



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO**

ESCUELA DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN ECONOMIA MENCIÓN GESTIÓN PÚBLICA Y
DESARROLLO REGIONAL**

**RECURSOS, IMPACTOS, ESTRATEGIAS Y RESULTADOS DEL
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL EN
LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS, EN LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD
APURIMAC PERÍODO 2015-2018.**

**TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
ECONOMÍA MENCIÓN GESTIÓN PÚBLICA Y DESARROLLO
REGIONAL**

AUTOR:

Br. LILLIE, VELASQUEZ OROSCO

ASESOR:

Dr. CARLOS ARTURO, DÁVILA ROJAS

**CUSCO – PERÚ
2022**

DEDICATORIA

A mi Madre que estuvo siempre brindándome su mano amiga dándome a cada instante su aliento, a mi padre por ser un ejemplo de perseverancia y a mi familia, por darme cada día fuerzas y ánimos para seguir adelante, quienes me acompañaron en todo momento y fueron un soporte muy importante en el cumplimiento de esta meta.

La autora.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Carlos Arturo Dávila Rojas, asesor; por su apoyo constante e incondicional, quien al asesorarme lo hizo con dedicación y paciencia; fue mi guía durante el desarrollo de mi tesis.

A todas las personas que se involucraron en el desarrollo de esta tesis, fueron un gran soporte y ayuda.

PRESENTACIÓN

Señor Director de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Señores Miembros del Jurado:

En concordancia al reglamento de grados de la escuela de posgrado y con la finalidad de optar el grado académico de Maestro en Economía Mención en Gestión Pública y Desarrollo Regional; pongo a consideración del jurado el presente trabajo de investigación titulado: “Recursos, impactos, estrategias y resultados del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac período 2015-2018”.

Esta tesis de investigación es el resultado de mi preocupación e interés por la población infantil de la región Apurímac, este trabajo pretende visibilizar resultados de las estrategias utilizadas, avances o retrocesos del Programa Articulado Nutricional como política pública a favor del desarrollo integral de la salud de los niños y niñas menores de 5 años.

La autora.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| CAPITULO I | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA..... | 3 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 5 |
| 1.2.1. Problema General..... | 5 |
| 1.2.2. Problemas Específicos | 5 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 6 |
| 1.3.1. Justificación teórica | 6 |
| 1.3.2. Justificación metodológica | 7 |
| 1.3.3. Justificación social | 7 |
| 1.3.4. Justificación personal | 7 |
| 1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 8 |
| 1.4.1. Objetivo general..... | 8 |
| 1.4.2. Objetivos específicos..... | 8 |
| CAPITULO II | 9 |
| MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL | 9 |
| 2.1. BASES TEÓRICAS..... | 9 |
| 2.1.1. Desnutrición crónica Infantil..... | 9 |
| 2.1.2. Políticas Públicas en Salud Infantil | 11 |
| 2.1.3. Políticas Sociales en Alimentación Infantil..... | 19 |
| 2.1.4. Desarrollo Humano..... | 22 |
| 2.1.5. Programa Presupuestal Articulado Nutricional | 24 |

| | |
|--|----|
| 2.1.6. Impacto social..... | 27 |
| 2.1.7. Presupuesto por resultados (PPR)..... | 28 |
| 2.2. MARCO CONCEPTUAL..... | 29 |
| 2.2.1. Desnutrición crónica infantil..... | 29 |
| 2.2.2. Bajo peso al nacer..... | 29 |
| 2.2.3. Anemia..... | 29 |
| 2.2.5. Enfermedades diarreicas agudas (EDAs)..... | 29 |
| 2.2.6. Infecciones respiratorias agudas (IRAs)..... | 30 |
| 2.2.7. Programa Articulado Nutricional..... | 30 |
| 2.2.8. Programa presupuestal..... | 30 |
| 2.3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 31 |
| 2.3.1. Antecedentes internacionales..... | 31 |
| 2.3.2. Antecedentes nacionales..... | 33 |
| 2.3.3. Antecedentes regionales o locales..... | 37 |
| CAPITULO III..... | 38 |
| HIPÓTESIS Y VARIABLES..... | 38 |
| 3.1. HIPÓTESIS..... | 38 |
| 3.1.1 Hipótesis general..... | 38 |
| 3.1.2 Hipótesis específicas..... | 38 |
| 3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES..... | 38 |
| 3.2.1 Variables..... | 39 |
| 3.3.2. Operacionalización de variables..... | 41 |
| CAPITULO IV..... | 44 |

| | |
|---|----|
| METODOLOGÍA | 44 |
| 4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica | 44 |
| 4.2. Tipo y nivel de investigación | 44 |
| 4.3. Unidad de análisis..... | 46 |
| 4.4. Población de estudio..... | 46 |
| 4.5. Tamaño de muestra..... | 47 |
| 4.6. Técnicas de selección de muestra..... | 47 |
| 4.7. Técnicas de recolección de información | 47 |
| 4.8 Técnicas de análisis e interpretación de la información..... | 48 |
| 4.9 Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas | 49 |
| CAPITULO V..... | 49 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 49 |
| 5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados..... | 49 |
| 5.2. Presentación de resultados | 79 |
| CONCLUSIONES | 81 |
| RECOMENDACIONES | 83 |
| BIBLIOGRAFIA | 85 |
| ANEXOS | 93 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 01 VARIACIÓN PORCENTUAL DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS, PERÍODO 2015 – 2018..... | 50 |
| GRÁFICO 02 PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS, PERÍODO 2015 – 2018..... | 51 |
| GRÁFICO 03 VARIACIÓN PORCENTUAL DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER, PERÍODO 2015 – 2018..... | 52 |
| GRÁFICO 04 PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER, PERÍODO 2015 – 2018 | 53 |
| GRÁFICO 05 VARIACIÓN PORCENTUAL DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 – 2018. | 54 |
| GRÁFICO 06 PORCENTAJE DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 -2018..... | 55 |
| GRÁFICO 07 VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PERÍODO 2015 -2018..... | 56 |
| GRÁFICO 08 PORCENTAJE DE MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PERÍODO 2015 -2018..... | 57 |
| GRÁFICO 09 VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 -2018..... | 58 |
| GRÁFICO 10 PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 -2018..... | 59 |
| GRÁFICO 11 VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA, PERÍODO 2015 -2018..... | 60 |
| GRÁFICO 12 PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA, PERÍODO 2015 -2018. | 61 |

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 13 VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON IRAs, PERÍODO 2015 -2018..... | 62 |
| GRÁFICO 14 PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON IRAs, PERÍODO 2015 -2018. | 63 |
| GRÁFICO 15 VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON EDAs, PERÍODO 2015 -2018. | 64 |
| GRÁFICO 16 PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON EDAs, PERÍODO 2015 -2018. | 65 |
| GRÁFICO 17 VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES CON VACUNAS COMPLETAS, PERÍODO 2015 -2018. | 66 |
| GRÁFICO 18 PORCENTAJE DE MENORES CON VACUNAS COMPLETAS, PERÍODO 2015 -2018. | 67 |
| GRÁFICO 19 VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO, PERÍODO 2015 -2018. | 68 |
| GRÁFICO 20 PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO, PERÍODO 2015 -2018..... | 69 |
| GRÁFICO 21 VARIACIÓN PORCENTUAL DE HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA, PERÍODO 2015 -2018..... | 70 |
| GRÁFICO 22 PORCENTAJE DE HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA, PERÍODO 2015 -2018..... | 71 |
| GRÁFICO 23 VARIACIÓN PORCENTUAL DE HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO, PERÍODO 2015 -2018..... | 72 |
| GRÁFICO 24 PORCENTAJE DE HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO, PERÍODO 2015 -2018. | 72 |

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 25 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, PERÍODO 2015 - 2018..... | 73 |
| GRÁFICO 26 VARIACIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL, PERÍODO 2015 - 2018. | 74 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 01 SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL..... | 16 |
| FIGURA 02 MODALIDADES DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN POBREZA Y VULNERABLE | 22 |
| FIGURA 03 MODELO LÓGICO: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 26 |
| FIGURA 04 UBICACIÓN GEOGRÁFICA..... | 44 |

LISTA DE CUADROS

| | |
|---|----|
| CUADRO 01 PAQUETE INTEGRAL DEL FED..... | 17 |
| CUADRO 2 PRODUCTOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO | 18 |
| CUADRO 03 COMPONENTES NUTRICIONALES..... | 20 |
| CUADRO 04 CIRCUITO ESTRATÉGICO..... | 25 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 01 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 41 |
| TABLA 02 POBLACIÓN DE ESTUDIO | 46 |
| TABLA 03 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, PERÍODO 2015 – 2018..... | 49 |
| TABLA 04 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER, PERÍODO 2015 – 2018..... | 52 |
| TABLA 05 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 – 2018..... | 54 |
| TABLA 06 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PERÍODO 2015 – 2018..... | 56 |
| TABLA 07 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 – 2018..... | 58 |
| TABLA 08 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA, PERÍODO 2015 – 2018..... | 60 |
| TABLA 09 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON IRAs, PERÍODO 2015 – 2018..... | 62 |

| | |
|---|----|
| TABLA 10 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON EDAs, PERÍODO 2015 – 2018..... | 64 |
| TABLA 11 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES CON VACUNAS COMPLETAS, PERÍODO 2015 – 2018..... | 66 |
| TABLA 12 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO, PERÍODO 2015 – 2018..... | 68 |
| TABLA 13 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA, PERÍODO 2015 – 2018..... | 70 |
| TABLA 14 ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO, PERÍODO 2015 – 2018..... | 71 |
| TABLA 15 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PRESUPUESTO ASIGNADO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, PERÍODO 2015 -2018..... | 73 |
| TABLA 16 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO, PERÍODO 2015 - 2018..... | 75 |
| TABLA 17 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL POR GENÉRICA DE GASTO, PERÍODO 2015 -2018..... | 76 |
| TABLA 18 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL POR PRODUCTO, PERÍODO 2015 -2018..... | 77 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar el desempeño presupuestal, la problemática, estrategias e impactos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en el tratamiento de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, en el Departamento de Apurímac período 2015- 2018.

Metodología: Fue de tipo básica, nivel descriptivo y explicativo, de diseño no cuantitativo no experimental; ya que describe y analiza la influencia del Programa Articulado Nutricional en la reducción de la desnutrición crónica infantil; para ello se elaboró una ficha de registro en relación a los datos reportados por INEI a través de los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) y el Ministerio de Economía y Finanzas.

Resultados: La proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica en Apurímac disminuyó un 2,2% durante el período del 2015 al 2018. La proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer tuvo una reducción del 2,2%. La proporción de gestantes con suplemento de hierro mostró un aumento del 0,8%. La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses tuvo una disminución de 11,8%; la proporción de niños menores de 36 meses con suplemento de hierro disminuyó en un 2,1%; la proporción de niños con anemia de 36 meses disminuyó en 3,6%. La proporción de IRAs aumentó en un 3,8%; mientras que las EDAs disminuyeron en un 2,7%. Las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional para la disminución de la desnutrición crónica nos muestran que la proporción de menores con vacunas completas aumentó en un 2,4%; la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo aumentó en un 1,2%; en cuanto a la proporción de hogares con acceso a agua tratada no mostró ningún cambio se mantuvo en

99,3%; el porcentaje de hogares con saneamiento básico aumentó en 1,4%. La ejecución presupuestal para el 2018 fue de 97,3 % con un presupuesto de s/ 63,384,082 soles; donde la mayor fuente de financiamiento al programa fueron los recursos; según genérica de gasto la mayor asignación presupuestal fue al rubro de personal; el producto con mayor asignación del Programa Articulado Nutricional en el 2018 fue el de “niños con CRED completo según edad”.

Conclusiones: El Programa Articulado Nutricional en el departamento de Apurímac durante el período 2015 – 2018 tuvo un impacto en la disminución de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años.

Palabras clave: Programa presupuestal, Programa Articulado Nutricional, Desnutrición crónica infantil, Anemia, Bajo peso al nacer, Enfermedades diarreicas agudas (EDAs) e Infecciones respiratorias agudas (IRAs).

RESUMO

Objetivo: Determinar o desempenho orçamentário, os problemas, estratégias e impactos do Programa Nutricional Articulado no tratamento da desnutrição infantil crônica em menores de 5 anos, no departamento de Apurímac, período 2015-2018.

Metodologia: Era de tipo básico, nível descritivo e explicativo, de desenho não quantitativo, não experimental; pois descreve e analisa a influência do Programa Nutricional Articulado na redução da desnutrição crônica infantil; Para isso, foi elaborada uma ficha cadastral em relação aos dados informados pelo INEI através do inquérito nacional aos domicílios ENDES e do Ministério da Economia e Finanças.

Resultados: A proporção de crianças menores de 5 anos com desnutrição crônica em Apurímac reduziu 2,2% no período de 2015 a 2018. A proporção de recém nascidos com baixo peso ao nascer teve uma redução de 2,2%. A proporção de gestantes com suplementação de ferro apresentou aumento de 0,8%. O aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses apresentou uma diminuição do 11,8%; a proporção de crianças menores de 36 meses com suplementação de ferro diminuiu 2,1%; a proporção de crianças de 36 meses com anemia diminuiu 3,6%. A proporção de IRAs aumentou 3,8%; enquanto as EDAs diminuíram 2,7%. As efetivas intervenções preventivas promocionais para a redução da desnutrição crônica nos mostram que a proporção de menores com vacinação completa aumentou 2,4%; a proporção de crianças menores de 36 meses com controle completo de crescimento e desenvolvimento aumentou 1,2%; Em relação à proporção de domicílios com acesso à água tratada, não apresentou alteração, manteve-se em 99,3%; o percentual de domicílios com saneamento básico aumentou 1,4%. A execução

orçamentária para 2018 foi de 97,3% com um orçamento de s/. 63.384.082 soles; onde a principal fonte de financiamento do programa foram os recursos; na despesa genérica, a maior destinação orçamentária foi para o item pessoal; O produto com maior alocação do Programa Nutricional Articulado em 2018 foi o de “crianças com CRED completo de acordo com a idade”. Conclusões: O Programa Nutricional Articulado no departamento de Apurimac durante o período 2015-2018 teve um impacto real na redução da desnutrição infantil crônica em crianças menores de 5 anos.

Palavras chave: Programa orçamentário, Programa nutricional articulado, Desnutrição crônica infantil, Anemia, Baixo peso ao nascer, Doenças diarreicas agudas (EDAs) e Infecções respiratórias agudas (IRAs).

INTRODUCCIÓN

La desnutrición en los infantes hoy en día, es una problemática social que impacta a todos los niños del mundo; en especial aquellos niños que viven en pobreza en zonas rurales. A causa de esto el cerebro de los niños no llega a desarrollarse de una manera normal, lo cual a la larga ocasiona problemas de morbimortalidad, disminución del rendimiento académico, aumento de la deserción escolar y cuando sea un adulto, menor productividad en el trabajo; estos problemas descritos conllevan a que en el país haya un crecimiento económico inferior (UNICEF, 2019).

Para un correcto desarrollo de capital social y humano es esencial el desarrollo integral. Ya que los primeros años del niño forman parte de la etapa con mayores cambios en el desarrollo, es importante que no se vea afectada por factores externos que dañen o perjudiquen al infante. La desnutrición crónica, es uno de los factores externos que afectan al desarrollo de los niños, puede prevenirse mediante una correcta alimentación, sanidad y acceso a la salud (UNICEF, 2019).

Los dos primeros años para el niño son importantes para garantizar una vida sana, es decir, asegurar el crecimiento y desarrollo adecuado; se debe tomar en cuenta esto desde el embarazo de la madre hasta el segundo cumpleaños del niño. El alimento materno es único e irremplazable. La OMS asegura que si el niño consume la leche materna durante los dos primeros años tendrá un crecimiento sano. (Gonzales & Robles, 2016)

En el Perú, se usaron diferentes herramientas gubernamentales con el fin de erradicar la desnutrición crónica infantil, una de ellas fue el Programa Articulado Nutricional, el cual fue sustentado por la Ley de Presupuesto Público para el

año fiscal 2008. Donde se refiere que la desnutrición crónica infantil es una problemática para todo sector, y para solucionar dicho problema se requiere la participación conjunta, tanto de los ciudadanos, el sector público y privado (Cruzado, 2012) .

El Programa Articulado Nutricional, se crea bajo el enfoque de la población, por el cual el gobierno ejecuta un presupuesto para crear condiciones que generen cambios que beneficien la calidad de vida de las personas. El programa consiste en una serie de actos conjuntos por parte del Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El Gobierno del Perú reconoce al desarrollo infantil temprano como una de las cuatro prioridades de la política social dando mayor relevancia a la inversión social en la primera infancia como marco de la protección de los derechos de la infancia. Esto es así porque en los primeros años de vida se consolidan las estructuras primitivas del cerebro, lo que permite que una niña o un niño desarrolle la capacidad de relacionarse positivamente con los demás, lo que le permite tomar la iniciativa y resolver situaciones problemáticas a partir de sus habilidades motoras (MIDIS., 2018).

En el Perú, La desnutrición infantil crónica se vio abordada a través de la implementación de mediaciones desarrolladas por el MINSA y diferidos sectores relevantes en el contexto de programas conjuntos de nutrición, con base en un análisis de resultados, productos, cobertura, coordinación, organización y fortalecimiento de intervenciones en todos los sectores (MINSA, 2012).

La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) Se define como una condición en la que las niñas o los niños experimentan un retraso en el crecimiento de la estatura para su edad. En Perú, la prevalencia de DCI en niños menores de 5 años disminuyó de 28,0% en 2007 a 13,1% en 2016, según el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel sectorial, en Huancavelica, 3 de cada 10 niñas y niños menores de 5 años presentaban DCI en el 2016, aunque representa la zona con mayor tasa de desnutrición entre las provincias peruanas, también presenta mayor tendencia decreciente en el tiempo entre 2007 y 2012. Los sectores de menor porcentaje de DCI en niños menores a los

5 años en 2016 fueron las provincias de Tacna 2,3%, Moquegua 4,5% y Lima 4,9%. En comparación con el 2007, hubo una tendencia de caída de más del 10% en algunas provincias del país para el 2016; no obstante, de 25 provincias solamente 14 provincias (Huancavelica, Huánuco, Ucayali, Cajamarca, Loreto, Amazonas, Pasco, Apurímac, Ayacucho, Piura, Junín, Ancash, Cusco y Puno) se mantuvieron, superando el estándar nacional; donde Apurímac tiene una incidencia del 20,0% de desnutrición crónica infantil (MINSa, 2017).

Otro problema que aqueja a la población infantil a nivel nacional es la anemia en menores de 36 meses la cual sigue siendo un desafío apremiante y uno de los problemas de salud pública más graves en la región, la prevalencia de anemia en este grupo de edad es de 43,6% (MIDIS., 2018). Las provincias con las cifras más alarmantes son Puno, Junín, Piura, Cusco y Loreto, con poco más de 35.000 niños aquejados por la enfermedad. Si bien la cifra es sobresaliente en Lima Metropolitana es inferior al estándar nacional de al menos 32,6% en 2016, en cifras concretas junto con Callao representa aproximadamente 160.000 niños y niñas de 6 a 35 meses, y es la región con más niños que padecen de anemia en los niños del país. Existen 16 departamentos, de los cuales Puno (76%), Madre de Dios (58,2%), Apurímac (56,8%), Pasco (56,1%), Loreto (55,6%) ocupan los primeros lugares. (MINSa, 2016).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la región Apurímac se encuentra dentro de los departamentos más pobres del Perú, esta situación de pobreza se relaciona con un menor acceso a servicios de salud y educación, lo cual puede generar un estado de pobreza persistente en el tiempo o una trampa de pobreza. La desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en la región de Apurímac por provincia para el año 2015 fue

Abancay (20.8%), Andahuaylas (31.8%), Aymaraes (24.6%), Antabamba (27.2%), Chincheros (30.4%), Cotabambas (31.6%) y Grau (27.8%); siendo los distritos más afectados Pomacocha (47.8%), San Miguel de Chaccrampa (38.6%), Tumayhuaraca (42.6%), Juan Espinoza Medrano (35.4%), Cotaruse (36.9%), Uranmarca (36.5%), Tambobamba (37.9%) y Huayllati (39.7%). (SIEN, 2015)

Es así que en la actualidad la Desnutrición crónica infantil en nuestra región es un problema latente, alcanzando niveles altos en zonas rurales de la población infantil, esto muchas veces es generado por la falta de acceso a los servicios de salud, pobreza, analfabetismo, etc. Ante esta necesidad es necesario realizar un estudio detallado de este fenómeno y como el Programa Articulado Nutricional impulsado por el MINSA, ha generado cambios en su población objetivo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

1. ¿Cómo es el desempeño presupuestal, a la problemática (riesgo de desnutrición crónica infantil), estrategias e impactos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en el tratamiento y la reducción de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Qué proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer corre el riesgo de sufrir desnutrición crónica infantil, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018?

2. ¿Cuál es la situación, las políticas y estrategias de alimentación y nutrición en menores de 5 años en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018?
3. ¿Cuál es la proporción y el impacto de las IRAs y EDAs en menores de 5 años que atiende el Programa Articulado Nutricional, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018?
4. ¿Qué estrategias e impactos tiene las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional desarrolladas, sobre la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018?
5. ¿Cuál es el desempeño de la gestión presupuestal del Programa Articulado Nutricional, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Justificación teórica

Para elaborar este trabajo de investigación, se realizó una revisión bibliográfica a nivel internacional, nacional y local; por lo que se revisaron libros, revistas científicas indexadas, recursos web y todo el material bibliográfico relacionado con el tema, con el fin de orientar la investigación hacia el desarrollo metodológico; lo que guio hacia algunas reflexiones y aportes teóricos al Programa Articulado Nutricional en la región Apurímac y cómo el mismo puede ayudar a disminuir la desnutrición crónica infantil para así monitorear diversos indicadores de salud en grupos infantiles.

1.3.2. Justificación metodológica

Este trabajo de investigación estuvo enfocado en describir y conocer los recursos, impactos, estrategias y resultados del Programa presupuestal articulado nutricional en la desnutrición crónica infantil en la región Apurímac; para ello se evaluó las diferentes variables y la dimensión de los indicadores para poder obtener los resultados, para ello se utilizó la información de la Encuesta nacional de hogares del INEI; con la finalidad de dar a conocer los beneficios de este programa presupuestal diseñado en beneficio de la infancia; a través del cual se evalúa el índice de evolución y la reducción de brechas de inequidad y mejoramiento de la calidad de vida.

1.3.3. Justificación social

La presente investigación permitirá a los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales así como a otras instituciones conocer el uso de los recursos presupuestales asignados al Programa Articulado Nutricional en la región Apurímac para así poder determinar la eficiencia y eficacia de dicho programa en la reducción de la desnutrición crónica infantil; así mismo ayudará a la toma de decisiones respecto a su funcionalidad, también se podrá identificar estrategias para la articulación del gobierno con los actores locales para así en conjunto ayudar a reducir brechas en salud infantil; este trabajo es fundamental ya que tiene trascendencia social.

1.3.4. Justificación personal

Esta investigación está debidamente justificada por tener relevancia social ya que profundiza en la problemática de la desnutrición crónica infantil ya que esta genera consecuencias en el crecimiento, desarrollo físico y mental del niño; lo

cual afecta directamente en el desarrollo social de nuestra región y país; aportando de esta forma pruebas de la interacción que se da entre el estado y la sociedad en torno al impacto que genera en nuestra niñez; es por esta razón que el Programa Articulado Nutricional forma parte de una política pública cuyo objetivo busca la disminución de la desnutrición crónica infantil; ya que es sabido que la región Apurímac presenta un porcentaje mayor que el promedio a nivel del país, lo cual condena a la falta de desarrollo de capacidades intelectuales y en el futuro afecta las oportunidades de inserción laboral y de mejora de la condición socioeconómica, esto perpetua las situaciones de pobreza y extrema pobreza a través de generaciones.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

1. Determinar el desempeño presupuestal, a la problemática (riesgo de desnutrición), estrategias e impactos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en el tratamiento y reducción de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

2. Determinar la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer que corre el riesgo de sufrir desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.

3. Identificar la situación, las políticas y estrategias de alimentación y nutrición en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.

4. Establecer la proporción e impacto de las IRAs y EDAs en menores de 5 años, que atiende el Programa Articulado Nutricional en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.
5. Definir las estrategias e impactos que tienen intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional desarrolladas, sobre la desnutrición en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.
6. Evaluar el desempeño en la gestión presupuestal del Programa Articulado Nutricional, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. Desnutrición crónica Infantil

(UNICEF., 2011) determinó que la desnutrición infantil se debe al consumo insuficiente y falta de acceso de alimentos, la falta de acceso al sistema de salud y aparición de enfermedades, prácticas inadecuadas en la alimentación, sistemas de agua y saneamiento insanos. Las causas fundamentales incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o la baja educación materna.

Así mismo (OMS, 2019) señala que la desnutrición significa un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y energía a las células y las necesidades del

organismo, que permita mantener el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas normales.

(Tello, 2012) manifiesta cual es la relación de los indicadores entre sí para poder determinar la desnutrición infantil:

Peso/edad: Relación entre el peso obtenido a una determinada edad y el valor de referencia para la misma edad y sexo, se utiliza para diagnosticar la desnutrición global. (Library, 2017)

Peso/talla: Relación entre el peso corporal obtenido del sujeto y el valor de referencia para la misma talla y sexo es fundamental para el diagnóstico de desnutrición aguda. (Library, 2017)

Talla / edad: Relación que existe entre la talla obtenida de un individuo y un referente de la misma edad y sexo, que se utiliza para diagnosticar la desnutrición crónica. (Library, 2017)

La desnutrición global es cuando los niños tienen un peso inferior al normal para su edad y género en relación con una muestra de referencia. Se considera un indicador general de desnutrición porque puede mostrar a la desnutrición crónica, aguda o ambas. Entendiendo esto, puede ser un indicador no certero, especialmente pasado el primer año de vida, cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la longitud o la talla más que con la edad.

La desnutrición aguda es la condición en la que un niño tiene un peso inferior al esperado para la talla y el sexo en relación con una población de referencia. Esta condición de bajo peso puede ser una situación potencialmente mortal para un niño. La desnutrición aguda refleja la falta de ingesta de alimentos (ingesta de energía restringida) o una enfermedad aguda reciente (especialmente diarrea), o ambas.

Se define Desnutrición Crónica Infantil (DCI) al retraso en el crecimiento infantil relacionado con la edad, y se considera un indicador de la calidad de vida, presentes en el entorno del niño desde la gestación, nacimiento y crecimiento. En Perú, según la OMS la prevalencia de DCI en niños menores de 5 años disminuyó de 28,0% en 2007 a 13,1% en 2016. En 2016, la mayor proporción de niños menores de 5 años con DCI fue de 26,5 % en las zonas rurales y de 7,9 % en las zonas urbanas. A nivel provincial, en Huancavelica 3 de cada 10 niños menores de 5 años sufrieron de DCI en el 2016, aunque presenta la tasa más alta de desnutrición entre las provincias peruanas, también muestra una tendencia a la baja en el tiempo en el 2007 hasta el 2012. En 2016, las provincias con las tasas más bajas de DCI en menores de 5 años fueron Tacna, Moquegua y Lima (2,3%, 4,5% y 4,9%) respectivamente. En comparación con el 2007, algunas provincias del país mostraron una tendencia de más del 10% de disminución en el año 2016. (MINSa, 2016)

2.1.2. Políticas Públicas en Salud Infantil

(Subirats, 2018), la política pública implica decisiones estatales para enfrentar los problemas públicos que afectan a una parte o a toda la población; son un conjunto de decisiones o acciones coherentes, decididas y aplicadas; con el fin de solucionar un problema o atender una necesidad colectiva; donde se involucra el interés público, asignación de recursos, determinación de roles y vínculos institucionales.

(Meny, 1992) analizar la política pública significa evaluar los criterios puestos en su aprobación, la base legal, la congruencia entre los recursos asignados y los beneficios futuros. La política pública debe tomar en cuenta las diferentes

perspectivas que ofrece cada disciplina intelectual, ya que permitirá una visión más amplia del problema y apuntará a proponer soluciones integrales.

La implementación de las políticas públicas dirigidas a la infancia en el Perú, se dieron en diferentes épocas como lo menciona (González, 2016).

a. Creación de los primeros servicios para la infancia por los derechos de las mujeres; que se dio a fines del siglo XIX, al inicio del estado Oligárquico en el Perú, se desarrolló las primeras acciones públicas para menores de 6 años hijos de madres trabajadoras o de menores recursos económicos.

b. Institucionalización y construcción de la mística de la Educación Inicial (1930 a 1970); se dio entre los gobiernos de Leguía (1919-1930) y Sánchez Cerro (1930-1933), las Hermanas Boniffatti, lucharon por institucionalizar el nivel de educación inicial en el país. En el sector salud se desarrolló la atención diferenciada al binomio materno-infantil, en 1961 se reinauguró el Hospital San Bartolomé, dedicado a la atención materno-infantil, con propuestas innovadoras para la época, como el control prenatal, lactancia materna exclusiva, la mamá canguro; igualmente se fue especializando el personal para la atención de la madre y el niño.

c. Expansión de servicios para la infancia con la participación comunitaria (1970 – 1989); durante el gobierno militar del General Velasco Alvarado, en 1968, por iniciativa de Cáritas - Puno, crearon los primeros “Wawa Wasi” como estrategia para solucionar los problemas de muchos hogares rurales y derivó en la creación de un espacio muy similar al del hogar dirigido a los niños de 5 años donde se implementó actividades recreativas y de alimentación complementaria, en 1970 se empezó a extender esta política por todo el país.

En el sector salud, a finales de 1970, se implementó el Programa Ampliado de Inmunizaciones con una tasa de cobertura promedio del 20%, desde la década de 1980 se evidencia un incremento significativo y sostenido en la cobertura de protección debido a la implementación del programa; asimismo se implementa el uso de sales de hidratación oral para prevenir la mortalidad por enfermedades diarreicas, donde se realizó trabajo comunitario para poder expandir su uso, al igual que se implementó medidas para prevenir las infecciones respiratorias ya que eran una de las principales causas de muerte infantil.

En 1986 se plantea la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que proporciona información sobre la demográfica y la salud de las madres y menores de cinco años que viven en el país; se recoge datos sobre el acceso a los servicios de salud de niños y mujeres en edad reproductiva, así como información sobre las características del hogar para analizar los determinantes de la salud, esta información respalda los programas presupuestales dirigidos a la salud infantil.

El año 1989 se firma la “Convención sobre los Derechos del Niño”, reconociendo que los niños son sujetos de derechos que deben ser respetados; con base en ello, el sector salud comenzó a enfocarse en acciones para prevenir la mortalidad infantil, a través de la vacunación. Las organizaciones comunitarias ayudaron en la expansión de la cobertura.

d. Priorización versus calidad de la atención (1990 - 2002); en 1996 el sector salud, inició la atención infantil con la implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a través de un convenio entre el Ministerio de Salud y la Organización panamericana de la salud/OMS, su objetivo es reducir la mortalidad y la

morbilidad en la niñez, especialmente en menores de 5 años. En 1999 el MINSA logro que más del 90% de menores de 1 año fueran vacunados. Estos programas están diseñados para brindar protección contra enfermedades infecciosas y actualmente cubren a casi el 100% de menores de edad.

En junio del 2001 se creó la Dirección de Promoción de la Salud, que inicio como parte de la Dirección General de la Salud de las Personas en el 2002 mediante Decreto Supremo 013-2002-SA, para promover de manera preventivo promocional la salud del recién nacido y la estimulación del desarrollo infantil. Con Resolución Ministerial N° 506-2005 se institucionaliza AIEPI como estrategia clave del Modelo de Atención Integral de Salud para la etapa de vida en la infancia.

e. Programas presupuestales que buscan alcanzar resultados (siglo XXI); en este contexto, se propone un nuevo paradigma de gestión pública que pretende adoptar el modelo del sector privado para ser más eficiente y eficaz la gestión estatal. El Ministerio de Economía y Finanzas desarrolla planes de presupuesto por resultados, que implican dinámicas específicas para cada sector del país. La planificación presupuestaria se centra en los determinantes de la salud y se centra en los resultados. En los últimos años, en coordinación con los gobiernos regionales, la prioridad ha sido reducir la desnutrición crónica y la anemia en la niñez.

El sector salud se centra en la promoción de la salud. En 2008 se desarrolló el Programa Articulado Nutricional para lograr resultados relacionados con la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años; se logró reducir la prevalencia de desnutrición crónica en 9 puntos porcentuales, pasando del 28,5% (línea base) en 2007 al 19,5% en 2011.

Con Resolución Ministerial N° 990 - 2010/MINSA aprobó la Norma Técnica Sanitaria para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño menor de 5 años. El año 2012 en el “Plan de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión y Modernización Urbana”, se consideraron los centros de promoción y seguimiento comunitario integral de la atención materno infantil. Al 2014 se implementaron 1,564 centros y 1,437 en funcionamiento.

f. En el 2006 - 2016; comienza una nueva etapa porque comienzan las acciones de articulación entre los sectores en favor al desarrollo infantil temprano. En el 2006 se conformó una comisión de trabajo intersectorial de alto nivel con directores y asesores de los ministerios de salud, de la mujer y desarrollo social y educación; así mismo se elaboró un marco para promover el desarrollo y aprendizaje de los niños de 0 a 5 años.

En el 2007 se crea la Estrategia Nacional CRECER, tiene como objetivo articular sectores, programas y proyectos de los gobiernos nacionales, regionales y locales para apoyar la lucha contra la desnutrición infantil y la pobreza. La estrategia es liderada por el Presidente del Consejo de Ministros a través del Comité Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS). Para lograr este objetivo, se recomienda atender y priorizar la atención y capacitación en salud de mujeres en edad reproductiva, gestantes y niños menores de 5 años en zonas rurales y urbanas marginales. Las intervenciones se enfocan en mejorar las prácticas alimentarias y nutricionales, ampliar la identidad, promover ciudades y comunidades saludables, aumentar la alfabetización materna, brindar atención para la integridad de los menores a 5 años, aumentar la cobertura de agua y saneamiento, potenciar el desarrollo y crecimiento de los niños y niñas.

Durante el gobierno de Humala, el 14 de noviembre de 2015, se promulgó la ley que eleva el Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP a rango de ley, declarándolo de interés y prioridad nacional, asignando recursos públicos para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia 2012-2021 – PNIAA; donde se reconoce al Ministerio de la Mujer y Grupos Vulnerables como ente rector del sistema de atención integral a la niñez y la adolescencia del Estado. Su primer objetivo estratégico está estrictamente relacionado con la primera infancia donde se busca garantizar el crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas de entre 0 y 5 años.

En el 2016 se aprobó el Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS que aprueban los lineamientos “Primero la Infancia”. Los lineamientos fueron desarrollados por un comité de representantes de diferentes Ministerios como: Desarrollo e Inclusión Social, Economía y Finanzas, Educación, Salud, Mujer y Grupos Vulnerables, Vivienda, Trabajo y Promoción del Empleo, Energía y Minas, Salud, Justicia y Derechos Humanos y Cultura. Siguiendo los principios de integralidad, corresponsabilidad y reconocimiento de la diversidad, así como una lógica de gestión por resultados basada en evidencias.

FIGURA 01
SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

| |
|----------------------------|
| SALUD Y NUTRICION INFANTIL |
|----------------------------|

1. Clampaje tardío del cordón umbilical.
2. Contacto piel a piel.
3. Consejería sobre lactancia materna exclusiva.
4. Consejería sobre alimentación complementaria.
5. Consejería sobre lavado de manos.
6. Suplementación con hierro a niñas y niños antes de los 6 meses: niñas y niños a término con lactancia materna exclusiva y niños y niñas con factores de riesgo.
7. Suplementación con micronutrientes a niñas y niños de 6 a 36 meses.
8. Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños de 6 a 36 meses.
9. Inmunizaciones antes de 24 meses: contra el rotavirus y contra el neumococo
10. Tratamiento de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de 5 años.

Fuente: Elaboración propia.

Para implementar la política pública de Desarrollo Infantil Temprano el MIDIS diseñó herramientas de gestión dirigidas a los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, tal como se detalla:

a. Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED):

Es un fondo de incentivo económico para los gobiernos locales para que estos mejoren los servicios de gestión y prestación de asistencias al público, asegurando la entrega oportuna y clara de paquetes integrales de servicios de desarrollo infantil temprano (MIDIS, 2014) Tres veces al año este fondo es desembolsado con la medición del cumplimiento de metas de cobertura estos compromisos se realizan en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 que incluyen 4 paquetes.

CUADRO 01

PAQUETE INTEGRAL DEL FED

| |
|------------------|
| PAQUETE INTEGRAL |
|------------------|

| | | | |
|--|---|--|---|
| Gestantes recibieron 04 controles complementarios y 04 controles prenatales con suplementación de hierro y ácido fólico en el primer trimestre | Niños y niñas 0 a 24 meses recibieron atención completa de crecimiento y desarrollo, vacunas contra neumococo y rotavirus suplementos de micronutrientes múltiples, DNI y apoyo familiar. | Niños y niñas de 3 a 5 años reciben servicios de educación inicial, que incluyen apoyo pedagógico, selección de personal, mantenimiento preventivo, materiales educativos y sistemas de información para el registro de alumnos, docentes y aulas. | Niños y niñas tienen acceso a agua clorada para consumo humano. |
|--|---|--|---|

Fuente: Elaboración propia.

b. Sello Municipal “Incluir para Crecer”: El Premio Nacional de Política de Desarrollo e Inclusión Social es presentado por el gobierno reconociendo a los municipios en los niveles 1 y 2 afectados por la pobreza por su capacidad de gestión para mejorar la prestación de servicios a su gente. El premio permite a los gobiernos locales implementar procesos de gestión que beneficien a toda la población de la región, incluidos los niños de 0 a 5 años (MIDIS, 2014). Se proponen 3 productos para el resultado del desarrollo infantil temprano:

CUADRO 2
PRODUCTOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

| NIÑOS Y NIÑAS | | |
|---|---|--|
| Menores de 12 meses acceden oportunamente al DNI. | de 0 a 5 años están identificados en el padrón nominal. | de 0 a 5 años cuentan con un espacio público de juego con espacios diferenciados para niños y niñas menores de 2 años y de 5 años. |

Fuente: Elaboración propia.

2.1.3. Políticas Sociales en Alimentación Infantil

Políticas sociales o redistributivas apuntan a atender directamente las necesidades de los ciudadanos, tales como servicios de salud, educación, seguridad y compensación social, ya que gran parte de nuestra población vive en la pobreza (Cortez, 2002).

Las políticas sociales en alimentación infantil, constituyen una forma de atención focalizada a determinados grupos sociales en un entorno de vulnerabilidad y pobreza para contribuir así a la seguridad alimentaria y reducir la desnutrición.

Los planes de nutrición alimentaria son realmente importantes porque tienen un doble propósito, en primer lugar, paliar la pobreza mejorando la calidad de vida de las personas en esta situación y, en segundo lugar, reduciendo la pobreza, porque existe un claro vínculo entre una buena nutrición y una buena salud, especialmente en los primeros años de vida (Cortez, 2002).

El derecho a la alimentación y nutrición constituyen uno de los derechos fundamentales del hombre, y no se puede hablar de bienestar si no se encuentra presente. Este derecho base está plasmado en variados instrumentos jurídicos internacionales. En el Perú, existe una política social de alimentación para la niñez:

Qali Warma: El año 1992 se creó el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) en 1992, donde el estado hizo la promesa de generar un servicio que luchara contra la desnutrición en la población menor a 12 años; este programa alimentario fue reemplazado por el Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE) “Qali Warma” el cual entró en vigencia el año 2013; este programa tiene como finalidad contribuir a mejorar la atención en clases, la asistencia escolar y los hábitos alimentarios, donde se promueve la participación

comunitaria local a más de 3.500.000 niños y niñas de nivel inicial y primaria 47.803 escuelas públicas del país ubicadas en quintiles 1 y 2. (MIDIS, 2018).

Posee dos componentes:

- ❖ Componente educativo del programa Qali Warma, incluye Asistencia Técnica en Adquisiciones (Comité de Compras), Asistencia Técnica en Gestión de Servicios de Alimentación (Comité de Alimentación Escolar – CAE)
- ❖ El componente alimentario del programa Qali Warma, incluye la provisión de recursos del servicio de alimentación con contenido nutricional adecuado a los hábitos de consumo locales, y el desarrollo de una caja de herramientas para docentes en los currículos escolares (rutas de aprendizaje).

Cuna más: El Plan Nacional Cuna más fue creado en marzo de 2012 y formulado como plan presupuestario en 2013, tiene como fin mejorar el desarrollo en los menores a 3 años en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. (MIDIS, 2018) A nivel operativo el programa cuna más brinda la atención integral se divide en los siguientes componentes:

CUADRO 03

COMPONENTES NUTRICIONALES

| | |
|---------------------------------------|---|
| 1. Alimentación y Cuidado Nutricional | Su objetivo es garantizar una alimentación oportuna y de calidad para facilitar el acceso a una salud óptima y promover un progreso óptimo en niños usuarios de este programa. |
| 2. Cuidado de niños | Su fin es generar condiciones óptimas para el subsistencia y sustento de la salud física, psicológica, socialmente afectada de las niñas y niños usuarios del Programa Nacional Cuna Mas. |

| | |
|-------------------------|---|
| 3. Los niños aprenden | Su objetivo es garantizar oportunidades de aprendizaje para las niñas y niños que participan en el cuidado infantil del PNCM, promoviendo todos los aspectos del desarrollo desde la perspectiva del niño: motor, cognitivo, social, emocional y comunicativo. Capaces y proactivos, son los protagonistas de su aprendizaje. |
| 4. Trabajo con familias | Su objetivo es fortalecer el papel y la responsabilidad de las familias en el cuidado y desarrollo integral de sus hijos. |

Fuente: Elaboración propia.

Programa vaso de leche: Este programa se inició en 1989 como una iniciativa del alcalde de Lima con el fin de distribuir leche a los niños pobres de la capital. Desde entonces, ha crecido enormemente, cubriendo todo el país y convirtiéndose en el programa social de alimentación más grande del Perú. El Programa del Vaso de Leche (PVL), es un programa social creado por la Ley N° 24059 y complementado por la Ley N° 27470, donde se ofrece raciones diarias a grupos vulnerables para ayudarlos a superar la inseguridad alimentaria. (MEF, 2019)

El marco legal vigente define criterios de prioridad, dirigidos a grupos de población, niños de 0 a 6 años y mujeres embarazadas (primera prioridad), niños de 7 a 13 años, adultos mayores y personas con TBC; este programa social tiene cobertura nacional, pues llega a 1834 ciudades del país, entre provincias y distritos.

Programa complementario de alimentación (PCA): Este Programa de Comedores Populares surgió como una respuesta política a los problemas sociales. Su objetivo es mejorar los niveles nutricionales de los más vulnerables y brindar seguridad alimentaria a los más pobres. Se basa en grupos de 20 a 40 madres que organizan para comprar, elaborar y distribuir menús alimentarios. Gracias al apoyo del gobierno, estos comedores venden raciones a precios

subsidiados (paquetes de alimentos), gracias a su organización y trabajo (MEF, 2019).

FIGURA 02
MODALIDADES DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN POBREZA Y
VULNERABLE

| MODALIDADES: |
|---|
| 1) Atención a Comedores |
| 2) Hogares y Albergues |
| 3) Convenios-Adultos en Riesgo |
| 4) Actas de Compromisos - Adultos en Riesgo |
| 5) Subsidios a Comedores |
| 6) Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente Ambulatorio con TBC y su Familia-PANTBC. |

Fuente: Elaboración propia.

2.1.4. Desarrollo Humano

El término desarrollo humano es presentado como el incremento de las capacidades, oportunidades y libertades que tienen las personas que les permitirá poder disfrutar de una vida prolongada y saludable, tener acceso a la educación y a un nivel de vida digno. Estas "dimensiones" son relevantes para la construcción del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Pero en ocasiones se suelen mencionar dimensiones adicionales como ser creativos, participar en la vida comunitaria y en las decisiones que afectan a la propia vida.

El Desarrollo Humano busca "desarrollar capacidades humanas, así como también asegurar un acceso equitativo a oportunidades". Tiene "pilares fundamentales" como: La equidad; donde el desarrollo incrementa las oportunidades de las personas, para que puedan disfrutar de un acceso equitativo a esas oportunidades, conviene recalcar que equidad debe

entenderse como igual acceso a oportunidades, pero no iguales resultados, pues lo que cada uno haga con sus oportunidades entra en la esfera de la iniciativa individual. La sustentabilidad; involucra que las estrategias de desarrollo deben satisfacer las demandas y necesidades de las generaciones presentes, sin alterar las capacidades de las futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades. La productividad se refiere a un nivel de desarrollo aceptable que proporcionara una base sólida para una mayor productividad general, entendida como creación de riqueza; reflejándose en una población bien alimentada, sana, capacitada y motivada. La potenciación; conlleva a la formación de capacidades humanas a través de mayores conocimientos y mejores estados de salud; demostrando un desarrollo de la gente, para la gente, y (una de las características que diferencian al desarrollo humano) por la gente; donde no se fundamente el asistencialismo público. La cooperación; se preocupa no sólo por la gente como individuos, sino además por la forma en que estos interactúan y cooperan en las comunidades; donde se da énfasis a la estructura social que va de la familia al Estado, de los grupos locales de autoayuda a las empresas multinacionales; los seres humanos se caracterizan por ser sociales, que valoran la participación en la vida de su comunidad; haciendo que el sentido de pertenencia sea una fuente importante de bienestar; proporciona placer y sentido logrando una percepción de tener propósito y significado. La seguridad; muchos habitantes de países en desarrollo viven al borde del desastre, esto se ve en los países industrializados, la gente está expuesta constantemente a riesgos, debido a la delincuencia, a la violencia o al desempleo. (Rodriguez & Romero, 2019)

El proceso de desarrollo sustentable implica, necesariamente, el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población. Un desarrollo económico

y social de esas características supone, por consecuencia, una mejor distribución tanto del ingreso como del acceso a servicios sociales básicos (educación, salud, etc.). No basta con asegurar el crecimiento económico de un país o una región para que exista desarrollo efectivo y sustentable. (OPS, 2002)

Desarrollo humano y salud

La salud en el desarrollo implica, necesariamente, reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis entre los más desvalidos, conformar programas integrales de bienestar social y mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las grandes mayorías, especialmente de los grupos sociales más desposeídos, y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada. (Rodríguez & Romero, 2019)

El desarrollo humano es un proceso de ampliación de las opciones y capacidades de las personas, que se concreta en una mejora de la esperanza de vida, la salud, la educación y el acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida digno. Así mismo, la promoción de la salud, por su parte, es la construcción social de oportunidades para que las personas puedan ejercer control sobre su proceso vital desarrollando capacidades para tomar decisiones saludables que les permitan vivir con dignidad, el mayor tiempo posible, y disfrutando de la mayor calidad de vida. (OPS, 2002)

2.1.5. Programa Presupuestal Articulado Nutricional

El Programa Articulado Nutricional (PAN), fue uno de los primeros cinco planes presupuestarios implementados desde 2008, prioriza intervenciones que benefician a la niñez. Dado el impacto negativo en el desarrollo, que produce la

desnutrición crónica, el objetivo final del PAN es disminuir la constancia de la desnutrición crónica en menores a 5 años de edad; donde se articulan el Seguro Integral de Salud, El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y Locales. La gestión del plan estratégico recae en el Ministerio de Salud (MEF, 2019). Los indicadores del circuito estratégico contienen resultados finales, resultados intermedios y resultados inmediatos tal como se detalla:

CUADRO 04
CIRCUITO ESTRATÉGICO

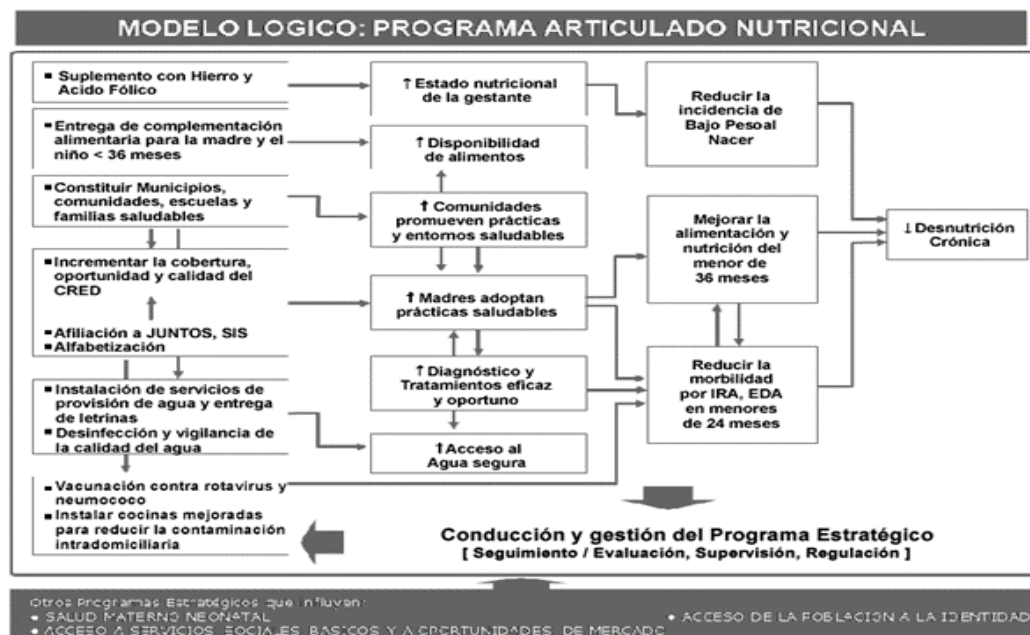
| RESULTADO FINAL | RESULTADOS INTERMEDIOS | RESULTADOS INMEDIATOS |
|--|---|---|
| <p>Reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica. | <p>a. Mejorar la dieta y la nutrición de los niños menores de 36 meses.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños menores de 36 meses que reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. • Prevalencia de anemia en menores de 36 meses. <p>b. Reducir la morbilidad de IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de enfermedad diarreica aguda en menores de 36 meses. | <p>a. Hogares adoptan prácticas saludables de cuidado infantil y nutrición adecuada para menores de 36 meses.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños y niñas con vacunación completa por edad. • Proporción de menores con control completo del crecimiento y desarrollo (CRED) en función de su edad. • Porcentaje de niños menores de 36 meses que reciben suplementos de hierro. <p>b. Acceso y uso de agua segura.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de hogares con acceso a agua segura. |

- Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 36 meses.
 - c. Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Indicador:**
- Incidencia del bajo peso al nacer.
- Porcentaje de hogares con acceso a saneamiento.
 - c. Mejorar nutrición de gestantes.
- Indicadores:**
- Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

FIGURA 03

MODELO LÓGICO: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

(MEF, 2012) se refiere que el Programa Articulado Nutricional tiene como objetivo alcanzar resultados relacionados con la reducción de la desnutrición crónica en menores a 5 años. Incluyen intervenciones entre el MINSA y el MIMP, la PCM, el SIS, los gobiernos regionales y locales. La gestión del plan estratégico estará a cargo del Ministerio de Salud.

2.1.6. Impacto social, Estrategias y Resultados

El impacto se refiere a los efectos de la intervención propuesta en toda la comunidad (Cohen, 2002).

El impacto de un proyecto o programa social es el cambio de orden de magnitud en el problema de la población objetivo debido a la entrega de un producto (bien o servicio) (MAE, 2001).

Las estrategias para Díaz y Hernández (1999) “Son instrucciones, conjuntos de pasos que se adquieren y se emplean en forma intencional como instrumento flexible para aprender significativamente, solucionar problemas y otros aspectos sociales vinculados con ellos”.

Las estrategias para el desarrollo de proyectos socio integradores, son aquellas estrategias de acción que den viabilidad a un doble propósito, cumplir eficientemente y facilitar e impulsar la interacción con los actores sociales, con estrategias fundamentales que orienten acciones concretas que establecen una trayectoria, teniendo en cuenta la viabilidad política, económica, social y técnica de cada etapa o momento del proceso de un plan, programa o proyecto específico. (Torres, Rivero, & Purdhome, 2015)

El resultado final (impacto) es el resultado a nivel de propósito o al final del proyecto. Están destinados a ser considerados esenciales en el contexto de ciertas condiciones o características de la población objetivo y en la definición de los problemas que dan origen al programa, y en algunos casos, persistentes o sostenibles en el tiempo.

El resultado final suele expresarse como beneficios a mediano y largo plazo para la población atendida (Guzmán, 2004). Asimismo, (Liberta, 2007) menciona

cambios en los hogares debido a las metas del programa, que implican una mejora significativa en ciertas condiciones o características de la población.

2.1.7. Presupuesto por resultados (PPR)

(MEF, 2019) define el presupuesto por resultados como una herramienta de administración pública que hace posible enlazar la asignación de recursos presupuestarios, bienes y servicios (productos) al beneficio de todos, que posee características medibles. Este programa vincula la asignación del presupuesto público a los resultados necesarios para abordar problemas estructurados. Este nuevo modelo tiene en cuenta cambios: 1) Productos enfocados en el ciudadano, 2) Contribución y compromiso de las entidades involucradas para lograr las metas, 3) Identificación de los responsables en base a los resultados y productos, transparentado así los gastos 4) Acceder a la información resultante 5) Utilizar y transparentar la información generada para determinar el presupuesto asignado.

El presupuesto basado en resultados ayuda a mejorar la calidad del gasto público al alentar a las entidades nacionales a: utilizar los recursos públicos de manera eficiente y eficaz, priorizar el gasto público para brindar información basada en evidencia para tomar mejores decisiones sobre los asuntos, lo que resulta en resultados que benefician a las personas. El seguimiento de las métricas de productos y resultados del plan presupuestario, así como su respectiva ejecución física y financiera, permite:

- 1) Evaluar la obtención de métricas por el estado a favor de los usuarios.
- 2) Velar por la llegada de servicios y bienes a la ciudadanía.
- 3) Generar evaluaciones en el ámbito económico sobre los recursos estatales a utilizar.

- 4) Evaluar las debilidades en las empresas públicas para autocorregirse.
- 5) Información libre sobre el uso de los recursos para todos.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Desnutrición crónica infantil

Es un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas, causado por la asimilación deficiente de alimentos ingeridos por el organismo; puede ser causada por la mala ingestión o por la mala absorción de nutrientes, también por una dieta inapropiada baja en proteínas y calorías.

2.2.2. Bajo peso al nacer

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el bajo peso al nacer; al peso inferior a 2500 gramos de un recién nacido. Este es un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo.

2.2.3. Anemia

La anemia es una enfermedad en la cual los glóbulos rojos (o hematíes) del cuerpo disminuyen por debajo del nivel normal para la edad del niño. En cuanto a las causas de la anemia, la falta de hierro es la más común.

2.2.5. Infecciones respiratorias agudas (IRAs)

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por

diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas.

2.2.6. Enfermedades diarreicas agudas (EDAs)

Las enfermedades diarreicas agudas son infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea.

2.2.7. Programa Articulado Nutricional

El Programa Articulado Nutricional es una unidad de acción de planificación de una entidad pública cuyo propósito integrado y explícito es proporcionar bienes y servicios para lograr un resultado óptimo que beneficie al público objetivo, contribuyendo al logro de un resultado definitivo relacionado con un objetivo de política pública. El Programa Articulado Nutricional identifica como problema la alta prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años, siendo su población objetivo los menores de 5 años.

2.2.8. Programa presupuestal

Es una unidad de acción de planificación de una entidad pública cuyo propósito integrado y explícito es proporcionar productos (bienes y servicios) para lograr resultados específicos que beneficien a la población, contribuyendo así al logro de resultados finales relacionados con objetivos específicos de política pública. También es la categoría presupuestaria la que constituye la herramienta presupuestaria por resultados.

2.3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1. Antecedentes internacionales

CEPAL (2018), menciona que para entender la malnutrición y sus causas debieran considerarse, al menos, tres dimensiones de análisis. Primero, la seguridad alimentaria, se refiere a acceso físico, económico y social a alimentos inocuos y nutritivos y vulnerabilidad de toda la población, que se refiere a la menor probabilidad de consumir u obtener alimentos, dependiente también de la respuesta al riesgo que exista según la capacidad de la población y su situación. En segundo lugar, las transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales que han alterado la incidencia de los problemas nutricionales, cambios en la composición por edades, decisiones de consumo, estilos de vida y actividades, y las relaciones entre ellos, alteran las necesidades nutricionales de las personas. Se observa que en Argentina, Brasil, Chile y Jamaica la prevalencia de desnutrición global se encuentra actualmente por debajo del 2,5%, mientras que en el otro extremo está presente en más del 10% de los niños en Guyana y Haití. La desnutrición crónica es una constante en la mayoría de los países (67%), con un 10% de habitantes padeciendo la enfermedad. Tal como hay diferencias entre países, también hay desigualdades dentro de ellos. Por ejemplo, existe una marcada disparidad geográfica en la prevalencia de la desnutrición crónica en el Perú, alcanzando el 54,6% en Huancavelica y el 3% en Tacna. Estas diferencias persistieron cuando se analizaron los resultados de ENDES 2016, que mostró una prevalencia de 2,3% para Tacna y 33,4% para Huancavelica. En Ecuador también se observaron grandes diferencias en el mismo año, siendo la provincia de Chimborazo la que presenta la mayor

prevalencia de menores de edad (52,6%) y la provincia de El Oro la menor (15,2%).

Chuquimarca (2017), en el trabajo titulado “Efectos de la suplementación con micronutrientes en el estado nutricional y anemia en niños, Los Ríos-Ecuador; 2014-2015”, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la suplementación con micronutrientes en el estado nutricional y anemia de los niños; en su investigación el 57% de los niños presentaban anemia al inicio de la suplementación con micronutrientes y solo el 17% presentó anemia al final del estudio, demostrando así que mientras el usuario se comprometa, la suplementación de Micronutrientes es efectiva. Llego a la conclusión que la suplementación con micronutrientes influye positivamente en el nivel de anemia y mejora el indicador talla/edad de los niños de 6 a 59 meses de edad.

Kochik (2012), en la investigación de tesis “Budget participation in Malaysian local authorities” examina el resultado de la participación de presupuestos en el rendimiento departamental mediante la adecuación del presupuesto, el compromiso organizacional y la ambigüedad de roles; llegando a la conclusión que existe relación positiva; mostrando así que estas son variables importantes que intervienen en la relación entre la participación presupuestaria y el desempeño departamental.

Galván & Amigo (2007), en su artículo describe que en América Latina la desnutrición crónica afecta al 16% de los niños de hasta 5 años y es el total de la acumulación de una alimentación deficiente y la frecuencia de enfermedades. El objetivo de este estudio fue analizar el alcance de los proyectos destinados a desarrollar el crecimiento de los niños de al menos 5 años en América latina. Para ello se realizó una revisión bibliográfica entre 1995 a 2005 de los informes

de PUBMED, LILACS, SCIELO y organismos internacionales. Se han identificado tres tipos de programas: Transferencia Económica Condicionada (PTEC), Alimentación Complementaria (PAC) y Seguridad Alimentaria (PSA). Se reportó dificultades durante su ejecución como: los beneficiarios no permanecían dentro del tiempo prescrito y los suplementos nutricionales no eran aceptados. Los niños que se beneficiaron de PTEC lograron un crecimiento de hasta un centímetro (menores de 36 años); el PAC registró un impacto solo en los más pobres; mientras que PSA no reportó un impacto significativo. Llegando a la conclusión que la razón de que el impacto haya sido reducido es porque, para desarrollar todo el potencial de desarrollo de un niño, es necesario asegurar que las intervenciones coordinadas relacionadas con la erradicación de la pobreza actúen de acuerdo con su método de accionar. No sorprende, entonces, que los programas con mejores resultados sean aquellos que forman parte de una lucha coordinada para reducir la pobreza, tienen mayor continuidad y focalizan sus acciones en los grupos más vulnerables.

2.3.2. Antecedentes nacionales

Castillo (2021), en su trabajo de investigación “Toma de decisiones en la implementación del Programa Articulado Nutricional como Política Social desde el 2008 al 2018”; este trabajo tuvo como objetivo describir el proceso de toma de decisiones de implementación del Programa Articulado de Nutrición (PAN) como política social en el Perú de 2008 a 2018. Para ello, entrevistó a tomadores de decisiones relacionados con el PAN durante el período de investigación designado y concluyó: que el desarrollo de toma de decisiones que se da en el PAN es muy complicado y existen indicadores que influyen como: la situación social y política, el continuo desarrollo de modelos, propuestas técnicas de alta

calidad, recursos materiales, recursos financieros y recursos humanos; con lo que concluye que no existe un modelo claro de toma de decisiones.

Luya (2017), en su tesis titulada “El pim y el desempeño del Programa Articulado Nutricional, período 2011 – 2015”, teniendo como objetivo analizar la relación entre el PIM y el desempeño presupuestal, concluye que la relación entre ambos es no es significativa.

Valderrama (2017), en su tesis denominada Programa Articulado Nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses, Los Olivos, 2016; tuvo como objetivo determinar la influencia del programa articulado nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia. Concluye que la aplicación de programa no tuvo un efecto significativo en la reducción de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 36 meses, pues según encuestas a trabajadores de salud, la efectividad del programa fue moderada con un 63,9%, seguido de un 19,4% que lo calificó como bajo y solo un 16,7% lo calificó como alto.

Enríquez (2017), en su tesis denominada impacto del programa presupuestal articulado nutricional en la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el período 2012 – 2016, cuyo objetivo fue determinar el impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la desnutrición crónica infantil, halló que la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en 2016 fue de 11,8%, con una disminución de 2 puntos porcentuales con respecto a 2012, que fue de 14,0%. Se concluyó que el programa tuvo un impacto real en la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Tafur (2016), Con base en la Encuesta Demográfica de Salud de los Hogares 2008-2016, su tesis titulada "Impacto de un programa claro de nutrición en la desnutrición infantil crónica a nivel nacional", cuyo objetivo fue determinar el impacto en la desnutrición crónica infantil a nivel nacional; llegó a la conclusión de que la prevalencia de la desnutrición infantil crónica ha disminuido significativamente, y que el control del crecimiento y suplementos de hierro aumentó significativamente en niños de 6 a 35 meses, y las tasas de inmunización no disminuyeron significativamente en niños menores de 36 meses, no hubo un aumento significativo en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La desnutrición infantil crónica ha disminuido en un 15,4 % desde que se implementó el Programa Articulado Nutricional, llegando a la conclusión que existe un impacto real desde su implementación.

Junco (2015), en su tesis titulada "Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho"; cuyo objetivo fue identificar los factores que estarían limitando o contribuyendo en la efectividad del "Plan de Implementación con multimicronutrientes, dirigido a niñas y niños menores de tres años de la zona rural de Vinchos – Ayacucho; halló que el año 2014 la anemia aumento en 4 puntos porcentuales (46,4% a 50%) con respecto al año anterior; al disgregar por residencia las zonas urbanas y rurales enfrentan graves problemas de salud pública (>40%)) en el ámbito socioeconómico, el problema prevalece en el país manifestándose en todos los quintiles de la población representando así un problema de moderado a grave. Asimismo, la prevalencia de anemia en la población menor de 3 años en la provincia de Ayacucho es de 54,3% y la

prevalencia de anemia en la sierra rural del país llega a 59,2%. Concluyó que la prevalencia de anemia en el Perú es uno de los graves problemas de salud pública y atender este problema es un desafío prioritario para el sector salud.

Arámbulo (2013), En su trabajo de investigación, “Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación estado-sociedad civil en el Perú, durante el período 2000-2012”, tuvo como objetivo central realizar un análisis político institucional del Programa Articulado Nutricional en su fase de agendación (200-2007); encontró una relación entre los créditos presupuestarios asignados al Programa Articulado Nutricional y el impacto de la reducción de la desnutrición en niños menores de 5 años, además concluyó que dicho programa ayuda a reducir la desnutrición crónica infantil en el Perú a un ritmo más rápido, así como que existe una correspondencia entre la asignación de más recursos públicos al programa y su impacto en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú.

Cruzado (2012), en su artículo “Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional (PAN) sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años”, cuyo objetivo fue identificar el impacto del Programa Articulado Nutricional (PAN) sobre la desnutrición infantil a través de dos de sus principales productos: los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y las vacunas que el mismo niño recibe. Concluyo que existe una relación inversa y significativa entre la desnutrición crónica infantil y los programas del articulado nutricional en ambos diseños, por lo que sugiere que el estudio debe tener mejores criterios para que se otorgue el presupuesto en base a los resultados obtenidos.

2.3.3. Antecedentes regionales o locales

A nivel local no hay muchos trabajos reportados al respecto; solo se encontró lo siguiente:

Rimasca (2021), en la tesis denominada “Ejecución presupuestal y el cumplimiento de indicadores del Programa Articulado Nutricional (PAN) en la Unidad Ejecutora Red Salud de Abancay del 2017 al 2019”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la Ejecución Presupuestal y el cumplimiento de indicadores del Programa Articulado Nutricional (PAN); concluyo que no existe relación entre la ejecución Presupuestal y el cumplimiento de indicadores del Programa, con valor de correlación Rho. Pearson fue de 0.207, con un nivel de significancia bilateral $p=0,867 > 0.05$, de la misma forma no existe la correlación entre los indicadores del resultado final; indicador resultados intermedios y por último tampoco no existe correlación entre la ejecución presupuestal y los indicadores inmediatos del Programa Articulado Nutricional (PAN).

Mayhuire (2016), en su tesis “Evaluación del enfoque de presupuesto por resultados y su incidencia en la programación y ejecución presupuestal de la Dirección Regional de Salud Apurímac en los periodos 2014 – 2015”, tuvo como objetivo evaluar la incidencia del enfoque de Presupuesto por Resultados en la Programación y Ejecución Presupuestal de la Dirección Regional de Salud Apurímac periodos 2014 y 2015. Concluyo que los resultados encontrados muestran que existe incidencia positiva en la reducción de la desnutrición crónica ya que disminuyó en 2% en los períodos indicados; en cuanto a la relación entre la ejecución presupuestal financiera y la ejecución física de los programas fue de 100% y 86%, respectivamente; en cuanto a los lineamientos se planteó una guía

de aplicación para el monitoreo, supervisión, evaluación y control de los programas presupuestales adecuados a la realidad de la Región de Apurímac que permitirá optimizar la mejor utilización de los recursos con que cuenta esta región.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis general

Existe relación positiva entre el desempeño presupuestal del Programa Articulado Nutricional y la reducción de la desnutrición crónica infantil, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.

3.1.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

La relación entre recién nacidos, con bajo peso al nacer, con el riesgo de sufrir desnutrición crónica infantil, disminuyó, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.

Hipótesis específica 2

El porcentaje en la mejora de la alimentación y nutrición; con el riesgo de sufrir desnutrición crónica infantil, aumentó, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018.

Hipótesis específica 3

La proporción de IRAs aumentó y disminuyó las EDAs; en los niños menores de 5 años, período 2015 - 2018.

Hipótesis específica 4

Los resultados de las intervenciones efectivas de carácter preventivo fueron positivos mostrándose un aumento en vacunas completas, control del crecimiento infantil y acceso a saneamiento básico; pese a mantenerse igual el acceso a agua tratada, período 2015 - 2018.

Hipótesis específica 5

La ejecución presupuestal, del período 2015 - 2018, fue buena; habiendo aumentado la asignación de recursos al Programa Articulado Nutricional que permitió la reducción de la desnutrición crónica infantil.

3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

3.2.1 Variables

Variable dependiente:

1. Desnutrición crónica infantil.

Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica infantil período 2015 - 2018.

Variables Independientes:

1. Bajo peso al nacer

Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Porcentaje de gestantes con suplemento de hierro.

2. Alimentación y nutrición

Porcentaje de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva.

Porcentaje de menores de 36 meses con suplemento de hierro.

Porcentaje de menores de 36 meses de edad con anemia.

3. EDAs e IRAs

Proporción de menores de 36 meses con IRAs.

Proporción de menores de 36 meses con EDAs.

4. Prevención y promoción

Porcentaje de menores con vacunas completas.

Porcentaje de menores de 36 meses con controles de crecimiento.

Porcentaje de hogares con acceso a agua tratada.

Porcentaje de hogares con saneamiento básico.

5. Financiamiento del Programa Articulado Nutricional

Porcentaje de ejecución presupuestal por fuente de financiamiento período 2015 - 2018.

Porcentaje de ejecución presupuestal por rubros presupuestales en el período 2015 - 2018.

Porcentaje de ejecución presupuestal por producto del Programa Articulado Nutricional según fuente de financiamiento en el período 2015 - 2018.

3.3.2. Operacionalización de variables

TABLA 01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA | DIMENSIONES | INDICADORES |
|--|--|---|--|---|
| Variable Dependiente: Desnutrición crónica infantil. | Estado en el cual niños y niñas tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia. | La desnutrición crónica afecta el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños, por lo que es considerada un indicador resumen de desarrollo humano. | Desnutrición crónica infantil. | a. Porcentaje de menores de 5 años con Desnutrición crónica infantil. |
| Variables Independientes: Bajo peso al nacer | Definido como el peso inferior a los 2,5 kilos en el momento del nacimiento, es un factor de riesgo que incrementa las probabilidades de morir en los primeros años de vida. | Para reducir la incidencia del bajo peso al nacer el estado plantea estrategias preventivas que incluyen al neonato y la madre. | Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer. | a. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer. b. Porcentaje de gestantes con suplemento de hierro. |
| Alimentación y nutrición | La alimentación es la actividad mediante la que tomamos una serie de sustancias necesarias para poder nutrirnos. La nutrición se refiere a los nutrientes que componen los alimentos, e implica los procesos que suceden en tu | Un niño con una buena alimentación y nutrición tiene menos posibilidades de sufrir: trastornos nutricionales, para esto el estado ha evaluado y formulado políticas públicas dirigidas a la Índice de | Estrategias de alimentación y nutrición. | a. Porcentaje de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva. b. Porcentaje de menores de 36 meses con suplemento de hierro. c. Porcentaje de menores de 36 meses de edad con anemia. |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | cuerpo después de que ingieres un alimento. | evolución en mejora de la alimentación y nutrición. | | |
| IRAs y EDAs | Las IRAs y EDAs son las infecciones que más se relacionan con el menor de 5 años y las que se relacionan principalmente con una deficiente higiene, factores socioeconómicos desventajosos y la falta de conocimiento de los padres. | Para reducir la morbilidad y mortalidad de IRAs y EDAs se plantearon estrategias preventivas como la vacunación e intervenciones dirigidas a la población infantil afectada. | Proporción e impacto de las IRAs y EDAs. | a. Porcentaje de menores de 36 meses con IRAs. b. Porcentaje de menores de 36 meses con EDAs. |
| Prevención y promoción | La Promoción y prevención de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva | Las intervenciones efectivas dirigidas a prevenir la DCI incluyen: promoción de lactancia materna, vigilancia del crecimiento del niño, promoción de alimentación complementaria adecuada y saneamiento básico. | Estrategias preventivo promocionales. | a. Porcentaje de menores con vacunas completas. b. Porcentaje de menores de 36 meses con controles de crecimiento. c. Porcentaje de hogares con acceso a agua tratada. d. Porcentaje de hogares con saneamiento básico. |
| Financiamiento del Programa Articulado Nutricional | El financiamiento es un instrumento de gestión consistente en otorgar un monto de dinero para cumplir metas establecidas dentro del Programa Articulado Nutricional. | El financiamiento del Programa Articulado Nutricional está orientado a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. | Desempeño presupuestal. | a. Porcentaje de ejecución presupuestal por fuente de financiamiento. b. Porcentaje de ejecución presupuestal por rubros presupuestales. c. Porcentaje de ejecución presupuestal por producto del Programa Articulado |

Nutricional según fuente de
financiamiento.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. **Ámbito de estudio: localización política y geográfica**

El estudio se realizará; en la región Apurímac su capital es Abancay y su ciudad más poblada, Andahuaylas. Está ubicado al centro sur del país, en la región andina limitando al Norte y Este con Cuzco, al Sur con Arequipa y al Oeste con Ayacucho. Con 20,896 km² es el quinto departamento menos extenso. Apurímac está situado en el sector Sureste de los Andes centrales, la altitud promedio de la región es de 2,900 msnm.

FIGURA 04
UBICACIÓN GEOGRÁFICA

| SUS COORDENADAS SON: | | | |
|----------------------|--------|---------|----------|
| | GRADOS | MINUTOS | SEGUNDOS |
| Longitud: SUR | 13° | 10' | |
| Meridianos: | 73° | 45' | 20 |
| Longitud: OESTE | 73° | 50' | 44,5 |

Fuente: Elaboración propia.

Geológicamente se encuentra en la vertiente oriental de los Andes. Su territorio es uno de los más abruptos del país. Comprende siete provincias: Andahuaylas, Abancay, Aymaraes, Antabamba, Chincheros, Grau y Cotabambas. Con una demografía de 449,365 habitantes. Su principal actividad económica es la agricultura, servicios y una creciente actividad minera.

4.2. **Tipo y nivel de investigación**

El presente trabajo es un estudio de tipo básica, ya que no tiene propósitos aplicativos inmediatos, pues solo busca ampliar, profundizar el conocimiento

científico existente y busca recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento teórico y científico. (Carrasco, 2005)

De nivel descriptivo y explicativo; (Hernández & Fernández, 1991) mencionan que los estudios descriptivos buscan especificar las características, procesos, objetivos, etc. De los fenómenos que se sometan a un análisis. Para (Valderrama, 2002) los estudios descriptivos requieren de conocimientos sobre el área para poder formular las preguntas que se buscan responder; este tipo de estudios ofrecen la posibilidad de predicciones y miden las condiciones existentes que se relacionan con un hecho y si este ha sido influenciado o afectado. La investigación explicativa nos permite conocer por que un hecho o fenómeno de la realidad tiene tales y cuales características, cualidades, propiedades, etc., en síntesis, porque la variable en estudio es como es. En este nivel el investigador conoce y da a conocer las causas o factores que han dado origen al hecho o fenómeno en estudio. (Carrasco, 2005)

Diseño cuantitativo (no experimental); ITSON (2022) refiere que este tipo de diseño se basa en un pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para responder preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Además, confía en el uso frecuente de estadísticas para establecer patrones de comportamiento en una población. (Hernández & Fernández, 1991) describe a la investigación no experimental como aquella en la que no se manipulan las variables deliberadamente; lo que hacemos es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después describirlos y analizarlos.

La presente tesis describe y analiza la influencia del Programa Articulado Nutricional en la reducción de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en la región Apurímac durante el período, 2015-2018; la cual tiene como

finalidad la resolución de problemas concernientes a la desnutrición crónica infantil; para lo cual se usó la recolección de datos en base a la medición numérica y análisis estadístico; para poder establecer patrones de comportamiento en la población estudiada; abordando así rasgos importantes del fenómeno que se analizó, donde se midió con precisión las condiciones existentes que se relacionan con el fenómeno estudiado y como este ha sido influenciado o afectado.

4.3. Unidad de análisis

Corresponde a la ejecución del Programa Articulado Nutricional a través de la DIRESA en la región Apurímac en la búsqueda de la disminución de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años durante el período 2015 – 2018. La unidad de análisis se basa en relación a los resultados reportados por el INEI a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y el Ministerio de Economía y Finanzas.

4.4. Población de estudio

La población de estudio fueron todos los niños menores de 5 años comprendidos en la Región Apurímac según el INEI durante el período de 2015 al 2018; estos nos servirán para evaluar la base que ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) nos proporciona en cada uno de los indicadores del Programa Articulado Nutricional en nuestra Región.

TABLA 02
POBLACIÓN DE ESTUDIO

| AÑO | POBLACIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS |
|------------|---------------------------------------|
| 2015 | 50 317 |
| 2016 | 49 572 |
| 2017 | 48 780 |

| | |
|--------------|----------------|
| 2018 | 47 961 |
| TOTAL | 196 630 |

Fuente: INEI

4.5. Tamaño de muestra

Se trabajo con la totalidad de la población comprendida de menores de 5 años de la región de Apurímac durante el período 2015 - 2018 intervenida en los estudios desarrollados por INEI en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

4.6. Técnicas de selección de muestra

Por el tipo de investigación en la muestra se incluyen todos los niños participantes en los estudios desarrollados por INEI a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), durante el período 2015 - 2018 para la evaluación del Programa Articulado Nutricional y sus productos.

4.7. Técnicas de recolección de información

(Hernández & Fernández, 1991) señalan que recolectar datos consiste en elaborar un plan de tallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un fin específico, Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan las variables que el investigador tiene en mente capturar sobre el fenómeno estudiado. Bostwick y Kyte (2005) señalan que la función de la medición es establecer una correspondencia entre el "mundo real" y el "mundo conceptual". El primero provee evidencia Empírica, el segundo proporciona modelos teóricos para encontrar sentido a ese segmento del mundo real que estamos tratando de describir. En toda investigación cuantitativa aplicamos un instrumento para medir las variables contenidas en las

hipótesis (y cuando no hay hipótesis simplemente para medir las variables de interés).

Para la recolección de información se utilizó el registro de los diferentes productos e intervenciones del Programa Articulado Nutricional que serán analizados de acuerdo a los resultados obtenidos por INEI a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que recoge información en el marco del enfoque del presupuesto por resultados (PpR) que permite el monitoreo y evaluación de la gestión presupuestaria a nivel de sectores. Así mismo se trabajó con los reportes obtenidos del portal amigable del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), analizando el presupuesto asignado al programa, avance de ejecución de gasto por genérica y fuente de financiamiento durante el período 2015 – 2018. Para así poder realizar un análisis fehaciente con la población afectada contrastando así la gestión presupuestaria con la reducción de la desnutrición crónica infantil en la región de Apurímac.

4.8 Técnicas de análisis e interpretación de la información.

Hernández & Fernández (1991), menciona que una vez que los datos se han codificado, transferido a una matriz, guardado en un archivo y "limpiado" de errores, el investigador procede a analizarlos. En la actualidad, el análisis cuantitativo de los datos se lleva a cabo en una computadora u ordenador. Ya nadie lo hace de forma manual, en especial si hay un volumen considerable de datos. Por ello, se centra en la interpretación de los resultados de los métodos de análisis cuantitativo y no en los procedimientos de cálculo.

La información obtenida durante la recolección de datos y análisis se procesó en el programa Microsoft Excel, lo cual permitió obtener las tablas y figuras para ser analizados y posterior interpretación utilizando para ello la información recabada en el estudio; lo que nos permitió visualizar la eficiencia y eficacia del Programa

Articulado Nutricional en la disminución de la desnutrición crónica infantil; en la región Apurímac, lo que nos permitió consolidar y visualizar las coincidencias, así como las diferencias existentes durante el período 2015 -2018.

4.9 Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas

Para demostrar las hipótesis propuestas nos basamos en los resultados obtenidos, haciendo un análisis y posterior descripción.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

TABLA 03

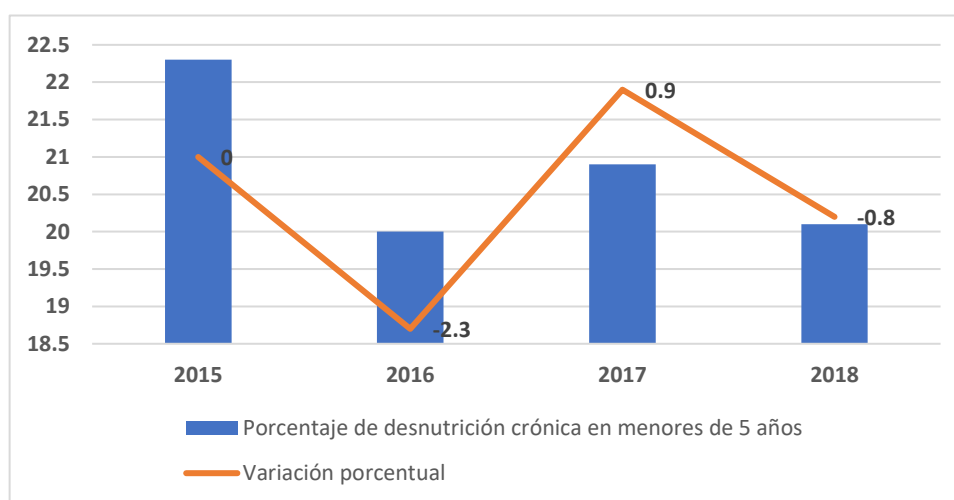
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | INDICE DE EVOLUCIÓN (%) | DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------------|---|--------------------------------|--|---------------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 22.3 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 20.0 | -2.3 |

| | | | | |
|------|-------|----|------|------|
| 2017 | 48780 | 97 | 20.9 | 0.9 |
| 2018 | 47961 | 95 | 20.1 | -0.8 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

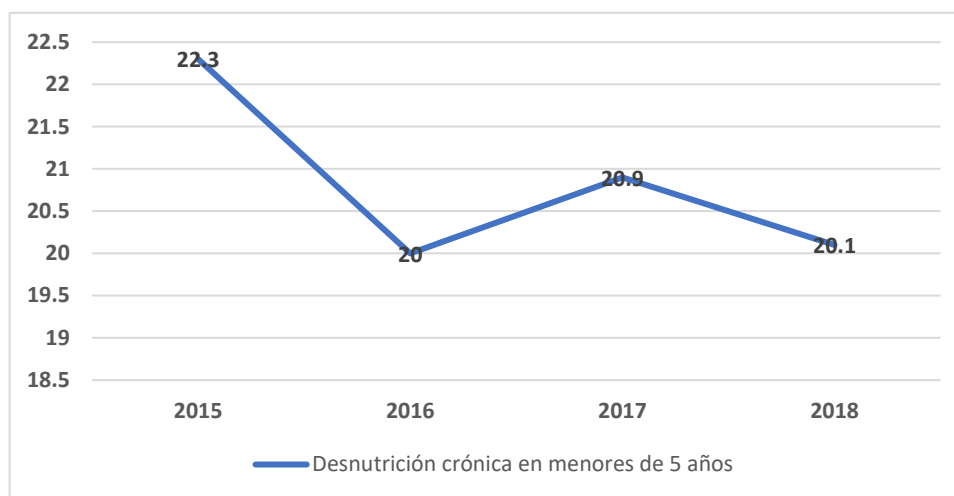
GRÁFICO 01
VARIACIÓN PORCENTUAL DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES
DE 5 AÑOS, PERÍODO 2015 – 2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 01; nos muestra la variación porcentual de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años período 2015 - 2018, observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 2,3%; del 2016 al 2017 hubo un aumento del 0,9% y del 2017 al 2018 disminuyó en un 0,8%.

GRÁFICO 02
PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS,
PERÍODO 2015 – 2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 02; nos muestra que el año 2018 el porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años fue de 20,1% disminuyendo en un 2,2% en comparación con el año 2015 que fue de 22,3%; lo que nos indicaría que el PAN tiene un impacto positivo; Apurímac se encuentra por encima del promedio nacional de 12,2%; lo que nos indica que es una enfermedad que persiste en la región.

Según UNICEF, Entre 2000 y 2018, el Perú redujo la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de 37,4% a 12,2%.

INEI (2018), menciona que el 2018 la desnutrición crónica afectó al 12,2% de niñas y niños menores de 5 años de edad a nivel nacional; según área de residencia, esta afectó en mayor proporción al área rural (25,7%) y al área urbana (7,3%). Los departamentos con mayor porcentaje al 2018 son: Loreto (20,0%), Huánuco (22,4%), Huancavelica (32,0%), Cajamarca (27,4%), Ayacucho (20,2%) y Amazonas (20,4%).

TABLA 04

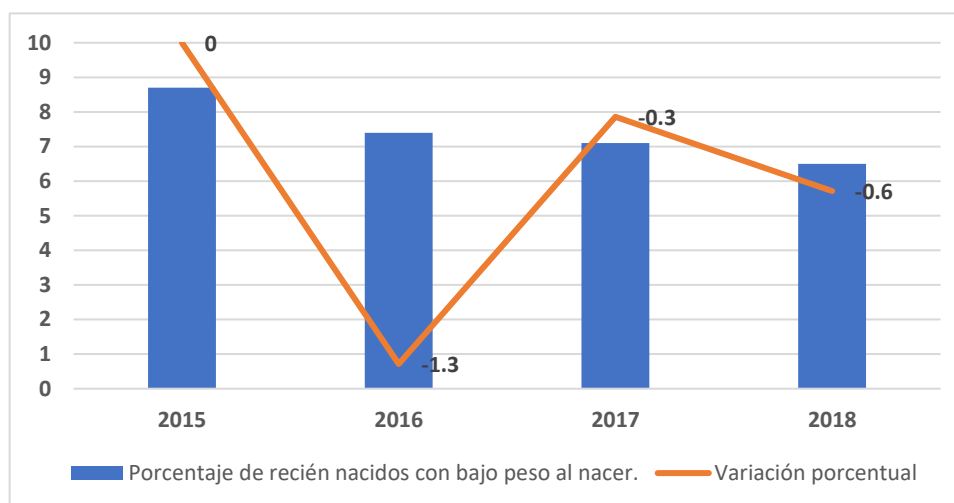
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|---|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 8.7 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 7.4 | -1.3 |
| 2017 | 48780 | 97 | 7.1 | -0.3 |
| 2018 | 47961 | 95 | 6.5 | -0.6 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

GRÁFICO 03

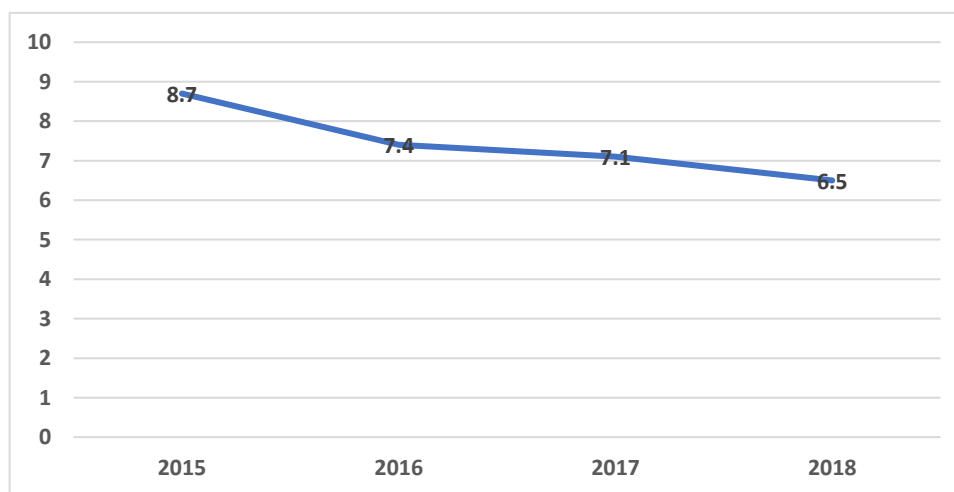
VARIACIÓN PORCENTUAL DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER, PERÍODO 2015 – 2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 03; nos muestra la variación porcentual de recién nacidos con bajo peso al nacer período 2015 - 2018, observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 1,3%; del 2016 al 2017 hubo una disminución de 0,3% y del 2017 al 2018 disminuyó en un 0,6%.

GRÁFICO 04
PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER,
PERÍODO 2015 – 2018



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 04; nos muestra que el 2018 el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer fue de 6,5% disminuyendo en 2,2% en comparación con el año 2015 que fue de 8,7%; los valores obtenidos nos demuestran que se encuentra por debajo del promedio nacional (7,3%). Se debe identificar y controlar los factores que determinan el bajo peso al nacer.

La Organización Mundial de la Salud conceptualiza el “bajo peso al nacer” al hecho que el recién nacido pese menos de 2500 g, y define como un problema de salud pública en diferentes países.

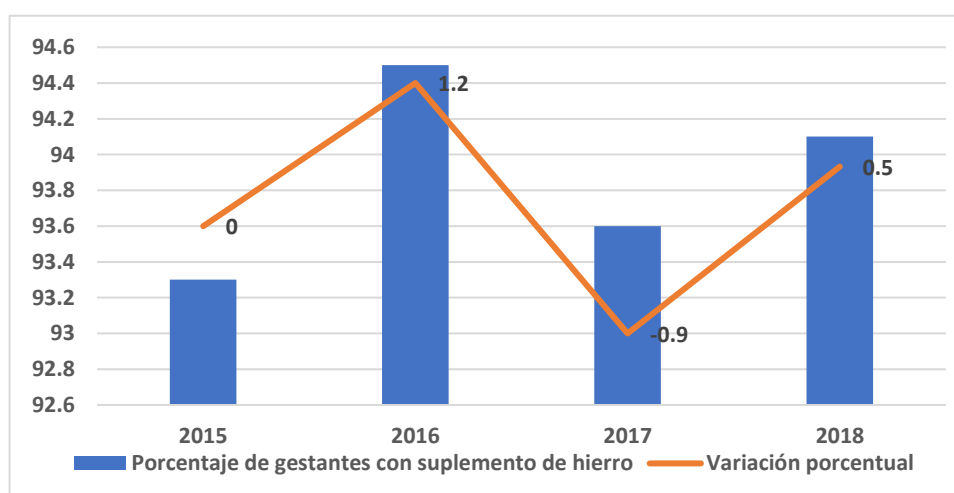
(INEI., 2018) menciona que la morbilidad y mortalidad infantil están asociados al peso del recién nacido , asimismo, es uno de los determinantes del buen crecimiento y desarrollo y, permite evaluar las posibilidades de supervivencia del recién nacido/a y de las condiciones de la madre; el 2018 a nivel nacional representan entre el 7,3% del total de nacimientos; para el mismo año los departamentos con mayor proporción de bajo peso al nacer fueron Pasco (11,3%), Cajamarca (9,8%), Loreto (11,0%), Amazonas (8,3%) y Junín (9,6%).

TABLA 05
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE
GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|--|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 93.3 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 94.5 | 1.2 |
| 2017 | 48780 | 97 | 93.6 | -0.9 |
| 2018 | 47961 | 95 | 94.1 | 0.5 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

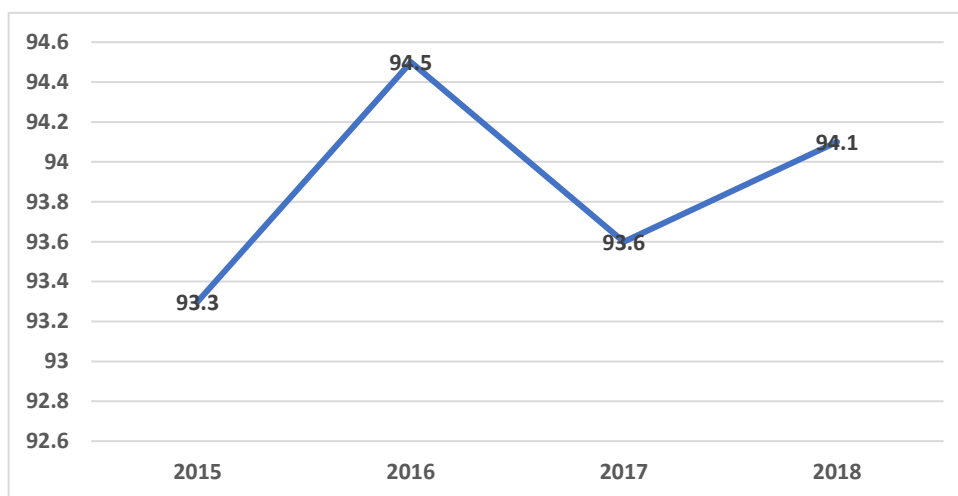
GRÁFICO 05
VARIACIÓN PORCENTUAL DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE
HIERRO, PERÍODO 2015 – 2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 05; nos muestra la variación porcentual de gestantes con suplemento de hierro período 2015 - 2018, observamos que del año 2015 al 2016 hubo un aumento de 1,2%; del 2016 al 2017 hubo una disminución de 0,9% y del 2017 al 2018 aumentó en un 0,5%.

GRÁFICO 06
PORCENTAJE DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO,
PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 06; nos muestra que el 2018 el porcentaje de gestantes con suplemento de hierro fue de 94,1% aumentando en 0,8% en comparación con el año 2015 que fue de 93,3%; se observa que la región se encuentra dentro del promedio nacional; lo que indica que el aumento es de forma notoria en este grupo.

(UNICEF., 2011) indica que más de 40,0% de las embarazadas en el mundo sufren de anemia esto se atribuye en principio a la deficiencia de hierro.

(INEI., 2018), señala que el porcentaje de gestantes con suplemento de hierro a nivel nacional el año 2018 fue de 94,5%; siendo Ucayali (98,5%), Tumbes (98,9%), San Martín (97,0%), Piura (97,9%) y Loreto (96,6%); los departamentos con mayores porcentajes de suplementación de hierro en gestantes.

(MINSa, 2012) en nuestro país, veintiocho de cada cien mujeres gestantes tienen problemas de anemia, a consecuencia de la mala alimentación, en la sierra se registran mayores casos de anemia, siendo los departamentos de

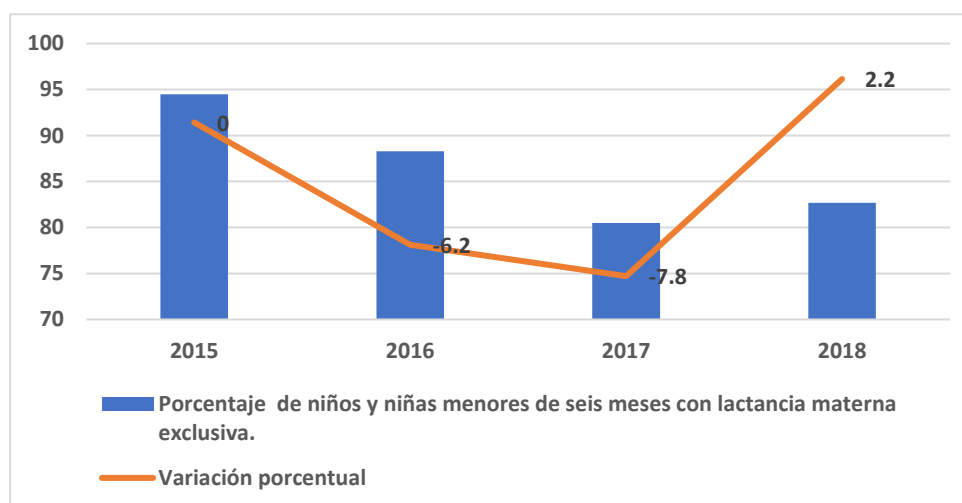
Huancavelica con 53,6%, Puno con 51,0%, Ayacucho con 46,2% y Apurímac con 40,8%; los departamentos que ocupan los primeros lugares.

TABLA 06
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|--|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 94.5 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 88.3 | -6.2 |
| 2017 | 48780 | 97 | 80.5 | -7.8 |
| 2018 | 47961 | 95 | 82.7 | 2.2 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

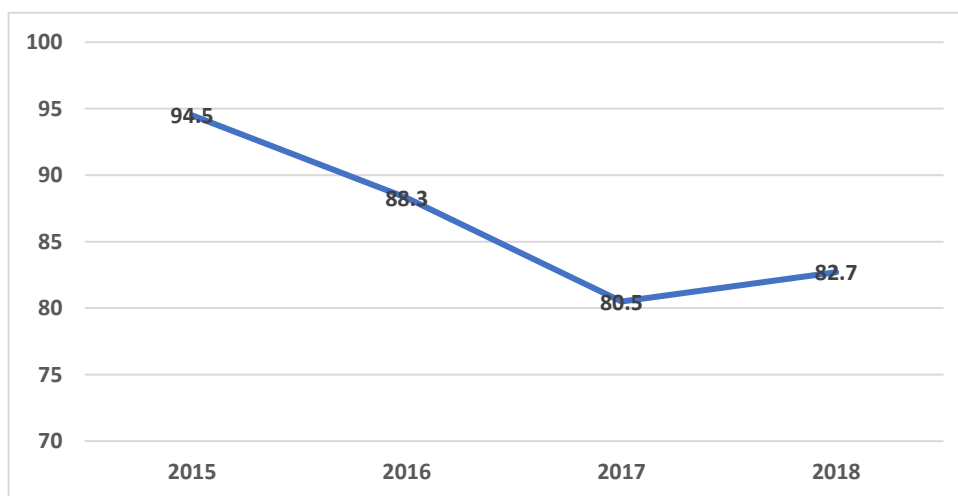
GRÁFICO 07
VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 07; nos muestra la variación porcentual de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva período 2015 - 2018, observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 6,2%; del 2016 al 2017 hubo una disminución de 7,8% y del 2017 al 2018 aumentó en un 2,2%.

GRÁFICO 08
PORCENTAJE DE MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 08; nos muestra que el 2018 el porcentaje de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva fue de 82,7% disminuyendo en 11,8% en comparación con el 2015 que fue de 94,5%, la región de Apurímac se encuentra por encima del promedio nacional (66,4%). Lo encontrado nos demuestra que falta implementar prácticas adecuadas de lactancia materna dirigidas hacia las madres lactantes

(UNICEF., 2011) En el mundo, solo el 43,0 % de los recién nacidos adquieren alimento directo de la madre y el 53,0% restante, que no recibe alimento directo de la madre, adquieren mayores probabilidades de enfermarse.

(INEI., 2018) menciona que el desarrollo de la niña o niño está estrechamente vinculado con la nutrición y la salud infantil, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más, se registró en el país para el año 2018 que el 66,4% de niñas y niños menores de seis meses tuvieron lactancia materna exclusiva, siendo Loreto (89,4%), Huancavelica (89,9%), Cajamarca (82,5%) y Ayacucho

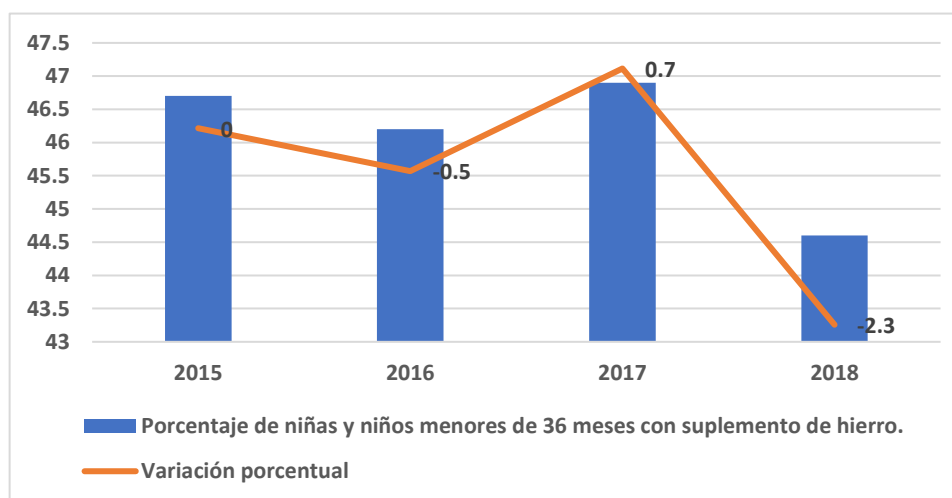
(80,7%) los departamentos con mayores porcentajes de menores con lactancia materna.

TABLA 07
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | INDICE DE EVOLUCIÓN (%) | MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|--|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 46.7 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 46.2 | -0.5 |
| 2017 | 48780 | 97 | 46.9 | 0.7 |
| 2018 | 47961 | 95 | 44.6 | -2.3 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

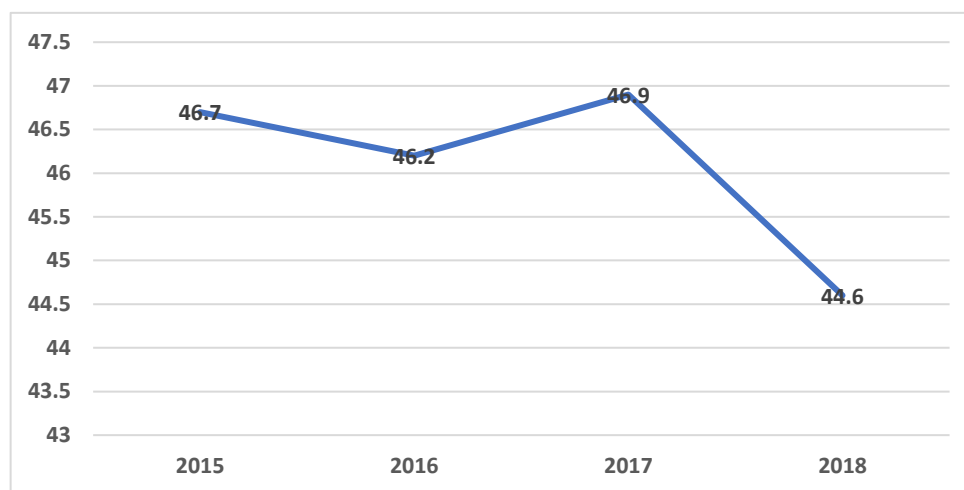
GRÁFICO 09
VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 09; nos muestra la variación porcentual de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva período 2015 - 2018, observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 0,5%; del 2016 al 2017 hubo un aumento de 0,7% y del 2017 al 2018 disminuyó en un 2,3%.

GRÁFICO 10
PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE
HIERRO, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 10; nos muestra que el 2018 el porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses con suplemento de hierro fue de 44,6% disminuyendo en 2,1% en comparación con el año 2015 que fue de 46,7%; la región se encuentra por encima del promedio nacional (31,3%). Lo hallado nos demuestra que falta establecer medidas adecuadas para la suplementación de hierro en niños menores de 36 meses.

(INEI., 2018), señala que el porcentaje de niños con suplemento de hierro el año 2018 fue de 31,3%; siendo Tumbes (39,2%), Piura (38,6%), Huancavelica (44,6%), Ayacucho (40,0%) y Apurímac (44,6%); los departamentos con mayores porcentajes de suplementación de hierro.

(MINSa, 2016), la anemia por deficiencia de hierro se debe a un bajo consumo de alimentos ricos en este mineral, el 90,0 % de los niños no lo consumen. Por ende, se requieren los suplementos de hierro, se informó que en el año 2018 el 31,3% de niños recibieron el suplemento de hierro a nivel nacional.

TABLA 08

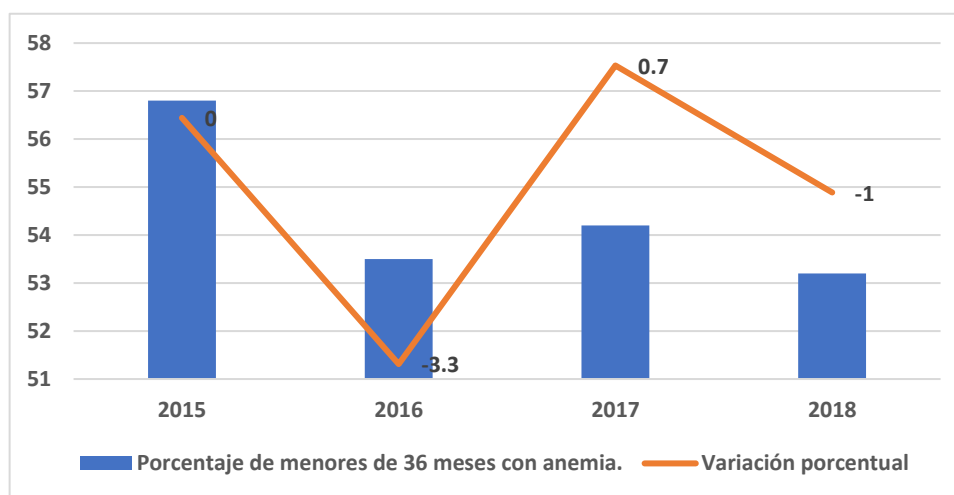
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 56.8 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 53.5 | -3.3 |
| 2017 | 48780 | 97 | 54.2 | 0.7 |
| 2018 | 47961 | 95 | 53.2 | -1.0 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

GRÁFICO 11

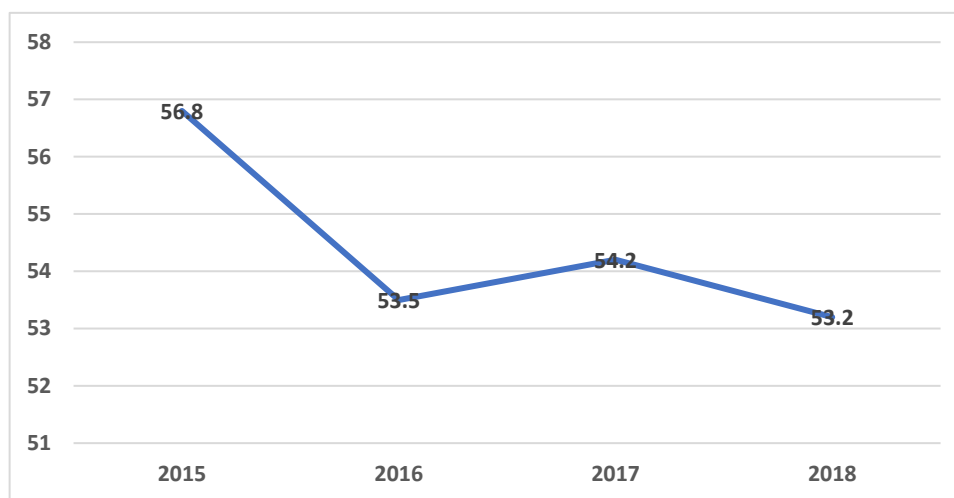
VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA, PERÍODO 2015 -2018



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 11; nos muestra la variación porcentual de menores de 36 meses con anemia período 2015 - 2018, observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 3,3%; del 2016 al 2017 hubo un aumento de 0,7% y del 2017 al 2018 disminuyó en un 1,0%.

GRÁFICO 12
PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA, PERÍODO 2015
-2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 12; nos muestra que el 2018 el porcentaje de niños menores de 36 meses con anemia fue de 53,2% disminuyendo en 3,6% en comparación con el año 2015 que fue de 56,8%; la región de Apurímac se encuentra por encima del promedio nacional (43,5%). La incidencia de la anemia en nuestra región durante los primeros años de vida esta relacionado directamente con la desnutrición infantil.

La OMS en el Perú determina la anemia como problema de salud pública grave. En nuestro país, Se calcula que existen 620 mil niños anémicos, y que esta tiene una relación con la desnutrición infantil.

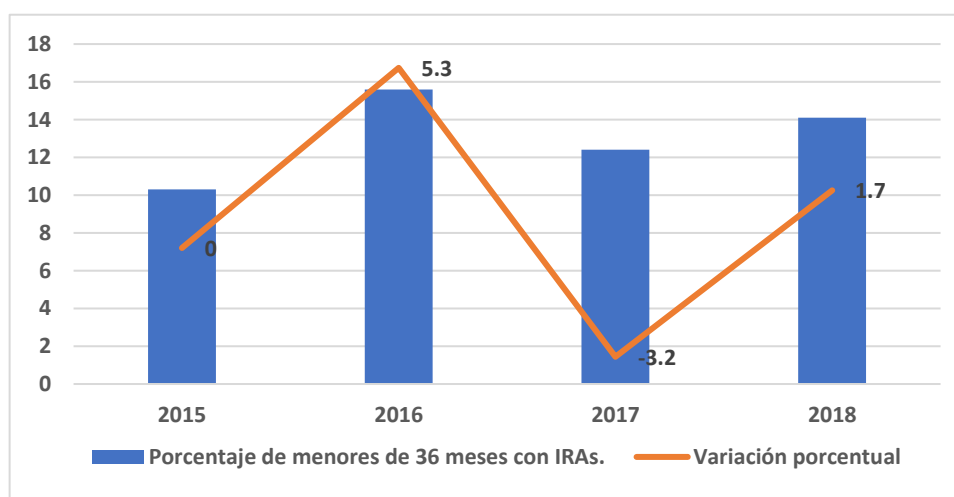
(INEI., 2018)menciona que el 43,5% de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad al 2018 sufren de anemia, siendo los departamentos de Puno (67,7%), Pasco (58,7%), Loreto (57,4%), Junín (57,0%) y Huancavelica (55,8%) los departamentos con mayores prevalencias.

TABLA 09
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE
MENORES DE 36 MESES CON IRAs, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | MENORES DE 36 MESES CON IRAs (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 10.3 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 15.6 | 5.3 |
| 2017 | 48780 | 97 | 12.4 | -3.2 |
| 2018 | 47961 | 95 | 14.1 | 1.7 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

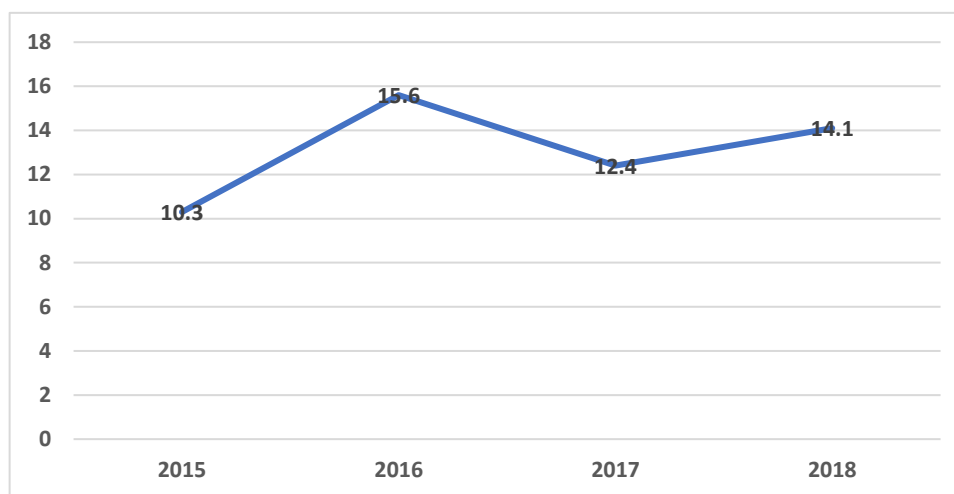
GRÁFICO 13
VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON IRAs,
PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 13; nos muestra la variación porcentual de menores de 36 meses con IRAs, período 2015 – 2018 observamos que del año 2015 al 2016 hubo un aumento de 5,3%; del 2016 al 2017 hubo una disminución de 3,2% y del 2017 al 2018 aumentó en un 1,7%.

GRÁFICO 14
PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON IRAs, PERÍODO 2015 - 2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 14; nos muestra que el 2018 el porcentaje de menores de 36 meses con IRAs fue de 14,1% aumentando en 3,8% en comparación con el año 2015 que fue de 10,3%; la región Apurímac se encuentra por debajo del promedio nacional (15,3%). Es necesario saber cuáles son los factores asociados a esta enfermedad para elaborar acciones que ayuden a reducir su proporción ya que vemos que en la región va en aumento.

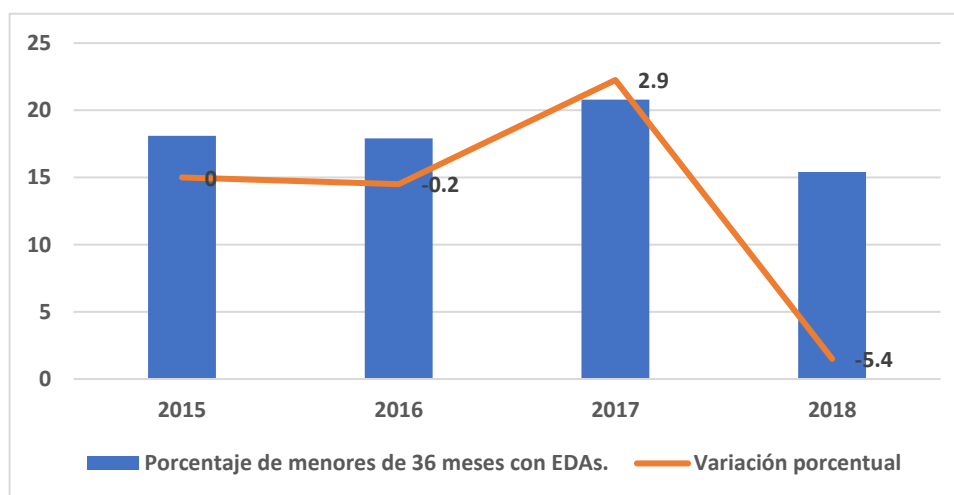
(INEI., 2018) menciona que las infecciones respiratorias agudas (IRAs) han sido una de las principales causas de mortalidad de la niñez; a nivel nacional se reporta el 15,3% en el 2018, destacando regiones como: Tumbes (20,6%), Loreto (25,2%), Ancash (20,8%), San Martín (22,4%) y La Libertad (17,8%).

TABLA 10
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE
MENORES DE 36 MESES CON EDAs, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | MENORES DE 36 MESES CON EDAs (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 18.1 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 17.9 | -0.2 |
| 2017 | 48780 | 97 | 20.8 | 2.9 |
| 2018 | 47961 | 95 | 15.4 | -5.4 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

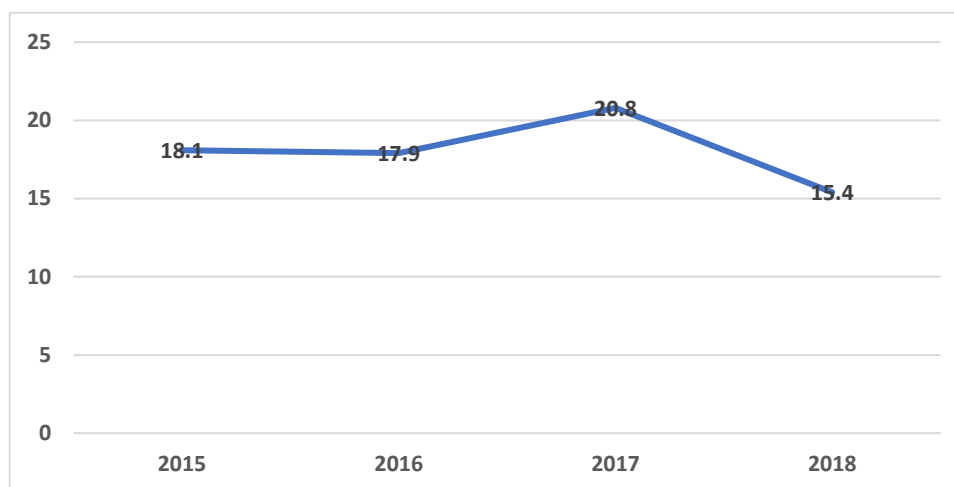
GRÁFICO 15
VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON EDAs,
PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 15; nos muestra la variación porcentual de menores de 36 meses con EDAs, período 2015 – 2018 observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 0,2%; del 2016 al 2017 hubo un aumento de 2,9% y del 2017 al 2018 disminuyó en un 5,4%.

GRÁFICO 16
PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON EDAs, PERÍODO 2015 - 2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 16; nos muestra que el 2018 el porcentaje de menores de 36 meses con EDAs fue de 15,4% disminuyendo en 2,7% en comparación con el año 2015 que fue de 18,1%; encontrándose por encima del promedio nacional (14,1%); en la región debemos de seguir impulsando las medidas que ayuden a contribuir con su reducción.

(INEI., 2018) las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), sigue siendo una causa importante de mortalidad en la niñez, la cual está asociado a diversos factores como la capacidad económica que está ligeramente asociada con la prevalencia de la diarrea, se reporta que, en el 2018 a nivel nacional, la prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de 36 meses fue de 14,1%. Así mismo tenemos regiones con mayor índice como: Loreto (24,3%), San Martín (20,8%), Ancash (18,6%), y Ayacucho (18,3%).

TABLA 11

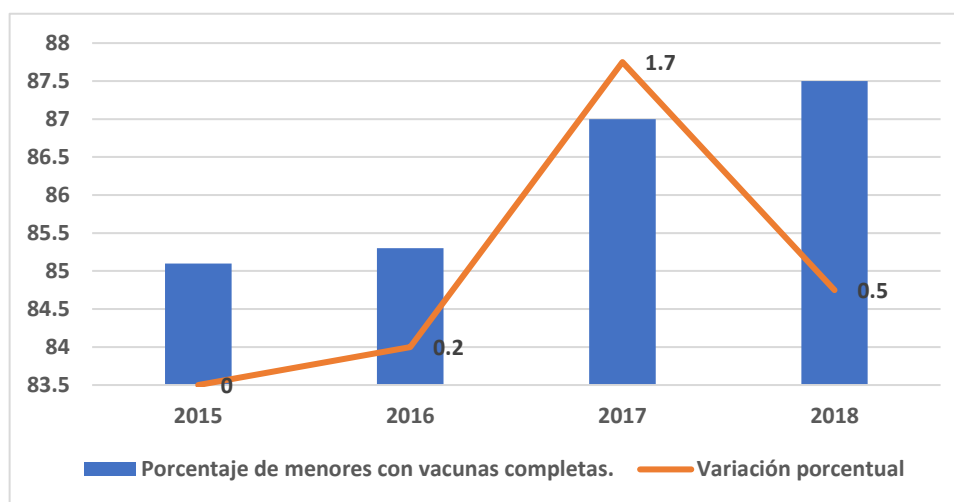
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE MENORES CON VACUNAS COMPLETAS, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS COMPLETAS (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|---|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 85.1 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 85.3 | 0.2 |
| 2017 | 48780 | 97 | 87 | 1.7 |
| 2018 | 47961 | 95 | 87.5 | 0.5 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

GRÁFICO 17

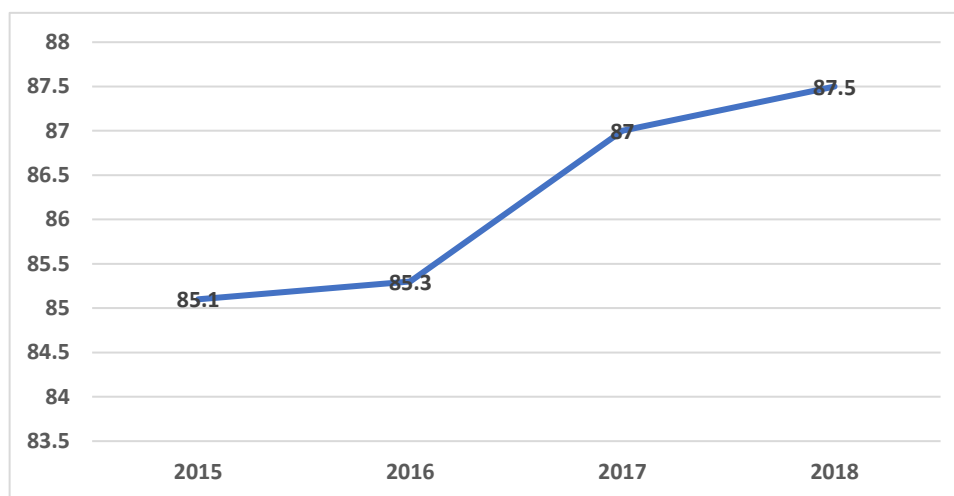
VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES CON VACUNAS COMPLETAS, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 17; nos muestra la variación porcentual de menores con vacunas completas, período 2015 – 2018 observamos que del año 2015 al 2016 hubo un aumento de 0,2%; del 2016 al 2017 hubo un aumento de 1,7% y del 2017 al 2018 aumentó en un 0,5%.

GRÁFICO 18
PORCENTAJE DE MENORES CON VACUNAS COMPLETAS, PERÍODO
2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 18; nos muestra que el 2018 el porcentaje de menores con vacunas completas fue de 87,5% aumentando en 2,4% en comparación con el año 2015 que fue de 85,1%; observamos que la región se encuentra por encima del promedio nacional (76.3%). En nuestra región se debe seguir impulsando la estrategia de inmunizaciones para alcanzar un nivel de cobertura mayor.

(MINSA, 2016) indica que, a nivel mundial, se estima que las inmunizaciones previenen cerca de tres millones de muertes infantiles cada año. Las vacunas básicas completas para niñas y niños menores de 36 meses de edad, comprenden una dosis de BCG, tres dosis de Pentavalente, tres dosis contra la Poliomiélitis y una dosis contra el Sarampión.

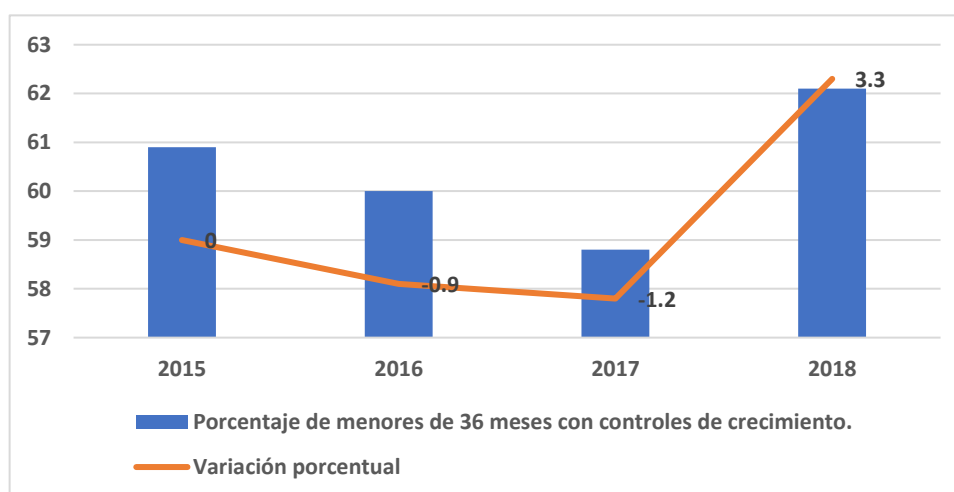
(INEI., 2018) El porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas básicas completas a nivel nacional el año 2018 fue de 76,3%. Así mismo tenemos regiones con mayor índice como: Huánuco (84,5%), Junín (84,1%), Ancash (86,9%), Tacna (86,4%) y Tumbes (86,0 %).

TABLA 12
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE
MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO, PERÍODO
2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | ÍNDICE DE EVOLUCIÓN (%) | MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|--|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 60.9 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 60 | -0.9 |
| 2017 | 48780 | 97 | 58.8 | -1.2 |
| 2018 | 47961 | 95 | 62.1 | 3.3 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

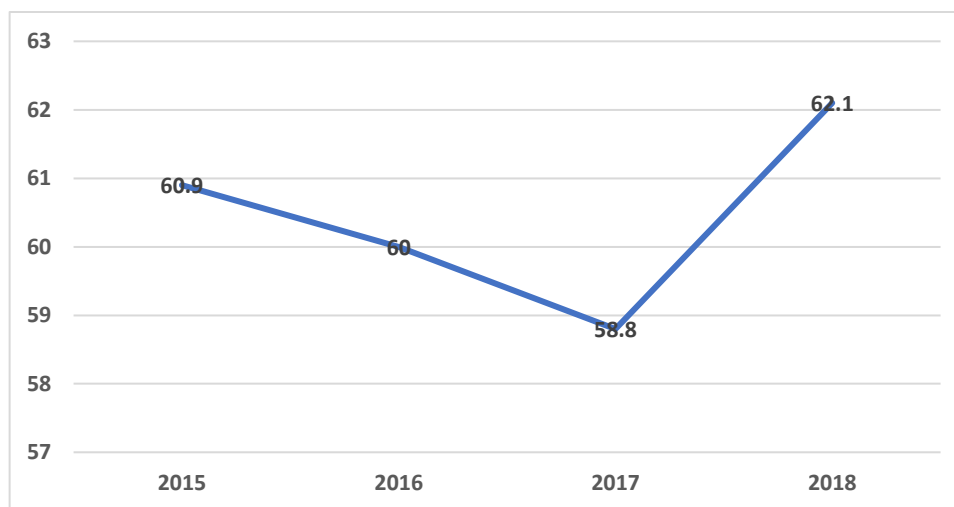
GRÁFICO 19
VARIACIÓN PORCENTUAL DE MENORES DE 36 MESES CON
CONTROLES DE CRECIMIENTO, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 19; nos muestra la variación porcentual de menores de 36 meses con controles de crecimiento, período 2015 – 2018 observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 0,9%; del 2016 al 2017 disminuyó 1,2% y del 2017 al 2018 aumentó en un 3,3%.

GRÁFICO 20
PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE
CRECIMIENTO, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 20; nos muestra que el 2018 el porcentaje de menores de 36 meses con controles de crecimiento fue de 62,1% aumentando en 1,2% en comparación con el año 2015 que fue de 60,9%; observamos que la región se encuentra por encima del promedio nacional (61,0%). Se muestra que hubo un incremento relevante, pero que aún requieren de un mayor incremento de su cobertura, dando mayor énfasis a la calidad de la prestación.

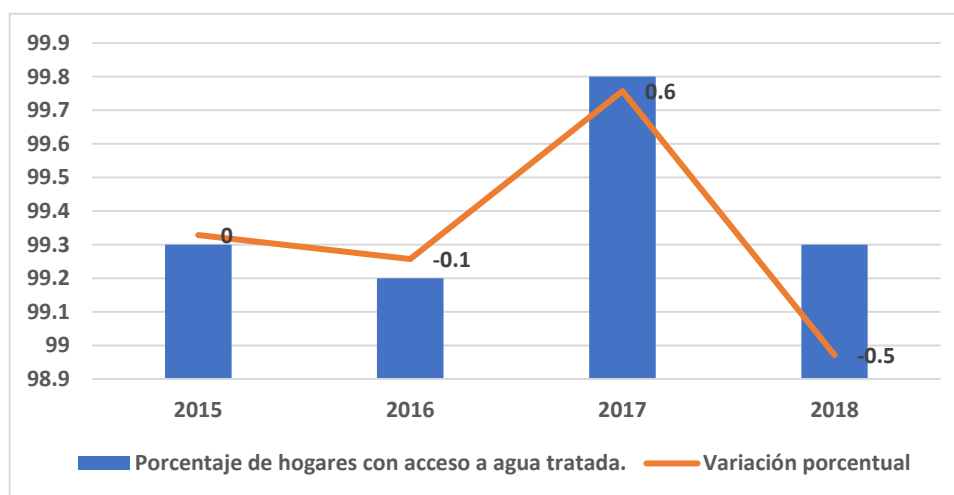
(INEI., 2018) menciona que el control de crecimiento y desarrollo (CRED), son actividades llevada a cabo por el personal de salud con el fin de evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, para poder prevenir riesgos, trastornos y enfermedades a tiempo. Se registra que en el 2018 el 61,0 % de los niños menores de 3 años tuvieron controles de crecimiento y desarrollo (CRED). Así mismo las regiones que presentan mayor promedio son: Huancavelica (75,1%), Moquegua (72,2%), Amazonas (73,5%), San Martín (74,2%) y Tacna (75,1%).

TABLA 13
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE
HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | INDICE DE EVOLUCIÓN (%) | HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 99.3 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 99.2 | -0.1 |
| 2017 | 48780 | 97 | 99.8 | 0.6 |
| 2018 | 47961 | 95 | 99.3 | -0.5 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

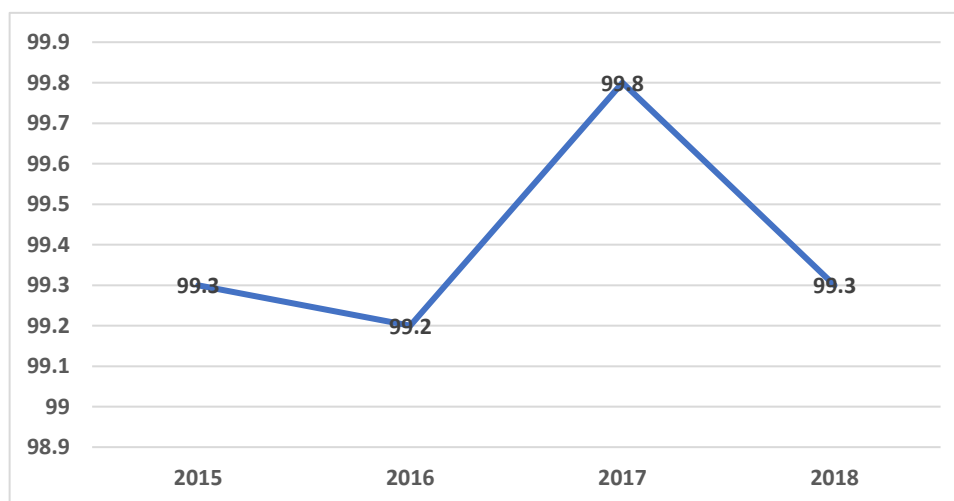
GRÁFICO 21
VARIACIÓN PORCENTUAL DE HOGARES CON ACCESO A AGUA
TRATADA, PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 21; nos muestra la variación porcentual de hogares con acceso a agua tratada, período 2015 – 2018 observamos que del año 2015 al 2016 hubo una disminución de 0,1%; del 2016 al 2017 aumentó 0,6% y del 2017 al 2018 disminuyó en un 0,5%.

GRÁFICO 22
PORCENTAJE DE HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA, PERÍODO
2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

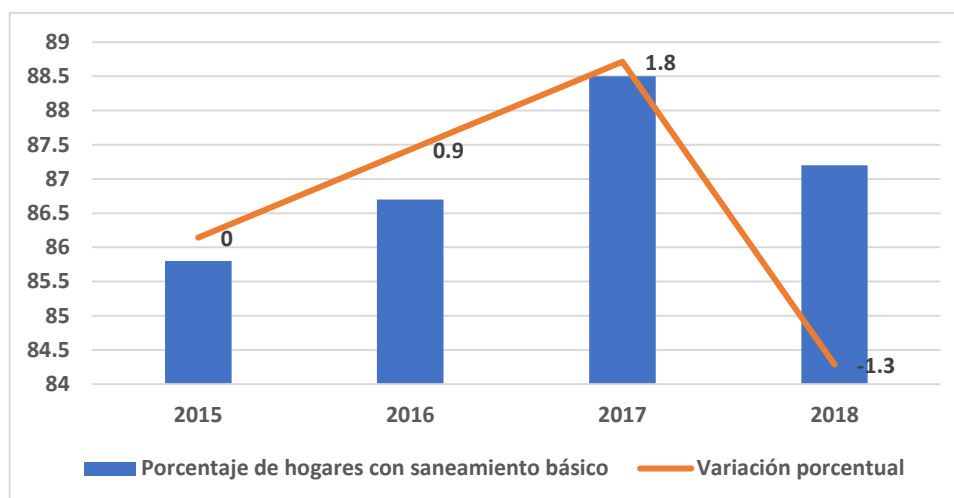
El gráfico 22; nos muestra que el 2018 el porcentaje de hogares con acceso a agua tratada fue de 99,3% no mostrando incremento en comparación con el año 2015; vemos que la región se encuentra en el promedio nacional (99,1%). (INEI., 2018) menciona que el agua tratada tiene algún tipo tratamiento en el hogar antes de consumirla. En el Perú 2018 el 97,1% de los ciudadanos tienen acceso al agua tratada y las regiones con mayor porcentaje son: Lima, Huancavelica, Arequipa, Apurímac y Cuzco con coberturas mayores al 99,0%.

TABLA 14
ÍNDICE DE EVOLUCIÓN, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE DE
HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO, PERÍODO 2015 – 2018.

| AÑO | POBLACIÓN INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS | INDICE DE EVOLUCIÓN (%) | HOGARES CON ACCESO A SANEAMIENTO BÁSICO (%) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) |
|------|--------------------------------------|-------------------------|---|--------------------------|
| 2015 | 50317 | 100 | 85.8 | -- |
| 2016 | 49572 | 99 | 86.7 | 0.9 |
| 2017 | 48780 | 97 | 88.5 | 1.8 |
| 2018 | 47961 | 95 | 87.2 | -1.3 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

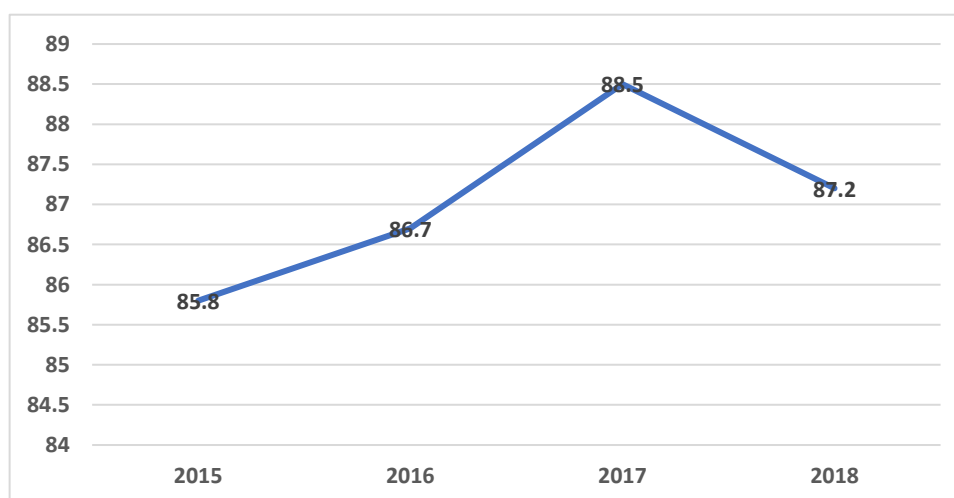
GRÁFICO 23
VARIACIÓN PORCENTUAL DE HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO,
PERÍODO 2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 23; nos muestra la variación porcentual de hogares con saneamiento básico, período 2015 – 2018 observamos que del año 2015 al 2016 hubo un aumento de 0,9%; del 2016 al 2017 aumentó 1,8% y del 2017 al 2018 disminuyó en un 1,3%.

GRÁFICO 24
PORCENTAJE DE HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO, PERÍODO
2015 -2018.



Fuente: Elaboración propia con información del INEI.

El gráfico 24; nos muestra que el 2018 el porcentaje de hogares con saneamiento básico fue de 87,2% aumentando en 1,4% en comparación al año 2015 que fue 85,8%; la región está por debajo del promedio nacional (94,2%).

(INEI., 2018) A nivel nacional el 2018, un 94,2% de peruanos cuentan con saneamiento básico. Las regiones con mayor acceso al saneamiento básico son: Ica, Tacna, Arequipa y Lima con coberturas mayores al 96,0%.

TABLA 15

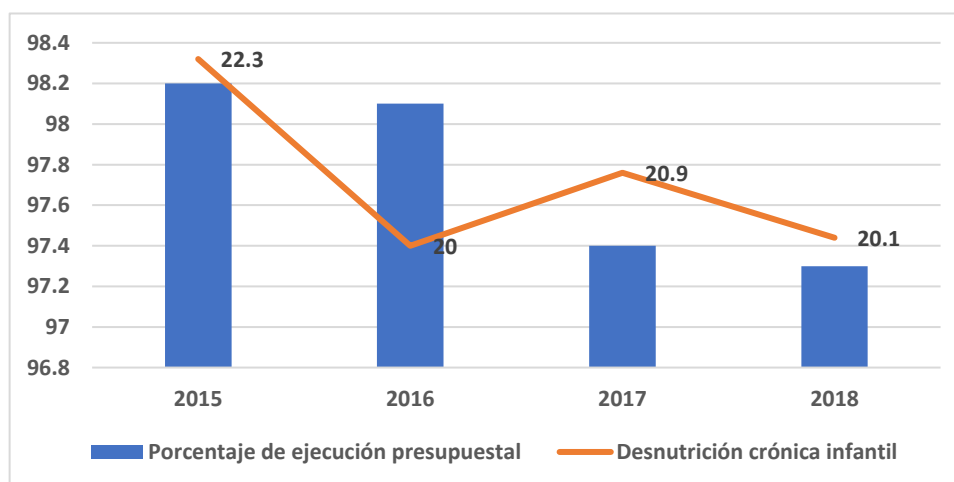
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL, VARIACIÓN PORCENTUAL Y PRESUPUESTO ASIGNADO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, PERÍODO 2015 -2018.

| AÑO | PRESUPUESTO ASIGNADO AL PAN (S/.) | VARIACIÓN PORCENTUAL (%) | EJECUCIÓN PRESUPUESTAL (%) | DESNUTRICION CRÓNICA INFANTIL (%) |
|------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 2015 | 57,555,681 | -- | 98.2 | 22.3 |
| 2016 | 61,606,960 | 0.1 | 98.1 | 20.0 |
| 2017 | 60,251,848 | -0.02 | 97.4 | 20.9 |
| 2018 | 63,384,082 | 0.1 | 97.3 | 20.1 |

Fuente: Elaboración propia con información del INEI y MEF.

GRÁFICO 25

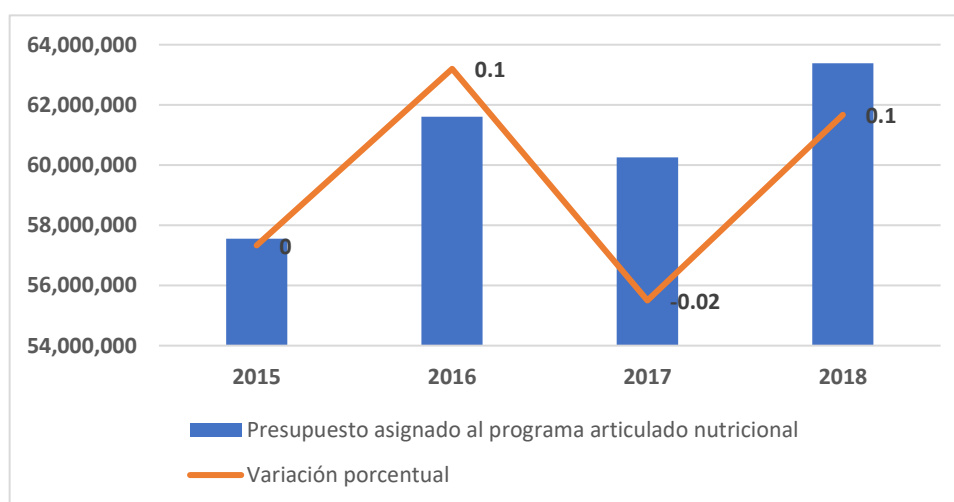
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, PERÍODO 2015 - 2018



Fuente: Elaboración propia con información del INEI y MEF.

El gráfico 25, nos muestra el desempeño presupuestal en la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 36 meses período 2015 – 2018; el 2018 respecto al año 2015 se logró una reducción de la desnutrición crónica infantil en Apurímac de 2,2%, a su vez el 2018 tuvo una mayor asignación presupuestal la cual logro una ejecución del 97,3% respecto al 2015 que tuvo una ejecución presupuestal de 98,2%; lo que evidencia que existe un mejor manejo de recursos y asignación de presupuesto a este programa presupuestal.

GRÁFICO 26
VARIACIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DEL PROGRAMA
ARTICULADO NUTRICIONAL, PERÍODO 2015 - 2018.



Fuente: Elaboración propia con información del MEF.

El gráfico 26, nos muestra la variación porcentual del presupuesto asignado para la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 36 meses período 2015 - 2018, observamos que del año 2015 al 2016 se incrementó el presupuesto en un 0.1%; del 2016 al 2017 hubo una reducción del 0.02% y del 2017 al 2018 se incrementó el presupuesto en un 0.1%.

TABLA 16

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO, PERÍODO 2015 - 2018.

| FUENTE DE FINANCIAMIENTO | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|---|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % |
| RECURSOS ORDINARIOS | 41,767,952 | 99.3 | 52,902,418 | 98.9 | 51,884,027 | 99.7 | 54,352,350 | 99.7 |
| RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS | 66,166 | 95.7 | 33,844 | 99.7 | -- | -- | -- | -- |
| DONACIONES Y TRANSFERENCIAS | 12,554,100 | 98.7 | 5,763,672 | 95 | 4,642,047 | 96.4 | 5,443,754 | 83.6 |
| RECURSOS DETERMINADOS | 3,167,463 | 82.6 | 2,907,026 | 73.8 | 3,725,774 | 67 | 3,587,978 | 81.7 |
| TOTAL | 57,555,681 | 98.2 | 61,606,960 | 98.1 | 60,251,848 | 97.4 | 63,384,082 | 97.3 |

Fuente: Elaboración propia con información del MEF.

La tabla 16, nos muestra la ejecución presupuestal por fuente de financiamiento para el período 2015 - 2018; donde nos indica que el año 2015 tuvo un ingreso total de s/.57,555,681 soles con un avance de 98,2% siendo la genérica recursos ordinarios la que tuvo mayor financiamiento al PAN (41,767,952 soles) con un avance del (99,3%); mientras que el año 2018 hubo un ingreso de s/ 63,384,082 soles obteniéndose un porcentaje de ejecución del 97,3%; donde la fuente con mayores recursos asignados al programa fue de recursos ordinarios (54,352,350 soles) con un avance del (99,7%).

TABLA 17
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL POR GENÉRICA DE
GASTO, PERÍODO 2015 -2018.

Fuente: Elaboración propia con información del MEF.

| GENÉRICA | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|---|-------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % |
| PERSONAL OBLIGACIONES SOCIALES | Y 27,958,541 | 100 | 31,665,952 | 100 | 37,959,038 | 100 | 43,136,768 | 100 |
| PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES | -- | -- | 20,470 | 100 | -- | -- | -- | -- |
| BIENES Y SERVICIOS | 27,597,127 | 97 | 24,724,507 | 96 | 20,362,019 | 94 | 19,274,069 | 92 |
| OTROS GASTOS | 1,036,500 | 100 | 548,084 | 100 | 110,421 | 100 | 169,410 | 100 |
| ADQUISICION DE ACTIVOS FINANCIEROS | 963,513 | 95 | 4,647,947 | 86 | 1,820,370 | 87 | 803,835 | 97 |
| TOTAL | 57,555,681 | 98.2 | 61,606,960 | 98.1 | 60,251,848 | 97.4 | 63,384,082 | 97.3 |

La tabla 17, nos muestra el porcentaje de ejecución presupuestal por genérica de gasto período 2015 - 2018; vemos que el año 2015 con un presupuesto total programado de s/.57,555,681 soles (98,2%), se le asignó un mayor presupuesto al rubro de personal y obligaciones sociales (s/.27,958,541 soles) con un avance de 100% y en segundo lugar bienes y servicios (s/.27,597,127 soles) con un avance del 97,0%; el año 2018 tuvo un presupuesto de s/.63,384,082 soles (97,3%), donde el rubro de personal y obligaciones sociales tuvo mayor asignación de presupuesto (s/.43,136,769 soles) con un avance de 100% y en segundo lugar a bienes y servicios (s/.19,274,069 soles) con una ejecución de 92,0%.

TABLA 18
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL POR PRODUCTO, PERÍODO 2015 -2018.

| PRODUCTO | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|--|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % | PIM | AVANCE % |
| PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 57,555,681 | 98.2 | 58,100,095 | 98.1 | 60,251,848 | 97.4 | 63,384,082 | 97.3 |
| ACCIONES COMUNES | 8,253,331 | 94.6 | 11,093,721 | 94.7 | 7,465,787 | 95.3 | 5,500,366 | 97.6 |
| SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | 907,260 | 99.5 | 592,519 | 99.8 | 714,482 | 99.9 | 1,436,708 | 100 |
| COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 1,703,518 | 96.8 | 2,410,528 | 89.8 | 3,401,290 | 87.5 | 3,908,032 | 95.7 |
| POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL | 120,000 | 100 | 126,450 | 99.2 | 246,029 | 100 | 120,557 | 100 |
| MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION | 1,008,908 | 99 | 1,205,175 | 99.1 | 1,120,060 | 99.9 | -- | -- |
| COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION | 1,164,122 | 98.9 | 690,086 | 99.8 | 3,236,878 | 97.6 | -- | -- |
| INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION | 633,015 | 99.4 | 438,602 | 100 | 607,968 | 100 | -- | -- |
| FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | 1,408,650 | 100 | 1,635,605 | 99.8 | 2,534,504 | 89.5 | 3,292,472 | 95 |
| NIÑOS CON VACUNA COMPLETA | 6,514,845 | 98.8 | 9,196,266 | 99.5 | 10,351,156 | 99.6 | 8,122,434 | 99.7 |
| NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD | 12,102,493 | 98.2 | 11,799,968 | 98.8 | 10,605,448 | 97.2 | 9,242,872 | 98.4 |
| NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | 4,504,731 | 98.8 | 2,135,265 | 99.8 | 2,673,097 | 98.5 | 6,085,852 | 85.6 |
| ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 4,121,567 | 99.4 | 3,424,996 | 99.5 | 3,920,112 | 99.5 | 4,981,105 | 99.8 |
| ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS | 2,290,525 | 99.7 | 2,349,788 | 99.5 | 2,299,120 | 99.7 | 2,952,334 | 99.8 |
| ATENCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 5,337,079 | 99.6 | 4,789,359 | 99.8 | 4,495,619 | 99.9 | 6,600,236 | 99.6 |
| ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 2,572,971 | 99.8 | 2,498,468 | 99.8 | 2,767,296 | 99.9 | 4,621,367 | 99.8 |
| ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | 565,253 | 99.8 | 639,650 | 99.6 | 869,679 | 100 | 2,361,035 | 99 |
| GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO | 2,528,806 | 96.7 | 1,329,518 | 99 | 1,173,017 | 99.9 | 2,020,174 | 98.3 |
| ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL | 1,818,739 | 98.6 | 1,744,131 | 99.9 | 1,767,986 | 99.6 | 2,138,537 | 99.4 |

Fuente: Elaboración propia con información del MEF.

La tabla 18, nos muestra el porcentaje de ejecución presupuestal por producto período 2015 – 2018, el año 2015 (ejecución 98,2%) tuvo una asignación presupuestal de s/.57,555,681 soles; el producto con mayor asignación fue “niños con CRED completo según edad” con una asignación de s/.12,102,493 soles logrando una ejecución de 98,2%, mientras que el producto con menor asignación presupuestal fue “población informada sobre el cuidado infantil y practicas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil” con s/.120,000 soles con una ejecución de 100%. Mientras que el año 2018 (ejecución 97,3%) con un presupuesto de s/.63,384,082 soles; el producto con mayor asignación fue “niños con CRED completo según edad” con una asignación de s/.9,242,872 soles logrando una ejecución de 98,4%, mientras que el producto con menor asignación presupuestal fue “población informada sobre el cuidado infantil y practicas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil” con s/.120,557 soles con una ejecución de 100%.

5.2. Presentación de resultados

1. El Programa Articulado Nutricional en la DIRESA Apurímac, tuvo un impacto en la disminución de la desnutrición infantil en menores de 5 años según fuente MINSA para el año 2018 fue de 20,1% disminuyendo en 2,2% en relación al año 2015 que fue de 22,3%. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis planteada.
2. El principal riesgo para los niños recién nacidos es el bajo peso, ya que nos enseña que la cantidad de infantes con bajo peso al nacer fue de 6,5% en el 2018 disminuyendo en un 2,2% en relación al año 2015. Asimismo, la proporción de gestantes con suplemento de hierro en el 2018 fue de 94,1% aumentando en un 0,8% en relación al año 2015. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis planteada.
3. La situación alimentaria en menores de 36 meses en el 2018 registró una caída respecto a la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en 11,8% respecto al año 2015. El 2018 la cantidad de niños menores de 36 meses con acceso a suplementos de hierro fue de 44.6% disminuyendo en 2,1% respecto al 2015; así mismo la proporción de niños con anemia de 36 meses para el año 2018 fue de 53,2% disminuyendo en 3,6% en comparación con el año 2015 que fue de 56,8%. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis planteada.
4. La proporción de IRAs y EDAs en menores de 36 meses como factor de riesgo para la desnutrición crónica, en relación a las infecciones respiratorias agudas en el año 2018 fue de 14,1% aumentando en 3,8% respecto al año 2015, mientras que las enfermedades diarreicas agudas el año 2018 fue 15,4%

disminuyendo en 2,7% respecto al año 2015. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis planteada.

5. Las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional para el 2018 fue de 87,5% aumentando en 2,4% respecto al año 2015; la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo, el 2018 fue de 62,1% aumentando en 1,2% respecto al año 2015; en cuanto a la proporción de hogares con acceso a agua tratada se observó que el 2018 fue de 99,3% no mostrando ningún cambio respecto al año 2015; el porcentaje de hogares con saneamiento básico el año 2018 fue de 87,2% aumentando en 1,4% respecto al año 2015. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis planteada.
6. El desempeño de la gestión presupuestal por fuente de financiamiento para el año 2015 tuvo un ingreso total de s/.57,555,681 soles con un avance de 98,2%; mientras que el 2018 tuvo un ingreso de s/ 63,384,082 soles el con una ejecución de 97,3%. El porcentaje de ejecución presupuestal por genérica de gasto, para el año 2015 con un mayor presupuesto asignado fue el rubro de personal (s/.27,958,541 soles) con una ejecución de 99,6% y en segundo lugar a bienes y servicios (s/.27,958,541 soles) con una ejecución de 96,9%; referente al año 2018 se le asigno un mayor presupuesto al rubro de personal (s/.43,136,769 soles) con una ejecución de 99,9% y en segundo lugar a bienes y servicios (s/.19,274,069 soles) con una ejecución de 91,5%. El porcentaje de ejecución presupuestal por producto del PAN con mayor asignación presupuestal para el año 2015 fue “niños con CRED completo según edad” con una asignación de s/.12,102,493 soles logrando una ejecución de 98,2%, mientras que el producto con menor asignación presupuestal fue “población informada sobre el cuidado infantil y practicas saludables para la prevención

de anemia y desnutrición crónica infantil” con s/.120,000 soles con una ejecución de 100%. Mientras que el 2018 el producto con mayor asignación presupuestal fue “niños con CRED completo según edad” con una asignación de s/.9,242,872 soles logrando una ejecución de 98,4%, mientras que el producto con menor asignación presupuestal fue “población informada sobre el cuidado infantil y practicas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil” con s/.120,557 soles con una ejecución de 100%. La ejecución presupuestal fue optima de 97,3% para el 2018 logrando un incremento en la asignación de recursos de s/ 63,384,082 soles respecto al año 2015; logrando así la reducción de la desnutrición crónica infantil en Apurímac de 2,2%, lo que evidencia que existe un mejor manejo de recursos y asignación de presupuesto a este programa presupuestal. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis planteada.

CONCLUSIONES

1. El Programa Articulado Nutricional en la Dirección Regional de Salud Apurímac, durante el período 2015 – 2018 nos muestra la reducción de la desnutrición crónica infantil en un 2,2% con un desempeño presupuestal del

97,3%; lo que nos indica que este programa tiene un impacto positivo en la disminución de la desnutrición crónica infantil en la región; ayudando así a mejorar el nivel de vida de los niños menores de 5 años; pero no es suficiente para cumplir con el objetivo a largo plazo planteado por el Programa Articulado Nutricional.

2. La cantidad de recién nacidos con bajo peso al nacer se cataloga como factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años; nos muestra una reducción del 2,2%; la proporción de gestantes con suplemento de hierro nos muestra un aumento del 0,8% entre el período 2015 - 2018.
3. La situación alimentaria en menores de 36 meses evidencia que la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses disminuyó en 11,8%; la proporción de menores de 36 meses con suplemento de hierro disminuyó en un 2,1%; la proporción de niños con anemia de 36 meses disminuyó en 3,6% entre el período 2015- 2018; también nos muestra que la anemia es un factor importante y decisivo para que un niño sufra desnutrición crónica infantil.
4. La proporción de infecciones respiratorias agudas (IRAs) mostró un aumento de 3,8%; mientras que las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) disminuyó en un 2,7% entre el período de 2015 -2018 para los menores de 36 meses.
5. Las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional para la disminución de la desnutrición crónica nos muestra que, la proporción de menores con vacunas completas aumentó en un 2,4%; la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo aumentó en un 1,2%; en cuanto a la proporción de hogares con acceso a agua tratada no mostró ningún cambio se mantuvo en 99,3%; el porcentaje de

hogares con saneamiento básico aumentó en 1,4%; para el período del 2015 al 2018.

6. La ejecución presupuestal para el 2018 registró un aumento de s/ 63,384,082 soles obteniendo un porcentaje de ejecución de 97.3%, siendo recursos ordinarios la mayor fuente de asignación de presupuesto al PAN (54,352,350 soles) con un avance del (99,7%). La específica de gasto para el año 2018 con mayor asignación presupuestal fue el rubro de personal con un presupuesto de s/.43,136,769 soles con una ejecución de 99,9%. El producto con mayor asignación del Programa Articulado Nutricional en el 2018 fue el de “niños con CRED completo según edad” con una asignación de s/.9,242,872 soles logrando una ejecución de 98,4%. El desempeño presupuestal respecto a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, nos muestra que el 2018 hubo una mayor asignación presupuestal con una ejecución del 97,3%; logrando una reducción de 2,2% respecto al 2015; lo que evidencia que existe un mejor manejo de recursos y asignación de presupuesto.

RECOMENDACIONES

1. La Dirección Regional de Salud Apurímac deberá impulsar las capacitaciones, asistencias técnicas y monitoreos constantes a redes de salud y micro redes para el análisis, toma de decisiones y medidas correctivas sobre la ejecución del Programa Articulado Nutricional, la ejecución de meta y la información debe ser detallada por parte de los centros de salud.

2. Se debe fomentar y educar al personal asistencial de salud en el correcto llenado de la información tanto en el HIS como en los formatos de atención del SIS y FAC; para que así se pueda identificar nudos críticos en las intervenciones programadas para el cierre de brechas, aumento de coberturas y disminución de la deserción.
3. Se debe incentivar el trabajo grupal en los centros de salud con enfoque en la prevención de la mala nutrición, así como en el seguimiento en la vacunación, controles de crecimiento y desarrollo, suplementación de sulfato ferroso y micronutrientes, etc.; se debe institucionalizar las campañas de vacunación casa por casa, puestos fijos, puestos móviles, donde se realice un barrido de las zonas de mayor concentración poblacional o grupos de riesgo, se debe fortalecer la vigilancia comunal a través de las visitas domiciliarias. También se debe impulsar y dar mayor énfasis a los programas de saneamiento ambiental, zoonosis y educación ambiental; así mismo asignar un mayor presupuesto para la realización de charlas y actividades que involucren a la sociedad civil.
4. Se debe examinar los cambios porcentuales entre el incremento presupuestal con el resultado del Programa Articulado Nutricional; pasando a ser esencial la evaluación de este fenómeno. En el ámbito regional se debe enfocar la evaluación en torno a la toma de diagnósticos integrales, la evaluación de habilidades directivas, procesos y lugares adecuados.
5. Formular desde el Gobierno Regional de Apurímac una propuesta basada en la realidad del departamento, realizando un diagnóstico exhaustivo donde se identifique la problemática del sector salud y fomente el cierre

de brechas a nivel del personal que ejecuta los productos del Programa Articulado Nutricional, esta asignación de recursos deberá estar basado en la ejecución de gasto del año anterior; el presupuesto que se asigne deberá ser lo suficiente para implementar y ejecutar adecuadamente el plan con el fin de ejecutar los objetivos trazados; se debe propiciar una mayor articulación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas.

6. Se debe dar mayor énfasis a la estructura de gasto en salud, ya que se ha evidenciado que la mayor proporción se orienta a los recursos humanos. Se debe realizar un análisis de gasto en cuanto a lo programado en el sistema integrado de administración financiera y el sistema integrado de gestión administrativa, ya que e un fuerte nexo entre ambas programaciones, esto permitiría una mejor planificación y ejecución del gasto. Así mismo, que las ejecuciones podrán responder a los principales objetivos y actividades definidas en el Programa Articulado Nutricional, enfocados en aquellos productos que tendrían un mayor impacto en los indicadores de resultados y, por ende, en el bienestar de la población.

BIBLIOGRAFIA

- Abramo, L. (2016). El desarrollo social inclusivo es clave para superar la pobreza y reducir las desigualdades. En C. e. (CEPAL), *Notas de la CEPAL, N° 89*. Santiago.
- Arámbulo, C. (2013). *Luces y sombras en torno al programa articulado nutricional, analizando la política pública desde la relación estado sociedad civil en el Perú 2000–2012*. Obtenido de

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5046/ambulou_quiroz_carlos_martin_luces.pdf?sequence

- Calvo, M. y. (2007). *Los derechos de la infancia y de la adolescencia*. Zaragoza.
- Carrasco, S. (2005). *Metodología de la Investigación Científica*. Lima: San Marcos.
- Castillo, R. (2021). *Toma de decisiones en la implementación del programa articulado nutricional como política social desde el 2008 al 2018*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad De Ciencias y Filosofía "Alberto Cazorla Talleri".
- CEPAL. (2016). *La gobernanza de la infraestructura a favor del desarrollo basado en la igualdad y la sostenibilidad*. Obtenido de <https://www.bing.com/search?q=Infraestructura+es+gobernanza%2C+financiamiento%2C+calidad%2C+estándares+y+transiciones+%3B+evaluación%2C+datos+y+rendición+de+cuentas%3B+capacitación+de+recursos+humanos%3B+participación+de+la+familia+y+la+comunidad%2C+y+a>lc
- CEPAL. (2018). *Malnutrición en niños y niñas en América latina y el Caribe*. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
- Chuquimarca, R., & Caicedo, I. y. (2017). *Efecto del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia en niños, los Ríos-Ecuador; 2014-2015*. Ecuador: Revista Multimedia vol 21, nº 6.
- Cohen, E. y. (2002). *Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales*. . s.ed.

- Cortez, R. (2002). *La nutrición de los niños en edad preescolar*. Lima: Centro de investigación de la Universidad del Pacífico.
- Cruzado, V. (2012). *Analisis del impacto del programa articulado nutricional sobre la desnutricion cronica en niños menores de 5 años*. Lima: s.ed.
- Díaz, F., & Hernández, G. (1999). *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo*. México: McGraw Hill.
- Dirven , B. B., Pérez, R., Cáceres, R. J., Tito, A. T., Gómez , R. K., & Ticona, A. (2018). *El desarrollo rural establecido en las áreas Vulnerables*. Lima: Colección Racso.
- Durand, C. (2021). *Gasto público en programas sociales y reduccion de la desnutrición crónica infantil peruana 2008 – 2018”*. Callao: Escuela De Posgrado Unidad De Posgrado De La Facultad De Ciencias De La Salud.
- Enríquez, J. (2017). *Impacto del programa presupuestal articulado nutricional en la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016*. Chiclayo: s.ed.
- Galvan, M., & Amigo, H. (2007). Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una mirada a américa latina. *SCIELO*, 316-326.
- Gonzales, N., & Robles, G. (2016). *Importancia de la nutrición: primeros 1,000 días de vida*. acta pediátrica hondureña.
- González, P. (2016). *Políticas públicas de desarrollo infantil temprano en el Perú: el caso de las intervenciones efectivas con familia*. Lima: Pontificia Universidad Católica Del Perú Escuela De Posgrado .
- Guzmán, M. (2004). *Metodología de evaluación de impacto*. Santiago: Control de gestión.

- Hernández, R., & Fernández, C. y. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernandez, S. (17 de Diciembre de 2022). *Repository UCC*. Obtenido de <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1826/1/Qu%C3%A9%20significa%20medir.pdf>
- IIN. (2002). *Instituto Interamericano del niño. La planificación de políticas de infancia en América latina. Hacia un sistema de protección integral y una perspectiva de derechos*. Montevideo.
- INEI. (2009). *Instituto Nacional de Estadística e Informatica. Estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quincenales de edad 1995-2050. Boletín de análisis demográfico N° 37*. Lima: Ed.
- INEI. (2017). *Instituto Nacional de Estadística e Informática. indicadores de resultados de los programas presupuestales 2012-2017*. Lima: INEI.
- INEI. (2018). *Instituto Nacional de Estadística e Informática. indicadores de resultados de los programas presupuestales 2012-2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* . Lima: INEI.
- ITSON, I. T. (18 de diciembre de 2022). *Biblioteca ITSON*. Obtenido de http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas_investigacion_cuantitativa/p11.htm
- Junco, G. (2015). *Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho*. Lima: s.e.d.
- Kagan, S. y. (1996). *Reinventing early care and education: a vision for a quality system*. San Francisco: Jossey-bass.

- Kochik, S. (2012). *Budget participation in Malaysian local authorities*. Birmingham: University Aston.
- Liberta, B. (2007). *Impacto, impacto social y evaluación del impacto*. Acimed.
- Library. (2017). *Factores socioeconómico-culturales y evaluación nutricional de niños de 6 a 60 meses en el puesto de salud Desiderio Moscoso Castillo, San Juan de Miraflores agosto 2017*. Obtenido de <https://1library.co/article/indicadores-antropom%C3%A9tricas-evaluaci%C3%B3n-nutricional.zp0wn1rq#:~:text=%EF%82%B7%20Peso%20para%20la%20edad%20%28P%2FE%29%3A%20relaci%C3%B3n%20entre,la%20referencia%20para%20su%20misma%20edad%20y%20sexo>.
- Luya, U. (2017). *El PIM y el desempeño del programa articulado nutricional, periodo 2011 – 2015*. Trujillo: Universidad Señor De Sipan.
- MAE. (2001). *Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de estado para la cooperación internacional y para Iberoamérica*. . s.l.: Metodología de evaluación de la cooperación Española.
- Marcos, G. y. (2007). *Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. una revisión en américa latina*. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0004-2007000400003
- Mayhuire, J. (2016). *Evaluación del enfoque de presupuesto por resultados y su incidencia en la programación y ejecución presupuestal de la Dirección Regional de Salud Apurímac en los periodos 2014 - 2015*. Puno: Universidad Nacional del Altiplano.

- MEF. (2012). *Ministerio de Economía y Finanzas. Documento de trabajo dt-01/2012: Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.* Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- MEF. (2019). *Ministerio de Economía y Finanzas. Programa articulado nutricional.* Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- MEF. (2019). *Ministerio de Economía y Finanzas. Programa articulado nutricional.* Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- MEF. (2019). *Ministerio de Economía y Finanzas. Programa articulado nutricional.* Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- Meny, I. y. (1992). *Las políticas públicas. versión española a cargo de francisco morat.* Barcelona: s.ed.
- MIDIS. (2014). *Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a promover el desarrollo infantil temprano "Primero la infancia".* Lima: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- MIDIS. (2018). *Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Plan multisectorial de la lucha contra la anemia.* Lima: s.ed.
- MIDIS. (2018). *Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Plan multisectorial de la lucha contra la anemia.* Lima: s.ed.
- MINSA. (2012). *Ministerio de Salud. Programa articulado nutricional.* Lima: MINSA.
- MINSA. (2014). *Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil.* Lima: MINSA.
- MINSA. (2016). *Ministerio de Salud. Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil.* Lima: s.ed.

- Mogrovejo. (2017). *Análisis del proceso de construcción e implementación del sistema de protección integral de niñez y adolescencia en el Cantón Cuenca*. s.l.: s.ed.
- NEI. (2018). *Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar*. Lima: INEI.
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud. sistema de información nutricional sobre vitaminas y minerales*:. Obtenido de https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t4/es
- OPS. (2002). *DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO. WASHINGTON*.
- Republica, C. d. (2015). Cuarto informe anual de avances del plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2021. ley n°27666.
- Rimasca, D. (2021). *Ejecución presupuestal y el cumplimiento de indicadores del Programa Articulado Nutricional (PAN) en la Unidad Ejecutora Red de Salud Abancay 2017 al 2019*. Lima: Universidad César Vallejo.
- Rodriguez, G., & Romero, Y. (2019). *Desarrollo humano y estilos de vida saludables en el ámbito laboral del personal de salud del hospital "Félix Mayorca Soto" de Tarma - 2018*. Cerro de pasco.
- Salud., M. d. (2014). *Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil*. Lima: MINSA.
- SIEN, M. d. (diciembre de 17 de 2015). *Sistema de Información del Estado Nutricional*. Llima: Minsa. Obtenido de <https://www.diresaapurimac.gob.pe/web/sien/>
- Subirats, J. (2018). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.

- Tafur, Y. (2018). *Impacto del programa articulado nutricional en la desnutrición crónica infantil a nivel nacional, según la encuesta demográfica de salud familiar 2008 - 2016*. Lima.: s.e.d.
- Tello, G. (. (2012). *nfluencia de los programas sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, San Pablo*. Cajamarca: s.ed.
- Torres, M., Rivero, S., & Purdhomme, Y. (2015). Estrategias para el desarrollo de los proyectos sociointegradores. *Omnia*, 110.
- Tovar, G. L. (1986). *El asentamiento y la segregación de los Blancos y Mestizos*. Bogotá: Cengage.
- UNICEF. (2019). *fondo de la naciones unidas para la infancia. datos y cifras clave sobre nutrición*. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/unicef_key_facts_and_figures_on_nutrition_es_p.pdf
- UNICEF. (2011). *Fondo de la naciones unidas para la infancia, la desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. s.ed.
- Valderrama, S. (2002). *Pasos para Elaborar Proyectos de Investigación Científica*. Lima: San Marcos.
- Valderrama, V. (2017). *Programa articulado nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses, Los Olivos, 2016*. Lima: s.ed.

ANEXOS

a. MATRIZ DE CONSISTENCIA

| Planteamiento del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables e indicadores | Muestra | Diseño | Instrumento |
|--|--|---|---------------------------------|---|--|--|
| Pregunta general | Objetivo general | Hipótesis general | Variable dependiente | Población | Método | Ficha de registro de datos (MEF – PAGINA AMIGABLE) INEI- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) |
| 1. ¿Cómo es el desempeño presupuestal a la problemática, estrategias e impactos del Programa Presupuestal del Articulado Nutricional en el tratamiento y la reducción de la desnutrición infantil en menores de 5 años, en la dirección regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018? | Determinar el desempeño presupuestal, la problemática, estrategias e impactos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en el tratamiento de la desnutrición infantil en niños en menores de 5 años, en la dirección regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | Existe relación positiva entre el desempeño presupuestal del Programa Articulado Nutricional y la reducción de la desnutrición crónica infantil, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | 1.Desnutrición crónica infantil | La población de estudio está representada por el 100% de la población de menores de 5 años de la Región Apurímac, período 2015 - 2018 | Cuantitativo (no experimental) Tipo de Investigación Básico | |
| Preguntas específicas | Objetivos específicos | Hipótesis específicas | Variables independientes | Para la investigación se han | | |
| 2. ¿Qué proporción de recién nacidos | Evaluar la proporción de recién nacidos | La relación entre recién nacidos, con | 2. Bajo peso al nacer. | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|--|--|--|
| con bajo peso al nacer corre el riesgo de sufrir como factor de riesgo Desnutrición infantil en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018? | con bajo peso al nacer que corre el riesgo de sufrir desnutrición infantil en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | bajo peso al nacer, con el riesgo de sufrir desnutrición crónica infantil, disminuyó, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | | considerado la totalidad de la población de niños menores de 5 años de la Región Apurímac. | Nivel de Investigación Descriptivo - explicativo | |
| 3. ¿Cuál es la situación, políticas y estrategias de alimentación y nutrición en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud, Apurímac período 2015 - 2018? | Determinar la situación, las políticas y estrategias de alimentación y nutrición en menores de 5 años, en la dirección regional de Salud, Apurímac período 2015 - 2018. | El porcentaje en la mejora de la alimentación y nutrición; con el riesgo de sufrir desnutrición crónica infantil, aumentó, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | 3. Alimentación y nutrición. | | | |
| 4. ¿Cuál es la proporción y el impacto de las IRAs y EDAs en menores de 5 años en la Dirección Regional de Salud Apurímac, | Identificar la proporción e impacto de las IRAs y EDAs en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | La proporción de IRAs aumentó y disminuyó las EDAs; en los niños menores de 5 años, en el período 2015 - 2018. | 4. IRAs y EDAs. | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| período 2015 - 2018? | | | | | | |
| 5. ¿Qué estrategias e impactos tienes las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional desarrolladas, sobre la Desnutrición infantil en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018? | Establecer las estrategias e impactos que tienen intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional desarrolladas, sobre la desnutrición en menores de 5 años, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | Los resultados de las intervenciones efectivas de carácter preventivo fueron positivos mostrándose un aumento en vacunas completas, control del crecimiento infantil y acceso a saneamiento básico; pese a mantenerse igual el acceso a agua tratada en el período 2015 -2018. | 5. Prevención y promoción. | | | |
| 6. ¿Cuál es el desempeño de la gestión presupuestal del Programa Articulado Nutricional, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018? | Definir el desempeño en la gestión presupuestal del Programa Articulado Nutricional, en la Dirección Regional de Salud Apurímac, período 2015 - 2018. | La ejecución presupuestal, del período 2015 - 2018, fue buena; habiendo aumentado la asignación de recursos al Programa Articulado Nutricional que permitió la reducción de la desnutrición crónica infantil. | 6. Financiamiento del Programa Articulado Nutricional. | | | |

