

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



Factores que inciden en la desnutrición infantil en niñas y niños menores de 5 años de las comunidades campesinas del Distrito de Mórrope, Lambayeque.

Tesis para obtener el grado académico de Magíster en Gerencia Social con mención en Gerencia de Programas y Proyectos de Desarrollo que presenta:

José Fortunato Huamanchumo Morales

Asesor:

Giovanni Bonfiglio Volpe

Lima, 2017

RESUMEN

La presente investigación tiene por finalidad identificar y analizar cuáles son los factores que inciden en el permanente alto nivel de desnutrición infantil del Distrito de Mórrope, Provincia de Lambayeque, Región Lambayeque, entre los años 2007 y 2015. A partir de esta investigación se dejan conclusiones y orientaciones de política pública que permitirán al gobierno local y al sector salud hacer frente a este problema en el distrito. Actualmente el Estado, a través del gobierno local, viene implementando los Programas Nacionales Cuna Más y de Alimentación Escolar Qali Warma, como parte de la estrategia para combatir la desnutrición y mejorar la condición de salud infantil. Por su parte, el Ministerio de Salud, a través del Centro de Salud de Mórrope, realiza el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) a los niños menores de 03 años e implementa los Centros de Promoción y Vigilancia del Cuidado integral de madres, niñas y niños (CPVC). A pesar de estos esfuerzos, el índice de desnutrición en el Distrito de Mórrope se mantiene elevado, motivo por el cual se ha realizado el presente estudio de orden cualitativo, dirigido a las familias de niños menores de 05 años de las comunidades campesinas del Distrito de Mórrope, con entrevistas a funcionarios de la Municipalidad, personal de Salud y funcionarios del Programa Cuna Más. El método de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, aplicándose técnicas de observación, entrevistas, cuestionarios y análisis documental. Los resultados señalan que la concepción de nutrición de las familias campesina de Mórrope, sus hábitos de consumo, su concepción sobre la salud y las características de sus viviendas son factores que deben ser tomados en cuenta para revertir este problema. La tesis se divide en siete capítulos. El primer capítulo describe la situación en la que se encuentran los niños menores de 5 años del Distrito de Mórrope. Los capítulos dos y tres corresponden al marco teórico y conceptual haciendo referencia al contexto nacional y local, a los conceptos y enfoques transversales de desarrollo utilizados. En el cuarto y quinto capítulo se detallan la metodología utilizada y se presentan y analizan los resultados. En el capítulo seis se dan las conclusiones y recomendaciones de política social. Finalmente, en el capítulo siete se plantea la propuesta de intervención para reducir la desnutrición infantil en el Distrito de Mórrope.

ABSTRACT

The purpose of this research is to identify and analyze the factors that influence the permanent high level of malnutrition in Mórrope District, located in Lambayeque Province and Lambayeque Region, between 2007 and 2015. From this research I am drawing conclusions and public policy guidelines that will allow the local government and the health sector to address this problem in the district. Currently, the Peruvian Government through local authority, has been implementing the National Programs: Cuna Mas and Food Qali Warma as part of the strategy to fight against malnutrition and to improve healthy conditions in children. The Health Ministry, through the Morrope Health Center, carries out the growth and development control (CRED) of children under 03 years old and implements the Centers for Promotion and Surveillance of Comprehensive Care for mothers, girls and boys (CPVC). Despite these efforts, the malnutrition index in the district remains high, which is why the present qualitative study was conducted for the families of children under 05 years old in the rural communities of Mórrope District, also interviews with municipal officials, health staff and Cuna Más Program staff were conducted. The sampling method was non-probabilistic for convenience; observational techniques, interviews, questionnaires and documentary analysis were applied. The results indicate that the concep of nutrition of the families in Mórrope, their consumption habits, their conception of health and the characteristics of their homes are factors that must be taken into account to reverse this problem. The thesis is divided into seven chapters. The first chapter raises the situation of children under 5 years old from Morrope District. Chapters two and three correspond to the theoretical and conceptual framework, providing reference to the national and local context, to certain concepts and transversal developmental approaches used. In the fourth and fifth chapters the methodology used is detailed and the results are presented and analyzed. In chapter six the conclusions and recommendations of social policies are given. Finally, in chapter seven the intervention proposal to reduce child malnutrition in Morrope District is presented.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la posibilidad de crecer profesionalmente para poner mis capacidades al servicio de los demás.

A mi esposa y mi hija por su apoyo permanente.

Al profesor Mg. Giovanni Bonfiglio por su calidad profesional y apoyo constante, brindándome su tiempo y experiencia.

Al personal de la Municipalidad del Distrito de Mórrope, al personal del Centro de Salud de Mórrope y al personal del programa Cuna Más del Caserío de Lagartera, por la valiosa colaboración en la elaboración de esta tesis.



ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3 OBJETIVOS	15
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL	17
2.1 UBICACIÓN Y POBLACIÓN	17
2.2 ANTECEDENTES	22
2.3 ESTRATEGIAS NACIONALES PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	24
2.3.1 <i>Programa Nacional Cuna Más.....</i>	<i>24</i>
2.3.2 <i>Programa Nacional Qali Warma.....</i>	<i>25</i>
2.3.3. <i>Establecimientos de Salud, Redes y Micro-redes del Ministerio de Salud.....</i>	<i>27</i>
2.4 CONTEXTO DE LA ZONA.....	29
2.4.1 <i>Condición de pobreza del Distrito de Mórrope.....</i>	<i>30</i>
2.4.2 <i>Condición de las viviendas del Distrito de Mórrope.....</i>	<i>32</i>
2.4.3 <i>Condición de la población infantil del Distrito de Mórrope.....</i>	<i>34</i>
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	36
3.1 PRINCIPALES CONCEPTOS.....	36
3.1.1 <i>Desnutrición Infantil.....</i>	<i>36</i>
3.1.2 <i>Tipos de Desnutrición Infantil.....</i>	<i>37</i>
3.1.3 <i>Causas de la Desnutrición Infantil.....</i>	<i>38</i>
3.1.4 <i>Estado nutricional.....</i>	<i>40</i>
3.1.5 <i>Evaluación del Estado Nutricional.....</i>	<i>41</i>
3.2 ENFOQUES TRANSVERSALES DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.2.1 <i>Enfoque de derechos.....</i>	<i>42</i>
3.2.2 <i>Enfoque de interculturalidad</i>	<i>45</i>
3.2.3 <i>Enfoque Territorial.....</i>	<i>47</i>
3.2.4 <i>Enfoque de Género.....</i>	<i>50</i>
CAPÍTULO IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
4.1 TÉCNICAS PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN	53
4.1.1 <i>El Diagnóstico</i>	<i>53</i>
4.1.2 <i>Sujetos de investigación.....</i>	<i>54</i>

4.1.3 Fuentes de información	55
4.1.4 Instrumentos de recolección de datos.....	55
4.1.5 Procedimiento	56
4.1.6 Instrumentos de recolección aplicados	56
4.2 TRABAJO DE CAMPO.....	57
4.2.1 Trabajo de campo con las madres de familia de Mórrope.	57
4.2.2 Trabajo de campo con Operadores de Salud del Distrito de Mórrope.	58
4.2.3 Trabajo de campo con el Personal del Centro Cuna Más de Mórrope.	58
CAPÍTULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	59
5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LAS FAMILIAS CAMPESINAS DE MÓRROPE.	59
5.2 CONCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS CAMPESINAS DE MÓRROPE SOBRE NUTRICIÓN Y DIETA BALANCEADA.....	64
5.3 HÁBITOS DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE LAS FAMILIAS CAMPESINAS DE MÓRROPE.....	69
5.4 PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS DEL DISTRITO DE MÓRROPE SOBRE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	78
5.4.1 Percepción del personal del Centro de Salud.....	78
5.4.2 Percepción del personal del Programa Cuna Más.....	87
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	93
6.1 CONCLUSIONES.....	93
6.1.1 Características de la vivienda de las familias campesinas de Mórrope	94
6.1.3 Concepción de las familias campesinas de Mórrope sobre nutrición y dieta balanceada	95
6.1.3 Hábitos de consumo de alimentos de las familias campesinas de Mórrope	95
6.1.4 Percepción de los funcionarios públicos del Distrito de Mórrope sobre el problema de desnutrición infantil.....	96
6.2 RECOMENDACIONES	97
6.2.1 Características de la vivienda de las familias campesinas de Mórrope	97
6.2.2 Concepción de las familias campesinas de Mórrope sobre nutrición y dieta balanceada	98
6.2.3 Hábitos de consumo de alimentos de las familias campesinas de Mórrope	99
6.2.4 Percepción de los funcionarios públicos del distrito de Mórrope sobre el problema de desnutrición infantil.....	99
CAPÍTULO VII. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	101
ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, DEL DISTRITO DE MÓRROPE (2018-2019).....	101
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	108

INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil, un problema social

El hambre y la inseguridad alimentaria de la población están asociadas estrechamente con la condición de pobreza y pobreza extrema. Esta condición se presenta cuando las personas no tienen asegurado el acceso físico, social y económico a los alimentos básicos y con mínimo contenido nutricional, que les permita satisfacer las necesidades dietéticas básicas para el desarrollo de una vida saludable y activa. Esta situación expone aún más a la población infantil.

La desnutrición en niñas y niños tiene efectos que impactan negativamente distintas dimensiones del desarrollo humano, entre ellas resaltan la relacionadas a la salud, la educación y la economía; agudizando el problema de inserción social, reproduciendo el círculo vicioso de pobreza y aumentando la vulnerabilidad de los más pequeños frente a la desnutrición.

En el área de salud, como menciona CEPAL en el Modelo de Análisis de Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina, “distintos estudios demuestran que la desnutrición aumenta la probabilidad de apareamiento y/o intensidad de distintas patologías, así como la muerte en distintas etapas del ciclo de vida. La forma en que estas consecuencias se presentan depende del perfil epidemiológico de cada país” (2006: 9). Por tanto, la mayor probabilidad de enfermarse que tienen las niñas y niños desnutridos incrementa a su vez, de manera proporcional, los costos asociados al sector salud y los costos de la familia. Así, por ejemplo, en el tratamiento de la salud tenemos los costos asociados al diagnóstico, los medicamentos, la gestión de recursos humanos, el uso de la infraestructura, etc.

En el área educacional, CEPAL cita “la desnutrición afecta el desempeño escolar como resultante del déficit que generan las enfermedades y por las limitaciones en la capacidad de aprendizaje asociadas a un menor desarrollo cognitivo” (2006: 9). Es decir, se incrementan las posibilidades de un menor rendimiento en las niñas y niños con desnutrición; de esta manera el bajo nivel educativo, la repitencia y deserción escolar incrementan los costos del sistema educativo y los costos de la familia. Aquí tenemos como ejemplo, los costos de

infraestructura y equipamiento, el costo de manejar capacidades de distintas edades, la gestión de recursos humanos, los insumos educativos, etc.

Finalmente, se encuentra el impacto económico para una sociedad, derivado de la desnutrición infantil y sus efectos en la salud y educación, este se ve reflejado en un mayor gasto público y privado. Pero es también importante señalar que el impacto económico está relacionado con el impacto en la productividad nacional, debido a un menor nivel educativo alcanzado y la poca capacidad productiva de las personas que sufrieron desnutrición durante su infancia. De esta manera podemos anticipar que el inadecuado desarrollo físico y mental, el deficiente rendimiento escolar y la baja productividad en una persona pueden estar contribuyendo al subdesarrollo del país.



CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial, mas de la tercera parte del total de fallecidos anualmente son a causa de la malnutrición. La desnutrición, en especial, debilita la resistencia de un organismo frente a las enfermedades y afecta irreversiblemente la salud de los niños por el resto de sus vidas.

Tal como señala el Fondo Mundial de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en su pagina web para Colombia, sobre la malnutrición:

La malnutrición se produce cuando el organismo no obtiene la cantidad apropiada de energía (calorías), proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales y demás nutrientes que los órganos y los tejidos necesitan para mantenerse sanos y funcionar correctamente. La desnutrición y la sobrenutrición son formas de malnutrición.

En la mayor parte del mundo, la malnutrición se manifiesta en forma de desnutrición. Las principales causas de la desnutrición, especialmente entre los niños y las mujeres, son la pobreza, la falta de alimentos, las enfermedades repetidas, las malas practicas alimentarias, la falta de cuidados y la higiene deficiente. La desnutrición eleva el riesgo de malnutrición. Este riesgo es mayor durante los primeros dos años de vida y se incrementa cuando la diarrea y otras enfermedades agotan las existencias de proteína, minerales y otros nutrientes que el organismo requiere para mantenerse saludable.

Cuando la familia carece de suficientes alimentos y sus condiciones de vida favorecer la diarrea y otras enfermedades, los niños son mas vulnerables a la malnutrición. Y cuando los niños se enferman, pierden energía y nutrientes con rapidez. Esta situación hace que corran el riesgo de morir mas rápidamente que los adultos (UNICEF 2010).

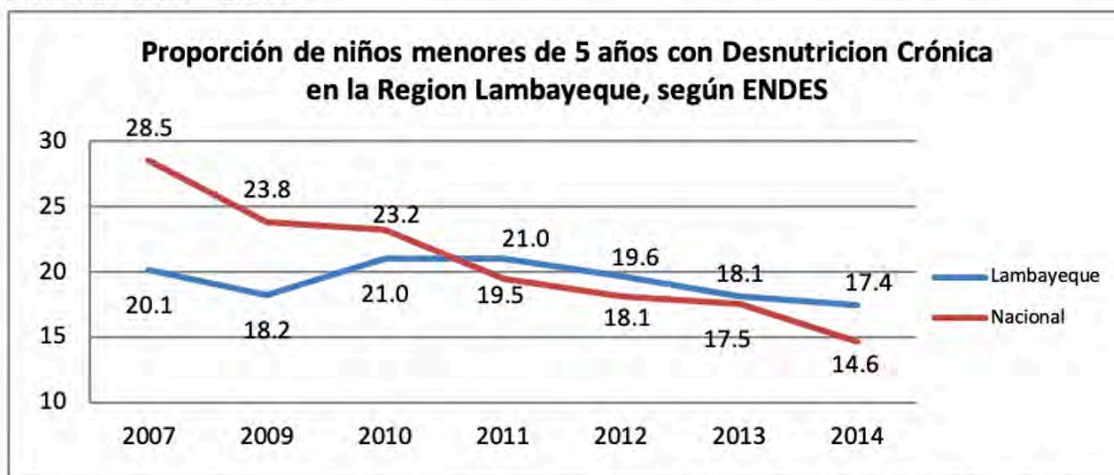
Aunque rara vez es la causa directa de muertes, salvo en situaciones extremas como la hambruna, según el reporte del 2011 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición infantil se asoció con el 54% de las muertes infantiles (10,8 millones de niños), en los países en desarrollo. Diferentes estudios han demostrado que cuanto mas desnutridos están los niños, mas enfermos están y mayor es su riesgo de muerte prematura.

Muchos pueden ser los factores que contribuyen a las altas tasas de desnutrición infantil, estos factores van desde la frecuencia de enfermedades infecciosas y la falta de acceso a alimentos hasta la inestabilidad política y el lento crecimiento económico de un país, desde factores nacionales o comunitarios hasta circunstancias o hábitos individuales o familiares, o la combinación de todas ellos.

En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2014, la desnutrición crónica afectaba al 14,6% de los niños menores de 5 años de edad, dejando efectos negativos importantes para el resto de sus vidas. La desnutrición está fuertemente relacionada con la pobreza, por ello, más que un indicador de salud, la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) se convierte en un indicador de desarrollo para nuestro país. La DCI es un problema que afecta mayormente a las poblaciones ubicadas en áreas rurales (32.3%) y en las regiones de la sierra (28.7%) y selva (24.1%) de nuestro país.

De acuerdo a los patrones de crecimiento infantil de la OMS, Lambayeque es una de las regiones del país que muestra una tasa de desnutrición constante en los años 2007 y 2014. Si bien el indicador ha tenido una leve mejoría en los últimos 04 años, a pesar de ello, el resultado se encuentra por encima del promedio nacional, aparentemente empujado por los resultados en su población rural. (Ver Gráfico 1). Viendo estos resultados surgen algunas inquietudes para tratar de entender esta situación, ¿Cuáles son las razones o causas de esa prevalencia a lo largo de estos 8 años?, ¿Cuál es el problema que está detrás de esta situación?

Como se puede observar en los resultados obtenidos, a pesar de la reducción del Índice de Desnutrición Crónica Infantil a nivel nacional en el mismo periodo de tiempo, la Región Lambayeque, y de manera especial sus distritos ubicados en zonas rurales mantienen una tasa de desnutrición constante para el período. Un claro ejemplo de esta situación es el Distrito de Mórrope, uno de los distritos rurales de la Región Lambayeque más extensos geográficamente y mas grandes poblacionalmente, pues su extensión territorial abarca más de 4,300 km² y su población está por encima de los 46 mil habitantes.

Cuadro N° 1.**Evolución de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región Lambayeque
Periodo 2007- 2014**

Fuente: Elaboración propia. En base a Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2014.

Pese a los esfuerzos realizados por el Estado Peruano a través del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en coordinación con el Gobierno Distrital de Mórrope y el Gobierno Regional de Lambayeque, para la implementación efectiva de programas sociales como Cuna Más y Qali Warma y la mejora de los servicios prestados por el Centro de Salud, se observa que el Índice de DCI se ha mantenido constante en los últimos ocho años. Es conocido que la desnutrición crónica infantil es un problema multicausal que requiere un abordaje integral; por lo que, con la finalidad de identificar y analizar cuáles son los factores que hacen prevalecer la desnutrición crónica infantil en el Distrito de Mórrope, se plantea las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta general

¿Cuáles son los factores que inciden en la desnutrición crónica infantil en los niños y niñas menores de cinco años de edad de las familias campesinas de Mórrope y por qué la desnutrición crónica infantil se mantiene alta para el período 2007-2015?

Es necesario deslindar si la causa de la desnutrición infantil es solo consecuencia de la pobreza o también existen otros factores como los hábitos de consumo de las familias campesinas de Mórrope o sus prácticas de higiene. Aparentemente la población campesina en general no da mucha importancia a la alimentación, por lo que se pretende verificar si además de la situación de pobreza de las familias, también hay otros factores de orden cultural o ambiental que favorecen la desnutrición infantil.

Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son los condicionantes ambientales de la desnutrición infantil en Mórrope?

Es posible que las condiciones donde viven las familias campesinas favorezcan la desnutrición infantil. ¿Cuál es la condición de las viviendas de las familias campesinas de Mórrope? ¿Cuál es la condición de los servicios de agua y desagüe? ¿Cuáles son las prácticas habituales de higiene personal?

2. ¿Cómo perciben las familias campesinas de Mórrope la nutrición infantil?

Es necesario conocer como asumen la alimentación de sus hijos las familias campesinas de Mórrope. ¿Cuál es la definición de una dieta balanceada y saludable de los padres de familia de Mórrope? ¿Cuál es el raciocinio que está detrás de los padres y las madres al respecto? ¿Cuál es la importancia que tiene la alimentación en el seno familiar? ¿Las familias campesinas asumen la alimentación de sus hijos como su responsabilidad o es una responsabilidad del Estado? ¿Las familias campesinas ven la desnutrición como problema?

3. ¿Cuáles son las prácticas de nutrición infantil en las familias campesinas de Mórrope?

Más allá de las percepciones ¿Cómo nutren a sus hijos las familias campesinas? ¿Existe el consumo específico de ciertos productos? ¿Existe la exclusión de alimentos con alto contenido nutricional? ¿Cuántas porciones de alimentos consumen al día? ¿Cuáles son los patrones culturales que aplican para alimentar a sus hijos?

4. ¿Cómo perciben los funcionarios públicos del Distrito de Mórrope la desnutrición infantil?

Para las autoridades y profesionales que laboran en el área de salud y en los programas de desarrollo social ¿La desnutrición infantil es percibida como un problema prioritario? ¿Conocen la magnitud del impacto que la desnutrición crónica está teniendo en los niños del Distrito de Mórrope? ¿Cuáles son las acciones que están llevando a cabo para abordar y enfrentar este problema, y cuáles los desafíos?

1.2 Justificación

Entre los años 2006 y 2015, el Distrito de Mórrope ha mantenido alta la tasa de desnutrición crónica infantil (DCI), la proporción de casos identificados en este período ha sido superior al 25% en niños menores de cinco años de edad, esta situación ha venido afectando, por varios años, la salud de varias futuras generaciones de adultos.

Pero ¿qué es la desnutrición?, el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) provee la siguiente definición:

La desnutrición es el estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Hay tres tipos:

Desnutrición aguda: es la deficiencia de peso por altura (P/A). Se refleja por medio de una delgadez extrema, la que resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambre o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y tiene un tiempo determinado.

Desnutrición crónica: es el retardo de altura para la edad (A/E). Normalmente asociada a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje de los niños y posterior menor desempeño económico.

Desnutrición global: es la deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia promedio. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio (FAO 2011: 5).

En esta investigación se toma como referencia la desnutrición crónica infantil (DCI) porque se encuentra asociada a factores que prevalecen en el

tiempo, porque ha venido afectando principalmente a la población más vulnerable del Distrito de Mórrope y porque sus efectos pueden ser irreparables si no son atendidos de manera adecuada y oportuna.

De manera especial la investigación se centrará en los niños y niñas entre los 0 y 36 meses de edad, período crítico de supervivencia humana, donde el organismo se desarrolla físicamente, ganando progresivamente el peso y las dimensiones adecuadas; y donde las neuronas están en su proceso de formación, conectándose entre sí (proceso de mielinización) para el desarrollo de sus capacidades, tales como el pensamiento complejo y el comportamiento emprendedor.

El mayor porcentaje de niños desnutridos se da entre los 6 y 24 meses, durante la transición de una dieta basada durante la etapa lactancia materna a otra etapa donde nos hay leche materna (ablactancia), cuando el niño es renuente a aceptar los nuevos alimentos o cuando no hay un manejo sanitario adecuado en su atención. En este proceso de ablactancia, el cuidado que proporcione la madre y la familia en general es muy importante.

En el Distrito de Mórrope, el alto porcentaje de niños con desnutrición crónica hace necesaria la revisión de las estrategias del gobierno local y regional para enfrentar este problema, de manera que se puedan fortalecer las iniciativas y esfuerzos dirigidos a esta población de alto riesgo y sea efectivos en reducir el número de niños con DCI.

En los últimos años el Distrito de Mórrope ha sufrido cambios significativamente positivos de la mano del progreso económico nacional y regional. El presupuesto del gobierno local se ha usado para mejorar la infraestructura educativa, la infraestructura recreativa y la infraestructura vial, esto supone una mejora en la condición de vida de las familias. Adicionalmente, las familias campesinas del distrito empiezan a ser contratadas por empresas locales, recientemente instaladas, productoras de alimentos para exportación, pero también son tomados en cuenta por productores minoritarios, estas nuevas oportunidades de trabajo suponen una mejora en el ingreso económico de las familias.

Pero ¿por qué se mantiene alto el nivel de desnutrición en los niños menores de 05 años de las familias campesinas de Mórrope, a pesar de las mejoras visibles de nivel económico, de infraestructura, de los medios de comunicación, de los servicios de salud y de educación, que han tenido en los últimos años?

En consecuencia, el propósito de esta investigación es encontrar las causas de este problema que permitan posteriormente elaborar o afinar planteamientos de política social que conduzcan a la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Distrito de Mórrope, a superar las brechas del desarrollo cognitivo, social, físico y emotivo de los niños menores de 05 años de edad, a la mejora en los hábitos alimenticios de las familias campesinas, a la mejora de las condiciones de vida, a promover el ejercicio de sus derechos a una mejor calidad de vida, al desarrollo de sus capacidades y al acceso a oportunidades, de modo que sean parte del desarrollo nacional, regional y local, y a la eficacia de los programas sociales que complementan este esfuerzo local.

Las comunidades campesinas del Distrito de Mórrope presentan varios problemas asociados a la desnutrición crónica infantil que exigen la reformulación de las políticas locales de desarrollo. Iniciativas de acciones mucho más específicas y focalizadas, iniciativas locales que motiven al Estado y al Sector Privado, a visionar esta y otras comunidades rurales convertidas en actores importantes de su propio desarrollo local, y que consigan que tanto el Estado como el Sector Privado incrementen su inversión y su efectividad en la lucha contra la desnutrición infantil del distrito. Consecuentemente, estos elementos ayudarán a fortalecer la identidad y el desarrollo del Distrito de Mórrope.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Identificar los factores que inciden en los niveles de la desnutrición crónica infantil, y que limitan la reducción casos, en niños y niñas menores de 05 años, de las familias campesinas del Distrito de Mórrope - Lambayeque, para el período 2007–2015.

Objetivos Específicos

1. Analizar si las características de las viviendas y del ambiente donde viven las familias campesinas del Distrito de Mórrope favorecen la desnutrición crónica infantil.

2. Analizar los hábitos de consumo de las familias campesinas del Distrito de Mórrope para determinar su impacto en los niveles nutricionales de sus hijos menores de 05 años.
3. Conocer la percepción del personal de salud y del personal de los programas sociales locales sobre la efectividad de sus intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil en el Distrito de Mórrope.
4. Conocer cómo se organizan la comunidad local y las instituciones del gobierno local para enfrentar el problema de la desnutrición crónica infantil en el Distrito de Mórrope.



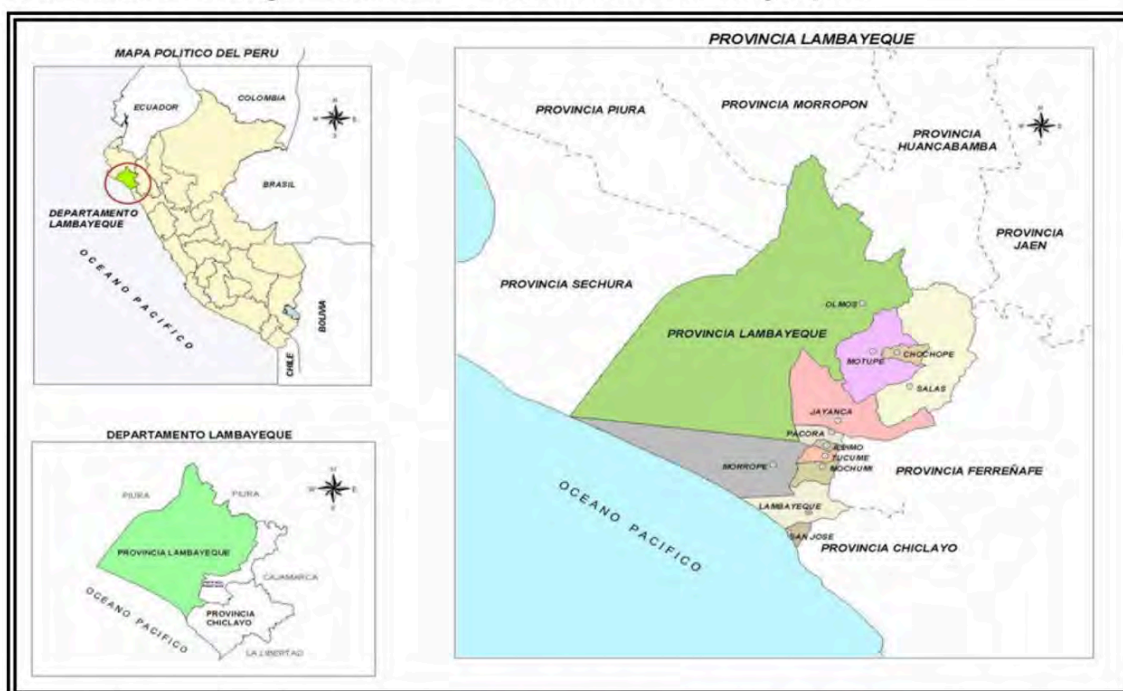
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Ubicación y Población

A 12 kilómetros al noreste de la ciudad de Chiclayo se encuentra la provincia de Lambayeque. La provincia está compuesta de 12 distritos: Lambayeque, Chócope, Illimo, Jayanca, Mochumi, Mórrope, Motupe, Olmos, Pacora, Salas, San José y Túcume. Ver Grafico N° 1.

Gráfico N° 1.

Distribución Geográfica de la Provincia de Lambayeque.



Fuente: Gobierno Regional de Lambayeque. Estudio de Diagnostico y Zonificación Territorial de la provincia de Lambayeque. 2006.

La población que reside en la Provincia de Lambayeque está distribuida territorialmente de forma muy desigual. El Distrito de Lambayeque alberga la cuarta parte de la población de toda la provincia, le siguen los distritos de Mórrope y Olmos; mientras que Chóchope y Pacora son los distritos menos poblados.

Otra característica de esta provincia es la presencia mayoritaria de la población rural. Los distritos de San José y Lambayeque presentan el mayor porcentaje de población urbana, mientras que los distritos de Mórrope, Chóchope, Olmos y Salas son los que tienen mayor proporción de población rural. Ver Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2.

Población Estimada de la Provincia de Lambayeque para el año 2015, por Área Urbano-Rural.

UBICACIÓN	POBLACIÓN		URBANO		RURAL	
Provincia Lambayeque	296,645	100.0%	163,600	55.2%	133,045	44.8%
Lambayeque	77,234	26.0%	60,950	78.9%	16,284	21.1%
Chochope	1,139	0.4%	372	32.7%	767	67.3%
Illimo	9,328	3.1%	5,335	57.2%	3,993	42.8%
Jayanca	17,523	5.9%	9,529	54.4%	7,994	45.6%
Mochumi	19,158	6.5%	8,754	45.7%	10,404	54.3%
Mórrope	46,046	15.5%	14,735	32.0%	31,311	68.0%
Motupe	26,409	8.9%	16,071	60.9%	10,338	39.1%
Olmos	40,642	13.7%	14,335	35.3%	26,307	64.7%
Pacora	7,190	2.4%	4,199	58.4%	2,991	41.6%
Salas	12,999	4.4%	4,376	33.7%	8,623	66.3%
San José	16,172	5.5%	14,636	90.5%	1,536	9.5%
Túcume	22,805	7.7%	10,308	45.2%	12,497	54.8%

Fuente: Elaboración propia. En base a INEI. 2016

El Distrito de Mórrope se encuentra ubicado geográficamente en la zona nor-occidental de la provincia de Lambayeque, al sur del desierto de Sechura y colinda al este con el Océano Pacífico; su zona costera representa aproximadamente el 70% del litoral de la provincia de Lambayeque, pero no cuenta con ningún puerto o caleta. Su suelo es desértico y muy llano, con extensas playas, como la punta Cabo Verde, las islas Lobos de Tierra, con

abundantes dunas y médanos y la depresión y el desierto de Mórrope. Sus tierras son carentes de agua, pero muy fértiles.

El Distrito de Mórrope fue creado el 12 de febrero de 1821, en la época de la independencia, fue reconocido mediante Decreto de Protectorado por Don José de San Martín, Capitán General y Jefe del Ejército Libertador del Perú y en el año 1824 se reafirmó como Distrito, durante el gobierno del Libertador Simón Bolívar.

Con una extensión de 1,301.21 km², Lambayeque es el segundo distrito en superficie de la Provincia de Lambayeque y a la vez del Departamento de Lambayeque. Para el 2015, Mórrope tiene una población de 46,046 personas, de los cuales 35,408 personas viven en las zonas rurales. El distrito tiene una densidad poblacional de 34 habitantes por km² y su población se encuentra dispersa en núcleos rurales.

Actualmente, el Distrito de Mórrope cuenta con 1 pueblo, 2 centros roblados y 22 caseríos. Tomado de la pagina web de la Municipalidad Distrital de Mórrope:

- Pueblo capital Mórrope
- Centro poblado Cruz de Medianía
- Centro poblado 25 de febrero
- Caserío Lagunas
- Caserío Chepito Alto
- Caserío Chepito Bajo
- Centro poblado Cruz del Medano
- Caserío Arbolsol
- Caserío Caracucho
- Caserío Tranca Sasape
- Caserío Tranca Fanupe
- Caserío Positos
- Caserío Fanupe Barrio Nuevo
- Caserío Mante Verde
- Caserío Monte Hermoso
- Caserío Las Pampas
- Caserío Quemazón
- Caserío San Francisco
- Caserío Colorada
- Centro poblado Romero
- Caserío Annape
- Caserío Angolo

Caserío Huaca de Barro
 Caserío Chepito Olivos
 Caserío Lagartera
 (Municipalidad Distrital del Morrope: 2017)

Según el INEI, la proyección estimada del tamaño poblacional del Distrito de Morrope para el año 2015, la población urbana representa el 32% del total de la población, mientras la población rural abarca el 68% del total; es decir 7 de cada 10 habitantes viven en la zona rural.

El 49,9% de la población son mujeres y el 50,1% son varones. La fuerza laboral (entre los 15 y 64 años) de la población está representado por el 58% del total de la población. Ver Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3.

Población Estimada de Morrope para el 2015, por Grupos de Edad y Área de Residencia.

Área de Residencia / Grupo de edad	2015	
	Habitantes	%
Lambayeque	296,645	
Morrope	46,046	100,0
0-14	16,737	36,3
15-64	26,707	58,0
65 y más	2,602	5,7
Hombres	23,034	50,1
Mujeres	23,012	49,9
Urbano	14,735	32,0
Rural	31,311	68,0

Fuente: Elaboración propia. En base al INEI: Proyecciones Especiales del Boletín Demográfico N° 36. 2016

Las principales actividades económicas del Distrito de Morrope son:

Agricultura y ganadería

La agricultura es la principal actividad y base de la economía de Morrope, posee 8,324 has. Se produce mayormente maíz blanco, maíz híbrido y alazán,

se producen menestras como la lenteja y el frijol bayo y chileno, frutas como guaba, higo, mango, ciruelas y sandia, y hortalizas como cebolla, tomate y ajíes.

La ganadería es considerada como una actividad complementaria de la agricultura para lograr el desarrollo del campo, se cría ganado vacuno, ganado ovino, aves de corral, predominando la crianza intensiva de pollos y gallinas de postura.

Artesanía

La confección de cerámicos y alfarería se viene desarrollando desde sus ancestros de la cultura mochica; la población se dedica a la elaboración de tinajas, vasijas, cantaros, ollas, etc. Para ello, utilizan hornos rústicos y como combustible utilizan leña. Últimamente, se viene utilizando nuevas técnicas con la ayuda de torno y hornos especiales que operan con leña.

La confección de tejidos de algodón es una tradición que la población de Mórrope ha conservado desde sus inicios, como menciona José Gómez Cumpa "Mórrope es uno de los pueblos que han conservado la tradición textil del algodón nativo pre-colonial. Es uno de los pueblos nativos conocidos como centros de elaboración y decoración textil, y de manufactura de instrumentos textiles. Sin embargo, el arte textil ha sufrido cambios, al introducirse nuevas formas, como la alforja, a las formas de origen prehispánico como la manta, de variados modelos y usos" (2006: 20).

Minería no Metálica

La extracción de sal ha sido una de las principales actividades económicas en este distrito. Esta actividad se realiza en zonas inundadas por las aguas de los ríos Motupe, Mórrope y Zurita; las salinas florecen en el vasto desierto al norte de Mórrope.

La extracción de yeso se realiza artesanalmente de forma individual y comunitaria. El yeso debidamente incinerado se refina en molinos privados o molinos comunitarios, y luego se convierten en material de construcción principalmente para el mercado de construcción de Mórrope, convirtiéndose en el primer producto regional.

2.2 Antecedentes

A pesar de que a nivel mundial se ha venido prestando mayor atención a la desnutrición infantil, este sigue siendo un problema multifacético y devastador sobre todo para las niñas y niños más pequeños. La desnutrición violenta el derecho a la supervivencia y el desarrollo de todo niño. Si bien las tendencias presentan cierta mejora en la incidencia global de desnutrición, la agenda permanece inacabada.

Como menciona UNICEF “más de una cuarta parte (el 26%) de los niños y niñas menores de 5 años de todo el mundo padecían de retraso en el crecimiento en 2011, lo que significa 165 millones de niños y niñas del planeta” (2013: 8). El retraso en el crecimiento evidencia la existencia de desnutrición crónica durante los periodos más críticos del desarrollo humano y dificultades de crecimiento en las primeras etapas de la vida.

Estos resultados no son homogéneos a nivel mundial, hay países donde existe mayor prevalencia de desnutrición crónica y hay grupos poblacionales que presentan disparidades según género, ingresos económicos y lugar de residencia. Así, por ejemplo, el mismo informe UNICEF cita “más de una tercera parte de los niños y niñas de hogares rurales padecen retraso en el crecimiento, en comparación con una cuarta parte de los niños y niñas de hogares urbanos. Los niños y niñas más pobres tienen más del doble de probabilidad de sufrir retraso en el crecimiento que los niños y niñas de hogares más prósperos” (2003: 6).

Sin duda la desnutrición es el principal factor de mortalidad, enfermedad y discapacidad en la infancia. Como cita UNICEF “se estima que una tercera parte de las muertes registradas entre niños y niñas menores de 5 años se deben a la desnutrición. La desnutrición expone a los niños y niñas a un riesgo mucho mayor de muerte o enfermedad grave como consecuencia de infecciones habituales en la infancia como la neumonía, la diarrea, el paludismo, el VIH/SIDA y el sarampión” (2003: 6).

Esta situación ha demandado en los países un conjunto de acciones que tengan resultados directos contra este problema, acciones relacionadas a la prevención y el tratamiento de la desnutrición. Los países con compromiso político y firme liderazgo gubernamental han sido exitosos en alcanzar progresos sostenibles para reducir la prevalencia de la desnutrición crónica. Las intervenciones exitosas documentadas incluyen: una buena nutrición materna

antes y durante el embarazo y la prevención del bajo peso al nacer; la lactancia materna anticipada y exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la alimentación complementaria a tiempo, adecuada y suficiente a partir de los seis meses de edad; también están la prevención de la carencia de micronutrientes, el fomento de prácticas adecuadas de saneamiento y acceso al agua potable; y finalmente, el fomento de las prácticas saludables y el adecuado uso de los servicios de salud (UNICEF 2013:17-28).

En el Perú, la desnutrición crónica infantil, definida como el retardo en el crecimiento de la talla para la edad en las niñas y niños menores de cinco años, se redujo 9,4 puntos porcentuales en los últimos siete años a nivel nacional, al pasar de 23,8% en el 2009 a 14,4% en el 2015. Cabe precisar que entre el 2009 y 2011 hubo una reducción del 4%, mientras que entre el 2011 y el 2015 la proporción de casos disminuyó en 5%, a razón de 1% anual. Ver Cuadro N° 4.

Por otro lado, en el año 2015 la desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años que viven en el área rural alcanzó 27,7%, reduciéndose en 4,6 puntos porcentuales tomando como referencia el año 2012, y en 17,6 puntos porcentuales tomando como referencia el año 2009. Mientras que en el área urbana, la desnutrición crónica infantil disminuyó en 5 puntos porcentuales para el mismo período.

Cuadro N° 4.

Proporción de Niños Menores de 05 años con Desnutrición Crónica Infantil, según característica seleccionada, 2009 – 2015.

Característica Seleccionada	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Total Nacional	23,8	23,2	19,5	18,1	17,5	14,6	14,4
Menores de 36 meses	23,2	23,3	19,6	18,4	18,2	14,4	14,7
De 37 a 59 meses	24,6	23,1	19,4	17,8	16,4	14,7	14,1
Área de Residencia							
Urbana	14,2	14,1	10,1	10,5	10,3	8,3	9,2
Rural	40,3	38,8	37,0	31,9	32,3	28,8	22,7

*Preliminar

Fuente: Elaboración Propia. En base a ENDES Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2015.

2.3 Estrategias Nacionales para reducir la Desnutrición Infantil

2.3.1 Programa Nacional Cuna Más

El 23 de marzo de 2012, mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIDIS, se creó el Programa Nacional Cuna Más sobre la base del Programa Nacional Wawa Wasi y el 10 de Mayo del 2015 empezó a funcionar en 02 caseríos del Distrito de Mórrope: Caserío Lagartera y Caserío Santa Isabel.

El Programa Nacional Cuna Mas es un programa social focalizado del Ministerio de Inclusión Social (MIDIS). Según su Manual de Operaciones “El Programa Nacional Cuna Más tiene como objetivo general mejorar el desarrollo infantil de niños y niñas menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional” (2012: 2).

En la Región Lambayeque, más de 1,200 niñas y niños menores de tres años, que viven en contextos de pobreza y pobreza extrema, son usuarios de los servicios de Cuna Más. El Servicio de Cuidado Diurno, acoge a 1,019 niñas y niños a través de 18 Comités de Gestión. Los menores son atendidos por 159 madres cuidadoras y 34 madres guías en toda la región; mientras que el Servicio de Acompañantes a familias se atiende en las 3 provincias de la región, acogiendo 210 familias de los distritos de Chiclayo, José Leonado Ortiz, Cayaltí, Oyotún, La Victoria, Tután, Monsefú, Mórrope y Pimentel.

Sobre los objetivos y los servicios del Programa Nacional Cuna Más, el Plan Operativo Institucional (POI) 2016 para el Programa Nacional Cuna Mas, cita lo siguiente:

Son objetivos específicos del Programa Nacional Cuna Más:

Incrementar el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema.

Mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje de sus niñas y niños menores de 36 meses de edad.

Fortalecer el vínculo afectivo madre/padre/cuidador-hija(o)-niña(o)

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) brinda sus servicios a través de las siguientes modalidades:

Cuidado Diurno: se desarrolla en Centro Cuna Mas de Cuidado Diurno, a través del servicio integral a niñas y niños de entre 6 a 36 meses de edad que requieren

de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades. El ámbito de intervención es preferentemente urbano

Acompañamiento a familias: se realiza mediante visitas a hogares y sesiones grupales, en los Centros Cuna Mas de Acompañamiento a Familias acondicionados por el Programa, con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses y sus familias en los Centros Cuna Más de Acompañamiento a Familias, acondicionados por el Programa, para mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje infantil. El ámbito es preferentemente rural (MIDIS-PNCM 2015: 2).

El Programa Nacional Cuna Más está actualmente interesado en sensibilizar y promover el compromiso del gobierno regional, local y de la comunidad en favor de la primera infancia, mediante la promoción del modelo de intervención del servicio de cuidado diurno a niñas y niños entre los 6 meses y 3 años de edad. Además, el programa empodera a los gobiernos locales, otorgando el servicio de alimentación a los comités de gestión local, los cuales se preocupan en preparar los alimentos de los niños en las óptimas condiciones de salubridad.

2.3.2 Programa Nacional Qali Warma

El 31 de mayo del 2012, mediante Decreto Supremo N°008-2012-MIDIS se crea el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, como programa social adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), posteriormente en el 2014, se modifica la norma con la finalidad que de forma progresiva atendía a los escolares de nivel secundario de la educación básica regular en instituciones educativas públicas localizadas en los pueblos indígenas de la Amazonia Peruana.

Según su Manual de Operaciones, el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma tiene como objetivo general “garantizar un servicio alimentario de calidad, adecuado a los hábitos de consumo locales, cogestionado con la comunidad, sostenible y saludable, para niñas y niños de nivel inicial a partir de los 3 (tres) años de edad y del nivel de educación primaria de la Educación Básica en” instituciones educativas públicas” (2012: 5). Y sus objetivos estratégicos son:

Garantizar el servicio alimentario durante todos los días del año escolar a los usuarios del Programa de acuerdo a sus características y las zonas donde viven. Contribuir a mejorar la atención de los usuarios del Programa en clases, favoreciendo su asistencia y permanencia.

Promover mejores hábitos de alimentación en los usuarios del Programa (MIDIS-PNAE Qali Warma 2012: 5).

La implementación del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma se realiza a nivel nacional, a través de las instituciones educativas públicas, sobretudo en aquellas comunidades donde las familias están en condición de pobreza y pobreza extrema. Y según sus lineamientos, son beneficiarios del programa todos los niños mayores de 3 años de edad.

La atención alimentaria que el PNAE Qali Warma otorga a los beneficiarios es diversificada, a través de diferentes modalidades de gestión, como lo menciona su Norma de Creación:

Comités de alimentación escolar constituidos por integrantes de la comunidad educativa, que presta el servicio alimentario de acuerdo a los recursos, protocolos y directivas que le transfiere el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma

Participación de entidades de la sociedad civil, sector privado y organizaciones no gubernamentales

Intervenciones articuladas de oficinas desconcertadas del programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma con gobiernos locales

Otras que se aprueben (MIDIS-PNAE Qali Warma 2012: 2).

Para el año 2016, el PNAE Qali Warma atendió en la región Lambayeque a 1,539 instituciones educativas públicas del nivel inicial y primario, brindando alimentación a una población de 112 mil usuarios.

El programa Qali Warma de la Unidad Territorial de Lambayeque espera que las niñas y niños de educación inicial y primario se encuentren con mejor actitud en las horas de clase, presten mayor atención a las sesiones de aprendizaje y se reduzca la deserción escolar en las instituciones educativas de la provincia.

2.3.3. Establecimientos de Salud, Redes y Micro-redes del Ministerio de Salud

Para el año 2014 el Ministerio Salud, a través del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Infantil y la Prevención de la Anemia en el País. Período 2014-2016, estableció once indicadores de resultado para medir el impacto del trabajo de las dependencias del Ministerio de Salud y de todas sus unidades orgánicas. Estos indicadores son “prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años”, “prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses”, “porcentaje de niños al nacer con bajo peso y prematuridad”, “prevalencia de IRA y EDA en los niños menores de 5 años”, “Niños menores de 1 año con Control de Crecimiento y Desarrollo y vacunas básicas” y otros referidos a la lactancia materna, lavado de manos y corte oportuno del cordón umbilical (MINSa 2014: 68).

En la Región Lambayeque, los establecimientos de salud vienen desarrollando las siguientes acciones contra la desnutrición infantil:

- La suplementación con multi-micronutrientes a niñas y niños de 06 a 35 meses, a través del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), como parte de la atención integral de las niñas y niños.
- De acuerdo a la Norma Técnica de Control de Crecimiento y Desarrollo de niñas y niños menores de 5 años, y la Directiva Sanitaria de Suplementación Preventiva de Anemia en menores de 3 años, los centros de salud desarrollan actividades necesarias para asegurar la asistencia dirigida al control de crecimiento y la prevención de anemia; acciones como la suplementación preventiva con hierro, la valoración nutricional, la visita domiciliaria, la consejería nutricional y sesiones demostrativas.
- La promoción del funcionamiento de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre, la niña y el niño. A nivel nacional, según el reporte del MINSa, para el 2013 se ha implementado 1,460 Centros de Promoción y Vigilancia Comunal para el cuidado integral de la madre y el niño (CPVC), estos centros son espacios de la comunidad asignados para promover la adopción de prácticas saludables en las familias, y aportar con el apropiado crecimiento y óptimo desarrollo de niñas y niños menores de 3 años, las actividades de promoción incluyen i) educar y orientar a las madres, y padres de familia, brindar alimentos complementarios, fortalecer el

lavado de manos, la suplementación con micronutrientes, entre otros; ii) vigilar practicas básicas favorables de las gestantes para la atención prenatal, de niñas y niños menores de 3 años para el control CRED, las inmunizaciones y la ingesta de suplementos nutricionales; iii) analizar y revisar la información de la vigilancia con representantes de la comunidad, salud y municipalidad para tomar decisiones que permitan la adopción de practicas y generación de entornos saludables.

Para implementar todas estas acciones de manera efectiva, es necesario desarrollar capacidades para articular el rol de los gobiernos locales con el de los ministerios de Economía y Finanzas y de Salud, para respuestas eficaces contra la anemia y la alimentación saludable. Asimismo, fortalecer el rol de la comunidad mediante la participación de madres de familia y agentes comunitarios de salud para la vigilancia de practicas saludables.

Centro de Salud de Mórrope

El Centro de Salud de Mórrope, pertenece a la DISA Lambayeque, Red Lambayeque, Micro-red Mórrope. Es un centro médico que tiene categoría I-3. Según la Norma Técnica de Salud - Categorías de establecimientos del sector salud, la definición de categoría I-3, es un “grupo de clasificación de un establecimiento de salud sin internamiento de primer nivel de atención, con capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de la población, mediante acciones ambulatorias de promoción de la salud, prevención de riesgos y detección de daños, y rehabilitación de problemas de salud” (MINSA 2010: 20).

Este Centro de Salud se inauguró el 10 de Julio de 2010 y cuenta con un equipo profesional constituido por: médico cirujano o médico familiar, obstetra, odontólogo, enfermera, técnico o auxiliar de enfermería, técnico de farmacia, técnico de laboratorio, técnico o auxiliar de estadística. El actual responsable del Centro de Salud de Mórrope es el Dr. Edwin Fanzo Niquen.

Como parte de su labor diaria monitorean el estado nutricional de los niños nacidos en el centro de salud, pero también de aquellos que llegan después de haber nacido en el campo.

El Centro de salud de Mórrope viene prestando los servicios de salud de acuerdo al Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y

Prevención de la Anemia 2014-2016. Las acciones preventivas y de promoción de la salud se resumen en la provisión de suplementos con multi-micronutrientes y la prevención de la anemia a niñas y niños de 06 a 35 meses, a través del control de crecimiento y desarrollo (CRED); las inmunizaciones oportunas en menores de 3 años, especialmente en vacunas contra rotavirus y neumococo que ayudan a disminuir la morbimortalidad infantil; iniciar o continuar con la praxis de la lactancia materna; la vigilancia y evaluación integral de la salud de la gestante y el feto antes y durante el parto, facilitar y apoyar a las madres a prepararse (MINSA: 2014).

2.4 Contexto de la zona

El indicador de desnutrición crónica en los niños menores de 05 años se ha mantenido por encima del 26% en los últimos 16 años en el Distrito de Mórrope. Quiere decir que más de la cuarta parte de la población infantil menor a los 05 años de edad (uno de cada cuatro niños) tiene este problema año tras año y, en consecuencia, una cuarta parte de la actual población juvenil convive con las consecuencias asociadas a este problema.

La evolución histórica de la proporción de casos de desnutrición crónica presentados se puede dividir en dos etapas: el periodo 1999-2006, cuando la proporción de casos estuvo alrededor del 36% de la población infantil, y el periodo 2007-2015, cuando la proporción de casos se elevó de 28% hasta el 35,2% de la población infantil y luego cayó hasta el 26,8%.

A pesar de que hubo una mejora en los últimos cinco años (2011-2015), el porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 05 años de edad en el Distrito de Mórrope solo disminuyó 10% en los últimos 16 años. Lo cual es poco, pese a las diferentes acciones que diferentes autoridades públicas han venido llevando a cabo para combatir la desnutrición. Por ello, se hace necesario conocer cuáles son los factores que causan que más del 25% de niños menores de 05 años de edad convivan con este problema de salud y sus consecuencias. Ver Cuadro N° 5.

Cuadro N° 5.**Mórrope: Proporción de Menores de 05 años con Desnutrición Crónica. Período Anual 1999 – 2015.**

AÑO	INDICADOR TALLA / EDAD		
	DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL		
	N° EVALUADOS	N° CASOS	% DESNUTRICIÓN CRÓNICA
1999	-	-	36,0
2006	-	-	36,1
2007	5,268	1,473	28,0
2009	11,796	3,144	26,7
2010	1,197	329	27,5
2011	6,032	2,123	35,2
2012	5,618	1,889	33,6
2013	6,740	2,028	30,1
2014	6,068	1,530	25,2
2015	6,139	1,648	26,8

FUENTE: Elaboración propia. En base a INS Instituto Nacional de Salud. SIEN Sistema de Información del Estado Nutricional de niños menores de 5 años y gestantes. 2015.

En esta sección se presentarán algunas características sobre las condiciones de vida de las familias del Distrito de Mórrope:

2.4.1 Condición de pobreza del Distrito de Mórrope

El 68% de la población de Mórrope está compuesta por familias campesinas que se dedican a la agricultura, la mayoría de ellos como peones y muy pocos propietarios de pequeñas y medianas parcelas. Las actividades económicas principales de las familias campesinas del distrito son la agricultura, la confección tejidos de algodón, de ceramios y la extracción artesanal de yeso y sal.

Al ser la agricultura la principal actividad de las familias que viven en el área rural, el agua se convierte en un elemento vital para el desarrollo de sus actividades económicas. Los ríos proveen más del 95% del agua, la que es utilizada en la agricultura, la industria y para uso doméstico. El agua subterránea no es muy empleada por el elevado costo de extracción, pues se requiere la

construcción de pozos tubulares y el bombeo permanente del agua hacia la superficie.

La temporada de mayor acopio de agua es entre los meses de diciembre y abril, debido a las precipitaciones fluviales que ocurren en las alturas de la sierra lambayecana, lluvias que no todos los años cae en la misma intensidad ni con la misma frecuencia. Cuando las lluvias abundan en la sierra, aumenta el caudal del agua de los ríos secos (Río Chancay, Río Zaña, Río La Leche y Río Motupe). Cuando no hay lluvias sucede lo contrario y las zonas más afectadas con la escasez de agua son los distritos de Íllimo, Mochumí, Salas y Mórrope.

En estas zonas, cuando no hay cosechas, la población se ve obligada a salir temporalmente a buscar trabajo en zonas agrícolas de departamentos aledaños como La Libertad, Amazonas y Cajamarca (en especial en la provincia de Jaén) intentando cubrir las necesidades económicas de la familia. La mayoría de los que emigran retorna a su lugar de origen y otros regresan para llevar a sus familias a estas nuevas zonas de oportunidad laboral.

En medio de estos desafíos familiares, los niños son los que quedan más expuestos y vulnerables a una mala nutrición, ya que la escasez de agua también deteriora su salud, se reduce la ingesta de alimentos por el menor poder adquisitivo de sus padres debido a falta o reducción de puestos de trabajo, lidian emocionalmente con la ausencia del padre por la escasez de oportunidades laborales locales, se deteriora su calidad de vida por la falta de higiene en el hogar y dejan de recibir la atención adecuada a sus enfermedades e incluso corren el riesgo de perder la vida al quedar a merced de la desnutrición.

En la condición de pobreza en la que viven, las familias campesinas de Mórrope tienen la costumbre de consumir preferentemente arroz, menestras, papa y carne de aves. Usualmente tienen dos horarios para consumir los alimentos, en las mañanas el desayuno y en las tardes el almuerzo, no consumen alimentos durante la noche. De acuerdo a sus hábitos y costumbres, el padre de familia es quien recibe la mayor porción de alimentos y la esposa y los hijos consumen una menor cantidad.

Actualmente, según las encuestas del INEI, más del 50% de las familias campesinas del distrito de Mórrope se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Si bien el número de familias pobres se ha ido reduciendo, en el periodo 2007-2009, en 20%, todavía más de la mitad de la población tiene limitaciones económicas para afrontar los problemas de salud de sus hijos. Ver Cuadro N° 6.

Cuadro N° 6.**Población y condición de pobreza del Distrito de Mórrope**

AÑO	POBLACIÓN	POBRE (%)			NO POBRE (%)
		TOTAL DE POBRES	EXTREMO	NO EXTREMO	
2007	40,412	71.7	22.8	48.3	28.3
2009	42,484	50.4	12.2	38.2	49.6

Fuente: INEI: Mapa de Pobreza Provincial y Distrital. 2009

2.4.2 Condición de las viviendas del Distrito de Mórrope

La mayoría de las viviendas en el distrito de Mórrope son de barro y caña, y no cuentan con el servicio de agua potable y alcantarillado. Como se mencionó al inicio, la población de Mórrope no está concentrada en un solo lugar, sino que la ubicación espacial de las viviendas es muy dispersa, situación que dificulta la labor del gobierno local para proveer el servicio de agua potable y alcantarillado a todas las familias.

Esta situación compromete la salud de la población, en especial de aquellos que viven en condición de pobreza y pobreza extrema, quienes se convierten en personas vulnerables a las enfermedades producidas por las malas condiciones del ambiente físico, en especial enfermedades de la piel, bronquiales y gastrointestinales. Estas enfermedades impactan la capacidad productiva de los adultos, pues debido a su ausentismo o permisos temporales pierden horas de trabajo de su jornada laboral y consecuentemente perciben un menor ingreso. Por otro lado, los niños también están expuestos a las mismas enfermedades y como consecuencia de ello se genera el ausentismo escolar, mientras dura el tratamiento o la recuperación de dichas enfermedades. Dejando en claro, que en la mayoría de los casos el tratamiento y recuperación para niños y adultos son necesariamente los adecuados.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda efectuado por el INEI en el 2007, en el Distrito de Mórrope, el 95% de viviendas son utilizadas solo con fines de residencia, en tanto que el 5%, son usadas para residencia y también para realizar actividades productivas y comerciales. El 76% de las viviendas son de

adobe, el 12% son de material noble y el 12% son de otro tipo de material, principalmente carrizo y barro. Ver Cuadro N° 7.

Cuadro N° 7.

Viviendas Particulares con Ocupantes Presentes, por Material de Predominante en las Paredes Exteriores de la Vivienda. Distrito de Mórrope.

Distrito MORROPE	Total	Ladrillo o Bloque de Cemento	Adobe	Madera, Quincha, Estera, Otro
Viviendas particulares	6,734	792	5,148	794
Valor porcentual	100%	11.8%	76.4%	11.8%
Viviendas zona urbana	1,654	443	1,007	204
Valor porcentual	100%	26.8%	60.9%	12.3%
Viviendas zona rural	5,080	349	4,141	590
Valor porcentual	100%	6.9%	81.5%	11.6%

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. 2007

Las familias campesinas tienen la costumbre de usar el interior de sus viviendas para la crianza de sus animales domésticos (generalmente gallinas, pollos, patos y cuyes). Las viviendas usualmente no cuentan con divisiones internas, por lo que los animales se crían en el mismo espacio que usan las familias para preparar sus alimentos y descansar, poniendo en riesgo la salud de sus integrantes, Las heces y la orina de los animales, que comparten el techo con las personas, albergan agentes patógenos y dificultan la limpieza, aumentando así la exposición de las familias a insectos y animales vectores de enfermedades. La consecuente poca posibilidad de salubridad en la manipulación de los alimentos durante su preparación asimismo incrementa notablemente los riesgos en los niños de contraer alguna enfermedad o permanecer en la condición de bajo peso y talla.

Sobre las prácticas de higiene dentro de la vivienda, las familias campesinas suelen preparar sus alimentos en cocinas a leña que están al ras del piso en el interior de sus viviendas. Se levantan muy temprano para preparar los alimentos, los lavan y enjuagan con agua entubada (no potable) en tinajas, donde almacena el agua que llega a las viviendas y luego desechan las sobras en el patio de la casa.

Cuadro N° 8.**Mórrope: Acceso de la Población a Servicios Básicos.**

Año	Porcentaje de la Población en hogares Sin Acceso a Servicios Básicos		
	Sin agua	Sin desagüe	Sin alumbrado eléctrico
2005	73%	73%	69%
2007	65%	62%	66%

Fuente: INEI-Censos Nacionales de Población y de Vivienda 2005 y 2007. 2007

Como se aprecia en el Cuadro N°8, las viviendas están limitadas al acceso del agua potable, al uso del desagüe y del alumbrado eléctrico. La instalación de la red de agua potable sigue siendo un desafío para el gobierno local por las grandes distancias territoriales que hay que cubrir entre los puntos geográficos donde se ubican las familias campesinas. Como se ha mencionado, la población se encuentra dispersa en los 4,300 km² de superficie.

Asimismo, el hecho de que 62% de familias no tiene desagüe en sus viviendas, se debe a que las redes públicas no pueden ser implementadas por altos costos de inversión, las condiciones topográficas inaccesibles, o porque las zonas carecen de algunas factibilidades técnicas. Las viviendas tienen letrinas y estas se encuentran ubicadas muy cerca de las viviendas. Cuando las letrinas se llenan, las mueven a un nuevo lugar, pero también a uno muy cerca de su vivienda.

Finalmente, 66% de familias no tiene alumbrado eléctrico dentro de las viviendas, la ausencia de este servicio ha fortalecido ciertas prácticas en la preparación de alimentos, pues las familias cocen sus alimentos con fuego dentro de las viviendas, situación que expone a los pequeños al riesgo de quemarse con las cocinas a leña y/o con las velas cuando tienen que usarlas para estudiar de noche.

2.4.3 Condición de la población infantil del Distrito de Mórrope

Desde muy pequeños los niños de las familias campesinas enfrentan desafíos para sobrevivir: de cada 1,000 niños, 22 mueren a los pocos días de nacer. En cuanto al desarrollo de sus habilidades, el 7% de niños no asisten a la

escuela, en la mayoría de los casos porque desde muy pequeños se dedican a apoyar a sus padres en las tareas agrícolas. Debido a que durante la temporada de ausencia de lluvia los jefes de hogar tienen que migrar, las familias aprovechan al máximo la temporada de lluvias para trabajar y los niños apoyan en estas tareas para contribuir a economía familiar. Un reflejo del ausentismo escolar lo tiene el 12.8% de niñas y niños del Distrito de Mórrope, quienes presentan analfabetismo según la encuesta del 2007. Ver Cuadro N° 9.

Cuadro N° 9.

Características de la Población Infantil de Mórrope, 2007

MORTALIDAD INFANTIL 1/	HOGARES CON NIÑOS QUE NO ASISTEN A LA ESCUELA 2/	ANALFABETISMO 2/
Tasa x 1000	%	%
22.3	7.0	12.8

Fuente:

1/ Mapa de Desnutrición Crónica de Niñas y Niños Menores de 05 Años, INEI 2009.

2/ Censo Nacional de Población y Vivienda, INEI 2005

Por lo general los padres de familia salen a trabajar desde las 4 de la mañana y retornan a las 6 de la tarde, las madres de familia se abocan a la preparación de alimentos y luego van a entregar el almuerzo al trabajo de sus esposos o parejas, dejando a sus hijos pequeños solos o al cuidado de los abuelos o vecinos.

En circunstancias donde no hay un padre de familia en el hogar, la madre de familia asume el rol de padre y madre; ellas tienen que salir a trabajar y dejar a sus hijos igualmente al cuidado de los hermanos mayores o a cargo de un anciano de la familia o de vecinos.

Mientras los padres se ausentan, la mayoría de los hijos suelen ausentarse de casa solos para estar en compañía de sus amigos, esto debido a que las viviendas no cuentan con espacios de recreación o para evitar el encierro. Al estar fuera de casa las niñas y niños quedan expuestos a la ingesta de alimentos sin supervisión y en entornos poco saludables, asimismo quedan expuestos al contacto con personas desconocidas, poniendo en riesgo su integridad física y mental; algunos pocos cumplen con quedarse en casa cuidando de sus hermanos menores.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1 Principales Conceptos

3.1.1 Desnutrición Infantil

El estado nutricional de toda persona es resultado del equilibrio entre la ingesta de alimentos y su requerimiento de nutrientes. Sobre la malnutrición en los niños, UNICEF, citando a Charles A. Nelson, menciona lo siguiente:

Desde su misma gestación, la condición nutricional del niño ejerce una poderosa influencia en su desarrollo. Una placenta poco desarrollada o una pelvis materna estrecha (ambas, deficiencias nutricionales adquiridas intergeneracionalmente) pueden interferir con el adecuado desarrollo del feto u ocasionar problemas obstétricos. Junto con esto, el desarrollo del sistema nervioso central del feto depende de que le sean proporcionados en cantidades adecuadas un conjunto de nutrientes. Por ejemplo, el déficit de ciertas vitaminas específicas puede causarle daños neurológicos temporales o permanentes, como también deficiencias neuropsicológicas; la deficiencia de ácido fólico puede manifestarse en malformaciones tan devastadoras como la anencefalia (inexistencia de cerebro en el feto) o la espina bífida (desarrollo de la parte baja del cordón espinal fuera de la protección de los huesos de la espina vertebral). Además, la desnutrición severa durante el embarazo puede redundar en un aborto espontáneo (UNICEF 2004: 29).

Adicionalmente existen efectos perdurables y devastadores que impactan negativamente diferentes dimensiones del desarrollo del niño, debido a las deficiencias nutricionales. Citando a Jack P. Shonkoff y Paul C. Marshall, UNICEF describe el impacto de la siguiente manera:

La calidad de la alimentación durante los primeros años de vida puede conllevar variados y profundos efectos negativos, como, por ejemplo, retraso en el desarrollo físico y motor; deficiencias diversas en el desarrollo cognitivo, y en

específico sobre el nivel de inteligencia; problemas conductuales y de integración social; déficit atencional y bajos niveles de logro educativo. Un ejemplo de esta relación lo ofrecen el mejor desarrollo del cerebro y los más altos niveles de inteligencia que alcanzan los niños alimentados con leche materna respecto de los alimentados con leche sintética; ciertamente, la leche materna posee ácidos grasos esenciales para el desarrollo de la estructura y de las células cerebrales (UNICEF 2004: 29).

Según el Documento Técnico del Ministerio de Salud sobre los Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable, sobre la malnutrición cita lo siguiente:

La malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre, embarazo adolescente, cuidados insuficientes de la mujer al niño, prácticas inadecuadas de crianza, falta de acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas de alimentación, estilos de vida algunos ancestrales y otros adquiridos por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación inadecuada e infecciones repetidas” (MINSa 2011: 18-19)

3.1.2 Tipos de Desnutrición Infantil

Según el Reporte de Índices y Tendencias en la Mortalidad Infantil del 2011, elaborado por UNICEF, en el 2010 murieron 7,6 millones de niños menores de 5 años y una tercera parte de estas muertes estaban relacionadas con la desnutrición

Pero ¿cómo se tipifica la desnutrición infantil? Una observación directa nos permite comparar la contextura de los niños, su talla, su peso, el perímetro de los brazos y piernas y su edad con estándares de referencia. De acuerdo a UNICEF la desnutrición tiene diversas formas de manifestación, por ello presenta la siguiente definición:

El niño es más pequeño de lo que le corresponde para su edad, pesa poco para su altura y/o pesa menos de lo que le corresponde para su edad. Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La

altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.

Desnutrición Crónica

Los niños que sufren desnutrición crónica presentan retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

Desnutrición aguda moderada

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

Desnutrición aguda grave o severa

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior al de un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente (UNICEF 2001: 8-9).

3.1.3 Causas de la Desnutrición Infantil

La desnutrición es el resultado de un proceso bastante complejo, pues no se reduce exclusivamente a una cuestión de alimentación, sino a muchos otros factores como la acumulación de enfermedades infecciosas, una atención poco adecuada o la no atención, la pobreza, la desigualdad o falta de educación, todas ellas y factores sociales económicos y políticos se convierten en causales de la desnutrición. Todos estos factores generan un círculo vicioso que puede acabar con la vida de un niño.

Como cita UNICEF, “una nutrición adecuada en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño. Un niño que sufre desnutrición ve afectada su supervivencia y el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales. La desnutrición es un concepto diferente de la malnutrición que incluye tanto la falta como el exceso de alimentos” (2001: 7).

Muchas veces la desnutrición comienza en el embarazo, las madres con problemas de desnutrición tienen muchas más probabilidades de que su bebé nazca con bajo peso y que tenga riesgo de retraso en su crecimiento. Y cuando su situación se complica, su riesgo de muerte es muy alto. UNICEF propone tres tipos de causas de la desnutrición:

Causas inmediatas: La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas.

Causas subyacentes: La deficiente ingesta de alimentos y las enfermedades infecciosas, son el resultado de uno o varios factores: que en el hogar falten los alimentos en cantidad y calidad, que a las niñas y niños no se les dediquen tiempo ni cuidados necesarios para su alimentación y salud, que falten el agua potable y las medidas de saneamiento básico, o que haya dificultades en el acceso a la atención en salud.

Causas básicas: Las anteriores situaciones son, en la gran mayoría de los casos, el resultado de la pobreza de las familias que, por lo general, no tienen un nivel de educación apropiado que les permita encontrar trabajo y mejorar sus ingresos, o no tienen acceso a créditos o préstamos para la agricultura o para la vivienda. Padecen inequidades sociales resultado de políticas económicas y sociales alejadas del marco de los derechos fundamentales, en un medio ambiente físico, donde los recursos potenciales del país, en especial la distribución del uso de la tierra, no son aprovechados con equidad ni eficacia (UNICEF 2001: 7).

Ver Gráfico N° 2.

Gráfico N° 2.

Causas de la Desnutrición Infantil, según UNICEF.

Fuente: Unicef. 2011

3.1.4 Estado nutricional

Para UNICEF el estado nutricional “viene determinado por tres factores de gran alcance: el alimento, la salud y la atención sanitaria. El estado nutricional óptimo se logra cuando los niños y niñas tienen acceso a una alimentación asequible, variada y rica en nutrientes, a unas prácticas adecuadas de atención materna e infantil, a unos servicios de salud apropiados y a un entorno saludable de agua potable” (2013: 3).

Según el Ministerio de Salud del Perú, el estado nutricional “es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Es importante porque

permite reconocer factores de riesgo para la salud. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos” (2017:54).

Es importante no solo conocer el estado nutricional de un niño o niña, pero también es importante conocer el estado nutricional de la madre, pues las condiciones nutricionales de la madre repercuten en la calidad y frecuencia de la alimentación que recibe un bebe durante el periodo de gestación y que recibe un niño o niña durante el periodo de lactancia, y repercuten en la incidencia de enfermedades infecciosas.

3.1.5 Evaluación del Estado Nutricional

Según la OMS, “la evaluación del estadio nutricional es la interpretación de la información obtenida de estudios antropométricos, bioquímicos y/o clínicos, que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones” (MINSA 2012: 6).

Medidas Antropométricas

Existen varios indicadores para evaluar el estado nutricional de una persona. Los mas utilizados y sencillos de usar son las medidas antropométricas. Estas obtienen una serie de medidas corporales para determinar el estado de nutrición corporal, estos datos se comparan con los datos obtenidos en el tiempo y con patrones de referencia para ver la evolución del estado de nutricional de una persona.

Dentro de las medidas antropométricas se encuentran la medición del peso y de la talla. La definición que establece el MINSA en su Informe del Estado Nutricional en el Perú es la siguiente:

Peso: Constituye un indicador de la masa y volumen corporal; en la práctica es la medida antropométrica más utilizada. La precisión debe ser de la decena en gramos en el lactante y de 50 a 100 gr en el niño.

Talla: Constituye la medida lineal básica y refleja el crecimiento esquelético. La talla puede medirse en posición de pie (estatura) a partir de los 24 meses. Antes de esta edad es preferible medir la longitud del cuerpo en decúbito supino, para lo que se precisan dos observadores. Para la obtención de la talla la posición del niño debe ser rigurosa con cuatro puntos de apoyo sobre el plano de medida (talones juntos, nalgas, hombros, occipucio), mirada horizontal e invitándole a

que se estire, sin despegar los talones del suelo y haciendo el observador una moderada tracción sobre el ángulo mandibular (MINSA 2012: 6-7).

3.2 Enfoques transversales de la investigación

3.2.1 Enfoque de derechos

El enfoque de derechos y el interés superior de las niñas y niños son elementos conceptuales fundamentales que orientan la investigación de la presente tesis. Un enfoque para la seguridad alimentaria basado en los derechos humanos pretende asegurar el acceso de todas las familias campesinas de Mórrope a alimentos suficientes, nutricionalmente adecuados e inocuos.

El derecho a la nutrición está estipulado en múltiples declaraciones internacionales de derechos humanos aprobados desde 1924. En la Convención de los Derechos de la Niñez (CDN), de 1989, se establece el compromiso de los países para “tomar medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil, combatir las enfermedades y la desnutrición a través del uso de la tecnología disponible, el suministro de alimentos nutritivos y adecuados y agua potable” (Art. 24 CDN)

Como menciona la FAO a través del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial:

Existen diversos marcos generales que proporcionan principios y estrategias fundamentales para el logro de la seguridad alimentaria y la nutrición. Entre estos pueden citarse el Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación y la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial, la Declaración Final de la Cumbre Mundial de 2009 sobre la Seguridad Alimentaria, las Directrices voluntarias sobre el derecho a la alimentación y las Directrices voluntarias sobre la gobernanza responsable de la tenencia de la tierra, la pesca y los bosques, así como el PIDESC (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), por el que se estableció el derecho humano a una alimentación adecuada, y todo el derecho internacional pertinente para la seguridad alimentaria, la nutrición y los derechos humanos (2017: 13).

Dado que la problemática nutricional en el Distrito de Mórrope es el resultado de una compleja interacción de condicionantes económicos, culturales y sociales en la que viven las familias campesinas del distrito, existen bajo este

marco múltiples factores que tienen que ser considerados pues afectan la producción, la importación y distribución de alimentos.

Los factores que determinan el acceso a los alimentos son los precios y los canales de comercialización; los que determinan el consumo de alimentos son el poder adquisitivo de las familias, los hábitos alimenticios y las creencias culturales; factores que determinan la mejor asimilación de los alimentos por el organismo, son las condiciones de salud de las personas, las condiciones sanitarias del ambiente y la disponibilidad de agua potable.

La Convención de los Derechos de la Infancia en su artículo 6, sobre el derecho a la vida digna, establece el derecho a la supervivencia y al desarrollo óptimo de capacidades de todo niño y niña. El artículo 24 pone especial énfasis en la responsabilidad del Estado de proveer el nivel más alto de salud y de acceso a servicios para la rehabilitación y el tratamiento de enfermedades. El Artículo 18 menciona sobre la responsabilidad de los padres o representantes legales para la crianza y desarrollo del niño buscando el interés superior del niño. El Artículo 27 habla de la responsabilidad de los padres de proveer un nivel adecuado para el desarrollo físico, mental y espiritual, moral y social de los os y niñas (UNICEF 1989: 11-21).

Por su parte, el marco legal nacional incluye varias leyes dirigidas a distintas dimensiones del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA), entre ellas están:

- La Ley General de Salud, Ley N° 26842, de julio de 1997, menciona en su artículo 10, “el derecho de toda persona a recibir una alimentación sana y suficiente para cubrir sus necesidades biológicas, para lo cual el Estado brindará atención a través de programas de nutrición y asistencia alimentaria, especialmente al niño, la madre gestante y lactante, al adolescente y al anciano en situación de abandono” (MINSAL:1997)
- El Código de los Niños y Adolescentes, Ley N° 27337, de julio del 2000, en el artículo 21 establece que “corresponde al Estado desarrollar los programas necesarios para combatir la malnutrición, priorizando a los niños y adolescentes en circunstancias especialmente difíciles y a las adolescentes madres durante los periodos de gestación y lactancia” (MIMP: 2000).
- La Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, Ley N° 30021, de mayo del 2013, en su Artículo 8 menciona que esta ley “está encaminada a reducir las enfermedades vinculadas con

el sobrepeso y la obesidad, así como las denominadas no transmisibles. La ley intenta supervisar y restringir la publicidad que incentive el consumo de alimentos y bebidas no alcohólicas con grasas trans, alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas” (MINJUS: 2013). Esta ley promueve la enseñanza de la alimentación saludable en el diseño curricular, la implementación de comedores y quioscos saludables al interior de las escuelas, y la promoción de hábitos alimentarios para mejorar la nutrición. En el artículo 5, se establece “la creación del Observatorio de Nutrición y de Estudio del Sobrepeso y Obesidad, a cargo del MINSA, que servirá como instancia de monitoreo de la situación nutricional infantil del país, con especial énfasis en las tasas de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes, así como en la cuantificación de sus efectos” (MINJUS: 2013).

- La Ley de Promoción Agraria, aprobada por Decreto Legislativo N° 885, del año 1996, sustituida por la Ley N° 27360 que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario. Mediante esta ley “se declaran la inversión y el desarrollo del sector agrario como de interés prioritario. Establece beneficios tributarios, administrativos y laborales para promover la inversión agraria” (MINAGRI: 1996). De acuerdo a la Ley N° 28810 del 2006, este beneficio fue prorrogado hasta el 2021.

Es necesario seguir priorizando la atención nutricional desde edades tempranas en los niños de Mórrope que viven en condición de pobreza, porque puede representar su única oportunidad en la vida para vencer este problema dada la magnitud y la trascendencia de los procesos biológicos que tienen lugar en su organismo en su período temprano.

De lo contrario los derechos de los niños de las comunidades campesinas que se encuentran en la etapa de primera infancia están en riesgo de ser vulnerados en su Derecho Humano a la Alimentación Adecuada y se encontrarían muy expuestos a perder, como propone UNICEF acerca del Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño, el desarrollo integral del niño, el cual debe verse desde:

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.

Ser sujeto del análisis: el desarrollo es un proceso que, si bien ocurre gracias a la interacción del niño con los múltiples contextos que lo rodean, se realiza en cada niño individualmente. Consecuentemente, la trayectoria de desarrollo es distinta para cada niño, producto de la mezcla de sus características biológicas con sus experiencias ambientales.

Observar sus necesidades como derechos: el desarrollo es un proceso que afecta a todos los niños, 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 (UNICEF 2004: 15).

3.2.2 Enfoque de interculturalidad

Los factores interculturales están presentes en todas las relaciones humanas, donde existen culturas signadas por la humanidad está abierta la posibilidad de que se manifiesten variables culturales de característica intercultural. La tecnología, la producción agrícola, la salud y la alimentación, la artesanía, la música, la danza, entre otras, se convierten en dinamizadoras de la interculturalidad. Esta condición integral hace que se conciba a la interculturalidad como un enfoque transversal. Según el Manual de Interculturalidad de los Servicios de Comunicación Intercultural SEVENDI, “La interculturalidad no solo concierne a la educación sino es un enfoque que es transversal a todas las actividades donde interactúan los pueblos y sus culturas” (2005: 36).

En el 2002 el Congreso de la República aprobó la Ley 27811, que establece el Régimen de Protección de los Conocimientos Colectivos de los Pueblos Indígenas vinculados a los Recursos Biológicos. El Artículo 2 de la ley define a los pueblos indígenas como aquellos “pueblos originarios que tienen derechos anteriores a la formación del estado peruano, mantienen una cultura propia, un espacio territorial y se reconocen como tales; se considera como pueblos originarios a las comunidades campesinas y nativas, y a los pueblos en aislamiento voluntario o no contactado” (Ministerio de Cultura: 2002).

En el 2004, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) llevó a cabo la reorganización de sus programas. Es así como se definió diez Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), una de ellas vinculada a la salud de los pueblos indígenas, cuyo responsable es el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), organismo dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS). Así, en ella se establece que: “Todas las acciones a desarrollarse se enmarcan en el

respeto a los patrones culturales propios de los pueblos indígenas, por lo cual la perspectiva de acción es la interculturalidad en salud” (MINSA: 2011).

En el 2015 el Congreso de la Republica aprobó el proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El objetivo de la ley es “reconocer y garantizar el derecho a una alimentación adecuada y saludable, priorizando la atención de las poblaciones más vulnerables, así como de los niños, adolescentes, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidad” (Congreso de la Republica del Perú: 2002). Asimismo, el Decreto Legislativo establece la creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) el cual tiene como su fin principal la prevención y disminución de la desnutrición en todo el territorio nacional.

En la cultura de la comunidad morropana la tradición sobre los hábitos alimenticios está en proceso de transformación debido a la fuerte y creciente influencia de los hábitos de consumo de las zonas urbanas sobre zonas rurales. Esta influencia ha llegado de distintas maneras al hogar de la familia campesina, ya sea porque algún miembro de la familia que ha migrado temporalmente a la ciudad retorna a su lugar de origen con nuevos hábitos de consumo, por la publicidad recibida a través de aparatos electrónicos de comunicación que tienen en sus hogares, por la creciente comercialización de productos de la ciudad muy cerca de sus hogares, etc.

Toda comunidad tiene una característica que le da identidad y la hace única y distinta a las demás. Las costumbres alimentarias, las prácticas de higiene y las concepciones de salud de la población del Distrito de Mórrope le dan un rasgo característico a esta población.

En cuanto a sus concepciones de salud, hasta que los miembros de la familia no evidencian un fuerte dolor en su cuerpo, no acuden al médico. Toleran los dolores leves aun cuando desconocen cuál es su causa; solo esperan que el dolor desaparezca. Desconocen que hay riesgos en su salud cuando respiran el humo dentro de la vivienda producto de la cocina con leña, o si consumen alimentos cerca a los desperdicios, o si están expuestos a las necesidades fisiológicas que dejan los animales que transitan dentro de las casas.

Dado que la interculturalidad se refiere al reconocimiento y el respeto de las diferencias existentes entre culturas, la interculturalidad conduce a la coexistencia bajo la concepción de que las culturas pueden ser diferentes entre sí, pero igualmente válidas, no existiendo culturas inferiores ni superiores, bajo este relacionamiento se debe basar la interacción entre las comunidades campesinas de Mórrope y la población de las ciudades urbanas cercanas.

En ese sentido, la interacción intercultural es un instrumento basado en el respeto entre culturas, con la finalidad de aprender la una de la otra, como hace referencia el Programa de Buen Gobierno de la Cooperación Alemana al Desarrollo - GIZ, “la falta de respeto o la minusvaloración “es valorar positivamente no solo algunos de los elementos que conforman una cultura, por lo general desde un punto de vista turístico folklórico: la comida, el baile, los trajes típicos, entre otros. Pero no se incluyen todos los aspectos que le corresponden, en igualdad, como sujetos de derecho, como, por ejemplo, o la capacidad que tienen para definir su propio desarrollo” (2008: 27).

Según la Norma Técnica Para la Transversalización del Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad del MINSA la interculturalidad “reconoce el derecho a la diversidad, a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales de los pueblos expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo. Implica reconocimiento y valoración del otro. Propone la interrelación, la comunicación, y el diálogo permanente para favorecer la convivencia entre las distintas culturas en contacto. Garantiza a cada una un espacio para desarrollarse en forma autónoma y promueve su integración a la ciudadanía en el marco de una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe” (2006: 9).

La Defensoría del Pueblo, sobre la interculturalidad y el dialogo intercultural y el derecho a la salud de las personas, menciona que, para el Ministerio de Salud, “es un proceso complejo y, ciertamente, difícil porque no brota espontáneamente ya que las personas y los grupos sociales tienden a pensar que lo propio es lo mejor. En el sector salud, por ejemplo, no ha sido fácil asimilar la visión intercultural. Durante años ha predominado un enfoque biomédico basado en el método científico positivista, que encuadra la ciencia en lo visible y comprobable y donde no hay cabida para las concepciones de salud de los pueblos indígenas” (2015: 20).

3.2.3 Enfoque Territorial

Para la presente investigación, el enfoque territorial ha implicado dar una mirada a las demandas locales y características propias del ámbito del distrito de Mórrope. Estas características particulares deben determinar la forma en que el Estado, a través de las autoridades locales, diseñe su intervención para hacer frente a la desnutrición infantil.

Dado que el Distrito de Mórrope tiene una extensión geográfica muy amplia, las familias campesinas están distribuidas de manera dispersa y el acceso a los servicios básicos es bastante limitado. Esta situación dificulta y encarece la distribución y acceso de alimentos que las familias suelen consumir. Por otro lado, los distritos vecinos de Mórrope no se dedican a la actividad agrícola, por lo que la única manera de comercializar los alimentos que producen o de adquirir los que usualmente consumen, es trayéndolos de lugares distantes como Chiclayo, Jaén, Bagua Capital y Bagua Grande.

El enfoque territorial es un concepto amplio que permite tener una mirada integradora de las diversas actividades económicas que se dan en ámbito rural y urbano del Distrito de Mórrope. En este marco, procesos como la participación ciudadana y la distribución geográfica de las familias campesinas influyen en la adquisición de alimentos y en la atención en los centros de salud del Distrito, así como el acceso a los programas de apoyo al desarrollo como Cuna Más y Qali Warma.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL sobre el origen de la discusión conceptual del enfoque territorial propone tres perspectivas que son fundamentales para el presente documento:

Económica: después de décadas de haberse concentrado únicamente en la agricultura como alternativa de desarrollo económico, se pasa a un enfoque del desarrollo rural más amplio y diversificado en donde se identifican múltiples actividades endógenas que pueden ser potenciadas en los territorios rurales. Los programas convencionales de enfrentamiento de la pobreza rural experimentan un cambio después de las investigaciones realizadas entre 1990 y 2000, en diferentes países, que establecen la importancia que tienen los empleos rurales y los ingresos no agrícolas entre los pobres rurales. Adicionalmente, los programas públicos orientados al mejoramiento de la productividad valorizan el potencial económico de todas las actividades localizadas en los territorios rurales, así como las sinergias que pueden lograrse optimizando la interacción entre los diferentes actores involucradas en ellas a través de aglomeraciones de empresas o clusters.

Geográfica: estas actividades económicas son implementadas en el marco de nueva ruralidad, esto es, un nuevo contexto social y económico que surge de la integración rural-urbana y de la metropolización progresiva de los espacios rurales, aunque sigue habiendo extensos espacios que aún han sido poco impactados por la creciente urbanización y globalización. Para diseñar estrategias de desarrollo se utiliza el concepto de espacio o territorio geográfico determinados, el que permite visualizar adecuadamente a los múltiples actores

y a sus vínculos con otros territorios, sean estos rurales, urbanos o localizados fuera del país. Se mencionan los estudios sobre nueva ruralidad realizados por académicos de universidades de la región, así como los trabajos de la CEPAL y del ILPES de los años ochenta, por nombrar sólo algunos elaborados sobre este tema.

Institucional: se da mayor énfasis en la participación social y en la descentralización como medio para asegurar mayor pertinencia y mejor implementación de planes y proyectos. Este fenómeno coincide con la ola democratizadora que recorre a la mayor parte de los países de la región, aunque también responde al carácter menos tecnocrático y más amplio que adquieren los proyectos de apoyo al desarrollo rural. Se busca establecer consensos sobre temas estratégicos para conseguir la gestión de acciones coherentes, estimulando las relaciones de negociación e incrementando la densidad del tejido social. También son relevantes otros trabajos académicos que ponen de relieve la importancia de los factores culturales y, dentro de ellos, la importancia de la acumulación de “capital social” (CEPAL 2010: 16-17).

Es interesante observar cómo, de manera progresiva, se ha venido dando la integración de las zonas urbanas con las rurales en la Región Lambayeque. El mejoramiento de la infraestructura vial ha permitido que la venta de los productos producidos en zonas rurales y la adquisición de productos manufacturados de las zonas urbanas, tengan un mayor flujo dinamizando el comercio hacia y desde las comunidades campesinas del distrito Mórrope.

Esta situación ha traído consigo para las comunidades rurales nuevos patrones de consumo y una variedad de alimentos manufacturados a los cuales antes no había acceso. A su vez un “pedazo” de la zona urbana está instalado en la comunidad campesina de Mórrope, estableciendo pequeños negocios donde se expenden productos que las familias campesinas solían encontrar solo en la zona urbana. Estos negocios son conocidos como “la tienda” o “la tiendita”. Mientras en el pasado para la preparación de alimentos utilizaban solo lo que la tierra les producía, hoy estos ingredientes son reemplazados o son combinados con nuevos productos traídos de zonas urbanas. De la misma manera, la producción que ellos obtienen de sus tierras ahora puede ser comercializada por ellos mismos en las zonas urbanas. La población empieza a valorar más la tierra porque no sólo es su fuente de consumo, sino también fuente de ingreso económico familiar; por ello, los miembros de la familia se involucran desde muy pequeños en los procesos de cultivo y cosecha de alimentos.

En el enfoque territorial, en el rol del gobierno local del Distrito de Mórrope deberá contribuir a mejorar la calidad de las relaciones comerciales entre los diversos territorios de su jurisdicción y los territorios vecinos, por un crecimiento equitativo entre todos ellos.

3.2.4 Enfoque de Género

Según la terminología usada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), define género de la siguiente manera:

Género se refiere a los atributos y las oportunidades sociales vinculadas con el hecho de ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, y niñas y niños, así como a las relaciones entre mujeres y entre hombres. Estos atributos, oportunidades y relaciones se construyen socialmente y se aprenden mediante procesos de socialización. Dependen del contexto y el momento, y pueden cambiar. El género determina qué se espera, permite y valora en una mujer o un hombre en un contexto específico. En la mayoría de las sociedades hay diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en cuanto a las responsabilidades que se les asignan, las actividades que realizan, el acceso a los recursos y el control de éstos, así como las oportunidades de adopción de decisiones. El género es parte del contexto sociocultural más amplio. Otros criterios importantes para el análisis sociocultural incluyen la clase, la raza, el nivel de pobreza, el grupo étnico y la edad (PNUD 2014: 27).

Y la definición de Igualdad de Género que usa el PNUD es la siguiente:

Igualdad de género se refiere entonces a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de las mujeres y los hombres, y de las niñas y los niños. La igualdad no significa que las mujeres y los hombres serán lo mismo, sino que los derechos, las responsabilidades y las oportunidades de las mujeres y los hombres no dependerán del sexo con que nacieron. La igualdad de género supone que se tendrán en cuenta los intereses, las necesidades y las prioridades tanto de las mujeres como de los hombres, reconociéndose la diversidad de los diferentes grupos de mujeres y de hombres. La igualdad de género no es un 'problema de la mujer' sino que debería preocupar tanto a hombres como a mujeres y atraer su participación plena. (PNUD 2014: 27).

A nivel nacional tenemos un marco legal que hace énfasis en la promoción del derecho de género:

- La Ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, aprobado por el Congreso de la Republica del Perú en el año 2007, establece las garantías para el ejercicio de derechos y acceso a oportunidades sin discriminación, entre estos derechos se encuentran: el acceso el derecho a la salud, en calidad, aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad a los servicios, tomando en cuenta el derecho a la maternidad segura, la prevención del embarazo adolescente y la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos.
- La Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, aprobada por el Congreso de la Republica del Perú en el 2003, señala en su artículo 73º, que hace referencia a el desarrollo de programas sociales, la defensa y promoción de los derechos ciudadanos, la implementación de servicios públicos locales y las competencias y funciones específicas de los gobiernos locales, que se encuentra bajo la jurisdicción de cada municipalidad.

Cabe resaltar que los Jefes de Estado y de Gobierno de los países de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), donde participa nuestro país, aprobaron, en enero 2017, la Estrategia de Género del Plan para la Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre hacia el año 2025. Esta estrategia establece pautas para profundizar las estrategias nacionales en los países de CELAC, para suprimir el hambre y la malnutrición desde una perspectiva de derechos y de género.

La inseguridad alimentaria está afectando la población a nivel mundial y hay evidencias que indican que las niñas y las mujeres están sufriendo de manera intensa sus consecuencias, según el informe del 2007 del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas (ECOSOC). Así, según la FAO, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), las mujeres conforman al menos 60 por ciento de las personas malnutridas, existiendo una estrecha correlación entre los niveles de desigualdad de género y la inseguridad alimentaria y la malnutrición.

A pesar de que las mujeres administran las necesidades nutricionales de sus familias, existe una acentuada desigualdad de género en la seguridad alimentaria, con frecuencia, en las mujeres pobres.

Las mujeres desempeñan labores de producción, ya sea en sus propios predios o en los de un tercero, haciendo trabajos remunerados o no

remunerados, al mismo tiempo que realizan las labores del trabajo reproductivo, la crianza de hijas e hijos y el cuidado de sus familias: así sus propias necesidades nutricionales están siendo descuidadas porque en muchas culturas a las mujeres y las niñas se les considera de condición inferior al varón, o menos prioritaria que los niños y los hombres.

Todavía, en diversos lugares, solamente se cuenta como trabajo aquel que es retribuido o aquel que se considera como la principal actividad económica de una persona; de esta manera, el trabajo realizado por las mujeres en el campo como la preparación del suelo, la pesca, el cuidado de los animales, el transporte o la comercialización de productos agrícolas, el acopio de leña, el acarreo de agua, la preparación de comidas, el cuidado de hijas e hijos y de personas enfermas, entre muchas otras labores dentro de la familia y en la comunidad, no son reconocidas como trabajo.



CAPÍTULO IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Técnicas para el Recojo de la Información

El presente trabajo de investigación se realizó desde una perspectiva metodológica cualitativa, con el fin de comprender los patrones culturales de los hábitos alimenticios de las familias campesinas de Mórrope. Se recogió, analizó e integró la información cualitativa a lo largo de la investigación para profundizar sobre las experiencias de las familias en la alimentación de sus hijos.

Para conocer los factores que favorecen en la prevalencia de la desnutrición crónica de niñas y niños menores de 5 años de edad de las familias campesinas de Mórrope, y cuál es el impacto en su estado nutricional, fue necesario tomar en cuenta lo siguiente:

4.1.1 El Diagnóstico

Luego de haber planteado el problema y de haber formulado las preguntas de investigación, se describieron las prácticas alimenticias de las madres gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años de edad, y las características del entorno físico donde preparan y consumen sus alimentos, para determinar el impacto en el estado nutricional de las familias.

Así mismo, se analizó la eficacia y las condiciones en las que se desenvuelve el programa Cuna Más. Para ello, se usó la metodología cuantitativa, pues la investigación pretendía medir el progreso de los niños beneficiarios frente a los resultados esperados del programa Cuna Más. En la evaluación se tomó en cuenta cada área de desarrollo considerada en las líneas de intervención del programa. Fueron objeto de estudio de esta investigación, las madres gestantes y las niñas y niños beneficiarios del programa Cuna Más. Se usó la metodología cualitativa para medir la calidad de los servicios brindados por las instituciones públicas locales. Se construyeron variables para ser

aplicadas en las entrevistas y poder recoger la valoración de las madres gestantes y de los miembros de la comunidad sobre las instituciones públicas locales.

También se recogió la valoración de los funcionarios públicos del Centro de Salud de Mórrope y del Programa Cuna Más, con el fin de medir el impacto que están teniendo ambas instituciones en su esfuerzo por eliminar la desnutrición crónica infantil en el distrito. Con las variables elaboradas se pudo recoger las apreciaciones, valoraciones y actitudes de los beneficiarios y autoridades para deducir, sustentar y/o justificar los resultados y las recomendaciones que se desprenden de la presente investigación.

La observación directa fue útil para percibir directamente los hábitos y patrones de consumo de las familias campesinas de Mórrope. Para ello se programaron visitas a las viviendas de las familias campesinas en las horas en que preparan y consumen sus alimentos. Se observó desde los espacios permitidos por las familias campesinas a fin de tener una lectura de sus comportamientos, hábitos, actitudes y valoraciones durante su alimentación.

4.1.2 Sujetos de investigación

La selección de la muestra se realizó a través del método no probabilístico por conveniencia, debido a que de los 22 caseríos del Distrito de Mórrope solo 3 de ellos cuentan con el Programa Cuna Más. Esto me ayudó a delimitar el universo a estudiar, pues interesa examinar las zonas geográficas donde el Estado interviene a través del Programa Cuna Más.

De las 365 familias que viven en los caseríos de Lagartera, Angolo y Las Delicias se seleccionó como sujetos de investigación a 30 familias compuestas por madres con hijos menores de cinco años de edad, diez familias de cada caserío.

Asimismo, fueron sujetos de evaluación un grupo de 10 personas, entre madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses de edad, beneficiarios del Programa Cuna Más del Caserío de Lagartera, por ser el caserío con la mayor población.

Para contar con la percepción de las madres de familia y de los funcionarios, se utilizaron diferentes técnicas para recoger esta información: i) la aplicación de guías de entrevista semi-estructurada con las madres de familia y los equipos técnicos distritales, ii) la aplicación de guías de observación y ii) la revisión de fuentes secundarias.

Las entrevistas fueron semi-estructuradas y estuvieron dirigidas a las madres de familia de niños menores de 5 años de edad, a los encargados del Programa Cuna Más. Estas entrevistas fueron anónimas y abiertas permitiendo total libertad de los participantes.

Las evaluaciones ayudaron a medir los resultados alcanzados de los beneficiarios, permitiendo encontrar brechas que deberán ser cubiertas posteriormente. Las reuniones con diferentes beneficiarios y sus familiares ayudaron a medir los resultados en cada una de las áreas de desarrollo: es decir, los aspectos físico, cognitivo, emocional y social de las niñas y niños menores de 36 meses de edad

4.1.3 Fuentes de información

- Entrevistas a madres de niños menores de 05 años.
- Entrevista a operadores de Salud.
- Entrevista a funcionarios del Programa Cuna Mas.
- Entrevista a informantes claves.

4.1.4 Instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación, la recolección de datos se realizó considerando como paso inicial la obtención información socio demográfica, Se utilizó la entrevista semi-estructurada con el objetivo de facilitar la comunicación y que las mamás puedan transmitir su visión de las experiencias que tienen en el Programa. (Ver Anexo1).

Con el propósito de favorecer un diálogo continuo con una línea clara hacia el objetivo a lograr, se elaboró una guía con preguntas respecto a los hábitos de consumo. Inicialmente se aplicó una prueba piloto con dos madres de familia, cuyas características coincidían con la población objetivo de la investigación. Una vez aplicada se modificó para poder profundizar el objeto de estudio y se aplicó previo consentimiento informado de las madres. (Ver Anexo 2).

Esta investigación requirió entrevistar a los funcionarios de entidades públicas locales para documentar los esfuerzos que hacen por erradicar la desnutrición infantil en el distrito de Mórrope, en particular del Programa Cuna Más y del Centro de Salud. El propósito de la guía de preguntas fue recibir de percepción de los funcionarios públicos sobre los hábitos de consumo de las

familias campesinas y los desafíos que enfrentan ambos organismos para cumplir con su tarea (Ver Anexo 3 y Anexo 4).

Finalmente, se midió el nivel de satisfacción de las madres respecto al servicio que el Programa Cuna Más viene ofreciendo. Esta ficha permitió conocer la calidad de atención y medir la efectividad que tiene el Programa Cuna Más en el Distrito de Mórrope (Ver Anexo 5 y Anexo 6).

4.1.5 Procedimiento

La secuencia del procedimiento fue el siguiente: se identificó 30 madres campesinas como objeto de estudio, se estableció el contacto inicial que permitió ingresar en el campo de estudio sin dificultad, se ubicó a los informantes y se determinó los tipos de datos necesarios. El objetivo era validar los instrumentos de recolección de datos y para ello se tomó al azar algunas madres de la población en estudio.

Como parte de la delimitación del estudio, se recogió la información de manera sistemática usando instrumentos para la recolección de datos y así determinar los puntos de investigación y establecer los límites de la misma. Luego, se seleccionó los aspectos más relevantes y se determinó la información clave que permitan lograr los propósitos del estudio de caso y de esa manera contar con una mejor comprensión de la prevalencia de la desnutrición infantil en niños menores de 05 años de edad.

Finalmente, se realizó el análisis de la información y se elaboró un breve informe. Una vez obtenida la información hubo la necesidad de unirla y analizarla. El autor de esta tesis consideró importante compartir los resultados con los informantes para recoger sus apreciaciones sobre la importancia de los resultados, por tanto, el primer informe fue elaborado en lenguaje sencillo para lograr una buena comprensión de los resultados obtenidos y así validar los instrumentos usados de recolección de datos.

4.1.6 Instrumentos de recolección aplicados

Se han utilizado los siguientes instrumentos (Ver Anexos 1-5).

- Encuesta sobre los hábitos alimenticios de los niños menores de 5 años.
- Guía de entrevista semi-estructurada sobre los hábitos alimenticios.
- Guía de entrevista para los operadores de salud del Distrito de Mórrope.
- Guía entrevista para los funcionarios del Programa Cuna Más del Distrito de Mórrope.

- Formulario de evaluación de progreso del niño – Programa Cuna Más.
- Encuesta de satisfacción de los padres de familia – Programa Cuna Mas.

La estrategia de investigación aplicada se refleja en la siguiente matriz donde se resume las unidades de análisis, las fuentes de información y las técnicas utilizadas. Ver Cuadro N° 10.

Cuadro N° 10.

Estrategia de Recolección de Datos.

ESTRATEGIA	UNIDAD DE ANALISIS	FUENTES	TECNICAS
Cualitativa	30 Madres de Familia	Hogares	Encuesta Entrevista
	3 Operadores de Salud	Centro de Salud	Entrevista
	3 Personal Cuna Mas	Cuna Más	Entrevista
Cuantitativa	Progreso de 10 beneficiarios	Cuna Más	Encuesta
	Evolución de indicadores de desnutrición	Estadísticas anuales Instrumentos de Gestión	Revisión documental

Fuente: Elaboración propia. 2016

4.2 Trabajo de campo

4.2.1 Trabajo de campo con las madres de familia de Mórrope.

En el distrito predomina el área rural, por lo que la mayoría de las familias se dedican a la agricultura y ganadería, tareas en las que las mujeres tienen por costumbre trabajar junto con sus esposos. El objetivo de la investigación era trabajar en y con la apreciación de las mujeres que están dedicadas actualmente a la crianza de sus hijos menores de 5 años de edad y como su vida cotidiana y sus dinámicas familiares intervienen directamente en la forma de alimentarse de sus hijos.

Durante el trabajo de campo se entrevistó a 30 mujeres madres de familia del mismo distrito de Mórrope y de los caseríos de Lagartera, Las Delicias y Angolo, estos últimos ubicados en los alrededores del centro del distrito de Mórrope. El autor de la tesis estuvo tres semanas interactuando con las familias, visitando los hogares y entrevistando a las madres en el horario que ellas disponían libre para esta tarea. Ellas participaron de las entrevistas mostrando interés en conocer los resultados de la investigación.

4.2.2 Trabajo de campo con Operadores de Salud del Distrito de Mórrope.

En este caso se tuvo entrevistas con las enfermeras del centro de salud de Mórrope. El centro de salud del distrito de Mórrope cubre no solo a la zona urbana del pueblo, sino que también alcanza a los 23 caseríos del distrito. La intención era conocer el estado nutricional de los niños menores de cinco años que se atienden en el centro de salud, conocer los problemas de salud más comunes asociados a la alimentación de los pequeños y los hábitos alimenticios que inculcan las madres de familia en sus hijos. Las enfermeras participaron con mucho interés sobre lo que hace el Centro de Salud en favor de los niños con desnutrición crónica y esperan que la investigación pueda aportar nuevas ideas con propuestas al Centro de Salud.

4.2.3 Trabajo de campo con el Personal del Centro Cuna Más de Mórrope.

Se tomó contacto con el Centro Cuna Más del Caserío de Lagartera y se realizó una entrevista con la encargada del Centro. El objetivo era conocer los servicios que brinda el programa a los niños de la comunidad, pero también se tomó una muestra de 20 niños para medir cual es el progreso de los beneficiarios en las áreas de nutrición y salud física, desarrollo cognitivo y socioemocional. A pesar de que la encargada del Centro tiene poco tiempo en la zona, proporcionó información valiosa. Actualmente tienen alrededor de 40 niños. El Centro guarda un buen registro del progreso de los niños en cuanto a su participación en las actividades del programa y el local se encuentra bien implementado.

CAPÍTULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación está organizada por áreas de interés que responden a cada pregunta específica planteada en la tesis, por lo que la presentación, el análisis y la interpretación de los resultados tendrán la siguiente secuencia.

5.1 Características de la vivienda de las familias campesinas de Mórrope.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, una vivienda digna es aquella donde los ciudadanos o las familias pueden vivir con seguridad, paz y dignidad. En tal sentido, fue interesante conocer cuál es el entorno físico donde las familias campesinas de Mórrope preparan sus alimentos para determinar cuánto impacto podría tener la condición de la vivienda en el estado nutricional de los niños menores de 5 años de edad.

Esta descripción se detalla en el Cuadro N° 11. Según la información obtenida el 83.3% de las viviendas (25 de 30 viviendas) son habitadas solamente por una familia y el 16% (5 de 30 viviendas) son habitadas por dos familias. El porcentaje de viviendas que es habitada por tres familias o más es cero. El 70% de las viviendas visitadas son de adobe, el 23% son de carrizo y barro y el 7% son de material noble.

Esta es una característica interesante, pues, aunque las familias campesinas están consideradas en el grupo de personas en condición de pobreza, y las viviendas no tengan las mejores condiciones de infraestructura o de salubridad, la mayoría de las familias cuentan con un espacio físico propio donde vivir.

Cuadro N° 11.**Características de las Viviendas de Mórrope.**

Categoría	Detalle	Cantidad	%
Habitantes	1 familia por vivienda	25	83,3
	2 familias por vivienda	5	16,7
	Más de 3 familias por vivienda	0	0,0
Material de la Vivienda	Adobe	21	70,0
	Carrizo y barro	7	23,3
	Material noble	2	6,7
Servicio de Agua	Cuenta con instalación dentro de la vivienda	12	40,0
	Consigue agua de un pozo cercano	12	40,0
	Consigue agua del camión cisterna	6	20,0
Servicio de Alcantarillado	Cuenta con instalación dentro de la vivienda	18	60,0
	No cuentan con el servicio	12	40,0

Fuente: Elaboración propia. 2017.

Otro detalle importante que debo resaltar es la composición de las familias campesinas de Mórrope. El 96.7% de familias viven con papa y mama, mientras que el 36.7% de familias tienen de 1 a 2 hijos, el 46.7% tienen de 3 a 4 hijos y el 16.7% tienen más de 5 hijos. En general, todas las familias tienen al menos un niño menor de 5 años de edad y el 53.4% de familias tienen al menos 6 integrantes, ver Cuadro N° 12.

Si bien la tendencia pareciera ser que, conforme va pasando los años, las familias de Mórrope tienen cada vez menos hijos, pues son menos las familias que tienen más de 5 hijos, pero es importante resaltar que hay poco espacio suficiente para la salud y vida familiar. Finalmente, Cuando un joven o una joven forman su familia, salen de casa de sus padres para formar su nuevo hogar.

Cuadro N° 12.**Composición de las familias campesinas de Mórrope**

Categoría	Detalle	Cantidad	%
Padres de familia	Solo mama	1	3.3
	Solo papa	0	0.0
	Ambos padres	29	96.7
Número de hijos por familia	1 a 2 hijos	14	46.3
	3 a 4 hijos	11	36.7
	5 a más hijos	5	16.7

Fuente: Elaboración propia. 2017.

Entonces si el hacinamiento no es un problema que favorezca la desnutrición crónica infantil, ¿cuáles pueden ser otros factores del entorno físico?

Sobre el sistema de agua en la comunidad, su abastecimiento se realiza de diferentes formas, de manera racionada un promedio de 2 horas diario en las pocas viviendas que tienen la instalación, pero también abasteciéndose de pozos existentes que bombean directo a la red que surte a la población. La mayoría de las viviendas no cuenta con servicio de agua potable, es decir, no cuentan con conexiones domiciliarias; el 60% de familias visitadas se abastece de agua a través de pozos artesanales y la trasladan en baldes plásticos.

Esta situación hace que el agua sea almacenada en baldes o tachos dentro de las viviendas. Muchas veces no hay el cuidado debido y los insectos y moscas del lugar se posan en estos recipientes. Cuando se preguntó a una madre cuánto tiempo tiene almacenada el agua que estaba usando en ese momento para la preparación de alimentos, dijo:

“...uy esa agua está allí como 10 días. Como estoy sola no tengo tiempo para ir a cada rato a sacar agua del pozo, y eso nomás pues...” (María Mauci, 40 años).

La escasez de agua pone en riesgo la salud de las familias campesinas de Mórrope, pero más aún los niños pequeños, quienes tienen adicionalmente dificultad para realizar su limpieza corporal.

Sobre el sistema de alcantarillado, la mayoría de las viviendas no cuentan con colectores de servicio de alcantarillado, por lo que la población ha tenido que construir silos y letrinas de manera artesanal, la población drena el desagüe muy cerca de sus viviendas, esta situación permite la proliferación de insectos, contaminando así el medio ambiente y deteriorando la salud de los miembros de familia. El 60% de la población total no cuenta con dicho servicio de alcantarillado.

Imagen N° 1.**Vivienda típica de carrizo y barro en el Caserío de Lagartera.**

Fuente: Elaboración propia 2016.

Sobre el acondicionamiento de las viviendas para la preparación de alimentos, durante las entrevistas se pudo observar que las aguas servidas son arrojadas en la tierra y que el agua que se utiliza para la preparación de alimentos, también se usa para el lavado de la vajilla y luego es arrojada fuera de la casa si es abundante y dentro de la casa si es poca. Sobre la forma en la que las familias tratan el agua durante la preparación de sus alimentos, se pudo observar que el 70% de madres hierve el agua antes de consumirla y 20% de madres trata el agua con lejía. El 10% de madres no trata el agua antes de consumirla.

Sobre el tratamiento de residuos y excretas se pudo observar que el 60% de familias utiliza el pozo ciego como sistema de disposición de residuos y excretas y que sólo el 7% usa su letrina. Estos pozos y letrinas están ubicados muy cerca de las viviendas, a 10 metros en promedio aproximadamente, y las puertas suelen estar a abiertas en dirección hacia las viviendas, cuando la recomendación es que las puertas de las letrinas estén en sentido opuesto al viento para evitar que los olores entren a la vivienda. Ver Cuadro N° 13.

Cuadro N° 13.**Acondicionamiento de las Viviendas para la reparación de alimentos
Caseríos Lagartera, Las Delicias y Angolo**

Categoría	Detalle	Cantidad	%
Tratamiento del Agua para su consumo	Hervir el agua para purificarla	21	70.0
	Uso de lejía para purificar el agua	6	20.0
	Uso de agua sin tratamiento	3	10.0
Tratamiento de residuos y excretas	Pozo ciego	18	60.0
	Letrina	7	23.3
	Material noble	2	6.7

Fuente: Elaboración propia. 2017

Las condiciones en que viven las familias campesinas de Mórrope son un factor determinante para la salud de los niños menores de 5 años. Evidentemente las deficiencias salubres en el manejo de los alimentos y las pésimas condiciones físicas del ambiente físico donde se preparan los mismos exponen a los niños a contraer diversas enfermedades.

En cuanto a los servicios públicos, la población cuenta con servicios de alumbrado público desde el año 2002 y 60% de viviendas tiene alumbrado en su domicilio, por tanto, el 40% de familias no cuenta con este servicio que es brindado por la empresa ENSA, cuya sucursal se encuentra en la ciudad de Íllimo. En telecomunicaciones, el 80% no cuenta con telefonía fija (domiciliaria). Si bien hay algunos centros comunitarios, la mayoría de los pobladores hace uso del celular.

Las familias campesinas se han acostumbrado a vivir sin electricidad y sin teléfonos fijos, aunque consideran importante este último. Todas las familias visitadas cuentan con un equipo celular básico prepago, aun cuando sólo sea para recibir llamadas; no tienen en su presupuesto un gasto regular en comunicaciones.

Visto todos estos elementos que describen la condición en la que viven las familias campesinas, se puede determinar que la ausencia de agua y la ausencia de un sistema de alcantarillado en las viviendas son factores que influyen fuertemente en la forma de preparación de alimentos. Asimismo, las prácticas de higiene personal de los adultos y de los niños están delimitadas por los accesos a los servicios de agua potable y de alcantarillado. Es necesario que el gobierno local invierta para revertir esta condición en las viviendas de sus pobladores.

5.2 Concepción de las familias campesinas de Mórrope sobre nutrición y dieta balanceada

La alimentación de las familias esta influenciada por sus creencias. Contreras y Gracia citan lo siguiente:

Los condicionantes socioculturales de la alimentación son poderosos y complejos. Los usos dados a cada alimento, sus combinaciones, el orden, la composición, el número y las horas de las diferentes comidas, todo ello, está codificado de un modo preciso y dicha codificación es el resultado de una proceso social y cultural cuyo significado y razón cabe buscarlos en la historia de cada sociedad y cultura. En ese sentido, la cultura alimentaria de un pueblo es el conjunto de representaciones, de creencias, conocimiento y de prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado (1993: 33).

De las entrevistas se desprende que las madres sujetas de la investigación tienen creencias y prácticas que datan de muchos años atrás, y que han sido transmitidas generación tras generación. Estas creencias y prácticas han modelado su entorno personal y familiar, de modo que se han convertido en parte de la cultura local. La preparación de alimentos para los niños menores de 05 años de edad ha sido influenciada por un conocimiento empírico, por las experiencias vividas como parte del día a día de la familia y que han sido recibidas de sus antecesores año tras año.

“...mi mamá me dice qué es lo que tengo que preparar para el bebé, zapallo batido, jugo de granadilla, jugo de naranja, camote batido o plátano de la isla o chicha de jora. Pero cuando hay más dinero se puede comprar una pera o un durazno” (Concepción Chapoñán, 31 años)

En esencia, el cuidado o preocupación por mantener la tradición cultural incorpora una defensa abierta por sólo escuchar y practicar las costumbres del pasado como respeto a la propia identidad cultural reflejada en los consejos de los ancianos. Esta determinación influye en el pensamiento y en el proceder de las actuales generaciones; la trasmisión oral de las tradiciones de generación en generación, reflejan la importancia que tienen por preservar la cultura. Ver Cuadro N° 14.

Cuadro N° 14.**Significado de alimento saludable para las familias de los caseríos de Lagartera, Las Delicias y Angolo.**

Categoría	Detalle	Cantidad	%
Donde encuentran consejo sobre alimento nutritivo y dieta balanceada	De parte de la familia	23	76.7
	De parte del centro de salud	6	20.0
	De parte del centro de salud	1	3.3

Fuente: Elaboración propia. 2017

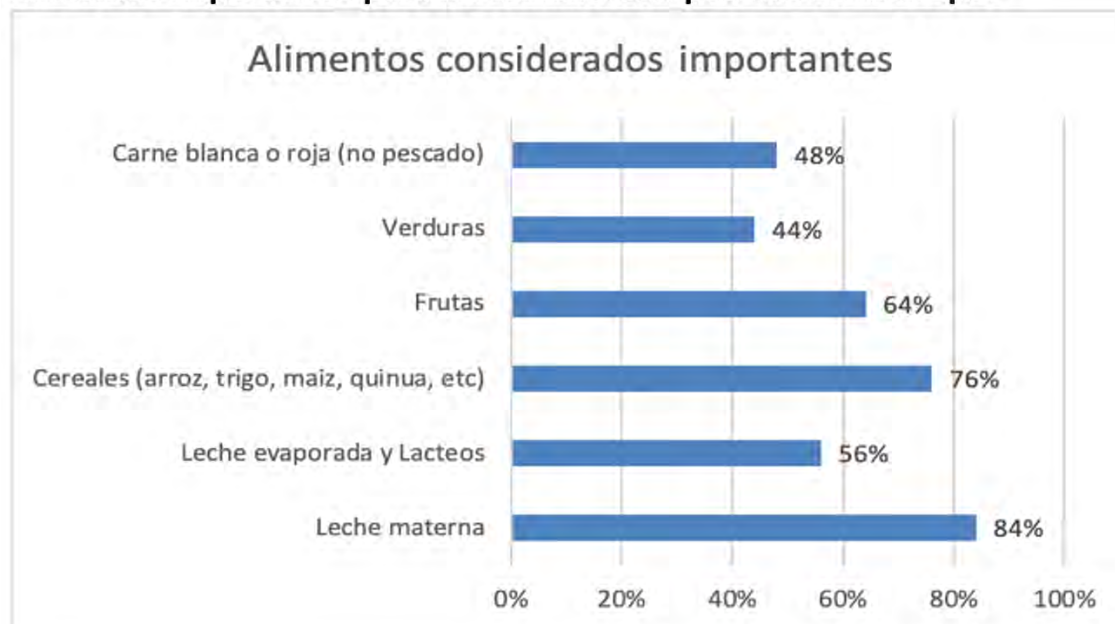
Las abuelas campesinas comparten oralmente sus creencias y sus prácticas en la preparación de los alimentos. Esta preocupación por mantener el respeto a la cultura está fuertemente arraigada, de manera que se convierten en consejeras de la alimentación adecuada, del cuidado en la salud y de la protección a sus nietos.

El respeto por la cultura que tienen las familias campesinas de Mórrope explica las acciones y el raciocinio que está detrás de las decisiones individuales como: el modo de ser, la forma de convivir, el cuidado que deben tener hacia sus hijos, los pensamientos, los valores que deben practicar, la preparación de alimentos, entre otros. Ellas no emplean o buscan un conocimiento científico, sino que obedecen a la tradición y costumbres que han sido transmitidas por sus antepasados

Este respeto por la cultura constituye el marco sobre el cual las familias campesinas determinan lo que es saludable y lo que no lo es, los ingredientes que son importantes y los que no lo son para la preparación de alimentos y las prioridades en los tipos de alimentos, frecuencia y horario de consumo de sus hijos. A la pregunta ¿Qué alimentos son importantes para usted? La mayoría de las familias prefieren la leche materna (84%). Entre los alimentos que se suman a la leche materna, el 76% de familias que invierte en comprar cereales y 64% compra frutas. Mientras que por el contrario el 48% compra carne roja o blanca y el 44% invierte en comprar verduras. Ver Gráfico N° 3.

Gráfico N° 3.

Alimentos importantes para las familias campesinas de Mórrope.



Fuente: Elaboración propia. 2017

Pero ¿hay otro motivo por el cual las familias campesinas eligen el tipo de alimento a consumir? Al parecer el precio de los alimentos que suelen consumir determina su importancia en el plato de comida. Citando a Solomon Michael “Las personas frecuentemente compran productos por lo que estos significan y no por lo que hacen. Las alternativas de consumo sencillamente no pueden comprenderse sin considerar el contexto cultural en el que se realizan” (Solomon Michael, 2001).

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 3, a la hora de comprar, las madres encuestadas poco prefieren las verduras y las carnes dejándose así llevar por el precio más que por el valor de los nutrientes que tiene cada alimento. Si bien hay un claro respeto por comprar alimentos según la tradición familiar, es probable que este principio quede de lado cuando la posibilidad de compra se ve limitado por el precio.

En tal sentido, los hábitos de consumo de alimentos de las familias campesinas están determinados por el grado de conocimiento empírico que tienen sobre la composición nutritiva de un alimento, pero también el poder adquisitivo determina el tipo y cantidad de productos para consumo que deben

adquirir. De esta manera, las percepciones tradicionales pueden ser afectadas por el precio de estos.

Imagen N° 2.

Entrevista con la Sra. Concepción Chapoñán.



Fuente: Elaboración propia. 2016.

Las costumbres que tienen las familias campesinas en la preparación de alimentos permiten o prohíben el consumo de determinados alimentos, es decir, determinan si un alimento es “sano” o no lo es. Pero estos alimentos “sanos” no son necesariamente más valiosos nutricionalmente que los prohibidos. Existe una relación entre el concepto de “alimento sano” que utilizan las madres de familia, con la definición de “alimento nutritivo”. Ellas utilizan el término “sano” a todo producto que es beneficioso y no dañino para la salud del cuerpo de sus hijos, pero esta concepción sólo está sustentada en por lo que la tradición o la cultura transmite generación tras generación.

Esta manera de concebir un alimento sano tiene un importante impacto en el estado nutricional de los niños menores de 05 años de edad. Por lo observado y recogido, el concepto de alimento nutritivo o dieta balanceada queda reducido a la definición que tiene cada familia de alimento sano.

Finalmente, hay un tercer factor que interviene en la cantidad de productos sanos que las familias campesinas adquieren: el número de hijos que tiene cada

familia. Así, no solo la tradición determina cuales son los alimentos importantes para una buena salud, o el precio de estos que determina la cantidad y calidad de productos a adquirir, sino también la cantidad de hijos que tiene una familia.

Imagen N° 3.

Madre de familia típica de Mórrope con sus dos hijos regresando de hacer sus compras en el mercado.



Fuente: Elaboración propia. 2016.

A mayor cantidad de hijos en la familia los empuja a desmerecer el alimento sano que deben consumir los hijos más pequeños, pues las madres tienen que decidir si deben priorizar preparar alimentos para los hijos mayores o para los menores, en esta decisión entra en juego determinar quién tiene más valor para la familia. El número de niños por familia tiene una relación directa con el estado nutricional y alimenticio de los niños menores de 5 años.

Aquí hay un factor cultural importante, pues en el imaginario colectivo las familias campesinas prefieren la cantidad de hijos a la calidad de su desarrollo.

Aunque esta información no es proporcionada explícitamente por los padres de familia, en las entrevistas se recogieron expresiones como: “tuve 5 hijos y me quedaron 3 vivos”, o “tuve 7 hijos y me quedaron 5 vivos”. Pareciera que el número de hijos por familia tiene una relación inversamente proporcional con el buen estado nutricional de los mismos; aparentemente no hay preocupación por los niños pequeños porque los padres saben que durante la edad temprana pueden morir, entonces ¿porque invertir o prestar mucha atención en un pequeño si no se sabe si va a sobrevivir?

Así pues, la cantidad de hijos limita el presupuesto de la familia y obliga a las madres a modificar la composición de los alimentos que consumen. Esta situación ha creado una oportunidad al Centro de Salud de Mórrope para introducir en las familias los conceptos de nutrición y dieta balanceada, pero la enseñanza de los nuevos hábitos alimenticios produce en las madres de familia la percepción de que las fórmulas lácteas son más saludables para sus niños, a pesar de que los alimentos preparados y producidos en el hogar, con insumos disponibles localmente, son más económicos y con frecuencia tanto o más nutritivos que los alimentos manufacturados durante el destete.

Un detalle a considerar es que los alimentos manufacturados para el destete son más costosos comparados con la elaboración de las fórmulas caseras. Existen en Mórrope alimentos ricos en proteínas como el maní, los frijoles, la carne, el pescado seco, la leche o los huevos. Estos son menos costosos que los productos manufacturados nutricionalmente buenos. El personal del Centro de Salud lucha porque las madres de familia hagan el esfuerzo por preparar formulas caseras. Pero ¿Cómo una madre de familia puede mejorar la alimentación de sus hijos si tiene poco dinero extra para gastar?, la respuesta sigue siendo: depende de cuán influenciada esté la mamá por adquirir nuevos hábitos nutricionales de consumo.

5.3 Hábitos de consumo de alimentos de las familias campesinas de Mórrope

Un hábito alimenticio es la forma en la que una persona acostumbra a hacer uso de un producto alimenticio, es decir, la forma en que habitualmente hace uso de él.

Durante la investigación se entrevistó a 30 madres para conocer cuántas comidas preparan al día. El resultado fue que 40% de las familias tiene comida 1 vez al día, 72% a veces tiene 1 o 2 comidas al día, y el 32% 2 veces al día. Sólo el 28% de familias campesinas tienen 3 o 4 comidas al día. Ver Gráfico N° 4.

Gráfico N° 4.

Número de comidas que consumen al día las familias campesinas de Mórrope.



Fuente: elaboración propia. 2017

La mayoría de las madres de familia reconocen que es importante alimentarse bien y que comer 03 veces al día es necesario, sin embargo, en las entrevistas se pudo conocer algunos detalles sobre cómo son sus hábitos para comprender por qué no lo hacen:

“...usualmente nos alimentamos con desayuno, almuerzo y cena, pero el dinero no alcanza para comprar papa amarilla para hacer la papilla a mi hijo Cristóbal y solo le hago caldito criollo, y a veces solo toma leche o huevos criollos. En el almuerzo no comemos verduras. Pero la tía Mari esta menos alimentada, como no le alcanza la plata ella no se alimenta bien” (Concepción Chapoñán, 31 años, tiene 03 hijos de 10 años, 07 años y 09 meses. Cristóbal pesa 8 kilos 600 gramos).

Como menciona la FAO en el documento Nutrición Humana en el Mundo: “las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a

los alimentos. Se tiene la tendencia a aceptar lo que las madres preparaban, los alimentos que se servían en diversas ocasiones con amigos y familiares durante la infancia. Los alimentos que los adultos no comieron durante la infancia usualmente no son aceptados posteriormente” (2002:35).

Esta situación se comprueba en la práctica de consumo que tienen las familias campesinas de Mórrope, práctica que se va repitiendo de generación a generación, y que las madres mayores y abuelas aplican y transmiten en sus hijos y nietos lo que aprendieron de sus propias madres. En este proceso los hábitos alimenticios no distinguen la calidad de los alimentos, básicamente se centran en preferencias o gustos tradicionales.

Por otro lado, es evidente que los hábitos de consumo, asociado a ciertas condiciones de vida tienen un impacto en los niveles nutricionales de los niños menores de 5 años de edad.

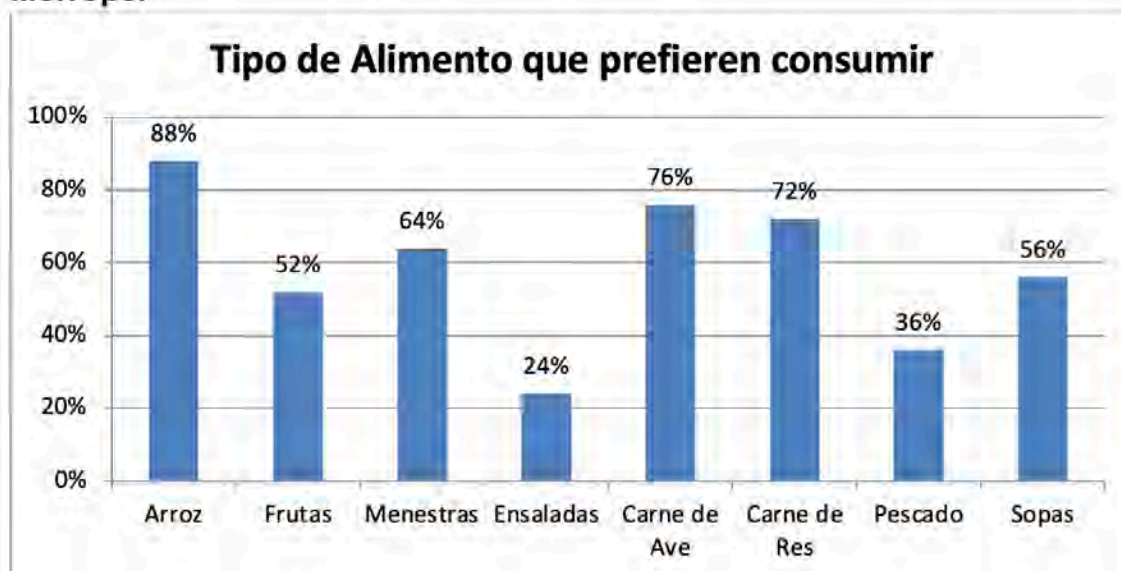
“...usted ve nuestra condición y no me alcanza para comer tres veces al día, solo almuerzo, pero no ceno y mi desayuno es pan con anís; no le puedo dar mi leche a mi hija y no me alcanza para comprar leche de tarro; no tomamos leche...” (María Mauci, 40 años).

La señora María tiene su hija de 11 meses y pesa 5 kilos 300 gramos. Su peso indica desnutrición crónica, ya que está por debajo del peso esperado para su edad. Según la tabla de crecimiento de la OMS, ella debería estar por encima de los 8 kg, pero la condición de pobreza determina el estado nutricional de su hija. Este hecho confirma que la desnutrición está asociada a la pobreza.

No sólo fue importante investigar cuánto alimento consumen sino también qué tipo de alimentos y cómo se constituye el plato de comida de estas familias. A la pregunta ¿Cuáles son las preferencias en sus alimentos? entre los preferidos están: el arroz (88% de familias), la carne de aves (pollo, gallina y pato) (76%), carne de res (72%) y menestras (64%). Los alimentos que menos gustan son las ensaladas (24%), el pescado (36%), las frutas (52%) y las sopas (56%). Ver Gráfico N° 5.

Gráfico N° 5.

Tipo de alimentos que prefieren consumir las familias campesinas de Mórrope.



Fuente: Elaboración propia. 2017

Las preferencias alimentarias no se deciden ni se determinan por caprichos y simpatías. Estas están determinadas por los cambios sociales y económicos que sufre la comunidad de Mórrope. Para conocer estos cambios se hizo la siguiente pregunta: ¿Cuánto ha cambiado Mórrope en los últimos 20 años? Algunos comentarios resumen estos procesos:

“...antes no había pistas, no había posta: Me acuerdo que mi mamá me tenía que llevar a Lambayeque para que me atiendan cuando me enfermaba. Tampoco había agua de caño; había que sacar agua del pozo. La luz solo había por horas. Antes mi mamá cocinaba con leña y carbón, y ahora también usan carbón y leña, pero es menos, ahora ya usa el gas que hay en la casa...” (Juan Cajusol, 56 años)

“...a pesar de las mejoras, no hay trabajo en la zona. Las personas se van a la mina de yeso y a la mina de sal. La agricultura solo hay cuando hay agua por la lluvia, después no; yo tengo que estar buscando trabajo a cada rato. Los alimentos cada vez están más caros, ya no alcanza...” (José Cuzo, 37 años)

Al ser Mórrope una comunidad campesina, la posibilidad de empleo de la mano de obra se da mayoritariamente en la agricultura y, cuando no hay agua, son contratados como peones de fábricas u obreros de construcción civil.

Las madres de familia manifiestan que la tendencia de los hombres que ganan dinero es gastar la mayoría de su jornal en el mismo día que lo recibe y la familia come bien solo el día siguiente al día de pago. Esta actitud de los hombres, padres de familia, influye en la ración de alimentos de sus familias y en dosis de alimentos sanos que se dan a los niños pequeños. Por otro lado, cuando las madres de familia son el único sustento de los hijos, más bien la tendencia es a cuidar la dieta familiar.

Aquí debo hacer un paréntesis para revisar la teoría de que la seguridad alimentaria de las familias no es responsabilidad solo de los padres de familia, que salen todos los días a buscar trabajo. Aquí vemos que tanto las mujeres como los hombres campesinos desempeñan diferentes funciones para procurar la mejor calidad de alimentos para sus familias y su comunidad. Mientras que los hombres se dedican principalmente a los cultivos en el campo, las mujeres suelen ser responsables de criar a los animales menores de granja y de cultivar y preparar la mayor parte de los alimentos que consumen en el hogar.

Aun cuando el aporte de las madres no es valorado por sus esposos o parejas, se evidencia que cuando las madres de familia trabajan, dedican la mayor parte de sus ingresos a la alimentación de sus hijos. A ello se suma el hecho de que cuando la mujer se hace cargo del presupuesto familiar se favorece el cuidado nutricional de los hijos. Quedando probada así la dimensión de género en la seguridad alimentaria de las familias campesinas de Mórrope.

Se ha escuchado con frecuencia que los hábitos alimenticios nunca cambian o que son hábitos difíciles de modificar. Esto no parece ser cierto en el caso de Mórrope; en muchas familias los alimentos básicos que consumen ahora son diferentes a los de años atrás. Sus hábitos y costumbres alimentarias están cambiando porque son influenciadas de diferentes formas.

Un claro ejemplo de ello se refleja con la llegada de la señal radial y televisiva, y la señal de internet, que permiten que ahora las familias tengan acceso a conocer nuevas formas de alimentarse, nuevos hábitos alimenticios y alimentos diferentes a los que las familias solían consumir.

“...casi todos tienen un televisor y comen lo que hay en la tele. Siempre los niños están pidiendo las cosas que ven en la tele; los niños grandes le contagian a los niños pequeños, ja, ja, ja” (Milagros Inoñán, 21 años).

“...antes, cuando celebrábamos los cumpleaños, solo dábamos una merienda. Mi mamá nos daba arroz con su menestra verde, o sino panamito con pato estofado; era como un almuerzo y comíamos bien. Ahora, para los cumpleaños todos quieren hacer una fiesta, compran chizitos, caramelos, torta, mazamorra, arroz con leche, gelatina; ya no es como antes” (Natalia Peche, 31 años).

“...antes gastábamos 100 soles para dar un almuerzo a los familiares y amigos, ahora las fiestas de cumpleaños mínimo se gastan 500 soles y las mejores, 3 mil soles.... (Hace referencia a un familiar). Si, ahora una buena fiesta tiene payasos, dalinas, el toldo y los dulces, siempre hay comida, pero se gasta mucho en golosinas” (Antonia Suclupe, 31 años).

La manera como el modelo económico consumista ha influido en los hábitos de consumo de las familias campesinas de Mórrope se evidencia en la forma en que las familias eligen sus productos alimenticios y en el lugar donde realizan la compra de dichos alimentos. En el pasado, la costumbre era hacerlo en el mercado de la comunidad y lo complementaban con los alimentos de pan llevar producidos en sus propias huertas.

Por otro lado, la mejora en la infraestructura vial ha permitido la aparición de pequeñas tiendas de venta de abarrotes y alimentos empacados. Esos pequeños negocios se han convertido en surtidores de alimentos para el 64% de las familias entrevistadas. Ahora las familias no sólo tienen el mercado comunal donde regularmente iban a comprar y que a veces queda un poco distante, sino que hay la “tiendita” de la vecina en la misma comunidad donde pueden adquirir alimentos traídos de zonas urbanas.

Las imágenes a continuación describen como son el Mercado de la Ciudad de Mórrope donde usualmente las familias hacen sus compras los fines de semana. También se muestra una tienda típica de la Ciudad de Mórrope, en contraste con una tienda típica de la Comunidad Campesina de Lagartea; cumplen la misma función de proveer los ingredientes para la preparación de alimentos, pero existe diferencias entre ellas.

Imagen N° 4.
Mercado de Mórrope



Fuente: Elaboración Propia. 2016

Imagen N° 4.
Tienda Típica de la Ciudad de Mórrope



Fuente: Elaboración Propia. 2016

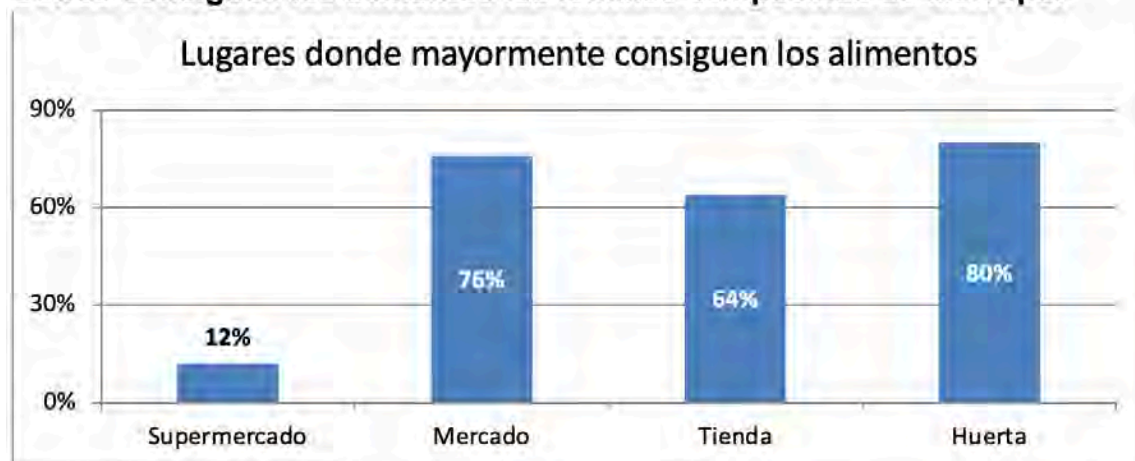
Imagen N° 5.
Tienda Típica del Caserío Lagartera



Fuente: Elaboración Propia. 2016

En la actualidad, con el acceso a nuevas formas de comercialización de alimentos, es interesante que 3 de las 30 familias realicen parte de sus compras en un supermercado, tomando en cuenta que el supermercado más cercano al distrito de Mórrope está ubicado por lo menos a 30 minutos desde sus domicilios. Ver Gráfico N° 6.

Gráfico N° 6.
Donde consiguen los alimentos las familias campesinas de Mórrope.



Fuente: Elaboración propia. 2017.

A pesar de estos cambios en la forma como las familias consiguen sus alimentos, el 76% de familias van al mercado del pueblo para hacer sus compras y el 80% de familias que tienen una pequeña parcela, cultivan algunos productos de pan llevar.

Si bien en el Distrito de Mórrope se está llevando a cabo esfuerzos por parte de los Programas Cuna Más y Qali Warma, de los establecimientos de salud y de la Municipalidad Distrital por reducir la tasa de DCI, aparentemente hace falta un enfoque de gerencia social para optimizar el rendimiento de los esfuerzos de las instituciones encargadas en el enfrentamiento de la DCI, pues las familias están empezando a asemejarse más a patrones culturales urbanos y esto no está determinado por el ingreso que percibe cada familia campesina. La población adulta del campo no suele migrar, son los hijos jóvenes que logran convencer a sus padres de que hay un mejor futuro en las ciudades desarrolladas; de esta manera ellos importan patrones urbanos en su alimentación y lo transmiten a sus hermanos menores. Es indudable que el acceso a los medios de comunicación como el internet, la radio y la televisión, han empujado a las familias en el consumo de los bienes industriales.

Finalmente, los hábitos alimenticios de las familias están determinados por la forma en la que los patrones culturales se van desarrollando en el tiempo. Esto quiere decir que hay patrones culturales que se han venido afirmando en el tiempo. La cultura se ha convertido en una fuerza muy poderosa sobre la conducta de los habitantes de Mórrope, y ha servido para determinar el grado de inteligencia, creatividad y salud de su población.

Existen varias formas de cultura, según Manuel Cuadrado son 3: “la cultura formal que se trasmite de padres a hijos; la cultura informal que se transmite de manera cotidiana por elementos externos a la familia como los medios de comunicación y las amistades; y la cultura técnica que es transmitida por los profesionales, profesores, médicos, etc.” (Cuadrado García, 2002).

Como puede observarse, los hábitos alimenticios de las familias campesinas de Mórrope están en constante evaluación. A modo de resumen se puede establecer que de la muestra de 30 familias encuestadas, el 56% de familias se encuentran ubicadas preferentemente en la cultura formal, el 32% se encuentra en la cultura informal ya que se dejan llevar por las decisiones del entorno, y el 12% están influenciadas por cultura técnica.

Se puede afirmar que las creencias adquiridas y reforzadas por el entorno social de las madres, influyen en ellas al proporcionar a sus niños orientación y cuidados no científicos de acuerdo a sus hábitos o costumbres.

5.4 Percepción de los funcionarios públicos del Distrito de Mórrope sobre la desnutrición infantil.

5.4.1 Percepción del personal del Centro de Salud

El Distrito de Mórrope cuenta con un Centro de Salud ubicado en la capital del distrito y con 19 puestos de salud ubicados en los caseríos de: Cruz del Médano, Arbolsol, Caracucho, Chepito, Cruz de Paredones, Annape, El Romero, Fanupe Barrio Nuevo, Huaca de Barro, La Colorada, Lagartera, Las Pampas, Los Pocitos, Quemazón, Santa Isabel, Sequiones y Tranca Fanupe.

El Distrito cuenta con tres Micro Redes de Salud ubicadas en Mórrope Ciudad, Cruz del Médano y Los Pocitos. Según los Lineamientos para la conformación de redes de salud del MINSA, una Micro Red de salud es “el conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad y ámbito geográfico, y facilita la organización de la prestación de servicios de salud. La Micro Red cubre una superficie territorial dentro de la cual se puede dar con facilidad las relaciones entre la población y el establecimiento de salud o entre establecimientos” (2001: 12).

Establecimientos de Salud en el distrito de Mórrope por Centro Poblado. Ver Cuadro N° 15.

Cuadro N° 15.

Ubicación de Centros de Salud en el Distrito de Mórrope

N°	LUGAR	INSTITUCIÓN	TIPO
1	Mórrope	MINSA	Centro de Salud
2	Cruz del Médano	MINSA	Centro de Salud
3	Arbolsol	MINSA	Puesto de Salud
4	Caracucho	MINSA	Puesto de Salud
5	Chepito	MINSA	Puesto de Salud
6	Cruz de Paredones	MINSA	Puesto de Salud
7	Annape	MINSA	Puesto de Salud
8	El Romero	MINSA	Puesto de Salud
9	Fanupe Barrio Nuevo	MINSA	Puesto de Salud
10	Huaca de Barro	MINSA	Puesto de Salud

11	La Colorada	MINSA	Puesto de Salud
12	Lagartera	MINSA	Puesto de Salud
13	Lagunas	MINSA	Puesto de Salud
14	Las Pampas	MINSA	Puesto de Salud
15	Los Positos	MINSA	Puesto de Salud
16	Quemazón	MINSA	Puesto de Salud
17	Santa Isabel	MINSA	Puesto de Salud
18	Sequión	MINSA	Puesto de Salud
19	Tranca Fanupe	MINSA	Puesto de Salud

Fuente: MINSA - Portal del Ministerio de Salud. 2017.

Es interesante que el Distrito Mórrope con más de 46 mil habitantes, solo cuente con establecimientos de salud de primer nivel de atención de Categoría I-3, como el más alto nivel de complejidad y características funcionales que permitan atender las necesidades de salud de su población. En el cuadro a continuación se detalla las funciones generales y actividades del establecimiento de salud. Ver Cuadro N° 16.

Cuadro N° 16.

Características de un Establecimiento de Salud Categoría I-3.

Características Establecimiento de Salud Categoría I-3	
Funciones Generales	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Brindar atención integral de salud a las personas por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad. - Participar en las actividades de educación permanente en salud, para mejorar el desempeño en servicio. - Realizar la gestión del establecimiento y participar en la gestión local territorial. - Participar en el análisis del proceso de atención en salud para la toma de decisiones eficiente y efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de urgencias y emergencias - Referencia y contra-referencia - Desinfección y esterilización - Vigilancia epidemiológica - Salud ocupacional - Registro de Atención e información - Salud ambiental - Salud Familiar y comunitaria - Acciones de salud ambiental en la comunidad - Atención con Medicamentos - Atención de parto inminente - Nutrición integral - Prevención y diagnóstico precoz del cáncer - Intervenciones de cirugía de consultorio externo - Radiología dental

	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio dental - Rehabilitación basada en la comunidad.
--	--

Fuente: Elaboración propia. En base a MINSA: Norma Técnica de Salud. 2011.

Para la investigación se tomó como muestra el Establecimiento de Salud de Mórrope Ciudad, actualmente este centro médico tiene una cobertura de 794 niños entre 0 y 5 años de edad. De esta población infantil, 268 niños se afiliaron al SIS en el año 2015.

Este establecimiento de salud se encuentra ubicado en el centro de la ciudad y tiene una infraestructura en condiciones aptas para atender a la población que se encuentra bajo su jurisdicción. El horario de atención es de lunes a sábado durante las mañanas y tardes. Los casos de salud que necesitan una atención especializada son derivados a la ciudad de Lambayeque o a Chiclayo.

Cuenta con una ambulancia para casos de emergencia y dos motos lineales para hacer el seguimiento de casos en domicilio, sin embargo, se hace necesario contar con más unidades vehiculares ya que la distribución geográfica de las familias es muy dispersa.

Imagen N° 6.

Centro de Salud de la Ciudad de Mórrope.

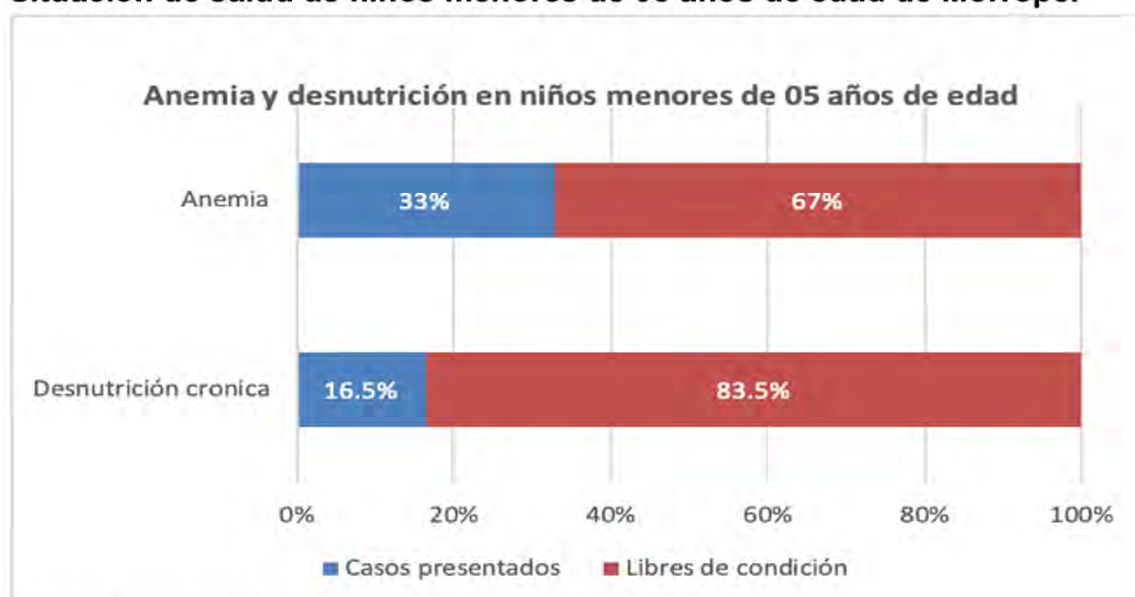


Fuente: Elaboración propia. 2016

Las enfermedades más comunes en las niñas y niños son las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA). En el año 2015 se identificó que el 16.5% de niños menores de 05 años de edad presentaban desnutrición crónica y el 33% de niños menores de 05 años de edad tenían anemia. Ver Gráfico N° 7.

Gráfico N° 7.

Situación de salud de niños menores de 05 años de edad de Mórrope.



Fuente: Centro de Salud Mórrope. Elaboración propia. 2017

El personal del centro de salud está muy preocupado por la prevalencia de la desnutrición infantil en los niños y niñas menores de 05 años de edad.

“...yo estoy desde el 2002 trabajando en el centro de Salud de Mórrope y el indicador de desnutrición crónico no ha bajado casi nada en todo este tiempo, sigue siendo el mismo” (Elizabeth Mina – técnico administrativo del Centro de Salud)

El Centro de Salud tiene dificultades para afrontar este problema. Por ejemplo. En cuanto a los servicios que brinda, tiene una alta rotación de profesionales; la mayoría son serumistas (jóvenes universitarios de sus últimos años de carrera) y están un año o año y medio y luego se retiran, por tanto, no

hay continuidad en los servicios de atención ambulatoria, nutrición, odontología y psicología.

También la gerencia del centro de salud sufre de continuos cambios, pues en los últimos tres años ha tenido tres gerentes diferentes; el actual gerente, Edwin Fanzo Niquen, tiene un año y medio en el cargo. Es necesario que haya menor rotación del personal para dar continuidad a las estrategias que se diseñan para una efectiva atención a la población.

Imagen N° 7.

Madres del Distrito de Mórrope esperando ser atendidas.



Fuente: Elaboración propia. 2016

Por otro lado, el personal del centro de salud tiene limitaciones para movilizarse y dar acompañamiento a casos de salud de la población infantil, pues sólo cuenta con 01 moto lineal, 01 ambulancia para emergencias y el alquiler de servicios de 01 moto taxi.

El Establecimiento de Salud de Mórrope ha estado abordando el problema de la desnutrición infantil a través del servicio de atención ambulatoria para llevar a cabo el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), la suplementación con micronutrientes, la atención nutricional, la promoción y la vigilancia comunal para asegurar el cuidado Integral de las madres y los niños, educando y orientando a

las madres y padres de familia, en diferentes espacios comunitarios, sobre la alimentación complementaria y el lavado de manos.

Hasta el 2015, este servicio estuvo entregando canasta de víveres a las madres de familia de niños menores de 05 años de edad. Desde el 2016 dejó de hacerlo porque, al evaluar la estrategia se observó que no estaba ayudando a reducir el índice de desnutrición infantil.

“Hasta el 2015 hemos estado entregando canasta de víveres a las madres de familia para ayudar en la nutrición de sus niños, pero desde el 2016 ya no entregamos porque no ha ayudado a reducir la desnutrición infantil. Este cambio de decisión se debe a que las canastas de víveres no eran aprovechadas por el niño o la niña, ya que cuando la canasta llegaba a la casa, ésta se lo repartían toda la familia y los niños lo aprovechaban muy poco o nada” (Elizabeth Mina, técnico administrativo del Centro de Salud).

El personal de centro de salud reconoce las limitaciones, pero tiene mucho deseo de reducir el porcentaje de casos con desnutrición infantil. Es así que han establecido como condición obligatoria que la madre de familia, al pasar con su hija o hijo para su control de crecimiento y desarrollo, debe también pasar por consulta con la nutricionista para la evaluación nutricional y recibir recomendaciones. Adicionalmente, la nutricionista y la enfermera realizan visitas a los hogares donde hay casos críticos para el respectivo tratamiento y seguimiento.

Los profesionales siguen haciendo esfuerzos a pesar de saber que se están enfrentando a una población con hábitos de consumo que se adapta rápidamente a la influencia del modelo económico consumista, pero que se resiste a patrones de alimentación saludables. ¿Por qué esta diferencia en la flexibilidad de los hábitos de consumo?

“A pesar de que todas las mamás pasan por la nutricionista donde son aconsejadas sobre el tipo de alimentos que deben consumir, cuando los niños tienen hambre, les compran golosinas, frugos, en lugar de darles de comer frutas” (Alina Hernández Silva, enfermera del Centro de Salud).

Asimismo, como ya se mencionó en el primer punto de este capítulo, como parte del desarrollo y dinamismo de la ciudad, se están incorporando nuevos patrones de conducta en la alimentación de las familias del distrito de Mórrope,

“Hay más tiendas de golosinas que puestos de frutas. Las tiendas están más cerca, tienen variedad, y están abiertos todo el día, todos los días. En cambio, las frutas, las encuentran por horas y no todos los días” (Elizabeth Mina, técnico administrativo del Centro de Salud).

Es decir, la composición del gasto de las familias de Mórrope ha cambiado; antes lo dedicaban a la alimentación saludable y ahora están haciendo otro tipo de gasto. Por ejemplo, ahora las familias invierten más en las celebraciones familiares, que, en el pasado, aun cuando esto signifique endeudarse. Lo poco que tienen no lo destinan a la alimentación de sus hijos sino a los logros sociales.

“...uy ahora hay fiestas todas las semanas, no tienen para comer, pero se endeudan para cumpleaños, bautizos y matrimonios. Luego no pueden ser inscritos en el SIS porque aparecen en el sistema que tienen deudas de 10 mil, 20 y hasta 30 mil soles” (Elizabeth Mina, técnico administrativo del Centro de Salud)

Entonces, el cambio de la composición de gasto de las familias no se debe al incremento del ingreso familiar en los últimos años, sino a la incorporación de nuevos patrones de consumo producto del modelo económico consumista que está experimentando la comunidad campesina. Los ingresos familiares siguen siendo bajos, pero se han incrementado las deudas familiares.

El ingreso económico de las familias campesinas ha mejorado levemente en los últimos años, pero dicha mejora económica no se traduce en una mejora de la alimentación familiar. El incremento del ingreso económico de las familias campesinas no se reinvierte en los hábitos alimenticios tradicionales; muy por el contrario, las familias campesinas adoptan cada vez más patrones culturales urbanos de alimentación y de estilo de vida. Esto se ve reflejado en el mayor consumo de alimentos procesados o envasados, en nuevas formas de celebración social, en el mayor uso de modernos equipos electrónicos para el hogar y el nuevo uso de modernos servicios como el internet, la telefonía celular y el cable satelital.

Estos cambios en los patrones de conducta de la población se convierten en un factor crítico para la prevalencia de casos con desnutrición infantil. Al punto que la desnutrición infantil no es percibida como un problema por parte de las madres de familia. Solo cuando sus hijos están en una situación muy crítica,

entonces recién se preocupan por la supervivencia de sus hijos menores de 05 años de edad.

“...el año pasado un niño falleció por anemia, lo trajeron al centro de salud cuando ya estaba muy grave y ya no se pudo hacer mucho” (Alina Hernández, enfermera del centro de salud).

Hay que añadir un elemento importante encontrado durante las entrevistas domiciliarias: predominancia del machismo en la cultura morropana. Existe una fuerte demanda hacia la mujer por parte de hombre. Por ejemplo, es costumbre que la mujer prepare los alimentos en casa y los lleve a su esposo o a su pareja que está trabajando en el campo, los hijos ocupan un segundo lugar. Si hay hijos pequeños, estos pueden estar a cargo de los hijos adolescentes o jóvenes. El personal de salud confirma esta situación.

“Hay mucho machismo, las mamás dedican más tiempo al esposo que a sus pequeños hijos” (Alina Hernández, enfermera del centro de salud)

Este comportamiento se origina en el seno familiar, desde muy pequeños los varones ocupan un valor preferente frente a las mujeres. Esto se va afirmando con el tiempo, de modo que las mujeres solo tienen primaria en su gran mayoría y no terminan o ni siquiera inician la educación secundaria por ocuparse de las labores de la casa.

“...la mayoría de las mamás que vienen al centro de salud solo tienen primaria completa, son contaditas las que empezaron secundaria, pero ninguna tiene secundaria completa. Esto nos dificulta en las sesiones de aprendizaje para ayudarles a entender las orientaciones que les damos. En casa prevalece lo que dice el esposo o la pareja, y las mujeres no hacen caso a los que digan los profesionales como nosotros” (Alina Hernández, enfermera del centro de salud).

Adicionalmente a ello, las mujeres se convierten en madres de familia desde muy jóvenes formando un nuevo hogar, y pasan de ayudar en los quehaceres de la casa donde se criaron a los quehaceres de la casa de su nueva familia. Las familias suelen tener de 2 a 4 niños por familia, y el ciclo se repite nuevamente. Las familias campesinas no perciben que sus hijos están mal nutridos, o que tienen un problema de salud, hasta que no vean la manifestación física de los efectos de las enfermedades asociadas a la desnutrición. Cuando los niños dejan

de ser niños, tienen más valor para las familias, pues pueden contribuir con los ingresos familiares.

Los patrones culturales se resisten a transformarse. Las mujeres campesinas han sido instruidas de generación en generación con el concepto de que el esposo es más importante que los hijos, por tanto, ellas entienden que el único motivo de llevar a un menor hijo al establecimiento de salud es cuando el cuerpo de sus hijos evidencia estar mal físicamente o presentan cambios significativos en su organismo. Mientras esto no suceda, no hay necesidad de llevarlo al centro de salud. Como la desnutrición es un elemento silencioso, se acude al centro de salud cuando el niño está en muy mal estado físico y no cuando recién se enferma por este motivo. Esto hace ver que no hay una actitud preventiva de parte de las familias campesinas frente a la desnutrición infantil, ni frente a la salud en general.

El Centro de Salud de Mórrope interactúa con otros organismos locales con la finalidad de reducir los casos de desnutrición crónica infantil, aquí un breve detalle:

- Con la Municipalidad del Distrito de Mórrope: el Dr. Edwin Fanzo Niquén, Gerente de la Micro-red de Salud de Mórrope, mantiene dialogo con las autoridades municipales sobre la actual situación de los servicios de salud que se brindan en el distrito. Es así como el Municipio a través de la Lic. Wendy Paredes Castañeda, Responsable de la Oficina de Programación e Inversiones (OPI) está gestionando financiar proyectos para mejorar los servicios de salud.
- Los proyectos en cartera están aún pendientes de financiamiento, entre ellos, la mejora de la infraestructura del Centro de Salud de la Ciudad de Mórrope y la ampliación de las instalaciones actuales de los Puestos de Salud ubicados en los caseríos y centros poblados del Distrito, para proveer más especialidades médicas a la población morropana.
- El Comité Ejecutivo de la Mesa Distrital de Mórrope se reúne periódicamente con el Gerente de la Micro Red de Salud de Mórrope y con la Responsable de la Oficina de Programación e Inversiones de la Municipalidad de Mórrope, para dialogar sobre la situación de los servicios de salud públicos que actualmente se brindan en el distrito. Esto permite ejecutar acciones concretas para atacar el problema de malnutrición infantil a través de un seguimiento concertado a los servicios de salud del distrito.

- Dentro de estas acciones está la habilitación de un pequeño Centro de Educación Inicial dentro del establecimiento de salud de la Ciudad de Mórrope, de esta manera las madres envían a sus hijos para participar de las actividades del centro educativo y la enfermera y nutricionista aprovechan para hacer seguimiento a los niños que requieren mayor atención.

5.4.2 Percepción del personal del Programa Cuna Más

En el Distrito de Mórrope hay tres centros Cuna Más. Están ubicados en los caseríos Alborzol, Lagartera y Santa Isabel. En las tres sedes se dan los servicios de Cuidado Diurno y Acompañamiento Familiar.

Los centros de Cuidado Diurno atienden a niñas y niños de 06 a 36 meses de edad y cuentan con un ambiente equipado para estimular las habilidades de gatear, caminar y explorar. Cada centro es administrado por un Comité de Gestión (CG), este comité lo conforman miembros de la comunidad quienes administran los servicios del local, tomando en cuenta el modelo de gestión horizontal entre representantes del Estado y de la comunidad. Adicionalmente el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) ofrece acompañamiento técnico y entrenamiento a las madres de los niños beneficiarios en temas de nutrición, salud, prácticas de cuidado nutricional y aprendizaje infantil temprano.

Sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), cada sede fortalece las prácticas de cuidado y de aprendizaje de las madres y sus hijos en el mismo hogar de las familias beneficiarias, esto se logra a través de las visitas domiciliarias periódicas.

Cuna Más mantiene una relación estrecha con los centros de salud, de modo que la nutricionista visita los Cuna Más, para hacer cocina demostrativa y para atender la emergencia a las mamás y sus niños.

Para el propósito de la investigación se tomó como muestra el Programa Cuna Más que se está implementando en el Caserío Lagartera, ubicado a 20 minutos en auto de la Ciudad de Mórrope. Las familias del Caserío Lagartera se dedican casi en su totalidad a la agricultura, el 65% de familias están en pobreza y el 35% de la población infantil menor de 05 años de edad sufre desnutrición crónica.

Imagen N° 8.

Centro Cuna Más Caserío Lagartera, Distrito de Mórrope



Fuente: Elaboración propia. 2016.

El servicio de Cuidado Diurno se inició en el año 2014. Desde esa fecha el Programa Cuna Más viene atendiendo a 72 familias del caserío, llevando a cabo las siguientes tareas dispuestas por el Manual de Operaciones del Programa Nacional Cuna Más:

Atención alimentaria y nutricional con el fin de garantizar la alimentación oportuna y de calidad de manera que contribuya con un estado nutricional favorable para un óptimo crecimiento y desarrollo de las niñas y niños usuarios del servicio.

Cuidado de la salud infantil con el objetivo de generar condiciones favorables para el mantenimiento y protección de la salud física, mental y socio-afectiva de las niñas y los niños usuarios del programa.

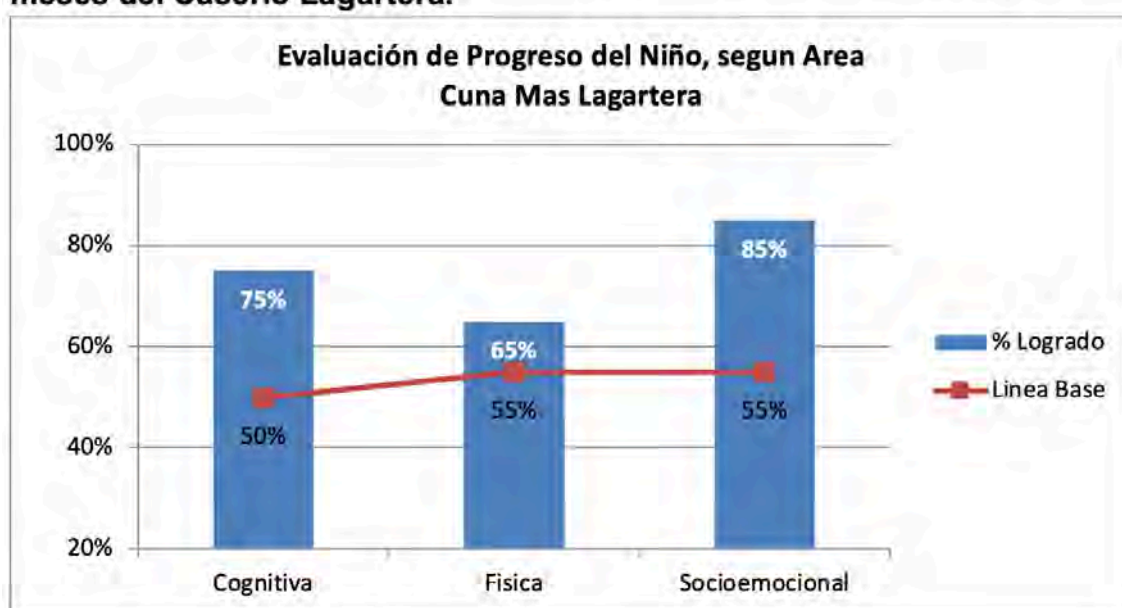
Aprendizaje Infantil con el objetivo de garantizar las oportunidades de aprendizaje para las niñas y niños que asisten al servicio de cuidado diurno, con el fin de promover el desarrollo en todas sus dimensiones: motora, cognitiva, social, emocional y comunicativa, desde una mirada de niño competente, activo y protagónico de sus aprendizajes.

Trabajo con familias con el objetivo de fortalecer el rol y la responsabilidad de las familias en el cuidado y el desarrollo integral de sus niñas y niños (MIDIS 2012: 2).

Se tomó una muestra de 20 niños que estuvieran participando, por lo menos, 18 meses en el Programa, para aplicar una evaluación de progreso en cada una de las áreas de aprendizaje. Esta evaluación consideró las dimensiones: física, cognitiva y socioemocional. Los resultados muestran que ha habido una mejora en las tres áreas de desarrollo, respecto a cómo ingresaron los niños en el año 2014. Ver Gráfico N° 8.

Gráfico N° 8.

Nivel de progreso alcanzado por área de desarrollo en niños de 0 a 36 meses del Caserío Lagartera.



Fuente: Elaboración propia. En base a Cuna Más Lagartera. 2017.

En el área cognitiva hubo 25% de progreso, en el área física 10% y en el área socioemocional 30% de progreso. De estas cifras se deduce que el programa Cuna Más está ayudando en el desarrollo integral de los niños menores de 03 años.

Pero los resultados también demuestran que el área física ha tenido menos progreso respecto a las demás áreas de desarrollo, siendo que solo el 10% de niños evaluados mejoraron su condición física en 18 meses de intervención.

El Programa Cuna Más está trabajando para revertir los problemas de salud en los niños y ha habido mejora significativa en varios niños a pesar de

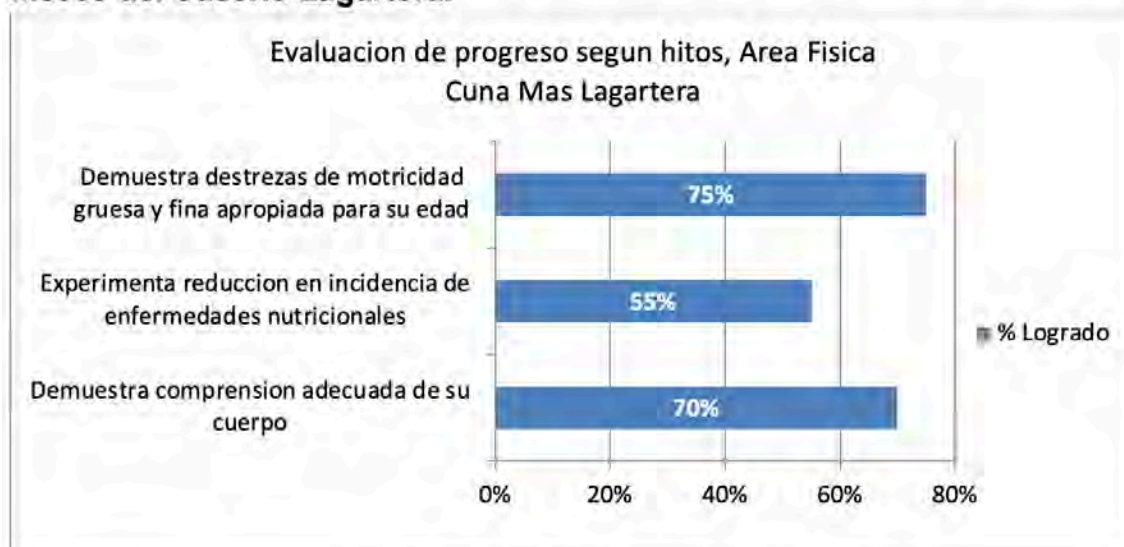
que son sólo 18 meses de intervención, sin embargo, necesitan enfocarse más en la dimensión física de los niños usuarios del programa. Actualmente el programa coordina con el Centro de Salud de Lagartera y de Ciudad Mórrope, y tiene el apoyo de vez en cuando del para hacer el seguimiento de casos.

“...sabemos que la mayoría de los niños que ingresan al programa tienen problemas de salud. Nosotros como programa venimos apoyando fuertemente en esta área y tenemos identificado cuales son los niños que requieren mayor atención, y les hacemos las visitas de seguimiento acompañadas a veces por la enfermera” (Irma, cuidadora del Cuidado Diurno).

Por otro lado, ante la pregunta ¿cuáles son los indicadores del área física que expresan desafíos en los niños menores de 36 meses de edad, por los cuales el programa tiene que prestar mayor atención? Los resultados demuestran que debe concentrar mayor atención en el aspecto nutricional de los usuarios del programa, ya que sólo el 55% de niños menores de 03 años están libres de enfermedades asociadas a la malnutrición, mientras que el 75% de niños ha alcanzado el nivel deseado en motricidad fina y gruesa, y el 70% comprende adecuadamente su cuerpo. Ver Gráfico N° 9.

Gráfico N° 9.

Nivel de progreso alcanzado en el área Física por hito, en niños de 0 a 36 meses del Caserío Lagartera.



Fuente: Elaboración propia. En base a Cuna Más Lagartera. 2017.

Estos resultados nos dicen que existe una fuerte correlación entre el estado nutricional de los niños y los hábitos alimenticios de su familia y la condición de pobreza de la familia. Las características de estos niños es que viven en condición económica pobre lo que no les permite invertir en una mejor calidad de alimentos para su consumo; y sus madres no perciben que la desnutrición crónica sea un problema en sus hijos, por lo que no le dedican la atención necesaria y permiten que se alimenten de alimentos empacados o manufacturados, dejando de lado aquellos alimentos ricos en nutrientes.

La Municipalidad de Mórrope a su vez está comprometida con brindar el apoyo necesario a los Centros Cuna Más del Distrito cuando sea requerido, con el fin de convertirse en centros de desarrollo para los niños y niñas en situación de pobreza y pobreza extrema.

“...necesitamos afianzar el apoyo de parte del municipio a los Centros Cuna más ya que están contribuyendo a reducir los casos de desnutrición infantil y están promoviendo el desarrollo de los niños menores de 05 años de edad” (Ing. Juan Sandoval Valdivieso, gerente municipal)

“Si bien Cuna Más es un programa social del Gobierno Nacional, la Municipalidad Distrital de Mórrope, viene brindando el apoyo que necesita, por cuanto se trata de pequeñitos y pequeñitas, que necesitan estar bien alimentados, bien formados y educados; ellos serán la esperanza y la confianza de un Mórrope, nuevo y mejor” (Ing. Juan Sandoval, gerente municipal)

La falta de prácticas saludables acompaña a los niños de Mórrope. Hoy en día las madres de familia toman en cuenta la opinión de los miembros de su comunidad y han aprendido que acudir al profesional de salud es una forma de cuidar a sus hijos de posibles enfermedades, sobretodo cuando la salud de sus hijos se agrava, hay deshidratación o la diarrea es infecciosa.

Esto está permitiendo que las madres, influenciadas por esta nueva costumbre de la comunidad de acudir al centro de salud para encontrar una solución inmediata, estén teniendo más confianza hacia el Programa Cuna Más. La confianza ha crecido, no sólo con la enfermera y la nutricionista, sino también con las cuidadoras y la promotora del Programa Cuna Más, y con los miembros del Comité Comunal de Vigilancia.

Esta nueva conducta que obedece a lo aprendido a través de la interacción social con otras familias de la comunidad debe ser respetada y

promovida, de modo que se enraícen los nuevos aprendizajes, que no habían sido en el pasado por las mismas familias de la comunidad.

El Programa Nacional Cuna Más intenta involucrar a la población en la lucha contra la desnutrición, trabajando en red con las madres de familia usuarias del programa, el comité comunal de vigilancia, con el centro de salud y con la municipalidad del Distrito.

“Por ejemplo, en casos de deshidratación, las madres saben que deben proporcionar abundantes líquidos a sus hijos durante la pérdida líquidos y electrolitos, sin embargo, las condiciones del agua que tienen en sus casas no es la mejor, ya que el agua que tienen en casa es entubada. Nosotros hemos compartido esta información con autoridades de la municipalidad para involucrarlos” (Irma, cuidadora del Cuidado Diurno)

Otros aspectos importantes que se encontraron en la investigación fueron:

- El personal de Cuna Más manifestó que en el programa Qali Warma existen problemas logísticos al momento de entregar la ración alimentaria debido a las limitaciones en los procesos de compra, abastecimiento, almacenamiento y distribución, lo que origina que los alimentos no lleguen a los centros educativos en la fecha prevista.
- El programa Cuna Más tiene un presupuesto limitado para desarrollar el componente educativo donde un personal especializado brinda capacitación en temas de salud y nutrición a las madres de los niños beneficiarios, por lo que este componente solo se da en algunos centros.
- El personal de Cuna Más señala que esporádicamente se realizan reuniones con los encargados de las Redes de Salud entre ellos la Red de Lambayeque donde se recibe información sobre el número, condiciones y necesidades de los beneficiarios del programa.
- El personal de Cuna Más considera como principal actividad la distribución de alimentos y el componente educativo; los componentes de monitoreo y evaluación de salud no son prioritarios.
- Los funcionarios de Cuna Más señalan como positiva la participación del personal de salud del distrito en la implementación del programa, porque ayuda mucho con la atención médica de niños en condición crítica.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

De acuerdo con las características generales de la desnutrición crónica infantil, se mencionó que este tipo de desnutrición es consecuencia de la poca ingesta de alimentos durante la infancia. Esta es la etapa en la que se necesita ingerir la mayor cantidad de nutrientes para que los niños puedan desarrollarse en forma adecuada, lo opuesto trae consigo un deterioro en el estado nutricional de los niños y consecuentemente la condición de desnutrición crónica infantil.

Como menciona la FAO, acerca de los factores sociales y los factores culturales en la nutrición:

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población. Los nutricionistas deben conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde trabajan, de manera que puedan ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos (FAO 2002: 35).

Sin embargo, por los resultados de nuestra investigación en el Distrito de Mórrope, los hábitos y prácticas alimentarias de las familias campesinas asociadas a ciertas condiciones del entorno físico, se convierte en uno de los factores más importantes que favorecen la condición mala nutrición de niños y niñas menores de 05 años de edad.

6.1.1 Características de la vivienda de las familias campesinas de Mórrope

- Se ha podido verificar que las siguientes características de las viviendas de las familias campesinas de Mórrope condicionan desfavorablemente el manejo de los insumos para la preparación de los alimentos: el tipo de vivienda, la calidad de agua, el acceso a los servicios de agua y desagüe y la convivencia con animales menores.
- Sobre la descripción de las viviendas de las familias campesinas de Mórrope, se comprueba que no existe problema de hacinamiento pues solo el 17% de ellas alberga a dos familias, esta situación no contribuye al problema de malnutrición de los niños. Por otro lado, un elemento que sí contribuiría a perjudicar la condición alimenticia de los niños es la característica de sus viviendas, pues la abundancia de polvo y barro en el piso y paredes en contacto los alimentos y su preparación, afectan la composición nutricional de los alimentos y suponen una fuente de contaminación. Pues el 70% de las viviendas son predominantemente de adobe con techos de calamina y 23% son predominantemente de carrizo y barro con techos de carrizo, ambos con piso de tierra.
- La condición de higiene para la preparación de alimentos es crítica por la calidad del agua con la que éstos se preparan y la que se usa para el consumo diario, ya que solo el 70% de familias hierve el agua antes de consumirla; el usar agua no potabilizada aumenta el riesgo de contaminación para la alimentación de los niños.
- Adicionalmente a los riesgos de contaminación de los alimentos por el polvo y el agua, la ausencia del servicio de saneamiento incrementa el riesgo de problemas por mala nutrición. La calidad del agua que consume el 60% de familias campesinas no es óptima; usualmente se usa el agua almacenada de muchos días en ollas y envases de plástico, pues generalmente son las madres de familia las que tienen que ir a los pozos artesanales a sacar y luego cargar el agua hasta sus viviendas.
- Sobre el servicio de alcantarillado, el 60% de familias campesinas tienen que lidiar con las excretas y residuos orgánicos y no orgánicos, no sólo humanos, sino también de sus animales. El riesgo de contaminación sigue incrementándose pues el distrito de Mórrope no cuenta con colectores de servicio de alcantarillado en todas las viviendas, por lo que la población ha tenido que construir silos y letrinas de manera artesanal y pragmática.

- Finalmente, la crianza de animales menores completa la lista de factores que favorecen la contaminación. Es común y natural para las familias campesinas convivir con sus animales menores dentro de casa. Esta situación genera, no sólo problemas en la nutrición, sino también en la piel con la aparición de alergias en niños y adultos. El 80% de familias crían animales menores dentro de sus viviendas (patos, pollos, cerdos, cuyes, etc.) Estos animales suelen dejar excretas dentro de la vivienda, contaminando el ambiente donde se preparan y se sirven los alimentos.

6.1.2 Concepción de las familias campesinas de Mórrope sobre nutrición y dieta balanceada

- El bajo nivel educativo de las mujeres en esta zona dificulta que ellas, que son responsables del cuidado y alimentación de los niños, puedan aprender y retener las indicaciones de los profesionales de la salud.
- Existe el factor sociocultural del machismo que condiciona las decisiones y actitudes de las madres de familia frente a los hábitos alimenticios de sus hijos, está fuertemente arraigada la costumbre de atender primero al esposo o al jefe de familia, quien determina incluso que comida se debe preparar en el día. Esto hace que los hijos pasen a un segundo plano, porque la mejor presa, la mejor ración es para el esposo, estas actitudes refuerzan la poca importancia que le dan al problema, pues las madres se resisten a los cambios en este patrón de conducta, y si lo hacen a veces es por el acceso al beneficio de los programas del gobierno como el Programa Juntos, pero las madres de familia no lo hacen con el claro convencimiento de la mejora al bienestar nutricional de sus hijos.

6.1.3 Hábitos de consumo de alimentos de las familias campesinas de Mórrope

- Sobre los hábitos de consumo de las familias campesinas se ha identificado que los factores asociados a la desnutrición crónica infantil predominantemente son factores socioculturales y de educación de las madres de familia, ambos factores tienen mucha influencia en la preparación de alimentos, en la condición nutricional de los niños de Mórrope.
- Los profesionales del Centro de Salud del Distrito confirman que las familias morropanas tienen hábitos alimenticios que son difíciles de

modelar y de influenciar. Hay mucha resistencia a la adquisición de nuevos conceptos o patrones de consumo, pues existe el temor de perder su identidad cultural.

- Por otro lado, las recetas de dietas nutritivas son de difíciles de recordar para las madres de familia a pesar de haber recibido capacitación por parte de las nutricionistas del Centro de Salud.
- Sobre las prácticas de higiene, la mayoría de las familias campesinas suelen preparar sus alimentos en leña al interior de sus viviendas. Los alimentos son lavados con el agua entubada (no potable) que llega a las viviendas, suelen lavar y enjuagarlos en tinas donde almacenan el agua. Las cocinas de leña están al ras del piso y desechan las sobras en el patio de la casa.
- Sobre el número de raciones al día en promedio son dos veces por día, en la mañana el desayuno y en la tarde el almuerzo, dependiendo de la economía familiar es posible tener cena en la noche. El 100% de familias utilizan productos de la zona y una preparación sencilla, aunque hay una fuerte tendencia a usar productos “sofisticados” de la zona urbana para preparar los alimentos.

6.1.4 Percepción de los funcionarios públicos del Distrito de Mórrope sobre el problema de desnutrición infantil

- A pesar de los esfuerzos que viene haciendo el personal del Centro de Salud de Mórrope, las estrategias diseñadas e implementadas no están logrando el resultado deseado comparado con los cambios que han sufrido los patrones alimenticios de las familias campesinas por el modelo económico consumista. Las familias suelen ser menos flexibles con la incorporación de los conceptos de alimentación saludable y nutrición en la preparación de alimentos y sus hábitos de consumo.
- El establecimiento de Salud de Mórrope enfrenta limitaciones de presupuesto y los servicios médicos para la comunidad están limitados por la cantidad de profesionales de salud contratados para afrontar directamente la malnutrición infantil en niño menores de 5 años de edad. Además de una alta rotación anual de profesional especializado, que no le permite mantener constante o darles continuidad a las iniciativas desarrolladas para enfrentar este problema.
- El Programa Nacional Cuna Más no realiza el aporte suficiente para el tratamiento de la desnutrición infantil de niños del Distrito de Mórrope,

pero para lograr ello intenta trabaja en red con las madres de familia usuarias del programa, el comité comunal de vigilancia, con el centro de salud y con la municipalidad del Distrito.

- La práctica de los programas sociales como Cuna Más y Qali Warma ha sido con frecuencia “sectorialistas”. Se intenta solucionar el problema de la desnutrición crónica infantil solo desde una perspectiva interna del sistema de inclusión social, o abordando temas como los déficits nutricionales, la morbilidad o natalidad infantil solo desde el marco de los sistemas de salud. Cuando en la realidad este problema social tiene raíces múltiples, y raíces profundamente interrelacionadas.

6.2 Recomendaciones

Amartya Sen señala que fortalecer el ahorro interno a costa de estar marginando, postergando o sacrificando el gasto social, es un profundo error conceptual. Por el contrario, el gasto social se convierte en una palanca eje del desarrollo. De esta manera la inversión en nutrición, salud y educación son “inversiones” de muy alta rentabilidad.

Si bien la educación en nutrición tiene una influencia importante en los hábitos alimenticios de las personas, no siempre ha sido positiva, pues en el pasado se promovieron costosos alimentos ricos en proteínas, alimentos que las personas en condición de pobreza no podían comprar. Hoy en día las personas son responsables de alimentarse a sí mismas y de alimentar a sus familias. Esta constatación obliga dar las siguientes recomendaciones, para las que es preciso adoptar un enfoque amplio y multisectorial para combatir la malnutrición.

6.2.1 Características de la vivienda de las familias campesinas de Mórrope

- Es necesario mejorar la condición de las viviendas del Distrito de Mórrope, coordinando y comprometiendo al Ministerio de Vivienda para impulsar en el distrito el financiamiento de construcción de módulos de vivienda a través del programa Techo Propio. De esta manera se puede mejorarla condición de vivienda de 23% de familias campesinas del distrito.
- Es urgente que el Municipio de Mórrope pueda concretar el financiamiento a través del Ministerio de Economía y Finanzas para culminar la instalación de la red de servicio de agua potable y la red de servicio de

alcantarillado en todo el Distrito, previa revisión del estudio de evaluación técnica tomando en cuenta lo disperso de la población y lo accidentado del terreno.

- Adicionalmente, a través del presupuesto participativo, se puede culminar la renovación del servicio de agua y de alcantarillado. Es necesario renovar los silos y letrinas del 40% de viviendas del distrito. Esta tarea debe ser complementaria al de instalación de los servicios de agua y desagüe.
- Así mismo, sigue siendo necesario que el Centro de Salud del Distrito de Mórrope continúe proveyendo capacitación nutricional a las madres campesinas, sobre el buen manejo de los insumos para la preparación de alimentos y el cuidado de un ambiente saludable para el consumo de alimentos.

6.2.2 Concepción de las familias campesinas de Mórrope sobre nutrición y dieta balanceada

- Es necesario seguir monitoreando la cantidad de hijos por familia a través un esfuerzo coordinado de vigilancia y promoción entre el Centro de Salud, el Programa Cuna Más y la Municipalidad de Mórrope, ya que la condición de pobreza en la que encuentran las familias campesinas, un mayor número de hijos favorecería las deficiencias en su estado nutricional. Por ello, es importante seguir reforzando la estrategia de planificación familiar en el distrito.
- Es importante fortalecer los conocimientos sobre nutrición y promover una mejor actitud de las madres campesinas hacia la buena alimentación de sus niños menores de 5 años de edad. Para ello el Centro de Salud de Mórrope deberá realizar un diagnóstico para identificar los estilos de aprendizaje de los participantes para asegurar que durante las sesiones o talleres de aprendizaje se logren los objetivos de aprendizaje y posteriormente los objetivos de desempeño, a través de sesiones educativas activas de acuerdo su nivel educativo y su contexto, de manera que se reduzcan o eliminen los riesgos de desconocimiento sobre la desnutrición crónica infantil.
- Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los hombres y mujeres campesinas, las cuales se han ido fortaleciendo social y culturalmente a lo largo de su historia, y que está determinando los actuales patrones de alimentación de los niños menores de 5 años de

edad. El evidente predominio del hombre en este contexto exige al Centro de Salud, al Programa Cuna Más y la Municipalidad de Mórrope considerar a los varones en los esfuerzos educativos para mejorar la nutrición y la calidad de vida de sus hijos. Al ser los varones objeto de la capacitación directa de las instituciones locales, es posible asegurar un buen ejemplo de hábitos alimenticios en los hogares de las familias campesinas.

6.2.3 Hábitos de consumo de alimentos de las familias campesinas de Mórrope

- Afirmar y fortalecer en la población campesina de Mórrope los buenos hábitos alimentarios desarrollados para no dejarse influir por alimentos «sofisticados» que provienen de la ciudad y que son generalmente promocionados a través de los medios masivos de comunicación (televisión y radio). Es importante que el Centro de Salud y el Programa Cuna Más persistan en el esfuerzo por recuperar el hábito de consumir alimentos nutritivos tradicionales. Es preciso también desalentar en las familias más pobres la compra de productos manufacturados para bebés y productos empaquetados, por el contrario, estimular el uso de alimentos complementarios que se encuentran disponibles localmente.
- Proporcionar a través del Centro de Salud y del Programa Cuna Más, una clara orientación a las madres y padres para fomentar el cuidado de los niños en el hogar, enseñándoles a aprovechar los recursos locales que se encuentren al alcance de su presupuesto familiar para el beneficio de la nutrición de sus hijos.

6.2.4 Percepción de los funcionarios públicos del distrito de Mórrope sobre el problema de desnutrición infantil

- Es necesario elevar la categoría del Centro de Salud de Mórrope a Nivel I-4, esto le permitirá al distrito tener un establecimiento de salud de primer nivel y con las características de servicio que estipula el MINSA en su Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, el cual señala que todo establecimiento de salud de cumplir con lo siguiente:

Satisfacer las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria y con Internamiento de corta estancia, principalmente en el área Materno-Perinatal, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior al centro de salud sin internamiento. Esto favorecería a la población infantil al tener, como mínimo, médicos de las cuatro especialidades básicas (prioritariamente ginecología obstetra y pediatra), médico general, odontólogo, enfermera, obstetras (MINSA 2011:15-18).

- Se recomienda identificar lotes de terrenos para que sean cedidos en uso al Programa Cuna Más del distrito, de manera que realice el acondicionamiento y se permita incrementar la cobertura de atención en la región. Asimismo, en coordinación con el RENIEC, se asuma el compromiso de trabajar para que el 100% de niños y niñas usuarios de Cuna Más obtengan su Documento Nacional de Identidad (DNI)
- Se recomienda garantizar que en los servicios de salud monitoreen los programas de seguridad alimentaria y nutricional de acuerdo a las normas establecidas. Si bien el gobierno local y los servicios de salud no pueden suplir todas las necesidades de las familias de Mórrope, sí pueden apoyar previniendo los problemas de salud derivados de la malnutrición infantil.
- Es conveniente fortalecer el trabajo comunitario en salud para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud. El personal de los servicios de salud debe hacer mayor esfuerzo para identificar situaciones críticas de alto riesgo y vulnerabilidad que pueden limitar el crecimiento normal de niños menores de 5 años de edad, realizar un oportuno seguimiento, brindar consejería y proveer un plan educativo de nutrición infantil personalizado.
- Se recomienda que tanto el gobierno local como el gobierno regional coordinen con los medios locales de comunicación (radio, televisión y prensa) para la creación de uno o varios programas, que aprovechen la riqueza y diversidad de alimentos locales, para hablar sobre alimentación y nutrición, de este modo la población que sí suele consumir estos medios pueda iniciar cambio hacia hábitos más saludables.

CAPÍTULO VII. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Estrategias para reducir la Desnutrición Crónica Infantil en los Niños menores de 5 años, del Distrito de Mórrope (2018-2019)

Bases para la elaboración de la Estrategia

Las estrategias que se presentan a continuación han sido elaboradas en base de los resultados de la presente investigación realizada en el Distrito de Mórrope, Lambayeque.

Objetivo

Reducir la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años de edad del Distrito de Mórrope.

Estrategias de Intervención

Los hallazgos evidencian que el Distrito de Mórrope todavía enfrenta desafíos grandes en la reducción o erradicación de la desnutrición crónica infantil de sus niños menores de 5 años de edad. En primer lugar, reducir las brechas y garantizar una asignación equitativa y una gestión eficaz de recursos para mejorar la condición de vivienda de las familias campesinas de Mórrope. En segundo lugar, asegurar estrategias efectivas y adaptarlas para internalizar los conceptos de alimentos nutritivos y dieta balanceada en las familias campesinas del distrito. En tercer lugar, mejorar el acceso al agua y al saneamiento para las poblaciones campesinas del distrito. En cuarto lugar, mejorar la articulación entre los actores responsables y la coordinación multisectorial formal donde la Municipalidad de Mórrope y los sectores Salud y MIDIS puedan coordinar, establecer acuerdos y tomar medidas relacionadas a la mejora de la salud en los niños menores de 5 años de edad.

Estas son las estrategias para alcanzar el objetivo propuesto:

- Mejoramiento de la Gestión Municipal para abordar las deficiencias en la provisión de servicios públicos e infraestructura, con el objetivo de contribuir al desarrollo y crecimiento sostenible de la economía local y alentar al propio Municipio de Mórrope, la reducción de la desnutrición infantil crónica.
- En coordinación con el gobierno nacional, regional y la sociedad civil, elaborar directrices para las autoridades locales del Distrito de Mórrope sobre la gestión de intervenciones efectivas para reducir la malnutrición en el distrito,
- La formación de un Comité Intergubernamental Local de Salud, como órgano permanente de gestión sanitaria entre el Ministerio de Salud, el Programa Cuna Más, el Programa Qali Warma y el Municipio de Mórrope con el objetivo de desarrollar componentes de gestión descentralizada para ejercer las facultades y funciones transferidas por el gobierno nacional.
- Construir de manera participativa las metas distritales de nutrición y de cobertura efectiva de las intervenciones, considerando las autoridades locales y representantes de la sociedad civil del distrito.
- Creación de un fondo a nivel local que estimule el Logro y el Desempeño de los Resultados Sociales de las entidades públicas y privadas del Distrito de Mórrope, que promuevan y ejecuten la política nacional para la mejora de los procesos de gestión local, de la cobertura de los servicios de salud y de los sistemas presupuestarios vinculados al desarrollo de la primera infancia.
- Incorporación de los varones en las propuestas educativas nutricionales del Centro de Salud y del Programa Cuna Más, para así compartir las responsabilidades domésticas y de nutrición de los hijos de una manera más equitativa entre hombres y mujeres.
- La defensa de la nutrición infantil de Mórrope debe ser una meta que debe mantenerse a lo largo de múltiples períodos de gobierno local para garantizar que los nuevos alcaldes respalden y den continuidad a los esfuerzos para mejorar la nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

ARELLANO CUEVA, Rolando

2002 Comportamiento del Consumidor. Enfoque América Latina. McGraw Hill Interamericana. México,

2010 Al medio hay sitio: El crecimiento social según los Estilos de Vida. Planeta. Lima – Perú.

BARKER DJ.

1998 In utero programming of chronic disease. ClinSci (Lond) 1998 Aug 1995(2):115-28

BELTRAN, Arlette y SEINFELD, Janice

2009 Documento de Discusión: Desnutrición Crónica Infantil. Un Problema Persistente – DD/09/14. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima – Perú.

BEDREGAL, Paula y PARDO, Marcela

2004 Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Serie de Reflexiones Infancia y Adolescencia N°1- UNICEF.

BROWN JL Y POLLIT E.

1996 Malnutrition, poverty and intellectual development. Scientific American; 274: 38-43

CEPAL – COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE

2006 Modelo de Análisis del Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina por Rodrigo Martínez y Andrés Fernández. Santiago de Chile: CEPAL División de Desarrollo Social.

2010 Estrategias de Gestion Territorial Rural en Las Políticas Públicas en Iberoamerica por Rafael Echeverri y Octavio Sotomayor. Santiago de Chile: CEPAL División de Desarrollo Agrícola.

CONTRERAS, Jesús y GRACIA, Mabel

2005 Alimentación y Cultura. Perspectivas Antropológicas. Barcelona. Editorial Ariel.

CUADRADO GARCÍA, Manuel

2002 El consumo de servicios culturales. ESIC Editorial. Madrid.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2015 La Defensa del Derecho de los Pueblos Indígenas Amazónicos a una Salud Intercultural. Lima: Defensoría del Pueblo.

ECHEVERRI, Rafael Y OCTAVIO Sotomayor

2010. Estrategias de gestión territorial en las políticas públicas de Iberoamérica. Santiago de Chile: Grupo Inter-Agencia de Desarrollo Rural.

FAO – ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA

2002 Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo por Michael C. LATHAM, Nueva York, Estados Unidos.

2011 Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos Básicos del Programa Especial para la Seguridad Alimentaria – PESA – Centroamérica. Agencia Española de Cooperación Internacional. 3ra Edición.

2017 Marco Estratégico Mundial para la Seguridad Alimentaria y la Nutrición, Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (CSA).

GÓMEZ CUMPA, José

2006 “Murrup, continuidad y ruptura cultural en el desierto norte del Perú”. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo.

INEI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2007 Censo Nacional de Población y Vivienda. Lima, Perú.

2009 Mapa Nacional de Pobreza Distrital. Lima, Perú.

2009 Mapa de Desnutrición Crónica de Niñas y Niños menores de Cinco años a nivel Provincial y Distrital. Lima, Perú.

2014 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Perú.

MEF – MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FIANZAS DEL PERÚ

2012 Pobreza e Indicadores por Provincia y Distritos SNIP. Sistema Nacional de Inversión Pública. Lima, Perú.

MIDIS – MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL DEL PERÚ

2012 Manual de Operaciones del Programa Nacional Cuna Mas – Lima: MIDIS Viceministerio de Prestaciones Sociales.

2012 Manual de Operaciones del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma – Lima: MIDIS Viceministerio de Prestaciones Sociales.

2015 Plan Operativo Institucional 2016: Cuna Mas (PNCM) – Lima: MIDIS Viceministerio de Prestaciones Sociales.

MINSA – MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

2006 “Norma Técnica para la Transversalización del Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”. Lima: Ministerio de Salud.

2011 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” V.03. Lima: Ministerio de Salud

2011 Documento Técnico “Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable”. Lima: Ministerio de Salud.

2012 Informe “Estado Nutricional en el Perú” – Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) e Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Lima: Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud.

2014 Documento Técnico “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016. Lima: Ministerio de Salud.

2017 Documento Técnico “Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Lima: Ministerio de Salud.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MORROPE

s/f Página Web de la Municipalidad Distrital de Mórrope, Caseríos y Centros Poblados. Consulta: 07 de Junio de 2017.

<http://www.munimorrope.gob.pe/caserios-centros-poblados/>

NELSON, CH

2000 The Neurobiological Bases of Early Intervention. Cambridge U.K., Cambridge University Press.

POLLIT, E.

1990 Desnutrición e Infección en los Salones de Clase. París. UNESCO

PNUD – PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

2014 Estrategia de Igualdad de Género del PNUD 2014-2017. El Futuro que Queremos: Derechos y Empoderamiento. Nueva York, USA

SCHONKOFF, J; P. MARSHALL

2000 The Biology of Developmental Vulnerability. Cambridge U.K., Cambridge University Press.

SEN, Amartya

2004 ¿Cómo importa la cultura en el desarrollo? Letras Libres. Ciudad de México, número 71,

SERVENDI – Servicios de Comunicación Intercultural

2005 Manual “Interculturalidad: Desafío y Proceso en Construcción” por Ruth Lozano Vallejo. Lima: Servicios en Comunicación Intercultural Servindi

SOLOMON, Michael R

2001 Personas reales/Decisiones reales, Prentice Hall.

UNICEF – FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

2004 Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño, 2004. Chile.

2006 Convención sobre los Derechos del Niño – 20 de noviembre 1989. 2006, Madrid, España

2011 La Desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España Noviembre 2011, Wendy Wisbaum

2013 Mejorar la Nutrición Infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr , abril 2013

UNICEF Colombia

s/f Nutrición y Crecimiento. La buena nutrición es vital para el crecimiento y el desarrollo de los niños. Colombia. Consulta 23 de Enero de 2017.

<https://www.unicef.org/colombia/nutricion-y-crecimiento>

VÁSQUEZ R. A. María,
2010 Factores socioeconómicos y culturales en reincidencia de enfermedades
diarreica agudos en niños menores de 5 años, Lambayeque, Perú.



ANEXOS

- ANEXO 1. ENCUESTA SOBRE LOS HABITOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS.
- ANEXO 2. INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA GUIA DE PREGUNTAS
- ANEXO 3. GUIA ENTREVISTA PARA LOS OPERADORES DE SALUD DEL DISTRITO DE MÓRROPE.
- ANEXO 4. GUIA ENTREVISTA PARA LOS FUNCIONARIOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS DEL DISTRITO DE MORROPE
- ANEXO 5. FORMULARIO DE EVALUACION DE PROGRESO DEL NIÑO – CUNA MAS.
- ANEXO 6. ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PADRES DE

ANEXO 1.

**ENCUESTA SOBRE LOS HABITOS ALIMENTICIOS
DE LOS NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS.**

Dirigido a los Padres y Madres de Familia del Distrito de Mórrope

1. **Género:** Mujer ()
Hombre ()
2. **Edad:** Menor de 15 años () Entre 16 y 30 años ()
Entre 30 y 50 años () Más de 50 años ()
3. **¿Cuántas comidas al día realizas?**
1 vez () 2 veces () 3 veces () 4 veces ()
4. **¿Cuántas porciones de fruta consumes al día?**
1 porción () 2 porciones () 3 porciones () 4 porciones ()
5. **¿Qué es lo que más te gusta comer?**
Arroz () Frutas () Lentejas () Pollo ()
Pescado () Carne de res () Ensaladas () Sopa ()
Frituras ()
6. **¿Qué enfermedades te atacan frecuentemente?**
Gripe () Dolor de estómago () Dolor de cabeza ()
Vómito () Diarrea () Mareos () Ninguna ()
7. **¿Consumes golosinas?** Si () No ()
8. **¿Consumes alimentos empacados?** Si () No ()
9. **¿Qué es un alimento saludable?** Sabe () No sabe ()
10. **¿Dónde adquieren los alimentos para su consumo?**
En las galerías () En los supermercados ()
En el mercado () De la huerta casera ()
11. **¿Posee huerta?** Si () No ()
12. **¿Qué alimento no le gusta a tu hijo(a) menor de 05 años?**
Arroz () Frutas () Lentejas () Pollo ()
Pescado () Carne de res () Ensaladas () Sopa ()
Frituras ()
13. **En la escuela ¿Qué es lo que normalmente come?**

14. **¿Cuánto dinero gastas en la tiendita?**

15. **¿Prefiere agua o gaseosa y por qué?**

ANEXO 2.

**INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA
GUIA DE PREGUNTAS**

La presente entrevista, es de carácter confidencial y anónima está dirigida a las madres de los caseríos Lagartera, Angolo y Las Delicias – Mórrope. Tiene como objeto recolectar información con fines de investigación para el proyecto titulado: FACTORES QUE INCIDEN EN LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE LAS COMUNIDADES CAMPESINAS DEL DISTRITO DE MÓRROPE, LAMBAYEQUE

Este estudio tiene por objetivo describir, analizar y comprender las experiencias culturales de las madres, por ello realizaré la siguiente entrevista:

I. Información general:

Seudónimo:

Edad:

II. Información específica**Pregunta orientadora:**

- Dígame: ¿Cómo alimenta a su niño(a) menor de 05 años de edad? ¿Qué alimentos son importantes para Ud.?

Preguntas auxiliares:

- ¿Cómo sabe usted que le está dando alimentos nutritivos a su hijo(a)?
- ¿Cómo sabe usted si su hijo(a) esta desnutrido(a)? ¿Qué hace en esos casos?
- ¿Sabe usted que es una dieta balanceada?
- ¿Desearía agregar algo más?

ANEXO 3.

GUIA ENTREVISTA PARA LOS OPERADORES DE SALUD DEL DISTRITO DE MÓRROPE.

Preguntas para el Médico Jefe o Responsable del Centro de Salud

Datos del entrevistado	
Nombre	
Profesión	
Cargo en la institución	
Tiempo de trabajo	
Fecha de la entrevista	
Dato sobre enfermedades	
% de niños respecto a la población	Menores de 5: _____ De 6 a 15 años: _____
Enfermedades comunes	Menores de 5: _____ De 6 a 15 años: _____ De madres gestantes: _____
Número de niños con desnutrición crónica	Menores de 5: _____ De 6 a 15 años: _____
Número de niños con Anemia	Menores de 5: _____ De 6 a 15 años: _____
Tasa de incidencia de TBC	_____ casos nuevos en el año
Tasa de incidencia de HIV	_____ casos nuevos en el año
Porcentaje de consultas al año por EDA e IRA en menores de 15 años	EDA: _____ IRA: _____
Número de muertes en menores de 5 años	
Número de muertes en madres gestantes	
Guía de Preguntas Abiertas:	
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuánta participación o interés hay de los padres de familia sobre sus hijos recién nacidos? - Si algún niño tiene problemas al nacer o en los primeros 24 meses, ¿Cuál es la reacción de sus padres? - ¿Desearía agregar algo más? 	

OBSERVACIONES FINALES

ANEXO 4.

**GUIA ENTREVISTA PARA LOS FUNCIONARIOS DEL PROGRAMA CUNA
MÁS DEL DISTRITO DE MORROPE**

Preguntas para el Jefe o Responsable del Programa Cuna Más

Datos del entrevistado	
Nombre	
Profesión	
Cargo en la institución	
Tiempo de trabajo	
Fecha de la entrevista	
Desarrollo Integral	
% de niños respecto a la población que asisten al programa Cuna Mas	De 00 a 12 meses _____ De 12 a 24 meses _____ De 24 a 36 meses _____
Limitaciones comunes en el área física	De 00 a 12 meses _____ De 12 a 24 meses _____ De 24 a 36 meses _____
Limitaciones comunes en el área cognitiva	De 00 a 12 meses _____ De 12 a 24 meses _____ De 24 a 36 meses _____
Limitaciones comunes en el área socioemocional	De 00 a 12 meses _____ De 12 a 24 meses _____ De 24 a 36 meses _____
Guía de Preguntas Abiertas:	
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuánta participación o interés hay de los padres de familia sobre sus hijos recién nacidos? - Si algún niño tiene problemas al nacer o en los primeros 24 meses, ¿Cuál es la reacción de sus padres? - ¿Desearía agregar algo más? 	

OBSERVACIONES FINALES

ANEXO 5.

FORMULARIO DE EVALUACION DE PROGRESO DEL NIÑO – CUNA MAS

Preguntas para el Jefe o Responsable del Programa Cuna Más

Nombre del Niño: _____
 Edad del Niño _____
 Nombre del Evaluador _____
 Sede de Cuna Más _____
 Fecha: _____

Escala de Evaluación:

- 1 = Deficiente
 2 = Regular
 3 = Bien
 4 = Muy Bien

Complete la siguiente evaluación de manera individual, observando las actividades que realiza el niño o la niña en el aula:

Área	Hito	1	2	3	4
Área Socioemocional					
Practica la administración personal	1.1 Practica dos normas establecidas en el aula				
	1.2 Asume una responsabilidad en el aula				
	1.3 Ingiere sus alimentos sin ayuda				
Es responsable	2.1 Cierra el caño adecuadamente después de usarlo				
	2.2 Bota la basura en el basurero				
	2.3 Guarda sus útiles o juguetes después de usarlos				

Buenas relaciones inter personales	3.1 Comparte sus pertenencias con sus compañeros				
	3.2 Pide permiso para usar las cosas de otras personas				
	3.3 Juega con el grupo respetando normas sencillas				
Área Física					
Demuestra una comprensión adecuada de su cuerpo	1.1 Identifica las partes más importantes de su cuerpo (extremidades y partes de la cara)				
	1.2 Menciona qué sexo tiene				
	1.3 Camina, corre y salta siguiendo ritmos				
Experimenta reducción en incidencia de enfermedades nutricionales e impedimentos físicos	2.1 Tiene buen estado nutricional				
	2.2 Está libre de enfermedades relacionadas con la pobreza o ha sido curada o está siendo tratada				
	2.3 Madres utilizan agua segura para consumo humano				
Demuestra destrezas de motricidad gruesa y fina apropiada para su edad	3.1 Logran hitos motores finos esperados para su edad				
	3.2 Logran hitos motores gruesos esperados para su edad				
	3.3 Recibe la práctica de crianza para habituarse de lavarse las manos después de defecar u orinar				
Área Cognitiva					
Completa por lo menos la educación básica	1.1 Se ha inscrito en los ciclos I y II del nivel inicial del sistema de Educación Básica Regular (EBR)				
	1.2 Sabe sus cuatro principales datos personales				
	1.3 Sabe contar hasta 50				

Cultiva intereses vocacionales	2.1 Menciona la actividad que más le gusta hacer				
	2.2 Expresa su creatividad usando juego de palabras, rimas, adivinanzas, trabalenguas y poesías				
	2.3 Menciona qué desea ser cuando sea grande				
Aprende y utiliza al menos una destreza	3.1 Menciona lo que sus padres o cuidadores realizan para generarse ingresos				
	3.2 Menciona dos oficios de su comunidad				
	3.3 Menciona qué oficio de su comunidad le gustaría aprender				



ANEXO 6.

**ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PADRES DE FAMILIA
SOBRE EL PROGRAMA CUNA MAS**

Preguntas para el Jefe o Responsable del Programa Cuna Más

Estimado padre de familia por favor selecciona en la casilla el valor según su opinión de acuerdo a lo siguiente:

- 5= Totalmente de acuerdo
- 4= De acuerdo
- 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,
- 2= En desacuerdo,
- 1= Totalmente en desacuerdo.

Sede Cuna Más: _____ Fecha: _____

Pregunta	Calificación				
	1	2	3	4	5
Conoce todos los servicios que brinda el Programa Cuna Mas					
Estoy satisfecho/a con la calidad de enseñanza que mi hija (o) recibe en el Programa Cuna Mas					
Mi hija (o) ha podido aplicar en casa los conocimientos adquiridos en el programa Cuna Más.					
El Programa Cuna Mas proporcionó herramientas para que mi hija (o) aprenda en casa.					
Las promotoras muestran dominio en su tema.					
Existe una buena comunicación en el programa					
Hay oportunidad para la participación de los padres en las actividades del programa					
El personal del programa supervisa bien a los niños en todo momento					
El programa tiene ambientes cómodos y seguros para los niños					
El personal atiende rápidamente las necesidades de los niños y de los padres de familia					
El personal es cortés en el trato con los padres de familia					

Gracias por su atención prestada.