temprano, desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, inclusión económica y protección del adulto mayor (Gráfico N° 4). El enfoque responde a la necesidad de generar modelos flexibles y adaptables que permitan elevar la calidad de vida y reducir las condiciones de riesgo que enfrentan los hogares en un contexto cambiante. Bajo este enfoque de política, el Estado genera condiciones para que los hogares como conjunto mejoren su situación actual y sosteniblemente su futuro, y puedan así enfrentar las necesidades del ciclo vital de sus integrantes a través de la combinación de medida (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2014: 18).<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES  
2012 *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021*.  
Consulta: 15 de mayo de 2017.  
[https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento\\_PNAIA.pdf](https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf)

<sup>25</sup> MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)  
2012 *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para Crecer*.

**Gráfico N° 4: Ejes Estratégicos según ciclo de vida**



*Fuente: MIDIS-Dirección General de Políticas y Estrategias*

#### **2.3.4 Lineamientos “Primero La Infancia”:**

Aprobados a través del Decreto Supremo N° 010 - 2016 MIDIS:

Señalan la ruta por la que el país debe ir en el tema de la infancia, con un trabajo intersectorial y teniendo como norte lo que se desea alcanzar: Niñas y niños en el Perú con buen estado de salud y nutrición, con pensamiento crítico, comunicacionalmente seguros de sí, socialmente competentes y autónomos, en pleno ejercicio de sus derechos; que vivan una infancia feliz, libre de violencia, con igualdad de oportunidades y respetando sus particularidades (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2016).<sup>26</sup>

El documento tiene como objetivo general establecer los lineamientos que orienten al logro de los resultados e intervenciones que garanticen el desarrollo infantil temprano. Sin embargo, este documento solo establece recomendaciones técnicas de lo que deben cumplir la gestante, el niño menor de seis meses, y el de seis a veinticuatro meses.

<sup>26</sup> MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS) *Lineamientos Primero la Infancia*. Consulta: 13 de noviembre de 2016. <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/lineamientos-primero-la-infancia>

Por otro lado, la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria – ENSA impulsada por el gobierno en el año 2004, tiene como uno de sus objetivos la reducción de la desnutrición crónica infantil y en algunos gobiernos regionales se estuvo promoviendo las Estrategias Regionales de Seguridad Alimentaria (ERSA).

Asimismo, desde el año 2008 el Ministerio de Salud también viene abordando la problemática de la Desnutrición Crónica Infantil-DCI desde un conjunto de estrategias nacionales conocidas como: Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materna Neonatal; y desde el 2004, los Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable -ESANS.

A nivel regional tenemos la aprobación del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal – PI: “orientado a atender la problemática de la deficiencia en la prestación de servicios públicos e infraestructura, cuyo propósito es contribuir con el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las municipalidades a reducir la desnutrición infantil crónica” (Iniciativa contra la DCI: 2010).<sup>27</sup>

Por último, la formulación de los Programas Estratégicos desde el enfoque de Presupuesto por Resultados, en donde el Programa Articulado Nutricional es el que orienta las acciones a favor de la salud y nutrición infantil.

## **2.4 EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL – PAN**

El Programa Estratégico Articulado Nutricional –PAN comprende un conjunto intervenciones articuladas orientadas a lograr la reducción de la desnutrición crónica infantil. El modelo del programa propone la ejecución del conjunto de intervenciones de manera articulada entre el Ministerio de Salud, quien asume la rectoría del programa, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Seguro

---

<sup>27</sup> INICIATIVA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

2010 *Balance y recomendaciones sobre las Acciones del gobierno para reducir la Desnutrición Infantil.* Care –Perú.

Integral de Salud, el Instituto Nacional de Salud y los gobiernos regionales y locales. Este programa viene ejecutándose desde el año 2008, empezó como piloto en las regiones con mayores índices de desnutrición crónica (Huancavelica, Ayacucho y Apurímac), llegando en la actualidad a ejecutarse en las 25 regiones del país, en los distritos que presentan mayores índices de pobreza, deficiencias sanitarias y desnutrición.<sup>3,8</sup>

Todos los estudios de evaluación del PAN realizados a nivel nacional apuntan a una disminución significativa de la desnutrición crónica. Así tenemos en el Balance de Ejecución del PAN al año 2011, donde en el periodo comprendido entre los años 2009 y 2011, el programa logra a nivel nacional una reducción de desnutrición crónica infantil de 4.3 puntos porcentuales según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (de 23.8% a 19.5%, patrón de referencia de la OMS) (2012:11).<sup>28</sup> La Evaluación del impacto del Programa Articulado Nutricional a nivel nacional realizada por el Ministerio de Economía y Finanzas – MEF, toma también como referencia los resultados encontrados en las ENDES; sin embargo, el estudio es bastante claro al mencionar que dicha disminución no es suficiente para establecer una relación de causalidad, pues esa reducción puede deberse a otros factores, dado que la evaluación contempló metodológicamente la selección en distintos cohortes de tiempo de muestras representativas intervenidas por el programa, no hubo un seguimiento de la misma muestra a lo largo de un periodo de tiempo (2012:30).<sup>3</sup>

#### **2.4.1 El Modelo del Programa Estratégico Articulado Nutricional**

El Programa Estratégico Articulado Nutricional tiene como objetivo central: Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años, para lo cual prioriza y articula un conjunto de intervenciones de carácter intersectorial e intergubernamental buscando generar sinergias entre ellas en función de este resultado común.

---

<sup>28</sup> MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA.  
2012 *Programa Articulado Nutricional - PAN, balance de ejecución al 2011.*



El Programa plantea su diseño bajo un esquema de “Modelo Lógico; es decir, estableciendo en base a análisis y evidencias, las principales causas que tengan repercusión directa e indirecta en la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en el país”. El Modelo Lógico pretende explicar la relación entre los recursos asignados, las intervenciones públicas (el funcionamiento de los servicios públicos) y los resultados esperados en la mejora del estado nutricional de los niños menores de 5 años. Es decir para evaluar de mejor manera la eficacia del Programa” (2012:4).<sup>29</sup>

Para explicar el modelo lógico, el programa plantea: “Concebir a la desnutrición crónica como un problema del proceso de crecimiento que se presenta a una edad temprana, y no vincularla solamente a un déficit de alimentos” (2017:8).<sup>29</sup> Es así que al seguir la lógica del diagrama líneas abajo, la prevalencia del retardo en el crecimiento observado en niños de 24 o más meses de edad, es resultado principalmente de:

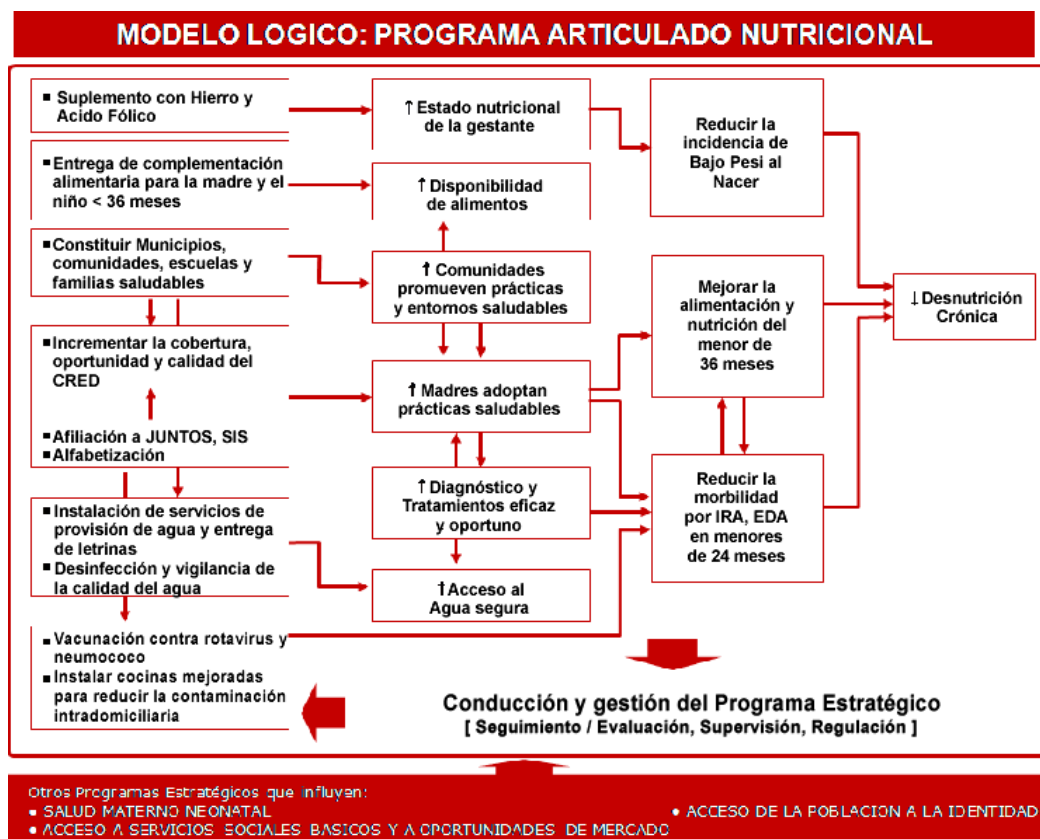
1. La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas (infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda principalmente) y por la deficiencia de micronutrientes (hierro, zinc) que los niños adquieren entre los 6 y 24 meses de edad.
2. La inadecuada alimentación del niño en los primeros años de vida en base a la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses, seguida de la introducción de alimentos donde es relevante la frecuencia, la composición, la preparación y la manera de alimentar al menor de edad.
3. El bajo peso al nacer (Ministerio de Economía y Finanzas 2009:16-17).<sup>30</sup>

Se detalla gráficamente el resumen del modelo lógico del PAN:

---

<sup>29</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
2017 *Anexo 2: Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Contenidos Mínimos.*  
Directiva N° 003-2015-EF/50.01

<sup>30</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
2009 *El Programa Articulado Nutricional. Documento de Diseño del Programa.*  
Consulta: 04 de abril de 2015.  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_public/documentac/PE0001\\_Programa\\_Articulado\\_Nutricional.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf).



Fuente: Programa Articulado Nutricional.<sup>30</sup>

## 2.4.2 Principales Avances obtenidos por el PAN

### En relación al Resultado Final del PAN

Tabla 3: Progreso en el Indicador del Resultado Final del PAN

INDICADOR	Año 2000	Línea de base PpR 2007	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Diferencia 2000/2007	Diferencia 2007/2012
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años (NCHS)	25.4	22.6	18.3	17.9	15.2	13.5	2.8	9.1
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años (OMS)	n.d	28.5	23.8	23.2	19.5	18.1	n.d	10.4

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la ENDES 2013.

A raíz de los resultados observados en la tabla 4 se puede decir:

“Mejores resultados en menor periodo de tiempo: Con la implementación del Programa Articulado Nutricional se ha logrado reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en 9.1 puntos porcentuales en un periodo menor de seis años. Un logro más acertado y eficaz que en la etapa previa a la puesta en marcha del presupuesto por resultados donde se registra 2.8 puntos porcentuales de reducción de la desnutrición infantil en el periodo 2000-2007. Como señala un informe del MEF (2010), este resultado es destacado si se considera que entre 1996 y el 2006 prácticamente este indicador se mantuvo estancado, reduciéndose apenas 3.1 puntos porcentuales.

Mejora progresiva y tendencial de la reducción de la desnutrición crónica infantil con el PAN: A la luz de los resultados registrados en los dos patrones de referencia se constata una progresiva y tendencial reducción de la desnutrición crónica infantil en el país en el periodo que va desde la línea de base del 2007 hasta el 2012” (Arámbulo 2013:151).<sup>31</sup>

### **En Relación a los Resultados Inmediatos del PAN Relacionados Indirectamente a las Variables Estudiadas en la Investigación**

Si bien no es posible medir directamente las variables de consumo de suplemento de hierro en los menores de 36 meses intervenidos por el PAN, como tampoco evaluar directamente la ejecución de las consejerías nutricionales brindadas como parte de los servicios que brindan los controles CRED, es posible dar una mirada sobre los avances en la proporción de infantes menores de 36 meses que han recibido sus controles CRED completos de acuerdo a su edad, así como la entrega del suplemento de hierro.

---

<sup>31</sup> ARÁMBULO, Carlos

2013 *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012*. Tesis de maestría en Ciencias Políticas con Mención en Gestión Pública y Políticas Públicas. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

**Tabla 4: Progreso en los Indicadores del Resultado Inmediato 1 del PAN  
Relacionados a la Presente Investigación.**

Resultado Inmediato	Indicador	Línea de Base PpR 2007	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Diferencia 2007/2012
Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses	Proporción de menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad	24	27.7	40	47.3	50.8	26.8 p.p.
	Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro	12.3	14.1	18.4	17	19.5	7.2 p.p.

*Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la ENDES 2013.*

*Una agresiva estrategia de CRED y suplementación con hierro:* “Hay un consenso entre los especialistas que señalan como una de las principales causas de la reducción de la desnutrición crónica infantil a la prioridad en la asignación de recursos para que estos productos y el de inmunizaciones se hagan realmente efectivos y coordinados entre el nivel nacional y regional” (2013:158).<sup>31</sup>

Es así que la proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad se incrementó de 24% de niños cubiertos en el 2007 a 47,3% en el año 2011, y el salto más pronunciado entre 2009 y 2010 (de 27,7% a 40,0%). En el caso del suplemento de hierro a los menores de tres años se incrementó en 6,1 puntos porcentuales entre 2007 y 2010, pero luego decreció hasta situarse en 17% en 2011 y finalmente incrementarse en 2,5% en el año 2012; lo que hace en total un avance en 7.2 puntos porcentuales de incremento en el periodo 2007 al 2012, valor bastante discreto que explica en gran parte la baja reducción en la prevalencia de anemia infantil a nivel nacional en el periodo 2007 al 2012 con apenas un 12.3% de reducción (de 56.8% a 44.5%) según la ENDES 2007-2012; y actualmente nos sigue colocando en la posición de ser un país con un problema de salud pública aún no resuelto (43.5% a nivel nacional en el año 2015, según ENDES 2009 – 2015).

Por ello, para hacer más efectivos y sostenidos los resultados es necesario complementar estas intervenciones con una mejora real en la calidad de servicios

educativos y asegurarse un verdadero y adecuado consumo de suplemento de hierro, con intervenciones focalizadas y coordinadas con todos los actores sociales, pues no es competencia exclusiva del MINSA.

## **2.5 OTRAS INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL**

Además del Programa Articulado Nacional, el país cuenta con otras intervenciones impulsadas desde el sector público o privado, orientadas al desarrollo infantil temprano, base para la prevención de la desnutrición crónica infantil. Entre ellas tenemos:

**2.5.1 El Programa Salud Materno Neonatal**, es un programa que trabaja bajo la lógica de los programas estratégicos por resultados (como el PAN), busca mejorar la salud de las madres y los recién nacidos mediante la mejora de la educación y salud familiar y la atención integral de los problemas de salud de las madres y recién nacidos.

**2.5.2 La Iniciativa contra la Desnutrición Crónica Infantil (ICDI)**, el mismo que:

Es un colectivo de agencias de cooperación nacional, internacional e instancias de la sociedad civil que desde el año 2006 han aunado esfuerzos para promover políticas públicas y acciones concretas a favor de la nutrición y de la salud materna e infantil, con el fin de garantizar el pleno desarrollo de la niñez y de las familias en el marco de la lucha contra la pobreza. Este colectivo brinda apoyo técnico al gobierno del Perú para la identificación y diseño de acciones eficaces para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil, y contribuye al proceso de vigilancia social del cumplimiento de las metas del gobierno.

Se planteó como meta reducir la desnutrición crónica infantil de 23.2% al 10% en el 2016, a través de la aplicación de la estrategia nacional de inclusión social “Crecer para Incluir” que propone la armonización entre las intervenciones de los sectores y los tres niveles de gobierno, priorizando cuatro ejes estratégicos: nutrición infantil, desarrollo infantil temprano, competencias para la vida e inclusión económica, especialmente de la población vulnerable en las zonas rurales”. (ICDI 2013: 1).<sup>32</sup>

Por otro lado, entre las experiencias Exitosas en la Lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil, el documento “Análisis del Éxito en la Lucha Contra La Desnutrición en el Perú” elaborado para CARE Perú en el año 2011, sistematiza el éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición; dicho informe menciona que el éxito no se explica necesariamente por la presencia de cambios socioeconómicos favorables en el país sino, en gran parte, por las adecuadas intervenciones del gobierno, en donde la reducción en las tasas de desnutrición están asociadas a la pobreza, pero no significativamente a mayores tasas de crecimiento económico, mayores transferencias fiscales, ingresos provenientes de la minería, desarrollo urbano o mayor acceso a los servicios, se sugiere focalizar el gasto público para promover mejoras en la nutrición y alentar las iniciativas de reducción de la pobreza con la estrategia nacional Crecer. Además, se menciona que los determinantes políticos de éxito se dan en tres dimensiones: la formación de coaliciones horizontales de política entre los representantes de diversas entidades públicas y organizaciones no gubernamentales, la integración de las agencias y programas entre el gobierno nacional, los regionales y municipales y; la asignación de recursos del Estado para financiar los esfuerzos de reducción de la desnutrición del gobierno (2011:10).<sup>33</sup>

## **2.6 CONCEPTOS INSTRUMENTALES**

### **2.6.1 El Presupuesto por Resultados (PpR)**

Según la Guía Básica del Sistema Nacional de Presupuesto elaborada por la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas MEF:

El Presupuesto por Resultados es un nuevo enfoque para utilizar el Presupuesto Público en el que las intervenciones a ser financiadas con los recursos públicos,

---

<sup>32</sup> INICIATIVA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL  
2014 *Balance y Desafíos Sobre las Acciones del Gobierno para Reducir la Desnutrición*. Perú.

<sup>33</sup> MEJÍA, Andrés  
2011 Análisis del Éxito en la Lucha Contra La Desnutrición en el Perú. Estudio de Caso preparado para CARE Perú.

Se diseñan, ejecutan y evalúan en relación a los cambios que se generan a favor de la población, particularmente la más pobre del país. La implementación del PpR tiene por objetivo lograr que el proceso de gestión presupuestaria se desarrolle según los principios y métodos del enfoque por resultados, contribuyendo a construir un Estado eficaz y capaz de generar mayores niveles de bienestar en la población (MEF 2014: 2).<sup>34</sup>

En ese sentido, el PpR:

Parte de una visión integrada de planificación y presupuesto y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados; plantea además, el diseño de acciones en función a la resolución de problemas críticos que afectan a la población y que requiere de la participación de diversos actores, que alinean su accionar en tal sentido.

El Gobierno a través de la aprobación de la Ley 28927- Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008-, Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la introducción del Presupuesto por Resultados en el Perú, estableciendo una ruta para su progresiva implementación en todas las entidades de la administración pública peruana y en todos los niveles de gobierno (MEF 2014: 2).<sup>34</sup>

### **2.6.2 Salud Pública**

La Salud Pública es un concepto amplio y complejo vinculado a la situación de la salud de la población, especialmente la más vulnerable como la primera infancia.

“Según la Organización Mundial de la Salud, la Salud Pública engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación” (citado en Chipia 2014: 2).<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)  
2014 Presupuesto por Resultados.

<sup>35</sup> CHIPIA, Joan  
2014 Salud Pública: ¿Qué es y qué se hace?, Diferentes interpretaciones del concepto. Consulta: 11 de abril de 2017.  
<https://es.slideshare.net/JoanFernandoChipia/salud-pblica-35144707>

En este marco, la atención primaria de la salud “es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada” (Organización Panamericana de la Salud 2012: 01)<sup>36</sup> hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad como lo es la desnutrición crónica infantil.

### **2.6.3 Primera Infancia**

La primera infancia es un periodo crítico en la vida de todo ser humano que corresponde al inicio de la vida pero sobre todo a los cimientos sobre los cuales descansa nuestra forma de ser y de relacionarlos con los demás.

De acuerdo a lo planteado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF:

En los primeros tres años o en los primeros mil días de vida (incluyendo el periodo intrauterino), existen momentos críticos en el desarrollo cognitivo, emocional, social, del lenguaje y las ventanas de oportunidad de intervención están claramente identificadas. Lo que se haga o deje de hacer en ese periodo tendrá significancia a lo largo de todo el curso de vida. En otras palabras, el periodo de la infancia temprana puede demarcar la trayectoria en salud, aprendizaje y la conducta, así como influir en las futuras etapas del desarrollo (UNICEF 2012:14).<sup>37</sup>

### **2.6.4 Importancia de las Prestaciones de Salud Brindadas al Menor de 03 años**

El Ministerio de Salud es el ente responsable de brindar un paquete integral de atenciones en salud al infante, para garantizar la prevención y manejo oportuno de riesgos o daños en la salud o nutrición del menor de 03 años que llegaran a interferir con su adecuado crecimiento y desarrollo. Parte importante de este

---

<sup>36</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)  
2012 *Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud*, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

<sup>37</sup> FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF).  
2012 *Crecer Juntos para la Primera Infancia. Encuentro de Políticas Integrales 2011*.  
Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.



conjunto de atenciones en salud lo constituyen el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), la orientación y consejería Nutricional, la suplementación con hierro y la prevención y manejo de las morbilidades por enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e infecciones respiratorias agudas (IRAS).

Según la Organización Mundial de la Salud –OMS la falta de agua potable, saneamiento y una higiene adecuada se relaciona con las principales causas de mortalidad entre la población menor de cinco años: enfermedades diarreicas, neumonía y trastornos neonatales (OMS 2017:2).<sup>38</sup> “El agua no apta para el consumo, la falta de disponibilidad de agua suficiente para la higiene personal y la ausencia de servicios de saneamiento son factores que, en conjunto, contribuyen a más o menos el 88% de las muertes por enfermedades diarreicas {...}” (2006:3).<sup>39</sup> He ahí la importancia de medidas sanitarias que abarcan desde estructuras sanitarias de calidad, educación sanitaria y cobertura universal de vacunas que disminuyen fuertemente los episodios de diarreas e infecciones agudas respiratorias como lo son las vacunas de rotavirus y neumococo, respectivamente.

Diversas publicaciones científicas estiman que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento en los primeros años de vida, es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales (1975:1299).<sup>40</sup> En reiteradas investigaciones se ha demostrado que el estado previo de malnutrición se asocia con mayor severidad la diarrea aguda. Asimismo, a partir de diez estudios realizados en países en desarrollo, se estimó que “Un día de diarrea reduce la ganancia de peso en 10.9 gramos y que 30 días de diarrea, en el lapso de un año se traduce en 327 gramos de déficit ponderal de peso” (1984: 90).<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
*Agua y Salud*. Nota descriptiva. Consulta: 07 de agosto de 2017.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/es/>

<sup>39</sup> FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)  
2006 Progreso para la infancia, un balance sobre agua y saneamiento. Número 5, septiembre.

<sup>40</sup> MARTORELL, R. y otros  
1975 “Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemala Children”. *American Journal Disease Child*. Número 129, pp.1296-1301.

Nutricional es una de las principales herramientas utilizadas por el personal de salud. Según el Documento Técnico Consejería Nutricional en la Atención Integral Materno Infantil:

La Consejería Nutricional es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador; el propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común (Instituto Nacional de Salud 2010:12).<sup>42</sup>

He allí la importancia de la realización de una adecuada consejería nutricional, pues “es un medio para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación” (Instituto Nacional de Salud 2010:9).<sup>42</sup>

Asimismo, como parte de la Política de Salud Pública para la prevención de la Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses, se estableció en el año 2014 mediante la Directiva Sanitaria 056 la suplementación obligatoria con micronutrientes y Hierro a todo infante menor de 36 meses de edad atendido en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud a nivel desde el sexto mes de vida y todos los niñas y niños nacidos con bajo peso y/o prematuros, deben recibir suplementación en gotas con hierro a partir del primer mes de edad. El

---

<sup>41</sup> BLACK, Robert y otros  
1984 “Malnutrition is a Determining Factor in Diarrheal Duration, But not Incidence Among Young Children in a Longitudinal Study in Rural Bangladesh”. *American Journal Clinical Nutrition*. Número 39, pp. 87-94.

<sup>42</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN y NUTRICIÓN (CENAN)  
2010 *Consejería Nutricional en el marco de la Atención de Salud Materno Infantil*. Documento Técnico.

personal de salud que realiza el monitoreo del crecimiento y del desarrollo del infante en el Establecimiento de Salud, es el responsable del seguimiento y el desarrollo de estrategias que aseguren la adherencia al proceso de suplementación como la consejería nutricional y la visita domiciliaria según corresponda (MINISTERIO DE SALUD 2014: 22-25).<sup>43</sup>

El proveer y promover el consumo de suplementos nutricionales forma parte del conjunto de medidas de una política de estado integral de lucha contra la desnutrición crónica infantil. Sin embargo es importante para asegurar su eficacia real que no sólo se limite a proveer el suplemento a los menores beneficiarios, sino principalmente se reciba la orientación, la sensibilización de la importancia de su consumo y el acompañamiento gradual durante todo el proceso de suplementación, aspecto que no está siendo abordado en su totalidad. Pues los esfuerzos se concentran en la provisión del suplemento a la familia del infante, sin realizar un completo y adecuado monitoreo del consumo del mismo.

#### **2.6.5 Desarrollo de capacidades**

Al hablar de capacidades, Douglas Horton se refiere a ellas como: “El conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, valores, relaciones, motivaciones y condiciones que permiten tanto a los individuos como a las organizaciones, redes sociales, sectores e instituciones el desempeño de sus funciones y alcanzar los objetivos que se han planteado en torno a su desarrollo” (citado en Sistema Nacional de Capacitación y Asistencia Técnica Rural Integral 2007:21).<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> MINISTERIO DE SALUD

2014 *Resolución Ministerial N° 706-2014-MINSA*. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima, 19 de septiembre del 2014.

<sup>44</sup> SISTEMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA RURAL INTEGRAL (SINACATRI)

2007 *Programa Nacional de Capacitación Rural Integral 2007-2012*. México D.F. Consulta: 11 de julio de 2016.

[http://www.inca.gob.mx/pdfinca/Programa\\_Nal\\_Cap\\_Rural\\_Int2007-2012.pdf](http://www.inca.gob.mx/pdfinca/Programa_Nal_Cap_Rural_Int2007-2012.pdf)

Entonces, cuando este concepto se complementa con el término desarrollo o fortalecimiento de capacidades, se hace referencia a “los procesos, estrategias y metodologías consideradas necesarias y pertinentes para lograr que los individuos, las organizaciones, las comunidades e instituciones mejoren o refuercen sus conocimientos y habilidades con el objetivo de cumplir funciones específicas para obtener los resultados o productos esperados” (citado en Sistema Nacional de Capacitación y Asistencia Técnica Rural Integral 2007:21).<sup>44</sup>

#### **2.6.6 La Gestión del Desempeño como una herramienta base para el logro de Resultados sostenibles**

Autores como Cravino (2006) define a la gestión del desempeño, como “Un proceso que permite orientar, seguir, revisar y mejorar la gestión de las personas para que estas logren mejores resultados y se desarrollen continuamente” (citado en Castellanos 2011).<sup>45</sup> Asimismo, diversos autores como García (2001), Osorio y Espinosa (2005) y Ruiz (2004) orientan sus aportes a señalar a la gestión del desempeño como: “Una herramienta altamente potente que busca elevar la actuación individual y fortalecer la cultura de una organización; pues permite alinear la misión, estrategias y objetivos de una organización con los resultados y competencias a lograr por cada involucrado, convirtiéndose en un factor que contribuye a elevar la efectividad y productividad de una organización” (2008:6).<sup>46</sup> Todo ello implica que el logro de objetivos necesariamente traiga consigo la formación de competencias en el personal, entendiendo por competencias al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el éxito de los objetivos de un programa o proyecto.

Es así que la gestión del desempeño permite:

---

<sup>45</sup> CASTELLANOS CASTILLO, José.  
2011 Concepciones de Gestión del Desempeño en las Organizaciones.  
Consulta: 09 de abril de 2016.  
<https://www.gestiopolis.com/concepciones-gestion-desempeno-organizaciones/>

<sup>46</sup> OSORIO I; ESPINOZA J.  
2008 “Gestión del desempeño: Integración de competencias y objetivos”. *Revista Capital Humano*. Volumen 8, número 81, pp. 36-42.

- ✓ Involucrar a las personas con los objetivos de una organización.
- ✓ Informar a las personas sobre cómo lo están haciendo.
- ✓ Establecer un estilo de dirección participativo.
- ✓ Reconocer a las personas por el trabajo bien hecho.
- ✓ Evaluar objetivamente las contribuciones individuales a una organización.

En conclusión la gestión del desempeño permite evaluar de qué manera se alcanzaron los objetivos planteados en un programa o proyecto y cuál fue el nivel de competencias logradas entre los involucrados. El PAN opera bajo la lógica de obtención de resultados concretos, las variables analizadas en el ámbito de estudio de la presente investigación están muy relacionadas a la formación de competencias y capacidades entre los actores, pues sólo esta formación de competencias permitirá asegurar la sostenibilidad de los logros que se alcanzaran y facilitará la gestión del programa mismo.

#### **2.6.7 El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)**

Según Zúñiga:

El análisis CAP es una herramienta de análisis de comportamientos. Se utiliza tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de planificación de un proyecto [...]. Permite entender porque la gente “hace lo que hace”; a través de este análisis se evalúa la factibilidad del cambio de un comportamiento y si el comportamiento deseado ya existe. El análisis CAP permite mejorar el impacto de las medidas de un proyecto o programa [...]; debiendo ser por ello un eje transversal del proyecto.

Cuando se habla de conocimientos, se hace referencia a aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad, la Actitud es un gesto exterior manifiesto que indica la preferencia y entrega a alguna actividad observable; es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto. Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes. Un comportamiento en cambio, es una acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas. Un comportamiento ideal es una acción explícita y observable que se considera necesario realizar a fin de

reducir o ayudar a resolver un problema específico. Las Prácticas por último, son una serie de comportamientos relacionados” (Zúñiga 2014:1).<sup>47</sup>

Este tipo de herramienta es utilizada en aquellos proyectos o programas sociales que buscan la adopción de comportamientos y prácticas saludables; el Programa Articulado Nutricional tiene una fuerte carga educativa, pues finalmente las actitudes y comportamientos que adopten las familias con respecto a la salud, alimentación, higiene y nutrición del menor de 05 años serán las que determinen en gran medida el estado de salud y nutrición de este grupo poblacional.

### **2.6.8 La Teoría de Cambio, una alternativa para lograr Procesos de Desarrollo y Cambio Social**

En términos generales, Iñigo Retolaza Eguren señala a La Teoría de Cambio como aquella que:

“Permite ordenar nuestro pensamiento y formar de manera abstracta y a partir de nuestros conocimientos y experiencias aquellas condiciones necesarias para lograr el cambio deseado en un contexto determinado. Es un análisis realista del contexto actual para realizar el ejercicio de visualización creativa y consciente de proyecciones de determinadas realidades futuras no sólo posibles, sino también probables y deseables. Tiene además, como característica el ser un ejercicio de aprendizaje colaborativo y multiactor, y exige a los involucrados una lógica flexible de pensamiento-acción” (2010: 12-13).<sup>48</sup>

Iñigo Retolaza resalta que es importante tener en cuenta que los indicadores de

---

<sup>47</sup> ZÚÑIGA CAMPOS, Alicia.  
2014 El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)  
Consulta: 25 de septiembre de 2017.  
<https://docplayer.es/32843745-El-analisis-cap-conocimientos-actitudes-y-practicas.html>

<sup>48</sup> IÑIGO RETOLAZA, Eguren.  
2010 Teoría de Cambio: Un Enfoque de pensamiento acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo (HIVOS). Guatemala.

cambio de una Teoría de Cambio no guardan similitud con los indicadores de ejecución de actividades, como aquéllos que podemos encontrar en un Marco Lógico tradicional.

“Mediante la definición de indicadores de cambio buscamos entender mejor cómo leer el contexto para ver cuáles son los efectos que podemos percibir en el mismo a raíz de nuestra acción. Estos indicadores nos permiten entender mejor cómo se está dando realmente el cambio; y de igual manera, nos permiten entender mejor cuál es nuestra contribución a la ocurrencia del mismo. En este caso, la premisa de diseño de indicadores nos dice que no por el hecho de ejecutar una actividad estamos realmente contribuyendo a generar los cambios planificados inicialmente. Los indicadores de cambio estarán relacionados con la observación de las condiciones identificadas en nuestra Teoría de Cambio. De esta manera, los indicadores deberán ayudarnos a entender en qué grado y de qué manera se están dando esas condiciones en el entorno” (2010: 14).<sup>48</sup>

Precisamente el estudio intenta ir más allá de una clásica evaluación cuantitativa sobre el avance de los tradicionales indicadores de resultados inmediatos e intermedios del PAN e indaga sobre los aspectos que podrían estar relacionados a cambios de tipo transformativos como diría Retolaza, como lo son la adopción de prácticas adecuadas de higiene y saneamiento, pues están enmarcadas en un nivel de cambio del segundo orden, dado que lo que se busca es modificar patrones de comportamiento y manera de pensar sobre la higiene y alimentación del menor de 03 años.

#### **2.6.9 Las transformaciones familiares, un factor determinante para el diseño de programas y políticas públicas dirigidas a la primera infancia**

Según Andersen, 2003:

La nueva configuración de los hogares y las familias latinoamericanas, plantea la necesidad de nuevas políticas dirigidas tanto a hombres como a mujeres en tanto padres, y a instituciones sociales que deben apoyar a las familias en la cobertura de sus necesidades en una doble perspectiva: políticas orientadas a reconciliar la familia y el trabajo, por una parte, y dar el

necesario apoyo para el cuidado de los hijos y de los adultos mayores, por otra (citado en Arraigada 2007:137).<sup>49</sup>

Los estudios confirman la desigual distribución de tareas entre hombres y mujeres en el interior del hogar y la necesidad de desarrollar políticas de apoyo para las mujeres que trabajan y para el cuidado de infantes. En una revisión de estudios sobre la participación de los hombres como padres realizada por Barker Gary en el año 2003, “se sugiere el diseño de políticas y programas orientados a involucrar activamente a los hombres en el cuidado de los hijos, indicando que la presencia de un padre que ejerce su papel y no es violento (sea biológico o no) es positiva para los niños, para el ingreso familiar, para las mujeres y para ellos mismos” (citado en Arraigada 2007: 135).<sup>49</sup>

Arraigada, menciona además que:

Merecen destacarse las modificaciones en el ámbito simbólico, que se manifiestan en nuevos modelos de familia y estilos de relación familiar, y en sociedades en continuo cambio que desafían a los roles familiares tradicionales e imponen nuevos retos y tensiones a sus integrantes [...]. En estos procesos es preciso destacar el papel jugado por los medios de comunicación, como nuevos agentes de transmisión de información y conocimientos, de modelos a los que se aspira y de posturas éticas, diversificando el acceso, la velocidad y la cantidad de información que reciben los miembros de las familias, lo que repercute en la formación de una nueva cultura familiar (2007:138).<sup>49</sup>

Asimismo, dada la transversalidad de los temas que atañen a las familias, los programas y las políticas deben coordinarse sectorialmente. La transición hacia nuevas formas de familia implica una redefinición fundamental de las relaciones de género en toda sociedad. Esas dimensiones transversalidad y género son centrales para el diseño de políticas y programas dirigidos (a la atención de la primera infancia) y a la democratización de las familias, a fin de modificar el actual

---

<sup>49</sup> ARRIAGADA, Irma.

2007 Familias y Políticas Públicas en América Latina: Una historia de desencuentros. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*. Santiago de Chile, pp. 125-149.



balance entre derechos y obligaciones de hombres y mujeres en el ámbito familiar (2007:138-139).<sup>49</sup>

De igual modo, el aumento de los hogares de jefatura femenina y de las familias biparentales con hijos que tienen dos o más aportantes económicos al hogar, supone la entrada y permanencia en el mercado de trabajo de muchas mujeres con hijos e hijas menores, lo que ocasiona la dificultad de numerosas familias para compatibilizar las responsabilidades familiares con las laborales. Las guarderías, los centros de educación infantil y los colegios deberían ser uno de los recursos principales para ayudar a compatibilizar familia y trabajo. La carencia de esos servicios obliga a las mujeres a buscar estrategias individuales basadas en la red familiar, y a asumir una sobrecarga de responsabilidades (2007:143)<sup>49</sup>.



## CAPÍTULO III

### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Naturaleza de la Investigación

Para conocer los factores que influyen en la ejecución del Programa Estratégico Articulado Nutricional desarrollado en la Micro Red de Salud Piedra Liza durante el año 2014 se utilizó un enfoque metodológico de tipo cualitativo pues como lo manifiesta Tomas Austín Millán: “La investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural, trata de interpretar los problemas de acuerdo a los significados que tienen las personas involucradas” (2008: 2).<sup>50</sup> Para ello se recogió información a través de técnicas de investigación como grupos focales, entrevistas estructuradas y la observación directa. Toda la información se obtuvo en un solo periodo o corte de tiempo, es por ello que fue un estudio de corte transversal.

Según McCutcheon & Meredith la estrategia metodológica cualitativa es especialmente útil cuando el fenómeno que se desea investigar no puede ser desligado de su contexto, de su entorno inmediato, pues se pretende comprender un fenómeno real considerando todas y cada una de las variables que tienen relevancia en él (1993:245).<sup>51</sup>

#### 3.2 Forma de Investigación

Se buscó conocer los factores que influyen en la ejecución del Programa Estratégico Articulado Nutricional desarrollado en el contexto de ejecución del programa en la Micro Red de Salud Piedra Liza durante el año 2014; algunos factores que se estudian corresponden al nivel de la operatividad del programa como el uso de la consejería nutricional como una herramienta educativa por los

---

<sup>50</sup> AUSTIN MILLAN, Tomás.  
Investigación Cualitativa. Consulta: 21 de noviembre de 2016.  
<http://metodoinvestigacion.wordpress.com/2008/02/29/investigacion-cualitativa/>

<sup>51</sup> MCCUTCHEON, David y MEREDITH, Jack.  
1993 “Conducting case study research in operations management”. *Journal of Operations Management*. Volumen 11, número 3, pp. 239-256.

los operadores del programa en los Establecimientos de Salud de la Micro Red, otros corresponden a la realidad social y cómo afectaría en el programa como los conocimientos y actitudes que tengan las madres sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento, así como el uso que tengan las familias de los suplementos de hierro para el niño menor de tres años; y a nivel de gestión, se indagaron las percepciones que tengan sobre el PAN los diferentes actores locales vinculados con el programa en la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza. Al no generalizar los hallazgos encontrados a toda la población infantil con realidades similares, se estima cuan razonable es analizar estos factores para que a partir de los resultados obtenidos se desarrollen algunas inferencias o deducciones lógicas, es por ello que la forma de investigación corresponde a la de un estudio de caso.

### **3.3 Fuentes de Información:**

Todas las fuentes de información fueron de tipo primaria, no hubo necesidad de recurrir a documentos, textos, informes u otro tipo de información secundaria. Quedando agrupadas de la siguiente manera:

#### *A nivel de los hogares de los niños beneficiarios*

- Madre y/o cuidadora del niño/a menor de 36 meses.

#### *A nivel de la Micro Red de Salud Piedra Liza*

- Coordinadora del PAN en la Red Salud San Juan de Lurigancho.
- Médico Jefe de la Micro Red de Salud Piedra Liza
- Personal de salud de los EESS de la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza, que realizan la consejería nutricional.
- Coordinadora de la estrategia de Promoción de la Salud en la Micro Red Piedra Liza.

#### *A Nivel de la Comunidad*

- Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de San Juan de Lurigancho.
- Coordinadora de las Unidades de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más ubicadas en la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza,

- Líderes comunales relacionados con la alimentación y salud de la población infantil de la zona.

### **3.4 Dimensiones del estudio:**

#### **3.4.1 Universo y Muestra**

La población de estudio estuvo constituida por las madres de los niños y niñas menores de 3 años atendidos en los EEES de la jurisdicción de la Micro Red de Salud Piedra Liza el año 2014. Como no fue posible obtener por medio de ninguna fuente secundaria el tamaño exacto de esta población, se estimó de manera indirecta, utilizando la población total de niños y niñas menores de 03 años asignada a la Micro Red para el año 2014 según la información oficial estadística de la Red de Salud San Juan de Miraflores, es decir 13 110 madres con niños o niñas menores de tres años.

Así también, se consideró al personal de salud de la Micro Red Piedra Liza que participaba en la ejecución del Programa, los funcionarios a nivel de Red y Micro Red involucrados en la gestión del Programa y los responsables de las instituciones locales y organizaciones sociales de la jurisdicción, implicadas con el PAN.

#### **3.4.2 Método de Muestreo**

Se sabe que la investigación cualitativa tiene como objetivo brindar un análisis de la comprensión del problema visto desde la perspectiva de las personas involucradas con el mismo. Se centra, por ello, en descubrir el significado en diversas realidades más que en la generalización de los hechos o en la representatividad de los resultados. Por dicha razón, se emplean muestras pequeñas no aleatorias en las que, para conservar la calidad del análisis, se seleccionan criterios específicos de incorporación.

Los dos criterios principales que guiaron la selección de los informantes fueron la *pertinencia* y la *adecuación*. Flick U. en su libro “Introducción a la Investigación Cualitativa” publicado el año 2004 indica que: “La pertinencia se refiere a la selección de las personas que mejor y más información pueden generar sobre la

investigación; y la adecuación se refiere a contar con los datos necesarios y suficientes para una comprensión lo más exhaustiva posible del fenómeno”.

### 3.4.3 Tamaño Muestral

**Para las Variables:**

- Conocimientos y actitudes sobre principales prácticas de higiene y saneamiento.
- Consumo del suplemento de hierro.

La muestra estuvo conformada por un total de 24 madres atendidas en alguno de los 8 EESS de la jurisdicción de la Micro Red de Salud Piedra Liza. En cada EESS, la submuestra estuvo conformada por 03 madres con niños menores de 36 meses atendidos en el EESS; las mismas que participaron en los grupos focales realizados y a las que se les realizó visita domiciliaria para aplicarles una ficha de monitoreo del consumo y uso de suplementos de hierro.

**Para la Variable:**

- Consejería Nutricional brindada a los padres de niños menores de 36 meses

Para que el tamaño muestral fuera significativo, fue establecido en función a la cantidad de profesionales que realizaban la Consejería Nutricional en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo o de Nutrición, lo que arrojó un total de 30 observaciones directas, quedando la distribución de la siguiente manera:

**Tabla 4: Distribución del Tamaño Muestral para la observación de las Consejerías Nutricionales**

<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Nº de profesionales que realizan Consejería Nutricional</b>	<b>Total de Consejerías observadas</b>
C.S. Piedra Liza	4	4
C.S. Caja de Agua	5	5
C.S. Chacarilla de Otero	6	6
C.S. Zárate	4	4
C.S. Mangomarca	3	3

C.S. Campoy	3	3
P.S. Daniel A. Carrión	3	3
P.S. Azcarrunz Alto	2	2
TOTAL	30	30

**Para la Variable:**

- Percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa.

Se entrevistó a los principales actores locales involucrados con el PAN, teniendo una muestra total de 10.

**Tabla 5: Distribución del Tamaño Muestral para la Aplicación de Entrevistas Estructuradas**

<b>Actor</b>	<b>Número de entrevistas</b>
Coordinador General del PAN en la Red de Salud SJL	01
Coordinadora de Promoción de la Salud (PROMSA) de la Micro Red Piedra Liza	01
Médico Jefe de la Micro Red Piedra Liza	01
Personal de Salud que realiza las actividades del PAN en su respectivo EESS	04
Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de SJL	01
Coordinadora responsable de los Cuna Más de la jurisdicción estudiada	01
Presidenta de alguna Organización Social de Base ubicada en la jurisdicción de la Micro Red.	01
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

### 3.5 Técnicas de Recolección de Información:

**a) Grupo Focal:** Técnica utilizada para caracterizar los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento en madres de familia con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN, en los EESS de la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito SJL.

**b) Entrevista Estructurada:** Técnica utilizada para conocer las percepciones y conocimientos sobre los avances del PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del Programa desarrollado en la Micro Red de Salud Piedra Liza.

**c) Observación Directa:** Técnica que permitió observar la realización de la consejería nutricional en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo y de Nutrición ubicados en los EESS de la Micro Red Piedra Liza.

**d) Encuesta de Monitoreo del Consumo y uso de suplementos de hierro:** Técnica utilizada para indagar sobre el uso y consumo de suplementos de hierro en los niños menores de 36 meses atendidos en los EESS de la Micro Red Piedra Liza.

### 3.6 Instrumentos de Recolección de Información:

- **Guía de Aplicación del Grupo Focal:** Este instrumento fue utilizado para caracterizar los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el Programa. Es de elaboración propia y fue previamente validado a través de un piloto. Contiene una listado de preguntas abiertas distribuidas en cuatro temas, los dos primeros correspondientes a las principales prácticas de higiene y los dos últimos, a las principales prácticas de saneamiento, de la siguiente forma:

Ítem A: Lavado de Manos con Agua y jabón.

Ítem B: Consumo de agua segura.

Ítem C: Lavado de los Alimentos

Ítem D: Eliminación Adecuada de Residuos Sólidos.

- **Guía de Entrevista estructurada de Percepciones sobre el PAN:** Instrumento de elaboración propia, cuenta con 10 preguntas, cada una alternativa para marcar o la opción otros para ser contestada de manera abierta; seis de las cuales se orientan a indagar sobre las percepciones de los actores locales sobre el Programa Articulado Nutricional y las cuatro restantes, indagan sobre los conocimientos generales que tengan los actores sobre lo que es el programa, su objetivo principal y quiénes son los beneficiarios directos. El instrumento fue aplicado a los 10 actores considerados en el estudio de la variable percepciones sobre el PAN.
- **Ficha de Evaluación del Desempeño o Habilidades de la Consejería Nutricional:** Este instrumento elaborado por el Ministerio de Salud es el instrumento referencial para evaluar el desempeño o las habilidades del personal de salud en la realización de las consejerías nutricionales en consultorio a nivel nacional, dicho instrumento se encuentra incluido en el documento técnico “Consejería Nutricional en la Atención Integral de Salud Materno Infantil” y ha sido utilizado para la presente investigación sin haber sufrido modificación alguna.
- **Ficha de Monitoreo del Consumo de Suplementos de Hierro:** Instrumento elaborado por el Ministerio de Salud y utilizado a nivel nacional para monitorear y realizar seguimiento al consumo de suplementos de hierro en niños de 6 a 35 meses de edad beneficiarios del PAN.

En la sección Anexos, el anexo 5 muestra la Matriz de la Columna Vertebral completa del presente estudio conteniendo las variables, los indicadores, las fuentes, las técnicas y los instrumentos de recolección de información, respectivamente.



### 3.7 Procesamiento de la Información

**3.7.1 Para la variable *Consejería Nutricional como herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN*:** Luego de aplicar la Ficha de Evaluación de Desempeño o Habilidades de la consejería *nutricional mediante la observación directa en consultorio a 30 profesionales*; se brindó un puntaje por el cumplimiento de los ítems determinados en la ficha y obtuvo una calificación final la cual categoriza a la consejería como:

- Consejería “**Adecuada**”: de 30 a 34 puntos.
- Consejería “**En proceso**”: de 20 a 29 puntos.
- Consejería “**Inadecuada**”: menos de 20 puntos.

Además, se determina en que criterios de la consejería nutricional existe un mejor manejo por parte del personal de salud, estos criterios son: habilidades comunicacionales transversales, explicación de la situación encontrada, análisis de los factores causales o de riesgos, búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos, registro de acuerdos y tiempo de duración de la consejería nutricional.

Finalmente, se realiza una triangulación de los principales resultados obtenidos y evidencias con la información proporcionada por la literatura en torno al tema en cuestión, para realizar las principales conclusiones sobre en qué medida estaría contribuyendo la forma actual como se realizan las consejerías nutricionales en obtener resultados favorables para el programa.

**3.7.2 Para las Variables *Conocimientos y Actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento*:** Mediante la aplicación de nueve grupos focales conformados cada uno por 4 a 6 madres participantes con niños menores de 36 meses atendidos en alguno de los EESS de la Micro Red de salud Piedra Liza; se describieron las principales respuestas sobre las diferentes preguntas en torno a las 4 prácticas que se estudiaron: lavado de manos con agua y jabón, utilización de agua hervida para consumo, lavado de alimentos antes de su consumo y, almacenamiento y eliminación de residuos sólidos; luego se ordenó y agrupó las principales razones por las que las madres realizan o no alguna(s) de las prácticas de higiene o saneamiento consideradas en la Guía de aplicación de

Grupos Focales, así también, se obtuvo un cuadro consolidado sobre la principal práctica de higiene y saneamiento que más y menos se realiza, según percepciones de las evaluadas. Finalmente se realiza una valoración de lo mencionado por las madres de familia y se determina en que aspectos aporta al Programa lo conocido y percibido por las madres en torno a las prácticas de higiene y saneamiento; lo mismo para el caso contrario, respectivamente.

**3.7.3 Para la Variable *Consumo de Suplementos de Hierro*:** Luego de aplicar la Ficha de Monitoreo de Consumo de Suplementos de Hierro mediante visita domiciliaria a 24 madres con niños o niñas entre 6 y 35 meses de edad atendidos en alguno de los EESS de la Micro Red de salud Piedra Liza; se procesaron las fichas para determinar cuántos niños consumen el suplemento de hierro otorgado por el EESS y cómo es que lo consumen. Asimismo se señalaron las principales razones por las que no se consume el suplemento de hierro. Finalmente se determina en qué medida la forma actual como se está realizando el consumo del suplemento de hierro contribuiría o no favorablemente con los logros planteados por el Programa.

**3.7.4 Para la Variable *percepciones y conocimientos sobre los avances del PAN*:** A través de la realización de entrevistas estructuradas a los principales actores locales se logró obtener información que ayudó a caracterizar las principales percepciones sobre el programa en torno a los siguientes aspectos: participación de los actores locales involucrados con el PAN en las actividades del Programa, logros del Programa en la jurisdicción de Piedra liza, calidad de las consejerías sobre higiene, saneamiento y nutrición y percepciones sobre el uso que dan las madres a las consejerías recibidas en los EESS sobre esos temas, propuestas para mejorar la articulación e involucramiento de los actores locales del programa. Además cuatro preguntas que ayudaron a determinar su nivel de conocimientos sobre el programa.

## CAPÍTULO IV

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

La presente investigación cualitativa busca conocer los factores que influyen en la ejecución del Programa Estratégico Articulado Nutricional desarrollado en la Micro Red de Salud Piedra Liza durante el año 2014, ubicada en el distrito de San Juan de Lurigancho; para lo cual se ha delimitado su estudio en cuatro variables contenidas en las preguntas específicas de investigación; estimándose conveniente que la tesis esté estructurada por lineamientos de investigación que responden a las preguntas específicas planteadas en este estudio de la siguiente manera:

Para la **pregunta específica N°1**: ¿Estará contribuyendo la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses como herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN?, el lineamiento que se desarrolla es: Determinación si la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses está contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN desarrollado el año 2014 en la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito SJL

Para la **pregunta específica N°2**: ¿En qué medida los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tengan las madres con niños menores de 36 meses beneficiarios del programa, contribuirán con los objetivos del PAN?, el lineamiento que se desarrolla es: Análisis referente a si los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuyen con los objetivos del programa.

Para la **pregunta específica N°3**: ¿Contribuirá el consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses con los logros planteados por el PAN?, el lineamiento que se desarrolla es: Indagación concerniente a si el uso y consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses intervenidos por el

PAN contribuye con los logros planteados por el programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL.

Para la **pregunta específica N°4**: ¿Cuáles serán las percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa?, el lineamiento que se desarrolla es: Percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL.

Es así que la presentación, análisis e interpretación de los resultados se presenta bajo esta lógica.

#### **4.1 Lineamiento 1: Determinación si la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses está contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN desarrollado el año 2014 en la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito SJL**

Según el Documento Técnico Consejería Nutricional en la Atención Integral Materno Infantil:

La consejería nutricional es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una gestante, madre padre o cuidador(a), cuyo propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional (2010:12).<sup>42</sup>

Por lo tanto, se constituye como un medio y herramienta educativa adecuada para promover prácticas que favorezcan un óptimo crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación, previniendo alteraciones en los primeros años de vida.

---

<sup>42</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN y NUTRICIÓN (CENAN).  
2010 Consejería Nutricional en el marco de la Atención de Salud Materno Infantil.

Esta actividad es desarrollada principalmente durante los controles de crecimiento y desarrollo - CRED del infante en los Establecimientos de Salud - EESS del ámbito nacional del Ministerio de Salud y en otras entidades que brindan servicios de atención integral a niñas y niños menores de cinco años, gestantes y madres que dan de lactar.

Recordemos gran parte de las actividades que ejecuta el Programa Articulado Nutricional – PAN están inmersas dentro de los servicios y atenciones que los EESS brindan a la población infantil menor de 05 años, con el objetivo de disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil, para lo cual se busca que los Hogares Adopten Prácticas Saludables para el Cuidado Infantil y Adecuada Alimentación del menor de 36 meses, mediante la realización periódica y oportuna de sus controles CRED de acuerdo a su edad entre otras intervenciones articuladas; es decir la consejería nutricional NO ha sido directa y explícitamente abordada dentro de los indicadores del PAN.

Por ello, la presente investigación pretende determinar en qué medida la consejería estaría siendo un factor que contribuya positivamente con los objetivos del PAN, para lo cual se presencié la realización de las Consejerías Nutricionales en consultorio a todo el personal que atiende en los servicios de CRED y Nutrición de los EESS de la Micro Red Piedra Liza, en el distrito de San Juan de Lurigancho; haciendo un total de 29 observaciones y teniendo como instrumento de apoyo la aplicación de una Ficha de Cotejo de Evaluación de Desempeño de los Profesionales de la Salud en la realización de la Consejería Nutricional, la cual reúne una serie de criterios técnicos validados y estandarizados por el Instituto Nacional de Salud y presentados en el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención Materno Infantil” aprobado por resolución ministerial. Se asume que si el desempeño es el adecuado, las Consejerías Nutricionales se están realizando de forma apropiada y por lo tanto están siendo herramientas educativas favorables y estarán contribuyendo a alcanzar los objetivos del PAN en relación a Mejorar la Alimentación y Nutrición del niño menor de 36 meses. Los criterios de evaluación en la realización correcta de una consejería Nutricional son:

1. Habilidades Comunicacionales Transversales del Personal de Salud.
2. Explicación de la Situación de Salud y Nutrición del menor de 03 años encontrada.
3. Análisis del Conjunto de Factores Causales o Riesgos Asociados a la Situación encontrada.
4. Búsqueda de Alternativas de Solución y Toma de Acuerdos
5. Registro de Acuerdos, y
6. Seguimiento de Acuerdos.

Se brinda un puntaje determinado por el cumplimiento de cada criterio mencionado, los mismos que se dividen en una serie de aspectos específicos ubicados dentro de cada criterio. Finalmente, se obtiene una calificación total, la cual categoriza a la consejería como:

- Consejería “Adecuada”: Entre 30 - 34 puntos.
- Consejería “En proceso”: Entre 20 - 29 puntos, y
- Consejería “inadecuada”: Menos de 20 puntos.

La denominación de Consejería “**Adecuada**”, implica aquella consejería nutricional que cumple con todos o la mayoría de los criterios mencionados y por lo tanto el personal de salud está apto para realizarla.

Una Consejería en “**Proceso**”, implica que está camino a ser realizada de manera adecuada, siempre y cuando el personal de salud tenga más prácticas y el reforzamiento técnico adecuado en los criterios claves de la consejería nutricional.

Una consejería es “**inadecuada**”, cuando el personal de salud requiere de una capacitación previa y de supervisiones cercanas para poder iniciar el proceso de implementación de la realización de Consejería Nutricional de una manera adecuada, por lo tanto, no cuenta actualmente con las competencias necesarias para realizarla de forma adecuada.

Aspectos Contenidos en cada criterio:

1. Habilidades comunicacionales transversales: Se busca que el personal de salud tenga disposición de escucha y muestre actitudes que hagan que el usuario (madre, padre de familia o cuidador(a)) se sienta cómodo para entablar

la conversación. Este criterio evalúa 5 aspectos, dándole el puntaje de “1” punto a cada uno si es que se cumple ó “0” puntos si no es cumplido.

2. Explicación de la situación Encontrada: El personal de salud con ayuda del usuario logra identificar los factores causales o riesgos relacionados con deficiencias en alimentación y nutrición en el contexto de su situación económica, social, cultural, alimentaria, entre otros; colocando un punto “1” ó “0”, en cada uno de los seis (6) que se presentan.
3. Análisis de factores causales o de riesgos: Es la etapa donde se deberían hacer la mayor cantidad de preguntas a los padres para que en conjunto con ellos se identifique las causas de la situación de salud actual del infante. Este criterio evalúa 10 aspectos, dándole el puntaje de 1 punto a cada uno si es que se cumple o 0 puntos si no es cumplido.
4. Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos: El personal de salud y la madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores identificados. Este criterio evalúa 7 aspectos, dándole el puntaje de 1 punto a cada uno si es que se cumple ó “0” puntos si no es cumplido.
5. Registro de acuerdos: En este criterio el personal de salud deberá registrar en la historia clínica, las decisiones o acuerdos (máximo tres) tomados con la gestante, madre, padre o cuidadores y anotarlas en una hoja de indicaciones para que se la lleve, motivándolos a ponerlas en práctica con el apoyo de su familia y de la comunidad. Este criterio evalúa 3 aspectos, dándole el puntaje de 1 punto a cada uno si es que se cumple ó “0” puntos si no es cumplido.
6. Seguimiento de acuerdos: Es el seguimiento a los acuerdos tomados, el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en las siguientes evaluaciones para identificar las dificultades o avances en las prácticas alimentarias y reforzarlas. Este criterio evalúa 3 aspectos, dándole el puntaje de 1 punto a cada uno si es que se cumple ó “0” puntos si no es cumplido.

Para efectos de la presente investigación, se ha considerado como criterio para determinar si la Consejería Nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses está contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN en la Micro Red Piedra Liza del distrito SJL; a la evaluación del desempeño del profesional cuando realiza una Consejería Nutricional en consultorio.

### ***Principales Hallazgos:***

En esta sección la descripción y análisis en base a lo encontrado parte desde lo general hasta lo específico; es decir, desde indagar si hubieron profesionales observados que realizaron consejerías calificadas como “adecuadas” o “en proceso”, hasta la descripción detallada de las características de los profesionales observados y los principales resultados obtenidos en el análisis de cada uno de los criterios a desarrollar cuando se realiza la consejería nutricional como veremos a continuación.

#### **4.1.1 Respecto a la calificación final de las consejerías observadas**

Se encontró que, NINGUNO de los profesionales en quienes se observó el desarrollo de sus consejerías obtuvo un puntaje lo suficientemente alto como para calificar con “Consejería Adecuada”, sólo una profesional observada realizó una consejería calificada como “En Proceso” (la nutricionista del CS Zárate); el resto, calificó con consejería “Inadecuada”. El promedio de puntaje obtenido por los profesionales observados fue de 7 puntos. Es decir, ningún profesional hace un uso correcto de esta herramienta educativa que contribuiría a mejorar prácticas alimentarias en el menor de 03 años.



**Tabla 6: Calificación final y puntaje obtenido por los profesionales Evaluados. Micro Red de Salud Piedra Liza. San Juan de Lurigancho, 2014**

Calificación de Consejería	Nº de profesionales	Puntaje promedio obtenido
Adecuada	0	---
En proceso	1	20
Inadecuada	28	6.5
Total de evaluados	29	7

*Fuente: Elaboración Propia*

Ante estos hallazgos se hace necesario formular las siguientes interrogantes con la intención de hallar probables respuestas:

1. ¿Alguna vez el personal de salud observado ha sido capacitado sobre el procedimiento técnico correcto para la realización de la Consejería Nutricional?
2. ¿Aquellos profesionales que hayan recibido capacitación, que institución se las brindó y cuál ha sido el acompañamiento o monitoreo que han recibido post capacitación?
3. ¿Qué competencias faltan mejorar en los profesionales que realizan las consejerías para que sea realizada en forma adecuada?

Algunas posibles respuestas a estas interrogantes se encontraron analizando los resultados plasmados en la tabla 4 y complementados detalladamente en la tabla 5.

#### **4.1.2 Características Generales de los profesionales observados**

Como se puede apreciar en la tabla 4, la edad promedio de los profesionales evaluados fue de 38 años, siendo la mayoría mujeres (sólo uno de los 29 evaluados fue varón) y; en su mayoría fueron enfermeras que atienden diariamente en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo - CRED de los EESS. Sólo se cuenta con un total de 04 nutricionistas para atender a toda la población infantil de la Micro Red. Siendo esas cuatro profesionales y una enfermera las únicas que han sido anteriormente capacitadas sobre consejería nutricional, con una antigüedad promedio de 02 años; el resto de profesionales no ha recibido capacitación alguna sobre la realización de una Consejería Nutricional (siguiendo

todas las pautas contenidas en el documento técnico) y en esas condiciones diariamente realizan esa labor de manera rutinaria. Lo único que han recibido en algunos casos son capacitaciones sobre alimentación infantil. En el caso de las nutricionistas, luego de recibir las capacitaciones no tuvieron seguimiento alguno de dicha actividad o retroalimentación por algún capacitador del Ministerio de Salud experto en la materia.

**Tabla 7: Características Generales de los profesionales Evaluados.  
Micro Red de Salud Piedra Liza. San Juan de Lurigancho, 2014**

Sexo		Edad Promedio	Profesión		Condición Laboral			Recibió Capacitación previa sobre C.N.	
F	M		Enf.	Nut.	Nomb.	CAS*	SERUMS**	SI	NO
28	2	38	26	4	5	22	2	5	25

\* Contrato Administrativo de Servicios, \*\*SERUMS: Servicio Rural Urbano Marginal.

Fuente: Elaboración propia

Analizando los resultados, se sabe que el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - CENAN es la dependencia del Instituto Nacional de Salud que tiene como parte de sus funciones la elaboración de normas y guías técnicas en alimentación y nutrición, así como la socialización de las mismas mediante capacitaciones y asistencia técnica a nivel regional. Pero, es de responsabilidad de cada Dirección Regional de Salud - DIRESA realizar las réplicas de las mismas a su personal asistencial del primer nivel de atención (EESS). Sin embargo, en la presente investigación sólo 5 de los 29 entrevistados mencionó haber sido capacitado, y a ninguno de los 5, se les realizó un seguimiento o monitoreo in situ de lo aprendido, tampoco hubo retroalimentación al respecto. Esta ausencia de capacitación a la mayoría del personal observado se debe básicamente porque como se mencionó líneas arriba las direcciones y redes de salud no cumplen con su corresponsabilidad de replicar y socializar lo aprendido por las personas que reciben dichas capacitaciones; es decir a nivel nacional existe el compromiso de capacitar a los profesionales coordinadores y representantes de las estrategias de atención integral del niño o Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición

Saludable - ESANS en cada DIRESA y Dirección de Salud, pero al parecer no se establece la corresponsabilidad en los representantes de salud que han recibido la capacitación, quienes no socializan lo aprendido ni hacen las réplicas respectivas a sus equipos profesionales quienes tienen contacto directo y diario con los padres de familia usuarios de los servicios; tampoco existe un monitoreo que garantice que las personas capacitadas están aplicando de forma correcta lo aprendido. En este punto aún existen falencias en la implementación que corresponde más a aspectos relacionados a la forma como cada Dirección o Red de Salud gestiona las competencias y los aprendizajes que se van formando en sus trabajadores.

Es preciso recordar que la Consejería Nutricional es una actividad que requiere práctica constante en base al conocimiento técnico previo de la metodología estandarizada, además requiere la práctica de ciertas habilidades comunicacionales para lograr una verdadera interacción entre el consejero y el usuario del servicio. Cabe indagar entonces en detalle sobre las competencias y habilidades que debe desarrollar el profesional para llevar a cabo la actividad correctamente y se consigan los resultados esperados. En el siguiente rubro se muestra al detalle los aspectos más resaltantes sobre el desarrollo de una Consejería Nutricional.

#### **4.1.3 Respecto a los Criterios Analizados:**

Analizando al detalle los aspectos evaluados en cada criterio y seleccionando a aquellos que mejor representen cada criterio y estén fuertemente relacionadas con las variables del Programa Articulado Nutricional; se estimó por conveniente considerar a los que se mencionan en la Tabla 5 y evaluar la frecuencia con la que fueron utilizados cuando se realizaron las consejerías. En las 29 Consejerías Nutricionales observadas todos los niños o niñas que acudieron al consultorio en compañía de su madre, padre o cuidador(a) tenían entre cero a 24 meses de edad; de ellos, 14 eran menores de 6 meses y 15 entre 6 y 24 meses.

**Tabla 8: Aspectos más Representativos de cada Criterio Evaluado que el Personal de Salud cumple con mayor o menor frecuencia, Micro Red de Salud Piedra Liza. San Juan de Lurigancho, 2014.**

CRITERIO	ASPECTOS MÁS REPRESENTATIVOS DE CADA CRITERIO					
	CUMPLE	n	%	NECESITA MEJORAR	n	%
Habilidades Comunicacionales transversales	Hace que el usuario se sienta cómodo para entablar una comunicación adecuada	21	72.4	Da mensajes claros, concretos, convincentes y suficientes	23	79.3
	Demuestra actitud de escucha	20	69			
Explicación de la Situación Encontrada	Transmite información con lenguaje sencillo	19	65.5	Ofrece argumentos y ejemplos que aseguren el interés por el tema a tratar	25	86.2
				Se asegura que la explicación ha sido clara	28	96.6
Análisis de Factores Causales o Riesgos	Evalúa si la niña o niño está recibiendo leche materna	19	65.5	Hace preguntas para que el usuario explique su situación y preocupaciones	28	96.6
				Analiza causas o riesgos potenciales relacionados a la presencia de enfermedades	25	86.2
				Evalúa si la frecuencia de la lactancia materna es la adecuada	28	96.6
				Evalúa si la niña o niño recibe leche no materna	23	79.3
				Evalúa si la niña o niño recibe otro tipo de alimentos (en los < 6 meses)	11	78.6
	Evalúa si le dieron suplemento de hierro a la niña o niño	13	86.7	Evalúa consistencia de las preparaciones	9	60
				Evalúa el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro	14	93.3
Hace preguntas que le permiten conocer y analizar con el usuario la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos	29	100				
Búsqueda de Alternativas de Solución y Toma de Acuerdos				Busca y propone alternativas de solución junto con el usuario que respondan a la situación encontrada	27	93.1
				Prioriza y brinda la cantidad de información que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada)	24	82.8
				Establece acuerdos (compromisos) concretos y factibles con el usuario	27	93.1
Registro de Acuerdos				Registra los acuerdos en una hoja para que el usuario se lo lleve por escrito	29	100
Seguimiento de Acuerdos	Concreta con el usuario la fecha para la próxima cita	28	96.6	Realizó el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías	28	96.6

Fuente: Elaboración Propia

Lo primero que se observa de la tabla 4.3 es que el personal de salud no aborda la mayoría de los aspectos mencionados en cada criterio al momento que se realiza la Consejería Nutricional.

Analizando en detalle, en el criterio *Habilidades Comunicacionales Transversales* 21 de los 29 profesionales evaluados logran que el usuario (madre, padre o cuidador(a)) se sienta cómodo para entablar una adecuada comunicación y 20, demuestran una actitud de escucha hacia el usuario; sin embargo, aún falta mejorar en la habilidad para dar mensajes claros, concretos, convincentes y

suficientes para que puedan ser entendidos, recordados y priorizados por la madre de familia al momento de llevarlos a la práctica (23 profesionales necesitan mejorar).

En el caso del criterio *Explicación de la Situación Encontrada*, 19 de los profesionales observados transmite la información sobre el estado de salud y nutrición del infante con lenguaje sencillo; sin embargo, 25 profesionales no ofrece argumentos y ejemplos que aseguren el interés del usuario por el problema o situación de su niño o niña en tanto que 28 profesionales, no se aseguran que la explicación que hayan brindado haya sido clara para el padre o madre de familia.

En relación al *Análisis de Factores Causales o Riesgos* en la salud y/o nutrición del menor; 19 de los profesionales, evaluó si la niña o niño en consulta estaba recibiendo leche materna, sin embargo, en 28 profesionales se observó que no llegaban a evaluar si la frecuencia de la lactancia materna era la adecuada, tampoco si el infante recibe leche no materna (23 consejeros), menos si recibe otro tipo de alimentos distintos a la leche materna en el caso de los infantes menores de 06 meses (11 profesionales no indagaron sobre este punto del total de 14 casos que aplicaban a esta característica). En el grupo de los infantes de 06 a 24 meses (15 casos), 13 profesionales realizaron preguntas orientadas a saber si los padres dieron suplemento de hierro a la niña o niño. Sin embargo, en casi todos los casos de este grupo no se realizaron preguntas para evaluar el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro, tampoco sobre la consistencia de las preparaciones que se le ofrece al infante de acuerdo a su edad (9 casos de los 15 en total). En general, 28 de los evaluados aún no logra hacer preguntas para que el usuario explique su situación y preocupaciones respecto a la alimentación y salud de su hijo o hija. Finalmente, ninguno de los 29 profesionales observados hizo preguntas que le permitieran conocer y analizar con el usuario las posibilidades para llevar a cabo los nuevos comportamientos que proponían.

Ya para el criterio de *Búsqueda de Alternativas de Solución y Toma de Acuerdos*, la mayoría de evaluados necesita mejorar sus competencias en este punto, pues sólo 2 profesionales propusieron alternativas de solución junto con el usuario que respondían a la situación encontrada en su niño o niña, 24 consejeros no

priorizaron o brindaron la cantidad de información que puede ser recordada y seguida por el usuario (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada) y sólo un profesional estableció acuerdos (compromisos) concretos y factibles con la madre o padre de familia.

En el criterio de *Registro de Acuerdos*, la característica más importante que el personal de salud debería desarrollar es el registro de los acuerdos en una hoja para que el usuario se lo lleve por escrito; sin embargo, el presente estudio encontró que en ninguna de las 29 consejerías observadas se entregó al usuario los acuerdos o compromisos por escrito, que sería uno de los puntos más importantes a cumplir cuando se realiza una Consejería Nutricional. Si los acuerdos o compromisos pactados no se entregan por escrito difícilmente la madre o padre de familia podrá recordar al detalle lo que debe poner en práctica para mejorar la alimentación y nutrición de su niño o niña y probablemente no se alcancen los objetivos planteados desde un inicio.

Por último, en la sección de Seguimiento de Acuerdos, 28 profesionales lograron concretar con el usuario la fecha para la próxima cita, sin embargo, la misma cantidad no realizaban seguimiento alguno de acuerdos tomados en anteriores consejerías, empezando por el hecho que no se habían pactado.

Si la consejería nutricional es una de las principales herramientas educativas que se utiliza para promover prácticas saludables de cuidado, higiene y alimentación, el problema surge cuando bajo la lógica de un programa estratégico presupuestal se hace hincapié en el cumplimiento de la actividad educativa sin prestar la debida atención sobre la forma en que es realizada, es decir el “cómo”, teniéndose que analizar si se cuenta con personal debidamente capacitado y con las competencias y habilidades suficientes para la realización de este tipo de actividades educativas. Además si, desde un principio el personal de salud tiene en claro que es lo que se pretende lograr con las actividades educativas y sobre todo si el personal cuenta con las suficientes competencias para servir de facilitador de procesos de cambio de comportamientos y prácticas de alimentación dentro del entorno familiar del infante. Pues la adopción de nuevas prácticas alimentarias o de higiene son procesos lentos que sólo se consiguen si en el camino se van formando competencias en las mismas familias que faciliten su

proceso de cambio y si finalmente las familias logran valorar los beneficios o ventajas que se obtienen por cambiar ciertos patrones de comportamientos alimentarios. El autor Arriagada señala como otros factores importantes la dinámica familiar, las relaciones de poder y los roles que se manejan entre el padre y la madre de familia, quienes son los que en su mayoría determinan el patrón de consumo alimentario y las prácticas de higiene en un hogar. A su vez, la Organización Internacional para la Infancia y la Niñez – UNICEF menciona que los inadecuados cuidados y prácticas de alimentación, higiene y nutrición de la madre, padre o cuidador(a) del infante es un factor que contribuye sustantivamente a la aparición de la desnutrición infantil. Resulta entonces de vital importancia el fortalecimiento de las acciones educativas en las familias con menores de 05 años.

Por otro lado, respecto al tiempo de duración promedio de la consejería nutricional, el documento técnico *“Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”* recomienda una duración promedio entre 25 a 30 minutos; sin embargo, la presente tesis encontró que, ninguna consejería cumplió con este aspecto, casi todas las consejerías duraron entre 5 a 7 minutos; en el caso de los profesionales de nutrición, la duración fue algo mayor (12 a 16 minutos), aun así, era un tiempo insuficiente.

De las observaciones y evidencias encontradas, se logra concluir que una de las limitaciones para la duración correcta de las consejerías fue la gran cantidad y demanda de pacientes en cada turno de atención en los consultorios, sobre todo en los consultorios CRED donde la Consejería Nutricional forma parte del paquete de servicios que recibe el menor de 05 años; pues es necesario precisar que en las observaciones realizadas se evidenció que en un solo turno de 6 horas el profesional responsable de CRED atendía un promedio de 12 a 14 pacientes, cuando la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 05 años, menciona que la cantidad promedio de atenciones CRED en un mismo turno son de 8 a 10 atenciones como máximo, pues un control CRED debe tener una duración promedio de 45 minutos, es de suponer que el tiempo promedio de duración de cada control CRED también será mermado por la lógica de querer incrementar la producción de atenciones (cantidad de atenciones) aunque ello implique una disminución en el tiempo de

atención por cada paciente y muy probablemente disminución de la calidad de atención. Así tenemos que, en la “Encuesta a Establecimientos de Salud sobre Productos Priorizados del Programa Articulado Nutricional” realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en los años 2013 y 2014, se encontró que en el año 2014 el 9.7% de las atenciones de CRED observadas tuvieron un rango de duración entre 45 a 59 minutos (22 atenciones de las 226 observadas), mientras que el 51.3% (116 atenciones) tuvieron una duración entre 15 a 29 minutos.

Otro problema observado fue la gran cantidad de formatos que el personal de salud tenía que llenar por cada niño o niña atendido(a), sobre todo el personal de CRED: Historia Clínica, Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo, Formato Único de Atención, del Seguro Integral de Salud, formato HISS, formato SIEN (Sistema Informático del Estado Nutricional del menor de 05 años), cuaderno de registro de vacunas, cuaderno de registro de atenciones y libro de registro de suplementación, es decir un promedio de 8 formatos que el profesional tiene que llenar de manera obligatoria para evidenciar los servicios que el infante recibe.

Adicionalmente a lo mencionado, durante la realización de las Consejerías Nutricionales se observó que entre el personal de salud sobre todo el personal de enfermería, se manejan informaciones erróneas sobre algunas prácticas de alimentación complementaria y sobre la duración y frecuencia de la lactancia materna, pues se presentaron casos de profesionales que recomendaron a la madre de familia “complementar” la lactancia materna con el uso de fórmulas infantiles, a pesar que el niño evaluado era menor de dos años y la madre manifestaba producir aún leche materna, también se recomendaba empezar el consumo de pescado y clara de huevo a partir del año de edad, limitando de este modo el consumo de proteínas de origen animal de gran valor nutricional para el infante en plena etapa de alimentación complementaria, así como se autorizaba el uso de alimentos procesados como yogures, gelatinas y algunos alimentos en conservas antes de los dos años de edad. Si bien, los conocimientos del personal de salud sobre las principales prácticas de alimentación infantil no es un aspecto que haya sido analizado en la tesis, es importante mencionarlo, pues tiene que haber un manejo claro y correcto en el personal de salud sobre las prácticas claves de alimentación en el menor de 02 años, ya que son los referentes en los temas



de alimentación y nutrición infantil para los padres de familia de miles de niños y niñas que son atendidos en consultorios de la Micro Red Piedra Liza.

Es así que, respecto al primer lineamiento los resultados de la tesis han evidenciado que la Consejería Nutricional brindada a los padres con niños menores de 24 meses atendidos en los EESS de la Micro Red Piedra Liza, **no estaría realizándose de forma adecuada en casi todos los casos observados**, por lo que en esas condiciones, **la Consejería Nutricional no estaría contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN** en los casos estudiados **de la Micro Red Piedra Liza, distrito SJL**. Concluyendo que las principales limitaciones para la realización adecuada de la consejería nutricional son:

- Escasa capacitación sobre la metodología estandarizada para la realización de una adecuada Consejería Nutricional.
- Inexistente acompañamiento y/o seguimiento en consultorio sobre la realización de una correcta Consejería Nutricional.
- Alta demanda de atención de pacientes en los consultorios de CRED.
- Corto tiempo de duración de las Consejerías Nutricionales.
- Llenado de gran cantidad de formatos y registros de control de cada atención realizada por el personal de salud que atiende en los consultorios de CRED.
- Poca o nula organización en los EESS para cubrir la totalidad de la demanda de atención en los consultorios de CRED diariamente.

Por otro lado, un aspecto importante a tomar en cuenta para abordar la problemática encontrada es la formación de competencias en el personal observado. El autor López Herrera menciona que sólo es posible lograr cambios sustanciales y sostenibles en un programa o proyecto social cuando el logro de resultados trae consigo la formación de competencias, lo que se va traducir en un mejor desempeño en el personal y sólo el adecuado desempeño de cada integrante de una organización como lo es el PAN por ejemplo, es el que va a permitir alinear las metas de cada trabajador con los objetivos del programa. En ese sentido, el programa debería prestar más atención a aspectos como la gestión del desempeño, pues es una herramienta que ayudaría a elevar la actuación individual de cada actor involucrado, fortaleciendo la efectividad del programa y

dando mayor sostenibilidad a los logros alcanzados, porque son las competencias logradas entre los involucrados con el problema de la desnutrición crónica infantil las que van a permitir en buena parte que los cambios positivos en la salud y nutrición del infante continúen dándose, así el programa termine su periodo de ejecución.

Hay que tener en cuenta que no se busca formar personal que sea mero transmisor de información o conocimientos, lo que se pretende es formar facilitadores de procesos de cambio, el Instituto de Estudios Socioeconómicos y Fomento del Desarrollo – CENTRO menciona que el facilitar es vital para apoyar los procesos que lleven a las personas a cambiar actitudes y comportamientos que afectan sus posibilidades de desarrollo humano. A diferencia del “capacitador”, el facilitador no transfiere o capacita a las personas; les ayuda a darse cuenta de los hechos o sucesos reforzando el desarrollo de sus habilidades y potencialidades. Esta diferencia cualitativa hace del aprendizaje una experiencia inolvidable e irreversible para los padres de familia o cuidadores del menor de 05 años.

Si se quiere mejorar el desempeño del personal en la realización de la Consejería Nutricional, se hace necesario pasar hacia la lógica de formación de competencias y capacidades, donde es necesario intensificar el apoyo a fortalecer las capacidades del profesional del primer nivel de atención con capacitación en servicio, supervisión formativa y el apoyo a los trabajadores comunitarios de salud que fortalezcan y hagan el seguimiento domiciliario de lo acordado en consultorio.

Además, el tiempo destinado a la verdadera atención a los pacientes debería ser el mayor posible y el componente administrativo el mínimo necesario; ello implicaría una mejor gestión de la dinámica de atención en consultorio integrando por ejemplo la información básica y necesaria del menor o de la menor atendido(a) en un solo formato, que implique menor inversión de tiempo para el profesional que lo llene y menor gasto económico para el Estado. Se entiende que el área del Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud opera bajo la lógica que toda prestación que se le brinda al paciente asegurado debe ser debidamente evidenciado con un documento respectivo, pero ello no debería ser un punto que demande tanta inversión de tiempo para el personal operativo, incluso para el

paciente quien es el que tramita in situ la obtención de un Formato Único de Atención para ser atendido en alguno de los servicios del EESS.

#### **4.2 Lineamiento 2: Análisis referente a si los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuyen con los objetivos del programa**

En el documento “El Análisis CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) Zúñiga Campos menciona que:

“Un conocimiento es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad; mientras que la actitud es un gesto exterior manifestado que indica la preferencia y predisposición a alguna actividad observable; es una predisposición a actuar a diferencia del comportamiento que es manifestado, por lo que las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder; es decir, manifiestos de un comportamiento futuro. Un comportamiento ideal es una acción explícita y observable que se considera necesario realizar a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico. Las Prácticas por último, son una serie de comportamientos relacionados”. (2014:1-2).<sup>47</sup>

Por lo tanto, analizar en la presente investigación los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tengan las madres con niños menores de 36 meses beneficiarios del programa en la Micro Red Piedra Liza ayudará a determinar en buena parte si estarán contribuyendo favorablemente con los objetivos del PAN, sobre todo al resultado inmediato 1 del programa: “Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses”.

La obtención de información para analizar las variables mencionadas se obtuvo mediante la aplicación de 9 grupos focales conformados por cuatro a seis madres de niños y niñas menores de 36 meses distribuidas entre los 8 establecimientos de salud de la jurisdicción de la Micro Red de Salud Piedra Liza, haciendo un total

---

<sup>47</sup> ZÚÑIGA CAMPOS, Alicia.

2014 El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas). Consulta: 25 de septiembre de 2017.

<https://docplayer.es/32843745-El-analisis-cap-conocimientos-actitudes-y-practicas.html>

de 24 madres de familia. Se desarrollaron en los grupos focales preguntas orientadas a los conocimientos y actitudes respecto a realización de las principales prácticas claves de higiene y saneamiento en el hogar:

Conocimientos y actitudes respecto a:

1. Lavado de manos con agua y jabón.
2. Consumo de agua hervida.
  1. Lavado de alimentos antes de su consumo.
  2. Almacenamiento y eliminación de residuos sólidos.

Es importante mencionar que en el grupo evaluado el acceso a servicios básicos (agua, desagüe y electricidad) fue casi total, pues las familias contaban con conexión domiciliaria de agua y desagüe y sólo en uno de los casos se compraba el agua de cisterna; esta característica no necesariamente refleja la realidad del distrito de San Juan de Lurigancho pues según el Censo XI de Población y Vivienda del año 2007 el 73.9% de la población del distrito tiene acceso a agua potable dentro de la vivienda; existen aún gran cantidad de Asentamientos Humanos y Pueblos Jóvenes que no cuentan con acceso a agua potable. Sin embargo, es preciso mencionar que las viviendas que se encuentran bajo la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza, son el sector más urbanizado y con mayor acceso a servicios básicos comparado con el resto de micro redes que conforman la Red SJL.

Por lo tanto, siguiendo la lógica de lo mencionado, los hallazgos en la presente tesis deberían mostrar alguna relación positiva respecto a la práctica del lavado de manos y de los alimentos, dado que aparentemente se tendría asegurado el aspecto de acceso al agua potable, por lo menos en las familias estudiadas.

**Principales Hallazgos:**

**4.2.1 Respecto a los Conocimientos y Actitudes sobre el lavado de manos utilizando agua y jabón**

Los Momentos en los que las madres practicaban el lavado de manos con ellas y sus niño(a)s básicamente fueron después de ir al baño (8 grupos focales) y antes de dar de comer al bebé (6 grupos focales), una minoría mencionó antes de cocinar (3 grupos focales) o después de cambiar el pañal al bebé (2 grupos focales); sólo en un grupo focal se mencionó el lavarse las manos antes de dar pecho al niño(a).

**Tabla 9: Principales conocimientos de las Madres de familia sobre los Momentos Claves para el Lavado de Manos\*, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

<b>Momentos Claves para el Lavado de Manos</b>	<b>Nº de Grupos Focales</b>
Después de ir al baño	8
Antes de dar de comer al bebé	6
Antes de preparar los alimentos	3
Después de cambiar el pañal al bebé	2
Antes de dar pecho al niño	1

\*utilizando agua y jabón. Fuente: Elaboración Propia

Entre las razones por las que las madres no se lavan las manos utilizando agua y jabón ni lavan a sus niño(a)s figuran principalmente: la falta de costumbre o hábito, “pereza o flojera” (09 grupos focales), porque cuando se está en la calle no hay donde lavarle las manos al niño(a) (06 grupos focales) o por descuido (la mitad de grupos focales lo mencionó). Algunas respuestas poco usuales fueron: porque “no pasa nada si no se lavan las manos”, por ahorro de tiempo o para que los niños no sean “delicados” y fortalezcan sus defensas.

**Tabla 10: Principales Actitudes de las Madres de familia respecto al NO Lavado de Manos con Agua y Jabón, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

Principales razones para NO lavarse las manos con agua y jabón	Nº de Grupos Focales
Falta de costumbre o hábito para usar agua y jabón, por “pereza” o “flojera”.	9
Falta de acceso a agua y jabón en la calle.	6
Por “descuido”	4
Porque “no va pasar nada si no se lavan las manos”.	3
Para evitar que sean “delicados” y fortalezcan sus defensas, por “ahorro” de tiempo.	2

Fuente: Elaboración Propia

*“...A veces uno está en la calle, en un restaurant o cuando venimos a la cita de nuestros niños para CRED y para no perder la cola se le deja nomás que coma sin lavarse las manos, pero eso sólo es cuando estamos en la calle, en casa si se le lava las manos”...* (Madre de familia con niño de 18 meses).

*“...Para que los niños no sean tan delicados y se enfermen a cada rato, dicen que no es bueno lavarles a cada rato las manos...”* (Madre de familia con niño de 12 meses).

Es preciso mencionar que según las publicaciones de ROWLAND, Cole y colaboradores, en las revistas americanas de Nutrición Clínica y Enfermedades Infecciosas afirmaron: “Se estima que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento en los primeros años de vida, es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales” (1975:1299);<sup>40</sup> en reiteradas investigaciones se demostrado que el estado previo de malnutrición se asocia con mayor severidad de diarrea aguda. Asimismo, a partir de diez estudios realizados en países en desarrollo, se estimó que: “un día de diarrea reduce la ganancia de peso en 10.9

<sup>40</sup> MARTORELL, R y otros.  
1975 “Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children”. *American Journal Disease Child*. Número 129. pp.1296-1301.

gramos y que 30 días de diarrea, en el lapso de un año se traduce en 327 gramos de déficit ponderal de peso” (1984:99).<sup>41</sup>

Por ello, la educación sanitaria juega un papel importante en el grupo analizado, dado que el factor de acceso estaría aparentemente asegurado, siendo el problema la falta del hábito del lavado de manos y los inadecuados conocimientos y percepciones en torno a la realización de dicha práctica.

#### **4.2.2 Respecto a los Conocimientos y Actitudes sobre el Consumo de Agua Segura**

En relación a la utilización de agua hervida, las razones por las que las madres utilizan agua segura (hervida, purificada o envasada) para que sus niño(a)s beban básicamente fueron: porque forma parte de los hábitos de la familia y porque se considera que los niños son más “delicados” o “débiles” y se pueden enfermar. Otras respuestas menos comunes fueron el hecho de considerar que el agua del caño esta tan contaminada que no es suficiente el cloro que le agregan cuando llega a las casas, sólo dos grupos mencionaron que el agua cruda tiene bacterias por lo que los bebés pueden enfermarse.

**Tabla 11: Principales conocimientos de las Madres de familia sobre el Consumo de Agua Segura, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

<b>Razones para el Consumo de Agua Segura en los Niños</b>	<b>Nº de Grupos Focales</b>
Porque forma parte de los hábitos de la familia	8
Para evitar que los niños se enfermen porque son más "delicados" o "débiles"	6
El agua directa del caño está muy contaminada para tomar	4
Porque el agua cruda tiene bacterias	2

Fuente: Elaboración Propia

<sup>41</sup> BLACK, Robert y otros.  
1984 “Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh”. *American Journal Clinical Nutrition*. Número 39, pp. 87-94.

Entre las principales razones para no beber agua hervida está el considerar que el agua cruda es más rica, las pocas ganas para hacer hervir el agua, un grupo mencionó que se debe dar agua cruda porque el estómago del niño tiene que hacerse fuerte o porque cuando echas limón al agua ya se desinfecta.

**Tabla 12: Principales Actitudes de las Madres de familia con niños menores de 36 meses respecto al NO Consumo de Agua Hervida, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

Principales Razones para NO Tomar Agua Hervida	Nº de Grupos Focales
Falta de costumbre para hacer hervir el agua	9
El agua cruda es "más rica"	5
Para que el estómago del niño se haga "más fuerte"	1
Porque basta con echar limón al agua para desinfectarla	1

Fuente: Elaboración Propia

*... "A veces a los niños les gana la sed y se les da sin hervir para que se hagan más fuertes y resistentes pero eso con los más grandecitos nomás, en los niños menores de 02 años no se puede hacer eso porque todavía son delicados"...* (Madre de familia con niño de 23 meses)

*... "Algunas madres dicen que el agua cruda es más rica que la hervida..."* (Madre de familia con niño de 09 meses).

#### **4.2.3 Respecto a los Conocimientos y Actitudes sobre el Lavado de los Alimentos antes de ser Consumidos o Preparados**

En relación al lavado de alimentos, las razones por las que las madres lavan los alimentos antes de ser preparados o consumidos por la familia básicamente son porque a las verduras y frutas las riegan con aguas sucias y servidas; porque los alimentos están sucios y contaminados (la cuarta parte), sólo un grupo reconoció que aunque los alimentos tengan cáscara como el plátano o mandarina, deben lavarse porque la suciedad queda en las manos cuando se agarra el alimento.



**Tabla 13: Principales conocimientos de las Madres de familia con niños menores de 36 meses sobre el Lavado de los Alimentos antes de ser consumidos o Preparados, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

<b>Conocimientos sobre el Lavado de los Alimentos antes de ser consumidos o Preparados</b>	<b>Nº de Grupos Focales</b>
Las frutas y verduras las riegan con aguas sucias y servidas, por eso hay que lavarlas antes de comerlas	6
Se lavan los alimentos antes de comerlos porque están sucios y contaminados	2
Aunque algunos alimentos tengan cáscara deben lavarse porque la suciedad queda en la mano cuando se agarra el alimento	1

Fuente: Elaboración Propia.

Entre las principales razones para no lavar los alimentos antes de su consumo o preparación se mencionó: “descuido o falta de costumbre”, porque hay frutas que tienen cáscara y sólo se pelan y comen, o por apuro y falta de tiempo, en un grupo se mencionó que cuando se está en la calle no hay donde lavar los alimentos por eso se los consume sin lavar sólo para “salir del paso”.

**Tabla 14: Principales Actitudes de las Madres de familia con niños menores de 36 meses para NO Lavar los Alimentos antes de ser consumidos o Preparados, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

<b>Principales Razones para NO Lavar los Alimentos antes de ser consumidos o Preparados</b>	<b>Nº de Grupos Focales</b>
Por falta de costumbre	7
Porque hay frutas que tienen cáscara y sólo se pelan y comen	7
Por "apuro" o falta de tiempo	4
Porque en la calle no hay donde lavar los alimentos	1

*...“El plátano, la mandarina o la granadilla ya tiene cáscara, no pasa nada si sólo se pela y come”... (Madre de familia con niño de 14 meses).*

#### 4.2.4 Respecto a los Conocimientos y Actitudes sobre el Adecuado Almacenamiento y Eliminación de Residuos Sólidos

Las razones por las que los hogares almacenan y eliminan adecuadamente los residuos sólidos fueron principalmente: porque se quiere evitar propagación de las moscas y porque el carro de la basura llega cerca al hogar, nadie mencionó que sea una forma de prevenir la aparición de enfermedades en el ser humano. Se elimina inadecuadamente la basura básicamente porque el carro de basura no llega junto al hogar, o “no se cuenta con tiempo” para eliminar diariamente la basura debido a que varias familias trabajan todo el día y no están en sus domicilios, en algunos casos el carro de basura viene a una hora que la familia no está en casa, o se deja la bolsa de basura en una esquina y el carro de basura no la recoge ocasionando que los animales rompan las bolsas de basura, contaminando toda la calle, donde en muchos casos nadie se hace cargo de la limpieza.

**Tabla 15: Principales Conocimientos de las Madres de familia con niños menores de 36 meses sobre el Adecuado Almacenamiento y Eliminación de Residuos Sólidos, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

<b>Importancia del Adecuado Almacenamiento y Eliminación de Residuos Sólidos</b>	<b>Nº de Grupos Focales</b>
Evitar la propagación de moscas y roedores	9
Evitar los malos olores	3

**Tabla 16: Principales Actitudes de las Madres de familia con niños menores de 36 meses para NO Eliminar Adecuadamente los Residuos Sólidos, Micro Red Piedra Liza. SJL 2014.**

<b>Principales Razones para NO Eliminar Adecuadamente los Residuos Sólidos</b>	<b>Nº de Grupos Focales</b>
El carro de basura no llega hasta algunos hogares	7
No se tiene tiempo para eliminar diariamente la basura	5
Se trabaja todo el día y no se está en el hogar cuando el carro viene	4
Se deja en una esquina para que lo recoja el camión cuando pase	3

*“...Como el camión de basura no llega hasta mi casa dejo mi bolsa de basura en la esquina que está a dos cuadras de mi casa, ahí toda la gente de mi zona deja su basura, pero los perros a veces rompen las bolsas y se ensucia todo, ya es la municipalidad la que tiene que limpiar esa esquina, que se puede hacer no hay donde dejarla” (Madre de familia con niña de 09 meses).*

A la luz de todos los hallazgos encontrados en las variables analizadas, se concluye que **los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tenían las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN en la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza el año 2014 no estarían contribuyendo con los objetivos del programa en la muestra analizada.**

Aunque se sabe de antemano que los resultados obtenidos sólo sirven para caracterizar al grupo analizado en el año en mención, llama la atención que en una zona urbano marginal donde hay pleno acceso a los medios de comunicación masivos y a los servicios de salud se maneje bastante información errónea y exista una serie de creencias erradas y mitos respecto a aspectos de higiene y saneamiento tan básicos como el lavado de manos, el lavado de los alimentos, el uso de agua hervida y la eliminación correcta de la basura. Por ello, resulta importante evaluar los hallazgos encontrados de forma detallada analizando las particularidades en cada práctica estudiada y de otro lado; realizar un análisis general de los mismos.

Respecto a lo encontrado en cada práctica, distingamos los hallazgos a nivel de conocimientos y a nivel de actitudes.

#### *A nivel de conocimientos:*

En forma global se concluye que en su mayoría son escasos, imprecisos, y confusos. Específicamente, en el tema de Lavado de manos con agua y jabón la gran mayoría de grupos focales sólo reconoce el lavado de manos después de ir al baño (8 grupos focales) y antes de dar de comer (6 grupos); el lavado de manos antes de dar de lactar al niño o después de cambiar el pañal sólo fue mencionado en uno y dos grupos focales, respectivamente. Se sabe que éstos, son dos factores de riesgo importantes para la aparición de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis intestinales, entre otras.

Sobre el Consumo de agua hervida, la importancia de su realización se sostiene en el fundamento de que “forma parte de los hábitos familiares” (8 grupos focales), la segunda razón es “porque los niños son más delicados” (6 grupos focales), no existe el conocimiento claro y puntual de que el agua cruda tiene una elevada carga de bacterias que hacen imposible su consumo sin el proceso previo de hervido; tampoco se maneja el concepto de ser un medio de prevención de diarreas o enfermedades intestinales. Prevalece por encima de éstas, el mito que los niños deben consumirla hervida o tratada porque son “más delicados”.

Respecto al lavado de alimentos antes de su consumo, los conocimientos son escasos y erróneos, pues se reconoce el lavado aplicado sólo a las frutas y verduras, se considera que los alimentos con cáscara no necesitan lavarse.

Sobre el almacenamiento y eliminación de residuos sólidos, los conocimientos son escasos, porque se relacionaron mayormente con evitar la propagación de moscas y malos olores, es decir se relaciona el hábito con efectos visibles y no necesariamente con la aparición o propagación de infecciones o enfermedades contagiosas.

#### A nivel de actitudes:

En general, las actitudes de las madres de familias entrevistadas parecieran estar más orientadas hacia la postura de la no realización de la práctica de higiene o saneamiento, pues existen razones más sólidas para no ponerlas en práctica; ello en parte porque no existe el suficiente y correcto conocimiento sobre las implicancias en la salud y nutrición del infante y la familia al no realizarlas. Tampoco existe la motivación para su realización pues la familia no evidencia concretamente las ventajas para el infante y la familia de llevarlas a la práctica. Los hallazgos son esclarecedores cuando frente a la pregunta ¿razones para NO realizar la práctica? La respuesta principal y más común en todos los casos fue “porque no existe el hábito”, tan simple y claro como eso. Entre otras razones principales, figura el que se considere innecesario realizar la práctica, porque no se evidencia su trascendencia en la salud y nutrición de la familia e infante. En algunos casos la falta de acceso fue una variante que jugó en contra de su realización, como para el caso de lavarse las manos con agua y jabón y el almacenamiento y eliminación de residuos sólidos, donde el no contar fácilmente

con agua y jabón cuando se está en un espacio público o que el carro municipal de basura no llegue hasta la puerta del domicilio, son algunas barreras menos comunes que las madres mencionaron para la no realización de determinadas prácticas.

Respecto a la eliminación de basura, que fue la única práctica de saneamiento estudiada, se encontró que las familias tienen la percepción que es “deber u obligación” de la municipalidad asegurarse que el carro llegue hasta el domicilio de las familias, no se tiene la idea de que es el ciudadano el corresponsable de buscar el mecanismo más adecuado para una correcta eliminación, no existe el concepto de responsabilidad compartida para la preservación de la higiene y ornato del espacio público, dejando al municipio como el único actor quien tiene que “asegurarse” y “responsabilizarse” por recolectar la basura de los hogares.

Todos estos resultados nos llevan a replantear varios aspectos en relación a la gestión del programa en el área estudiada y a la forma como los actores vienen participando o no en el mismo. Respecto al primer punto sería necesario formularnos las siguientes interrogantes:

1. ¿Existe una adecuada y suficiente promoción de prácticas de higiene y saneamiento por parte de los actores del programa o aliados a nivel local?
2. ¿Qué tanto puede influir el grado de instrucción de la madre en la realización de las prácticas mencionadas?
3. ¿Es suficiente que el programa considere dentro de sus indicadores de producto el tener acceso a agua y desagüe, pero no evalúe el uso de los mismos?
4. ¿Cuál debería ser el rol de los medios de comunicación locales?,
5. ¿Cómo debería gestionarse el componente educativo del PAN a nivel local?

La presente investigación no tuvo como objetivo dar respuesta a cada una de las interrogantes que se han mencionado, sin embargo, las mismas surgen a raíz de los hallazgos encontrados sobre las variables conocimientos y actitudes respecto a las principales prácticas de higiene y saneamiento, pues resultaría muy útil la realización de estudios que aborden con mayor detalle lo formulado.

Al respecto, se puede decir que los establecimientos de primer nivel de atención, son las unidades donde en teoría se deberían llevar a cabo la mayoría de actividades de prevención y promoción de prácticas saludables sobre los aspectos de higiene, saneamiento, alimentación y cuidados del infante a través de herramientas educativas como sesiones educativas, la consejería nutricional, sesiones demostrativas de alimentos, campañas de salud, visitas domiciliarias y talleres educativos. Al parecer, por lo evidenciado con los grupos focales evaluados no se estaría promoviendo dichas prácticas, pues de los nueve grupos focales, sólo un par de casos mencionó haber recibido alguna vez alguna orientación general sobre el lavado de manos, en relación al resto de prácticas, ningún grupo reconoció haber recibido información alguna por los EESS de su jurisdicción.

Por otro lado, cabe mencionar que en la muestra estudiada la edad promedio de las madres fue 25 años, del total de madres entrevistadas sólo dos de ellas contaban con grado de instrucción superior incompleto, el resto con nivel primario o secundario incompleto, lo cual es importante mencionar dado que los reportes de CEPAL se reconoce la importancia de promover la igualdad de género y autonomía de la mujer desde el acceso a la educación:

“Si las madres tienen mayor educación, sus hijos son más sanos, tienen mejor nutrición y tienen más probabilidad de asistir al colegio. Además, las mujeres adultas más educadas tienen menores niveles de fertilidad, menos probabilidad de ser víctimas de violencia por parte de sus cónyuges, más probabilidad de participar en el mercado laboral y menos probabilidad de ser pobres que las mujeres que tienen menos educación” (2007:21).<sup>52</sup>

Todos estos elementos no sólo afectan el bienestar de las propias mujeres y de sus familias, sino también influyen de manera positiva en la salud del infante. Sin embargo, el componente de grado de instrucción de la madre no es posible manejarlo a través del programa, pero si es posible mejorar los mecanismos para

---

<sup>52</sup> ZAPATA S., Daniela.  
2007 Transversalizando la Perspectiva de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

la promoción de prácticas de higiene, saneamiento y alimentación en el infante que resulten costo efectivo rentables.

Operar bajo la lógica que asegurando la dotación de sistemas de agua y desagüe en toda la población se tiene grandes posibilidades de un adecuado uso es partir de un supuesto errado. La adopción de adecuadas prácticas de higiene y saneamiento implica tener asegurados los dos grandes componentes para este punto: acceso y el componente educativo, en donde la herramienta conocimientos, actitudes y prácticas - CAP juega un papel determinante para el diseño de estrategias de intervención adecuadas partiendo del análisis de la realidad de las familias y su entorno inmediato. Los hallazgos en este aspecto invitan a realizar otro tipo de estudios que aborden este tema y que tengan mayor representatividad, porque se sabe que la aplicación de prácticas tan sencillas como el solo lavado de manos con agua y jabón en los momentos claves puede prevenir más de 10 tipos de enfermedades infecciosas, contribuyendo notablemente a la prevención de la desnutrición infantil.

El componente educativo debería ser gestionado de manera holística, teniendo en cuenta todas las determinantes sociales que entran en juego cuando una familia realiza de manera rutinaria una determinada práctica, para ello el programa debería contar en la práctica con el apoyo de los actores locales claves, como las municipalidades distritales, las organizaciones locales de base, las instituciones educativas, los medios de comunicación locales, las instituciones locales públicas o privadas que trabajen con la familia y la población infantil; y con todas ellas diseñar una estrategia de intervención educativa articulada y direccionada a promover prácticas saludables de higiene, saneamiento y alimentación infantil, eliminando las barreras, mitos y creencias erróneas en torno a ellas.

### **4.3 Lineamiento 3: Indagación concerniente a si el uso y consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuye con los logros planteados por el programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

Como parte de la Política de Salud Pública para la prevención de la Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses, se ha establecido mediante la Directiva Sanitaria 056 emitida el año 2014 la suplementación obligatoria con hierro a todo infante menor de 36 meses de edad atendido en alguno de los Establecimientos de Salud a nivel nacional. En el año 2014 se iniciaba la suplementación desde el sexto mes de vida a todo infante nacido a término (a partir de las 37 semanas de gestación) o con adecuado peso al nacer y a todo infante con bajo peso al nacer o prematuro se le suplementa desde el primer mes de edad. El personal de salud que realiza el monitoreo del crecimiento, desarrollo y alimentación del infante es el responsable del seguimiento y la incorporación de herramientas educativas que aseguren la adherencia al proceso de suplementación como la consejería nutricional, las sesiones educativas y la visita domiciliaria según corresponda.

El proveer y promover el consumo de suplementos nutricionales forma parte del conjunto de medidas de una política de estado integral de lucha contra la desnutrición crónica infantil. Sin embargo, es importante para asegurar su eficacia, no sólo proveer el suplemento a los beneficiarios, sino principalmente recibir la orientación, la sensibilización de la importancia de su consumo y el acompañamiento gradual (adecuado monitoreo del consumo) durante todo el proceso de suplementación, aspecto que no está siendo abordado en su totalidad por el programa.

Es así que la tesis indaga **si el consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuía con los logros planteados por el programa** desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza del distrito SJL el año 2014.

La suplementación con hierro se evaluó mediante la aplicación de una ficha de monitoreo de consumo y uso de suplementos de hierro a través de 24 visitas



domiciliarias a madres con niños entre 6 y 35 meses atendidos en alguno de los EESS de la Micro Red Piedra Liza.

A continuación en la tabla 4.3.1 se caracteriza la Suplementación con Hierro en el grupo estudiado:

**Tabla 17: Características sobre la Suplementación con Hierro a infantes entre 6 a 35 meses intervenidos por el PAN desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

Consumo de Suplemento de Hierro						
SI		NO				
14		10				
Forma de Consumo		Razones para no Consumirlo				
Adecuada	Inadecuada	Se le acabó y ya no acude al EESS	No le gusta el sabor	Estreñimiento	Enfermedad	Otras*
12	2	1	3	1	1	4

*Fuente: Elaboración Propia*

Se encontró que, en más de la mitad de familias visitadas el niño o niña consumía el suplemento de hierro otorgado por los EESS (14 casos) que en casi todos los casos fueron los micronutrientes (13 casos); el resto de infantes no tenían consumo alguno de suplemento debido a que no acuden al EESS desde hace semanas, o infantes que no continuaron consumiendo el suplemento por alguna reacción adversa que la madre refería que el niño o niña presentaba (estreñimiento) o porque la madre dejó de darle al notar que al infante no le gustaba el sabor (3 casos), en otros casos por enfermedad (IRA) y en la categoría de otras razones: temor a mancharle los dientes con el suplemento, una supuesta falta de tiempo para darle al pequeño los micronutrientes, el considerar que era mucho tiempo darle el micronutriente por un año.

Respecto al uso y consumo adecuado de los micronutrientes, la mitad de los hogares visitados (12 hogares), utilizan y brindan adecuadamente a sus niños entre 06 y 35 meses el suplemento de hierro otorgado por los EESS.

Por lo tanto, para efectos del presente estudio podemos afirmar que al parecer tal como se venía realizando la suplementación con hierro, esta actividad **NO estaría aún contribuyendo de manera efectiva** con los objetivos del PAN, específicamente con el resultado final 2: Mejorar la alimentación y nutrición del niño menor de 36 meses.

Analizando en detalle los hallazgos, se encontró que en la muestra estudiada mediante aplicación de cuestionarios de consumo de suplemento de hierro en visitas domiciliarias, la mitad de los casos correspondieron a niños sin consumo alguno de suplemento, a pesar que la suplementación preventiva de hierro mediante el consumo de micronutrientes se ha convertido en estos últimos años en una de las estrategias prioritarias para combatir la alta incidencia de anemia nutricional por deficiencia de hierro y hay una fuerte inversión económica y de recursos para tal fin. Es por ello que, en algunas Redes de Salud de Lima Metropolitana en el año 2014 se estuvo impulsando el Plan Comunicacional de Lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia Nutricional conocido como Plan Nutriwawa, en donde uno de los ejes temáticos priorizados era la suplementación con micronutrientes-MN, para ello además de la entrega de este insumo en los consultorios de los EESS previa consejería sobre la importancia de su consumo, su uso e ingesta adecuada; se habían establecido las actividades de sesiones demostrativas del uso del mismo, sesiones educativas e informativas sobre la importancia de su consumo, campañas nutricionales para promover su consumo y demás actividades educativas. La Red de Salud San Juan de Lurigancho en el periodo de ejecución de la investigación tenía a uno de los EESS de la Micro Red de Salud Piedra Liza como ejecutor de estas actividades comprendidas en el Plan Nutriwawa (C.S. Chacarilla de Otero).

Sin embargo, las interrogantes están orientadas a saber si se ejecutaban adecuadamente todas las actividades educativas contempladas en el Plan Nutriwawa y si el personal de salud tenía las suficientes competencias como para ejecutar con calidad las actividades educativas; la organización dentro del EESS, es decir si el personal encargado de estas actividades está organizado de manera tal que pueda realizar dentro de sus horas laborales este tipo de actividades de prevención y promoción y en qué medida todos los trabajadores del EESS cuentan

con el liderazgo del médico jefe del EESS quien debiera organizar e involucrar en mayor o menor grado a todos los trabajadores en este tipo de actividades.

Uno de los grandes problemas es que dentro del equipo de salud los únicos involucrados con el componente educativo por lo general suele ser el personal que tiene mayor contacto con los infantes, vale decir enfermera(o), nutricionista o la asistente social, el resto de personal no se involucra en las actividades. Se vuelve imprescindible una adecuada gestión y organización dentro de los EESS en donde todos los integrantes direccionen sus actividades hacia el logro de resultados, es decir tengan la mirada hacia disminuir y evitar la aparición de nuevos casos de desnutrición y anemia infantil, ello implicaría que todos se involucraran en los temas preventivos promocionales independientemente de su labor asistencial.

Por otro lado también se debe tener en cuenta la participación de los medios masivos de comunicación, los mismos que muchas veces promueven y determinan modelos de alimentación; si la anemia nutricional ya es reconocida como un problema de salud público, no debería existir medio de comunicación masivo escrito, hablado u de otro tipo que no incorpore este punto y promueva en alguno de sus espacios publicitarios mensajes claves para promocionar el consumo de los MN. Es el Estado quien debería impulsar en los medios de comunicación la concesión de un pequeño espacio dedicado a estos aspectos educativos, del mismo modo que en épocas de elecciones existen los espacios conocidos como franja electoral, donde todo canal tiene la obligación de ceder un espacio publicitario para que cada candidato tenga la oportunidad de dar a conocer sus propuestas a la población; bajo esa misma lógica se debería promover leyes orientadas a impulsar la participación de los medios de comunicación en estos aspectos educativos, tal como en algunas oportunidades lo realizan algunas radios nacionales.

Adicionalmente la Municipalidad Distrital de SJL, las organizaciones sociales de base locales, el Programa Nacional Cuna más (PNCM), las IE de la zona y las Organizaciones no Gubernamentales que trabajan con población infantil deberían formar parte de los aliados claves para la realización de acciones educativas conjuntas en pro de la prevención de la desnutrición crónica y anemia infantil.

#### **4.4 Lineamiento 4: Percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

Tomando como referencia lo mencionado por los autores Fernández y Schejtman, podemos definir a los actores locales como el conjunto de organizaciones estatales y/o de la Sociedad Civil que se encuentran involucrados directa o indirectamente en el complejo entramado que configura una problemática social local (2012:85). Asimismo:

La realidad social [espacio en el que se encuentra inmersa la problemática social], se conforma por relaciones sociales donde participan actores e instituciones [...], los conjuntos de vínculos o relaciones sociales forman redes, y según sea la posición que los distintos actores ocupan en dichas redes van a definir sus valores, creencias y comportamientos para influir en mayor o menor medida en la generación y resolución de la problemática (Fernández 2012:85-86).<sup>53</sup>

En esa línea, Kliksberg sostiene la necesidad de creación de espacios favorables a la participación activa de la comunidad usuaria de los programas sociales, como una condición necesaria para alcanzar efectividad y metas de autosustentación en aquellos programas; siendo necesario promover la participación como una “exigencia” organizacional básica. Entonces, ¿cómo se favorece la articulación de la comunidad para participar?, ¿en qué instrumentos técnicos puede apoyarse una gestión facilitadora de la participación? (Kliksberg 1999:165).<sup>54</sup>

A la luz de las evidencias disponibles, para lograr esa participación activa, previamente los actores involucrados en el problema social tienen que percibir

---

<sup>53</sup> FERNANDEZ, Nicolás y SCHEJTMAN, Lorena

2012 Planificación de Políticas, Programas y Proyectos Sociales [manual]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Fundación CIPPEC. Buenos Aires.

<sup>54</sup> KLIKSBBERG, Fernando

1999 “Hacia una Gerencia Social Eficiente”. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. Número 15, pp. 163-169.

que el programa realmente va a contribuir positivamente con la solución del problema y va a brindar beneficios reales y tangibles tanto a la población objetivo como a la comunidad de la cual forman parte, resulta fundamental entonces conocer como los diversos actores de distintas entidades involucrados con el programa lo perciben y que tan vinculados se sienten con el mismo, pues bajo la forma como está estructurado el PAN la mayor parte de las actividades a ejecutar en la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza recaen básicamente sobre el personal de salud y operadores del Ministerio de Salud.

Por todo ello, la presente investigación pretende **conocer las percepciones sobre el Programa Articulado Nutricional entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa** desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL; para lo cual se indagaron las percepciones sobre los siguientes aspectos:

- Participación de los actores locales involucrados con el PAN en las actividades del Programa.
- Logros del Programa en la jurisdicción de Piedra liza.
- Calidad de las consejerías y orientaciones sobre salud y nutrición que reciben los beneficiarios en los EESS.
- Uso que dan las madres a las consejerías y orientaciones recibidas en los EESS sobre higiene, saneamiento y nutrición.
- Propuestas para mejorar la articulación e involucramiento de todos los actores locales del PAN.

Además, cuatro preguntas destinadas a saber el nivel de conocimientos sobre el Programa entre los actores locales.

Dicha información se recolectó mediante una entrevista estructurada a cada uno de los siguientes actores locales, haciendo un total de 10 entrevistas:

- Médico jefe de la Micro Red Piedra Liza.
- Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad SJL.
- Coordinadora de la estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable (ESANS) de la Red SJL.
- Coordinadora de Promoción de la Salud (PROMSA) de la Micro Red.

- Personal de salud que realiza la parte operativa del programa en los EESS (01 entrevista a cada uno de los 04 trabajadores entrevistados).
- Una representante de los agentes comunitarios de salud y ex presidenta de uno de los comités de vaso de leche.
- Coordinadora responsable de los establecimientos Cuna Más ubicados en la jurisdicción de la Micro Red.

Dada la variedad de actores que se entrevistaron la muestra fue significativa aunque no fue representativa como para que los resultados puedan tener algún nivel de inferencia que no sea el de los entrevistados.

***Principales Hallazgos:***

**4.4.1 Respeto al Conocimiento General sobre el Programa Articulado Nutricional entre los Actores Locales**

Se formularon cuatro preguntas destinadas a saber si existe un conocimiento general por parte de los Actores locales sobre el Programa Articulado Nutricional, encontrándose que sólo la Médico Jefe de la Micro Red, el Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de SJL y las coordinadoras de ESANS y PROMSA son las que tienen un conocimiento correcto sobre el Programa Articulado Nutricional. Para efectos de un práctico entendimiento de lo encontrado en este aspecto se ha sombreado con verde en la tabla 15 los casilleros que contienen las respuestas correctas.

**Tabla 18: Conocimientos Generales sobre el PAN entre los Actores Locales, Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

ACTOR LOCAL	¿Ha oído hablar sobre el PAN?	¿A qué grupos etarios está dirigido el PAN?	¿Cuál es el objetivo del PAN?	¿Cuáles son los principales Actores en SJL involucrados en la disminución de la Desnutrición Crónica?
Médico Jefe MR Piedra Liza	SI	Menores de 05 años y gestantes	Disminuir la DC en < 05 años	Red de Salud SJL, EESS de la Red SJL, Municipalidad SJL, familias con menores 05 años, Programas Sociales ejecutados en el distrito
Gerente de Desarrollo Social Municipalidad SJL	SI	Menores de 05 años y gestantes	Disminuir la DC en < 05 años	Red de Salud SJL, EESS de la Red SJL, Municipalidad SJL, familias con menores 05 años, Programas Sociales ejecutados en el distrito
Coordinadora de la ESANS Red SJL	SI	Menores de 05 años y gestantes	Disminuir la DC en < 05 años	Red de Salud SJL, EESS de la Red SJL, Municipalidad SJL, familias con menores 05 años, Programas Sociales ejecutados en el distrito
Coordinadora de PROMSA Micro Red Piedra Liza	SI	Menores de 05 años y gestantes	Disminuir la DC en < 03 años y la anemia infantil	Comedores populares, vasos de leche, promotores de salud, organizaciones vecinales
Personal de Salud MR Piedra Liza (04 entrevistadas)	SI	1.Niños entre 6-35 meses (01 persona) 2.Menores de 05 años y escolares de primaria (01 persona) 3.Niños < 03 años y gestantes (02 personas)	1.Administrar micronutrientes a niños 6-35 meses (01 persona) 2.Disminuir DC en niños < 5 años (03 personas)	Micro Red Piedra Liza, EESS de la MR, Municipalidad SJL, vaso de leche, comedores populares
Agente Comunitaria de Salud	NO	_____	_____	Comedores Populares, vasos de leche, los EESS, las familias del distrito, la comunidad en general
Coordinadora de Cuna Más en la zona	NO	_____	_____	La red de SJL, familias con niños, Cuna Más, los Programas sociales del distrito, la Municipalidad SJL

*Fuente: Elaboración Propia*

Los actores que ejercen actividades de gestión o coordinación fueron los que tuvieron un nivel de conocimiento adecuado sobre el programa, sin embargo los actores locales que realizan las actividades operativas del programa manejan información imprecisa o errónea sobre aspectos básicos del programa como el objetivo principal del mismo, a quien va dirigido y cuáles son los actores principales que están involucrados en el mismo, es probable que si no se encuentran correctamente informados será difícil que puedan adquirir un completo involucramiento con el programa o sentirse parte responsable del mismo.

#### 4.4.2 Respecto a la percepción sobre el nivel de participación de los principales actores involucrados en el PAN en las actividades del Programa.

Tanto la Médico Jefe de la Micro Red Piedra Liza, la Coordinadora de la Estrategia ESANS de la Micro Red, la Coordinadora responsable de Cuna Más en la zona y tres personas de salud entrevistados (02 enfermeras del área CRED y una nutricionista), señalan a la Micro Red Piedra Liza y a Cuna Más como las instituciones que si tienen una participación activa en las actividades dirigidas a disminuir la desnutrición crónica infantil; lo que parece indicar un trabajo articulado y comunicación continua entre la Micro Red Piedra Liza y Cuna Más.

**Tabla 19: percepción sobre la participación de los principales actores involucrados en el PAN en las actividades del Programa, Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

<b>ACTOR LOCAL</b>	<b>¿Cree que existan organizaciones locales que están participando activamente en las actividades orientadas a disminuir la Desnutrición Crónica?</b>	<b>CUÁLES</b>
Médico Jefe MR Piedra Liza	SI	Micro Red Piedra Liza y Cuna Más
Gerente de Desarrollo Social Municipalidad SJL	SI	Red de Salud SJL, Municipalidad SJL
Coordinadora de la ESANS Red SJL	SI	Micro Red Piedra Liza y Cuna Más
Coordinadora de PROMSA Micro Red Piedra Liza	NO	_____
Personal de Salud MR Piedra Liza (04 entrevistadas)	SI (03 personas) NO (01 persona)	EESS de la Micro Red, Red SJL, Cuna Más, Taller de Niños (ONG)
Agente Comunitaria de Salud	SI	EESS, Red SJL, iglesias, INABIF
Coordinadora de Cuna Más en la zona	SI	Micro Red Piedra Liza y Cuna Más

Fuente: *Elaboración Propia*



Sin embargo, parte del personal de salud de los EESS entrevistados (una enfermera) y la Coordinadora de PROMSA se muestran escépticos y no reconocen un real involucramiento de ningún actor en la problemática de la desnutrición crónica infantil. Es más, no logran identificarse ni ellos mismos como un actor local clave y activo dentro del PAN siendo representantes del MINSA.

#### 4.4.3 Respecto a las percepciones sobre los Logros del Programa en la jurisdicción de Piedra liza.

Acerca de la percepción sobre la disminución de la desnutrición crónica infantil, la mayoría tienen una opinión favorable, tanto el médico jefe de la Micro Red, la Coordinadora de ESANS, como el Gerente de Desarrollo Social, la Coordinadora responsable de Cuna Más, el personal de salud, así como la agente comunitaria de salud (que es ex presidenta del vaso de leche) comparten una percepción positiva sobre los avances en relación a la desnutrición crónica infantil, pues aseguran que si ha disminuido en los últimos años.

**Tabla 20: Percepciones sobre los Logros del Programa en la Jurisdicción de Piedra liza, distrito SJL**

ACTOR LOCAL	¿Cree que el PAN viene logrando una disminución sostenida de la Desn. Crón.en la MR Piedra L.?	¿Por Qué?/palabras claves
Médico Jefe MR Piedra Liza	SI	Mejor gestión de servicios dirigidos al infante
Gerente de Desarrollo Social Municipalidad SJL	SI	Mayor articulación de funciones
Coordinadora de la ESANS Red SJL	SI	Mayor cantidad de servicios al infante
Coordinadora de PROMSA Micro Red Piedra Liza	NO	Sigue habiendo pobreza y embarazos adolescentes
Personal de Salud MR Piedra Liza (04 entrevistadas)	SI (03 personas) NO (01 persona)	SI: Infante recibe más servicios Mejor acceso a los servicios Aseguramiento Universal NO: Sólo se está implementando con equipos y capacitación
Agente Comunitaria de Salud	SI	Nosotras participamos con la posta, nos capacitan y apoyamos en las actividades que ellos hacen
Coordinadora de Cuna Más en la zona	SI	Trabajo coordinado

Sin embargo, la Coordinadora de la estrategia PROMSA y la nutricionista de uno de los EESS son las personas que opinan que la desnutrición crónica infantil no ha disminuido nada:

*“...la prevalencia de desnutrición se mantiene igual desde hace años, sólo se están implementando a los EESS con insumos y se está capacitando al personal de salud...”* (Nutricionista del C.S. Piedra Liza).

*“...No ha disminuido la desnutrición crónica, porque aún en las visitas domiciliarias se ven familias en extrema pobreza, existen altos embarazos adolescentes...”* (Asistente Social, Coordinadora de PROMSA de la Micro Red de Salud Piedra Liza).

Curiosamente estas dos personas, son trabajadoras nombradas con más de 15 años de servicio en la institución, son las que deberían estar más informadas y conocer los avances que se han tenido en los últimos diez años respecto a la evolución de la desnutrición crónica infantil en la zona de trabajo.

#### **4.4.4 Respecto a la percepción sobre la Calidad de las consejerías y orientaciones sobre salud y nutrición que reciben los beneficiarios en los EESS.**

En relación a las percepciones sobre la calidad de las consejerías y orientaciones que se reciben en los EESS, este punto hace referencia a si el desempeño del personal de salud para la realización de las consejerías u orientaciones es el óptimo. Sobre ello, los actores tuvieron opiniones divididas. Una mayoría, coincide que se vienen desarrollando de forma parcialmente adecuada, por razones que van desde: falta de capacitación al personal de salud que realiza la actividad, un insuficiente seguimiento de lo que se recomienda ya sea mediante visitas domiciliarias o en el mismo consultorio, ausente monitoreo en la realización de las consejerías luego que el personal de salud es capacitado (Médico Jefe de la Micro Red), la excesiva cantidad de registros y formatería que el personal de salud tiene que llenar y la gran demanda diaria para atención en consultorio, lo que limita una inversión adecuada de tiempo para dar las consejerías u orientaciones (dos enfermeras y la Coordinadora responsable de Cuna Más).

**Tabla 21: Percepciones sobre Calidad de las consejerías y orientaciones sobre salud y nutrición que reciben los beneficiarios en los EESS de la Micro Red Piedra liza, distrito SJL**

<b>ACTOR LOCAL</b>	<b>¿Cómo cree que se están desarrollando las consejerías sobre salud y nutrición que reciben las madres con niños &lt; 05 años atendidos en los consultorios?</b>	<b>¿POR QUÉ?</b>
Médico Jefe MR Piedra Liza	Parcialmente Adecuada	Falta monitorear la realización de las consejerías luego que el personal es capacitado
Gerente de Desarrollo Social Municipalidad SJL	Parcialmente Adecuada	Hace falta mayor personal de salud y más agentes comunitarios de salud activos que hagan monitoreo domiciliario
Coordinadora de la ESANS Red SJL	Parcialmente Adecuada	Falta que todo el personal de CRED se capacite sobre consejería nutricional
Coordinadora de PROMSA Micro Red Piedra Liza	Parcialmente Adecuada	Falta la parte demostrativa en las consejerías nutricionales y visitas de monitoreo
Personal de Salud MR Piedra Liza (04 entrevistadas)	Parcialmente Adecuada (3 personas) Adecuadamente (01 persona)	<b>Parcialmente Adecuada:</b> Sólo donde hay nutricionistas se hace buenas consejerías nutricionales, el tiempo es insuficiente para dar una buena consejería, mucha demanda de pacientes, se trabaja por cantidad y no calidad, uno se limita a dar recomendaciones, se llenan muchos formatos. <b>Adecuadamente:</b> Los resultados demuestran que hay menos anemia, hay más orientación en los consultorios y más información en los medios comunicación
Agente Comunitaria de Salud	Adecuadamente	Porque los doctores y enfermeras y obstetras de los C.S. van a las casas a dar sus charlas
Coordinadora de Cuna Más	Parcialmente Adecuada	Gran cantidad de pacientes y muchos formatos por llenar

Una minoría opina que las consejerías vienen dándose de forma adecuada, porque hay menos casos de niños con anemia y desnutrición (una enfermera) o porque las mismas familias comentan que ha venido el personal de salud a sus viviendas a darles orientación (agente comunitaria de salud). También existen las opiniones erradas sobre lo que es una consejería nutricional, pues se afirma que falta incorporar la parte demostrativa en las consejerías nutricionales (Coordinadora de PROMSA). Algunos actores reconocen como un avance la contratación de más nutricionistas en los EESS (Coordinadora de ESANS, el personal de salud).

*“...Se están desarrollando de forma parcialmente adecuada, porque aún falta mejorar la calidad de las intervenciones educativas capacitando al personal, monitoreando que realmente apliquen lo que han aprendido...”* (Médico Jefe de la Micro Red de Salud Piedra Liza).

*“...se viene desarrollando de forma parcialmente adecuada, porque la información que brinda el personal de salud es limitada, puede ser por el tiempo limitado, no asisten ambos padres, pienso que se deberían tomar como estrategias las consejerías domiciliarias...”* (Coordinadora responsable de Cuna Más en la jurisdicción).

*“...Se realiza de forma parcialmente adecuada porque el tiempo para dar una buena consejería no es suficiente por la gran demanda de pacientes que hay que atender, se trabaja por cantidad no por calidad, uno se limita a lo esencial, hay demasiado llenado de registros y formatería...”* (Enfermera del EESS Chacarilla de Otero).

#### **4.4.5 Respecto a la percepción sobre el uso que dan las madres a las consejerías y orientaciones recibidas en los EESS sobre higiene, saneamiento y nutrición.**

En relación a la percepción de los actores locales sobre el uso que dan las madres a las consejerías y orientaciones recibidas en los EESS sobre higiene, saneamiento y nutrición; la mitad de entrevistados afirmaron que las familias no aplican en sus vidas diarias lo trabajado en las consejerías nutricionales (Coordinadora de PROMSA, Coordinadora de ESANS, una enfermera y una nutricionista); atribuyendo como principales causas la falta de seguimiento constante a las familias usuarias que reciben consejería nutricional en los servicios del EESS, el trato disperso y no articulado del personal de salud (Coordinadora de PROMSA), el que los cambios de hábitos dependan de factores más profundos como el grado de instrucción de los padres, el número de integrantes en el hogar, los recursos económicos de la familia (Coordinadora de ESANS y enfermera), el hecho que los padres laboren y dejen a sus hijos e hijas bajo el cuidado de un familiar (la nutricionista entrevistada), poco interés en escuchar alguna recomendación debido a que los padres están más concentrados en sus problemas personales, el existir padres muy jóvenes e irresponsables (una enfermera).

**Tabla 22: Percepciones sobre el uso que dan las madres a las consejerías y orientaciones recibidas en los EESS sobre higiene, saneamiento y nutrición Micro Red Piedra liza, distrito SJL**

<b>ACTOR LOCAL</b>	<b>¿Los hogares de los niños beneficiarios del PAN vienen aplicando en su vida diaria las consejerías sobre salud y nutrición que reciben en los EESS?</b>	<b>Razones (Palabras claves)</b>
Médico Jefe MR Piedra Liza	SI	Cada vez hay más hogares que han recibido orientaciones y consejerías de calidad
Gerente de Desarrollo Social Municipalidad SJL	SI	Son sensibilizados sobre el tema de prevención de desnutrición
Coordinadora de la ESANS Red SJL	NO	Cambio de hábitos dependen de factores más profundos
Coordinadora de PROMSA Micro Red Piedra Liza	NO	Falta seguimiento constante, trato disperso y no articulado
Personal de Salud MR Piedra Liza (04 entrevistadas)	NO (02 personas) SI (02 personas)	<b>NO:</b> Padres laboran y dejan con familiares a hijos, poco interés en escuchar recomendaciones, padres jóvenes e irresponsables <b>SI:</b> Mejores resultados de niños en siguiente consulta, padres muestran interés
Agente Comunitaria de Salud	SI	Cuando hago visitas domiciliarias veo que siguieron las recomendaciones
Coordinadora de Cuna Más	NO	Padres irresponsables, muchas madres solteras, padres trabajan todo el día, se guían por recomendaciones de familia, imponen sus propias costumbres.

*Fuente: Elaboración propia.*

Los actores locales que tuvieron una opinión positiva sobre el uso que dan las madres a las consejerías y orientaciones recibidas en los EESS sobre higiene, saneamiento y nutrición fueron la Médico Jefe de la Micro Red Piedra Liza, el Gerente de Desarrollo Social, la agente comunitaria de Salud y dos enfermeras; argumentando éstas dos últimas que los padres mencionan en la siguiente consulta que practicaron lo recomendado, hacen nuevas preguntas y sus hijos e hijas vienen con mejores resultados nutricionales en su segunda cita. En el caso de la Coordinadora de Cuna Más, ella afirma que sólo en un 50% los padres ponen en práctica lo recomendado, ello porque los padres son irresponsables, la existencia de muchas madres solteras, el que los padres trabajen todo el día y dejen bajo el cuidado de otra persona a sus hijos e hijas, el guiarse más por las

recomendaciones de un familiar o vecino y el que impongan sus costumbres por encima de lo recomendado, además de existir padres reacios al cambio.

*“...No vienen aplicando en sus vidas diarias lo recomendado, porque los padres trabajan y dejan a otra persona a cargo de sus hijos. El padre se involucra muy poco en estos temas, porque el personal de salud no toma en cuenta la participación del padre, además como trabajan no cuentan con tiempo para ir al EE.SS. junto con la esposa...”* (Nutricionista EE.SS. Piedra Liza).

*“...Si vienen aplicando en sus vidas diarias, porque en la siguiente consulta preguntan más cosas, mencionan que practicaron lo que se les recomendó, sus hijos vienen con mejores resultados nutricionales....”* (Enfermera del EE.SS. Campoy).

*“...Sólo en un 50% de familias lo aplican, porque aún existen familias disfuncionales, los padres trabajan y dejan a los niños bajo el cuidado de cualquier familiar. Los padres son irresponsables. Los padres se guían más de lo que un familiar les recomienda, son reacios al cambio, imponen más sus costumbres por encima de lo que se les recomienda...”* (Coordinadora responsable de Cuna Más en la jurisdicción).

Cuando se preguntó a todos los actores acerca de su percepción sobre la participación del padre en los temas de alimentación, nutrición e higiene del infante y familia en general; casi todos los actores afirmaron que el involucramiento del padre es muy bajo o nulo, debido a que trabaja todo el día, no contando con disponibilidad para acudir junto con la madre al EESS, el personal de salud no lo toma en cuenta (nutricionista entrevistada), se concentra más en el aspecto económico para la manutención de sus hijos dejando la responsabilidad de la alimentación de los hijos a la madre (enfermera del C.S. Campoy), el poco interés del padre en abordar temas de alimentación de sus niños y niñas (enfermera del CS Piedra Liza), prefieren que sea la madre quien se preocupe esos temas (enfermera del C.S Chacarilla de Otero). Como medidas para mejorar el involucramiento del padre y el resto de la familia en estos temas, proponen realizar visitas domiciliarias como “familia saludable” movilizándolo a todo el personal de salud para lograr la participación de toda la familia (agente comunitaria de salud), promocionando los temas de alimentación y nutrición por la prensa hablada y escrita (Médico Jefe de la Micro Red Piedra Liza, la nutricionista entrevistada y

enfermera del CS Piedra Liza), la realización de visitas familiares educando a toda la familia e invitando al padre a participar (Médico Jefe de la Micro Red piedra liza, enfermera del C.S. Campoy y enfermera del C.S. chacarilla de otero); la realización de talleres y sesiones educativas para los fines de semana, dándoles a los padres información a través de dípticos y cartillas, comunicación por internet, videos educativos por internet (Coordinadora responsable de Cuna Más).

#### 4.4.6 Propuestas para mejorar la articulación e involucramiento de todos los actores locales del PAN.

Por último, cuando se pregunta sobre cómo se podría lograr un mejor involucramiento de todas las instituciones y líderes locales para disminuir la desnutrición crónica infantil, las respuestas son diversas, sin embargo, casi todos los actores coincidieron en la realización de reuniones conjuntas con los principales actores involucrados.

**Tabla 23: Propuestas para mejorar la articulación e involucramiento de todos los actores locales del PAN**

ACTOR LOCAL	¿cómo se podría lograr un mejor involucramiento de todas las instituciones y líderes locales para disminuir la Desnutrición Crónica Infantil?	
	Palabra o Idea central de la Respuesta	Categoría
Médico Jefe MR Piedra Liza	Elaboración de un Plan de Trabajo que involucre a todos los actores locales	Trabajo articulado
Gerente de Desarrollo Social Municipalidad SJL	Elaboración de un Plan de Trabajo que involucre a todos los actores locales, firma de convenios interinstitucionales	
Coordinadora de la ESANS Red SJL	Buscar acercamiento de juntas directivas, la comunidad en general	
Coordinadora de PROMSA Micro Red Piedra Liza	Empoderar al personal de salud elaborando un plan de trabajo donde se establezca las actividades detalladas	
Personal de Salud MR Piedra Liza (04 entrevistadas)	Reuniones con los principales actores involucrados, concensuar	
Agente Comunitaria de Salud	Realización de activiades conjuntas entre los diferentes actores locales	
Coordinadora de Cuna Más en la zona	Firma de convenios interinstitucionales, realizando talleres de capacitación a los padres de familia, campañas de salud a los padres de familia y comunidad.	

La Médico Jefe de la Micro Red y el Gerente de Desarrollo Social plantearon elaborar un plan de trabajo que integre e incorpore a todos los actores locales; organizar reuniones para un trabajo conjunto definiendo actividades que realizará cada actor, concretar firmas de convenios interinstitucionales tal cual se ha hecho con Cuna Más., la Coordinadora de ESANS refirió que se debería buscar acercamiento a las juntas directivas, coordinación con la comunidad haciendo reuniones con todos ellos, la Coordinadora de PROMSA, mencionó que se debería empoderar al personal de salud elaborando un plan de trabajo integral donde se establezcan las actividades detalladas; además de mejorar la dotación de recursos logísticos y económicos; el personal de salud propuso que se debería hacer reuniones periódicas de coordinación con los principales actores involucrados en estos temas para “hablar el mismo idioma”, tomar decisiones de los puntos analizados, debatirlos, llegar a consenso y empezar a trabajar, en donde los mismos actores deberían vigilar la nutrición y salud de los niños en sus zonas, además de realizar reuniones con las familias donde se haga sesiones educativas y demostrativas de alimentos. La especialista de Cuna Más mencionó que se deberían realizar talleres de capacitación a los padres de familia, campañas dirigidas a los padres de familia y a toda la comunidad.

*“...Se debe elaborar un plan de trabajo que integre e incorpore a todos los actores locales; organizar reuniones para un trabajo conjunto definiendo actividades que realizará cada actor, concretar firmas de convenios interinstitucionales tal cual se ha hecho con Cuna Más...”* (Médico Jefe de la Micro Red de Salud Piedra Liza)

*“...Se debe empoderar al personal de salud, elaborar un plan de trabajo integral donde se establezcan las actividades detalladas; además se debe mejorar la dotación de recursos logísticos y económicos...”* (Asistente social Coordinadora de PROMSA de la Micro Red de Salud Piedra Liza)

*“...Se debe buscar acercamiento a las juntas directivas, coordinación con la comunidad haciendo reuniones con ellos...”* (Nutricionista Coordinadora de la estrategia ESANS – Micro Red Piedra Liza).

*“...Se debería invitar a los actores para hablar el mismo idioma en los temas y actividades que hacen en cada EESS...”* (Enfermera del EESS Chacarilla de Otero).



*“...Los actores locales deberían hacer una vigilancia de cómo está la nutrición y salud de los niños en sus zonas...”* (Nutricionista EE.SS. Piedra Liza).

Finalmente, todos estos hallazgos encontrados respecto a la percepción entre los actores locales involucrados en la ejecución del PAN, conlleva a concluir tres puntos:

Primero: Se manejan diferentes ideas y conocimientos sobre lo que es el PAN y cuáles son sus objetivos, no existe un solo criterio sobre lo que hace el programa.

Segundo: Las percepciones sobre el funcionamiento y resultados del programa suelen ser más positivas entre los funcionarios con mayor cargo que entre el personal operativo que resultó siendo el menos optimista y crítico sobre la deficiente manera de realizar las actividades relacionadas al PAN.

Tercero: Hay un reconocimiento en la mayoría de actores locales que entre la Micro Red y Cuna más si existe articulación de actividades, aunque se reconoce que aún faltan varios aspectos por mejorar. Este reconocimiento viene dado por la mayoría de actores y es respaldado por un convenio de cooperación interinstitucional y las constantes reuniones de coordinación entre ambos, así como ejecución de actividades concretas entre uno de los EESS y los Cuna más ubicados en la jurisdicción del mismo.

Estos tres puntos permiten afirmar que **las percepciones sobre el Programa Articulado Nutricional entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa suelen ser positivas en la mayoría de ellos**; sin embargo el poco conocimiento al detalle sobre lo que busca el programa y cómo se operativizan muchas de las actividades hace que los actores manejen visiones y definiciones distintas sobre lo que es el PAN y qué objetivos tiene. Además de ello, casi todos los actores reconocen que falta articular el trabajo, pues es la Micro Red quien está realizando la mayoría de actividades y el resto de actores locales a excepción de Cuna Más no están teniendo una participación concreta ni activa. Es difícil hablar de acciones orientadas hacia un mismo objetivo y de alinear los esfuerzos individuales de cada actor hacia el logro de un objetivo común sin que antes todos los involucrados tengan en claro que es lo que se pretende lograr y cómo se va lograr; por ello se debe empezar por realizar un alineamiento

estratégico de todos los actores, es decir sincronizar los esfuerzos individuales y colectivos de cada uno hacia un objetivo común que es disminución de la prevalencia de desnutrición crónica infantil, pero este alineamiento tiene que considerar las necesidades y expectativas de las familias beneficiarias, es decir se debe buscar brindar servicios de calidad y tomando en cuenta las particularidades de la zona.

Se tiene la fortaleza de contar con 8 EESS a cargo de la Micro Red, cada EESS bien podría organizarse con el resto de actores de su zona para diseñar las estrategias específicas a utilizar que permitan lograr resultados, pero que en ese proceso se formen competencias entre todos los actores; eso significa que el personal de salud esté bien capacitado, se sienta comprometido con su trabajo, se esfuerce por brindar un servicio de calidad y conozca así como se interese por los problemas que hay en el lugar donde labora. En este punto, un aporte interesante podría ser que el personal de salud esté conformado por personas que viven en la misma localidad o localidades cercanas, pues implicaría un mayor interés y compromiso por tratarse de su propia localidad y además se tendría la fortaleza que el personal conocería el ritmo de vida y dinámicas de las familias de la zona.

Por otro, lado la municipalidad de SJL debería ser la institución que aproxime a todos los actores, ser la que lidere las acciones dirigidas a disminuir la desnutrición crónica infantil; el Gerente de Desarrollo Social y la Médico Jefa de la Micro Red Piedra Liza deberían ser los líderes o gestores capaces de orientar el trabajo diario de los involucrados en el PAN para convertirlos en eslabones de una cadena productiva orientada a resultados.

Mención especial merecen los líderes comunales, como las presidentas de los vasos de leche, los agentes comunitarios de salud o cualquier otro líder local que tenga representatividad en su localidad; ellos tienen que involucrarse necesariamente y estar comprometidos con el objetivo de disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil; pero ello se conseguirá cuando conozcan que es lo que busca el PAN y sobre todo que beneficios va a obtener la comunidad y entendiendo que es la misma comunidad la que organizadamente debe ser la principal interesada en participar y realizar actividades de mejora en su

comunidad. Por ejemplo, si ya se sabe que hay un creciente grupo de madres adolescentes y madres solteras en donde el factor económico y el grado de instrucción son los dos aspectos que limitan las posibilidades de realizar adecuadas prácticas de higiene y nutrición; una buena estrategia sería gestionar con la municipalidad y empresas privadas la instalación de bolsas de trabajo, becas para estudios no escolarizados en horarios nocturnos con aquellas madres que no lograron concluir los estudios primarios o secundarios e incluir como parte de la currícula temáticas correspondientes a nutrición, salud y cuidado infantil; en relación a los padres, facilitarles también la posibilidad de seguir cursos de formación a nivel técnico y aprovechar estos espacios para trabajar y abordar los temas de salud y nutrición en el hogar. Estas actividades tendrían que organizarse conjuntamente con las instituciones educativas no escolarizadas de la zona, alguna ONG vinculada a temas educativos y generación de capacidades y la municipalidad distrital. Este tipo de iniciativas además de contribuir a mejorar los niveles de nutrición de la población infantil permite abordar el programa desde una óptica de equidad de género pues brinda mayor autonomía a las mujeres al brindarles mayor instrucción, ofrecerles la posibilidad que sean generadoras de ingresos económicos para el hogar y darles mayor capacidad de decisión dentro del hogar.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES**

### **5.1 Lineamiento 1: Determinación si la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses está contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN desarrollado el año 2014 en la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito SJL**

1. La Consejería Nutricional brindada a los padres de familia con niños menores de 36 meses en los EESS de la Micro Red Piedra Liza ubicada en el distrito de San Juan de Miraflores, tal cual se venía desarrollando en el año 2014 no estaba contribuyendo como herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN en la zona estudiada, calificando como “inadecuada” en casi todos los casos; básicamente por la escasa capacitación al personal de salud sobre el procedimiento técnico para su correcta realización, la falta de seguimiento y acompañamiento de la actividad en la práctica diaria en aquellos casos donde el profesional ha sido capacitado en alguna oportunidad; aunado a ello el poco tiempo que se invierte en cada atención priorizando el llenado de formatos y registros de atención que son supervisados por los coordinadores de las estrategias sanitarias a nivel de la Red de Salud o a nivel de la Dirección de Salud, una alta demanda de los servicios CRED que en ocasiones suele quedar insatisfecha y la falta de información estandarizada en torno a las prácticas claves de alimentación complementaria y lactancia materna en los primeros años de vida del infante.

**5.2 Lineamiento 2: Análisis referente a si los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuyen con los objetivos del programa**

2. Respecto al uso que hacen las madres de familia sobre las orientaciones y consejerías de higiene recibidas; se encontró que la muestra evaluada maneja gran cantidad de información y creencias erróneas, donde priman las costumbres y hábitos por encima de la información brindada en los EE.SS. Se evidenció que los y las evaluado(a)s no asocian muy estrechamente el concepto de lavado de manos con la prevención de enfermedades y disminución de la desnutrición, así como la asociación entre consumo de agua cruda con mayor probabilidad de episodios de EDAS o de infecciones parasitarias. El lavado de alimentos parece ser una práctica de higiene con mayor frecuencia de realización debido a que suele ser un hábito instalado entre las familias, en donde no es necesario acordarse de hacerlo como si lo es en algunas oportunidades para el lavado de manos. Sin embargo, es preciso mencionar que en los casos estudiados la mayoría de las entrevistadas mencionó haber recibido escasa información en los EE.SS. sobre los temas tratados en el grupo focal. Mención especial merece el caso de eliminación de la basura, única práctica de saneamiento pero que resultó ser la que más se realiza por encima del lavado de los alimentos, dado que las entrevistadas visualizan mucho mejor las consecuencias de no realizarla, debido a que se visibiliza físicamente la suciedad, a diferencia de las prácticas como el lavado de manos, el uso de agua hervida y el lavado de los alimentos donde no hay materialización física directa para la familia de la contaminación, la propagación de enfermedades, insectos y perjuicio a la salud en los miembros del hogar, sobre todo los infantes.

**5.3 Lineamiento 3: Indagación concerniente a si el uso y consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuye con los logros planteados por el programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

3. En relación al consumo de suplementos de hierro en los niños menores de 36 meses, fueron los micronutrientes el suplemento que más se utilizaba (13 casos). Encontrándose que en la mitad de los hogares visitados (12) se utiliza y brinda adecuadamente el suplemento, un 42% (10) no consumía suplemento alguno ya sea porque el menor no era llevado al EE.SS. o porque la madre discontinuó el consumo del micronutriente y en dos niños la forma de consumo era inadecuada. En general, se evidenció una falta de seguimiento y monitoreo por parte del personal de salud sobre el consumo del suplemento, una limitada información sobre la importancia de su consumo, aunado a una falta de sensibilización sobre la importancia de su consumo.

**4.5 Lineamiento 4: Percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

4. Sobre las percepciones del Programa Articulado Nutricional entre los actores locales vinculados con la ejecución del programa, se estudiaron 6 aspectos específicos, en el relacionado al nivel de conocimientos sobre el programa; fueron los actores que ejercían actividades de gestión o coordinación los que mostraron un adecuado nivel de conocimiento sobre el programa (Médico Jefe de la Micro Red, Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de SJL, coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable); a diferencia de los actores del nivel operativo, quienes no diferenciaban claramente los objetivos del programa, así como el público objetivo hacia el cual está dirigido.
5. En relación a las percepciones sobre el nivel de participación de los actores locales: el hallazgo principal fue la participación activa entre la Micro Red Piedra

Liza y Cuna Más reconocida entre la mayoría de entrevistado(a)s, lo que parece indicar un nivel de coordinación constante que se tradujo en un trabajo articulado entre ambas instituciones. Únicamente dos entrevistados (un personal asistencial y la coordinadora de Promoción de la Salud a nivel de Micro Red) no reconocieron involucramiento alguno entre algunos de los actores locales.

6. Respecto a la percepción sobre los logros del Programa en la jurisdicción de Piedra Liza, la mayoría de entrevistado(a)s comparten una opinión favorable sobre el logro que ha tenido en PAN en la reducción sostenida de la Desnutrición Crónica Infantil, básicamente por un mejor acceso y la mayor cantidad de servicios que recibe el infante, así como una mejor gestión de servicios dirigidos al infante, producto de un trabajo articulado entre los operadores de salud.
7. Sobre la percepción de los actores acerca de la calidad de las consejerías y orientaciones sobre salud y nutrición, es decir el desempeño del personal de salud para la realización de las consejerías u orientaciones; se encontró que la mayoría de entrevistados (8 actores locales) opinó que se vienen realizando de forma “parcialmente adecuada”, básicamente porque falta brindar capacitación al personal de salud sobre el procedimiento técnico correcto para la realización de las consejerías, la excesiva cantidad de registros y formatería que hay que llenar por cada atención en consultorio, la alta demanda de pacientes para atender en cada turno, la falta de seguimiento de los acuerdos de la consejería mediante visitas domiciliarias y el insuficiente monitoreo sobre cómo vienen realizando las consejerías el personal de salud que ha sido previamente capacitado. Por otro lado, una minoría (2 actores locales) tuvieron una percepción adecuada sobre la forma como se vienen dando las consejerías, dado que se vienen presentando menos casos de niños y niñas con desnutrición y anemia, existe mayor cantidad de profesionales contratados especialistas en brindar consejería (nutricionistas) y el comentario de las familias que indican haber recibido visita domiciliaria.

- 8.** Respecto al uso que dan las madres a las consejerías y orientaciones recibidas sobre higiene, saneamiento y nutrición, la mitad de actores entrevistados tuvieron la percepción que las familias no aplican en sus vidas diarias lo abordado en las consejerías nutricionales. Por un lado por razones estructurales como: la falta de involucramiento de los padres en los temas de alimentación, nutrición e higiene del infante cuando los padres son muy jóvenes, la priorización que se da a las costumbres alimentarias del hogar por encima de lo recomendado, el grado de instrucción de los padres, la situación económica de la familia que es la que define el tipo de alimentación de la misma, una baja o casi nula participación del padre en esos temas, dejando toda la responsabilidad del cuidado de la salud y alimentación del infante a la madre. Y, por otro lado, la falta de seguimiento de los acuerdos en las siguientes consultas o mediante visitas domiciliarias a las familias usuarias de los servicios, el trato disperso y no articulado del personal de salud que atiende a las familias. Por el lado de los actores que si perciben un uso y aplicación práctica de las consejerías recibidas por las familias usuarias; destacan: contar con padres sensibilizados con el tema de desnutrición, el que los padres continuadores realicen nuevas consultas en las siguientes citas de consultorio o que en las visitas domiciliarias los padres mencionen haber seguido lo recomendado en consultorio.
- 9.** Entre las propuestas para mejorar la articulación e involucramiento de todos los actores locales del PAN, todos los entrevistados coincidieron en que tendría que realizarse un trabajo articulado; las propuestas fueron desde la elaboración de un plan de trabajo conjunto, la firma de convenios interinstitucionales, reuniones con los principales actores locales, hasta el acercamiento con los líderes comunales, juntas directivas vecinales y la organización con la comunidad en general.
- 10.** En general, las percepciones sobre el Programa Articulado Nutricional entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa suelen ser positivas en la mayoría de ellos; sin embargo el poco conocimiento al detalle sobre lo que busca el programa y cómo se operativizan muchas de las actividades hace que los actores manejen visiones y definiciones distintas



sobre lo que es el PAN y que objetivos tiene. Además de ello, casi todos los actores reconocen que falta articular el trabajo, pues es la Micro Red quien está realizando la mayoría de actividades y el resto de actores locales a excepción de Cuna Más no están teniendo una participación concreta ni activa.



## **CAPÍTULO VI:**

### **RECOMENDACIONES**

**Lineamiento 1: Determinación si la consejería nutricional brindada a los padres con niños menores de 36 meses está contribuyendo como una herramienta educativa para alcanzar los objetivos del PAN desarrollado el año 2014 en la Micro Red de Salud Piedra Liza, distrito SJL**

1. La gestión del Programa Articulado Nutricional en la Micro Red de salud Piedra Liza debe direccionarse hacia una lógica de gestión por procesos orientado al logro de resultados concretos hacia la población usuaria de los servicios siendo el producto final en ese nivel la atención de calidad al usuario (familias con niño/as menores de 05 años). Para ello, el personal de salud que labora en los EESS de la de la Micro Red, debe cumplir el rol de facilitador de procesos de cambio, esto sólo se logra cuando el programa forma competencias previas en ellos a través de una adecuada y constante asistencia técnica y cuando las consejerías y orientaciones nutricionales estén orientadas a satisfacer las necesidades de la población atendida.
2. Eliminar las barreras que limitan el acceso oportuno y periódico a los servicios de los EESS, entre ellas están las largas colas de espera para acceder a un turno, el trato impersonal y poco diferenciado, el escaso monitoreo domiciliario de lo recomendado en consultorio, la ausencia de una metodología de capacitación a adultos que facilita la sensibilización y comprensión de la problemática.
3. Por otro lado, pasar a una gestión orientada en la satisfacción del usuario implica realizar previamente una total reestructuración desde el más alto nivel en donde se organice a los trabajadores de cada EESS para que los aspectos administrativos sean más rápidos, flexibles y demanden menor tiempo. Esta reestructuración se enmarca en la política de simplificación administrativa que se viene promoviendo desde el estado pero que aún en muchas instituciones públicas no se plasma en acciones concretas orientadas a ese fin.

**Lineamiento 2: Análisis referente a si los conocimientos y actitudes sobre las principales prácticas de higiene y saneamiento que tienen las madres con niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuyen con los objetivos del programa**

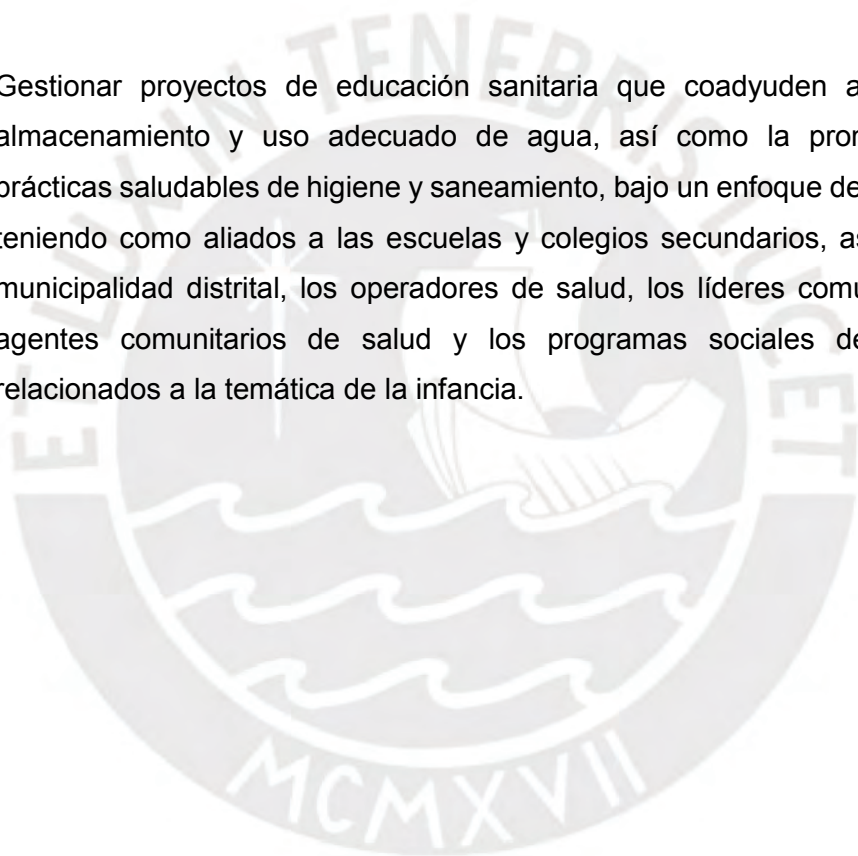
4. En la jurisdicción de Piedra Liza, el programa debe considerar las particularidades y dinámicas de las familias usuarias, pues sólo un adecuado diagnóstico de las necesidades y expectativas de las mismas, así como el uso apropiado de herramientas como los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), permitirán el logro de resultados y la formación de capacidades entre las familias, quienes se convertirán en impulsoras de su propio desarrollo.

**Lineamiento 3: Indagación concerniente a si el uso y consumo del suplemento de hierro en los niños menores de 36 meses intervenidos por el PAN contribuye con los logros planteados por el programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

5. Es preciso mencionar que el sistema de salud resulta insuficiente y no se daría abasto para monitorear a la gran cantidad de población infantil menor de 05 años usuaria de los servicios y que está siendo intervenida por el programa. Sin embargo, el rol de la Micro Red Piedra Liza tiene que ser el de ente rector que organiza, dirige y determina las directrices en relación a la conducción del programa a nivel local; valiéndose del resto de actores locales para realizar las labores comunitarias de monitoreo. Un gran aporte sería la activa participación del gobierno local quien debería dar sostenibilidad al programa gestionando la apertura de proyectos e iniciativas comunitarias locales que aborden los temas de educación no escolarizada para aquella población joven que ya asume la responsabilidad de ser padre o madre de familia, la generación de proyectos locales que promuevan la formación técnica para dotar de competencias a las familias y la generación de empleos o bolsas de trabajo.

**Lineamiento 4: Percepciones sobre el PAN entre los diferentes actores locales vinculados con la ejecución del programa desarrollado en la Micro Red de salud Piedra Liza, distrito SJL**

6. Establecer un Plan de Mercadeo Social para promover la importancia de la prevención de la desnutrición crónica infantil mediante la realización de prácticas saludables de alimentación, higiene y saneamiento, el consumo adecuado y diario de micronutrientes y la asistencia del menor de 36 meses al EESS para que reciba sus prestaciones preventivas de salud.
7. Gestionar proyectos de educación sanitaria que coadyuden al cuidado, almacenamiento y uso adecuado de agua, así como la promoción de prácticas saludables de higiene y saneamiento, bajo un enfoque de derechos; teniendo como aliados a las escuelas y colegios secundarios, así como la municipalidad distrital, los operadores de salud, los líderes comunales, los agentes comunitarios de salud y los programas sociales de la zona relacionados a la temática de la infancia.



## CAPÍTULO VII

### BIBLIOGRAFÍA

1. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA INFANCIA Y LA NIÑEZ (UNICEF)  
2008 *Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe*. Panamá.
2. LORGE ROGERS, Beatrice; RAJABIUN Serena y otros  
2001 *Reducción de la de la Desnutrición Crónica en el Perú: Propuesta para una Estrategia Nacional*. The Gerald J. and Dorothy R. Friedman School of Nutrition Science and Policy at Tufts University.
3. CRUZADO, Viviana  
2012 *Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional Sobre la Desnutrición Crónica en Niños Menores de 5 años*. Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas.
4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)  
2014 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*.
5. RED DE SALUD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO  
*Indicadores Etapa Vida Niño*. Consulta: 28 de noviembre de 2014.  
<http://www.redsasil.gob.pe/>
6. MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO.  
2014 *Plan Estratégico Institucional 2014 – 2016*.
7. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
*El Presupuesto por Resultados*. Consulta: 04 enero 2015.  
<https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr>

8. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

*El Programa Articulado Nutricional*. Consulta: 04 de enero del 2015.

<https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/documentos-ppr/211-presupuesto-publico/presupuesto-por-resultados/2139-programa-articulado-nutricional>

9. ALCÁZAR Lorena y otros

2013 “Impacto Económico de la Desnutrición Crónica, Aguda y Global en el Perú”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, volumen 30, número 4, pp.569-574

10. SOLIS UMAÑA, Sonia

2004 *El Enfoque de Derechos: Aspectos Teóricos y Conceptuales*. Consulta: 23 de mayo de 2016.

<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf>

11. BEDREGAL, Paula y Marcela, PARDO

2003 Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

12. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

*Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Consulta: 03 de marzo de 2017.

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

13. URQUIJO ANGARITA, Martín

2014 La Teoría de las Capacidades en Amartya Sen. EDETANIA 46. Colombia pg. 63-80.

14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

*Salud y Derechos Humanos*. Consulta: 04 de marzo de 2017.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

15. MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO.  
2014 *Plan de desarrollo concertado del distrito San Juan de Lurigancho 2015 – 2021.*
16. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)  
2012 *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO).*
17. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)  
2012 *Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos (ENAPRES) 2000- 2011.*
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).  
*Violencia Contra la Mujer.* Consulta: 02 de febrero de 2018.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
19. NAVARRETE, Pedro y otros  
2016 "Situación nutricional de niños de tres a cinco años de edad en tres distritos de Lima Metropolitana". *Revista Horizonte Médico.* Lima, volumen 16, número 4, pp. 55-59.
20. GRUPO IMPULSOR DE LA INVERSIÓN EN LA INFANCIA  
2010 *Lineamientos para una plataforma de acción por la primera infancia en el Perú.* Lima. Consulta: 09 enero de 2017.  
<https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/pdf/util/PlataformaAccion.pdf>
21. ACUERDO NACIONAL.  
*El Acuerdo Nacional: Definición.* Consulta: 25 de junio de 2017.  
<http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdonacional/definicion/>
22. ACUERDO NACIONAL  
*Declaración a favor de la Infancia.* Consulta: 25 de junio de 2017.  
<http://acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2014/06/3-Declaracion-a->

[favor-de-la-Infancia-19-abril-2004.pdf](#)

23. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP)  
*El Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA)*. Consulta:  
15 de mayo de 2017.  
<https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/presentacion.php>
  
24. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP)  
2012 *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021*.  
Consulta: 15 de mayo de 2017.  
[https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento\\_PNAIA.pdf](https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf)
  
25. MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)  
2012 *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para Crecer*.
  
26. MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)  
*Lineamientos Primero la Infancia*. Consulta: 13 de noviembre del 2016.  
<http://www.midis.gob.pe/index.php/es/lineamientos-primero-la-infancia>
  
27. INICIATIVA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL  
2010 *Balance y recomendaciones sobre las Acciones del gobierno para reducir la desnutrición infantil*. Care –Perú.
  
28. MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA  
2012 Programa Articulado Nutricional (PAN), balance de ejecución al 2011.
  
29. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
2017 *Anexo 2: Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Contenidos Mínimos*. Directiva N° 003-2015-EF/50.01.



30. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
2009 *El Programa Articulado Nutricional. Documento de Diseño del Programa.* Consulta: 04 de abril de 2015.  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_public/documentac/PE0001\\_Programa\\_Articulado\\_Nutricional.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf).
31. ARÁMBULO, Carlos  
2013 *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012.* Tesis de Maestría en Ciencias Políticas con Mención en Gestión Pública y Políticas Públicas. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
32. INICIATIVA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL  
2014 Balance y desafíos sobre las acciones del gobierno para reducir la desnutrición. Perú.
33. MEJÍA, Andrés  
2011 Análisis del Éxito en la Lucha Contra La Desnutrición en el Perú. Estudio de Caso preparado para CARE Perú.
34. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)  
2014 Presupuesto por Resultados.
35. CHIPIA, Joan  
2014 Salud Pública, ¿qué es y qué se hace?. Diferentes interpretaciones del concepto. Consulta el: 11 de abril de 2017.  
<https://es.slideshare.net/JoanFernandoChipia/salud-pblica-35144707>
36. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)  
2012 *Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.*

37. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF).  
2012 *Crecer Juntos para la Primera Infancia. Encuentro de Políticas Integrales 2011*. Buenos Aires: UNICEF.
38. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)  
*Agua y Salud*. Nota descriptiva. Consulta: 07 de agosto de 2017.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/es/>
39. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)  
2006 Progreso para la infancia, un balance sobre agua y saneamiento.  
Número 5, septiembre.
40. MARTORELL, R. y otros  
1975 "Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemala Children".  
*American Journal Disease Child*. Número 129, pp.1296-1301.
41. BLACK, Robert y otros  
1984 "Malnutrition is a Determining Factor in Diarrheal Duration, But not Incidence Among Young Children in a Longitudinal Study in Rural Bangladesh". *American Journal Clinical Nutrition*. Número 39, pp. 87-94.
42. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN)  
2010 Consejería Nutricional en el marco de la Atención de Salud Materno Infantil. Documento Técnico.
43. MINISTERIO DE SALUD  
2015 *Resolución Ministerial N° 706-2014-MINSA*. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima, 19 de septiembre del 2014.

44. SISTEMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA RURAL INTEGRAL (SINACATRI)  
2007 Programa Nacional de Capacitación Rural Integral 2007-2012.  
México D.F. Consulta: 11 de julio de 2016.  
[http://www.inca.gob.mx/pdfinca/Programa\\_Nal\\_Cap\\_Rural\\_Int2007-2012.pdf](http://www.inca.gob.mx/pdfinca/Programa_Nal_Cap_Rural_Int2007-2012.pdf)
45. CASTELLANOS CASTILLO, José  
2011 Concepciones de Gestión del Desempeño en las Organizaciones.  
Consulta: 09 de abril de 2016.  
<https://www.gestiopolis.com/concepciones-gestion-desempeno-organizaciones/>
46. OSORIO I; ESPINOZA J.  
2008 “Gestión del desempeño: Integración de competencias y objetivos”.  
*Revista Capital Humano*. Volumen 8, número 81, pp. 36-42.
47. ZÚÑIGA CAMPOS, Alicia  
2014 El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas). Consulta: 25 de septiembre del 2017.  
<https://docplayer.es/32843745-El-analisis-cap-conocimientos-actitudes-y-practicas.html>
48. IÑIGO RETOLAZA, Eguren  
2010 Teoría de Cambio: Un Enfoque de Pensamiento Acción para Navegar en la Complejidad de los Procesos de Cambio Social. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo (HIVOS). Guatemala.
49. ARRIAGADA, Irma  
2007 Familias y Políticas Públicas en América Latina: Una historia de desencuentros. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*. Santiago de Chile, pp. 125-149.

50. AUSTIN MILLAN, Tomás.

*Investigación Cualitativa*. Consulta: 21 noviembre de 2016.  
<http://metodoinvestigacion.wordpress.com/2008/02/29/investigacion-cualitativa/>

51. MCCUTCHEON, David y Meredith, Jack

1994 "Conducting case study research in operations management". *Journal of Operations Management*. Volumen 11, número 3, pp. 239-256.  
Consulta: 03 diciembre de 2016.  
<http://www.sciencedirect.com/science>

52. ZAPATA S., Daniela.

2007 Transversalizando la Perspectiva de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

53. FERNANDEZ, Nicolás y SCHEJTMAN, Lorena.

2012 Planificación de Políticas, Programas y Proyectos Sociales [manual]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Fundación CIPPEC. Buenos Aires.

54. KLIKSBBERG, Fernando.

1999 "Hacia una Gerencia Social Eficiente". *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*.

## CAPÍTULO VIII: ANEXOS

### Anexo 1: FICHA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

#### FICHA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

	PERU	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Salud	Comité Nacional de Alimentación y Nutrición								
				DIRESA	RED	MICRORED						

GUÍA PARA EVALUAR DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL	
FECHA: _____ / _____ / _____	
TELÉFONO: _____	
DIRECCIÓN: _____	
DATOS GENERALES	
DIRESA/ GERESA:	RED:
ESTABLECIMIENTO SALUD:	
ÁMBITO: 1 Urbana 2 Rural: 3: Urbano marginal	
EDAD:	GRUPO OCUPACIONAL 1. Profesional 2. Técnico Asistencial 3. Auxiliar
¿FUE CAPACITADO EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL?	1. Si 2. No
¿QUIEN REALIZÓ LA CAPACITACIÓN EN LA CUAL PARTICIPÓ? 1. DGSP 2. DGPS 3. CENAN 4. DIRESA 5. RED 6. MICRORED 7. OTROS.....	
¿HACE CUÁNTO TIEMPO RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN? 1. ≤ 1 año 2. >1 año 3. > 2 años 4. Más de 3 años	
INTERLOCUTOR: 1. Padre 2. Madre 3. Gestante 4. Otros.....	EDAD:
NOMBRE Y APELLIDO DEL EVALUADOR:	
PROFESIÓN / CARGO:	INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE 1. DGSP 2. DGPS 3. CENAN 4. DIRESA 5. RED 6. MICRORED 7. OTROS.....

ASPECTOS A EVALUAR EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL		
HABILIDADES COMUNICACIONALES TRANSVERSALES	Bueno (1)	Necesita mejorar (0)
a. Hace que el usuario se sienta cómodo para entablar una comunicación adecuada.		
b. Hace gestos o evidencia postura corporal que apoya su actitud y demuestra interés por el usuario.		
c. Demuestra actitud de escucha.		
d. Respeta, reconoce y elogia lo que hace bien, piensa y siente el usuario.		
e. Da mensajes claros, concretos, convincentes y suficientes.		
<b>I. PRIMER MOMENTO: EXPLICACIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA</b>		
1.1 Crea confianza y familiaridad para abrir la conversación.		
1.2 Utiliza la información de la historia clínica y la transmite con lenguaje sencillo.		
1.3 Ofrece argumentos y ejemplos que aseguren el interés por el tema a tratar.		
1.4 Se asegura de que la explicación ha sido clara.		
1.5 Verifica el cumplimiento de los acuerdos de la anterior cita.		
1.6 Analiza los factores de éxito.		

<b>II. SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISIS DE FACTORES CAUSALES O RIESGOS</b>		
2.1. Analiza causas o riesgos potenciales relacionadas a la presencia de enfermedades.		
2.2. Hace preguntas sobre los factores culturales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres, etc.).		
2.3. Hace preguntas sobre los factores económicos en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: actividad de los padres, ingresos, etc.).		
2.4. Hace preguntas sobre los factores sociales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: participación en programas sociales tales como el PIN, Vaso de Leche, etc.).		
2.5. Utiliza y registra correctamente en los formatos de la historia alimentaria.		
Evalúa si la niña o niño está recibiendo leche materna.		
Evalúa si la técnica de lactancia materna es adecuada.		
Evalúa si la frecuencia de lactancia materna es la adecuada.		
Evalúa si el niño o niña recibe leche no materna.		
Evalúa si la niña o niño recibe agüitas.		
Evalúa si la niña o niño recibe otro tipo de alimentos (principalmente niñas y niños < 6 meses).		
Evalúa la combinación diaria de alimentos.		
Evalúa la consistencia de las preparaciones.		
Evalúa la cantidad de la porción por comida principal (referencia = cucharadas, plato o ambos).		
Evalúa la frecuencia de alimentación diaria (cuántas veces come al día).		
Evalúa el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro.		
Evalúa el consumo diario de frutas y verduras (principalmente fuente de vitamina A y C).		
Evalúa la inclusión de grasa en la comida principal de la niña o niño.		
Evalúa si la niña o niño recibe alimento en su propio plato.		
Evalúa si añade sal yodada a la comida familiar.		
Evalúa si le dieron suplemento de hierro a la niña o niño, gestante, madre que da de lactar.		
Evalúa si le dieron suplemento de vitamina A.		
Evalúa consumo de menestras.		
2.6. Evalúa si el usuario tiene acceso a servicios básicos: agua y desagüe.		
2.7. Hace preguntas que le permiten conocer y analizar con el usuario la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos o afianzar los existentes.		
2.8. Deja espacio para la reflexión.		
2.9. Utiliza la información del usuario para hacer el análisis.		
2.10. Hace preguntas para que el usuario explique su situación y sus preocupaciones.		

<b>III. MOMENTO: BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y TOMA DE ACUERDOS</b>	<b>Bueno (1)</b>	<b>Necesita mejorar (0)</b>
3.1. Evalúa con el usuario lo que es práctico de hacer con el apoyo familiar.		
3.2. Busca y propone alternativas de solución junto con el usuario que respondan a la situación encontrada.		
3.3. Prioriza y brinda la cantidad de información que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada).		
3.4. Verifica el entendimiento de los acuerdos negociados (retroalimentación).		
3.5. Explica que son acuerdos (compromisos), y que no sólo son recomendaciones o mensajes.		
3.6. Establece acuerdos (compromisos) concretos y factibles con el usuario.		
3.7. Establece acuerdos en función al análisis de la información dada por el usuario.		
<b>IV. CUARTO MOMENTO: REGISTRO DE ACUERDOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
4.1. Registra en la historia clínica los acuerdos (compromisos).		
4.2. Registra los acuerdos en una hoja para que el usuario se lo lleve por escrito.		
4.3. Motiva al usuario a ponerlos en práctica con el apoyo de su familia.		
<b>V. QUINTO MOMENTO: SEGUIMIENTO DE ACUERDOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
5.1. Realizó el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías.		
5.2. Concreta con el usuario la fecha para la próxima cita.		
5.3. Insiste en las ventajas del cumplimiento de los acuerdos tomados con el usuario antes de despedirse.		
<b>TOTAL</b>		
<b>MATERIAL DE EXAMEN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO:</b> Curvas Clínicas NCHS <input type="checkbox"/> Curvas Clínicas OMS <input type="checkbox"/> Tablas CENAN <input type="checkbox"/> Carné CRED <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		
<b>MATERIAL EDUCATIVO DE APOYO UTILIZADO:</b> Laminado <input type="checkbox"/> Rotafolio <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Tríptico <input type="checkbox"/> Recetario <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		
<b>MATERIAL DE CONSULTA UTILIZADO:</b> <i>Lineamientos de Nutrición Materno Infantil 2004</i> <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		
<b>OBSERVACIONES</b>		

## Anexo 2: GUÍA DE APLICACIÓN DE GRUPO FOCAL

Empezar con la bienvenida y agradecimiento por la asistencia de los participantes. Luego empezar con las preguntas específicas según ítem.

ITEM A: LAVADO DE MANOS	
Pregunta Patrón	Pregunta Específica
<b>¿En relación al lavado de manos, cómo manejan las familias de sus barrios el tema de lavado de manos?</b>	Por qué algunas familias si se lavan las manos y por qué otras no lo hacen?
	¿En qué casos no es necesario usar jabón para lavarse las manos?
	¿Por qué si se sabe que es necesario lavarse las manos con jabón, algunas personas lo hacen y otras no?
	¿En qué momentos las familias de nuestro barrio se lavan las manos?
	¿Cómo suelen hacer con el lavado de manos nuestras vecinas que tienen niños pequeños?
	¿En las familias de nuestro barrio con niños pequeños el lavado de manos suele asociarse con la presencia de alguna enfermedad en los niños? ¿Por qué?
ITEM B: UTILIZACIÓN ADECUADA DEL AGUA (consumo y lavado de alimentos)	
Pregunta Patrón	Pregunta Específica
<b>¿Qué tipo de agua es la que se usa para</b>	¿Hay diferencia entre el agua que toman los adultos y el que se les ofrece a los niños?
	¿Por qué?
	¿Qué dificultades puede haber para dar agua hervida a los niños?



<b>beber en nuestro barrio?</b>	Además de usar el agua para beber, ¿cuando se cocina, en qué se utiliza el agua?
	¿Qué alimentos se lavan?
	¿Los alimentos con cáscara se lavan? ¿Se desperdicia mucho el agua si se lavan las verduras o las frutas?
	¿En qué casos ya no es necesario lavar los alimentos?
	¿Se almacena el agua en nuestro barrio? ¿Cómo se almacena?
	¿Las personas que almacenan el agua, que dificultades tienen para hacerlo?
<b>ITEM C: ALMACENAMIENTO Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS</b>	
<b>Pregunta Patrón</b>	<b>Pregunta Específica</b>
<b>¿Cómo se maneja la basura en los hogares de nuestra comunidad?</b>	¿Dónde se almacena la basura que se produce en los hogares de nuestro barrio?
	¿Dónde se elimina la basura que se produce en los hogares de nuestro barrio?
	¿Con que frecuencia se elimina la basura que se produce en los hogares de nuestro barrio?
	¿Qué dificultades se tiene para almacenar adecuadamente la basura que se produce en los hogares de nuestro barrio?
	¿Qué dificultades se tiene para eliminar diariamente la basura que se produce en los hogares de nuestro barrio?

### Anexo 3: FICHA DE MONITOREO DEL CONSUMO DE SUPLEMENTOS DE HIERRO

#### DATOS GENERALES:

Fecha de Visita Domiciliaria:        /        /

Nombre de la Madre o Padre: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:        /        /        Sexo: Hombre [ ] Mujer [ ]

Nº Historia Clínica del Niño(a) \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: SIS (    )    Es Salud (    )    Otros (    )    S/seguro (    )

EESS donde se atiende: \_\_\_\_\_

**Anote las respuestas del informante y corrobore con observación directa.**

1. Dosaje de Hemoglobina: (comprobar con el carnet CRED u otro documento)

Valor: \_\_\_\_\_ mg/dl        Fecha:    /    /

2. ¿El EESS..... qué tipo de suplemento le ha dado o prescrito para su niño?

a) MMN (chispitas)    b) Sulfato Ferroso    c) Otros    d) Ninguno (terminar la visita)

3. ¿Le está dando el suplemento de Hierro a su niño(a)? (pedir que le enseñe el producto)

a) SI (pasar a la pregunta 5)        b) NO

¿Por qué no le da el suplemento?

a) Se olvida.

b) No le gusta el sabor.

c) Le genera malestar.

d) Se le acabó.

e) Otro \_\_\_\_\_

4. ¿En qué momento del día le da el suplemento a sus niño(a)?

a) Entre comidas (cuanto tiempo antes o después)

b) Junto con las comidas

5. ¿Qué cantidad de suplemento de hierro debe darle a su niño?

*Si es Sulfato u otro Jarabe:*

- a) Una cucharadita medidora diaria
- b) Una cucharadita medidora 3 v/día
- c) Una cucharadita medidora interdiaria, Semanal o mensual.
- d) Otros.

*Si es MMN:*

- a) Un sobre diario
- b) Menos o más de un sobre diario
- c) Un sobre interdiario, semanal o mensual.
- d) Otros.

6. ¿Cómo le da el suplemento de hierro? (que haga la demostración)

- a) Le ofrece solo
- b) Lo acompaña con jugos o cítricos.
- c) Lo mezcla con comida de consistencia blanda
- d) Lo mezcla con sopas, bebidas, arroz, guisos o comidas de consistencia sólida
- e) Otros \_\_\_\_\_

7. ¿Comparte el suplemento con otros de sus niños?

- a) Si
- b) No

8. Hace cuánto tiempo su niño lleva consumiendo el suplemento de hierro: \_\_\_\_\_

9. Muéstreme el suplemento (Observar el suplemento y anotar el volumen/sobres restantes)

Cantidad Restante:

*Si es MMN:*

Nº sobres \_\_\_\_\_

*Si es Sulfato Ferroso:*

\_\_\_\_\_ml

10. ¿Dónde guarda el suplemento de hierro?

- a) Adecuadamente (En caja, lugar fresco, bien cerrado, protegido de la luz).
- b) En forma inadecuada.

## **Anexo 4: GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE PERCEPCIONES SOBRE EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL**

### **ITEM A: Para el Médico Jefe de la Micro Red de Salud Piedra Liza**

**1. ¿Cuál es el objetivo principal que plantea el PAN a nivel Nacional?**

- a) Disminuir la desnutrición Crónica Infantil en menores de 05 años.
- b) Disminuir la anemia infantil.
- c) Mejorar los hábitos y prácticas alimentarias del infante.
- d) Disminuir la desnutrición Crónica en menores de 03 años.
- e) Disminuir las enfermedades como IRAs y EDAs.
- f) Otros.

**2. ¿A qué grupos etarios está dirigido el PAN?**

- a) A niños menores de 5 años y gestantes.
- b) A niños menores de 03 años.
- c) A niños hasta los 12 años.
- d) A niños y adolescentes.
- e) Otros \_\_\_\_\_

**3. ¿Qué actividades del PAN se realizan en los EESS de la Micro Red de Salud Piedra Liza?**

- a) Charlas Educativas.
- b) Control de Crecimiento y Desarrollo, vacunación, consejería nutricional, suplementación con hierro a niños y gestantes, sesiones educativas sesiones demostrativas de alimentos.
- c) Atención en medicina, tratamiento para las enfermedades del infante.
- d) Sólo algunas de la alternativa b (subrayarlas en la alternativa).
- e) Otros.

**4. ¿Cuáles son los principales actores locales involucrados en el PAN en la zona de la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza? Puede marcar más de una.**

- a) Niños menores de 5 años atendidos en los EESS de la Micro Red Piedra Liza.
- b) Madres gestantes atendidas en los EESS de la Micro Red Piedra Liza.
- c) Familias con menores de 5 años atendidos en los EESS de la Micro Red Piedra Liza.
- d) Micro Red de Salud Piedra Liza y EESS de la Micro Red Piedra Liza.

- e) Municipalidad de SJL.
- f) Programa Cuna Más.
- g) Otros

5. ¿Considera usted que dentro de la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza, además de los EESS de Salud, existen **otras organizaciones o instituciones** locales que **en la práctica** están **participando activamente** en la ejecución de las actividades del PAN?

- a) Si. Cuáles: \_\_\_\_\_
- b) No.

6. ¿Considera usted que es mérito del PAN la **disminución sostenida** de la desnutrición crónica infantil en las Micro Redes de Salud de la Red SJL?

7. ¿Considera usted que es mérito del PAN la **disminución sostenida** de la desnutrición crónica infantil en las Micro Redes de Salud de la Red SJL?

- a) Si
- b) No

Si es NO, ¿por qué?:

- a) Porque es mérito de las estrategias que viene manejando la Micro Red Piedra Liza.
- b) Porque es mérito del crecimiento económico que vive el país.
- c) Porque es mérito del trabajo colectivo y sostenido que han venido realizando para mejorar sus condiciones de vida, los mismos pobladores del distrito organizados de asociaciones de viviendas y asentamientos humanos.
- d) Otros.

8. Respecto a las actividades del PAN. Cómo cree que se vienen desarrollando las consejerías y orientaciones que reciben las madres de niños beneficiarios del PAN en los consultorios de los EESS de la Micro Red Piedra Liza?

- a) De forma adecuada.
- b) De forma inadecuada.
- c) Parcialmente.
- d) Otros \_\_\_\_\_

9. Respecto a los comportamientos de las familias, ¿considera que los hogares de los niños beneficiarios del PAN **realmente** vienen aplicando en sus vidas diarias las consejerías y orientaciones en salud y nutrición que reciben en los EESS?

- a) Si
- b) No





### Anexo 5: MATRIZ COLUMNA VERTEBRAL COMPLETA

Variables	Indicadores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
Consejería nutricional	Puntaje obtenido en la Ficha de Evaluación del Desempeño o Habilidades de la Consejería Nutricional	Personal de salud encargado de brindar la Consejería Nutricional.	Observación Directa	Ficha de Evaluación del Desempeño o Habilidades de la Consejería Nutricional.
Conocimientos y actitudes sobre principales prácticas de higiene	Momentos claves para el lavado de manos	Madre de familia con niño/a menor de 36 meses intervenido por el PAN, Micro Red de Salud Piedra Liza.	Grupo Focal	Guía de Aplicación de Grupo Focal. Ítem A: Lavado de manos
	Razones para NO lavarse las manos con agua y jabón			Guía de Aplicación de Grupo Focal. Ítem B: Utilización adecuada del agua (consumo y lavado de alimentos)
	Razones para el consumo de agua segura en los niños			
	Razones para NO tomar agua hervida			
	Razones para lavar los alimentos antes de ser consumidos o preparados			
	Razones para NO lavar los alimentos antes de ser consumidos o preparados			
Conocimientos y actitudes sobre principal práctica de saneamiento	Importancia del almacenamiento y eliminación de residuos sólidos	Niños y niñas entre 06 y 35 meses intervenidos por el PAN, Micro Red de Salud Piedra Liza.	Encuesta de Consumo y Uso de Suplementos de Hierro	Guía de Aplicación de Grupo Focal. Ítem C: Almacenamiento y Eliminación de Residuos
	Razones para NO eliminar adecuadamente los residuos sólidos			
Uso y consumo del suplemento de hierro	Proporción de niño/as entre 06 y 35 meses que consumen el suplemento de Hierro otorgado por alguno de los EEES de la Micro Red de Salud Piedra Liza	Niños y niñas entre 06 y 35 meses intervenidos por el PAN, Micro Red de Salud Piedra Liza.	Encuesta de Consumo y Uso de Suplementos de Hierro	Ficha de Monitoreo de Consumo y Uso de Suplementos de Hierro
	Proporción de madres que utilizan adecuadamente el suplemento de hierro entregado en el EEES para el consumo de sus niños y niñas entre 06 y 35 meses			
	Razones por las que el niño/a no consume el suplemento de hierro			



Variables	Indicadores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
Percepciones y conocimientos sobre los avances del PAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de conocimiento sobre el PAN entre los actores locales.</li> <li>- Tipo de percepciones sobre el nivel de participación de los actores locales involucrados con el PAN.</li> <li>-Tipo de Percepciones sobre los logros del PAN a nivel local.</li> <li>-Tipo de percepciones sobre la calidad de las consejerías sobre higiene,saneamiento y nutrición, dadas por el personal de salud.</li> <li>- Tipo de percepciones sobre el uso que le dan las madres con menores de 03 años a las consejerías nutricionales recibidas.</li> <li>- Tipo de propuestas para mejorar la articulación e involucramiento de todos los actores locales delPAN.</li> </ul>	Responsable de Promoción de la Salud en la Micro Red de Salud Piedra Liza.	Entrevista Estructurada	Guía de Entrevista estructurada de Conocimientos y Percepciones sobre los avances del PAN. <b>Anexo A:</b> Responsable de PROMSA
		Responsable de la estrategia ESANS en la Red de Salud SJL.		Guía de Entrevista estructurada de Conocimientos y Percepciones sobre los avances del PAN. <b>Anexo B:</b> Responsable de la ESANS
		Médico Jefe de la Microred de Salud Piedra Liza.		Guía de Entrevista estructurada de Conocimientos y Percepciones sobre los avances del PAN. <b>Anexo C:</b> Médico Jefe de la Micro Red
		Personal de salud de los EESS, que participa en las actividades del PAN.		Guía de Entrevista estructurada sobre Conocimientos y Percepciones de los avances del PAN. <b>Anexo D:</b> Personal de Salud
		Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de San Juan de Lurigancho.		Guía de Entrevista estructurada sobre Conocimientos y Percepciones de los avances del PAN. <b>Anexo E:</b> Gerente de Desarrollo Social
		Especialista Técnico responsable de las Unidades de Cuidado Diurno ubicadas dentro de la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza, Programa Cuna Más.		Guía de Entrevista estructurada de Conocimientos y Percepciones sobre los avances del PAN. <b>Anexo F:</b> Coordinador Técnico del Programa Cuna Más en la jurisdicción
		Coordinadora General de alguna Organización Social de Base ubicada en la jurisdicción de la Micro Red Piedra Liza.		Guía de Entrevista estructurada de Conocimientos y Percepciones sobre los avances del PAN. <b>Anexo G:</b> Representante de Organización Social de Base

## Anexo 6: MEMORIA FOTOGRÁFICA

**Foto 1: Realización de una Consejería Nutricional en consultorio de CRED del Personal de Enfermería del C.S. Caja de Agua. Micro Red Piedra Liza. Distrito de San Juan de Lurigancho.**



**Foto 2: Reunión de Coordinación con una líder local de la jurisdicción del C.S. Chacarilla de Otero. Micro Red Piedra Liza. Distrito de San Juan de Lurigancho.**



**Foto 3: Vista Panorámica del AA.HH Alta Paloma, jurisdicción del P.S. Campoy. Micro Red Piedra Liza. Distrito de San Juan de Lurigancho.**

