

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



Factores que influyen en la implementación del *Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia*, en Huancavelica durante los años 2014 – 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL

AUTOR:

Lic. MARÍA ISABEL LEÓN KLENKE

ASESOR

Mg. JAVIER ALEJANDRO PINEDA MEDINA

LIMA – PERÚ

2017

RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo de investigación analiza la situación de la desnutrición crónica infantil en el departamento de Huancavelica, que afecta a más de 34 % de los niños de dicha región al 2015 y sobre los factores que influyeron en la implementación del “Plan Nacional para la reducción de la Desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia durante los años 2014-2016”.

El hilo de ésta investigación, es la identificación y precisión de los factores determinantes dentro del Plan Nacional mencionado para Huancavelica y las causas más frecuentes que inciden y originan altos índices de desnutrición crónica infantil comparándolos con su entorno geográfico más cercano, a fin de entender claramente las razones y factores que dificultan su reducción, a pesar de los planes ejecutados por el Estado

En el marco del mencionado Plan y como estrategia para la reducción de la DCI a nivel nacional, se pensó que no bastaba solo la “Prevención” para reducir la DCI, sino que además era importante recuperar -nutricionalmente hablando- a los casi 500 mil niños que padecen de este flagelo en todo el país, y fortalecer las intervenciones con el control no sólo de la madre gestante, sino, del niño antes y después del nacimiento y hasta los primeros cinco años de vida, fijando actividades a fin de promover en las familias la adopción de prácticas adecuadas para un sano crecimiento infantil, actividades y prácticas desarrolladas tanto por la comunidad, funcionarios municipales y gobierno regional.

El presente trabajo, identificará los factores que influyen de manera positiva, o dificultan la implementación del “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia durante los años 2014-2016”, en Huancavelica. Dicho Plan fue implementado para fortalecer las intervenciones efectivas contra la DCI y reducirla 10%.

Para el desarrollo del presente trabajo, de acuerdo a las preguntas de investigación, se plantea realizar una investigación cualitativa (Descriptiva, documentada y aplicada), pues busca describir, conocer y analizar los acontecimientos desde la subjetividad y conocer la percepción que los sujetos tienen de la realidad (conductas, aceptabilidad o rechazo) y, estaría más orientada a determinar el significado del fenómeno (implementación) que a su

cuantificación. Asimismo, esta metodología permite emplear más de una técnica de recolección de información, dado que cada una tiene ventajas específicas, por ejemplo la entrevista semi estructurada o la observación etnográfica. Finalmente, la información proporcionada por los distintos actores sociales entrevistados puede ser contrastada (triangulada) para examinar su consistencia, profundizar en la interpretación y corregir posibles sesgos en el análisis.

La investigación planteada, aportará a la Gerencia Social, diseñando mejoras para intervenir en el ámbito social, potenciando políticas y proyectos de intervención prácticos. La información recogida en esta investigación propondrá formas concretas de articulación entre las políticas públicas del Estado y la población objetivo, a fin de reformularlas y alcanzar las metas deseadas.



ABSTRACT

This research is about the childhood chronic malnutrition in the department of Huancavelica, which is one of the most whipped with this problem that affects more than 34% of children in the Region to 2015.

Despite the efforts made in Huancavelica, the region kept at 2015 the high volume of Childhood chronic malnutrition with 10,2% points over rate about Huanuco, the second region with childhood chronic malnutrition in all country.

In the framework of the “National Plan for Reducing the childhood chronic malnutrition and the prevention of Anemia during the years 2014-2016”, also as strategy for reducing this problem at the national level, this was found not to be enough the “Prevention” to reduce Childhood chronic malnutrition, but is was also was important to recover nutritionally speaking to almost 500 thousands children who suffer this scourge across the country and strengthen the interventions with the control not only of the gestational mother, but also of a child before and after his birth, and in the carless years setting a number of activities that will help.

The goal is contribute to healthy and stable growth of the child; these activities will be developed both by the community and Municipality Officials, also by the regional government.

This paper is related to this process and its purpose is to identify the factors that impact in the implementation of “National Plan for reducing the Childhood chronic malnutrition and the prevention of Anemia during the years 2014-2016” established by the Peruvian state through the Ministry of Health furthermore it was implemented to strengthen the effective interventions.

Procedures against the Childhood chronic malnutrition achieve the global aim, that is the reduction of 10% in Peru by 2016, focusing on the particular situation of Huancavelica.

The centralization of this data collection and analysis through the research, has its purpose therefore to improve a better articulation between the state public policy and population, in order to reformulate and reach the desired goals.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer especialmente a mi asesor de tesis, Javier Alejandro Pineda Medina, por su enorme paciencia y su constante estímulo para no decaer en el empeño de terminar este trabajo de investigación; Asimismo, a Sarita Aquino, valiosa mujer huancavelicana, sin cuya valiosísima ayuda no hubiera podido tener acceso a la importante información que me proporcionó.



DEDICATORIA

A Elena, grande e inolvidable, a quien tuve el privilegio de tener como la más maravillosa abuela y quien estaría orgullosa de éste nuevo logro si todavía estuviera con nosotros, y también a mi esposo e hijo, maravillosos compañeros de vida, sin cuyo apoyo y amor incondicional no hubiera podido concluir esta etapa de mi formación profesional.

ABREVIATURAS

CEI	Centro de Educación Inicial
CENAM	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
ENAH	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
GERESA	Gerencia Regional de Salud
IDH	Índice Desarrollo Humano
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud
ODS	Objetivos Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de Salud
PNRDPA	Plan Nacional para la Reducción de la desnutrición crónica Infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	2
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA	6
ABREVIATURAS	7
Capítulo I:	
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1. Preguntas de investigación	19
1.2. JUSTIFICACIÓN	20
1.3. OBJETIVOS	21
1.3.1. Objetivo General	21
1.3.2. Objetivo Específico	22
Capítulo II:	
2. MARCO TEORICO REFERENCIAL	23
2.1. ENFOQUES DE DESARROLLO	23
2.2. PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA DURANTE LOS AÑOS 2014-2016	29
2.2.1. Objetivos	30
2.2.2. Ámbito aplicación	31
2.2.3. Población objetivo	31
2.2.4. Estrategias de intervención	31
2.2.5. Actividades previstas	32
2.2.6. Enfoque de interculturalidad	32
2.3. LA SITUACIÓN DE LA POBREZA Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN EL PERÚ	33
2.3.1. Lactancia materna	43
2.3.2. Educación y analfabetismo	44
2.3.3. Sectores laborales y de ocupación	44
2.3.4. Hogares liderados por mujeres	45

2.4.	DIAGNOSTICO SITUACIONAL EN LA ZONA A INTERVENIR:	
	HUANCAVELICA	45
2.4.1.	Características geográficas	45
2.4.2.	Características socio-económicas	47

Capítulo III:

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.2.	FORMA DE INVESTIGACIÓN	50
3.3.	FUENTES DE INFORMACIÓN	50
3.4.	UNIVERSO	51
3.5.	MUESTRA	51
3.6.	PROCEDIMIENTO PARA RECOJO DE INFORMACIÓN	51
3.7.	INSTRUMENTOS DE RECOJO DE NFORMACIÓN	51
3.8.	CRONOGRAMA DE PLAN DE TRABAJO	52

Capítulo IV:

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

4.1.	PRESENTACIÓN	53
4.2.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS	57

Capítulo V:

5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
5.1.	CONCLUSIONES	80
5.2.	RECOMENDACIONES	85

Capítulo VI:

6.	PROPUESTA DE MEJORA	90
	ANEXOS	94
	BIBLIOGRAFÍA	111

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2012, según la FAO, aproximadamente 6.9 millones de niños menores de 5 años de América Latina y el Caribe tenían DCI, que equivalía al 12.8% de los niños de toda ésta región.¹

Entre los años 2007 y 2013, la DCI a nivel nacional se redujo de 28,5% a 17,5%, pero la mayor disminución se produjo entre los años 2007 y 2011, desacelerando su ritmo entre el 2011 y el 2013 ². Según se puede apreciar en los resultados de las encuestas de ENDES³ correspondientes a diferentes años: En el año 2012, la DCI a nivel nacional bajó solo 0,6%, habiendo pasado de 18,1% al 17,5% mencionado. En el año 2015, la DCI ya había reducido sus altos índices, registrándose un 14,4% (patrón de referencia OMS), siendo el ámbito rural el más afectado con 27,7% de los niños. Es por ello que el Estado trazó el ambicioso proyecto de disminuir la DCI de 14,4% a 10% en un plazo de 2 años, a través del “Plan Nacional para la Reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la Anemia en el país”.

Huancavelica, a pesar de los esfuerzos desplegados, se mantuvo hacia el 2015 como la región con mayor volumen de desnutrición crónica infantil, con más de 10 puntos por encima de la región de Huanuco, la segunda con mayores índices de DCI en todo el Perú⁴

Nuestro país ha venido implementando estrategias de lucha contra la desnutrición crónica infantil, trabajando en diferentes frentes, sin embargo, los porcentajes de DCI en las regiones de la sierra y selva, aún constituyen un problema de salud pública nacional. Los porcentajes de DCI -según zona- no han disminuido equitativamente en los últimos años: En el año 2014, la DCI de las zonas urbanas fue de 8,3%, reduciéndose a 7,9% para el 2016, frente a un

¹ (<http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf> pág. 7, Consultado el 18 julio del 2017)

² “Perú: Síntesis Estadística 2016” – INEI, noviembre 2016, pág. 31

³ INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

⁴ Perú: Síntesis Estadística 2016” – INEI, noviembre 2016, pág. 31

28,8% registrado un 27,7% en zonas rurales en el mismo año 2014 que logró reducirse a 26,5% hacia el 2016 ⁵

En el marco del “*Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia*” ⁶ aplicado durante los años 2014-2016, se dispuso estrategias para la reducción de la DCI, pues, no bastaba sólo la “Prevención” para reducir la DCI, sino, que además, era importante recuperar -nutricionalmente hablando- a los más de 500 mil niños que padecen de este flagelo en todo el país. Se indicó entonces, fortalecer el control a la madre gestante, y también del niño o niña, antes y después del nacimiento, y hasta los primeros cinco años de vida, fijando una serie de actividades a fin de promover en las familias la adopción de prácticas adecuadas que contribuyeran con un sano crecimiento infantil. Dichas actividades y prácticas debían ser desarrolladas tanto por la comunidad, como de los funcionarios municipales y del gobierno regional.

Nuestra preocupación entonces, se centra en el alto y alarmante índice de DCI que afecta a los niños de Huancavelica y en conocer y analizar los factores que influyeron en la Implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia, en Huancavelica, durante los años 2014 – 2016.

Hemos realizado una investigación Cualitativa (Descriptiva, documentada y aplicada), desde fuentes primarias y secundarias disponibles tomando en cuenta diversos factores que inciden en el alto índice de desnutrición. A través de dicho estudio pretendemos exponer información y conocimiento sobre el problema y entender de esta manera las causas e influencias positivas y limitantes que existen locales y para el cumplimiento del *Plan* mencionado. Estos conocimientos podrán ser utilizados para establecer nuevas políticas locales y regionales que contribuyan con la solución de éste problema que afecta significativamente a un elevado número de niños en Huancavelica y que puede ser utilizado en diversas regiones del país con características similares.

⁵ Perú: Síntesis Estadística 2016” – INEI, noviembre 2016, pág. 31

⁶ *Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia*” R.M. No. 258-2014/MINSA, Ministerio de Salud, Lima, Perú 2014

El trabajo de investigación realizado, nos permite exponer en el primer capítulo el planteamiento de la problemática elegida, la justificación de la misma y los objetivos a alcanzar. A lo largo del segundo capítulo, ofrecemos un marco teórico referencial amplio sobre el problema de la investigación, gracias a la abundante información estadística y estudios relacionados, que nos permiten una visión más amplia del fenómeno de la pobreza y su innegable relación con la desnutrición crónica infantil en el Perú; continuando luego con las características socio-demográficas de la población objetivo, haciendo hincapié en las sustanciales diferencias de las variables analizadas en las poblaciones de Huancavelica y las aledañas de la sierra central. Con esta información, llegamos al capítulo tercero, donde exponemos los pormenores del diseño de la investigación, así como una descripción del método y técnicas utilizadas, hasta arribar a los capítulos cuarto y quinto, a través de los cuales se nos permitirá realizar un análisis e interpretación de los hechos materia de investigación y la posibilidad de formular un diagnóstico situacional de base pertinente, describiendo las conclusiones, hallazgos y propuestas concretas, así como proponer también las sugerencias pertinentes para posteriores investigaciones.

Los resultados de esta investigación aportarán significativamente al establecimiento de políticas renovadas, mejorando las existentes, a través de la Gerencia Social cuya característica central es básicamente su aplicabilidad estableciendo por ello, un plan de mitigación de la desnutrición de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación. El referido Plan hace alusión a las políticas de Estado establecidas en el *Acuerdo Nacional*, principalmente las que tienen que ver con *Seguridad Alimentaria* y nutrición (15° Política de Estado) en las que se señala que “...Se hará todo lo posible para que las familias y personas expuestas a la inseguridad alimentaria satisfagan sus necesidades alimenticias y nutricionales, y se prestará asistencia a quienes no puedan hacerlo...”

El problema principal que conduce el hilo de ésta investigación, está relacionado con la identificación y precisión de los factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica, durante los años 2014 – 2016 y las razones que originan que los altos índices de desnutrición crónica infantil en el Departamento de Huancavelica no cedan, y que sigan siendo los más altos en el país, a fin de entender claramente las razones y causas principales del mismo.

La investigación pretende -con la utilización y posterior aplicación adecuada de sus resultados,-contribuir con la reformulación y mejora de las intervenciones públicas del Plan (PNRDPA) a fin de mejorar las condiciones y calidad de vida de los niños con desnutrición crónica infantil, objeto de estudio, constituyendo una alternativa para la lucha contra la pobreza en el Departamento de Huancavelica.

La investigación, además busca, en el ámbito social, y a través de las propuestas expuestas, mejorar la salud de la población desde el fortalecimiento de sus conocimientos y capacidades, disminuyendo así los costos sociales, y motivándolos a una participación activa, efectiva y protagónica en la construcción de su propio desarrollo, y creando sinergias, con visión de futuro.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los años 2007 y 2013, la desnutrición crónica infantil (DCI) se redujo a nivel nacional de 28,5% a 17,5%, pero la mayor disminución se produjo entre los años 2007 y 2011, desacelerando su ritmo entre el 2011 y el 2013 ⁷ . Según se puede apreciar en los resultados de las encuestas de ENDES ⁸: En el año 2012, la DCI a nivel nacional bajó solo 0,6%, habiendo pasado de 18,1% en el 2012 al 17,5% mencionado para el año 2013. En el año 2015, la DCI ya había reducido sus altos índices, registrándose un 14,4% (patrón de referencia OMS) y para el 2016 se alcanzó un 13,1% .

Huancavelica, a pesar de los esfuerzos desplegados, se mantuvo al 2015 como la región con mayor volumen de desnutrición crónica infantil, con 10,2 puntos por encima de Huánuco (la segunda con mayor índice de DCI en todo el Perú), con 10 puntos por encima de Ucayali y con 10,1 puntos por encima de Cajamarca y Loreto, respectivamente ⁹

⁷ “Perú: Síntesis Estadística 2016” – INEI, noviembre 2016, pág. 31

⁸ INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

⁹ “Perú: Síntesis Estadística 2016” – INEI, noviembre 2016, pág. 31

La niñez es el tesoro más preciado con el que cuenta una nación: cuidarla, protegerla y permitirle un desarrollo saludable y equilibrado, debe ser uno de los principales objetivos de las políticas públicas a nivel nacional, pues con ello se logrará una población adulta, competitiva y apta. Lamentablemente, en el Perú, la desnutrición crónica infantil, constituye uno de los mayores problemas de salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud, la desnutrición crónica infantil es el estado en el cual un niño presenta retardo en su crecimiento en relación a su edad, lo que afecta su capacidad física, intelectual, emocional y social. En el Perú, según el patrón de la misma Organización, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años ha ido disminuyendo, pasando de 28,5% en el 2007 a 18,1% en el 2012, poniendo ya entonces al país en una situación de superación frente a los objetivos de desarrollo del Milenio.¹⁰

Hacia el año 2015 se rebasó esta proyección pues, según informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través una nota de Prensa publicada el 26 de mayo del 2016 en su Portal web por su Jefe, Dr. Anibal Sánchez Aguilar, la desnutrición crónica infantil se había reducido a nivel nacional pasando a 14,4% (15,3% en niños y 13,6% en niñas) en dicho año, manteniendo la tendencia decreciente de años anteriores.¹¹

También se informó desde el INEI que, a nivel departamental y a pesar de la evidente disminución registrada en los años previos, debido a las intervenciones de políticas públicas y trabajo conjunto entre el sector público, privado y las familias, el mayor porcentaje de niños peruanos menores de cinco años que sufren todavía este mal, están concentrados al en áreas rurales (27,7%) versus áreas urbanas (8,3%) y, por región natural, el mayor porcentaje sigue concentrado en la sierra (22,7%), seguido de la selva (20,3%), mientras que en Lima Metropolitana este porcentaje representó el 5,4%, siendo los que registran

¹⁰ http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1766:desnutricion-cronica-disminuyo-ninas-ninos-menores-5-anos-edad&Itemid=900 consultado el 14 julio 2017)

¹¹ (<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-144-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-en-el-ano-2015-9066/> consultado el 15 julio 2017).

menores indicadores de incidencia Tacna (2,6%) y Moquegua (3,5%), señalándose que todavía 16 departamentos del país se encuentran por encima del promedio nacional de 14,4% y que de estos, 03 departamentos siguen siendo los más afectados como son Huancavelica (34%), siguiéndole de cerca Huánuco y Cajamarca con 24% cada una ¹²

Del total de la población infantil menor a cinco años del Departamento de Huancavelica (más de 78,000 niños), el mayor porcentaje se concentra en las provincias de Angares (42%), y Acobamba y Huancavelica (39% cada una) ello, a pesar de que la región es rica en productos alimenticios como el trigo, habas y otras especies nutritivas y el 34% padece de desnutrición crónica infantil según reporte de INEI a través de la Encuesta Demográfica y de salud Familiar al 2015, es decir, 26,758 niños se encuentran afectados por este mal.

Pero, ¿Qué entendemos por desnutrición infantil y cuáles son sus principales causas? El término “desnutrición”, generalmente se refiere a la carencia de algunos o de todos los elementos nutritivos, lo cual puede ocurrir, entre otros motivos, debido a ciertas deficiencias en la dieta ¹³

Enrique Vásquez (Vásquez: 2000), señala que la desnutrición puede definirse como *“El estado de pauperización ocasionado por el bajo consumo de nutrientes, que no permite cubrir los requerimientos mínimos del organismo y que acarrea el empobrecimiento de las capacidades físicas e intelectuales”*. La desnutrición es pues una enfermedad generada por el desbalance entre el consumo y el requerimiento de nutrientes en un organismo y que además, altera los ciclos de desarrollo. No existe una causa UNICA para que ésta se presente en los niños, ni está asociada obligatoriamente a algún tipo de variable exclusiva. La desnutrición es, así, un problema multicausal y complejo.

De acuerdo con Beltran y Seinfeld (2009) en su trabajo “Desnutrición crónica infantil en el Perú: Un problema persistente”, señalan que *“La desnutrición infantil ha sido catalogada por la UNICEF como una emergencia silenciosa, genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona y que*

¹² “Perú: Síntesis Estadística 2016” – INEI, noviembre 2016, pág. 31

¹³ (<http://www.christushealth.org/DrTango/encyclopedia/> consultado el 18 noviembre 2008).

no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema”.

Según la ENDES 2015 ¹⁴, la desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y los niños y que esta se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo.

En general, los patrones dietéticos en el Perú se caracterizan por el consumo inadecuado de calorías, así como por el deficiente consumo de alimentos de origen animal, que son los que ofrecen las principales fuentes de proteínas, al igual que micro nutrientes esenciales (*The Gerald J. and Dorothy Friedman School of Nutrition. Science and Policy at Tufts University. 2001:14*). Ello, afecta el crecimiento de los niños y su resistencia a las enfermedades, así como afecta su potencial intelectual.

El problema de la desnutrición, está muy relacionado a los índices de pobreza y falta de cuidado de la salud y educación de la población, pero también -y principalmente- a la falta de conocimientos específicos sobre salud, sanidad y principalmente, alimentación y nutrición infantil por parte de las madres. Todos estos factores repercuten en la capacidad intelectual, física y laboral de las personas en su etapa adulta, haciéndolas mediocres, porque no han desarrollado completamente sus capacidades, habilidades y destrezas; siendo esta situación irreversible.

En este orden de ideas, es claro que el recurso humano futuro no va a responder ni estará preparado para optimizar el uso de los recursos locales y consolidar así el desarrollo económico local, y el incremento de la productividad del país. Si no se hace algo por revertir esta lamentable realidad de nuestra niñez en general el desarrollo humano de la población peruana en general estará definitivamente limitado.

¹⁴ INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015

La desnutrición tiene mayor, incidencia, de acuerdo al nivel educativo de la madre; es decir cuanto mayor sea el nivel educativo que ésta haya alcanzado, se preocupará *-en mayor magnitud-* y velará *-en mejores condiciones-* por la integridad física e intelectual de sus hijos, dándoles lactancia materna por períodos más prolongados, mejor alimentación complementaria, alimentación balanceada, etc. Así, tenemos que a mayor nivel educativo de la madre, menor grado de desnutrición del niño, como se desprende de la ENDES 2015 ¹⁵, cuando se señala que la desnutrición crónica infantil afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (35,9%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 12% con secundaria completa y 5,7% con nivel superior. Del mismo modo, tenemos que a mayor número de carga familiar, mayores serán los índices de desnutrición, por cuanto la economía del hogar será insuficiente para cumplir con dotar a toda la familia de una canasta básica elemental y cumplir con los requerimientos nutricionales básicos.

Otros factores relacionados al alto índice de desnutrición infantil, están vinculados a la atención inadecuada de las gestantes, su propio nivel de desnutrición, así como la introducción inadecuada de alimentación complementaria distinta a la leche materna en los niños recién nacidos y en general, en aquellos mayores de 6 meses.

Volviendo al caso de Huancavelica *–el Departamento más pobre del Perú–* que registra mayor porcentaje de niños en situación de desnutrición crónica, tenemos que, según el Informe sobre Desarrollo Humano 2013 Perú-PNUD ¹⁶ que se publica cada cinco años, el índice de desarrollo humano (IDH) en esta región es de 0.2962, es decir, es el ULTIMO en el ranking Regional, (en comparación con el índice de 0.5058 que alcanza en promedio el país y el 0.6340 que alcanza Lima), registrando asimismo el último lugar en todos los índices de desarrollo humano departamentales, como: Esperanza de vida al nacer de 65.15 años (en comparación de los 74.31 años que alcanza una persona en el país y los 78,75 años que alcanza en Lima).

¹⁵ INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015

¹⁶ "Informe sobre Desarrollo Humano 2013 Perú - FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO: PNUD 2013

El logro educativo en la educación secundaria es también el menor de todos, alcanzando 43.10% de la población (en comparación con el 67.87% del país y el 80.90% que registra Lima); el ingreso familiar per cápita mensual es de S/. 317.20 (frente a un ingreso de S/.696.90 registrado a nivel nacional y S/. 1,017.00 en Lima, por lo que podemos afirmar con absoluta certeza, que la población de Huancavelica es la que menos ha desarrollado a nivel nacional. El índice de desarrollo Humano para las provincias de Huancavelica, señala que Acobamba obtuvo la peor puntuación, seguido de Churcampa y Angares.

Debido a estas alarmantes cifras, y en el escenario descrito, podemos determinar que el problema tiene diversos orígenes o causas y por ello resulta importante también reconocer los factores del entorno, que pueden agravar la situación. Asimismo, resulta interesante señalar que es Huancavelica el departamento de la sierra peruana que registra mayor índice de desnutrición crónica infantil, en comparación directa con sus vecinos más cercanos como Junín, Ayacucho y Apurímac.

Al 2016 y a pesar de haberse implementado y ejecutado una serie de programas y políticas públicas para reducir y erradicar la desnutrición crónica infantil, se puede comprobar que ésta aún persiste, siendo más acentuada en las poblaciones de la sierra peruana, siendo Huancavelica la zona más vulnerable y donde no se logra reducir de manera más efectiva la desnutrición en comparación con las regiones aledañas.

El Ministerio de Salud en virtud a la Resolución Ministerial No. 258-2014-MINSA, elaboró el “PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN EL PAÍS 2014-2016”, disponiendo que las Direcciones Generales, órganos desconcentrados y organismos públicos del MINSA, dentro del ámbito de competencia, incorporaran en sus planes operativos anuales, las actividades contenidas en dicho plan, encargando al Instituto Nacional de Salud, a través del CENAN (Centro Nacional de alimentación y nutrición), la supervisión del cumplimiento de las acciones previstas, y proyectándose como objetivo general, lograr al 2016 la reducción de la desnutrición crónica infantil al 10% a nivel nacional, cifra que no pudo ser alcanzada, alcanzándose un índice de desnutrición en el 2016 de 13,6%.

Nuestra preocupación entonces, se centra en el hecho de que Huancavelica mantiene un alto y alarmante índice de desnutrición crónica infantil, a pesar de la intervención realizada por el Estado a través del Ministerio de Salud entre los años 2014-2016, y nuestro interés se centra en conocer y analizar los factores que han incidido en la implementación del “*Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014-2016*” y los factores por los cuales Huancavelica mantiene altos índices en comparación con otras regiones ubicadas también en la sierra, donde se han aplicado las mismas estrategias del Plan Nacional.

En este sentido las preguntas que enmarcarán la presente investigación son las siguientes:

1.1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

- **Pregunta General:**

¿Cuáles son los principales factores que influyen en la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica durante los años 2014 – 2016?

Preguntas específicas

- ¿Las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, en Huancavelica, contribuyeron al logro de sus objetivos?.
- ¿Cuál fue el nivel de participación de los principales actores en la implementación del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica?.
- ¿Cuál es la percepción y valoración que tienen los actores involucrados acerca del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación consiste en un análisis de una Política Pública (Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016) desarrollada a nivel nacional, en función al logro del bienestar de los niños menores de cinco años. La investigación se centra en la evaluación de los niveles de *contribución, participación y percepción* de los principales actores en la provincia de Huancavelica, contrastando aquello que fue planificado o establecido dentro del cuadro de actividades y estrategias del Plan, con aquello que realmente ocurrió y fue percibido por los actores principales.

La desnutrición crónica infantil es un flagelo muy grave que afecta a miles de niños menores de cinco años en nuestro país, principalmente en zonas de la sierra, rurales, y es el resultado de una ingesta inadecuada de alimentos balanceados y nutritivos, que inciden negativamente en el crecimiento y desarrollo de nuestros niños. Este problema está relacionado íntimamente con los niveles de pobreza y carencias de servicios básicos de salud, agua, vivienda segura y educación en las distintas regiones.

Resulta de relevancia para el Estado peruano, fijar las estrategias e intervenciones necesarias a fin de lograr la reducción de estos altos índices de desnutrición crónica infantil, con la finalidad de ofrecer a los niños y futuros ciudadanos del país, la oportunidad de un desarrollo pleno e integral. Por ello, es necesario analizar la implementación de estos planes nacionales y de evaluar su impacto y eficiencia a fin de que contribuyan cabalmente con los objetivos.

La presente investigación, abordará los aspectos más importantes de la desnutrición crónica infantil en la región Huancavelica, y aportará definitivamente a la Gerencia Social, en la medida que va a permitir contribuir a evaluar y reformular políticas sociales que sean viables en el ámbito social, aportando propuestas que beneficien de manera práctica, a una población concreta

La información presentada en la investigación proviene de fuentes oficiales del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI,

entre otras importantes fuentes. Los resultados hallados en esta investigación, aportarán asimismo significativamente al establecimiento de nuevos programas que permitirán trabajar eficientemente la reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica, a través del conocimiento y de la Gerencia Social.

Los hallazgos permitirán relacionar las *Políticas de Estado* establecidas con el *Acuerdo Nacional*, principalmente las que tienen que ver con Seguridad Alimentaria y nutrición en las que se señala que “..*Se hará todo lo posible para que las familias y personas expuestas a la inseguridad alimentaria satisfagan sus necesidades alimenticias y nutricionales, y se prestará asistencia a quienes no estén en condiciones de hacerlo.*”. (Acuerdo Nacional. Políticas de Estado N° 15)

La investigación pretende *-con la utilización y posterior aplicación adecuada de sus conclusiones-* contribuir con la mejora de las condiciones y calidad de vida de los niños con desnutrición infantil, objeto de estudio, constituyendo una alternativa para la lucha contra la pobreza en el departamento de Huancavelica. Además busca, en el ámbito social, y a través de las propuestas expuestas, mejorar la salud de la población desde el fortalecimiento de sus conocimientos y capacidades, disminuyendo así los costos sociales, motivándolos a una participación activa, efectiva y protagónica en la construcción de su propio desarrollo, y creando sinergias, con visión de futuro.

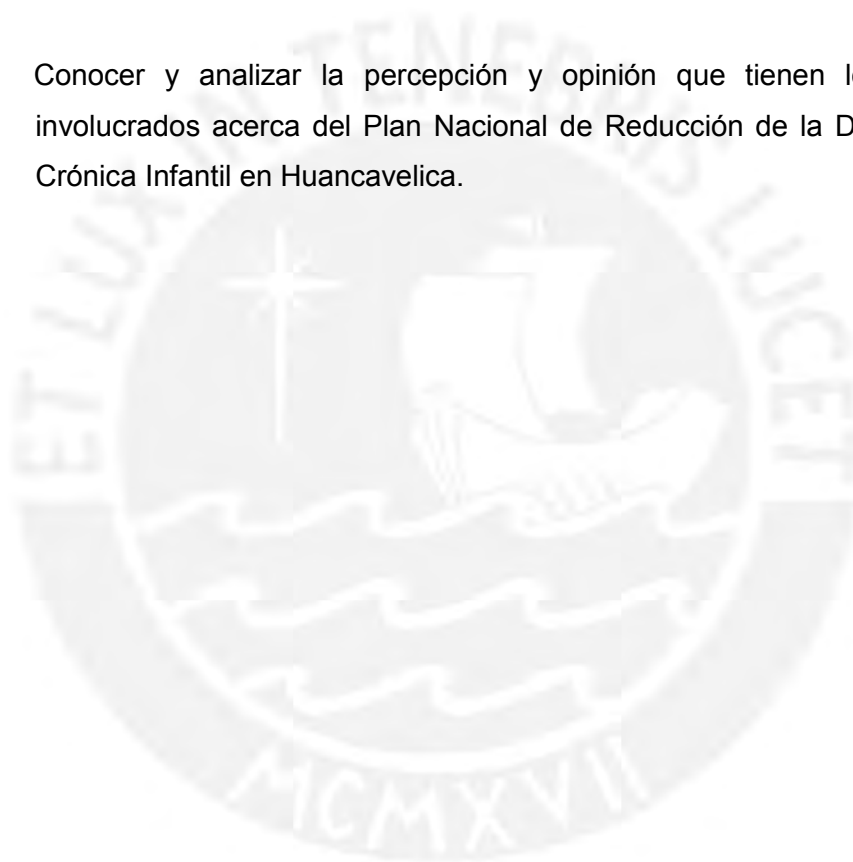
1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales factores que favorecen o limitan la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica durante los años 2014 – 2016; analizando si las estrategias aplicadas del Plan Nacional lograron acercarse a los objetivos propuestos, determinar el nivel de participación y la percepción de los principales actores para la mejora del mencionado Plan.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica infantil en Huancavelica, contribuyeron al logro de sus objetivos propuestos por el Plan.
- Analizar y determinar el nivel de participación de los principales actores en la implementación del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica.
- Conocer y analizar la percepción y opinión que tienen los actores involucrados acerca del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica.



CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En el Perú, como en la mayoría de países de la región, los programas y políticas públicas de reducción de anemia y DCI en niños menores de cinco años se han focalizado principalmente en los suplementos nutricionales y/o asistencia alimentaria complementaria, sin que se haya logrado aún erradicar dicho flagelo que afecta a más del 13% de nuestros niños a nivel ¹⁷. Por esta razón, y en función a diversas investigaciones y literatura científica, se han dirigido nuevos esfuerzos en priorizar la aplicación de una serie de actividades y estrategias múltiples, que incluyen aspectos relacionados a hábitos de higiene, salubridad y controles de salud a la madre gestante, a los niños, promoción de la lactancia materna, entre otros de gran impacto.

De esta forma, las políticas públicas relacionadas a la reducción de la DCI buscan mejorar la calidad de vida de la población en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad, promoviendo el ejercicio de sus derechos, el acceso a iguales oportunidades y al desarrollo de sus capacidades plenas, ligado también a su derecho de participación en la ejecución de los planes y estrategias que a nivel del Estado se decida aplicar.

En el marco teórico referencial de la investigación, se presentará los *enfoques*, más importantes para comprender las intervenciones del PNRDPA ¹⁸ y sus factores básicos, explicando además, como estos influyen en la implementación de los proyectos públicos a fin de fortalecer la participación, equidad e inclusión social. .

2.1. ENFOQUE DE DERECHOS:

El enfoque de derechos es fundamental, y aparece transversalmente en esta Tesis. No existe mejor argumento para abogar por el crecimiento y desarrollo

¹⁷ INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 (ENDES 2016)

¹⁸ Plan Nacional para la Reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016

temprano, que el derecho de todos los niños a tener un buen inicio en la vida. En esta línea, el interés supremo de los niños y niñas y de su bienestar, conduce y orienta la línea de esta investigación.

Documentos internacionales como los del PNUD, OMS (Organización Mundial de Salud), ODS (Objetivos de desarrollo sostenible) y la Declaración de Derechos Humanos, constituyen un marco de “Derechos” que son parte del marco de referencia para los Planes y Políticas Públicas de cada país. Estos instrumentos internacionales establecen el derecho de los niños y la especial responsabilidad del Estado de proveerles acceso a los servicios de salud, educación, alimentos, abrigo, estímulo y protección adecuados para su desarrollo integral

En el caso de la infancia, que tratamos en esta investigación, resulta indispensable mencionar la Convención de los Derechos del Niño ¹⁹ que ha señalado permanentemente la responsabilidad de los Estados de cumplir con todos los derechos inherentes a los niños y a su óptimo desarrollo de capacidades y potencial humano. En este orden de ideas, se ha insistido en la fundamental prioridad de los Estados de cumplir con los derechos internacionales de los niños, que incluyen el velar por su adecuada supervivencia y desarrollo adecuado de su potencial como seres humanos, estableciendo la obligatoriedad de los Estados a proveer a los niños y niñas, acceso a los servicios de salud, educación, y alimentación de calidad. No se puede dejar sin efecto el papel fundamental de la familia para constituirse como el mayor soporte de la niñez, previendo el suministro de alimentos, salud, vivienda, protección, afecto, y estímulo; necesarios para su normal desarrollo.

La “Convención sobre los Derechos del Niño” es un tratado de las Naciones Unidas (ONU) y la primera ley internacional “jurídicamente vinculante” sobre los derechos del niño y la niña. Esto quiere decir que su cumplimiento es obligatorio. Reúne derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que reflejan las diferentes situaciones en las que se pueden encontrar los niños, niñas y adolescentes de todo el mundo. Establece que estos derechos son específicos para su edad, su capacidad y su estado en la sociedad. Pone especial énfasis en

¹⁹ (<http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf> Consultada el 15 julio 2017)

la responsabilidad del Estado y de la familia para proveer la atención y el cuidado necesarios, teniendo en cuenta el principio del interés superior del niño, la evolución de sus capacidades y su participación en la satisfacción plena de sus necesidades.

En el Perú, como en la mayoría de países en desarrollo, suscriptores de la Convención sobre Derechos del niño, las políticas y programas a favor de la primera infancia, se han focalizado con frecuencia en la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niños menores de cinco años; a través de procesos de asistencia alimentaria y suplemento de micronutrientes, pero sin que se hayan obtenido resultados muy importantes. Las políticas públicas, sustentadas en la Constitución del Perú y el Código de los Niños y Adolescentes (Ley 27337), reconocen el interés superior de los niños y el respeto de sus derechos, y han sido el marco legal que ha dado sustento a diversas intervenciones públicas que han ido enfocándose en la atención del niño desde la concepción y el cuidado de la madre gestante. En este sentido, el enfoque de desarrollo de los planes y programas públicos, resultan fundamentales pues promueve el acceso a mejores oportunidades de desarrollo.

No existe mejor argumento para abogar por el crecimiento y desarrollo temprano, que el derecho de todos los niños a tener un buen comienzo en la vida. La razón fundamental es que si este derecho es satisfecho plenamente, el niño estará preparado para demandar la satisfacción de sus demás derechos como ciudadano.

La desnutrición crónica infantil es el resultado del consumo de una dieta inadecuada en calidad y cantidad, pero también de las enfermedades que sufren los niños desde su concepción. Por ello, para prevenirla, es necesario mejorar el consumo alimentario de los niños en cantidad y calidad, prevenir enfermedades y/o reducir su impacto y duración. Los cuidados y los hábitos relacionados a la salud, nutrición y alimentación de las madres y otras personas que apoyan el cuidado de los niños son muy importantes para prevenir la desnutrición crónica infantil en el Perú.

En el año 2008, la prestigiosa Revista Internacional de medicina y salud “The Lancet”²⁰ publicó un informe muy interesante sobre desnutrición materno infantil, en el que se resumen décadas de estudio sobre éste flagelo, y se señala que el mismo afecta no solo a los niños menores de cinco años, sino a las futuras generaciones, pues afirma que el estado de malnutrición de una madre puede afectar -en proyección- inclusive a sus hijos y a sus nietos.

El informe mencionado señala que afecciones como el retardo en el crecimiento y la desnutrición grave durante los primeros años de vida, causan un daño irreparable, al impedir el desarrollo físico adecuado de la persona humana.

Pelletier y Frongillo (2002), demostraron en su investigación que los “Cambios en la supervivencia infantil están fuertemente asociados con cambios en la malnutrición en los países en desarrollo pues las transformaciones en la malnutrición tienen un efecto notable en la disminución de la mortalidad infantil, al señalar que la deficiencia de micronutrientes contribuye a la ceguera, al deterioro neurológico, a la reducción de la función inmune del organismo, además del retraso en el crecimiento.” Los autores sostienen que la desnutrición crónica infantil es una causa subyacente de mortalidad infantil asociadas a enfermedades como la diarrea, neumonía y otras; y a la afectación del rendimiento escolar de los niños.

Estudios internacionales como el de Alderman, Hoddinott y Kinsey,²¹ encontraron y asociaron la desnutrición crónica infantil al efecto negativo en las mayores tasas de deserción escolar y en la reducción del número de grados concluidos en la vida escolar. Por ello, se debe resaltar que las intervenciones para mejorar la nutrición infantil y el bienestar de los más pobres, resulta de mucha importancia para el Perú, a través de la adopción de políticas públicas adecuadas, pues la verdadera perspectiva de desarrollo humano se garantiza con el inicio de la atención integral (salud, nutrición y educación) en la primera infancia.

En el Estudio “*Tendencias del desarrollo: revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo – Estrategia para una intervención en gran*

²⁰ (www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition consultado el 16 julio 2017

²¹ (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=916871 consultado el 17 julio 2017)

escala” del Banco Mundial (2006), se señala que el retraso en el crecimiento de los países en desarrollo, es mucho más frecuente entre las poblaciones más pobres; por ello, la verdadera perspectiva multidimensional del desarrollo humano, debe estar enfocada en temas tales como la salud, nutrición y la educación.

Para conocer las verdaderas causas de la DCI ; la ENDES 2016 ²² da a conocer las últimas mediciones a nivel nacional y según ello, señala, enfatiza y reitera los resultados de, las causas de la desnutrición crónica infantil.

Entre las causas que son variadas, podemos destacar las inadecuadas prácticas de higiene en la preparación de alimentos en el hogar, la escasa disponibilidad de agua potable y saneamiento, la alta incidencia de cuadros diarreicos y afecciones respiratorias en los menores de cinco años, el bajo peso de los niños al nacer y la falta de acceso a alimentos nutritivos dentro de la canasta familiar.

Existe suficiente literatura médica, que señala que la desnutrición crónica infantil puede producirse en distintas etapas de la vida de un ser humano: desde la etapa intrauterina, en los primeros seis meses de vida o incluso después, aunque el porcentaje es notoriamente más reducido en la etapa de los primeros seis meses de vida, debido a que la lactancia materna proporciona al niño los nutrientes necesarios para su defensa. Al crecer el niño y dejar la leche materna, inicia el consumo de otro tipo de alimentos, lo que determina que dependa de estos para su adecuada nutrición. En la medida que estos alimentos no son ricos en nutrientes, genera los problemas de desnutrición crónica infantil.

Los factores determinantes de la desnutrición crónica infantil han sido investigados extensamente en distintos países, por distintos investigadores; una de estas investigaciones, *“Conceptual Framework of the Determinants of Nutritional Status”* hecha por Jonsson en 1993, ha servido de soporte para muchas otras a nivel mundial, hasta la actualidad. En esta, se reconoce que la desnutrición crónica infantil (Jonsson 1993) es resultado de una multiplicidad de factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos saludables/nutritivos y la salud del niño. La investigación concluye que para

²² INEI: Encuesta Demográfica y de salud familiar 2016

mantener el bienestar nutricional de los niños menores de cinco años, es necesario actuar en torno a los siguientes factores:

- a. Acceso a alimentos saludables
- b. Adecuadas prácticas de cuidado y salubridad materno infantil
- c. Adecuados servicios de salud, abastecimiento de agua segura y saneamiento

Estos factores, son justamente, los utilizados por el Perú en su política pública, plasmada en el Plan Nacional que motiva esta tesis de investigación y sobre los cuales levantaremos las estrategias necesarias para enfrentar las limitaciones de su implementación en Huancavelica.

Aplicando al “Enfoque de derechos”, se puede expresar que desde el punto de vista del niño, será posible que se garantice su “Derecho” a la nutrición cuando este bien alimentado y tenga buena salud, y ello dependerá del grado de atención del que goce en su hogar y en la comunidad, para lo cual será requisito fundamental la implementación de políticas públicas adecuadas desde el Estado.

Estas políticas públicas “adecuadas”, las definió Nicolas Pineda Pablos, en su participación en un Seminario internacional de Políticas públicas realizado en México en el 2007 ²³

[...] se define como políticas públicas pertinentes, a aquellas que deliberadamente las diversas autoridades y entidades públicas, de manera conjunta con personas o con grupos de la sociedad, hacen o dejan de hacer, en el espacio público para atender o resolver los problemas o asuntos de su elección y alcanzar fines colectivamente construidos. (Pineda 2007)

En el Perú, desde finales de la década de los 70, se ha utilizado la tabla de crecimiento del “*National Center for Health Statistics*” (HCHS-USA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar el crecimiento de los

²³ (www.colson.edu.mx:8080/portales/.../Seminario%20de%20Nicolás%20Pineda.doc Consultado 18 julio 2017)

niños. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud, publicó un nuevo “Patron Internacional de crecimiento infantil”.

El patrón mencionado confirma que todos los niños nacidos en cualquier lugar del mundo, y que reciban una adecuada atención desde su concepción, tienen la posibilidad de desarrollar la misma talla y peso, demostrando que las diferencias en el crecimiento infantil de niños menores de cinco años dependen básicamente de la nutrición, la calidad de los alimentos que se ingieren y la salubridad de su ecosistema, más que de aspectos genéticos, raciales o étnicos.

Es en este marco teórico de referencia de los derechos de los niños, suscrito por el Perú, es que se proyecta la ejecución del “Plan Nacional para la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia 2014-2016” a través del Ministerio de Salud y sus dependencias en todas las regiones y distritos del país y que considera el enfoque de PARTICIPACIÓN, como eje fundamental para su óptima aplicación.

Como sabemos la participación de las madres de familia, de las autoridades comunales y locales, de las profesoras de los centros e instituciones educativas de nivel inicial y de los promotores de salud puede determinar el éxito de los programas y proyectos referidos a la salud de la comunidad.

2.2. PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN EL PAÍS 2014-2016

El Ministerio de Salud, en la Introducción del documento técnico denominado “Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016”, definió la malnutrición como *“...un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados a la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas...”* (PNRDPA 2014) como por ejemplo la desigualdad de oportunidades, o subyacentes como la baja escolaridad de la madre, embarazo adolescente, cuidados insuficientes de la madre y el niño, prácticas inadecuadas de crianzas, de alimentación, entre otros. En este marco, se apostó por el desarrollo de la primera infancia y la

mejora de la salud materna y neonatal; la reducción de la DCI y la anemia por parte del Estado, a través de una comisión encargada de elaborar un PLAN de alcance nacional que contuviera acciones y estrategias destinadas a lograr la reducción de la DCI y la anemia infantil.

El *PLAN NACIONAL DE RECUPERACION DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL Y LA PREVENCION DE LA ANEMIA 2014-2016*, es un documento técnico elaborado por el Ministerio de Salud, fue aprobado a través de Resolución Ministerial No. 258-2014-MINSA el mes de marzo del 2014, y promulgado por el diario oficial de El Peruano.

El mencionado Plan se ejecuta a través de la incorporación del mismo a los Planes Operativos Anuales de las direcciones generales, oficinas generales, órganos desconcentrados y organismos públicos del Ministerio de Salud, siendo las direcciones regionales de salud o las gerencias regionales de salud (o quienes hagan sus veces), las responsables del cumplimiento, implementación, supervisión y aplicación de lo dispuesto en dicho Plan.

Es necesario destacar que el PLAN NACIONAL elaborado por el Estado peruano a través del Ministerio de Salud, recoge aspectos positivos de experiencias que se han ido desarrollando a nivel nacional e internacional en la materia sobre la disminución de la desnutrición y la prevención de la anemia y ha incorporado además, otros elementos que forman parte de la reforma del sector salud. A continuación citamos y reproducimos algunos aspectos previstos e incluidos en el documento técnico elaborado por el Ministerio de Salud:

2.2.1. Objetivos:

Objetivo general:

Contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil al 10% y la anemia en menores de 3 años al 20% hacia el año 2016, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial.

Objetivos específicos:

- a. Incrementar la proporción de niños menores de 3 años con control de crecimiento y desarrollo (CRED) oportuno, de acuerdo a edad, y suplementados con hierro (multimicronutrientes).

- b. Incrementar la proporción de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva
- c. Incrementar la proporción de niños menores de 3 años con vacunas completas de acuerdo a la edad.
- d. Disminuir la prevalencia de niños con bajo peso al nacer.
- e. Disminuir las enfermedades prevalentes de la infancia: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis.
- f. Incrementar la calidad de la atención prenatal y el parto institucional
- g. Incrementar el número de hogares con agua tratada.

Ámbito de intervención:

Las disposiciones del *Plan Nacional* son de aplicación en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud (DISA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces; y podrá ser de uso referencial para las demás organizaciones del sector salud.

2.2.2. Población objetivo

Niños y niñas menores de 3 años, que de acuerdo al INEI corresponden a un millón setecientos treinta y tres mil cuatrocientos noventa y dos ,para el 2013, con proyecciones a casi un millón setecientos mil niños para el 2016.

2.2.3. Estrategias de intervención:

Las estrategias buscan impulsar las intervenciones efectivas para lograr la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en base a la evidencia científica e implementándolas de manera integral.

Las estrategias previstas en el plan fueron:

- Suplementación con hierro y ácido fólico a las gestantes.
- Alimentación complementaria
- Suplementación con multimicronutrientes
- Lavado de manos con agua y jabón

2.2.4.Actividades previstas:

Parte de las actividades previstas dentro del Plan fueron las siguientes:

- Examen de hemoglobina y examen de orina en el primer trimestre de gestación
- Suplementación de fierro y ácido fólico
- Consejería recibida durante primer trimestre gestación
- Cumplimiento plan vacunación para niños menores de 3 años
- Talleres y pasantías para personal de salud en el tratamiento de enfermedades diarreicas y respiratorias no complicadas y complicadas.
- Consejería y sesiones demostrativas dirigidas a madres de niños menores de 3 años.
- Talleres y pasantías para personal de salud en consejería nutricional y sesiones demostrativas
- Campañas de salud que incluya despistaje de parasitosis y tratamiento familiar
- Desarrollo de capacidades de cultivo y selección de alimento local que permita una adecuada alimentación del niño.
- Talleres para el personal de salud en el uso de multimicronutrientes y sulfato ferroso para prevención y tratamiento de anemia.
- Capacitación de madres en técnicas de lactancia materna efectiva.

2.2.5.Enfoque de interculturalidad:

El PNRDPA ²⁴ prevé el reconocimiento de las diferencias y de los requerimientos específicos de las mujeres y los grupos étnicos-culturales a través de políticas que conduzcan a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni obviar las diferencias. Se prevé que los mensajes y contenidos educativos se adecuen a las características puntuales de los grupos poblacionales a los que se apliquen las estrategias y actividades planificadas, a fin de lograr su mejor interiorización y comprensión.

El concepto de interculturalidad introducido en el PNRDPA, apunta a crear una interacción y aplicación horizontal entre dos culturas en sinergia. Ello, supone

²⁴ Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016

que se respetará la diversidad y se tendrán en cuenta múltiples factores, tales como las distintas concepciones de cultura, los obstáculos en la comunicación y las diferencias de usos y costumbres en cada región. Los múltiples procesos de enseñanza previstos en las actividades y estrategias del Plan Nacional, incluyen espacios que propician el dialogo de espacios interculturales, de metodología y estrategias, donde confluye diferentes maneras de ver los problemas y de concebir las soluciones.

En palabras de Alejandro de la Fuente, Director del Afro-Latinoamerican Research Institute de la Universidad de Harvard, "...el multiculturalismo surgió como un modelo de política pública y como una filosofía de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de la globalización, pero que encierra un problema de origen: La visión del ser humano es de igualdad, no de diferencia". La interculturalidad conduce a la coexistencia de las culturas en un plano de "igualdad".

El Consejo de Europa, reivindica *el dialogo intercultural y menciona que éste consiste en un*

[...] intercambio de opiniones abierto y respetuoso, basado en el entendimiento mutuo entre personas y grupos que tienen orígenes y patrimonio étnico, cultura, religioso y lingüístico diferentes ²⁵

2.3. LA SITUACIÓN DE LA POBREZA Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN EL PERÚ.

La pobreza es un fenómeno multidimensional que afecta a todas las poblaciones del mundo. Se define como una condición en la cual una o más personas tienen un nivel de bienestar inferior al mínimo socialmente aceptado.

25

http://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_SpanishVersion.pdf
pág. 14, consultado el 20 julio 2017)

En una primera aproximación, la pobreza se asocia con la incapacidad de las personas para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación. Luego, se considera un concepto más amplio que incluye la salud, las condiciones de vivienda, educación, empleo, ingresos, gastos y aspectos más extensos como la identidad, los derechos humanos, la participación. Esta, suele ir acompañada de desempleo, malnutrición, analfabetismo –especialmente femenino-, bajo nivel educativo de la mujer, riesgos ambientales y acceso limitado a servicios sociales y sanitarios, incluyendo servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Todos estos factores, contribuyen a elevar los niveles de fecundidad, morbilidad y mortalidad, registrándose por tal motivo una relación directa entre las tasas de fecundidad, mortalidad y niveles de pobreza (INEI 2000)

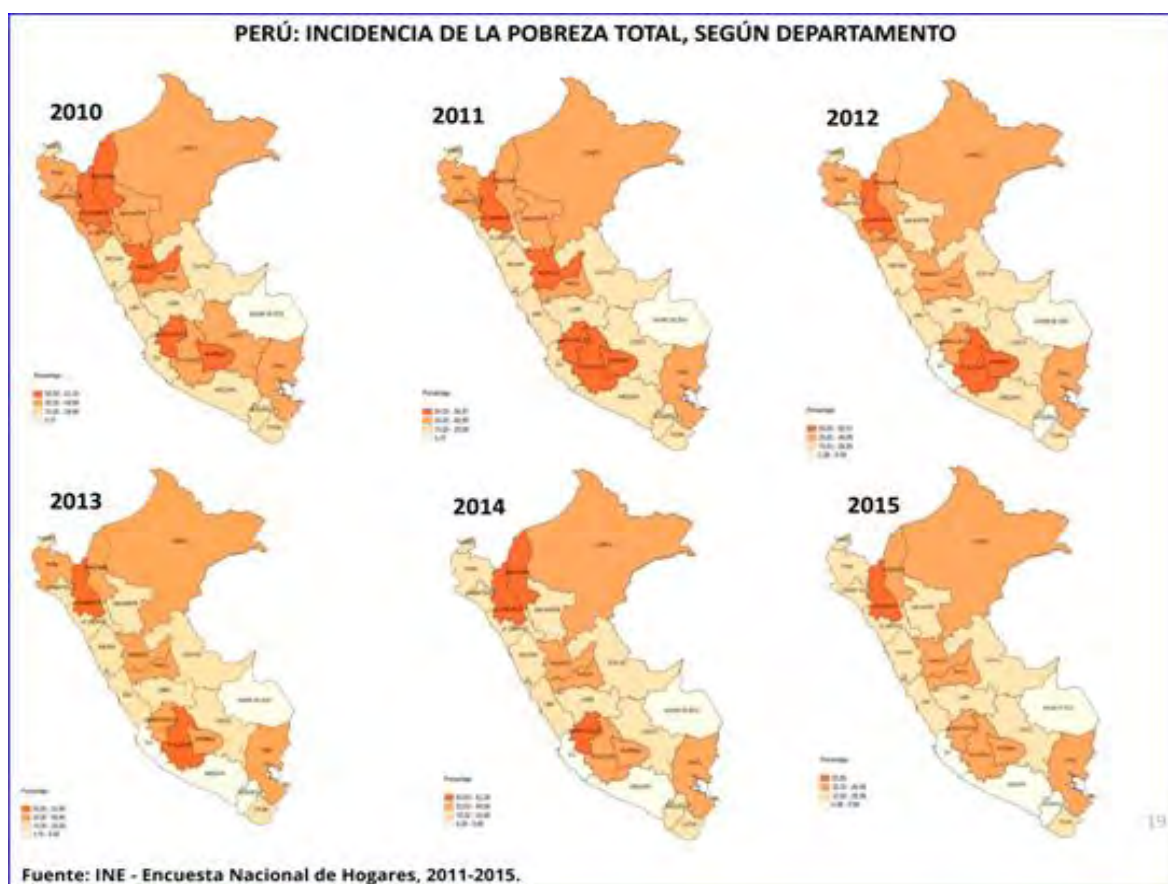
Cuadro 2.1: Población en situación de pobreza

AÑO	POBREZA	POBREZA EXTREMA
2012	25,8 %	6 %
2013	23,9 %	4,7 %
2014	22,7 %	4,3 %
2015	21,8 %	4,1 %
2016	20,7%	3,8%

Fuente: Elaboración propia según INEI: Síntesis Estadística 2016

A continuación un gráfico donde se muestra el territorio del Perú, y las regiones donde se localiza la mayor pobreza las cuales concentran a su vez la población infantil con mayores índices de desnutrición infantil. Estos espacios como podemos darnos cuenta, están ubicados en el ámbito rural de la sierra y la amazonía.

Gráfico 2.1 incidencia de la pobreza total por departamentos



Fuente: INEI-ENAO 2011-2015

La pobreza, es entendida también bajo un enfoque “monetario”, según el cual se entiende la pobreza como la incapacidad de las personas de acceder a una canasta mínima de bienes y servicios, de acuerdo a sus ingresos económicos, que le permita alimentarse con productos nutritivos y balanceados, propiciando de esta manera la presencia de la desnutrición crónica infantil y en las madres gestantes, creando un círculo vicioso. Así, en nuestro país, la tasa de pobreza se redujo de 21,8% en el 2015 a 20,7% en el 2016 y la pobreza extrema paso de 4,1% en el 2015 a 3,8% en el 2016, encontrándose la mayor proporción en las áreas rurales con un 43,8% frente a un 13,9% de áreas urbanas.²⁶

La población total del Perú, al 2016, fue de 31'488,625 mil habitantes, de los cuales 76,7% constituye población urbana; 27,9% se ubica en el grupo de edad

²⁶ INEI: Encuesta Demográfica y de salud familiar (ENDES) 2016

²⁷

de 0-14 años; 65,5% en el grupo de 15-64 años y 6,6% en el grupo de 65 años y más. Del total de población, 15'772,385 son varones y 15'716,240 son mujeres²⁸

En el año 2016, el 86,1 % de hogares tenían acceso al agua a través de la red pública. De ellos, el 92,8% correspondía a zona urbana y el 60,3% a zona rural. De igual forma, 72,6, % de la población nacional contaba con acceso a desagüe por red pública, y 94,4% contaban con alumbrado eléctrico, teniendo la zona urbana un 99,4% de cobertura, frente a un 77,7% en zonas rurales.²⁹

	ZONA URBANA	ZONA RURAL	COSTA	SIERRA	SELVA
2014	14,5%	45,2%	14.3%	33,8%	30,4%
2015	13,6%	43,5%	13,8%	32,5%	28,9%

Cuadro 2.2: Población en situación de pobreza por zona residencia

Fuente: Elaboración propia según INEI: Síntesis Estadística 2016

A continuación un cuadro con las cifras de población que tienen acceso a éstos servicios básicos.

Cuadro 2.3: Población del Perú con servicios básicos

AÑO 2016	PERÚ	HUANCVELICA
% Hogares con agua potable	86,1%	77,7%
% Hogares con desagüe	72,6%	36,4%
% Hogares con alumbrado eléctrico	94,4%	88,6%
% Hogares con teléfono celular	87,2%	n/d
% Hogares con acceso a computadoras	32,6%	n/d

Fuente: Elaboración propia según INEI: Síntesis Estadística 2016

²⁸ INEI: Síntesis Estadística 2016

²⁹ INEI: Síntesis Estadística 2016

Tal como puede comprobarse, la pobreza en el Perú persiste principalmente en las zonas ubicadas en las áreas rurales a nivel nacional. Así, el hambre y la desnutrición vienen a constituir el núcleo principal de la pobreza y los causantes principales de la desnutrición infantil de nuestra población. Si al 2016 la población infantil de 0-5 años en el Perú, llegó a 3'424,200 y si la desnutrición crónica en ese año alcanzaba un índice del 14%, podemos determinar que el porcentaje de niños afectados con la desnutrición crónica infantil a nivel nacional, alcanzaba a casi medio millón de niños.

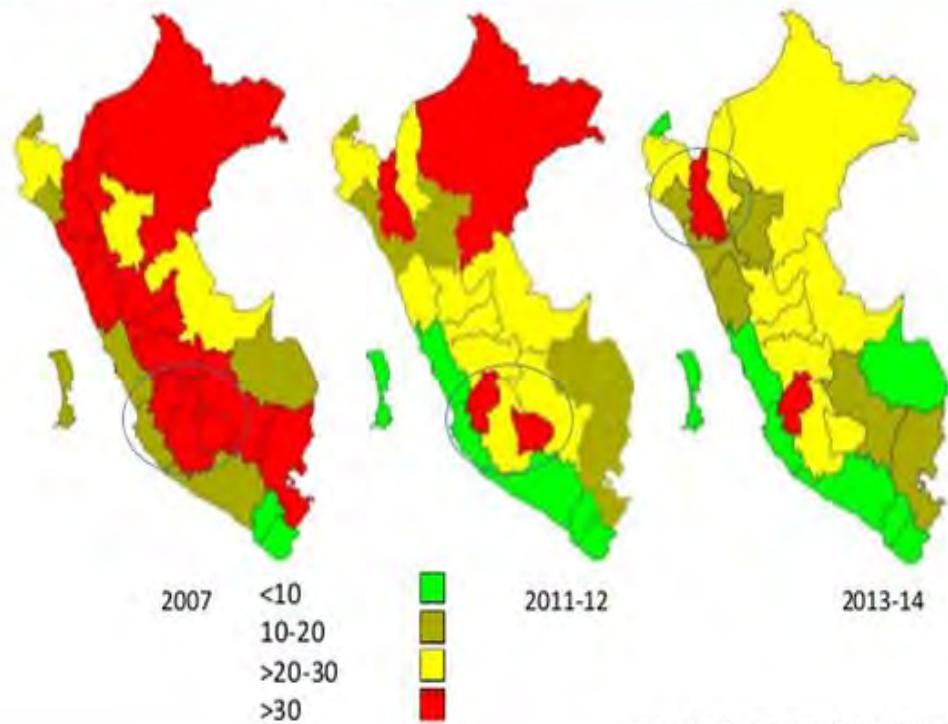
Cuadro 2. 4: Niños menores de 5 años con DCI (Perú)

AÑO	URBANA	RURAL	TOTAL
2012	10,5%	31,9%	18,1%
2013	10,3%	32,3%	17,5%
2014	8,3%	28,8%	14,6%
2015	9,2%	27,7%	14,4%
2016	7,9%	26,5%	13,1%

Fuente: Elaboración propia según INEI: Síntesis Estadística 2016

Gráfico 2.1 incidencia de desnutrición crónica infantil total por departamentos

Prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 5 años 2007-2014 por Regiones (patrón OMS)



Fuente: INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014

Además de las cifras de la desnutrición crónica infantil, un escalofriante porcentaje (43,5%) de niños menores de tres años padecían anemia por deficiencia de micronutrientes (Encuesta demográfica y de salud familiar 2015) en el año 2015. Está demostrado, además, que las políticas sociales dirigidas a los niños no llegan a todos aquellos a quienes debe beneficiar y que los niveles de filtración son demasiado altos.

Tal como manifestamos en la Introducción del presente trabajo, los patrones dietéticos en el Perú se caracterizan por el consumo inadecuado de calorías, así como por el deficiente consumo de alimentos de origen animal, que son los que ofrecen las principales fuentes de proteínas, al igual que micro nutrientes

esenciales (The Gerald J. and Dorothy Friedman School of Nutrition. Science and Political at Tufts University 2001).

Por ello, es interesante resaltar que los datos estadísticos que arrojan las encuestas del INEI al 2015, señalan claramente que el déficit CALORICO que registra la población en el Perú es elevado, siendo Huancavelica la región que hemos tomado como referencia está en el ámbito de la sierra centro-sur y es el departamento que registra el mayor índice; Es decir, la población de Huancavelica, juntamente con su mayor índice de pobreza, es la que consume la menor carga calórica alimenticia en todo el país.

Cuadro 2.5: Cuadro de consumo de calorías por región

REGIÓN	CALORIAS PROMEDIO
Lima Metropolitana	2,232
Costa y sierra urbana	2,194
Sierra y selva rural	2,133

Fuente: INEI (Perfil de pobreza por departamentos 2007)

La alimentación complementaria, es tal vez uno de los eventos de mayor vulnerabilidad en el estado nutricional de los niños menores de tres años. Por tal razón la importancia de los alimentos a partir de los 6 meses de edad, su consistencia y cantidad, es irrefutable. El proceso de introducción de la alimentación en los niños y niñas a partir de los 6 meses de edad, es vital; es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional del niño. Esta situación se torna crítica cuando hay impedimentos o dificultades en la familia para que el niño tome leche materna durante los primeros 4 a 6 meses de vida.

De acuerdo al INEI, el primer paso para construir la Línea de Pobreza Extrema, es determinar los “requerimientos nutricionales”. Para el país, se estimaron 3 normas calóricas, para lo cual se tuvo en cuenta las diferencias en la estructura demográfica de la población. La estimación de las normas calóricas para las diferentes edades, se hizo en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Partiendo de la información disponible en la encuesta de hogares sobre cada uno de los individuos del hogar (sexo y edad) se les asignó la norma calórica correspondiente, así se pudo estimar para cada uno de los hogares el equivalente calórico de su gasto en alimentos con sus requerimientos específicos.

“...En el Perú, la medición de la pobreza objetiva monetaria y absoluta que desarrolla el INEI, compara el gasto promedio per cápita mensual de un poblador con el costo de una canasta mínima alimentaria y no alimentaria, llamada *Línea de Pobreza*, cuyo costo para el año 2016, se calculó en 328 soles por persona y para una familia de 4 miembros el costo de la canasta fue de 1 312 soles. Así, las personas cuyos gastos son menores a la Línea de Pobreza son considerados pobres”, puntualizó el Jefe del INEI.

Agregó que para el 2016 se consideró pobres extremos a todas aquellas personas cuyo gasto per cápita mensual no cubre el costo de la canasta básica de alimentos calculada en 176 soles, para una familia de cuatro miembros el costo de una canasta mínima alimentaria asciende a 704 soles.

En ese año, el costo de la canasta básica de consumo o línea de pobreza total se incrementó en 4,2% respecto al año 2015, principalmente por efecto del incremento de los precios. En tanto que el costo de la canasta básica de alimentos o línea de pobreza extrema aumentó en 4,6%”.

Fuente consultada: <http://www.elperuano.pe/noticia-inei-264000-personas-salieron-de-pobreza-durante-2016-54723.aspx>

En el Informe Técnico de la Pobreza 2015, elaborado por el INEI, se señala que *“la línea de pobreza es el valor monetario con el cual se contrastan el gasto per cápita mensual de un hogar para determinar si está en condiciones de pobreza o no. Este valor, está conformado por dos componentes: el componente alimentario y el componente no alimentario”*:³⁰

“El componente alimentario de la línea lo constituye el valor de una canasta socialmente aceptada de productos alimenticios, constituida por los 52 productos de mayor consumo obtenidos a partir de la *Encuesta de Propósitos Múltiples* ejecutada en Octubre del 1993 y Setiembre de 1994 por el INEI. Esta canasta la conforman 48 productos alimenticios consumidos dentro del hogar y 04 alimentos consumidos fuera del hogar. La cantidad de gramos de cada producto se determinó en base a los patrones de consumo de una

³⁰ INEI 2015: Informe Técnico de la Pobreza 2015

población de referencia, es decir, el conjunto de hogares cuyo gasto per cápita se encuentra alrededor de la línea de pobreza” (INEI: 2015)

La canasta básica de alimentación, como sabemos, es actualizada anualmente, por la ENAHO, teniendo en cuenta el promedio de precios y el consumo según la localidad. Veamos a continuación un cuadro donde se puede conocer el porcentaje de requerimientos nutricionales de la canasta familiar.

Cuadro 2.6: Requerimientos nutricionales de la canasta familiar

Calorías Proteicas	10 %
Calorías Grasas	15/ 25 %
Cereales y Legumbres	60 %
Calidad de Proteínas de Origen Animal	35 %

Fuente: Medición de la Pobreza por el Método de la Línea de Pobreza L.P, Jackson Villota López - Proyecto de Cooperación UE - CAN Estadísticas ANDESTAD Noviembre de 2007

Si comparamos la desnutrición crónica en menores de cinco años de edad con los niveles de pobreza y pobreza extrema, se observa que las regiones con mayores índices de pobreza también presentan mayores índices de desnutrición crónica, como son los casos de Apurímac, Huancavelica, Huánuco, entre otros. En este sentido, un indicador representativo del nivel de calidad de vida de las familias se basa en la tasa de desnutrición crónica infantil.

La desnutrición crónica afecta de manera irreversible las capacidades fundamentales de la persona desde su temprana infancia y estas implicancias se mantienen para el resto de su vida, constituyendo así un factor intergeneracional de transmisión de pobreza, pues sus efectos generan impactos dañinos en sus propios desarrollos.

Los niños que sufren desnutrición crónica, son más susceptibles a enfermarse y tienen menor esperanza de vida al nacer; asimismo, registran un menor rendimiento escolar y mayor riesgo de que sus propios hijos registren algún tipo de desnutrición.

...Los estudios disponibles muestran que, en el Perú, la probabilidad de que el hijo de un padre pobre o analfabeto no llegue a ser pobre o analfabeto es extremadamente baja. Además, es preocupante la brecha creciente entre grupos cuya composición interna es cada vez más homogénea, especialmente en términos de origen étnico y geográfico: un indígena peruano de las zonas rurales tiene, en promedio, una probabilidad diez veces mayor de ser extremadamente pobre que su par no indígena de las zonas urbanas. (*Giugale* :25).

Según la UNICEF, la desnutrición es “*una emergencia silenciosa, no reconocida ni manejada adecuada ni oportunamente*”.³¹ Los datos estadísticos que se disponen, demuestran que la desnutrición crónica infantil es una situación multicausal y multidimensional.

El consenso de los estudiosos sobre el tema señalan que la desnutrición no sólo es el efecto de la mala alimentación nutritiva, sino también, de la falta de higiene y salubridad, conocimientos de prácticas saludables de alimentación, así como ausencia de saneamiento en los hogares (agua, desagüe, etc.), en infraestructura de salud.

31

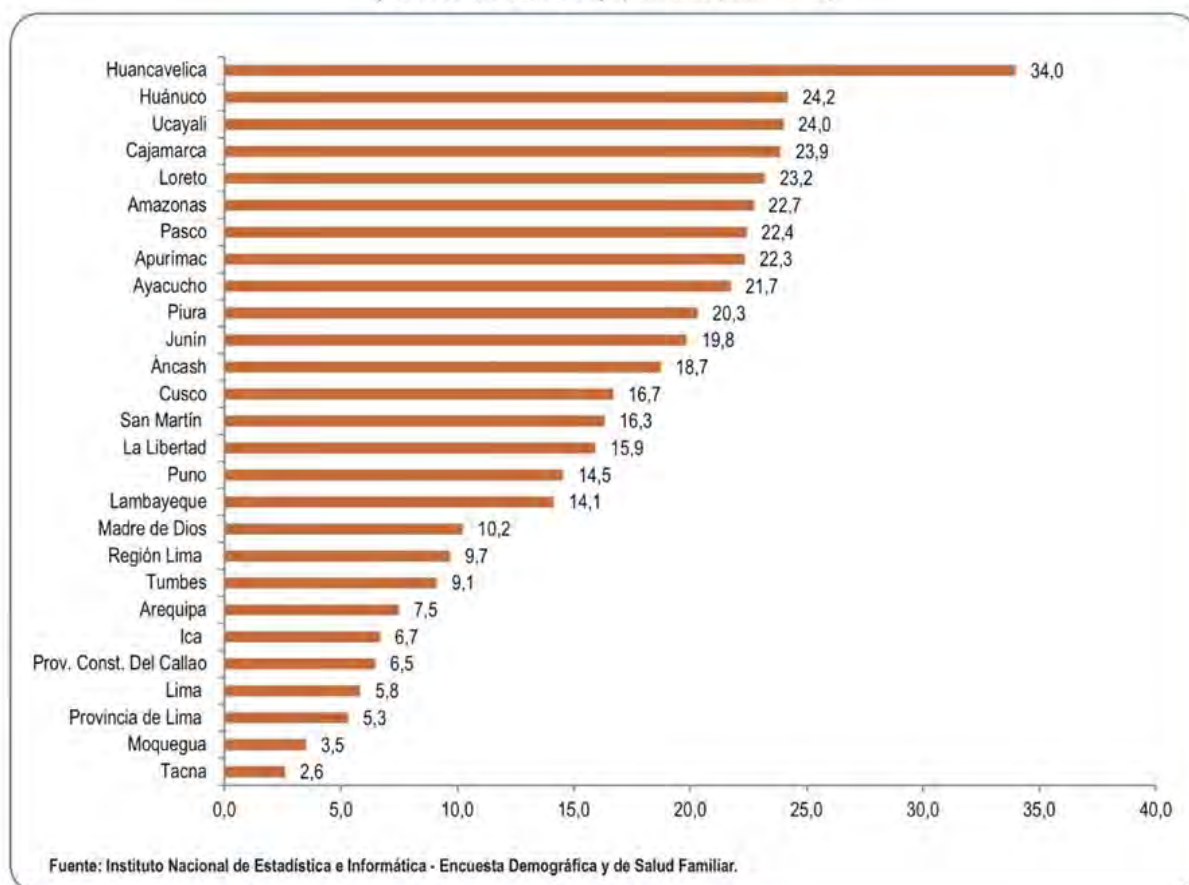
<http://www.gestionporresultados.cies.org.pe/sites/default/files/norteg7desnutricioninfantil.pdf>
Consultada el 10 octubre del 2017)

Gráfico 2.3. Desnutrición Crónica en infantes menores de 5 años según departamento

PERÚ: PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2015 /

PERU: PERCENTAGE OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD WITH CHRONIC MALNUTRITION, BY REGION, 2015

(Patrón de referencia OMS) / (Reference pattern WHO)



2.3.1. Lactancia materna

La lactancia materna exclusiva es recomendada, *-por la mayoría de organizaciones internacionales a nivel mundial-* durante los primeros seis meses de vida, debido a que ésta posee todos los nutrientes que los niños requieren para su óptimo desarrollo. Los requerimientos nutricionales del niño o niña, después de los 6 meses, no pueden ser cubiertos exclusivamente con la leche

materna; debiendo consumir alimentos sólidos y semisólidos como complemento. En el Perú, entre los años 2013/2014, el 72% de las madres declaraba que daba lactancia materna exclusiva a sus hijos menores de 6 meses, frente al 63% de madres que lo hacían en Chile, 60% en Bolivia, 54% en Argentina y 43% en Colombia, según fuente del “Estado Mundial de la Infancia 2014” .UNICEF 2014) Siendo la duración de esta lactancia hasta los 20 meses de edad del bebe.

La alimentación complementaria temprana, implica el riesgo de infecciones gastrointestinales, por el uso de biberones contaminados, así como el uso de alimentos cuya variedad y cantidad no logran aportar los nutrientes que requiere el niño (SEGURA: 2002). Las estadísticas señalan que si un 4% de niños nacen desnutridos crónicos, el porcentaje se eleva severamente a partir de los 6 meses por la introducción de complementos alimenticios y si estabiliza alrededor de los 3 años, etapa en la cual alcanza hasta al 30% de los niños en promedio.

2.3.2. Educación y analfabetismo:

El 71% de la población de 15 y más años de edad terminaron la educación primaria (80% en zona urbana y 56% en zona rural). De igual manera, solo 60% de la población del mismo rango etario concluyo la educación secundaria (68,6% en zona urbana y 29% en zona rural). Asimismo, el 41,7% de esta población estudió algún año de educación secundaria y el 6,4% alcanzaron el nivel educativo superior. ³²

El analfabetismo afectó al 5,7% del total de la población a nivel nacional (3,3% en zona urbana y 14,2% en zona rural); siendo más grave en la sierra, con una afectación de 10,3% de la población, frente a un 6,6% en la sierra, 2,8% en la Costa y 1,8% en Lima Metropolitana. ³³

2.3.3. Sectores laborales

En el año 2016, la población económicamente activa laboró principalmente en actividades de Agricultura, Pesca y Minería (58,4%), seguido de Servicios

³² INEI: Encuesta Nacional de Hogares 2014

³³ INEI: Encuesta Nacional de Hogares 2016

(11,8%), Comercio (11,1%), Manufactura (8,1%), Construcción (5,4%), así como Transporte y Comunicaciones (5,2%). El 93,4% de la población pobre “. ³⁴

2.3.4. Hogares liderados por mujeres tienen mayores posibilidades de salir de la pobreza

El 15,4% de familias encuestadas que tiene como jefa de hogar a una mujer, tiene mayor posibilidad de salir de la pobreza; mientras que 22,4% de aquellos hogares con jefe “Varón”, son pobres. ³⁵

2.4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA ZONA DE HUANCAMELICA.

Gráfico 2.4. Mapa geográfico de Huancavelica



Fuente: Atlas geográfico del Perú www.enperu.org/provincias-de-Huancavelica-pueblos-cercanos-información consultado el 21 de julio 2017

2.4.1. Características geográficas:

La región y por ende el contexto donde se encuentra localizado el “Corazón neurálgico” que analizaremos con respecto al “Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016”, lo constituye el departamento de Huancavelica.

³⁴ INEI: Encuesta Nacional de Hogares 2016

³⁵ INEI: Encuesta Nacional de Hogares 2016

Huancavelica es un departamento ubicado en la sierra sur del Perú, a una altura de 3,679 msm, limita con los departamentos de Junín, Ayacucho, Ica y Lima. Posee una variedad de microclimas por las distintas zonas altitudinales que se presentan en su suelo. Asimismo, posee bellas lagunas naturales como la de Huarmicocha, Cholococho y Orococha, situadas todas a más de 4 mil metros de altura sobre el nivel del mar.

El departamento de Huancavelica está políticamente dividido en 7 provincias y 94 distritos, siendo la ciudad de Huancavelica su capital.

En el departamento existe una desigual distribución de la población en sus provincias, que es resultado del crecimiento económico y poblacional. Su población está distribuida 77% en zona rural y 23% en zona urbana.

Huancavelica cuenta con uno de los relieves más accidentados del país: con altas montañas atravesadas por grandes ríos como el Mantaro, el Pampas y el Huarpa, que a su paso conforman pequeños valles y notables accidentes geográficos. Es el segundo productor de energía eléctrica del país.

Aprovechando el caudal de las aguas del río Mantaro, se ha construido la Central Hidroeléctrica de Pongro, según idea y proyecto del ingeniero Santiago Antúnez de Mayolo. Esta obra, inaugurada en 1973 con el nombre de su creador, comenzó con una unidad de 114 mil kw., y en 1974 se completó con otras dos iguales, dando una capacidad total de 570 mil kw. Actualmente, su potencia alcanza los 798 mil kw. Su estructura productiva se concentra en actividades de electricidad y agua, agropecuaria, comercio y servicios.

El clima de la ciudad de Huancavelica es frío-glacial en la noche, templado en las quebradas, con temperaturas que descienden hasta los 16°C por las noches, particularmente durante los meses de Junio, Julio y Agosto.³⁶

³⁶Fuente: Atlas geográfico del Perú www.enperu.org/provincias-de-Huancavelica-pueblos-cercanos-información consultado el 21 de julio 2017

2.4.2. Características socio económicas:

a). Población.

De acuerdo a los datos estadísticos publicados por CPI ³⁷, el departamento de Huancavelica es el más pobre del país y cuenta con 498,600 habitantes (1,6% de la población total del país), de los cuales 250,300 son hombres y 248,300 son mujeres; 381,600 habitan en zonas rurales y apenas 117,000 lo hacen en la zona urbana.

Cuadro 2.7: Cuadro Superficie y población

DEPARTAMENTO	SUPERFICIE (Km2)	POBLACIÓN ESTIMADA 2016
Perú total	1,285,015.60	31,488,625
Huancavelica	22,125.20	498,556

Fuente: Elaboración propia según INEI: Síntesis Estadística 2016

Según el censo Nacional de población y vivienda del 2015 (INEI), la provincia de Huancavelica concentra casi la tercera parte de la población del departamento (160,00 habitantes); la provincia de Tayacaja ocupa el segundo lugar con 108,100 habitantes, seguida por las provincias de Acobamba (con 79,000 habitantes), Angares (con 63,700) , Churcapampa (con 44,9%), Huaytara (con 23,400) y Castrovirreyna (con 19,500) . Las 7 provincias de Huancavelica concentran más de la mitad de su población en el área rural, según también, resultados del censo del año 2015.

b). Pobreza:

Entre sus niños de 0 a 17 años, el 84% vive en situación de pobreza y el 72% reside en zonas rurales. La población es principalmente quechua hablante. Las provincias donde más del 70% de su población tiene al quechua como lengua materna originaria de 0-17 años son Acobamba (81,4%), Churcampampa (73,6%) y

³⁷ CPI: Compañía Peruana de Estudios de Mercado y Opinión Pública S.A.C. – Market Report, agosto 2016

Angares (71,9%). Las únicas provincias con menos de 20% de sus niños y adolescentes con lengua materna quechua son Castrovirreyna (7,1%) y Huaytara (18,6%)³⁸

c). Esperanza de vida:

La Esperanza de Vida, se refiere al número de años que en promedio se espera que viva una persona después de nacer. Una esperanza de vida alta indica un mejor desarrollo económico y social en la población. Según las proyecciones de población, este indicador presenta una evolución positiva en el tiempo; así, en Huancavelica la esperanza de vida para el periodo 2010 – 2015 se estima en 69,79 años de vida, siendo la población femenina la que alcanzaría más años de vida que la población masculina, respectivamente.³⁹

d). Edad vida reproductiva:

La edad en la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva, constituye uno de los factores demográficos determinantes de una población. La fecundidad por grupos quinquenales de edad, muestran que, del total de mujeres que han tenido su primer hijo el mayor porcentaje (20,3%) lo han tenido entre las edades de 15 a 19 años de edad; es decir en la etapa de la adolescencia.⁴⁰

e). Servicios de agua, desagüe y electricidad:

Según la Encuesta Nacional de Hogares del INEI (ENAHOG 2015), el 22,3% de las viviendas no tiene agua potable, el 63,6% carece de desagüe y el 11,4% no tiene fluido eléctrico.⁴¹

f). Actividad económica y productiva:

El 82,4% de la PEA ocupada se dedica al sector económico primario; 85% de las familias se dedica a las labores agropecuarias. El ingreso promedio mensual real según departamento es el más bajo de todo el país, registrando un S/.954.00⁴²

³⁸ INEI: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG 2015)

³⁹ (http://www.hsr.gob.pe/epidemiologia/pdf/interes_5.pdf pag. 4, consultado el 21 julio 2017)

⁴⁰ INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015)

⁴¹ INEI: Encuesta nacional de Hogares (ENAHOG 2015)

⁴² INEI: Encuesta Nacional de Hogares 2015

g). Nivel educativo:

El nivel educativo alcanzado por la población, es un indicador de logro educativo, es decir cuál es el máximo nivel que alcanza a estudiar la población de un determinado espacio geográfico. En Huancavelica, el 36,0% de la población de 15 y más años de edad alcanzó estudios en educación primaria, un 33,7% cursó estudios en educación secundaria y sólo el 14,5% logró estudios superiores (Técnicos, universitarios o de post grado). Cabe mencionar que el 6,0% de la población no tiene nivel educativo alguno, afectando en mayor proporción a la población femenina de 15 y más años de edad (24,4%)⁴³

El analfabetismo, es decir no sabe leer ni escribir, es una situación desfavorable para la persona porque limita el ejercicio de sus derechos y afecta su autoestima. Por ello, la importancia del indicador. En Huancavelica, el analfabetismo alcanza al 22,7% de la población de 15 y más años de edad y afecta en mayor proporción a la población femenina (33,8%) que a la masculina (9,9%). Otra brecha relevante es que afecta en mayor medida a los residentes del área rural, alcanzando a más de la cuarta parte (27,1%) de su población. Así también, los grupos de población de 40 y más años de edad presentan mayores porcentajes de analfabetismo (24,0% de 40 a 49; 35,9% de 50 a 59; 55,5% de 60 a 69 y 65,9% de 70 y más años de edad), al igual que los que se encuentran en alguna condición de pobreza (44,5% pobreza extrema y 25,3% pobreza no extrema).⁴⁴

h). Seguro e infraestructura de salud:

Respecto al acceso a algún tipo de seguro de salud, el 94,5% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud al 2015. Al 2014 se reportan 05 hospitales en toda la Región, 73 Centros de Salud y 361 puestos de salud.⁴⁵

⁴³ INEI: Encuesta Nacional de Hogares 2015 (ENAHO 2015)

⁴⁴ INEI: Encuesta Nacional de Hogares 2015 (ENAHO 2015)

⁴⁵ INEI: Encuesta Demografica y de salud familiar 2015 (ENDES 2015)

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN:

Para el desarrollo de la presente investigación, de acuerdo a las preguntas de investigación y en relación con la forma de investigación, se plantea realizar una investigación cualitativa, pues busca describir, conocer y analizar los acontecimientos desde la subjetividad y conocer la percepción que los sujetos tienen de la realidad (conductas, aceptabilidad o rechazo).

La tesis está orientada a determinar más el significado del fenómeno (implementación) que a su cuantificación. Asimismo, esta metodología permite emplear más de una técnica de recolección de información, dado que cada una tiene ventajas específicas, por ejemplo la entrevista semi estructurada o la observación etnográfica. Finalmente, la información proporcionada por los distintos actores sociales entrevistados puede ser contrastada (triangulada) para examinar su consistencia, profundizar en la interpretación y corregir posibles sesgos en el análisis.

3.2. FORMA DE INVESTIGACIÓN:

Partiendo del interés principal de investigar los factores que influyen en la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia, podemos decir que éste Plan no está contribuyendo a reducir significativamente la DCI en los niños menores de cinco años de la zona de Huancavelica; por ello las preguntas de investigación, se plantean como forma de investigación cualitativa.

3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN:

Las fuentes de información fueron las madres de niños menores de cinco años de los 03 Centros de Educación Inicial seleccionados en la provincia de Tayacaja, Huancavelica; el personal de la red de salud del centro de salud de Tayacaja, y Huancavelica encargados de manejar todos los establecimientos de

salud (centros y puestos de salud) de la provincia señalada y de aplicar las estrategias del *Plan Nacional*.

Otro de los actores sociales entrevistados fueron los profesores de los centros educativos Iniciales (CEI) seleccionados:

- Institución Educativa No. 196 de Tayacaja.
- Institución Educativa No. 224, de Tayacaja, Huancavelica;
- Cuna-Jardín No. 207 de Tayacaja, Huancavelica.

3.4. **UNIVERSO:**

El universo estuvo conformado por 30 madres de niñas o niños menores de cinco años, 12 profesores del CEI y 03 funcionarios del sector de la red de salud.

3.5. **MUESTRA:**

Muestra: la selección de la muestra se realiza a través del método no probabilístico por conveniencia por lo que se ha entrevistado a 30 madres de las niñas o niños que llevan a sus niños al CEI en los distritos de Pampas, Chalapampa y Ahuaypampa en Huancavelica. Además, se ha identificado a referentes claves como 03 personas del área de salud, a 12 profesores de los CEI mencionados.

3.6. **PROCEDIMIENTO PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN:**

Variables e Indicadores

Las variables e indicadores que se utilizaran para alcanzar los objetivos propuestos se muestran en la Tabla adjunta.

3.7. **INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN:**

Guía de preguntas para entrevista y cuestionarios dirigidos a las madres de familia de niños menores de cinco años de edad, profesoras de CEI, personal de salud.

3.8. CRONOGRAMA DE PLAN DE TRABAJO : 2017

TAREAS	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
<u>REVISIÓN PLAN TESIS</u>	X				
<u>RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</u>					
Elaboración instrumentos y técnicas recolección		X			
Ordenamiento información recolectada		X			
<u>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS</u>					
Procesamiento de la información			X		
Ordenamiento y cruces			X		
Triangulación y análisis.			X		
Contrastación de hipótesis inicial				X	
<u>REDACCIÓN</u>					
Versión preliminar				X	
Revisión				X	
Versión final e informe					X

Fuente: Elaboración propia, julio 2017

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS :

4.1. PRESENTACIÓN:

El flagelo de la desnutrición crónica infantil en nuestro país, constituye no sólo un problema de índole social, sino también de salud pública, problema que el Estado tiene el deber y obligación de atender. Pero, además de ello, constituye un atentado contra el derecho de nuestros niños y niñas a gozar de una adecuada alimentación, nutrición y desarrollo, para desarrollarse plenamente.

El derecho de los niños niñas y adolescentes a las condiciones para desarrollar satisfactoriamente todas sus capacidades es un derecho reconocido por el Peru en diferentes foros y esferas internacionales, pues la desnutrición constituye una de las principales causas de inequidad y desigualdad, pues ataca principalmente a la población menos favorecida o con menos recursos económicos y de sanidad. En este escenario, las políticas sociales que nuestro país diseñe e implemente, deben estar enfocadas en los programas de alimentación y nutrición que permitan prevenir y atender adecuada y oportunamente la desnutrición crónica infantil, principalmente aquella que afecta a los niños menores de cinco años. Según la Organización Mundial de la Salud, la desnutrición crónica infantil es el estado en el cual un niño presenta retardo en su crecimiento en relación a su edad, lo que afecta su capacidad física, intelectual, emocional y social.

La desnutrición es también un problema “multifactorial”.

A nivel nacional, se han venido implementando una serie de estrategias de lucha contra la desnutrición crónica infantil, enfocadas en contribuir con la Meta del primer Objetivo del Milenio. Así, hemos ido logrando reducir poco a poco este flagelo, pasando de un 28,5% de DCI en el 2007 a un 17,5% en el 2013 ⁴⁶. Es justamente a principios del año 2014, que el Estado peruano, a través del Ministerio de Salud, decide impulsar el “Plan Nacional par Reducción de la

⁴⁶ (INEI: Peru: Población y hogares por departamentos y provincias 2016).

desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país”, trazándose como meta el reducir la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años a un 10% a nivel nacional hacia el 2016.

El Plan Nacional, tuvo su objetivo principal en disminuir la desnutrición crónica infantil en las zonas más álgidas como resultan ser las zonas rurales. Al 2014, la DCI afectaba a un 8,3% de zonas urbanas, frente a un alarmante 28,8% de zonas rurales⁴⁷, enfocándose no solo en estrategias y actividades de “prevención”, sino que además, se puso énfasis importante en recuperar nutricionalmente hablando a los más de 500 mil niños que padecen este flagelo en todo el país.

El Plan Nacional y los factores de su implementación, materia de investigación, buscaron como objetivos principales el incrementar la proporción de niños menores de 3 años con control de crecimiento y desarrollo (CRED), a través del control de talla y peso, así como el de incrementar el porcentaje de niños menores de 6 años con lactancia materna, niños menores de 3 años con vacunas completas, disminución de niños con bajo peso al nacer, disminución de enfermedades prevalentes de la infancia como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y parasitosis, incremento del parto institucional e incremento de hogares con agua tratada.

La investigación que presentamos, está estructurada de acuerdo a los lineamientos de investigación propuestos, los cuales responden a las preguntas específicas planteadas en el Capítulo I de esta Tesis. Por ello, trabajaremos la presentación, análisis e interpretación de los resultados, siguiendo dicha estructura y lógica. El objetivo principal, es identificar los principales factores que influyen o limitan la efectividad en la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica durante los años 2014-2016, analizando si las estrategias aplicadas a través del *Plan Nacional* lograron alcanzar los objetivos propuestos, así como determinar el nivel de participación y la percepción de los principales actores para ofrecer medidas de mejora que fortalezcan la implementación de programas similares. Se pretende responder las preguntas específicas de

⁴⁷ (INEI: Peru: Población y hogares por departamentos y provincias 2016).

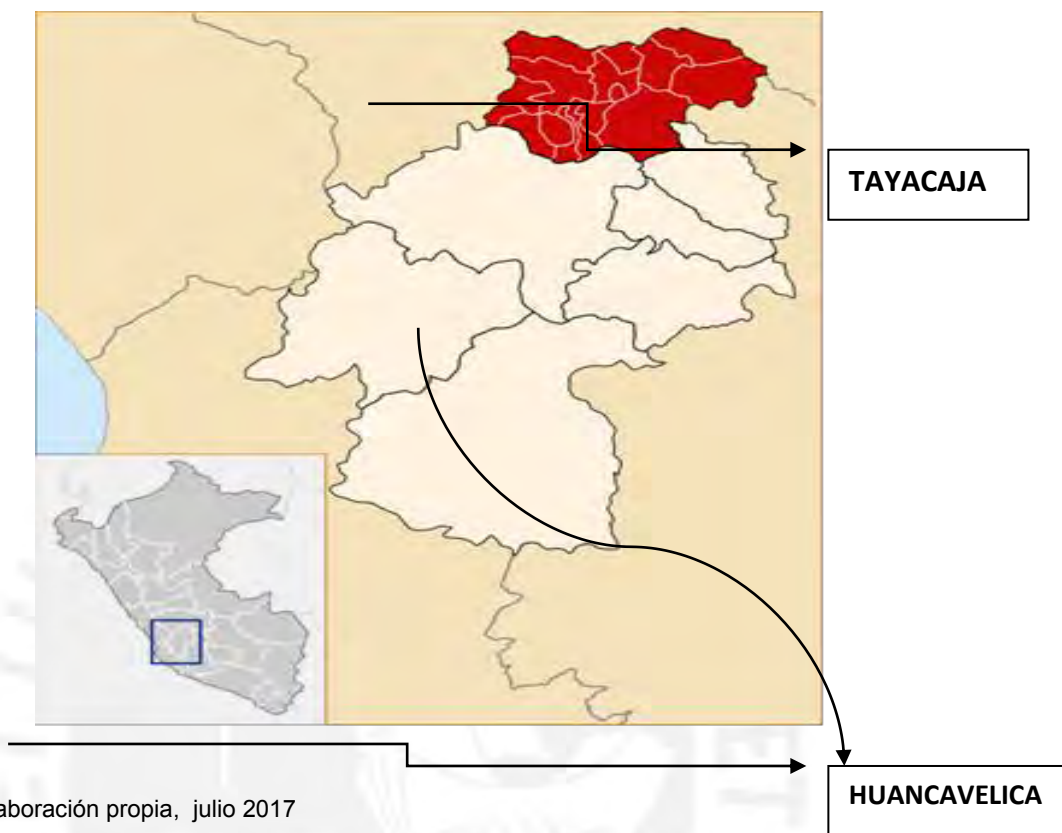
investigación, las cuales se convertirán en lineamientos, determinando si las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de Reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica contribuyeron al logro de sus objetivos, si los principales actores –madres de familia, personal de salud y profesores del CEI- participaron activamente y cuál fue la percepción y valoración de los mismos acerca de la eficacia del Plan Nacional.

Los resultados de la investigación pueden aportar elementos importantes para el diseño de políticas sociales asociadas al desarrollo de la nutrición y alimentación saludable, al identificar los factores que influyeron en la implementación de dicho Plan.

El trabajo de investigación se realizó en el campo, en la provincia Huancavelicana de Tayacaja, principalmente en su capital, la ciudad de Pampas y en los distritos de Chalampampa, y Ahuaycha, y tuvo como objetivo principal el determinar los factores que influyeron en la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica entre los años 2014-2016.

Nuestro principal interés fue el de entrevistar a los actores principales (madres de familia, docentes de la Institución educativa básica y personal de la Red de Salud local) y comprobar el grado de contribución que tuvieron las actividades y estrategias desplegadas en la Región, con respecto a la disminución de la desnutrición crónica infantil, así como el nivel de participación de dichos actores y el grado de percepción que tuvieron sobre el trabajo desplegado para dicho fin.

Gráfico 4.1. Ubicación de la provincia de Tayacaja. Huancavelica



Fuente: Elaboración propia, julio 2017

Tayacaja, es un territorio accidentado, ubicado entre las cordilleras occidental y oriental de los Andes, en la región central del Perú. El punto más alto se encuentra en los cerros de Azapara, con 4,874 msnm, mientras que el más bajo queda en el fondo del Valle del río Mantaro, con solo 911 m.s.n.m. Registra un promedio de 108 mil habitantes en toda la provincia y concentra un promedio de 26,600 familias según datos estadísticos del INEI ⁴⁸

Pampas, su capital, está ubicada al suroeste de la provincia de Tayacaja y tiene un promedio de 12 mil habitantes, el área metropolitana también abarca los distritos de Daniel Hernandez y Ahuaycha. Su clima es helado en las montañas, templado en los valles andinos y semitropical en la ceja de selva. Posee bellos lugares turísticos como el Gran Parque Ecológico ubicado en el barrio de Chalampampa, el Centro Recreacional de Pillo, el Mirador de la ciudad ubicado

⁴⁸ (INEI: Peru: Población y hogares por departamentos y provincias 2016).

en el Cerro San Cristóbal y la Central Hidroeléctrica de Santiago Antúnez de Mayolo (conocida como la central hidroeléctrica del Mantaro) ⁴⁹

Las condiciones del elevado índice de DCI en niños menores de cinco años en Huancavelica, ubican a ésta Región como pieza clave de la población beneficiaria del “*Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016*” y nos permitió aplicar las técnicas de recojo de información a fin de obtener información relevante sobre los niveles de contribución, participación y percepción de los principales actores participantes de actividades y estrategias desplegadas y, a partir de ello, comprender aquellos factores que influyen en la implementación del mismo.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS HALLAZGOS:

En la presente investigación, se entrevistaron a 30 madres de familia de niños y niñas menores de cinco años de edad: diez de la ciudad de Pampas (Capital de Tayacaja), diez del distrito de Ahuaycha y diez de la ciudad de Chalampampa. Asimismo, se entrevistaron a 12 profesoras de Instituciones educativas de nivel inicial: cuatro de la ciudad de Pampas, cuatro del distrito de Ahuaycha y cuatro de la ciudad de Chalampampa. Finalmente, se entrevistaron a tres profesionales de salud, pertenecientes a la Red de Salud de Huancavelica. Para ello, se utilizaron guías de entrevista especialmente elaboradas por la autora y que se reproducen en la sección “Anexos”, al final de esta investigación.

Cuadro 4.1 Instrumentos aplicados

INSTRUMENTO	ACTOR	CANTIDAD
Guía de entrevista	Madre de niña/niño menor 5 años	30
Guía de entrevista	Profesor de Centro de Educacion Inicial	12
Guía de entrevista	Personal de Salud	3

Fuente: Elaboración propia, julio 2017

⁴⁹ [https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Pampas_\(Tayacaja\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Pampas_(Tayacaja)) (Consultada el 10 octubre 2017)

Cuadro 4.2: Características de madres entrevistadas

		Distrito PAMPAS	Distrito CHALAMPAMPA	Distrito AHUAYCHA
EDAD	20-29	3	5	5
	30-35	4	1	1
	36-40	3	4	4
GRADO ESTUDIOS	Primaria	1	5	2
	Secundaria	1	4	6
	Técnico	5	1	1
	Universitario	3	-	1
TRABAJO	Casa	5	5	7
	Oficina	4	4	3
	No trabaja	1	-	-
HIJOS	01	4	3	1
	02	4	4	2
	03	1	2	2
	+ 04	1	1	3
EDAD PRIMER HIJO	-18	2	2	1
	18-21	3	6	8
	22-25	3	1	1
	26 +	2	1	-
SEGURO SALUD	SI	10	10	10
HOGAR	Agua	10	10	9
	Desagüe	10	9	8
	Luz	10	9	10

Fuente: Elaboración propia, julio 2017

El cuadro 4.2, muestra las características de las madres entrevistadas en los tres distritos, donde se comprueba que la edad promedio de ellas se sitúa entre los de 20 y 29 años. Asimismo, el 63,3% de entrevistadas declaró poseer estudios de educación básica, 23% técnicos y 13% universitarios. Es interesante señalar que en el departamento de Huancavelica, el 36% de la población ha concluido la educación básica, 33,7% la secundaria y solo un 14% concluyó algún tipo de nivel en la educación superior.

De las madres de familia entrevistadas, el 57% declaró trabajar en labores de su hogar y 37% fuera de él. El 60% tiene de 1 a 2 hijos y el 33% tiene entre 3 y 4 hijos. El 57% de las madres entrevistadas tuvo a su primer hijo entre los 18 y 21 años de edad. Un dato interesante resulta ser que el 100% de ellas declaró poseer algún tipo de seguro de salud, y narraron que llevan regularmente a sus hijos menores a los controles médicos; asimismo, en el distrito de Pampas el 100% declaró contar con servicio de agua, desagüe y luz; en el distrito de Chalapampa el 100% declaró contar con servicio de agua y 90% con servicio de desagüe y luz; y finalmente, en el distrito de Ahuaycha, 90% de las madres declaró contar con servicio de agua, 80% con servicio de desagüe y 100% con servicio de luz.

LINEAMIENTO 1

ESTRATEGIAS APLICADAS A TRAVÉS DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCVELICA, QUE CONTRIBUYERON AL LOGRO DE SUS OBJETIVOS

El problema de la desnutrición, está muy relacionado a los índices de pobreza y cuidado de la salud y educación de la población, pero también -y principalmente- a la falta de conocimientos específicos sobre salud, y principalmente, alimentación y nutrición por parte de las madres. Como sabemos la desnutrición repercute en la capacidad intelectual, física y laboral de las personas hasta su etapa adulta, haciéndolas mediocres, porque no han desarrollado completamente sus capacidades, habilidades y destrezas; siendo esta situación irreversible.

Debido a las consecuencias que tiene la desnutrición en las personas y en las localidades ,se aprobó la ejecución del PLAN NACIONAL PARA LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN EL PAIS para los años 2014-2016, con el objetivo de establecer una serie de acciones, desde el Ministerio de Salud, orientadas a sesiones de aprendizaje, consejerías y talleres a favor de las madres de familia, a fin de ofrecerles las herramientas necesarias para prevenir los cuadros de anemia y desnutrición infantil. Las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de Reducción de la

Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica, se realizaron en los centros y postas de salud y se extendieron luego a las instituciones públicas de educación inicial públicas, donde se continuaron realizando los registros de talla y peso de los niños, con el apoyo de los profesores.

Las actividades que se realizaron dentro de las estrategias, fueron las siguientes, de acuerdo a los resultados de la investigación realizada:

1. Despistaje de anemia / tamizaje

Se realizaron análisis de sangre a los niños menores de cinco años, para verificar su estado de salud y recomendar el tratamiento en caso de detectarse niveles bajos de hierro. Estas actividades se realizaron en el centro de salud; y tuvieron por objetivo determinar el nivel de anemia y desnutrición de los niños a fin de ofrecerles un tratamiento inmediato.

2. Prácticas de higiene: lavado bucal y lavado de manos

Fueron dirigidas por los promotores de salud y consistieron en demostrarles a las madres la forma correcta de lavarse y frotarse las manos con jabón, a fin de eliminar posibles bacterias, sobre todo antes de preparar los alimentos, evitando así la contaminación alimenticia y cuadros diarreicos en los niños menores de cinco años. Asimismo, se recomendó la forma correcta de aseo bucal, uso de cepillo de dientes, enjuagues, etc.

3. Sesiones demostrativas de alimentación saludable

Estas sesiones incluyeron preparación de loncheras saludables para los niños y niñas; sin embargo, según la información recogida a través de los instrumentos de entrevista y encuesta, se puede desprender que es la actividad que menos impacto ha tenido en las madres de familia, debido a que no lo practicaron porque según dijeron, no les alcanza el dinero.

Sobre este tema, una profesora de la Institución Educativa No. 224 de Ahuaycha, entrevistada, señaló: “...*Los niños consumen poca menestra, ensaladas y frutas. Falta capacitación en preparación de alimentos saludables. Los padres de familia tienen un nivel económico muy bajo*” (Código de registro PF1, Profesora de 43 años)

Igualmente, sobre el mismo tema, una madre de familia entrevistada en la misma entidad educativa y distrito de Ahuaycha, señaló “...A veces no nos alcanza para comprar algunos alimentos”. (Código de registro MM22, madre de 41 años). En la misma línea, una madre de familia entrevistada en la Institución Educativa No. 207 en el distrito de Pampas, señaló que “...no aplicamos lo enseñado por falta de economía”. (Código de registro MM5, madre de 39 años)

4. Control de talla y peso (CRED)

Este trabajo se realizó en las instituciones educativas, sin la participación directa del personal de salud. Se establece un registro de talla y peso de los niños y niñas que estudian en el centro educativo. Como sabemos es en esta medición que podemos detectar la baja estatura para la edad y el peso de los infantes, lo que indica que han existido episodios repetidos de enfermedades, mala alimentación, escasa información y deficientes prácticas saludables, lo que ha contribuido a que tengan baja estatura, que es el referente más claro de desnutrición crónica Infantil

Al ser consultadas las madres de familia acerca de las estrategias que surtieron mayor efecto y lograron una mejor interiorización, estas refirieron que fueron las prácticas de higiene, haciendo énfasis en las correspondientes a lavado de manos y aseo bucal; y en menor medida al preparado de alimentos nutritivos. Este dato es muy importante de resaltar, pues a pesar de que el 99% de madres reconoce haber recibido capacitación sobre nutrición, solo 9 de las 30 madres entrevistadas señaló claramente que implementó el preparado de alimentos nutritivos a favor de sus hijos, evidenciando que fue la actividad y estrategia que menores resultados reportó.

Sobre este particular, es interesante la declaración de una madre entrevistada en Chalampampa, quien señaló “...aquí en Huancavelica hay personas que no pueden cumplir con todo lo indicado, ya que les falta dinero para algunos alimentos, solo los dan de acuerdo a su alcance” (Código de registro MM2, 27 años, pobladora con 3 hijos, uno menor de 5 años).

Otra madre de familia también de Chalampampa, *identificada con el código MM17*, integrante del Vaso de Leche que se encuentra esperando el control de crecimiento y desarrollo CRED para su hija de 2 años, manifiesta sobre el mismo tema: *“...No contamos con suficiente economía para alimentar a nuestros hijos, hay falta de más charlas”*.

La opinión de la responsable de la Red de Salud, al preguntársele porqué creía que resultaba tan difícil reducir la DCI en Huancavelica a diferencia de otras regiones cercanas, manifestó: *“..Los programas sociales están mal dirigidos, falta de accesibilidad, disponibilidad de alimentos, cultura y costumbre de las familias”*.(*Código de registro PS3*)

Las explicaciones de las entrevistadas, nos llevan a reflexionar sobre la importancia de replantear la estrategia de “Sesiones de demostración de consejería nutricional”, para que incluya la preparación sencilla de productos de bajo costo y alto valor nutricional en cada jurisdicción.

Al preguntárseles a las profesoras de las instituciones educativas si estas actividades ejecutadas en sus regiones, contribuyeron a reducir la DCI en los niños y niñas, éstas contestaron positivamente, señalando que cumplen con sensibilizar a los padres sobre las consecuencias de la desnutrición crónica infantil en sus niños, con las secuelas posteriores de bajo rendimiento académico, enfermedades graves, falta de crecimiento, entre otras consecuencias severas. Así se demuestra por ejemplo, con el testimonio de una profesora de la Institución Educativa 196 de Chalapampa, identificada con *Código de registro PF4*, quien señaló que de todas las actividades ejecutadas, las que tuvieron mayor relevancia fueron: *“... Las actividades de charlas con padres de familia, talleres sobre temas de lavado dental, análisis de sangre para diagnóstico, tipo de anemia y visitas domiciliarias”*.

Las profesoras señalaron también que, el tamizaje realizado a los niños, permitió darle tratamiento médico adecuado a éstos, contribuyendo significativamente con la reducción de la DCI en la Región. Así se expresó por ejemplo, la profesora de la Institución Educativa 196 de Chalapampa, identificada con *Código de registro PF6*, quien al preguntársele si las actividades ejecutadas

contribuyeron a la reducción de la DCI de los niños de su Institución, señaló:
“..Sí, porque nos dieron sulfato ferroso para los niños que tenían desnutrición “

De igual manera, el personal de la RED DE SALUD HUANCVELICA entrevistado, declaró que las estrategias previstas en el PNRDPA, contribuyeron positivamente en la disminución de la anemia y DCI, tal como se desprende de la declaración del entrevistado en la Red de Salud de Pampas, quien al preguntarle si contribuyeron las actividades ejecutadas en la reducción de la DCI de los niños, señaló que “...Si, porque mejoraron las practicas familiares” (Código de registro PS2, Red de Salud de Pampas), situación que se corrobora además con la evidente disminución del porcentaje total de desnutrición crónica infantil a nivel de todo el Departamento de Huancavelica, entre los años 2014 y 2016, según publicación del INEI (42,4% DCI en el 2014 y 34% de DCI en el 2016) ⁵⁰

Las madres de familia refirieron que los promotores de salud se desempeñaron de manera clara y eficiente en un 83 %, mientras que un reducido número de ellas manifestó que éstos “no tenían paciencia” y más bien eran “renegones”. Sin embargo, el 99% manifestó que entendieron claramente los temas sobre los que se las capacitó y estuvieron satisfechos con ellos.

Los promotores de salud encargados de aplicar las estrategias del *Plan*, son designados directamente por la Red de Salud de Huancavelica, desde donde se distribuyen el material y se coordina la ejecución de las actividades que conforman las estrategias del Plan Nacional. Estos promotores, fueron previamente entrenados en la correcta aplicación de las estrategias previstas en los centros de salud de cada jurisdicción.

Un dato importante a resaltar es que las madres de familia estaban contentas con la capacitación y reclamaron una mayor frecuencia en las actividades de información y capacitación, de los talleres y/o sesiones de aprendizaje. La mayoría de las madres de familia, tanto en los distritos de Chalampampa, y Ahuaycha, como en la ciudad de Pampas, refieren que participaron de estas actividades apenas 2 y 3 veces en los tres años de ejecución del Plan Nacional, Ante lo cual sería necesario replicar estas actividades al menos una vez al

⁵⁰ INEI: Encuesta demográfica y de salud familiar 2016

semestre, para interiorizar, practicar y evidenciar su eficiencia. La mayoría de madres usuarias, señaló que los ejercicios de aplicación o demostrativos, y charlas, a cargo de los promotores de salud fue lo que más les agradó

Cuadro 4.3 Nivel de contribución del Plan para mejorar la desnutrición

CONTRIBUCIÓN		MADRES	PROFESOR	PERSONAL SALUD
Estuvo informado de ejecución Plan Nacional para la Desnutrición crónica infantil en Huancavelica?		100%	100%	100%
Cuáles fueron las actividades ejecutadas para reducir DCI?		-Sesiones demostrativas de aseo. -Consejerías nutricionales -Descarte anemia	-Tamizaje -Sesiones demostrativas de aseo -Psicólogo -Control talla y peso	-Seguimiento –entrega de multinutrientes -Consejerías nutricionales -Dosaje hemoglobina -Sesiones demostrativas - Aseo
Contribuyeron las actividades a la reducción DCI?	SI	83%	100%	100%
	NO	7%		
De todas las actividades cuales fueron las de mayor relevancia para usted?		-Sesiones demostrativas aseo 67% -Multinutrientes Alimentación complementaria 63% -Tamizaje 23%	Tamizaje 78% Sesiones demostrativas aseo 44% -Control peso y talla 33%	Todas

Fuente: Elaboración propia, julio 2017

El Cuadro 4.3 muestra los factores de **CONTRIBUCIÓN** del Plan Nacional a la reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica. A través de la data recopilada, se demuestra que el 100% de los actores entrevistados, (Madres de familia, profesores y personal promotor de salud), declararon estar informados de la realización del Plan Nacional para Reducción de la Desnutrición Crónica

Infantil en Huancavelica entre el 2014-2016. Asimismo, el 100% de los profesores y personal de salud consideraron que las actividades y estrategias contribuyeron en la reducción de este flagelo que afecta al 14,4% de niños en todo el país. Solo 7% de los padres, entrevistados en los distritos de Pampas y Chalapampa, opinaron que las actividades no contribuyeron a reducir la DCI..

Para UNICEF (2001), los niños bien nutridos desde la primera infancia, tendrán la capacidad de desarrollarse física e intelectualmente y lograr un buen desempeño escolar en su etapa preparatoria, sufrirán menos enfermedades y estarán preparados para ser trabajadores de alta productividad. Para ello, es necesario introducir mejores prácticas de higiene y cuidado infantil, a través de una mejor capacitación materna. Los estudios han demostrado que mientras mayor es el grado de educación o instrucción de los padres, menor es el grado de desnutrición crónica infantil de sus hijos, es decir, un mejor nivel de instrucción de los padres, disminuye la DCI.

Es importante resaltar que Huancavelica cuenta con 5 hospitales, 73 centros de salud y 361 postas de salud ⁵¹, a través de las cuales se han canalizado las actividades y estrategias del *Plan*.

Los datos del segundo cuadro, nos demuestran que a pesar de que el personal de salud ha realizado una variedad de actividades y estrategias dentro de los alcances del *Plan Nacional* en Huancavelica, los padres refieren en un 67% que las sesiones de estrategias de “Aseo” (correcto lavado de manos y lavado bucal) son las más importantes y las que mejores resultados les han dado en su entorno familiar, desplazando a un 63% el consumo de multimicronutrientes y/o alimentación complementaria y un 23% a las acciones de tamizaje o descarte de anemia.

Se evidencia asimismo y claramente que las “CONSEJERIAS NUTRICIONALES” no han sido mencionadas significativamente por los padres, por lo cual se podría deducir que estas sesiones fueron las que menos impactaron en ellos y las que habría que revisar para reformular la metodología

⁵¹ INEI: Encuesta demográfica y de salud familiar 2016

empleada, dada la importancia que reviste una alimentación saludable y balanceada a favor de los niños y la reducción de desnutrición crónica infantil.

LINEAMIENTO 2:

POTENCIAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS PRINCIPALES ACTORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCVELICA

Los actores que participaron de las estrategias aplicadas fueron las madres de familia, las instituciones Educativas públicas seleccionadas, y los promotores de salud enviados por la *Red Central de Salud de Huancavelica*.

Los promotores de la *Red de Salud* señalan que las actividades realizadas sí contribuyeron a reducir la DCI, y refieren que hicieron las sesiones en los centros de salud, haciendo el seguimiento y verificando posteriormente en las casas o domicilios para corroborar la puesta en práctica de lo enseñado, habiendo ofrecido información sobre el uso de multinutrientes, practicas correctas de aseo (lavado de manos), técnicas de lactancia adecuada y consejos nutricionales para la alimentación de la familia , habiendo elaborado folletos informativos y repartido los mismos durante las sesiones de demostración.

Esto se corrobora con lo declarado por los tres promotores de la Red de Salud de Pampas, quienes coincidieron ante la pregunta “¿Dónde fueron realizadas las actividades previstas en el Plan Nacional?”, con la misma respuesta: que éstas “..se realizaron en el Centro de Salud y en el domicilio de los beneficiarios” (*Código de registro PS3, 31 años; Código de registro PS1, 37 años y Código de registro PS2 de 25 años*).

Sin embargo, las respuestas de los padres de familia entrevistados, no refieren en su mayoría al responder la encuesta, haber sido visitados en sus domicilios, señalando que fueron informados de las actividades en las que participaron, en el centro educativo y en el centro de salud, sin haber recibido ningún folleto informativo, ni visita domiciliaria, en especial. Solo una madre del distrito de Chalapampa (*Código de registro MM16, 22 años*), refirió que fue informada de

las actividades previstas en el Plan Nacional en el Centro de salud y en su domicilio.

Las actividades planificadas no se realizaron en las fechas previstas, debido a que no se pudieron convocar a los padres de familia en el número esperado ni en su oportunidad. Los promotores del sector Salud refieren que resultan de difícil acceso los hogares ubicados en las zonas rurales de la jurisdicción.

De acuerdo a las entrevistas realizadas al personal de la Red de Salud de Huancavelica, a las profesoras de las instituciones educativas de educación inicial y a las madres de familia de la ciudad de Pampas y los distritos de Ahuaycha y la ciudad de Chalampampa, los principales ejecutores del *Plan Nacional* fueron los promotores de salud, quienes fueron debidamente capacitados por las Redes de Salud de cada región y prestaron sus servicios en los diferentes centros de salud donde se implementaron las estrategias y actividades previstas en el Plan Nacional.

Los beneficiarios fueron los niños menores de cinco años de edad, a través de las capacitaciones recibidas por sus madres de familia en los centros de salud.

Los actores principales fueron informados del desarrollo de las actividades previstas en el *Plan Nacional*, en los centros de educación inicial y en los centros de salud, simultáneamente, lo que evidencia la coordinación realizada por las Redes de Salud y el Ministerio de Educación a través de las Direcciones Regionales de Educación de cada jurisdicción. La investigación ha determinado que las estrategias correspondientes a las actividades previstas en el Plan nacional, fueron aplicadas a través de Promotores de Salud en el mismo Centro de Salud de cada jurisdicción, y que éstos declararon haber realizado el seguimiento de las mismas a través de visitas de los mismos Promotores directamente en las viviendas de las familias beneficiadas, aunque estas no refieren que recibieron posterior visitas en sus domicilios, encontrándose aquí una contradicción. Es posible que los promotores de salud no hayan realizado dichas visitas a los hogares o estas hayan sido muy escasas, debido a la dificultad para desplazarse o a la lejanía o distancia entre las comunidades rurales principalmente, pues no existe evidencia o registro de dichas visitas dentro de los propios centros de salud o de la Red de Salud de Huancavelica.

En este sentido, la efectividad del Plan Nacional busca mejorar la calidad de vida de los niños menores de cinco años que padecen DCI, y promover el acceso a mejores oportunidades y desarrollo de sus propias capacidades, ligados a procesos adecuados que se implementen para lograr los cambios previstos. Para ello, hacer partícipes a las madres sobre los principios básicos de higiene personal y manipulación de los alimentos que prepararán para sus hijos, resulta fundamental. Comprenderlas, interiorizar las actividades y estrategias del Plan Nacional, es una forma de entender su cultura y costumbres y posteriormente, encontrar la manera más sencilla de explicarles los procesos que las beneficiaran. Es fundamental considerar la idiosincrasia de la población, tener en cuenta el grado de instrucción y las costumbres de aquellas que trabajan fuera del hogar, a fin de encontrar la mejor forma de llegar a ellas y orientar progresivamente los cambios de hábitos y costumbres en la alimentación y salubridad del niño, de manera que se logre revertir el impacto de la DCI en la región.

Tal como analizamos en el desarrollo del marco teórico de esta investigación, la DCI es el resultado del consumo de una dieta inadecuada en calidad y cantidad, pero también de las enfermedades que sufren los niños desde su concepción. Por ello, decíamos, para prevenirla es necesario mejorar el consumo alimentario de los niños en cantidad y calidad, prevenir las enfermedades o reducir sus riesgos y duración, así como reforzar los cuidados y hábitos relacionados a la salud, nutrición y alimentación de las madres y otras personas que apoyan el cuidado de los niños, resultando todo ello de vital importancia para reducir y revertir los altos índices de DCI en nuestra zona de investigación.

Si bien el Plan Nacional contemplaba la ejecución de diversas estrategias dentro de las actividades prevista, se desprende que las más significativas y en las que se logró mayor participación de los actores, fueron:

- **Despistaje de anemia / Tamizaje**
- **Prácticas de Higiene: Lavado bucal y lavado de manos**
- **Sesiones demostrativas de alimentación saludable**
- **Control de talla y peso (CRED)**

Justamente, todas ellas redundan en el impacto previsto para que la DCI ceda y pueda ser revertida con éxito, tal como se desprende del análisis efectuado en el marco teórico de esta investigación.

Los promotores de salud fueron capacitados para la ejecución de cada una de las estrategias, a través de GUIAS debidamente editadas e impresas, a través de directrices e instructivos preparados especialmente para tal fin. El Ministerio de Salud dispuso la impresión de diversos instructivos para la gestión informada en nutrición, tecnología y decisiones informadas para la reducción de la DCI en los gobiernos locales, Instituto Nacional de Salud, Centros de salud y otras dependencias clave.

Durante las sesiones demostrativas y charlas, el personal de salud declaró haber entregado material impreso a las madres de familia participantes, tal como se desprende de las respuestas a las encuestas realizadas en las que, al preguntárseles *“¿Entregó usted material impreso? Qué tipo de material?”* refirieron haber entregado “Trípticos”; Sin embargo, el 70% de las madres encuestadas declaró no haber recibido material alguno. En el distrito de Pampas, 04 de 10 madres entrevistadas declararon haber recibido afiches ó folletos; en Chalampampa 3 madres refirieron haber recibido el mismo material que las madres de Pampas y en Ahuaycha solo dos madres refirieron haber recibido “afiches”, lo que evidencia una contradicción entre lo dicho por el personal que realizó las actividades del Plan Nacional y las madres de familia beneficiarias, y que deberá ser reforzado para una próxima aplicación, con el fin de garantizar el ofrecer a las madres de familia no solo charlas sino además, acompañar a éstas de material informativo para que lleven a sus casas y puedan repasar lo aprendido en las sesiones previstas. Situaciones como las descritas, nos permiten reflexionar sobre la correcta aplicación de las distintas actividades previstas en el Plan Nacional y las deficiencias encontradas en diferentes niveles, considerando que es un desafío de la Gerencia Social lograr el diseño e implementación eficaz de las políticas sociales, y justamente, en aquellas que estén inmersas en ámbitos en los que se presenten problemas que deban ser resueltos durante la ejecución.

A continuación vamos a dar a conocer las respuestas de los actores sociales más importantes, respecto al grado de participación que tuvieron y a como concibieron dicha responsabilidad.

Cuadro 4.4: Factores de participación

PARTICIPACIÓN		MADRES	PROFESOR	PERSONAL SALUD
Quiénes participaron de la aplicación de estrategias y actividades?		87% Promotores de salud	Promotores de salud 100%	Promotores de salud 100%
Cómo se aplicaron las estrategias?		Charlas Sesiones demostrativas	Charlas Sesiones demostrativas	Sesiones demostrativas Charlas
Donde fueron informados de las actividades?	CEI	70%	100%	
	Centro salud	87%		
En qué actividades participó?		Sesiones demostrativas 87% Charlas 74%	Todas	Todas
Cuántas veces participó?		2 veces 90% 3 veces 100%		
Recibió material impreso?		No: 70% Si : 30%		Declara haberlo entregado
Cuál de las estrategias aprendidas ha implementado en su hogar?		Lavado manos 77% Cepillado dientes 33% Preparado alimentos nutritivos 29%		

Fuente: Elaboración propia, julio 2017

El cuadro 4.4 nos permite corroborar los niveles de participación de los actores sociales dentro de las actividades y estrategias planeadas en Huancavelica. Recordemos que la provincia de Huancavelica registra un total de 26,758 niños afectados por la desnutrición crónica infantil, los cuales representan el 34% del

total de niños menores a cinco años que viven en dicha región. 84% de los niños son pobres y 72% de ellos, viven en zonas rurales.

Las madres de familia entrevistadas, refirieron que solo participaron dos o tres veces de las actividades y estrategias desplegadas por los promotores de los centros de salud durante los años de ejecución del *Plan Nacional (2014-2016)*, lo cual consideraron era realmente muy poco, incluso varias señalaron que no se efectuó ninguna actividad correspondiente al *Plan* en el año 2016. Por dicha razón, señalaron que para ellas, resultaría muy importante tener charlas y/o sesiones más seguidas, con la finalidad de poder afianzar lo aprendido. Manifestaron además que las actividades realizadas, aunque escasas, fueron de gran apoyo, y que entendieron correctamente los mensajes, los cuales pudieron aplicar en sus actividades diarias.

La importancia de los datos analizados es alta, debido a que parten de la consulta aplicada a los “actores”, madres de familia principalmente, quienes refieren sus apreciaciones sobre el nivel de participación que tuvieron en la aplicación de las diversas actividades del Plan Nacional y señalan las deficiencias encontradas en ellas y, para que un “Plan Nacional” tenga valor público y logre sus objetivos, debe conseguir el apoyo y participación cabal de los involucrados. Por ello, no solo es necesario verificar que el Plan Nacional materia de esta investigación cuente con legitimidad sino que además, el equipo operativo que lo ejecuta, lo haga con verdadero compromiso y motivación que les permita llegar a la población prevista y lograr los objetivos finales. Por ello, la Gerencia Social se enfoca en el logro de resultados que sean relevantes y que garanticen la creación de valor público a través del impacto que las actividades produzcan en los actores y participantes de las mismas, permitiendo la mejora en la calidad de vida de las personas y de la sociedad en conjunto.

Las actividades previstas en el Plan Nacional, consistieron principalmente en sesiones demostrativas y charlas/talleres en las que los promotores de salud enseñaron las prácticas adecuadas de los procesos de higiene (lavado de manos, lavado bucal, tamizaje de anemia) así como demostraciones de cómo preparar alimentos balanceados en el menú diario de los pequeños. Las sesiones demostrativas consistieron en enseñar a las madres de familia las

técnicas y formas correctas de lavado de manos antes de la preparación de alimentos, así como la forma correcta de aseo bucal de sus niños. Estas sesiones incluyeron la práctica de lo aprendido por parte de las madres de familia, lo que permitió fijar de manera más acertada el aprendizaje.

Las sesiones no fueron realizadas en las fechas proyectadas inicialmente, debido a la falta de interés de los padres, aunque los entrevistados que declararon haber participado refieren haber sido convocados en las Instituciones educativas a las que asisten sus hijos. Tal vez el sistema de convocatoria o invitación a los padres debería revisarse para lograr mayor eficiencia, con la ayuda de organizaciones comunales.

De la investigación realizada podemos deducir que no todas las madres se mostraban, efectivamente, interesadas en participar. Aun así, se lograron desarrollar varias actividades con las madres asistentes, de las cuales recogimos sus impresiones y apreciaciones respecto a la efectividad de las sesiones demostrativas y talleres o consejerías realizadas con su participación.

Los promotores de salud declararon en su totalidad, al 100% no participar de actividades de control y seguimiento de salud y crecimiento de los niños menores de cinco años en las instituciones educativas,

Otra afirmación de los promotores de salud fue que no tenían previsto la entrega de multimicronutrientes a las madres en sus Centros Educativos.

En sentido contrario de lo que afirmaron los promotores de salud, las profesoras entrevistadas sí declararon que se realizaban actividades de control y seguimiento de salud y crecimiento de los niños en la institución educativa, a través del control de peso y talla de los niños, evidenciando una discrepancia en las respuestas:

El 100% de las profesoras entrevistadas en Pampas declararon que estos controles los efectuaba el personal de salud. El 70% de las profesoras entrevistadas en los distritos de Chalampampa y Ahuaycha, declaraban de igual forma que los controles de seguimiento de salud y crecimiento de los niños los

realizaba el personal de salud; 30% de ellas declaró que lo hacían las propias profesoras.

Las sesiones demostrativas tuvieron dentro de sus fines principales, ayudar a las madres a entender la importancia de la higiene personal y el respeto de normas básicas de salubridad en la preparación de alimentos balanceados y nutritivos para sus hijos.

La dinámica utilizada en las sesiones de capacitación, por parte del personal de salud asignado, tuvieron algunas características particulares, dentro de ellas destacamos:

- a. Grupos no mayores a 15 madres de familia para permitir una mejor comprensión de lo enseñado.
- b. Desarrollo de un tema puntual por sesión de capacitación para no confundir a las madres y participantes.
- c. La duración de las sesiones no es muy larga, a fin de no agotar a las participantes y lograr su máxima atención.
- d. Se hace énfasis en la información relevante que se desea transmitir y se hacen “evaluaciones” verbales al final de las mismas con la participación de todos los asistentes.

Las sesiones demostrativas enfatizaron poner en práctica inmediatamente lo enseñado en la sesión, de manera que cada madre desarrollara su propia experiencia de aprendizaje, confrontando el conocimiento teórico recibido con la estrategia en la vida real. La evaluación se centró en la acción y en la verificación de la correcta aplicación de la misma.

La evidencia nos permite concluir en que el éxito de una sesión participativa depende mucho de las habilidades, el entusiasmo y la sensibilidad del personal que la ejecuta (promotores de salud), que de cualquier otro factor individual.

LINEAMIENTO 3:

RECOGER LA PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN QUE TIENEN LOS ACTORES INVOLUCRADOS ACERCA DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCAMELICA

El 100% de los padres y docentes declaran que tuvieron conocimiento acerca del *Plan Nacional* y de las actividades que comprendieron las estrategias previstas

El 83% de las madres de familia entrevistadas, así como el 100% de los profesores y personal de la Red de Salud de Huancavelica consultados en esta investigación, coincidieron en señalar que las actividades y estrategias desplegadas a través del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica, entre los años 2014 y 2016, **sí contribuyeron** con la reducción de la DCI en su jurisdicción.

Este dato es muy relevante, porque demuestra que los beneficiarios valoran positivamente las acciones llevadas a cabo por el Estado para contribuir a la reducción de un flagelo que afecta a gran número de niños en todo el país. Así, una de las madres entrevistada en la Institución Educativa No. 196 de Chalampampa, señaló, cuando se le pregunto su opinión sobre las actividades que se realizan a través del Plan Nacional, que “...*Deben hacer más charlas, porque ayudan a concientizar a las personas y madres primerizas*” (Código de registro MM11, 22 años, madre de familia), opinión compartida por otra madre de familia entrevistada en la Institución Educativa 207 de Pampas, que señaló ante la misma pregunta que “... *Deberían hacer más charlas para concientizar más a la gente*” (Código de registro MM2, 27 años, madre de familia)

El 100% de las madres de familia entrevistadas en la ciudad de Pampas y en Chalampampa, señalaron que fueron los promotores de salud quienes les ofrecieron las capacitaciones sobre temas relativos al *Plan Nacional*. Ellas manifestaron que las ideas fueron claras y se entendieron bien los mensajes. Solamente un 3% de las madres de familia del distrito de Ahuaycha señalaron que no entendieron con claridad a los promotores de salud debido a que hablaban muy rápido sin detenerse a explicar con más detalle los temas que se

exponían. Así, lo refirió la madre de familia con *Código de registro MM23*, de 29 años de edad, quien al preguntársele sobre si el personal que la capacitó fue claro y lo entendió, señaló: “..*Algunas cosas no entendí, porque hablo muy rápido las enfermeras*”, en contraste con lo señalado por la madre con *Código de registro MM22*, de 41 años de edad y primaria completa, quien ante la misma pregunta, señaló: “... *Sí fue claro y lo entendí*”.

La opinión de los entrevistados, sin duda, nos permite concluir que el mensaje previsto en las actividades y estrategia fue adecuado, pero la percepción de su eficacia dependió del nivel de comunicación del promotor de salud encargado de la capacitación. Sin embargo, y en contraste, el personal de salud declaró que no todas las madres entendían los mensajes de las actividades y estrategias debido a que algunas no prestaban total atención a las indicaciones que se les ofrecían. Es decir, se comprueba que hay una diferencia en la percepción que señalan tanto las madres de familia, que afirman en general un alto nivel de valoración de las actividades, como el personal de salud ejecutor de las actividades, que señalan que algunas madres no prestaban la debida atención.

El 99% de las entrevistadas, opinó que lo aprendido resultó de gran utilidad para su vida diaria; es decir, existe una alta valoración de las actividades realizadas por el personal de salud, de acuerdo a la percepción de las madres de familia, lo cual es un buen dato para el logro de los resultados previstos en el *Plan Nacional*.

El 83% de las madres entrevistadas en las 3 jurisdicciones, declararon que el trato a las personas de las promotoras de salud encargadas de las actividades y capacitaciones, fue bueno y amable, frente a un 17% que señaló que el trato fue “Regular”, debido a que algunos expositores eran “renegones” y no tenían mucha paciencia con ellas.

De igual manera, el 99% opinó que lo aprendido resultó de gran utilidad para su vida diaria. Es decir, existe una alta valoración de las actividades realizadas por el personal de salud, de acuerdo a la percepción de las madres de familia, lo cual es un buen indicador que puede contribuir al logro de los resultados previstos en el Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica, entre los años 2014 y

2016 (PNRDPA). Así, se corrobora por ejemplo, con el testimonio de la madre de familia Código de registro MM22, que señaló que “...Se sigan haciendo más charlas porque gracias a las orientaciones, mi hijo no tiene anemia”.

A continuación un cuadro con las respuestas de los actores involucrados en la implementación del mencionado *Plan*.

Cuadro 4.5: Factores de valoración de los actores sociales

VALORACIÓN		MADRES	PROFE SORAS	PERSONAL SALUD
El personal que la capacitó fue claro y lo entendió?		Si 97% No 3%		
Como fue el trato de los promotores de salud?		Bueno 83% Regular 17% Malo 0		
Que acciones deberían realizarse con mayor frecuencia?	Talleres/charlas	87%		
	Sesiones demostrativas	73%	87%	100%
	Seguimiento a niños (anemia)	40%		
Porque cree que es tan difícil reducir la DCI en Huancavelica?	Falta dinero	67%	45%	Falta acceso a población rural
	No se siguen indicaciones	73%	45%	Falta de dinero

Fuente: Elaboración propia, julio 2017

El personal de salud entrevistado, refiere que repartió material impreso a las madres de familia, aunque muy pocas recuerdan haberlo recibido. Esto puede denotar que dicho material no cumplió su objetivo real y podría revisarse su uso en futuras actividades y estrategias que se planteen sobre el tema.

Las estrategias aplicadas y que resultaron ser las más eficientes, recordadas y valoradas por las madres de familia, corresponden a las “Sesiones demostrativas” en que las éstas pudieron “ver” y poner en práctica las mejores formas de realizar el aseo de manos antes de la preparación de alimentos, así como también prácticas referidas al aseo bucal de sus niños, al término de cada comida o periodo de alimentación. Los testimonios de algunas madres de familia, corroboran esta afirmación, como sucede con la madre de familia con *Código de registro* MM5 de Pampas, quien al preguntársele que acciones creía deberían realizarse con mayor frecuencia, señaló: “...*Mas charlas y prácticas en casa de todo lo enseñado*”.

Las respuestas sobre lo que les resultó más aleccionador demostraría que resulta más eficaz lograr la participación efectiva de las madres en las sesiones demostrativas, a través del ejercicio e inmediata puesta en práctica de lo que se enseña, y la inmediata corrección de los posibles errores en la aplicación de las estrategias aprendidas, antes que ofrecerles explicaciones verbales o acompañadas únicamente de material impreso.

Por ello, es interesante resaltar que la actividad que menos impacto logró, fue la sesión o talleres de alimentación saludable. Las madres refieren por un lado, que no les alcanza el dinero para comprar los alimentos “sugeridos”, razón por la cual es importante reconstruir esta estrategia y reformular las actividades previstas para lograr una mejor interiorización por parte de las madres de familia, a través del uso de un lenguaje sencillo, uso de insumos típicos y económicos de cada zona de demostración, y de fácil acceso, a fin de poder ser difundidos y utilizados de manera razonable y continua por las madres de familia.

Al preguntársele a las madres porqué creían que resultaba tan difícil reducir la DCI en Huancavelica, respondieron en un 67% que la razón principal era la falta de recursos económicos de las familias que no les permitían adquirir los alimentos sugeridos para la nutrición adecuada de los niños, frente a un 73% que consideraba que las madres no siguen las indicaciones que les ofrecieron los promotores de salud por falta de tiempo y por priorizar el trabajo y la obtención de recursos económicos necesarios para la subsistencia de la familia,

en desmedro del cuidado de higiene en la preparación de alimentos y/o de aseo de sus menores hijos.

A la pregunta de por qué era tan difícil disminuir la DCI, las maestras contestaron en un 90% que la causa principal era la pobreza de los padres, y el personal de salud respondió que las causas se centraban en que no era posible atender a toda la población debido al difícil acceso, por lo que la ejecución de las actividades y estrategias del *Plan Nacional*, no se implementaban en todos los lugares, sobre todo en los alejados donde se presentaban mayor cantidad de niños desnutridos. La atención de estos lugares era insuficiente debido a la lejanía de los hogares de muchos de ellos (zonas rurales), la falta de recursos y el apoyo social mal direccionado, según lo manifestado por las maestras.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2015, la desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y los niños, y que ésta se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo.

Finalmente, al preguntársele al personal de salud qué acciones creían que deberían realizarse con mayor frecuencia, el 100% coincidió en que deberían ser las sesiones demostrativas para promover la alimentación con alimentos de la zona.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- **INTRODUCCIÓN GENERAL:**

El ingreso promedio mensual *-real-* en el país para el año 2015 fue de S/.1,445.00, sin embargo, Huancavelica resultó ser el departamento con el **menor ingreso**, registrando un monto de S/.954.00, ingreso que a su vez, resultó 15% menor al de Apurímac, 15,5% menor al de Ayacucho y 35% menor al de Junín, que son los vecinos de su entorno más cercano y con realidades geográficas, culturales y sociales similares. De igual forma, el ingreso promedio mensual para la zona urbana a nivel nacional fue al 2015 de S/. 1,594.00 versus S/.842.00 registrado para las zonas rurales ⁵². Es decir, los pobres de Huancavelica son asimismo, **los más pobres del país**.

Esta situación, nos ofrece un panorama general en el que Huancavelica se sitúa como el departamento **más pobre y con menores ingresos monetarios**, en comparación con los ubicados en su cercanía, con hogares que no tienen real capacidad de acceso a los alimentos necesarios que conforman una canasta básica nutricional familiar, así como al uso adecuado y aprovechamiento de los mismos en beneficio de la alimentación de la población infantil bajo investigación. Aun así, debemos destacar que esta variable monetaria no es la única causante del elevado índice de desnutrición crónica infantil, pues un 66% de la población infantil de dicha zona no la padece.

Por lo expuesto, debemos destacar que los problemas de alimentación “inadecuada” no sólo se producen por la falta de acceso a los alimentos (como variable única), sino también por la variable de la correcta “elección” de dichos alimentos y de las prácticas nutricionales y de salubridad.

Los escasos conocimientos sobre una alimentación complementaria para infantes entre 6 meses y 3 años son también causantes del alto nivel de desnutrición crónica infantil en los hogares materia de estudio, lo que se refleja sustancialmente en el elevado porcentaje de déficit calórico alimenticio que registra un importante grueso de la población.

⁵² INEI: Perú, Síntesis Estadística 2016

5.1. CONCLUSIONES:

LINEAMIENTO 1

ESTRATEGIAS APLICADAS A TRAVÉS DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCAVELICA, QUE CONTRIBUYERON AL LOGRO DE SUS OBJETIVOS

Las principales actividades aplicadas en función a las estrategias realizadas dentro del marco del Plan Nacional, que contribuyeron al logro de los objetivos previstos, fueron las siguientes:

- **Despistaje de anemia / tamizaje**

Esta estrategia contribuyó a identificar a aquellos niños que tenían niveles bajos de hierro y pudieron ser materia de un tratamiento inmediato para reducir dicho mal, contribuyendo definitivamente en el impacto de resultados del Plan Nacional.

- **Prácticas de higiene: lavado bucal y correcto lavado de manos**

Fue la estrategia que más interiorizaron las madres de familia, tomando conciencia de que es un medio fácil y simple para eliminar posibles bacterias al preparar y consumir alimentos, evitando la contaminación alimentaria y previniendo cuadros diarreicos en niños menores de edad.

- **Sesiones demostrativas de alimentación saludable**

Si bien esta estrategia fue la que menos impacto causó en las madres de familia, es interesante resaltar que resulta fundamental para lograr una alimentación saludable y adecuada en los niños objeto de investigación. Por esta razón, se puede concluir y recomendar la importancia de reformularla a través de nuevas sesiones, que resulten más sencillas, más participativas y que enseñen de manera clara a las madres cómo usar los productos de bajo costo de su localidad, conociendo el valor nutricional de diversos platos que ellas mismas puedan realizar dentro de su hogar.

- **Control de talla y peso (CRED)**

Esta actividad de control, resultó de vital importancia para detectar problemas de peso y talla en los niños, producto de enfermedades o mala alimentación

Luego de revisar los hallazgos de investigación y formular la interpretación correspondiente, **se puede concluir que las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de Reducción de la desnutrición Crónica Infantil , en su conjunto, en Huancavelica Sí surtieron efecto y sí contribuyeron en la reducción del porcentaje de DCI entre los años 2014-2016**, a pesar de la evidencia que señala que las actividades realizadas no tuvieron un impacto **masivo** en toda la población, sobre todo de zonas rurales alejadas a las que el personal de promotores de salud no tuvo mayor acceso, y a la propia declaración de éstos en el sentido de que no lograron, además, convocar a todos los padres de familia esperados, pues muchos de ellos no tenían verdadero interés ó tiempo suficiente para participar.

Aun así, se demuestra que **la DCI sí se redujo en Huancavelica por encima del 8% en los tres años de ejecución del Plan Nacional, versus el 0.4% de reducción a nivel nacional**, con lo cual se comprueba que las estrategias y actividades, a pesar de su limitada difusión y problemas logísticos para ampliar su espectro de difusión, **si surtieron efecto positivo para las finalidades previstas en dicho Plan en nuestra zona de investigación.**

A través de los cuadros reseñados a continuación, se verifica que entre el 2014 y 2016, la desnutrición crónica infantil a nivel nacional, descendió solamente 0,4%, pasando de 14,6% en el 2014 a 14,2% en el 2016, **no habiéndose cumplido con el objetivo de lograr la reducción de la DCI a u 10% a nivel nacional.**⁵³ previsto en el Plan Nacional.

Cuadro N°5.1 Evolución de la desnutrición crónica infantil a nivel nacional

AÑO	2013	2014	2015	2016
% DCI	17,5%	14,6%	14,4%	14,2%

Fuente: Elaboración propia julio 2017 – según INEI: ENDES 2016

Sin embargo, si analizamos el cuadro de evolución y reducción de desnutrición crónica infantil **en Huancavelica**, nuestra zona de investigación, se corrobora

⁵³ INEI: Encuesta Demográfica y de salud familiar 2016 (ENDES 2016)

que si bien **tampoco se logró la meta del *Plan Nacional* de reducir la DCI al 10% el nivel de desnutrición crónica infantil de la población**, la política nacional **si surtió un mejor efecto**, habiéndose logrado revertir en 8,4% la DCI en los niños menores de 5 años de edad en todo el periodo de aplicación de las estrategias y actividades previstas en el Plan Nacional, **demostrándose que entonces, las actividades y estrategias aplicadas en dicha zona, sí lograron contribuir con la mejora en el bienestar de los niños, de las familias y de la población en su conjunto.**

El impacto de las actividades y estrategias producto del Plan Nacional, junto con muchos otros elementos que forman parte de otras intervenciones que puedan haberse dado en el mismo espacio geográfico, han logrado resultados interesantes que es necesario resaltar ante la evidencia estadística.

Cuadro N° 5.2 Evolución de DCI en Huancavelica

AÑO	2013	2014	2015	2016
% DCI	42,4%	42,4%	34,6%	34%

Fuente: Elaboración propia julio 2017 – según INEI: ENDES 2016

LINEAMIENTO 2:

POTENCIAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS PRINCIPALES ACTORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCAVELICA

Según el análisis de las encuestas aplicadas a las madres de familia y docentes en Huancavelica, durante la presente investigación, se demuestra que las personas que fueron entrevistadas **sí conocieron y sí participaron** de las actividades y estrategias previstas en el Plan Nacional.

Las evidencias de la investigación nos demuestran sin embargo, que no hubo una adecuada difusión de las actividades previstas en las estrategias del Plan Nacional por parte de los funcionarios y personal asignado, debido

principalmente a la imposibilidad de desplazamiento de los promotores de salud hacia zonas rurales, de modo que no hubo una asistencia masiva a las mismas, inclusive que en muchos casos no se pudieron llevar a cabo en las fechas previstas debido a que los padres de familia no se presentaban en su oportunidad. Además, se logró evidenciar que los hogares de zonas rurales resultaron muy difíciles de convocar y visitar, según declaración del propio personal de la Red de Salud de Huancavelica.

Asimismo, al declarar el personal de salud que las convocatorias se realizaron principalmente a través de reuniones comunales y de la participación de otros actores sociales, como los ejecutores del Programa *JUNTOS*, se evidencia que no fueron necesariamente las más adecuadas para dicho fin.

Podemos concluir, de acuerdo a las evidencias y declaraciones de las madres de familia, que éstas **sí tuvieron oportunidad de participar** de las actividades y estrategias desplegadas con ocasión de la ejecución del Plan Nacional, y que además éstas actividades y estrategias resultaron muy útiles para su vida diaria, tal como cuando refieren por ejemplo, que han adoptado la rutina diaria de lavarse las manos antes de preparar e ingerir sus alimentos, al igual que sus pequeños hijos. Así se demuestra cuando al preguntárseles puntualmente a las madres de Ahuaycha: “De todas las actividades realizadas, cuáles cree que son las más importantes?” estas contestan “.. *Para mí, el lavado de manos, cepillado de dientes*” (Código MM21, madre de familia de 21 años) ó *aquella que señala “... Lavado de manos, cepillado de dientes, peso y talla”* (Código MM23, madre de familia de 29 años)

Por ello, también se puede concluir que si se lograra convocar a un mayor número de madres de familia, y si las actividades y estrategias se pudieran dirigir masivamente a las zonas rurales y más alejadas de las distintas ciudades y distritos dentro del departamento de Huancavelica, tal vez se podría lograr revertir con mayor intensidad el flagelo de la desnutrición crónica infantil que afecta significativamente a los niños de dicha región.

LINEAMIENTO 3:

RECOGER LA PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN QUE TIENEN LOS ACTORES INVOLUCRADOS ACERCA DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCAMELICA

La investigación realizada, nos permite concluir que los actores entrevistados tuvieron perfecto conocimiento acerca del Plan Nacional y de las actividades que comprendieron las estrategias previstas, y hubo un amplio consenso en el sentido de que las actividades y estrategias desplegadas a través del Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en Huancavelica, entre los años 2014 y 2016, fueron bien valorados por los actores, y sí contribuyeron con la reducción de la DCI en su jurisdicción. Este dato es muy relevante, porque demuestra que los beneficiarios valoran positivamente las acciones llevadas a cabo por el Estado para contribuir a la reducción de un flagelo que afecta a gran número de niños en todo el país.

Asimismo, las madres de familia entrevistadas en las diferentes ciudades y distritos en investigación, señalaron que el personal promotor de salud que les ofreció las capacitaciones sobre temas relativos al Plan Nacional, fueron claros y se entendieron bien los mensajes, además de haberlas tratado bien. Así por ejemplo se recoge de las respuestas a las encuestas aplicadas a madres en Chalampampa, quienes al preguntárseles: “El personal que la capacitó fue claro y lo entendió? Respondieron: “..*Sí, fue claro y lo entendí*” (Código MM13, madre de 22 años) ó “..*Bien, nos explicaron para lograr entender*” (Código MM14, madre de 30 años).

Esto, sin duda, nos permite concluir que el mensaje previsto en las actividades y estrategia fue adecuado, pero la percepción de su eficacia dependió del nivel de comunicación del promotor de salud asignado a su jurisdicción, pues en contraste a lo declarado por las madres de familia entrevistadas, el personal de salud declaró que “No todas las madres entendían los mensajes de las actividades y estrategias debido a que no prestaban total atención a las indicaciones que se les ofrecían”. Sin duda una distinta percepción de un mismo hecho, que se debe resaltar.

Según las respuestas de las madres de familia, hubo consenso en señalar que lo aprendido resultó de gran utilidad para la vida diaria de las familias y para la contribución a la reducción de la DCI. Es decir, **existe una alta valoración de las actividades realizadas por el personal de salud**, de acuerdo a la percepción de las madres de familia, lo cual es un buen síntoma para el logro de los resultados previstos en el *Plan Nacional*.

Las actividades que de acuerdo a la investigación, resultaron de mayor impacto para las madres de familia, y que ya desarrollamos en los párrafos precedentes, fueron las siguientes:

- **Despistaje de anemia / Tamizaje**
- **Prácticas de higiene: lavado bucal y lavado de manos**
- **Sesiones demostrativas de alimentación saludable**
- **Control de talla y peso (CRED)**

Por lo expuesto, se desprende que la población valoró positivamente las actividades y estrategias implementadas en el Plan materia de la presente investigación.

5.2. RECOMENDACIONES

LINEAMIENTO 1

ESTRATEGIAS APLICADAS A TRAVÉS DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCVELICA, QUE CONTRIBUYERON AL LOGRO DE SUS OBJETIVOS

El análisis de hallazgos y conclusiones, nos permite recomendar la incorporación de nuevos componentes al plan de estrategias y actividades, comenzando con **una mayor y estructurada difusión de las mismas**, de manera que se permita incorporar a un mayor número de madres de familia de zonas rurales y alejadas, que resultan ser las de mayor vulnerabilidad.

Para lograr una mejor contribución de las estrategias y actividades, es vital, reenfocar la elaboración de programas sociales *-desde la visión de la Gerencia Social-* que tiendan a combatir este flagelo de la desnutrición crónica infantil con mayor eficacia y participación de la población

Dentro de este concepto de optimización, se recomienda reestructurar las **sesiones demostrativas**, orientadas a mejorar el conocimiento nutricional de los alimentos, de manera fácil, sencilla, práctica y participativa, que logre impactar y modificar positivamente los hábitos de las madres de Huancavelica en cuanto a la preparación de platos para alimentación diaria de las familias, sin que ello signifique un mayor desembolso en dinero de sus precarias economías, sino por el contrario, que les permita replantear la combinación adecuada de elementos nutricionales y elaboración de platos nutritivos y sencillos, trabajados con productos oriundos de la zona y de bajo precio, a fin de lograr una mejor intervención y reducción de la DCI.

Consideramos que los factores de “CAPACITACIÓN” y “APRENDIZAJE”, sumados a experiencias de higiene y salubridad, podrían contribuir a una drástica y mayor reducción del problema de desnutrición crónica infantil.

A diferencia de diversos programas sociales, que se enfocan en “Donar alimentos”, **la capacitación y el aprendizaje son elementos PERMANENTES** que van a permitir a la población estar informada y gozar de herramientas que les permitan utilizar sus propios recursos alimenticios, adecuadamente.

Para ello, y recordando el “Cono del aprendizaje” de Edgar Dale ⁵⁴, podemos concluir que las personas tienden a recordar mucho mejor, aquello que constituye “*Actividad pura*” y que implica “*Hacer las cosas que se intenta aprender*”, versus el impacto que puede tener una simple lectura, o incluso ver una demostración (sin participar directamente en ella).

⁵⁴ ⁵⁴(www.ciber.wordpress.com consultada el 10 octubre del 2017)

El cono del aprendizaje de Edgar Dale



Fuente: www.ciber.wordpress.com consultada el 10 octubre del 2017

Atender el estado de salud nutricional de la niñez es invertir en el desarrollo humano y por lo tanto en el desarrollo del país, por ello es prioridad nacional y regional, y requiere de la participación de múltiples actores en su solución. Sin embargo, las evidencias muestran que a pesar de estar en la agenda nacional y regional, no siempre existe un correlato en las decisiones de inversión y presupuesto; por lo que la articulación de esfuerzos sectoriales es compleja, pero resulta necesaria para obtener resultados.

La investigación realizada nos demuestra que siendo la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país una política de Estado importante, los resultados de las actividades y estrategias previstas en el Plan Nacional, **sólo han logrado una reducción de 3,1% en la desnutrición crónica infantil a nivel de todo el país, habiendo pasado esta de 17,5% en el 2013 a 14,4% en el 2016, evidenciándose que no se llegó a cumplir con el objetivo general de lograr reducir la desnutrición crónica infantil al 10%, después de realizado el desarrollo de lo previsto en dicho Plan Nacional.**

Sin embargo, en Huancavelica, que es nuestra zona de investigación, sí se demuestra que el porcentaje de reducción de la desnutrición crónica infantil fue mayor que el porcentaje general registrado a nivel nacional,

habiendo pasado de 42,4% en el año 2013 a 34% en el año 2016, es decir, habiéndose reducido en 8,4% dentro del periodo de ejecución del Plan Nacional.

Este resultado, evidentemente, no corresponde únicamente a las actividades realizadas dentro del Plan Nacional en análisis, sino también a las actividades y estrategias de otros programas de alimentación y salud desplegados por otras organizaciones públicas y privadas en la zona de investigación.

Por ello, es recomendable continuar con la aplicación de estrategias y actividades, de manera permanente y sostenida, hasta lograr el impacto de ellas en el mayor número de familias y niños en las regiones más vulnerables, como la materia de la presente investigación.

LINEAMIENTOS 2 Y 3

POTENCIAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN y PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LOS PRINCIPALES ACTORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN HUANCVELICA y

Para lograr un mejor impacto en la participación de los principales actores y lograr un mejor resultado de las estrategias y actividades previstas en el Plan Nacional, se recomienda incidir en acciones puntuales que logren:

- **Continuidad**

Se hace indispensable y se recomienda dotar el “Plan de actividades” de un “Cronograma de intervenciones” claro y debidamente estructurado, que se cumpla formalmente, y en el que sean incorporados mayor número de hogares de familias ubicadas en zonas alejadas del casco urbano de cada distrito. Ello se podría lograr con la participación y colaboración de las Municipalidades distritales de las zonas de intervención.

Las actividades de las estrategias talleres, sesiones demostrativas, charlas, etc., **deben repetirse con mayor frecuencia** para garantizar que han sido debidamente entendidas y que son fáciles de aplicar. Se recomienda la realización de al menos una actividad trimestral en cada distrito y/o ciudad de aplicación del Plan Nacional.

- **Monitoreo**

Se recomienda establecer un “Sistema de monitoreo” que permita verificar la correcta ejecución y/o aplicación de las estrategias aprendidas, a través de “Visitas de verificación” de los promotores de salud a los hogares de las beneficiarias. Ello, resulta crucial, en la medida que es la única forma de verificar *in situ* la adecuada ejecución de prácticas y procedimientos enseñados y asegurar su utilidad.

Se recomienda implementar futuras “Convocatorias” para la realización de actividades previstas en el Plan Nacional, a través de los centros educativos de cada jurisdicción a donde los padres llevan necesariamente a sus niños, o a través de los propios centros de salud.

- **Comprobación de ejecución de estrategias**

Es necesario que se establezca un sistema de “Registro Oficia” por parte del personal de promotores de salud, los centros o redes de salud de cada región, a fin de garantizar el acervo documentario que **pruebe fehacientemente** el nivel de aplicación y verificación de las actividades comprendidas en las estrategias del *Plan Nacional*, a favor de la población, consignando los datos de las beneficiarias que participaron de las mismas, a fin de poder realizar el monitoreo correspondiente y verificación posterior

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE MEJORA:

La propuesta que decanta la investigación realizada, bajo el ámbito de la Gerencia Social, tiene por objetivo fortalecer el desarrollo de capacidades de la población, a fin de lograr un mayor índice de reducción de DCI.

OBJETIVO:

Fortalecer los mecanismos para la ejecución de estrategias de intervención, mejor articuladas y frecuentes, que beneficien el logro de los objetivos previstos en el *Plan Nacional*. Se trata de lograr un desarrollo de capacidades de las madres de familia a través del conocimiento del desarrollo de dietas balanceadas, con el uso de alimentos propios de su región.

ESTRATEGIA:

Los resultados de la investigación evidencian que el personal promotor de salud, que es el designado para llevar a cabo las estrategias y actividades previstas en el Plan, no ha cumplido con realizar las actividades en las fechas previstas y además, no ha logrado un elevado número de participantes/beneficiarios, como se esperaba. Ello denota una deficiente articulación de las actividades previstas y propuestas; y también de la difusión y convocatoria de las madres de familia a dichas sesiones.

Por otro lado, las madres de familia entrevistadas, al declarar que las actividades realizadas por los promotores de salud fueron buenas pero insuficientes, y la información estadística final, nos permiten demostrar que luego de aplicar las estrategias y actividades previstas en el *Plan Nacional* se logró reducir un 8,4% la desnutrición crónica infantil entre los años 2014-2016 en Huancavelica, a diferencia del menor porcentaje logrado a nivel nacional, lo cual significa que la estrategia **si funcionó**, a pesar de sus limitaciones y dificultades; pero **que podría funcionar aún mejor**, con las sugerencias y mejoras que pudieran adoptarse para tal fin.

Asimismo, resulta interesante notar que las estrategias que fueron mejor recibidas y puestas en ejecución por los beneficiarios, fueron aquellas referidas a los aspectos de “Prácticas” de higiene personal, versus aquellas relacionadas a la preparación de alimentación nutritiva, balanceada y saludable.

Por lo mencionado, se proponen las siguientes estrategias para promover aún más el logro de los objetivos previstos en el *Plan Nacional* Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica, de la siguiente manera:

1. Institucionalizar los espacios de concertación y difusión de las actividades y estrategias del *Plan* en distritos de menor acceso de la población a fin de universalizar las practicas previstas. La coordinación directa con las Redes de Salud y los centros de educación inicial de cada jurisdicción, donde interactúan directamente los niños y niñas, beneficiarios del *Plan Nacional*.
2. Re-estructurar las sesiones de demostración y talleres de consejería nutricional y alimenticia, reformulándolos para ser desarrollados con un lenguaje muy sencillo, en forma práctica y participativa, a través del uso de insumos y alimentos propios de la localidad, priorizando aquellos de más fácil acceso para la canasta familiar de cada uno de ellos.

PLAN PROPUESTO:

Propiciar un nuevo “PLAN DE CAPACITACION NUTRICIONAL” con componente de interculturalidad, principalmente de aplicación a hogares ubicados en zonas rurales del departamento de Huancavelica, enfocados en niños menores de cinco años, de acuerdo a los objetivos de la investigación, que sea impulsado por los Centros de Salud de las diferentes jurisdicciones.

El Plan en mención, deberá centrar su atención objetivamente, en la capacitación de las madres de familia en **temas de nutrición, conocimiento e identificación de los regímenes calóricos de los productos alimenticios de su región y la alimentación de su familia**

y salubridad, a fin de contribuir con la reducción del índice de desnutrición crónica infantil expuesta.

Estrategia 1:

El PLAN DE CAPACITACION NUTRICIONAL se presentará como un plan articulado orientado en base a la política social alimentaria peruana, gozando de marcos generales en los documentos legales nacionales e internacionales.

Estrategia 2

Los equipos de trabajo, deberán ser conformados por miembros de los Centros de Salud a través de promotores previamente seleccionados, quienes ejecutarán sus acciones de manera descentralizada en cada una de las jurisdicciones y/o distritos rurales. Los promotores de salud serán seleccionados para dar inicio al mismo, y capacitados en forma permanente, serán conocedores no solo de la idiosincrasia andina –por ser de la zona donde se iniciará la aplicación del programa- a fin de lograr la colaboración e inserción de dicha población sin interferir en su cultura y cosmovisión.

Estrategia 3

Los espacios de trabajo deberán ser los existentes en los Centros de Salud, en cada una de las comunidades seleccionadas, principalmente en las áreas rurales; Ello, permitirá movilizar a las familias dentro de la comunidad y al resto de actores sociales a fin de diseñar los módulos de capacitación que correspondan en los campos de la nutrición y salubridad infantil, los cuales se difundirán a través de sesiones demostrativas y talleres presenciales, haciendo uso de insumos locales de bajo costo y alto valor nutritivo.

Estrategia 4

Se ejecutarán estrategias de capacitación, a través de **talleres presenciales**, (consistentes en módulos de capacitación diseñados especialmente) a favor de diferentes grupos objeto de intervención: madres de niños menores de cinco años, incorporando inclusive a adolescentes embarazadas y mujeres

en edad reproductiva. El proceso de aprendizaje estará basado en el desarrollo de capacidades que permitan a las familias mejorar las condiciones nutricionales y de salubridad en sus propios hogares, *con los recursos que dispongan en su comunidad*

En estos talleres, que ejecutarán las acciones previstas en el PLAN DE CAPACITACION NUTRICIONAL, se priorizaran los siguientes componentes:

- a. **Componente educativo-nutricional:** Orientado a la mejora de las prácticas de nutrición, salud e higiene a nivel del hogar, por intermedio de capacitaciones conducidas por capacitadores especializados.
- b. **Componente de fortalecimiento de capacidades:** Con la finalidad de fortalecer a las familias y la comunidad e incrementar su participación en los programas nutricionales: Fortalecer las acciones de prevención, a través de programas de información alimentario-nutricional, cuidado infantil, manipulación y conservación de alimentos, focalizado en los grupos más vulnerables.
- c. **Modificación del comportamiento de las familias,** teniendo como eje central el desarrollo de habilidades y destrezas partiendo de su propia realidad, intereses y necesidades.

Anexos:

Variables e indicadores

Preguntas Específicas	Variables	Indicadores
¿Las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica, contribuyeron al logro de sus objetivos?.	CONTRIBUCIÓN De las estrategias aplicadas en el <i>Plan</i>	-Tipo de estrategias que aplicó el Estado para contribuir al logro de los objetivos -Perfil de las personas que aplicaron las estrategias -Frecuencia con las que se desarrollaron las actividades -Tipo de usuarios a los que se dirigieron las estrategias -Grado de efectividad de estrategias aplicadas
¿Cuál fue el nivel de participación de los principales actores en la implementación del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica?.	PARTICIPACIÓN De los actores principales en el <i>Plan</i>	-Principales ejecutores y usuarios en la implementación del <i>Plan Nacional</i> . -Testimonio de los actores -Porcentaje de participación de los actores en talleres y actividades previstas en el <i>Plan</i>
¿Cuál es la percepción y valoración que tienen los actores involucrados acerca del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica?	PERCEPCIÓN de los actores involucrados sobre el <i>Plan</i>	-Opinión de los actores: Ejecutores y beneficiarios -Tipo de información que manejaron acerca del <i>Plan Nacional</i> -Grado de aceptación del <i>Plan Nacional</i>

GUIA DE ENTREVISTA

PROFESORAS CENTRO EDUCACION INICIAL

VARIABLE: CONTRIBUCIÓN

¿Las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica, contribuyeron al logro de sus objetivos?

1. **Estuvo usted informada de la ejecución del “Plan Nacional para la Desnutrición Crónica Infantil y Prevención de la Anemia 2014-2016”, aplicado en Huancavelica a través de diversas estrategias y actividades?**

a) Sí ()

b) No ()

2. **¿Cuáles fueron las actividades aplicadas a través del Plan Nacional en Huancavelica?**

.....
.....

3. **¿Contribuyeron las actividades ejecutadas a la reducción de la desnutrición crónica infantil de sus niños?, ¿Por qué?**

.....
.....

4. **De todas las actividades ejecutadas ¿Cuáles cree que tuvieron mayor relevancia? ¿Por qué?**

.....
.....

VARIABLE: PARTICIPACIÓN

¿Cuál fue el nivel de participación de los principales actores en la implementación del Plan Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Huancavelica?

5. **¿Quiénes intervinieron en el desarrollo de esas actividades ejecutadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil de sus niños?**

.....

6. **¿Usted fue capacitada por el personal del centro de salud?**

.....

7. **¿Cuáles de las siguientes actividades fueron realizadas en el CEI?**

a). Sesiones demostrativas ()

b). Talleres ()

c). Consejerías ()

d). Visitas a las casas ()

e). Otras (cuáles?).....

7. A) ¿Quiénes aplicaron las estrategias?

.....
.....

.B) ¿Cuáles fueron las más efectivas?

.....

8. Las madres de familia participaron de las actividades del Plan?

SI...()

¿Por qué?.....

NO. ()

¿Por qué no participaron?

.....
.....

9. ¿En qué actividades participaron?

.....
.....

10. ¿Recuerda cómo fue su participación?

.....
.....

11. ¿Cómo se les invitó o convocó?

.....
.....

12. Las madres reciben multinutrientes en el CEI? Cuantas veces al día?

.....
.....

13. Se realizan actividades de control y seguimiento de salud y crecimiento de niños en el CEI?

SI

NO

14. ¿En qué consiste el control y seguimiento que se hace?

.....
.....

15. ¿Quiénes hacen el seguimiento?

.....

16. ¿Con qué frecuencia hacen el seguimiento?

.....

...

VARIABLE: VALORACIÓN

¿Cuál es la percepción y valoración que tienen los actores involucrados acerca del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica?

17. ¿Qué opina de las actividades que se realizan a través del Plan Nacional?

.....
.....

18. ¿Cuáles cree que son las estrategias o acciones del Plan que han sido más efectivas?

.....
.....

19. ¿Qué o cuáles actividades cree que no funcionaron bien?. ¿Por qué?

.....
.....

20. ¿Las madres de familia que capacitó entendieron los mensajes de las actividades y estrategias?

¿Cómo lo corrobora o cómo lo comprueba?

.....
.....

21. Las actividades que se ejecutaron en el CEI fueron útiles para la vida diaria de los beneficiarios?

.....
.....

22. ¿Verificaron la aplicación correcta de las prácticas enseñadas? Cómo?

.....
.....
.....
.....

23. ¿Qué acciones cree usted que se deberían de realizar con mayor frecuencia?

.....
.....

24. ¿Qué acciones no son tan importantes para usted?

.....

Porque cree Ud. Que es tan difícil reducir la DCI en Huancavelica a diferencia de otras regiones cercanas/vecinas? A su juicio, ¿Qué falta hacer?.....

.....
.....

CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DEL CEI

NOMBRES Y APELLIDOS	
DNI	
DIRECCION	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
GRADO DE ESTUDIOS CONCLUIDO	
CENTRO DE TRABAJO Y CARGO	



GUIA DE ENTREVISTA

MADRES DE FAMILIA DEL NIÑO

VARIABLE: CONTRIBUCIÓN

¿Las estrategias aplicadas a través del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica, contribuyeron al logro de sus objetivos?

25. ¿Estuvo usted informada de la ejecución del “Plan Nacional para la Desnutrición Crónica Infantil y prevención de la Anemia 2014-2016”, aplicado en Huancavelica a través de diversas estrategias y actividades?

- Si
- No

26. ¿Cuáles fueron las actividades aplicadas a través del Plan Nacional en Huancavelica?

.....
.....

27. ¿De todas las actividades realizadas cuáles cree que son las más importantes?

.....
.....

28. ¿Contribuyeron las actividades ejecutadas en la reducción de la desnutrición crónica infantil de sus niños? Por qué?

.....
.....
.....

VARIABLE: PARTICIPACIÓN

¿Cuál fue el nivel de participación de los principales actores en la implementación del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica?

29. ¿Quiénes participaron en la aplicación de las estrategias o acciones desarrolladas?

.....
.....

30. ¿Cómo se aplicaron las estrategias o acciones desarrolladas? Usted participó de ellas?

.....
.....

31. ¿Dónde fue informada de las actividades realizadas?

- Centro Educación Inicial
- Centro de Salud
- En su casa

32. ¿Recibió usted información o algún tipo de capacitación sobre:

- Uso multimicronutrientes
- Prácticas correctas de lavado de manos
- Técnicas de lactancia adecuadas y efectivas
- Consejos nutricionales para sus hijos y familia

33. ¿En qué actividades participó usted?

- Charlas
- Talleres
- Ejercicios de aprendizaje
- Juegos

34. ¿Cuál o cuáles le pareció más interesante?

35. ¿Cuántas veces participó en las actividades programadas?

36. ¿Recibió usted material impreso? Qué tipo de material?

37. ¿Ha implementado con su hijo alguna estrategia aprendida? Cuál?

38. ¿Después de la capacitación recibida usted se lava las manos antes de preparar los alimentos de sus hijos?

39. ¿Su hijo participa de las actividades de control de salud y crecimiento en su CEI?

40. ¿Su hijo recibe dosis de multimicronutrientes en su CEI?

VARIABLE: VALORACIÓN

¿Cuál es la percepción y valoración que tienen los actores involucrados acerca del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica?

41. El personal que la capacitó ¿fue claro y lo entendió?

42. ¿Cómo fue el trato de las personas que se encargan de realizar las diferentes actividades?

43. ¿Qué opina usted de las acciones que se realizan a través del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil? Son útiles?

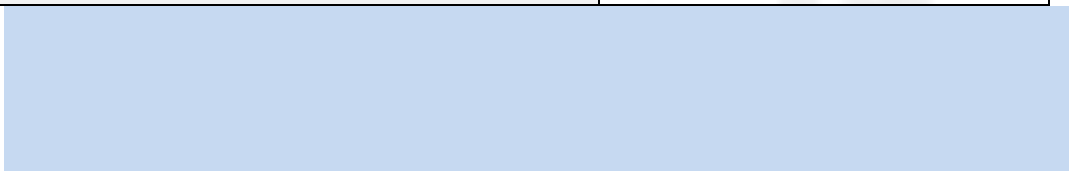
44. ¿Qué acciones cree usted que se deberían de realizar con mayor frecuencia?

45. ¿Qué acciones No son tan importantes para usted?

Porque cree Ud. Que es tan difícil reducir la DCI en Huancavelica a diferencia de otras regiones cercanas/vecinas?

CUESTIONARIO: MADRE DE FAMILIA

NOMBRES Y APELLIDOS	
DNI	
DIRECCION	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
GRADO DE ESTUDIOS CONCLUIDO	
TRABAJA / EN QUE	
NUMERO DE HIJOS	
EDADES DE LOS HIJOS	
EDAD A LA QUE TUVO EL PRIMER HIJO	
TIENE SEGURO SALUD?	
LLEVA A SU HIJO A CONTROL MEDICO	
SU VIVIENDA TIENE:	
AGUA
LUZ
DESAGUE



GUIA DE ENTREVISTA

PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

VARIABLE: CONTRIBUCIÓN

¿Las estrategias aplicadas a través del *Plan Nacional* de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica, contribuyeron al logro de sus objetivos?

46. ¿Participó usted de la alguna de las estrategias o actividades previstas en el “Plan Nacional para la Desnutrición Crónica Infantil y Prevención de la Anemia 2014-2016”, aplicado en Huancavelica?

Sí No

47. ¿Cuáles fueron las actividades aplicadas a través del *Plan Nacional* en Huancavelica? Cuáles cree Ud. Que fueron las más efectivas y porque?

.....
.....
.....

3. Cuáles de las siguientes actividades fueron realizadas?

- a). Sesiones demostrativas
- b). Talleres
- c). Consejerías
- d). Visitas a las casas
- e). Otras (cuáles?)

4. ¿ Donde aplicaron las estrategias?

- a). Centro de educación Inicial
- b). Centro de Salud
- c). Casas

5. Quienes aplicaron las estrategias?

.....
.....

6. Contribuyeron las actividades ejecutadas a la reducción de la desnutrición crónica infantil de sus niños? Por qué?

.....

VARIABLE: PARTICIPACIÓN

¿Cuál fue el nivel de participación de los principales actores en la implementación del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica?

7. ¿Todas las actividades planificadas se realizaban en las fechas programadas?

.....

8. ¿Quiénes participaban?

.....

9. ¿El número de personas que participaban de las actividades planificadas, era el número esperado?

.....

10. Las madres de familia participaron de las actividades del Plan?

SI.....

NO. ¿Por qué no participaron?

.....

.....



11. ¿Cómo se las convocó?

.....
.....

12. ¿Dónde fueron realizadas las actividades previstas?

- Centro Educación Inicial
- Centro de Salud
- En las casas de los beneficiarios

13. ¿Ofreció usted información o realizó algún tipo de capacitación sobre:

- Uso multimicronutrientes
- Prácticas correctas de lavado de manos
- Técnicas de lactancia adecuadas y efectivas
- Consejos nutricionales para sus hijos y familia

14. ¿Las madres reciben multinutrientes y se los dan a sus niños? Cuantas veces al día?

.....
.....

15. ¿Entregó usted material impreso? Qué tipo de material?

.....
.....

16. ¿Participa usted de las actividades de control y seguimiento de salud y crecimiento de niños en el CEI?

.....

17. ¿Se reparte multimicronutrientes en el CEI de su jurisdicción?

.....

VARIABLE: VALORACIÓN

¿Cuál es la percepción y valoración que tienen los actores involucrados acerca del Plan Nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil en Huancavelica?

18. Las madres de familia que capacitó entendieron los mensajes de las actividades y estrategias?

.....
.....

19. Las actividades que ejecutó fueron útiles para la vida diaria de los beneficiarios?

.....
.....

20. ¿Verificaron la aplicación correcta de las prácticas enseñadas? Cómo?

.....

21. ¿Qué acciones cree usted que se deberían de realizar con mayor frecuencia?

.....

22. ¿Qué acciones No son tan importantes para usted?

.....

23. Porque cree Ud. Que es tan difícil reducir la DCI en Huancavelica a diferencia de otras regiones cercanas/vecinas?.....

CUESTIONARIO: PERSONAL DEL CENTRO SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS	
DNI	
DIRECCION	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
GRADO DE ESTUDIOS CONCLUIDO	
CENTRO DE TRABAJO Y CARGO	



MADRES ENTREVISTADAS

MADRE - Código de registro	EDAD	GRADO instrucción
MM1	30	Superior
MM2	27	Superior completa
MM3	34	Superior no universitaria
MM4	38	Secundaria completa
MM5	39	Secundaria incompleta
MM6	25	Superior
MM7	25	Superior no universitaria
MM8	37	Superior no universitaria
MM9	33	Superior
MM10	30	Superior
MM11	22	Secundaria
MM12	28	Secundaria completa
MM13	22	Primaria completa
MM14	30	Primaria completa
MM15	37	Primaria
MM16	22	Superior no universitaria
MM17	44	Sin estudios
MM18	38	Primaria
MM19	25	Secundaria completa
MM20	40	Secundaria completa
MM21	21	Secundaria completa
MM22	41	Primaria completa
MM23	29	Secundaria incompleta
MM24	44	Superior completa
MM25	34	Secundaria completa
MM26	56	Secundaria completa
MM27	28	Primaria completa
MM28	26	Superior técnica
MM29	44	Secundaria completa
MM30	26	Secundaria completa

PROFESORAS ENTREVISTADAS

PROFESORA - <i>Código de registro</i>	EDAD	GRADO instrucción
PF1	43	Licenciada en Educacion
PF2	33	Licenciada en Educacion
PF3	47	Licenciada en Educacion
PF4	43	Superior
PF5	37	Licenciada en Educacion
PF6	43	Superior completa Titulada
PF7	29	Superior
PF8	51	Profesora Inicial
PF9	39	Superior

PERSONAL DE SALUD ENTREVISTADO

PROFESIONAL - <i>Código de registro</i>	EDAD	GRADO instrucción
PS1	37	Superior
PS2	25	Superior
PS3	31	Superior

ANEXOS FOTOGRAFICOS

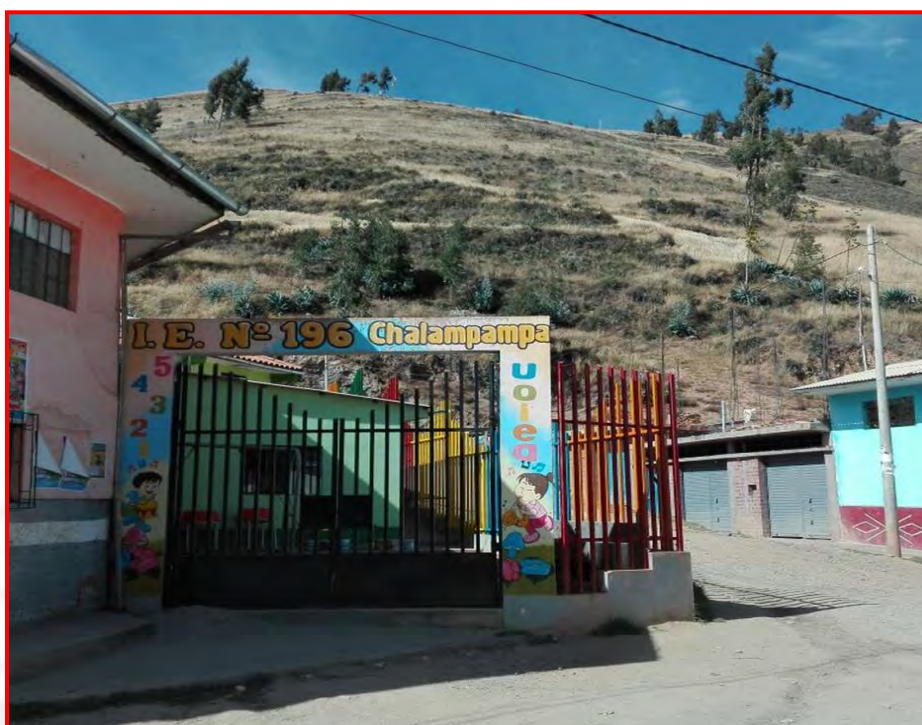
Fotografía N°1. CUNA-JARDIN No. 207 “Godofredo Arce Mavilla”
Jr. San Martín s/n.districto Pampas, provincia Tayacaja.
RegiónHuancavelica

Directora: Licenciada Gladys Guerreros Lopez



Fotografía N°2. INSTITUCIÓN EDUCATIVA No. 196
Jr. Moore s/n, Barrio de Chalampampa, distrito de Pampas, provincia de
Tayacaja, Huancavelica

Directora: Licenciada Martha de La Torre Quispe



Fotografía N°3 INSTITUCIÓN EDUCATIVA No. 224

Calle Leoncio Prado s/n, Distrito Ahuaycha, provincia de Tayacaja, Huancavelica

Directora: Licenciada Jenny Luz Cordova Quispe



Fotografía N°4 -RED DE SALUD DE TAYACAJA

Jr. Mariscal Caceres s/n, Pampas, Tayacaja, Huancavelica

Entidad que maneja la coordinacion con todos los Centros de Salud y puestos de salud de la Provincia de Tayacaja, Huancavelica

Profesionales:

- Licenciada Diana Romero Ramos – Coordinadora PAN (Programa articulado Nutricional)
- Licenciada Pamela Muñoz Herquinigo – Responsable ESANS (Estrategia sanitaria de alimentacion y nutricion saludable)
- Licenciada Julisa Cordova Robles – Responsable ESNI (Estrategia sanitaria nacional de inmunizacion)



BIBLIOGRAFÍA

ACUERDO NACIONAL. *15ª Política de Estado: Seguridad Alimentaria*. 2004

ALCAZAR, Lorena.
2004 Reforma Educativa, GRADE, CIPE, El Comercio, Instituto Apoyo, Lima.

ALDERMAN, Harold y otros
2006 Oxford Economic Papers, Vol. 58, No. 3. "Longterm Consequences of early childhood malnutrition". 2006
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=916871
(Consultada el 17 de julio 2017)

ARENAS-MONREAL, Luz y otros.
1999 Revista Saude Publica vol. 33 N° 2, Sao Paulo – "Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México". Abril 1999
<http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol7n3/7-3-6.pdf>.
(Consultada el 18 noviembre 2008)

AROCENA CANAZAS V.
2010 *Factores asociados a la Desnutrición crónica Infantil en el Comparación de factores asociados a la desnutrición crónica en niños peruanos de 6 a 23 meses de las 3 regiones naturales - Análisis secundario del Monitoreo de Indicadores Nutricionales*. Lima, 2010.

BANCO MUNDIAL.
2006 *Tendencias del desarrollo: revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo – Estrategia para una intervención en gran escala*". Programa General Banco Mundial. Primera edición, Washington, D.C. EE.UU.

BELLAMY, Carol.
2002 "Tiempo para sembrar: Cuidado del niño en la primera infancia". El Progreso de las Naciones 2000.

BELTRAN, Arlette y otros.
2009 *Armando un rompecabezas pro-pobre para el Perú del 2015. Informe final del diseño de modelos de predicción de cumplimiento*

de objetivos del milenio, el caso Peruano. Universidad del Pacifico. Lima.

CEPAL Y ORGANISMOS DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS.

2005 *Objetivos de desarrollo del Milenio: Una mirada desde America y el Caribe.*

CHACÓN GONZALES, Marilú y otros.

2010 *Fortalecimiento de la organización para disminuir la desnutrición Infantil en el distrito de Salas – Grupo 7 –Diplomado.* Proyecto de Fortalecimiento de capacidades de Gestión por resultados en Arequipa, Cusco, Lambayeque y Piura. Chiclayo.

COUNCIL OF EUROPE

2008 Consejo de Europa – 118° Sesión Ministerial. *LIBRO BLANCO sobre el dialogo intercultural: “Vivir juntos con igual dignidad”.* 7 mayo 2008. Estrasburgo.
https://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_SpanishVersion.pdf
(Consultado el 20 julio 2017)

CORTEZ, Rafael.

2002 *La nutrición de los niños en edad pre-escolar”.* Centro de Investigación de la Universidad del Pacifico. Lima, 2002.

CPI Compañía peruana de estudios de mercado y opinión publica S.A.C.. Agosto

2016 *Market Report.*

DIRECCIÓN GENERAL PARLAMENTARIA, Oficina de Gestión de la Información y Estadística.

2016 *Carpeta Georeferencial Región Huancavelica Perú.*

ECHEVARRIA, Rubén G.

2000 *Opciones para reducir la pobreza rural en América Latina y el Caribe.* Revista CEPAL 70.

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2015. Perú

2013 FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura)
2013 *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: “Hambre en América Latina y el Caribe, acercándose a los objetivos del Milenio”*

- FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO: PNUD.
2013 *Informe sobre Desarrollo Humano 2013 Perú.*
- FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO: PNUD.
2005 *Informe sobre Desarrollo Humano 2005. Perú*
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA UNICEFF
2002 *Estado mundial de la Infancia.* Nueva York, NY 10017, US. 2002.
- FRANCISCOVIC, Jubitza.
2007 *La desnutrición infantil.*
<http://aeperu.bolqspot.com/2007/10/desnutricion.infantil.html>.
Consultada el 19 Noviembre 2008
- FRANCKE, Pedro.
2003 *Informe sobre programas sociales en el Perú.* MIMDES. Lima 200
- GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA-GERENCIA REGIONAL DE
DESARROLLO SOCIAL / DIRECCION REGIONAL DE
EDUCACION DE HUANCVELICA.
2006 *Proyecto Educativo Regional de Huancavelica.*
- GIUGALE, Marcelo M. Síntesis
La oportunidad de un país diferente: próspero, equitativo y gobernable.
- GOMES-NETO, Joao Batista, Eric A. Hanushek, Raimundo Helio Leite y Roberto
Claudio Frota-Becerra.
1997 *Salud y educación: la evidencia y las implicaciones políticas para
los países en desarrollo.* Economics of Education Review.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL PERÚ
2009 *Perú: Estimaciones y proyecciones de población por
departamento, sexo y grupos quinquenales de edad 1995-2025.*
Boletín de Análisis demográfico No. 37. Lima
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA DEL PERÚ.
2007 *Perú: Perfil de la pobreza por departamentos 2005-2007.* Lima.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA DEL PERÚ.
2004-2016 *Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES 2004-
2016.* Lima.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA DEL PERÚ.
2016 *Síntesis Estadística 2016.* Lima.

- INSTITUTO CUANTO-CONSORCIO MAXIMICE.
2003 *Evaluación del impacto de programa de complementación alimentaria para grupos de mayor riesgo.* Instituto Nacional de Salud. Lima, 2003.
- JONSSON, U.
1993 *Conceptual Framework of the Determinants of Nutritional Status.* UNICEF Policy Review, New York 1993.
- MARTINEZ, Rodrigo y otros.
2006 *Modelo de análisis de impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina*". CEPAL-PMA. Naciones Unidas. Santiago de Chile, Diciembre 2006.
- MINISTERIO DE PROMOCION DE LA MUJER Y DESARROLLO HUMANO.
2008 *Mejorando tu vida: Plan Estratégico MIMDES 2008-2011. Lineamiento estratégico de Política Social.* Lima, Junio 2008.
- MINISTERIO DE PROMOCION DE LA MUJER Y DESARROLLO HUMANO.
2002 *Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia (PNAIA) 2002-2010.* Lima.
- MINISTERIO 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.
- ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS. ONU.
1989 Convención sobre los Derechos del Niño
- PARRILLA RODRIGUEZ, Ana M., José J. Peralta.
1999 *Investigación en lactancia: la lactancia materna en Puerto Rico, patrones tradicionales, tendencias nacionales y estrategias para el futuro.* PRHSJ Vol. IR, Ne 3, Puerto Rico.
- PELLETIER, D.L. y E.A. FRONGILLO.
2002 *Cambios en la supervivencia infantil 2002 están fuertemente asociados con cambios en la malnutrición en los países en desarrollo.* Washington DC: FANTA.
- PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS PMA-NACIONES UNIDAS. "Proyecto
2005 *Piloto integral Educativo nutricional en Huancavelica*". Lima, 2005-2006.

- PRONASAR.
2003 *Estudio de base para la implementación de proyectos de agua y saneamiento en el área rural.* Lima.
- SEGURA J.L, MONTES C., PRISMA ONGD. y otros
2002 *Pobreza y desnutrición infantil.* Primera edición: Editorial Superagráfico EIRL. Perú, Septiembre.
- SMITH L. HADDAD L.
2000 *Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices.* International Food Policy Research Institute; Washington, USA.
- THE GERALD J. AND DOROTHY FRIEDMAN SCHOOL OF NUTRITION SCIENCE AND POLICY AT TUFTS UNIVERSITY.
2001 *Reducción de la desnutrición crónica en el Perú: propuesta para una estrategia nacional.* USA.
- THE LANCET
2008 *Maternal and child undernutrition.* Publicado el 16 enero 2008 <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>, consultado el 16 julio 2017
- THOMPSON CHAGOY, Oscar C.
2000 *Artículo especial: la desnutrición infantil como un problema de salud.* Vol. 3, No. 1.
- UNICEF
2001 NACIONES UNIDAS. Informe del secretario general de las Naciones Unidas: "Nosotros, los niños y las niñas: cumplir las promesas de la Cumbre Mundial a favor de la infancia". Setiembre
- VALDIVIA, Martin.
2007 *Los programas de planificación familiar y la salud del binomio madre-niño en el Perú.* GRADE, Lima.
- VASQUEZ, Enrique.
2000 *La inversión social para un buen gobierno en el Perú*". Editorial Universidad del Pacífico. Lima.
- VÁSQUEZ HUAMÁN, ENRIQUE
2013 *Las políticas y programas sociales del gobierno de Ollanta Humala desde la perspectiva de la pobreza multidimensional 2013.* Centro de investigación de la Universidad del Pacífico. Lima. Perú.

<http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD1Vasquez.pdf>

Consultada el 13 julio 2017

VILLARAN, Fernando; PALACIOS, Javier.
2005 “*Desarrollo Social*”. CONFEDERACION NACIONAL DE
INSTITUCIONES EMPRESARIALES PRIVADAS: CONFIEP.
www.confiep.org.pe/facipub/upload/.../1/.../desarrollo_social_fernando_villaran.doc

Consultada el 14 julio 2017

