



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

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRIA EN SALUD PUBLICA MENCION GERENCIA EN  
SERVICIOS DE SALUD**

**TESIS**

**EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROGRAMA ARTICULADO  
NUTRICIONAL EN LA REDUCCION DE LA DESNUTRICIÓN  
CRONICA INFANTIL REGION APURIMAC 2008-2014**

**PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA  
MENCION GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**AUTOR**

BR. MADELEYNE MEZARES HERRERA

**ASESOR:**

DR. FREDY SANTIAGO MONGE

RODRIGUEZ

ORCID: 0000 – 0002 – 9646 - 0161

**Cusco – Perú  
2019**

## **PRESENTACIÓN**

A pesar de las medidas para combatir la desnutrición crónica, ésta continúa siendo uno de los principales problemas de salud de la infancia en nuestro país, provocado por una nutrición inadecuada o deficiente (micro y macronutrientes) o por la presencia de una enfermedad recurrente de ambos.

El programa Presupuesto de Resultados Nutricionales tiene como objetivo reducir la desnutrición infantil crónica entre los niños menores de cinco años aumentando la capacidad operativa para mejorar el estado nutricional y la nutrición de los niños menores de 36 meses y reduciendo la incidencia de infecciones respiratorias agudas y diarrea. Enfermedades agudas y otras enfermedades comunes, y también reducen la incidencia de bajo peso al nacer.

El objetivo de esta investigación es determinar la eficiencia y eficacia del programa de Nutrición Articulada en la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la Región Apurímac durante el periodo 2008 – 2014, teniendo en cuenta los indicadores alcanzados durante dicho periodo. (resultados obtenidos) y el presupuesto necesario para tal fin. Este programa se implementa como política de Estado, con el instrumento básico de un modelo lógico de enfermedad, que muestra los factores asociados a la desnutrición crónica y su impacto en la misma. Ha sido desarrollado utilizando instrumentos oficiales como el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA), Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), con el objetivo de calcular con datos confiables que facilitan la toma de decisiones a favor de la niñez de la Región Apurímac.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a mis padres por enseñarme que la fortaleza y la perseverancia son indispensables para alcanzar el éxito, al Hospital Sub Regional de Andahuaylas que me brinda día a día la oportunidad de aprender y entender el funcionamiento del sistema de salud.

**DEDICATORIA:**

A mis padres, que son mi motor y motivo de superación.

## INDICE GENERAL

PRESENTACIÓN.....	2
RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	10
1. CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.1. Situación Problemática .....	13
1.2. Formulación del Problema .....	14
a. Problema General .....	14
b. Problemas Específicos.....	14
1.3. Justificación de la Investigación .....	16
1.4. Objetivos de la Investigación .....	18
a. Objetivo General.....	18
b. Objetivo Específicos .....	18
2. CAPITULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	20
2.1. Bases Teóricas.....	20
2.1.1. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad.....	20
2.1.2. Desnutrición Crónica .....	25
2.1.3. Presupuesto por Resultados .....	29
2.1.4. Programa Articulado Nutricional .....	33
2.2. Marco Conceptual .....	38
2.2.1. Eficiencia.....	38
2.2.2. Eficacia.....	38
2.2.3. Desnutrición Crónica .....	39
2.2.4. Programa Presupuestal Articulado Nutricional:.....	39
2.3. Antecedentes:.....	39
2.3.1. Antecedentes Internacionales .....	39
2.3.2. Antecedentes Nacionales.....	41

3. CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	55
3.1. Hipótesis .....	55
a. Hipótesis General .....	55
b. Hipótesis específica .....	55
3.2. Identificación de Variables: .....	55
3.2.1. Variables .....	55
3.2.2. Variables Intervinientes: .....	55
3.3. Operacionalización de Variables .....	56
4. CAPITULO IV: METODOLOGIA .....	59
4.1.  Ámbito de Estudio: Localización política y geográfica .....	59
4.2.  Tipo y Nivel de investigación .....	59
4.2.1.  Tipo de estudio .....	59
4.3.  Unidad de Análisis .....	59
4.4.  Población de estudio .....	60
4.5.  Tamaño de la muestra .....	60
4.6.  Técnicas de recolección de la información .....	60
4.7.  Validez .....	60
4.8.  Confiabilidad .....	61
4.9.  Técnicas de análisis e interpretación de la información .....	61
5.  CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	62
5.1.  Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados .....	63
BIBLIOGRAFÍA .....	81
ANEXOS .....	84
GUÍA DE ESTIMACIÓN PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO . . .	93
PREGUNTAS .....	93
ESCALA DE VALIDACIÓN .....	93

## INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Operacionalización de Variables .....	56
Cuadro N° 2 Asignación Presupuestal y Desnutrición Crónica Infantil .....	73
Cuadro N° 3 Incremento Presupuestal y Reducción de la Desnutrición .....	73
Cuadro N° 11 Matriz de Consistencia .....	85
Cuadro N° 12 Ficha de Recolección de datos .....	90
Cuadro N° 13 Ficha de Recolección de Datos .....	98

## INDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico N° 1 Porcentaje de niños menores de 5 años con Desnutrición Crónica, Apurímac 2008-2014 (PATRON NCHS) ..... 63
- Gráfico N° 2 Porcentaje de Niños de 6 meses a menos de 36 meses con Anemia, Región Apurímac 2008-2014..... 64
- Gráfico N° 3 Porcentaje de Niños de 6 meses a menores de 36 meses con Suplemento de Hierro, Apurímac 2008-2014 ..... 65
- Gráfico N° 4 Porcentaje de niños menores de 36 meses con Control de Crecimiento y Desarrollo completo para su Edad, Apurímac 2008-2014..... 66
- Gráfico N° 5 Porcentaje Niños Menores de 36 meses con vacuna completa para la edad, Apurímac 2008-2014 ..... 67
- Gráfico N° 6 Porcentaje recién nacidos con bajo peso al nacer (menor A 2500gr), Apurímac 2008-2014 ..... 68
- Gráfico N° 7 Porcentaje niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron Ira, Apurímac 2008-2014 69
- Gráfico N° 8 Porcentaje niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron EDA ..... 70
- Gráfico N° 9 Presupuesto total invertido en el programa (PIM), Apurímac 2009 - 2014 ..... 71
- Gráfico N° 10 Porcentaje de Ejecución Presupuestal por año, Apurímac 2009-2014 ..... 72
- Gráfico N° 11 Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional ..... 100

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación es importante porque permitirá evaluar la Eficiencia y Eficacia del programa presupuestal Articulado Nutricional en la reducción de la desnutrición crónica infantil en la región Apurímac asimismo permitirá evaluar el impacto de asignaciones económicas realizadas a la Región para ser distribuidas entre las Unidades Ejecutoras de Salud a través del Ministerio de Economía y Finanzas. Objetivo: Evaluar la Eficiencia y Eficacia del Programa presupuestal Articulado Nutricional en la Región Apurímac 2008-2014. Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, y longitudinal, instrumento ficha de recolección de datos, la Confiabilidad de los datos fueron obtenidos de fuentes oficiales tales como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) utilizando el paquete estadístico SPSS. Resultado: Desde la implementación del programa al 2014, la desnutrición crónica se ha reducido en 12.2 puntos porcentuales, alcanzando a 22.1% a nivel regional al 2014, con una inversión de S/. 35'328,288.00. Conclusión: Si hubo eficiencia y eficacia del programa articulado nutricional en la Reducción de la Desnutrición crónica Infantil en niños menores de 5 años de la región Apurímac durante el periodo 2008-2014.

**PALABRAS CLAVE:** Eficacia, Eficiencia, Desnutrición.

## **ABSTRACT**

The present research work is important because it will allow evaluating the efficiency and effectiveness of the articulated nutritional budget program in the reduction of chronic child malnutrition in the Apurímac Region, as well as to evaluate the impact of economic allocations made to the Region to be distributed among the executing Units. of Health through the Ministry of Economy and Finance. Objective: Evaluate the Efficiency and Efficiency of the Articulated Nutritional Budget Program in the Apurimac Region 2008-2014. Material and methods: Descriptive, retrospective, and longitudinal study, instrument data collection, Dpp validation: 1,332 adequacy to a great extent, Reliability data were obtained from official sources of ENDES and MEF Result: From the implementation of the program to 2014, chronic malnutrition has been reduced by 12.2 percentage points, reaching 22.1% regionally by 2014, with an investment of S /. 35'328,288.00. Conclusion: If there was efficiency and efficiency of the articulated nutritional program in the Reduction of Chronic Child Malnutrition in children under 5 years of age in the Apurímac region during the period 2008-2014.

**KEY WORDS:** Efficiency, Efficiency, Malnutrition

## INTRODUCCIÓN

Los programas de salud en el nuevo sistema de presupuestación enfocada en resultados se caracterizan por un diseño de modelo conceptual que identifica las causas e influencias que se abordarán a través de los productos y subproductos que se busca alcanzar.

El “Programa Articulado Nutricional” se caracteriza por la asignación de presupuesto para combatir la desnutrición crónica entre los niños menores de 5 años de nuestro país, en un modelo conceptual que prioriza el control del crecimiento y desarrollo, así como el uso de vacunas completas, suplementos de micronutrientes y enfoques para enfermedades comunes. en la infancia y otros, y también enfrentaron condiciones socioeconómicas específicas en la región que limitaron el éxito abrumador del programa.

Este trabajo consta de cuatro capítulos. La primera parte presenta el problema de la investigación, donde se encontró que Apurímac es la cuarta región a nivel nacional con mayor tasa de desnutrición crónica entre los niños, y el estado ha invertido recursos a través del plan presupuestario para abordar este problema y lograr resultados para mejorar el desempeño y así mejorar la calidad de vida de los futuros ciudadanos, la tarea principal es evaluar la efectividad y eficiencia de dicho programa en la región.

El segundo capítulo describe la fundamentación y estudios previos relacionados con el programa presupuestario y la desnutrición crónica en la niñez, como los

del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, así como estudios realizados en los últimos años, los datos de que hasta el momento brindan respaldo científico.

En el tercer capítulo, se describe la metodología que se aplicó, la hipótesis planteada, las variables y la operacionalización de las mismas.

El cuarto capítulo incluye la presentación y análisis de los resultados obtenidos a través de gráficos que muestran las tendencias y el análisis de correlaciones creadas en la aplicación SPSS.

Finalmente, se presenta la discusión centrándose en el desarrollo del programa Nutricional Articulado para reducir la desnutrición crónica infantil, que en general la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil fue de 12,2 puntos porcentuales durante el período de estudio en la región Apurímac.

## **CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Situación Problemática**

La Desnutrición crónica infantil es un problema que afecta al mundo entero, se presenta cuando la ingesta de nutrientes es insuficiente, cuando existe deficiencia en el consumo de proteínas, vitaminas y minerales, lo cual conlleva al retraso de crecimiento, es decir talla baja para edad.

En el Perú, Apurímac es la cuarta región del país con mayor nivel de desnutrición crónica infantil, después de Huancavelica, con 54,6 por ciento; Cajamarca con 40,5 por ciento; y Ayacucho con 38,8 por ciento. En el otro extremo están las regiones con las tasas más bajas de desnutrición crónica entre los niños: Tacna con 3 por ciento; Moquegua con 5,7 por ciento; y Lima con 8,9 por ciento. La Organización Mundial de la Salud también dice que el nivel de desnutrición infantil en esta región es significativamente superior a la media nacional, que es del 22,6%, en 2016 el 38,6% de los niños menores de 5 años están desnutridos, es decir, más de 21.000 niños están desnutridos en toda la región Apurímac. (1).

Desde 2007, El Perú ha iniciado una reforma a su crítico sistema presupuestario nacional: el Presupuesto por Resultados (PpR) y su programa emblemático, el Programa Articulado Nutricional (PAN) Formulado para garantizar que las personas obtengan los bienes y servicios que necesitan en las condiciones que desean, para ayudar a mejorar su calidad de vida. Se creó un modelo que establezca la Causa – Efecto de la Desnutrición Crónica Infantil, basado en recopilación de información de marcos conceptuales, datos estadísticos, evidencia científica experimental y experiencias de otros países.

Antes de la implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN) por décadas, a pesar de tantas intervenciones y presupuestos

asignados, la disminución de la desnutrición no ha sido evidente, como lo demuestra la tasa de desnutrición que ubica a Apurímac en el cuarto lugar según datos de la ENDES 2012.

Si la Desnutrición Crónica Infantil no se trata con prontitud, puede provocar discapacidades físicas y mentales, problemas de aprendizaje en la etapa escolar, sobrepeso, obesidad, susceptibilidad a diversas enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, o diabetes en la vida adulta e incluso la muerte. La Desnutrición tiene un fuerte impacto en el desarrollo económico y social. (2)

Por ende, repercute en los problemas de desarrollo de los niños por su estrecha relación con los problemas de aprendizaje, el abandono escolar y, a la larga, la reducción de la productividad de los adultos.

Los programas de nutrición implementados por el Estado han llegado a más ciudades, a pesar de que la gente ha aumentado sus conocimientos sobre dietas equilibradas, lavado de manos, vacunas y seguimiento del crecimiento y desarrollo, recursos humanos y salarios, aún no han alcanzado el estado nutricional adecuado de los niños menores de 5 años en la región de Apurímac, aunque evidentemente ha mejorado. (3)

## **1.2. Formulación del Problema**

### **a. Problema General**

- ¿Cuál es la Eficacia y Eficiencia del Programa presupuestal Articulado nutricional en la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, Región Apurímac 2008-2014?

### **b. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es el porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la región Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál es el porcentaje de anemia en niños de 6 meses a menores de 36 meses en la región Apurímac durante el periodo 2008-2014?

- ¿Cuál es el porcentaje de la entrega del suplemento hierro en niños de 6 meses a menores de 36 meses en la región Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños menores de 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo, en la región Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños menores de 36 meses con vacuna completa para la edad en la región, Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál es el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr), en la región Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños menores de 5 años con Infecciones respiratorias agudas en la región Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas en la región Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuánto presupuesto se invirtió en el programa presupuestal articulado nutricional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál fue el porcentaje de ejecución presupuestal del programa articulado nutricional en la región, Apurímac durante el periodo 2008-2014?
- ¿Cuál es la relación entre los componentes del Programa Articulado Nutricional en la Región Apurímac durante el periodo 2008 – 2014?

### **1.3. Justificación de la Investigación**

La intervención del Programa de Nutrición Articulado en el marco del Presupuesto de Resultados implica reorientar el gasto mediante la creación de entregables medibles enmarcados en modelos lógicos, orientados a lograr reducir los indicadores de desnutrición antes mencionados, es necesario: i) reducir la incidencia de bajo peso al nacer, ii) mejorar la dieta y nutrición posterior del niño (36 meses) y iii) reducir la incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea (IRA y EDA). Estos prerrequisitos se denominan resultados intermedios, porque lograr estos cambios requiere resultados adicionales llamados resultados inmediatos y requiere intervenciones específicas, llamadas resultados tempranos, se centra en dos puntos del ciclo de vida de un niño: durante el embarazo y los primeros años de vida. (4)

En la región Apurímac, en el año 2008, la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) publicó indicadores relacionados al periodo "Vida del Niño" tales como: Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica 34,4%, Porcentaje de niños menores de 36 meses con anemia 62,4%, Porcentaje de niños menores de 36 meses con control total del crecimiento y desarrollo Desarrollo a la edad 48,6%, Porcentaje de niños menores de 36 meses completamente vacunados para la edad 62,3%, Porcentaje de bebés con bajo peso al nacer (menos de 2500 gr.) 7,2%, Porcentaje de niños menores de 5 años con enfermedad respiratoria aguda en las 2 semanas anteriores a la recopilación de datos de infección 26,2%, Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea aguda en las dos semanas previas a la recolección de datos 23,9%.

Este trabajo de investigación es importante porque nos permitirá evaluar la efectividad y eficiencia de un programa de nutrición presupuestal diseñado para reducir la desnutrición crónica en niños, tomando en cuenta un modelo lógico para identificar las causas de esta enfermedad, logrando así el objetivo de identificar las causas de las tasas de desnutrición en la región de Apurímac con datos nacionales, lo que también ayudará a evaluar el impacto de la distribución

económica del área asignada entre los prestadores de servicios de salud por parte del organismo intermediario el Ministerio de Economía y Finanzas para reducir la desnutrición crónica en niños. (4)

La presupuestación basada en resultados es un método utilizado por muchos países alrededor del mundo.

La mayoría de ellos comenzaron a aplicarse en el contexto de la crisis económica, en los años "graves", con el objetivo de asegurar la eficacia y eficiencia de la acción pública en beneficio del pueblo.

En América Latina, países como México, Brasil, Chile y Colombia ya tienen experiencia en esta dirección.

Por ejemplo, en el caso de Chile, la inclusión de indicadores de eficiencia, eficacia y calidad en los objetivos del proceso presupuestario está vigente desde 1994; La Evaluación del Programa se estableció en 1996 y comenzó en 1997.

En 2004, Chile gestionó 1.684 indicadores de desempeño, de los cuales 1.590 fueron monitoreados y evaluados, incluidas evaluaciones de impacto realizadas por organizaciones independientes.

En el caso de Brasil, el concepto de presupuestación basada en resultados se introdujo en el año 2000.

De 2001 a 2003 se realizaron cambios en los programas y se utilizaron y establecieron sistemas similares de clasificación de gastos y actividades tanto a nivel de planificación como de presupuesto.

Asimismo, prevé la elaboración de informes anuales transparentes sobre el desempeño de las organizaciones y programas.

Desde 2004, este sistema se ha fortalecido, vinculando el seguimiento del programa con herramientas de planificación nacional y sectorial.

En el caso de Colombia esto merece un comentario especial, La introducción del PPR comienza a nivel local, destacando en primer lugar la experiencia del Ayuntamiento de Bogotá bajo el liderazgo de

Antanas Mockus, quien inició este cambio de enfoque sin ninguna obligación legal, nadie tiene que hacerlo.

El Presupuesto por Resultados permite a ésta y a las siguientes administraciones dirigir los debates públicos y asignar recursos a programas y resultados prioritarios, evitando al mismo tiempo la tentación de una “microgestión” del gasto. (5)

El estudio es factible porque existen trabajos previos que orientarán su desarrollo, así como indicadores definidos por el Ministerio de Salud que a través de los años han permitido evaluar los resultados de las intervenciones de salud, todos de acceso público a través de las plataformas virtuales del Ministerio de Economía y Finanzas y del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

#### **1.4. Objetivos de la Investigación**

##### **a. Objetivo General**

Evaluar la Eficacia y Eficiencia del Programa presupuestal Articulado Nutricional en la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región Apurímac durante el periodo 2008-2014

##### **b. Objetivo Específicos**

- Identificar el porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años con, en la región Apurímac 2008-2014.
- Identificar el porcentaje de anemia en niños de 6 meses a menores de 36 meses en la región Apurímac 2008-2014.
- Identificar el porcentaje de la entrega del suplemento hierro en niños de 6 meses a menores de 36 meses en la región Apurímac 2008-2014.
- Identificar el porcentaje de niños menores de 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo, en la región Apurímac 2008-2014.

- Identificar el porcentaje de niños menores de 36 meses con vacuna completa para la edad en la región, Apurímac 2008-2014.
- Identificar el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr), en la región Apurímac 2008-2014.
- Identificar el porcentaje de niños menores de 5 años con Infecciones respiratorias agudas en la región Apurímac 2008-2014
- Identificar el porcentaje de niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas en la región Apurímac 2008-2014.
- Calcular el presupuesto invertido en el programa presupuestal articulado nutricional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, Apurímac 2009 – 2014.
- Identificar el porcentaje de ejecución presupuestal del programa articulado nutricional en la región, Apurímac durante los años 2009 – 2014.

## **CAPITULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **2.1. Bases Teóricas**

#### **2.1.1. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad**

Cuatro términos comúnmente utilizados en el diálogo y debate sobre políticas sociales, forman un conjunto de criterios para apoyar el desarrollo, la gestión y la evaluación de políticas y programas sociales: eficaz, eficiente, equitativo y sostenible.

Estos cuatro criterios representan un conjunto de pautas y estándares mínimos para analizar y desarrollar políticas y programas. Otros criterios pueden complementarlo. Sin embargo, estos cuatro criterios son una serie de criterios prioritarios porque tienen la misma relevancia e impacto en las políticas y programas, y porque estos criterios se utilizan comúnmente en el diálogo sobre políticas y programas. Son una herramienta adecuada para analizar iniciativas financiadas con dinero público, ya que reflejan ciertos aspectos del papel del Estado (en la promoción de la igualdad) y requisitos sobre cómo utilizar los recursos financieros (eficaz y justamente). Estos cuatro términos se han convertido en vocabulario cotidiano para quienes participan en la formulación, gestión y evaluación de políticas y programas.(6)

##### **2.1.1.1. Eficacia**

La palabra "eficacia" proviene del latín *efficere*, que a su vez proviene de *facere*, que significa "hacer o lograr". El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española señala que "eficacia" significa "virtud, actividad, fuerza y capacidad de obrar". María Moliner explica esta definición y sugiere que "eficiencia" "se aplica a cosas o personas que pueden producir

eficiencia o brindar el servicio deseado". Algo es eficaz si logra o hace lo que se propone hacer. El diccionario inglés da una definición similar. Por ejemplo, Webster's International define la eficiencia como "la capacidad de producir los resultados esperados". Aplicando estas definiciones a las políticas y programas sociales, la eficacia de una política o programa puede entenderse como el grado en que se logran los objetivos establecidos. Un programa es eficaz si logra sus objetivos. Una organización eficaz que cumple plenamente su misión le da una razón de existir. Para lograr una claridad total acerca de la efectividad, es necesario ser específico acerca de lo que constituye una "meta". En particular, debemos estipular que un objetivo claramente definido demuestre claramente lo que se busca crear, incluida la calidad de lo que se entrega. Asimismo, el objetivo debe determinar el tiempo necesario para producir un determinado efecto o producto. Por tanto, una iniciativa es eficaz si logra los objetivos previstos en el plazo previsto y con la calidad esperada. (6)

#### **2.1.1.2. Eficiencia**

Para aclarar la terminología, debe hacerse una distinción entre eficiencia técnica y eficiencia económica. La eficiencia técnica analiza la relación entre uno o más productos producidos y la cantidad de un insumo determinado utilizado para producirlos. Algunas definiciones sugieren que la eficiencia técnica mide la relación entre un producto y la energía utilizada en su producción. En algunas aplicaciones, la energía se utiliza como unidad de medida para estimar el "costo" (en unidades de energía) de diversas técnicas o tecnologías de fabricación. Varios insumos se miden en unidades de energía para representar el costo total de producir un resultado.

En la práctica del análisis de políticas sociales, la eficiencia técnica será una medida cuya unidad de medida es la unidad

de producción (o resultado) por unidad de insumo. Algunos ejemplos podrían ser la vacunación infantil en función de cuánto tiempo participa una persona en una campaña de vacunación o cuántas visitas de salud prenatal tiene cada persona por mes. Sin embargo, estas medidas no reflejan necesariamente los costos totales necesarios para lograr los resultados deseados. Estas unidades de medida limitan el uso de criterios de eficiencia técnica. Esto sólo tiene sentido si desea comparar diferentes formas de lograr un resultado específico con un resultado específico. Por ejemplo, en función de la aportación se pueden comparar diferentes opciones para superar el fracaso académico. La eficiencia técnica mide el impacto de cada recomendación en el fracaso académico y el uso de insumos relacionados (tiempo del profesor, tiempo de computadora, textos y materiales, etc.). Al comparar el uso de la tutoría entre pares (donde los estudiantes asumen el papel de apoyar el aprendizaje de sus pares, mejorando así su propio aprendizaje) y la tutoría asistida por computadora, el uso de la tutoría entre pares puede ser más efectivo que el uso de la tutoría entre pares mediante computadora. -Instrucción basada en tiempo y tiempo de lectura, pero es muy restrictiva (ineficaz) en el uso del tiempo del maestro. El uso de unidades de entrada físicas para representar la eficiencia limita nuestra capacidad para determinar qué procesos son generalmente más eficientes. La necesidad de comparar procesos que utilizan diferentes insumos o múltiples insumos en diferentes proporciones. Esta preocupación nos lleva al concepto de eficiencia económica, que define el criterio de eficiencia como una medida de la producción unitaria (o producción o impacto) en términos del costo de los insumos y de los diversos recursos necesarios para su producción. La eficiencia económica permite la suma de varios insumos en términos de monedas.

**(6)**

### **Análisis de la eficiencia:**

Existe un consenso general sobre la utilidad e interpretación de aspectos de eficiencia técnica y económica. La razón de este consenso es que las dos dimensiones se refieren a los diferentes usos de los recursos para producir servicios de salud específicos (es decir, la cantidad de servicios obtenidos a partir de un determinado insumo, costo de un determinado nivel de producción) y suponen que debe producir un servicio. Los indicadores de eficiencia económica y técnica son directos y no implican una evaluación del valor del servicio. No se ha logrado consenso. Hay consenso sobre los indicadores apropiados de eficiencia asignativa, especialmente cuando se aplican al sector de la salud en su conjunto, está impulsado en gran medida por juicios de valor, por ejemplo, basados en el valor relativo de los servicios de salud. De manera diferente, los defensores de ciertos enfoques para la reforma del sector de la salud critican a los gobiernos por asignar la mayor parte de sus recursos a la atención hospitalaria en lugar de a la atención primaria y preventiva, y es ahí donde existe el mayor potencial para mejorar aspectos generales del estado de salud (por ejemplo, mortalidad infantil, mortalidad materna y tasas de natalidad a nivel nacional). Otras iniciativas de reforma no pueden oponerse a asignar la mayor parte de los fondos públicos a la atención hospitalaria, porque evalúan el valor de los servicios basándose en la demanda de los usuarios, es decir, del propietario (principalmente tratamiento médico y atención hospitalaria), utilizar medidas relacionadas sobre la importancia de compartir riesgos al gastar en servicios hospitalarios (es decir, financiar la seguridad social), que conlleva el mayor riesgo financiero para los hogares. **(6)**

### **2.1.1.3. Eficacia, Eficiencia y el Trabajo en Equipo**

El trabajo en equipo es una habilidad esencial para lograr el éxito organizacional; Se presentan enfoques y aportes desde diferentes campos. Según lo definen Bayona y Cruz (2012), un grupo de trabajo se define como un grupo de dos o más personas que interactúan dinámicamente (presencial o virtualmente), son interdependientes y adaptativas, donde cada miembro tiene un rol específico y comparte responsabilidad por sus resultados dentro de la organización. Habilidades identificadas como clave para un trabajo eficaz en equipos interdisciplinarios:

- Identificar un líder que establezca la dirección y la visión del grupo y escuche, apoye y supervise a los miembros del equipo.
- Incorporar un conjunto de valores que den claridad y dirección al trabajo del equipo; Estos valores deben ser vistos y reconocidos constantemente.
- Demostrar una cultura de equipo y un ambiente interdisciplinario de confianza donde se valoran las aportaciones y se fomenta el consenso.
- Garantizar procesos e infraestructura adecuados para respaldar la visión del servicio.
- Proporcionar servicios de alta calidad centrados en el cliente con resultados documentados; y utilizar la retroalimentación para mejorar la calidad de la atención.
- Utilizar estrategias de comunicación para promover la participación en equipo, la toma de decisiones compartida y el trabajo en equipo eficaz.
- Desplegar suficientes personas para crear un equipo con la combinación adecuada de habilidades, competencias y personalidades para satisfacer las necesidades de los clientes y mejorar el desempeño.
- Facilitar la contratación de personal con habilidades multifuncionales, incluidos equipos multifuncionales, liderazgo

colaborativo, habilidades de comunicación, conocimientos y experiencia profesional suficiente.

- Promover la interdependencia respetando los roles y la autonomía individuales.
- Facilitar el desarrollo personal a través de capacitación adecuada, recompensas, reconocimiento y oportunidades de desarrollo profesional.(7)

#### **2.1.1.4. Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Estrategias Nacionales de Salud, OMS:**

Un requisito previo para una plataforma sólida de seguimiento, evaluación y análisis es una Estrategia Nacional de Salud (NHS) integral y sólida. Sus atributos y criterios importantes se describen en la Evaluación de la Estrategia Común para el País (ECEN) y estándares relacionados. ECEN es un método general para evaluar y orientar el desarrollo de estrategias nacionales de salud, es una herramienta general que presenta los componentes o criterios esenciales de una “buena” estrategia nacional, enfocándose en cinco grupos de atributos:

- Analizar la situación y su coherencia con estrategias y planes.
- El proceso de elaboración de planes y estrategias nacionales.
- Mecanismos de financiación y auditoría.
- Mecanismo de gestión e implementación.
- Mecanismos de seguimiento, evaluación y análisis.

#### **2.1.2. Desnutrición Crónica**

Talla baja, definida como longitud/talla para la edad inferior a la media de la población de referencia y que refleja la imposibilidad de lograr un crecimiento adecuado en longitud/talla para la edad. La desnutrición crónica grave (talla baja) se definió como longitud/altura menor de -3 DE. La desnutrición crónica (baja

estatura) a menudo refleja los efectos acumulativos de la desnutrición (no necesariamente una ingesta energética inadecuada) y/o episodios repetidos de enfermedades, especialmente diarrea y la interacción entre las dos enfermedades. Entre las edades de 2 y 5 años, la tasa de crecimiento de la talla de los niños de la Región es estable y comparable a la de los niños bien nutridos del resto del mundo, en particular de Noruega y los Estados Unidos. Sin embargo, la falta de altura que se produce durante los primeros 2 años de vida rara vez se revierte, lo que lleva a desnutrición crónica (baja estatura) a largo plazo en los niños. (8)

#### **2.1.2.1. Causas y consecuencias del retraso en el crecimiento (desnutrición)**

El retraso del crecimiento es a la vez causa y consecuencia de la pobreza. La desnutrición en los niños conduce a una menor productividad, menores ingresos y problemas de salud en la edad adulta. Los efectos acumulativos de la desnutrición infantil también son transgeneracionales; Los hijos de mujeres con desnutrición temprana son más pequeños que los de mujeres bien alimentadas. Por el contrario, el retraso del crecimiento intrauterino puede limitar el crecimiento posnatal. Las causas más directas del retraso del crecimiento son la inadecuada práctica de lactancia materna, la alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas. La ingesta insuficiente de energía y nutrientes es el resultado de inapropiadas prácticas de alimentación, calidad de la dieta empleada en la alimentación complementaria y entre la población que vive en pobreza extrema, el consumo insuficiente de energía y nutrientes es el resultado de inapropiadas prácticas de alimentación, calidad de la dieta empleada en la alimentación complementaria y entre la población que vive en pobreza extrema, la inseguridad alimentaria en el hogar. Si bien, muchos hogares en América Latina y El Caribe tienen, probablemente, los recursos

adecuados para proveer suficiente comida que permita cubrir los requerimientos de energía de los lactantes y niños pequeños, la mayoría no cuenta con los recursos que permitan brindar alimentos que cubran las necesidades de micronutrientes (alimentos de origen animal y/o alimentos fortificados). Esto aún es más cierto para los nutrientes conocidos como “nutrientes críticos”, como ser el hierro, zinc, vitamina B6 en la mayoría de países en vías de desarrollo, riboflavina, niacina, calcio, vitamina A, tiamina, folsato y vitamina C en ciertas poblaciones. Aunque la ingesta de estos nutrientes generalmente es elevada, su biodisponibilidad en la dieta es pobre (por ejemplo, el hierro y el zinc de fuentes vegetales) de manera que, en general, su absorción es baja. La mejor fuente de estos nutrientes es la carne animal, la cual es demasiado cara para ser adquirida de manera regular por muchas familias. Por otro lado, incluso si una familia tiene suficiente comida para satisfacer las necesidades energéticas de los bebés y niños pequeños, eso no significa que en realidad esté satisfaciendo esas necesidades energéticas. Algunos estudios han demostrado que en familias con un suministro energético insuficiente, los niños pequeños consumen menos alimentos de los que se les proporciona, posiblemente debido a la anorexia, las propiedades de los alimentos (por ejemplo: sabor y textura) y debido a la diarrea. La diarrea también es la principal causa del lento crecimiento en los niños porque reduce el apetito y reduce la absorción de energía y nutrientes en los intestinos. Además, la interacción entre una ingesta nutricional inadecuada y la diarrea hace que su presencia simultánea tenga un efecto sinérgico sobre el crecimiento; En otras palabras, su impacto no es sólo “secundario” como cabría esperar. (9)

### **Indicadores antropométricos de retraso del crecimiento:**

El índice antropométrico es una combinación de medidas de peso y altura. En los niños, los índices más utilizados son peso/edad, longitud/talla/edad y peso/longitud/talla. El índice de masa corporal (IMC), como peso/altura, se utiliza cada vez más en niños mayores, adolescentes y adultos para evaluar el sobrepeso/obesidad. Los índices antropométricos obtenidos suelen compararse utilizando valores o estándares de referencia internacionales. Una excepción podría ser el índice de masa corporal, que resulta útil incluso sin considerar puntos de referencia o puntos de referencia. **(9)**

#### **2.1.2.2. Fuentes de Medición del ENDES para medición de la Desnutrición**

Los datos sobre edad y talla se obtuvieron de ENDES, estudio realizado como parte del Programa Mundial de Investigación en Demografía y Salud. Esto requiere de profesionales médicos capacitados y estandarizados, así como de equipos que cumplan con los estándares técnicos establecidos (básculas digitales y estadiómetros de la marca SECA). Para saber la edad, la gente suele utilizar certificados de nacimiento o tablas de crecimiento y desarrollo (CRED). En el primer caso, la medición se realiza en posición horizontal (largo) y se requieren tres personas capacitadas para realizar la medición correcta; En el segundo caso, se mide en posición vertical y se denomina medición de altura. Tanto las mediciones de longitud como de altura requieren de personal capacitado y estandarizado para evitar sesgos y sesgos en el registro de los datos de medición. **(10)**

#### **2.1.2.3. El patrón de referencia NCHS y OMS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó el uso del patrón de National Center for Health Statistics -NCHS hasta el año 2006, a partir de ese año recomienda utilizar un nuevo

patrón de referencia conocido como OMS. Una descripción de ambos patrones se presenta a continuación: National Center for Health Statistics - NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos), utilizado desde finales de la década de los años 70. La población de referencia se basa en datos de una muestra limitada de niños alimentados predominantemente con fórmula en los Estados Unidos y muestra sólo cómo crecen los niños en un área en un momento dado y no proporciona una base sólida para la evaluación según las directrices y estándares internacionales. Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó el "Lanzamiento del nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil" en abril del año 2006. Esta nueva herramienta es el resultado de un diligente trabajo científico dirigido y coordinado por la OMS y la Universidad de las Naciones Unidas. Este trabajo incluyó la realización de un estudio multicéntrico en el que participaron ocho mil quinientos niños de Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán. Estos bebés se alimentan con leche materna como estándar esencial para su crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, las investigaciones han demostrado de manera convincente que todos los niños y niñas, nacidos en cualquier parte del mundo, tienen el mismo potencial de desarrollo. El modelo de referencia de la OMS es más exigente durante determinadas etapas de crecimiento para niños y niñas, por lo que las estimaciones de desnutrición crónica utilizando este modelo son más altas en estos grupos de esta edad y, por tanto, en el conjunto. (11)

### **2.1.3. Presupuesto por Resultados**

El Presupuesto por Resultados (PpR) es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos con productos y resultados medibles que sean a favor de las personas, lo que requiere una definición de los resultados a alcanzar, y un

compromiso para lograrlos. sobre objetivos secundarios u otros procedimientos internos, determinación de responsables, procedimientos para producir información sobre resultados, productos y herramientas de gestión institucional, y rendición de cuentas. (12)

#### **2.1.3.1. Instrumentos del Presupuesto por Resultados**

El PpR se implementa a través de cuatro instrumentos que ayudan a determinar las acciones que se deben tomar, es decir, los bienes y servicios que el Estado proporcionará para lograr resultados que sean beneficiosos para la gente:

Seguimiento: Esto permite, a través de un proceso continuo de recopilación y análisis de información sobre el desempeño, medir la eficacia con la que las intervenciones gubernamentales logran sus objetivos y se implementan.

Evaluación independiente: Ayudar a analizar el diseño, implementación y/o mejora de intervenciones, proyectos o programas públicos y su impacto en el bienestar de la comunidad.

Incentivos de gestión: Acelerar los resultados vinculando directamente los recursos asignados con mejoras de gestión específicas. (12)

#### **2.1.3.2. Programa Presupuestal**

Es una unidad estructural de planificación de acción de una entidad pública que integra y entrega claramente productos (bienes y servicios) para lograr resultados específicos que beneficien a los ciudadanos y con ello contribuir al logro de resultados finales relacionados con los objetivos de política pública. Además, es la línea presupuestaria la que constituye la herramienta PpR. (12)

### 2.1.3.3. Importancia de los Programas Presupuestales

Es una herramienta de presupuestación basada en resultados, definida como una unidad de planificación de acciones en una estructura pública que integra y entrega claramente productos (bienes y servicios) para lograr resultados, es decir, resultados específicos que beneficien a todos y contribuyan a su consecución. El programa presupuestario del Perú es un tipo de presupuesto, lo que significa que la estructura lógica que sustenta su desarrollo se refleja en las partidas de gasto de la estructura funcional del presupuesto nacional del programa. El responsable de la identificación, desarrollo y resultados esperados del programa presupuestario es el titular del organismo dependiente del gobierno que desempeña funciones de gestión política relacionadas con el programa. Los gobiernos nacionales, regionales y locales son responsables de implementar y gestionar productos y actividades de planificación presupuestaria que ayuden a lograr estos resultados.

El plan presupuestario, como unidad de planificación de los recursos estatales, refleja una coherencia vertical, incluyendo diferentes niveles de gobierno, que son directamente responsables de proporcionar productos o realizar actividades de acuerdo con sus instituciones. (12)

Son importantes porque permiten:

- Identificar y asignar recursos en productos (bienes y servicios) que influyen en el logro de resultados que benefician a las personas.
- Evaluar el gasto público según la lógica causal:
- Ayuda a esclarecer la lógica causal entre los productos (bienes y servicios) proporcionados al pueblo y sus resultados, y establece indicadores para medirlos.

- Enfatizar los esfuerzos en los tres niveles de gobierno a través de la implementación de Programas Presupuestales con articulación territorial, permitiendo mejores resultados y mayor aprendizaje entre entidades diferentes de los tres niveles de gobierno. (8)

#### **2.1.3.4. Participación en la ejecución de los Programas Presupuestales**

Varias unidades estatales en los tres niveles de gobierno (estatal, regional y local) participan en la implementación y/o ejecución de los programas presupuestarios a través de la Dirección General, teniendo en cuenta los métodos y directrices establecidos por el presupuesto estatal del Ministerio de Economía y finanzas. (12)

#### **2.1.3.5. Responsabilidades que tienen los Gobiernos Regionales y locales en los Programas Presupuestales**

Los gobiernos regionales y gobiernos locales deben:

- Dentro de su competencia, coordinar las actividades de adaptación y priorización, definiciones de actividades y listas de insumos para los productos y actividades de los cuales es responsable, incluidos los requisitos de cumplimiento de insumos para las realidades regionales o locales, si los hubiera.
- Se recomienda a los jefes de unidades estructurales coordinarse con las unidades técnicas estructurales de su territorio para priorizar durante la etapa de planificación y presupuestación las actividades relacionadas con los productos previstos en cada presupuesto.

- En el marco del marco legal vigente, monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos de producción física y financiera de productos, proyectos, actividades o inversiones en programas presupuestarios en los que participen las autoridades regionales o locales
  - Colabore con las unidades técnicas departamentales para lograr objetivos de producción física y financiera para el presupuesto de su ubicación para actividades relacionadas con productos.
- (12)

#### **2.1.4. Programa Articulado Nutricional**

La estrategia ha dado resultados en la reducción de la desnutrición crónica entre los niños menores de 5 años.

Esto incluye una serie de intervenciones coordinadas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Oficina del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud y las autoridades regionales y locales.

El Ministerio de Salud es el grupo directivo del plan estratégico.

El Plan de Nutrición Clara (PAN) fue desarrollado en conexión con el plan bicentenario del país 2012-2020, que prioriza la reducción de la desnutrición en el país. (13)

##### **2.1.4.1. Convenio EUROPAN, Apurímac 2010**

El programa Articulado Nutricional tiene como objetivo reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años priorizando e implementando una variedad de intervenciones multisectoriales y nacionales que trabajan juntas para crear sinergias en esta área.

El programa se desarrolló a partir de un modelo lógico basado en análisis y evidencia que identifica las principales causas que inciden directa e indirectamente en la prevalencia de la desnutrición crónica entre los niños.

Este modelo lógico nos ayudará a explicar la relación entre la asignación de recursos, la intervención gubernamental (servicios públicos) y el impacto esperado de mejorar la capacidad nutricional de los niños menores de 5 años, en otras palabras, evaluar mejor la efectividad del programa.

En este sentido la comunidad EUROPEA realiza la donación de Presupuesto para complementar los objetivos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional. (14)

#### **2.1.4.2. Evaluación del Programa Articulado Nutricional, RM N° 289-2013-MINSA**

Un proceso diseñado para determinar el grado de efectividad del plan presupuestario del PAN en relación con sus objetivos y los recursos asignados para alcanzar dichos objetivos, a través de un análisis metódico riguroso de su ejecución, resultados e impacto, se pueden identificar desviaciones y tomar medidas correctivas.

Se deben tomar medidas para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas y lograr cambios en las poblaciones objetivo. (13)

#### **2.1.4.3. Bajo peso al Nacer**

El peso al nacer es un indicador importante de la salud del niño y del recién nacido; el bajo peso al nacer (es decir, el retraso del crecimiento intrauterino) se asocia con problemas de desarrollo psicológico y cognitivo en los niños en edad preescolar.

Según diversos estudios, el peso del bebé al nacer está relacionado con la alimentación y los cuidados de la madre durante el embarazo. (15)

#### **2.1.4.4. Niño con vacuna completa, RM N° 289-2013-MINSA**

Un niño completamente vacunado es un niño desde el nacimiento hasta la edad de 59 meses y 29 días que ha recibido las 14 vacunas especificadas en el calendario nacional de vacunación como parte del programa de vacunación.

Al llevar a cabo diferentes acciones y actividades en cada componente del proceso de vacunación, la vacunación garantiza la inmunidad contra enfermedades prevenibles en el 100% del grupo de niños previsto, incluidos los grupos muy dispersos y marginados. El proceso de inmunización consiste en actividades regulares y sistemáticas por parte de enfermeras para garantizar que las niñas y los niños reciban inmunizaciones completas y oportunas de acuerdo con calendarios apropiados para su edad para prevenir enfermedades prevenibles con vacunas y reducir el riesgo.

La carga de enfermedad está generalizada entre los niños y así reducir los ciclos de enfermedades y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Todos los establecimientos de salud realizan la vacunación según clasificación (esta puede realizarse en varios lugares, siempre y cuando se cuente con las instalaciones necesarias y el equipamiento mínimo) (13)

#### **2.1.4.5. Niño con control de Crecimiento y Desarrollo Completo (CRED), RM 289-2013-MINSA**

Conjunto regular y sistemático de actividades establecidas por un profesional de enfermería o médico para monitorear

adecuada y oportunamente el crecimiento y desarrollo de niñas y niños con el fin de facilitar la detección temprana y la presencia de riesgos, cambios o trastornos. enfermedades como el diagnóstico y la intervención temprana. El control se realiza en instituciones de salud según su categoría (también se puede realizar en otras situaciones si se cuenta con las condiciones físicas necesarias y el equipamiento mínimo). (13)

**2.1.4.6. Niño con Suplemento de hierro, RM 289-2013-MINSA**

El objetivo de esta intervención es asegurar un aporte adecuado de hierro en niños menores de 36 meses para mantener niveles adecuados de hierro en el organismo y prevenir la anemia. Las intervenciones incluyen brindar ingesta preventiva de hierro a niñas y niños menores de 36 años en el programa actual. (13)

**2.1.4.7. Consecuencias de la deficiencia de Hierro**

La deficiencia de hierro puede causar anemia y afectar las capacidades físicas y mentales. Durante el embarazo, se asocia con bajo peso al nacer, parto prematuro, mortalidad materna y muerte fetal. La deficiencia de hierro en los niños puede reducir el aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento, y también puede afectar los sistemas de prevención de infecciones. La capacidad de trabajo de los adultos está disminuyendo. La mayoría de las personas con deficiencia de hierro son mujeres y niños en edad preescolar. (13)

**2.1.4.8. Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) no complicada y complicada, RM 289-2013-MINSA**

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda no complicada y complicada, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento. (13)

#### **2.1.4.9. Atención de Enfermedades Diarreicas Agudas no complicada y complicada, RM 289-2013-MINSA**

El objetivo de la intervención fue diagnosticar y tratar enfermedades diarreicas agudas no complicadas y complicadas por deshidratación en niños menores de 5 años, de forma ambulatoria o hospitalaria.. (13)

#### **2.1.4.10. Atención de anemia, RM 289-2013-MINSA**

Las intervenciones destinadas a diagnosticar y tratar la anemia ferropénica se realizan de forma ambulatoria. Dos indicadores se utilizan con mayor frecuencia para informar sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años a nivel nacional: la desnutrición crónica y la anemia. Aunque se utiliza con menos frecuencia debido a la limitada información sobre la prevalencia de la enfermedad, la deficiencia de vitamina A es uno de los principales problemas de salud pública que enfrentan las poblaciones más vulnerables del país (INS-CENAN 2004). Los niños con desnutrición crónica son niños que son más bajos de lo esperado para su edad, lo que indica deficiencias nutricionales y/o condiciones de salud crónicas. Los principales factores asociados a este problema son la mala alimentación y la exposición frecuente a enfermedades infecciosas, que pueden estar relacionadas con malas prácticas de higiene. Pollitt (2002) argumentó que la desnutrición crónica durante los años preescolares y escolares se asocia con problemas en el desarrollo intelectual y las habilidades educativas de niños y niñas. (15)

#### **2.1.4.11. Consecuencias de la deficiencia de la vitamina A:**

Los niños con deficiencia de esta vitamina son más susceptibles a infecciones, padecen enfermedades más graves y mayor riesgo de muerte. Su deficiencia aumenta el riesgo de ceguera y puede provocar daños en la piel, la boca, el estómago y el sistema respiratorio. Tomar vitamina A puede

reducir el riesgo de muerte por sarampión. Se estima que su uso reduce la mortalidad infantil por sarampión en un 50% y la mortalidad por diarrea en un 40% en personas con deficiencia de esta vitamina. El riesgo de muerte infantil se puede reducir en un 23%.

#### **2.1.4.12. Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal, RM 289-2013-MINSA.**

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de parasitosis intestinal en niños menores de 5 años.

Incluye:

- 2 consultas ambulatorias por episodio como mínimo.
- 01 examen seriado de Heces y Test de Graham de diagnóstico y 01 de control.
- Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica.
- Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia (SIEN, VEA u otro.), registro de seguimiento y citas, etc. (13)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Eficiencia**

La relación entre dos cantidades, la producción de un bien o servicio y los insumos (financieros, humanos o básicos) utilizados para producirlo. (11)

### **2.2.2. Eficacia**

Cuantifican el grado en que se han logrado los objetivos o resultados de la organización, programa o proyecto. Este indicador

sólo mide el cumplimiento de los objetivos marcados y no tiene en cuenta los recursos utilizados. (11)

### **2.2.3. Desnutrición Crónica**

La desnutrición crónica es un proceso en el que las reservas orgánicas que el organismo ha acumulado a través de la ingesta de alimentos se agotan por falta de calorías y proteínas. Retrasa el desarrollo en fetos, bebés, niños y adolescentes. (10)

### **2.2.4. Programa Presupuestal Articulado Nutricional:**

Estrategia Nacional orientada a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, basada en el modelo lógico conceptual.

## **2.3. Antecedentes:**

### **2.3.1. Antecedentes Internacionales**

**Mamani, C. 2008;** en su tesis “Desnutrición Infantil – Escolar y su Impacto en el Desarrollo Económico Sostenible (Caso Municipio De Comanche)” Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia 2008. Dice: La desnutrición es un problema de salud no resuelto a nivel mundial y en Bolivia. La escasez de mano de obra no contribuye al crecimiento económico. La salud y la desnutrición de la fuerza laboral son elementos centrales del crecimiento y el desarrollo económicos. El sistema de salud actual incluye la medicina tradicional indígena, y el documento propone proteger los derechos de toma de decisiones y gestión de las organizaciones comunitarias en relación al sistema de salud público. La nutrición está relacionada con: ingresos, actividad económica, hábitos alimentarios y calidad de la dieta de los residentes de la ciudad Comanche, provincia de Pacajes. Es un esfuerzo sistemático para mostrar el impacto de la desnutrición, especialmente entre los niños, en el desarrollo y el crecimiento económico de la región. Su objetivo es estimar la prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años y entre 5 y 19 años utilizando estimaciones estadísticamente sólidas y consistentes que puedan respaldar estudios numéricos. Desnutrición -

Bolivia 2010 es uno de los nuevos modelos de investigación de políticas para el desarrollo económico y social efectivo del país por población: de abril a junio de 2008 se estudiaron 20 unidades educativas.. Las acciones intencionales para abordar la malnutrición en los comanches para 2010 incluyen: intersectoriales, mejora de la alimentación y la nutrición, capacidad institucional, participación comunitaria y alianzas estratégicas con socios internacionales, centrándose en cuestiones interculturales y de género, como soluciones a las contramedidas nutricionales de los comanches. . pobreza en las zonas urbanas. Se detalla el estado de salud en Bolivia, brindando un fuerte apoyo a nuevos paradigmas de salud familiar, comunitaria y transcultural. El análisis demográfico es detallado y preciso, y enfatiza los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo para 2006-2011. Diversas políticas y estrategias orientadas a la movilización social incluyen la promoción de la participación activa y responsable en el sector salud (liderazgo social, movilización social), el asociacionismo y el control social, así como el establecimiento de comités de salud a nivel nacional, departamental y municipal. Esto agregará años de vida saludable y traerá más personas sanas y productivas al país. La atención se centra no sólo en la longevidad, sino sobre todo en un estilo de vida saludable. Utilizando números y estadísticas sobre seguridad alimentaria en Bolivia, se detallan deficiencias nutricionales específicas, particularmente aquellas que afectan a mujeres embarazadas y lactantes. Se tratan en detalle los aspectos económicos, sociológicos y médicos de la ciudad comanche. El diseño metodológico se detalló y se determinó que era un estudio operativo diagnóstico transversal descriptivo de una población de referencia (niños menores de 5 años y estudiantes de 20 unidades educativas comanches). Determinar el tamaño de la muestra y proporcionar resultados detallados en forma de gráficos y tablas estadísticas que resalten la relación entre el peso, la altura, el sexo y el valor nutricional de los alimentos consumidos por el grupo de

consumidores. Al detallar los resultados, los autores proponen un modelo econométrico dinámico estocástico en forma de un vector autorregresivo VAR(P), donde todas las variables se tratan como endógenas y luego utilizan pruebas para determinar la validez y consistencia del modelo. Culmina con conclusiones y recomendaciones sobre la débil estructura productiva de la ciudad, la relación negativa entre desnutrición y crecimiento económico, el impacto positivo del plan nacional de prevención de la desnutrición a futuro; y concluyó que la situación actual mantendrá altos niveles de desnutrición y pobreza y recomendó cambios en la cultura alimentaria de los escolares, aumento de la cría de camellos en organismos nacionales y provinciales. (16)

### **2.3.2. Antecedentes Nacionales**

**León; M. 2018;** en su tesis “Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia, en Huancavelica durante los años 2014 – 2016” PUCP. Refiere: Este estudio evalúa el estado de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Huancavelica en el año 2015, afectando a más del 34% de los niños de la región, y los factores que afectan la implementación del plan nacional para reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y la anemia. en el periodo 2014 al 2016. Prevención y Prevención”. El objetivo de este estudio fue identificar y esclarecer los determinantes antes mencionados en el marco del Programa Nacional Huancavelica, así como las causas más comunes que inciden en los altos índices de anemia. y su origen. Desnutrición crónica en niños en comparación con el área geográfica más cercana. Si bien los estados han implementado programas, es importante comprender plenamente las causas y actores que impiden que esta tasa se reduzca. En el marco del plan antes mencionado, como estrategia nacional para reducir la desnutrición crónica en los niños, creemos que la "prevención" por sí sola no es suficiente para reducir la desnutrición crónica en los

niños. Es importante restablecer el estado nutricional de los niños. Cerca de 500.000 niños en todo el país se ven afectados por la enfermedad y se han intensificado las medidas para vigilar no sólo a las mujeres embarazadas, sino también a los niños desde el nacimiento hasta los primeros cinco años de vida, con campañas para alentar a las familias a adoptar prácticas saludables. Actividades y prácticas desarrolladas por comunidades locales, funcionarios municipales electos y municipios regionales. Este trabajo identificará los factores que inciden positivamente o dificultan el Programa Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el período 2014-2016. implementación en Huancavelica. El programa se implementó para aumentar las intervenciones efectivas en DIA y reducirlas en un 10%. Para la realización de este trabajo se recomienda realizar una investigación cualitativa (descriptiva, documental y aplicada) de acuerdo con las preguntas de investigación, cuya finalidad es describir, comprender subjetivamente y reconocer cognitivamente la realidad de los objetos (comportamiento, emprendimiento) y analizar eventos. . Además, el método permite el uso de diferentes métodos de recolección de datos, cada uno con ventajas específicas, como entrevistas semiestructuradas u observaciones antropológicas. Finalmente, se puede comparar (triangular) información de los diferentes actores sociales entrevistados para comprobar su consistencia, interpretarla y corregir posibles sesgos en el análisis. La información recopilada en este estudio sugerirá formas específicas de articulación entre las políticas públicas del Estado y los públicos destinatarios, con el fin de remodelarlas y alcanzar los objetivos deseados. (17)

**Olivares, G. 2015;** en su estudio “El costo social y económico derivado de la desnutrición infantil de los niños de 0 a 5 años de la Región del Cusco para el período 2014” UNSAAC. Dice: En los últimos 25 años, mientras la economía del país ha seguido creciendo, Perú ha implementado varias políticas alimentarias

destinadas a reducir los altos valores nutricionales, y Perú ha firmado los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos Alimentarios para el Desarrollo Sostenible 2030. Plan diario. A pesar de los esfuerzos realizados en 2014, la provincia del Cusco aún enfrenta dos problemas de salud pública para niños menores de 5 años: desnutrición crónica y anemia. Se han estudiado las consecuencias económicas y sociales de la desnutrición infantil, lo que permite comprender el impacto de la enfermedad en las personas en todas las etapas de su vida y en las comunidades que la padecen. Para América Latina, en el modelo se analizan las variables de decisión e impacto. Para ajustar el modelo, se utilizaron datos secundarios principalmente para estimar el número de casos adicionales debido a la desnutrición, los costos médicos por tipo de atención, el número de años de operaciones adicionales, el costo de las operaciones por estudiante, los ingresos por nivel educativo y los ingresos debidos a educación Disparidades en los problemas educativos. Se concluyó que la desnutrición afecta las diversas variables analizadas y se estimó el costo económico de la desnutrición infantil en el Cusco en S/95,643,903. 99 Nuevos soles. (equivalente a valores de 2014). (18)

**Ministerio de Salud 2012** “Evolución De Los Indicadores Del Programa Articulado Nutricional Y Los Factores Asociados A La Desnutrición Crónica Y Anemia. MINSA, LIMA 2012. Reducir la desnutrición crónica en los niños. Según el modelo NCHS, la prevalencia de la enfermedad entre niños menores de 5 años ha disminuido del 22,6% en 2007 al 15,2% en 2011, lo que supone una disminución de 7,4 puntos porcentuales. Un nuevo gráfico de la Organización Mundial de la Salud muestra que esta proporción ha caído del 28,5% en 2007 al 19,5% en 2011, una caída de 9 puntos porcentuales. Durante la implementación del Plan de Acción Nacional (2008-2011), la prevalencia de la desnutrición crónica disminuyó un 32,7% (según los modelos de la OMS), cifra muy superior a la de la década anterior. Las regiones con las

mayores reducciones en la desnutrición crónica entre 2007 y 2011 estuvieron entre las regiones con las mayores reducciones en los países en desarrollo en 2007: Puno (-17,2 puntos porcentuales), Huánuco (-16,4 puntos porcentuales), Pasco (-15,7 puntos porcentuales) . y Ancash (-15,7 puntos porcentuales). Sin embargo, en las últimas tres provincias la reducción no superó el promedio nacional (-9%), mientras que la provincia que quedó rezagada en la lucha contra la desnutrición crónica fue Loreto (el porcentaje de desnutrición crónica aumentó en 3 puntos porcentuales). y Ucayali, donde las estadísticas de desnutrición crónica son altas, excepto Tumbes y Tacna, donde las tasas de desnutrición crónica son más bajas. (7)

**Ministerio de Salud “Documento De Investigación Sobre La Desnutrición Infantil Crónica, Informe Desnutrición Crónica Infantil”. Lima feb. 2012**

Entre el año 2000 y el 2011, la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años se disminuyó en 10,2 puntos porcentuales. Es preciso destacar que en la etapa previa al PAN (2000-2007) la desnutrición solo se había reducido 2,8 por ciento, en comparación con el 7,4 por ciento de disminución durante la vigencia del PAN (2007-2011). (19)

**Cruzado, Vania. 2012.** Análisis Del Impacto Del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (Pan) Sobre La Desnutrición Crónica En Niños Menores De 5 Años. Mef, Enero 2012. El propósito de este artículo es determinar el impacto del Programa Articulado de Nutrición (PAN) en la desnutrición infantil utilizando dos productos principales: crecimiento y desarrollo (CRED) y vacunas administradas a los mismos niños. Se utilizaron dos métodos no experimentales para la evaluación: el primer enfoque utilizó un conjunto de datos pediátricos con la posibilidad de extender la intervención a cohortes de nacimiento. Por lo tanto, se cree que los efectos intergeneracionales de la intervención reducen

la probabilidad de desnutrición y aumentan la probabilidad de control del crecimiento y vacunación adecuada. Desde 2008, el grupo de seguimiento ha reducido el riesgo de desnutrición en aproximadamente un 5% y utilizó métodos de control comunes a nivel regional, con los que calculó el efecto promedio sobre las tasas de desnutrición en las áreas con el mayor efecto del tratamiento. Se encontró que la efectividad del PAN para reducir la desnutrición era de 3,5 puntos porcentuales en Apurímac y de 1,5 puntos porcentuales en Ayacucho. Independientemente del método utilizado, este estudio mostró una asociación inversa significativa entre los programas de nutrición conjuntos y la desnutrición crónica. Los hallazgos de este estudio son útiles para la presupuestación basada en el desempeño. (20)

**TARQUI C,Vasquez S,Aramburu A,Avares D,Rojas J. 2012.** En su Tesis “Evolución de los indicadores del Programa Articulado Nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia. 2012. El objetivo de este estudio es describir el desarrollo de indicadores nutricionales y factores relacionados con la desnutrición y la anemia crónica en niños de hasta 36 meses de edad. Materiales y métodos: Se analizó la Encuesta Nacional de Salud Familiar y Demográfica de Niños Menores de 36 Meses del 2000 al 2011. Las muestras complejas se analizaron estadísticamente mediante el análisis SPSS V.19.0, se ajustaron mediante factores de ponderación con intervalos de confianza del 95% y se utilizó regresión logística con intervalos de confianza del 95% para evaluar los factores de riesgo asociados con la desnutrición crónica y la anemia. Los resultados fueron los siguientes: Del 2000 al 2011, la incidencia de desnutrición crónica en niños menores de 36 meses disminuyó un 7,3%, la incidencia de anemia disminuyó un 19,3%, el número de infecciones respiratorias agudas disminuyó un 3,5% y las infecciones agudas disminuyeron un 3,5%. el número de enfermedades diarreicas disminuyó un 17,6%. El peso al nacer disminuyó un 7,1%. La tasa

de control de CRED para niños menores de 36 meses aumentó un 29,4%, la tasa de suplementación de hierro aumentó un 9,7% y la tasa de vacunación básica aumentó un 8,4%. El número de hogares con agua potable aumentó un 8,9%, el número de hogares con protección ambiental y saneamiento aumentó un 11,7% y el número de hogares rurales aumentó un 22,5%. Los factores asociados a la desnutrición crónica son el sexo masculino (OR=2), la pobreza (OR=2,63) y el bajo peso al nacer (OR=4,3) y los factores relacionados con la deficiencia sanguínea son la pobreza extrema (OR=1,8) y la pobreza (OR=1,4), la falta de atención prenatal de la madre del niño (OR=1,4) y ser madre adolescente (OR=1,5). Sus Recomendaciones: Las tasas de desnutrición crónica y anemia disminuyeron significativamente a nivel nacional entre los niños de 6 a 36 meses entre 2000 y 2011 y constituyeron un problema de salud pública en el Perú. Los factores asociados con la desnutrición crónica incluyen el sexo masculino, la pobreza, el bajo peso al nacer y factores relacionados con la anemia, como la pobreza, la falta de atención prenatal para las nuevas madres y las madres adolescentes que dan a luz. (19)

**SÁNCHEZ, J.**, en sus artículo científico “Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú”, Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. Lima 2012. Menciona: Desde 2008, Perú ha implementado el presupuesto basado en resultados, un conjunto de planes presupuestarios diseñados para asignar recursos a productos que han demostrado ser efectivos para lograr resultados en temas clave que afectan a la humanidad. Uno de los programas presupuestarios es Nutrición Planificada (PAN), que tiene como objetivo reducir la incidencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años. El análisis de los efectos del programa de nutrición articulado sugiere que la desnutrición es menos probable y que el control del crecimiento y la vacunación completa son más

probables en la cohorte de recién nacidos posterior a 2008 que utiliza métodos de evaluación no experimentales. Asimismo, entre 2007 y 2011, además del índice de lactancia materna exclusiva, continuaron mejorando los indicadores de producto y resultados intermedios definidos en el Plan de Acción Nacional. (21)

**Plan Nacional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la prevención de la anemia en el País, MINSA, Lima 2014.**

La desnutrición crónica en la infancia es un retraso en el desarrollo de una niña o un niño que afecta su desarrollo físico, intelectual, emocional y social. En mi país, según el modelo de la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de diarrea infecciosa aguda en niños menores de 5 años disminuyó del 28,5% en 2007 al 18,1% en 2012, una disminución a nivel nacional de 9,1 puntos porcentuales. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se espera que en 2015 alcance el 18,5%. En esta situación estamos por debajo de Guatemala (48%), Honduras (29,4%), Haití (28,5%), Bolivia (27,1%), Nicaragua (21,7%), Belice (21,6%), El Salvador (19,2%), Panamá (19,1%) y Guyana (18,2%) en América Latina (ENDES 2012). Dependiendo del lugar de residencia, la prevalencia de diarrea infecciosa aguda en niños menores de 5 años es mayor en el área rural, es decir, en 2012 fue tres veces mayor que en el área urbana (31,9% en el área rural y 10,5% en zonas urbanas). Desde 2007, esta proporción muestra una tendencia continua a la baja, del 45,7% al 40,3% en 2009, en 2010 fue del 38,8% y en 2012, del 31,9%. En 2012 se observó una ligera tendencia al alza (del 15,6% en 2007 al 14,2% en 2009 y al 10,1% en 2011). Según datos de las regiones naturales del Perú, en 2012 las tasas más altas de desnutrición crónica infantil se dieron entre niñas y niños menores de 5 años en la sierra y selva (29,3% y 21,6% en estas zonas, respectivamente, desnutridos). el número de niños aumentó de 2000 a 2000. En 2012, hubo una tendencia continua a la baja (en las zonas montañosas en 2007 fue del 42,4%, en 2010 – 34,4%, en 2012 – 29,3%, en las selvas – 34,1% en 2012). En los distritos costeros, la prevalencia de la desnutrición

crónica disminuyó de 2010 a 2011, pero se mantuvo sin cambios de 2011 a 2012 (12,5% en 2007; 11,8% en 2010; 8,1% en 2011; 11,8% 12). %). Según espacios geográficos y áreas naturales, la mayor diferencia entre la prevalencia de DAI en niños y niñas menores de 5 años se da en las zonas de montaña, un 36,4%, lo que es 2,1 veces mayor que en las zonas urbanas de montaña (17,1); % en 2012). Durante el mismo período, la proporción de niños y niñas menores de 5 años con DAI también varió según el área rural o urbana en zonas de matorral y costeras, aunque de manera menos marcada: 26,8% en matorral rural y 16,5% en matorral de la zona costera de Lima. es del 4,1%, mientras que en otras zonas costeras es del 11,9%. A nivel regional, en Huancavelica en 2012, la CIE fue diagnosticada en más de 4 de cada 10 niños y niñas menores de 5 años, aunque las tasas de desnutrición fueron más altas en las provincias del Perú (2,64 más que el promedio nacional), pero una tendencia decreciente; también en el tiempo, especialmente comparando los indicadores registrados en 2007 y 2012. 0,2%). Las provincias con menores tasas de ICD en menores de 5 años en 2012 fueron Tacna, Moquegua y Lima (3,1%, 4,4% y 6,3% respectivamente). En algunas regiones del país, en 2012, el precio disminuyó más de un 10% respecto a 2007. Sin embargo, aún existen diferencias significativas, ya que 15/25 regiones son: Huancavelica, Cajamarca, Loreto, Apurímac, Huánuco, Ayacucho, Amazonas, Pasco, Ancash, Ucayali, Junín, Cusco, Piura, La Libertad y Puno. regiones promedio por encima del promedio nacional. Uno de los factores directamente relacionados con la desnutrición crónica infantil es la anemia ferropénica infantil (determinada por el nivel de hemoglobina en la sangre), que también determina el desarrollo cognitivo del niño en los primeros años de vida y más allá. En nuestro país la anemia es un grave problema de salud pública, pues si bien los indicadores nacionales han disminuido en los últimos años, cada 10 niños de 6 a 35 meses y 4 de cada 10 niñas la padecen, pasando de un 60,9% en el año 2000 a un 44,5% en

2012; de anemia, y la situación es aún más grave a la edad de 2 años, donde más de la mitad de los niños de este grupo de edad padecen anemia (56,3%). La anemia es un problema común tanto en las zonas urbanas como en las rurales: el 39,9% de los niños de entre 6 y 35 meses padecen anemia en las zonas urbanas y el 53,1% en las rurales. Desde 2007, la prevalencia de la anemia en las zonas rurales ha disminuido. Las zonas urbanas disminuyeron un 13,4%, pero en las zonas rurales sólo un 7%. Según los resultados de la ENDES 2012, 14 regiones del país tuvieron un mayor nivel de anemia respecto a 2011. Es necesario analizar la situación real en cada área y los factores regulatorios relacionados para brindar soluciones adecuadas donde podamos intervenir y reducir el impacto a largo plazo en los niños afectados por el problema. A nivel nacional y en 2012, las tasas de anemia fueron altas en niños de 6 a 35 meses, lo que refleja enfermedad crítica en todos los grupos, el espectro varió desde 25,4% en el grupo superior hasta 52,8% en el grupo inferior, y la condición debe ser tenido en cuenta; análisis. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un grupo de enfermedades causadas generalmente por virus y bacterias. Son una causa importante de consulta de atención médica y son responsables del mayor número de muertes entre niñas y niños menores de 36 meses y personas mayores (60 años y más). Las infecciones respiratorias agudas son más comunes en estaciones caracterizadas por cambios bruscos de temperatura y en ambientes con altos niveles de contaminación ambiental. A nivel nacional, las IRA disminuyeron significativamente entre niñas y niños menores de 36 meses, del 24,0% en 2007 al 14,6% en 2012 (9,4 puntos porcentuales durante el mismo período). Si analizamos las diferentes regiones, las zonas rurales cayeron 9,8 puntos y las ciudades, 8,4 puntos. Si bien en general las IRA muestran una tendencia a la baja, es necesario examinar los factores subyacentes a fin de orientar aún más los esfuerzos para reducir su peso y, lo que es más importante, de manera que puedan ayudar a romper el círculo vicioso entre las

IRA. y la enfermedad misma. La diarrea aguda (EDA) es una infección intestinal generalizada caracterizada por heces blandas, acuosas o líquidas que casi siempre ocurren más de tres veces en 24 horas y duran hasta dos semanas. La EDA es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, especialmente entre niñas y niños que viven en condiciones de vida y educación materna deficientes. A nivel nacional, la EDA para niñas y niños menores de 36 meses cayó al 15,3% desde el 17,4% en 2007 (una caída de 2,1 puntos porcentuales durante el período). También hubo reducciones en las zonas rurales (2,3 puntos porcentuales) y urbanas (1,5 puntos porcentuales), aunque sólo de unos pocos puntos porcentuales. Sin embargo, debido a la prevalencia de EDA en niñas y niños menores de 6 meses, el hierro y el zinc (oligoelementos esenciales para el crecimiento, desarrollo y maduración hasta los 24 meses de edad) se pierden cuando se introducen alimentos sólidos. Para contribuir aún más a la reducción, los niños con tres o más episodios de EDA por año tienen tres veces más riesgo de desnutrición aguda y dos veces más riesgo de desnutrición crónica. El bajo peso al nacer depende en gran medida del estado nutricional de la madre antes de la concepción y se define durante el embarazo como el nacimiento de una niña o un niño que pesa menos de 2500 gy suele ser un factor de riesgo para su salud y supervivencia, y por tanto el riesgo; Desnutrición crónica También muy alta. A nivel nacional, la proporción de bebés con bajo peso al nacer ha disminuido del 8,4% en 2007 al 7,4%, lo que representa una disminución de 1 punto porcentual entre 2007 y 2012. áreas del año, y si buscamos tendencias efectivas para mejorar este resultado, la caída no es grande. Todas las vacunas incluidas en el programa de vacunación aprobado por el MINSA son importantes, pero dos han sido identificadas como las más asociadas con enfermedades infantiles comunes: 1) vacuna contra rotavirus, que previene la diarrea severa (EDA), 2) vacuna neumocócica La vacuna ayuda a prevenir enfermedades respiratorias bacterianas

graves enfermedades como la neumonía (IRA). A nivel nacional, la proporción de niños menores de 24 meses vacunados contra el rotavirus y las vacunas neumocócicas aumentó del 13,2% en 2009 al 66,4%, un aumento significativo respecto del 53,2% en 2009. Por otro lado, vimos un aumento del 51,8% en el área rural. territorios y el 53,9% en las ciudades. Es importante mantener y aumentar el número. El seguimiento del crecimiento y desarrollo es un conjunto de medidas sistemáticas y periódicas que llevan a cabo las autoridades de salud para realizar un seguimiento integral y oportuno del crecimiento y desarrollo de niñas y niños menores de 9 años, con el fin de detectar y reducir a tiempo la incidencia de enfermedades. forma. y la presencia de una enfermedad que ayuda al diagnóstico y tratamiento, reduciendo así la gravedad y duración de los cambios y consecuencias, reduciendo la discapacidad y previniendo la muerte. El seguimiento del crecimiento y el desarrollo debe ser un componente clave de la consejería integral orientada a incorporar y fortalecer prácticas familiares importantes para mejorar el cuidado infantil: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, suplementación con hierro (múltiples micronutrientes), lavado de manos. A nivel nacional, la tasa de pruebas CRED para niñas y niños menores de 36 meses aumentó un 26,8%, del 24,0% en 2007 al 50,8%. De manera similar, la proporción aumentó un 34,6% en las zonas rurales y un 22,9% en las urbanas, lo que es un aumento significativo, pero aún es necesario mejorar aún más la cobertura, especialmente la calidad de los servicios. A escala nacional, la tasa de prima para niñas y niños de 6 a 35 meses aumentó del 12,3% en 2007 al 19,6% en 2012, lo que representa un aumento significativo de 7,3 puntos porcentuales. El aumento fue del 13,2% en las zonas rurales y del 4,0% en las urbanas. Sin embargo, un aspecto importante a considerar es la relación con la proporción de niños que se sometieron a la prueba CRED del control CRED, que recibió solo el 19,6% el suplemento. En 2008 se dió un paso importante en la presupuestación de acciones para reducir la desnutrición crónica

en niños con la planificación e implementación de dos programas estratégicos: El Programa Articulado de Nutrición (PAN) y la reducción de la mortalidad materna a través del Programa de Salud Materna Neonatal (PSMN), bajo el presupuesto de resultados, ambos programas presupuestarios cuentan con intervenciones que afectan la salud y nutrición de niñas y niños. Un aspecto importante a considerar es la asignación de fondos por niveles de gobierno en el PAN. En el siguiente gráfico, según PIA 2009 a 2013, vemos que en los años 2009 - 2010 el presupuesto del PIA se concentra a nivel nacional (representado por el Presidente del Consejo de Ministros, Ministerio de Salud, Seguro Universal de Salud, Ex MIMDES, ahora Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; A partir de 2011, la presupuestación comenzó a surgir a nivel regional como parte del diseño del programa presupuestario y se volvió más sólida en 2012-2013; Para los gobiernos locales, en 2013 se podría ver un aumento en los presupuestos para actividades destinadas a promover la salud y prevenir enfermedades para los niños y las familias. La mayor distribución per cápita se encuentra en la provincia de Huancavelica, donde, en atención integral se gastan 106,6 nuevos soles por cada niño menor de 5 años, seguido del departamento de Moquegua con s/. 90.90 soles, luego Ayacucho con s/.90.18 nuevos soles y Apurímac con s/.90,16 nuevos soles por cada niña y niño. Las provincias con menor distribución per cápita son Arequipa, con s/.19,6 soles nuevos y Lima con s/.2.92 nuevos soles. La desnutrición en niñas y niños menores de tres años está determinada por dos factores, la deficiencia de micronutrientes y la presencia de enfermedades infecciosas (EDA y IRA en nuestro país son las más comunes), además, la frecuencia, gravedad y duración de los procesos. También, ciertas condiciones surgen durante el nacimiento de niñas y niños y por consiguiente pueden afectar su estado nutricional durante el crecimiento, bajo peso al nacer y nacimiento prematuro, los bebés que nacen con cualquiera de estos factores están en desventaja porque necesitan recuperar su peso y talla en los siguientes meses,

y la presencia de enfermedades infecciosas o deficiencias de micronutrientes pueden dificultar este proceso. Otra dificultad al nacer es la presencia de defectos congénitos, como los defectos del tubo neural. La presencia de enfermedades infecciosas depende del uso de medidas preventivas, como la vacunación (especialmente contra el rotavirus y la enfermedad neumocócica, ambas asociadas con causas frecuentes de infección), el tratamiento adecuado y rápido de los síntomas de la infección (que ayuda a reducir el riesgo de complicaciones de enfermedades e infecciones). Finalmente, adoptar prácticas y ambientes saludables en los hogares de estos niños y niñas. La evidencia sugiere que las intervenciones deberían centrarse en el embarazo y los dos primeros años de vida, un período de 1.000 días que es un período de crecimiento y desarrollo físico, incluido el desarrollo de la cognición, el conocimiento y la sabiduría. Este período también se conoce como la "ventana de oportunidad". Para evaluar el alcance del programa nacional del país para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia, se desarrollaron los siguientes indicadores:

- Prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.
- Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad.
- Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.
- Porcentaje de recién nacidos con prematuridad.
- Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niñas y niños menores de 3 años de edad.
- Prevalencia de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de 36 meses de edad.
- Porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.
- Porcentaje de madres de niña y niños menores de 36 meses que practican lavado de manos en momentos clave.

- Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad.
- Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.
- Porcentaje de recién nacido con corte oportuno del cordón umbilical. (22)

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Hipótesis**

#### **a. Hipótesis General**

El Programa presupuestal Articulado nutricional redujo significativamente la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años en la Región Apurímac 2008-2014.

#### **b. Hipótesis específica**

No existe Hipótesis específica por tratarse de problemas específicos descriptivos puros. Hernández Sampiere (2009).

### **3.2. Identificación de Variables:**

#### **3.2.1. Variables**

- Eficacia
- Eficiencia

#### **3.2.2. Variables Intervinientes:**

- Anemia
- Estado Vacunal
- Control de Crecimiento y Desarrollo
- Enfermedades prevalentes
- Presupuesto asignado
- Tradiciones y costumbres

### 3.3. Operacionalización de Variables

*Cuadro N° 1 Operacionalización de Variables*

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
Eficacia	<p>Cuantifican el grado de cumplimiento de los objetivos o resultados de la institución, programa o proyecto. Este indicador solamente mide el grado de cumplimiento de las metas establecidas y no considera los recursos utilizados.</p> <p>Las medidas de eficacia contribuirán en la medida que los objetivos y/o resultados de la institución o programa se encuentren claramente.</p>	Anemia	Porcentaje de niños de 6 a menos de 36 meses con anemia	Con anemia Sin anemia	Nominal
		Control de Crecimiento y Desarrollo	Porcentaje de menores de 36 meses con control de Crecimiento y Desarrollo para su edad	Con CRED completo  Sin CRED completo	Nominal
		Vacuna completa para la edad	Porcentaje de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad	Con vacuna completa  Sin vacuna completa	Nominal

		Bajo peso al nacer	Porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg)	Adecuado Inadecuado	Nominal
		Infecciones Respiratorias Agudas	Porcentaje de niños menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron IRA	Presentó No presentó	Nominal
		Infecciones Diarréicas agudas	Porcentaje de niños menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron EDA	Presentó No presentó	Nominal

Eficiencia	Describe la relación entre dos magnitudes, la producción de un bien o servicio y los insumos (financieros, humanos o bienes) utilizados para su generación. Este tipo de indicador está referido a la producción de bienes o servicios, utilizando el mínimo de recursos disponibles. - Costo de un servicio provisto por usuario	Infecciones Diarréicas agudas	Porcentaje de niños menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron EDA	Presentó No presentó	Nominal
		Inversión total en el Programa	Porcentaje de inversión del presupuesto total asignado por producto del Programa Articulado Nutricional		Nominal
		Ejecución de presupuesto total, anual	Porcentaje de ejecución presupuestal por asignación a nivel de Programa		Nominal
		Reducción de la DCI	Porcentaje de Desnutrición Crónica Infantil	Con DNT  Sin DNT	Nominal

Fuente: Elaboración Propia

## CAPITULO IV: METODOLOGIA

### 4.1. **Ámbito de Estudio: Localización política y geográfica**

Los datos se obtuvieron a nivel de la Región Apurímac, información de todas las ejecutoras de Salud de las provincias.

### 4.2. **Tipo y Nivel de investigación**

#### 4.2.1. **Tipo de estudio**

- **Cuantitativo:** Se basa en la recopilación y análisis de datos numéricos que se obtiene de la construcción de instrumentos de medición para la prueba de hipótesis. (23)
- **Descriptivo:** Describe situaciones y eventos, es decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno, miden aspectos, dimensiones y componentes del fenómeno a investigar. (23)
- **Correlacional:** La investigación correlacional es un tipo de método de investigación no experimental. Este tipo de estudio tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables. (23)
- **Transversal:** El estudio transversal se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido (23)
- **Retrospectivo:** Se analiza en el presente, datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados. (23)

### 4.3. **Unidad de Análisis**

El niño menor de 5 años que tuvo desnutrición crónica infantil durante los años 2008 al 2014 en la Región Apurímac, obtenidos de

documentos oficiales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES “Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2015” y MEF Ejecución presupuestal (Consulta Amigable) de los años 2008 al 2014.

#### **4.4. Población de estudio**

La población fue extraída de los documentos oficiales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES y MEF donde se registraron a todos los niños menores de 5 años.

#### **4.5. Tamaño de la muestra**

La muestra fue extraída de los documentos oficiales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES “Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2015” y MEF Ejecución presupuestal (Consulta Amigable) de los años 2008 al 2014. Donde se registraron a todos los niños menores de 5 años de la Región Apurímac.

#### **4.6. Técnicas de recolección de la información**

Se aplicó una Ficha de recolección de Datos: A través de este instrumento se recolectaron los datos de cobertura alcanzada en cada una de las variables a investigar, los que serán valorados de acuerdo a estándares de la OMS, OPS, y otros parámetros del Ministerio de salud. Las fichas de recolección de datos se encuentran en el anexo 2.

Los datos fueron recolectados a través de la revisión de fuentes oficiales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, y Ministerio de Economía y Finanzas, así mismo se utilizó el programa Cognos Power Play del Ministerio de Economía y Finanzas para el análisis presupuestal que fue el resumen de la “consulta amigable”.

#### **4.7. Validez**

Las técnicas y el instrumento de recolección de datos fueron validados a través de juicio de 3 expertos especialistas en el área, donde:

Dpp = 1.332 que está ubicado en el intervalo B, que indica que el instrumento de investigación se ubica en “adecuación en gran medida” al problema que se desea investigar, y por tanto el instrumento puede ser utilizado.

#### **4.8. Confiabilidad**

El instrumento es válido pues los resultados obtenidos no variarán en el tiempo ya que el presente estudio pretende analizar coberturas de indicadores de salud alcanzadas en años anteriores de fuentes oficiales del estado peruano como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

#### **4.9. Técnicas de análisis e interpretación de la información**

Se usó la estadística descriptiva de medias porcentuales para el análisis de las variables, esto a través de la comparación de coberturas alcanzadas y presupuesto invertido año a año.

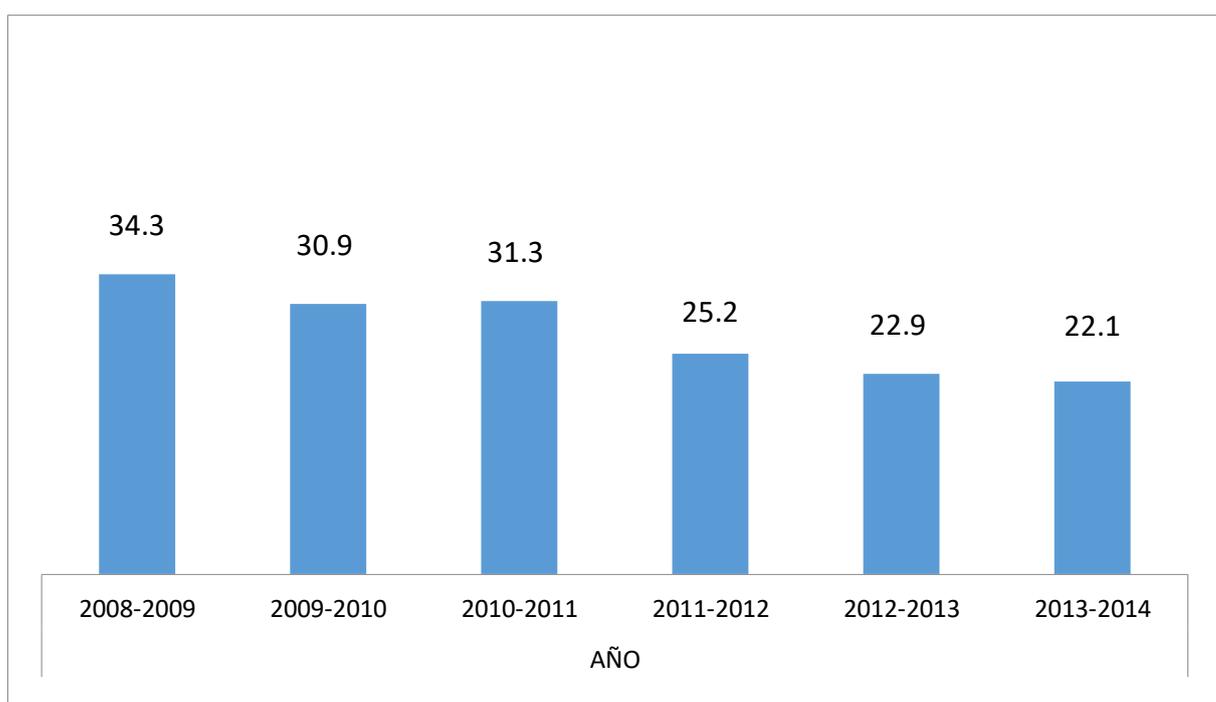
## **CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El presente capítulo muestra los resultados obtenidos respecto a la eficiencia y eficacia del Programa Articulado Nutricional implementado a partir del año 2009 en la Región Apurímac para la reducción de la desnutrición crónica infantil. Corresponden a datos publicados en la página Web de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del Instituto Nacional de Estadística e Informática y del Ministerio de Economía y Finanzas a través de la “Consulta amigable”

## 5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

### Eficacia del programa articulado nutricional en la reducción de la desnutrición crónica infantil, región Apurímac 2008 a 2014

**Gráfico N° 1 Porcentaje de niños menores de 5 años con Desnutrición Crónica, Apurímac 2008-2014**

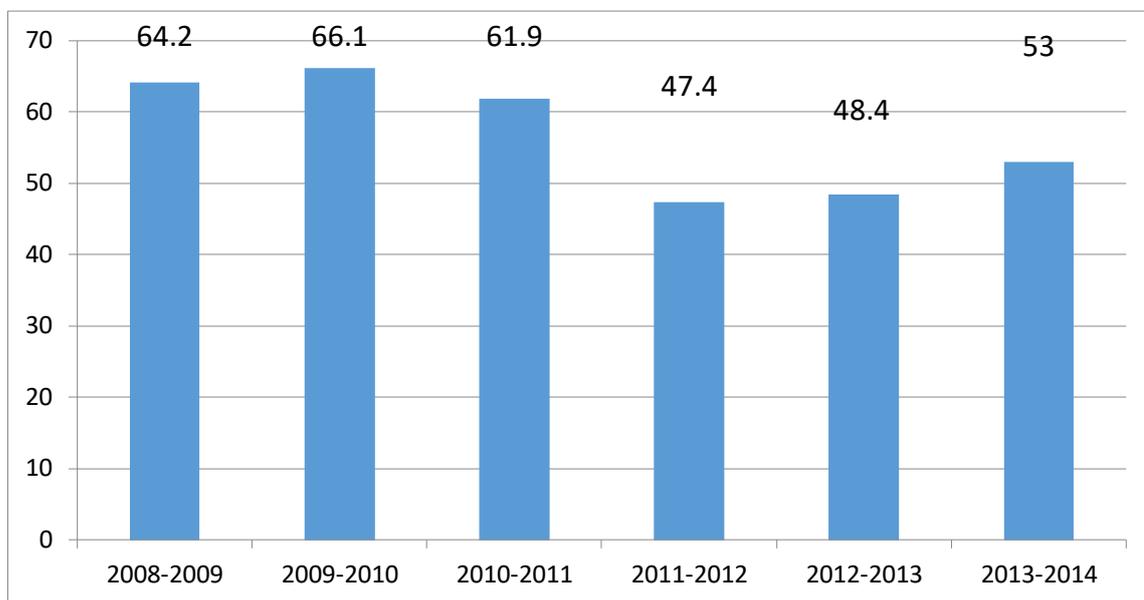


Fuente: ENDES

#### **Análisis:**

El gráfico muestra que en los años 2008 - 2009, periodo de implementación del programa la Desnutrición fue de 34.3%, y para el 2013-2014 se encuentra en 22.1%, mostrando una reducción de 12.2 puntos porcentuales.

**Gráfico N° 2 Porcentaje de Niños de 6 meses a menos de 36 meses con Anemia, Región Apurímac 2008-2014**

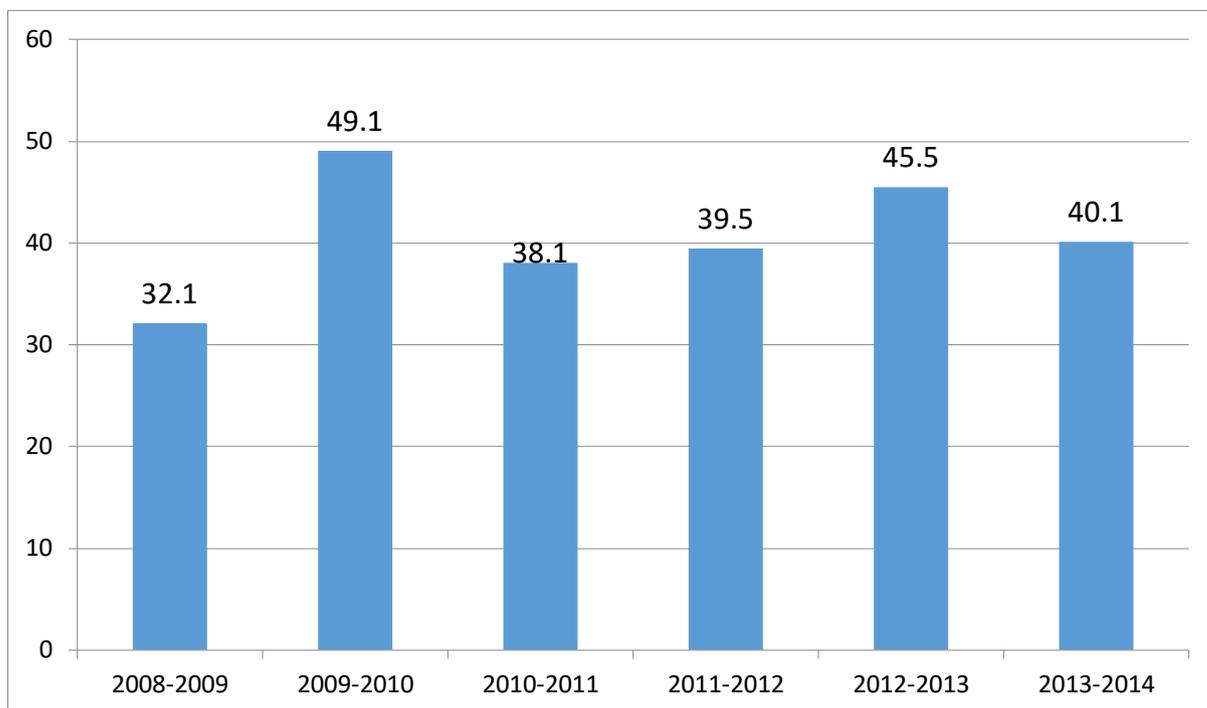


Fuente: ENDES

**Análisis:**

El gráfico muestra que Apurímac en la implementación del programa entre el 2008-2009 presentó casos de anemia en 64.2%, subiendo a 66.1% entre el 2009-2010, para bajar a 47.4 en los años 2011-2012 y para el 2014 se ha incrementado a 53% de anemia en niños de 6 meses a menores de 36 meses, en general a partir de la implementación del programa la reducción de anemia en niños menores de 36 meses fue de 11.2 puntos porcentuales.

**Gráfico N° 3 Porcentaje de Niños de 6 meses a menores de 36 meses con Suplemento de Hierro, Apurímac 2008-2014**

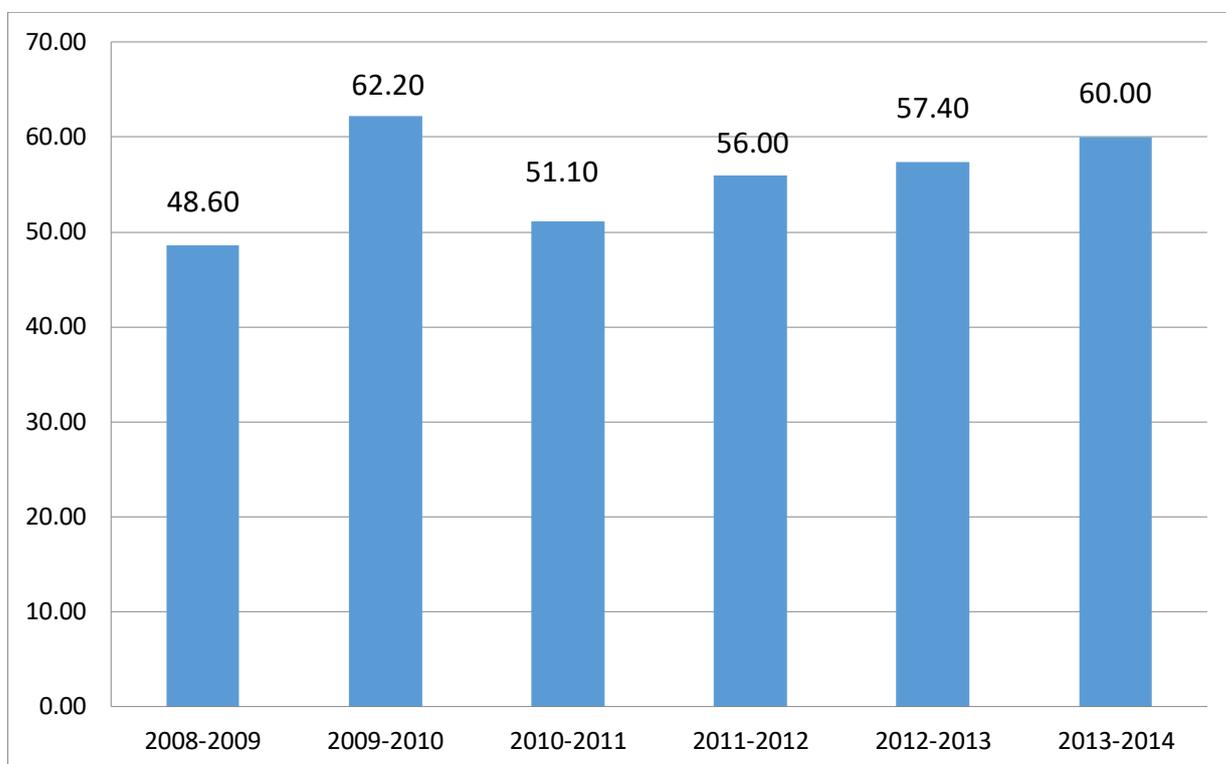


Fuente: ENDES

**Análisis:**

Se observa que en el año de implementación del programa el 32.1% de los niños entre 6 meses y menores de 36 meses recibieron suplemento de hierro, incrementándose la suplementación a 49.1% entre el 2009-2010, bajando a 38.1% entre el 2010-2011, volviendo a subir a 45.5% entre el 2012-2013, para bajar en 5.4% puntos al 2014, obteniendo 40.1% de niños del grupo etareo suplementados con hierro. En general desde el año de implementación del programa se incrementó en 8 puntos porcentuales la entrega del suplemento hierro.

**Gráfico N° 4 Porcentaje de niños menores de 36 meses con Control de Crecimiento y Desarrollo completo para su Edad, Apurímac 2008-2014**

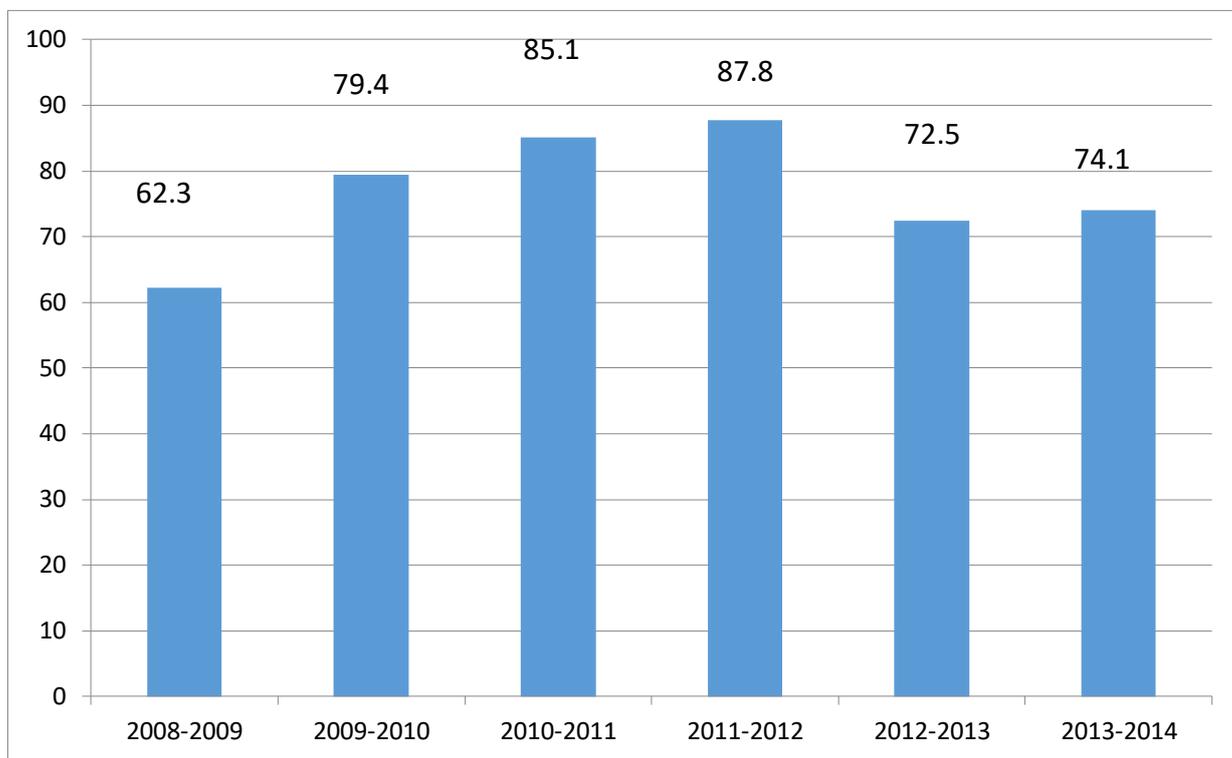


Fuente: ENDES

**Análisis:**

Se observa que en el periodo de implementación del programa el porcentaje de controles de CRED fue de 48.6% y para el 2014 es de 60%, habiéndose incrementado los controles de crecimiento y desarrollo en 11.4%, sin embargo el mayor logro se realizó en el periodo 2009 a 2010 con 62.2%.

**Gráfico N° 5 Porcentaje Niños Menores de 36 meses con vacuna completa para la edad, Apurímac 2008-2014**

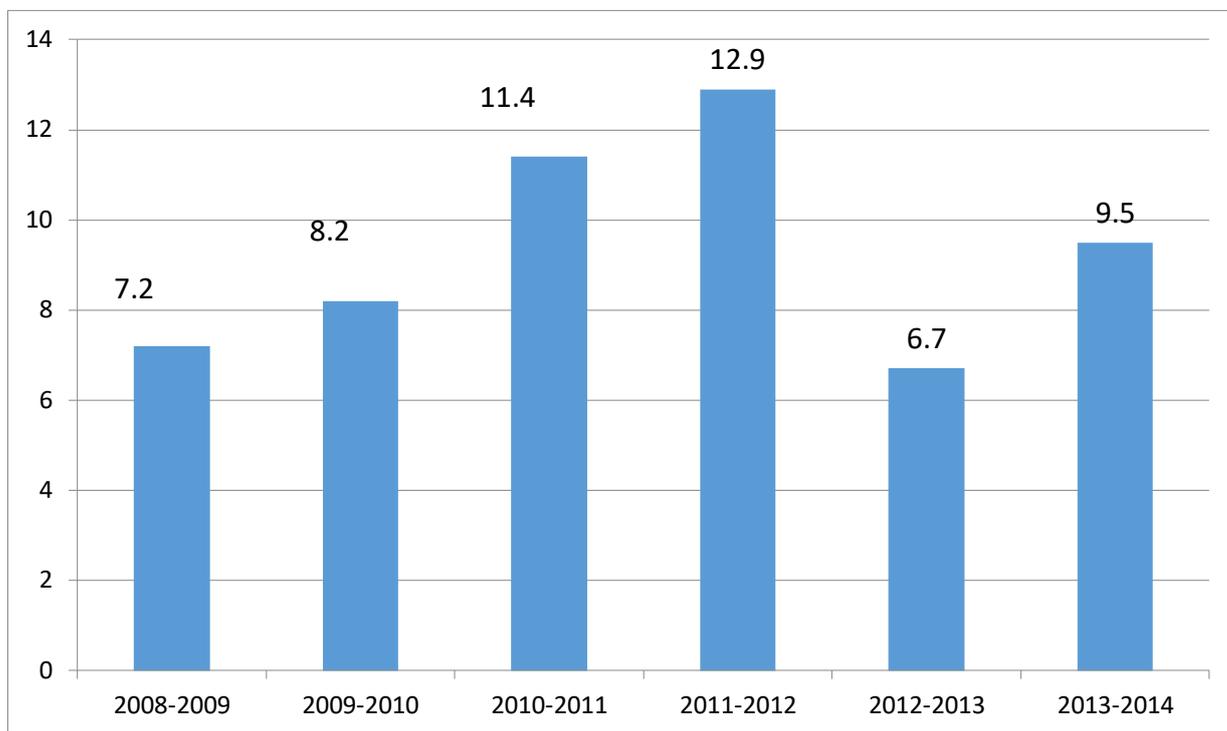


Fuente: ENDES

**Análisis:**

El gráfico muestra que durante la implementación del programa los niños menores de 36 meses con vacuna completa para la edad alcanzaba al 62.3%, llegando entre el 2011 a 2012 a 87.8% (su pico más alto) y bajando a la actualidad a 74.1%, en general se incrementó en 11.8% del 2008 al 2014.

**Gráfico N° 6 Porcentaje recién nacidos con bajo peso al nacer (menor A 2500gr),  
Apurímac 2008-2014**

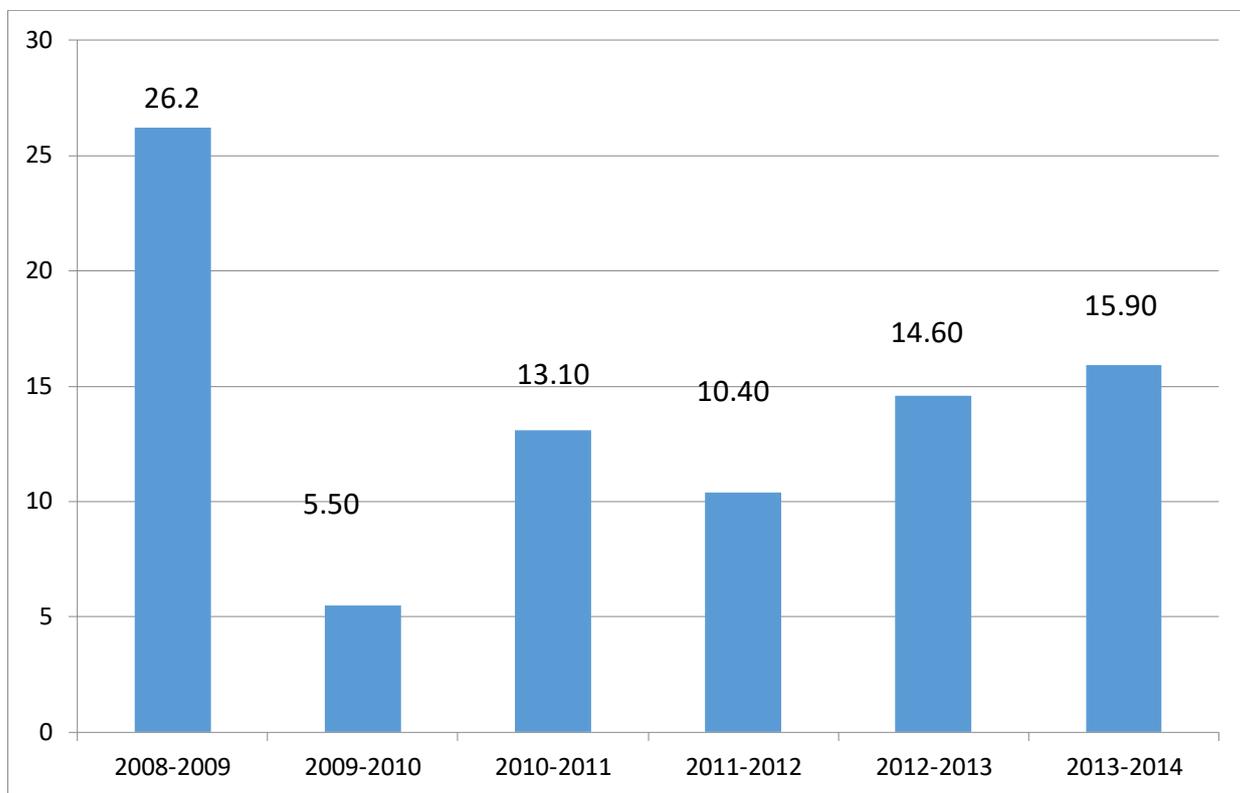


Fuente: ENDES

**Análisis:**

El gráfico muestra un incremento de casos de recién nacidos de bajo peso al nacer a 12.9% entre el 2011-2012 respecto al año de implementación del programa articulado nutricional, muestra también el mayor descenso entre el 2012-2013 a 6.7%, volviendo a incrementarse a 9.5% entre los años 2013-2014

**Gráfico N° 7 Porcentaje niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron Infección Respiratoria Aguda (IRA), Apurímac 2008-2014**

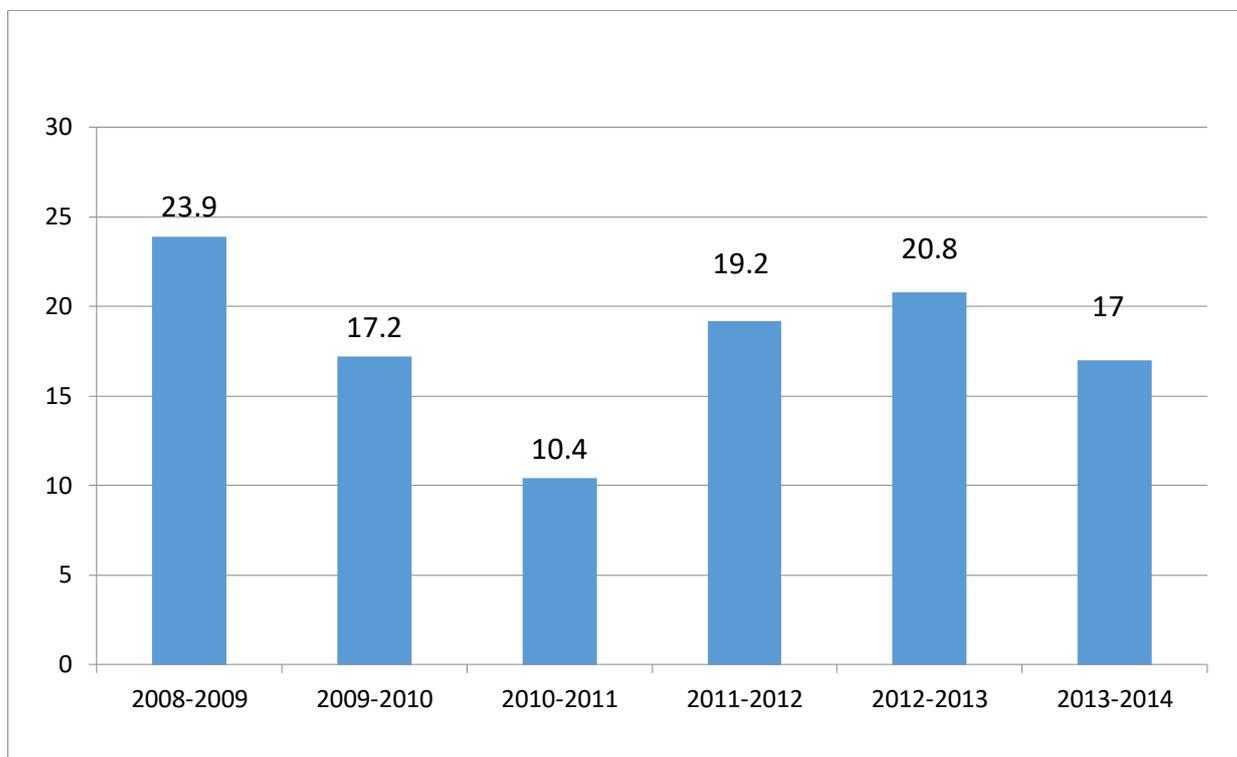


Fuente: ENDES

**Análisis:**

El gráfico muestra que en general los casos de IRA se redujeron de 26.2% entre el 2008-2009, a 15.9% entre el 2013 a 2014, habiendo llegado a su máxima reducción entre los años 2009-2010 con 5.5%.

**Gráfico N° 8 Porcentaje niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) Apurímac 2008-2014**

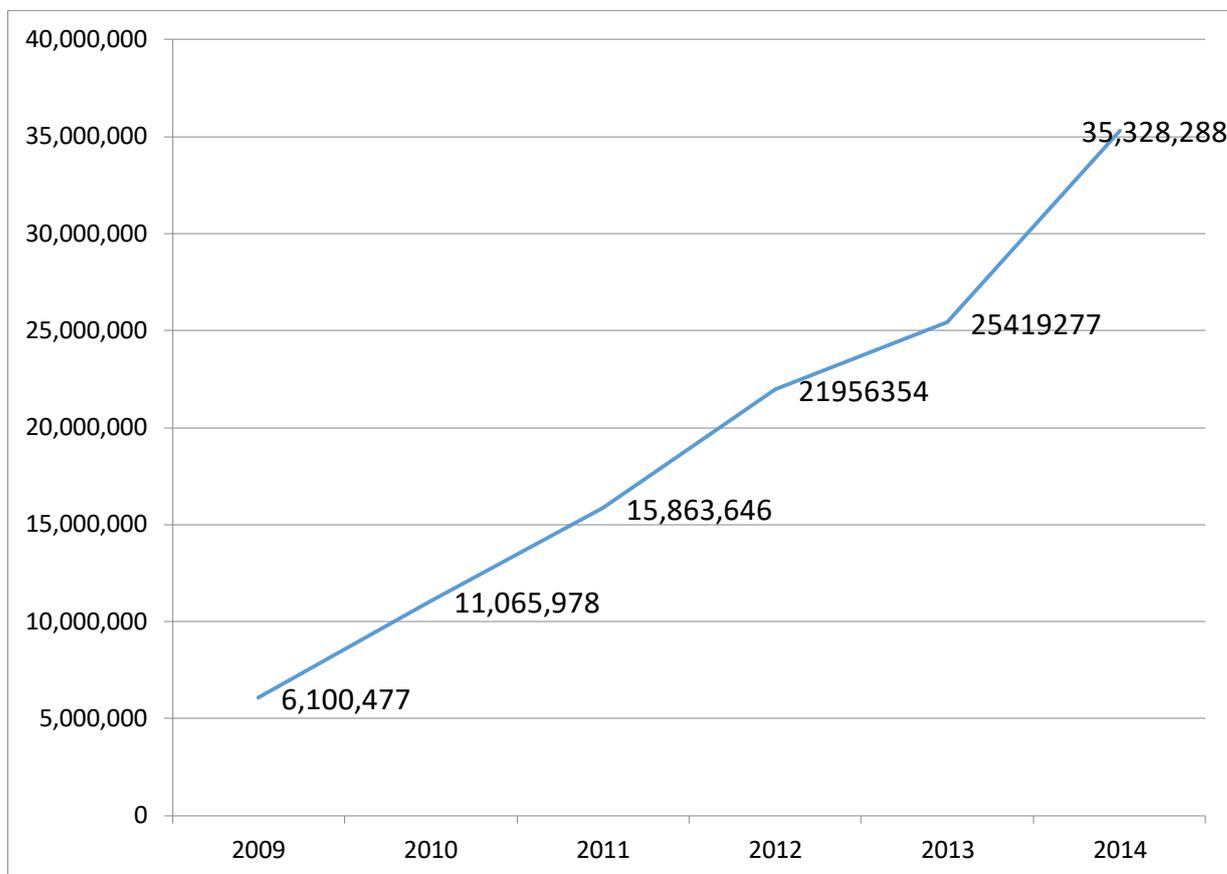


Fuente: ENDES

**Análisis:**

El gráfico muestra que durante la implementación del programa entre el 2008-2009 los casos de EDA fueron de 23.9%, llegando a su mayor reducción entre el 2010-2011 con 10.4%, llegando a 17% entre el 2013-2014.

**Gráfico N° 9 Presupuesto total invertido en el programa (PIM), Apurímac 2009 - 2014**

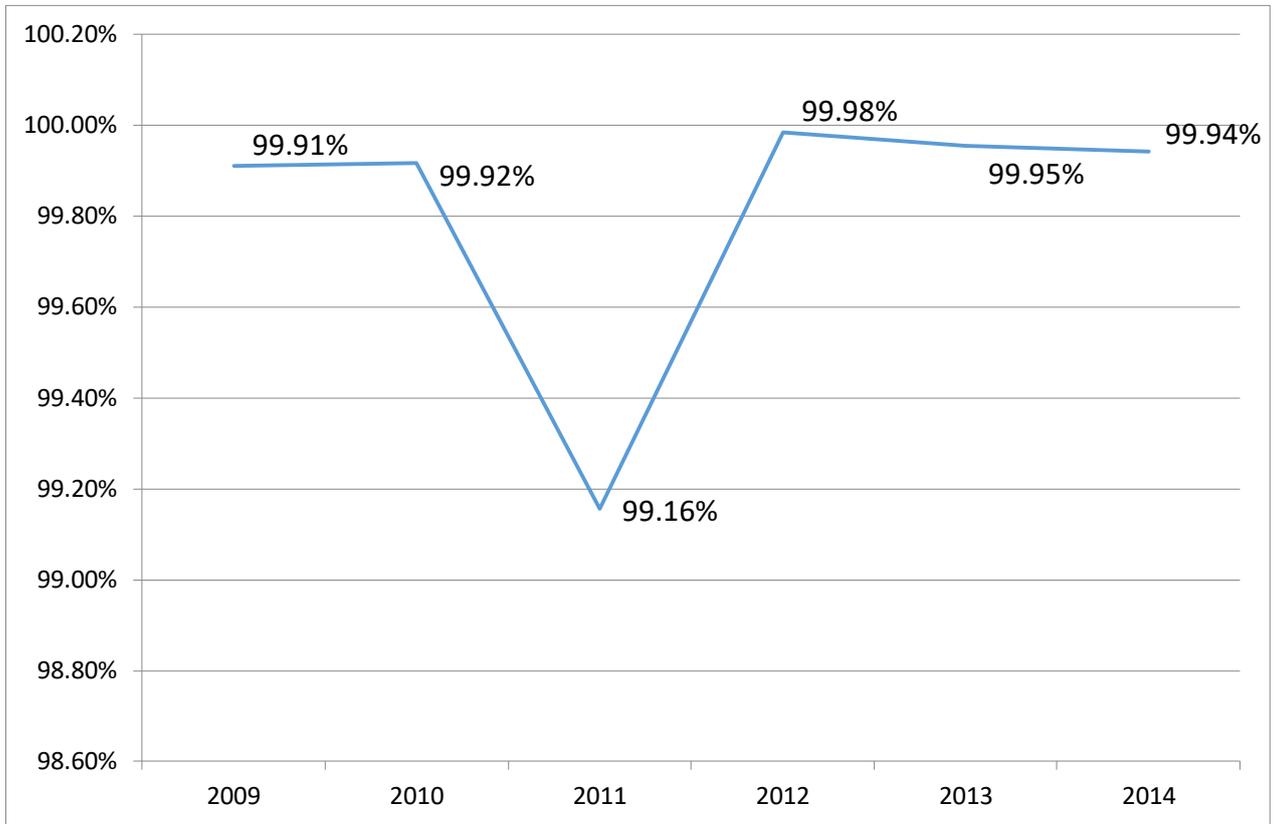


Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

**Análisis:**

El gráfico muestra que presupuesto asignado para el programa articulado nutricional en la Región Apurímac fue de 6 millones 100mil 477 soles en el año 2009, llegando al 2014 a 35 millones 328mil 288 soles, con un incremento sustancial de 29 millones 227 mil 811 nuevos soles desde la implementación al 2014.

**Gráfico N° 10 Porcentaje de Ejecución Presupuestal por año, Apurímac 2009-2014**



Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

**Análisis:**

El gráfico muestra que la ejecución presupuestal se mantuvo encima del 99% durante todos los años.

**Cuadro N° 2 Asignación Presupuestal y Desnutrición Crónica Infantil**

<b>EFICIENCIA</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
PRESUPUESTO ANUAL	4,965,501.00	4,965,501.00	4,797,668.00	6,092,708.00	3,462,923.00	9,909,011.00
REDUCCION DE LA DESNUTRICION POR AÑO	34.3	30.9	31.3	25.2	22.9	22.1

Fuente: SIAF, ENDES

**Análisis:**

La tabla muestra que el menor incremento presupuestal fue en el año 2013 con 3'462,923 nuevos soles, siendo el mayor incremento en el año 2014 con 9,909,011.00 nuevos soles, en relación a la reducción de la desnutrición esta se dio de 30.9% a 22.1%.

**Cuadro N° 3 Incremento Presupuestal y Reducción de la Desnutrición**

<b>NOMBRE</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
INCREMENTO PRESUPUESTAL POR AÑO (%)	45%	30%	28%	14%	28%
REDUCCION DE LA DESNUTRICION POR AÑO (%)	-3.5	0.4	-6.1	-2.3	-0.8

Fuente: SIAF, ENDES

**Análisis:**

La tabla muestra que la mayor asignación en porcentaje fue del 2009 al 2010 con 45%, y el menor incremento se dio entre el 2012 al 2013 con 14%, no coincidiendo con la reducción de la desnutrición pues se observa que ésta se redujo más, es decir en - 6.1% entre el año 2011 al 2012, y la reducción más baja se dio entre el 2010 al 2011 a pesar de haber recibido un incremento presupuestal de 30% en comparación al año anterior.

**Cuadro N° 4. Coeficiente de correlación entre el presupuesto asignado y la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil**

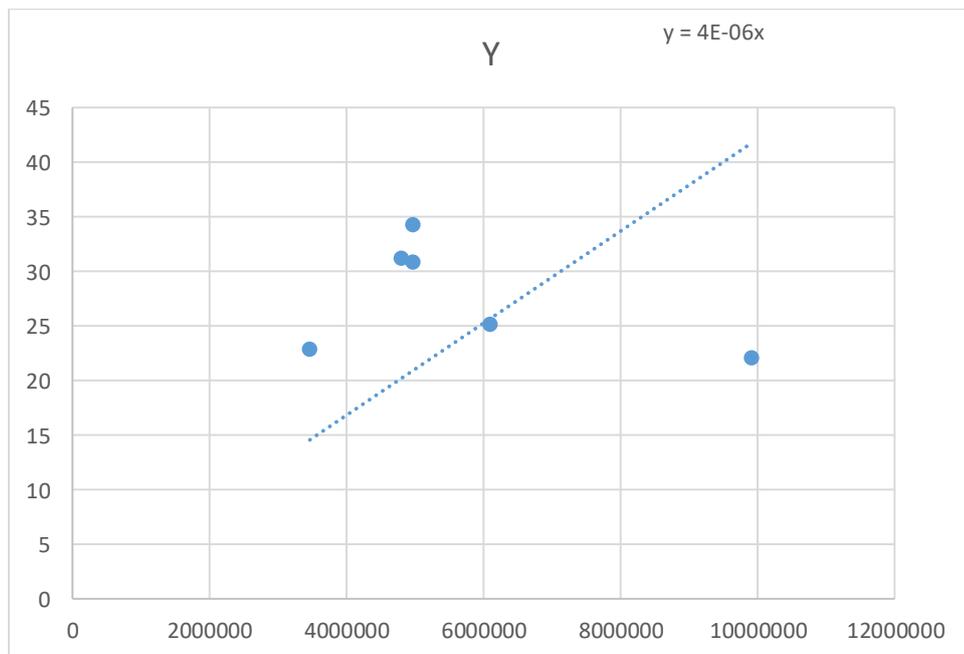
Presupuesto asignado	Indice de Desnutrición
X	Y
4965501	34.3
4965501	30.9
4797668	31.3
6092708	25.2
3462923	22.9
9909011	22.1

Coeficiente de Correlación -0.431937394

**Análisis:**

Como se puede observar en la tabla, sí existe correlación y es negativa, pero no es significativa. El coeficiente de correlaciones de -0.43 muestra una correlación media negativa, lo cual puede interpretarse: “A mayor presupuesto se disminuye en grado de desnutrición”

**Gráfico 11. Línea de Tendencia:**



**Análisis:**

El gráfico de dispersión no muestra relación lineal entre la asignación presupuestal y la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región Apurímac, durante los años 2008 y 2014.

### **Discusión:**

En cuanto a la eficacia del programa articulado de nutrición, Apurímac en los años 2008 al 2014 redujo la tasa de desnutrición crónica en niños en 12,2 puntos porcentuales, alcanzando a 22,1% en 2014.

Coincidiendo con Vania Cruzado, en el trabajo “Análisis del impacto del programa articulado de nutrición Programa presupuestario (PAN) sobre desnutrición crónica en niños menores de 5 años, MEF, enero 2012”, en el que se menciona que el Programa Articulado de Nutrición contribuye a la disminución de la desnutrición crónica en niños. (20)

También concuerda con el “Documento De Investigación Sobre La Desnutrición Infantil Crónica, Informe Desnutrición Crónica Infantil”. Lima feb. 2012 donde se dice que entre los años 2000 y el 2011, la desnutrición infantil crónica en menores de 5 años se redujo en 10,2 puntos porcentuales. Vale la pena destacar que en la etapa previa al PAN (2000-2007) la desnutrición solo se había reducido 2,8 por ciento, en comparación con el 7,4 por ciento de disminución durante la vigencia del PAN (2007-2011)

Asimismo, en conjunto la tasa de anemia disminuyó a 64,2,3%, la suplementación con hierro en niños menores de 36 meses aumentó a 32,1,0% y el control del crecimiento y desarrollo aumentó a 48,6,0%. El número de niños totalmente vacunados según la edad aumentó de 62,3% a 74,1%, el número de casos de infecciones respiratorias agudas y diarrea aguda disminuyó de 26,2% a 15,9% y de 23.9 %, a 7% respectivamente. El indicador que se incrementa negativamente es el bajo peso al nacer (< 2500 g), que es del 7,2% al implementar el programa y aumentó al 9,5% en 2014. Por lo tanto, este resultado es bastante consistente con el

estudio "Evolución de los indicadores del programa articulado nutricional y factores relacionados con desnutrición crónica y anemia, Ministerio de Salud, Lima 2012", donde menciona que la tasa de anemia a nivel nacional ha disminuido significativamente, al igual que otros indicadores.

La eficiencia del Programa Articulado Nutricional nos muestra que para lograr estos resultados se ha tenido que asignar presupuesto de S/. 6'100,477.00 en el periodo de implementación (2008 – 2009), llegando al 2014 a 35'328,288.00 a nivel regional del Presupuesto institucional modificado (PIM), por lo tanto, para reducir la desnutrición crónica infantil en 12.2 puntos porcentuales en 5 años en la Región Apurímac se ha invertido 29 millones 227 mil 811 nuevos soles más que en el periodo en el que no se contaba con el Programa Articulado Nutricional. Coincidiendo con Sánchez Abanto, José, quien en su artículo científico "Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú" 2012, menciona que el Programa Articulado Nutricional interviene en la reducción de la Desnutrición Crónica infantil en el Perú. (21)

Y también con el documento técnico Plan Nacional para la lucha Contra La Desnutrición Crónica Infantil y la Anemia del Ministerio de Salud e INEI del año 2014, donde se muestran datos que reflejan los logros en la lucha contra la desnutrición a partir de la implementación de Programa Articulado Nutricional. (22)

En la Tesis de Olivares García, "El costo social y económico derivado de la desnutrición infantil de los niños de 0 a 5 años de la Región del Cusco para el período 2014" UNSAAC, se ha concluido que la desnutrición genera efectos en las diferentes variables estudiadas y se calcula que la desnutrición crónica infantil en el departamento del Cusco genera un costo económico de 95 643 903,99 Nuevos Soles (Valor actualizado al año 2014). Coincidiendo con la presente investigación por ser elevados los costos de lucha contra la desnutrición en la Región Apurímac.

A pesar de que en el año 2011 la ejecución presupuestal ha sido adecuada, se observa ligero incremento de los índices de Desnutrición

Infantil en la Región respecto al año 2010. Esto podría deberse a otros factores como la disponibilidad de recurso humano, la cobertura de Controles de CRED y la suplementación de hierro, que fueron en menor porcentaje durante el 2011.

Por tanto, la asignación presupuestal para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región de Apurímac en los años 2008 al 2014 fue importante para mejorar Los indicadores de Desnutrición Crónica Infantil dentro de la Región Apurímac.

### **Conclusiones**

1. Se identificó el porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años con, en la región Apurímac 2008-2014, donde se observa una reducción en la Desnutrición Crónica de 12 puntos porcentuales.
2. Se identificó el porcentaje de anemia en niños de 6 meses a menores de 36 meses en la región Apurímac 2008-2014 con una reducción de 11.2 puntos porcentuales.
3. Se identificó el porcentaje de la entrega del suplemento hierro en niños de 6 meses a menores de 36 meses en la región Apurímac 2008-2014. Con un incremento de 8 puntos porcentuales.
4. Se identificó el porcentaje de niños menores de 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo, en la región Apurímac 2008-2014. Donde se observa un incremento de 3.4 puntos porcentuales.
5. Se identificó el porcentaje de niños menores de 36 meses con vacuna completa para la edad en la región, Apurímac 2008-2014. Donde se observa un incremento de 11.8 puntos porcentuales.
6. Se identificó el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr), en la región Apurímac 2008-2014. Donde, a

pesar de las intervenciones se observa un incremento de 7.2 puntos porcentuales.

7. Se identificó el porcentaje de niños menores de 5 años con Infecciones respiratorias agudas en la región Apurímac 2008-2014, donde se observa una reducción favorable de 10.3 porcentuales.
8. Se identificó el porcentaje de niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas en la región Apurímac 2008-2014. Donde se observa una reducción favorable de 6.9 puntos porcentuales.
9. Se calculó el presupuesto que se invirtió en el programa presupuestal articulado nutricional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, Apurímac 2009 – 2014, el cual fue de 29'227.811 soles en el Programa Articulado Nutricional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.
10. Se identificó el porcentaje de ejecución presupuestal del programa articulado nutricional en la región, Apurímac durante los años 2009 – 2014. Donde se observa una ejecución del 99.8 % del presupuesto asignado
11. Si hubo eficacia en el programa articulado nutricional en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 5 años de la región Apurímac durante el periodo 2008-2014.
12. Si hubo eficiencia del programa articulado nutricional en la Reducción de la Desnutrición crónica Infantil en niños menores de 5 años de la región Apurímac durante el periodo 2008-2014.

## **Recomendaciones:**

1. Continuar con las actividades enfocadas en los condicionantes de la Desnutrición crónica referidas en el modelo conceptual del Programa Articulado Nutricional establecidas por el gobierno.
2. Reforzar los tamizajes, tratamiento y profilaxis para la prevención de la anemia, así como el seguimiento al consumo en la Región Apurímac.
3. Reforzar las actividades preventivo promocionales que garanticen el consumo de suplemento de hierro de los niños menores de 36 meses de la región Apurímac.
4. Dotar de Recurso Humano a los EESS del primer nivel de atención para garantizar el adecuado control de crecimiento y desarrollo de los niños de la región Apurímac.
5. Fortalecer el seguimiento de inmunizaciones a los niños de la Región Apurímac.
6. Fortalecer las actividades de control prenatal y seguimiento a las madres gestantes, reforzando con recurso humano capacitado a los establecimientos de salud del primer nivel en la región.
7. Continuar con las actividades preventivo promocionales para la reducción de las IRAS a través de atenciones oportunas y visitas de seguimiento.
8. Continuar con las actividades preventivo promocionales para la reducción de las EDAS a través de atenciones oportunas y visitas de seguimiento.
9. Incremento presupuestal para la sostenibilidad de las acciones del Programa Articulado Nutricional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.

10. Ejecutar el presupuesto con responsabilidad garantizando la calidad de gasto del mismo.
11. Monitorear, supervisar y evaluar el programa Articulado Nutricional puesto que viene dando resultados favorables para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región Apurímac.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Beltrán A SJ. Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un Problema Persistente. [Online]. Lima: Cent Investig la Univ del Pacífico; 2009 [cited 2019 Enero Cent Investig la Univ del Pacífico [Internet]. 2009;1(3):1–54. Available from: <http://srvnetappse>. Available from: <http://srvnetappse>.
2. UNICEF. La Desnutrición Crónica es un problema que va más allá de la muerte. UNICEF. Org. 2021.
3. CM C. La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Online].; 2009. 242 p. [cited Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009>.
4. James C. Knowles PDCLPD,WSPD. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud: Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC RSS); 1997.
5. Henry VZ. Monografías. [Online].; 2014 [cited 2018 Diciembre 16. Available from: <https://www.monografias.com/trabajos101/presupuesto-resultados/presupuesto-resultados.shtml>.
6. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. Séptima ed. Mexico; 2006.
7. ROJAS M1, JAIMES L2, VALENCIA M3. Efectividad, eficacia y eficiencia en equipos de trabajo. 39th ed.: (Nº 06); 2018.
8. MINSA-Perú. Desnutrición Crónica Infantil Y Sus Determinantes De Riesgo. [Online].; 2010 [cited 2019 Instituto Nacional de Sanidad. Available from: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/prec\\_invt\\_cenar/PresentacionDesnutrición](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/prec_invt_cenar/PresentacionDesnutrición).
9. L. C. La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2009. 242 p. [cited Washington DC. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/malnutritionspa.pdf>.
- 10 Wisbaum W CHBBADAMBI. DESNUTRICIÓN INFANTIL: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Unicef. [Online].; 2011 [cited 2019 Enero. Available from: <https://old.unicef.es/sites/www.unicef>.
- 11 MEF-Perú. Instructivo para la Formulación de Indicadores de Desempeño Formulación de Indicadores de Desempeño. [Online].; 2010 [cited 2019 Enero. Available from: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presupuesto\\_publico/normativa/Instructivo\\_Formula](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presupuesto_publico/normativa/Instructivo_Formula).
- 12 MEF-Perú. Presupuestario P. Programas presupuestales con articulación territorial. Guía Informativa para el Proceso Presupuestario. [Online].; 2017 [cited 2019 Enero. Available

- from:  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/prog\\_presupuestal/guia\\_pparticul\\_ado2017.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/guia_pparticul_ado2017.pdf).
- 13 MEF-Perú. Programa articulado de nutrición. [Online].; 2012;26. Available from:  
. [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf).
  - 14 Mokate K. Banco Interamericano de Desarrollo. [Online].; 1999 [cited © INDES 2002].  
. "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales" Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).
  - 15 Guadalupe C LJRJS. Estado de la educación en el Perú6.. [Online].; 2017 [cited 2019 enero]. Available from: [http://files.unicef.org/peru/spanish/Estado\\_Ninez\\_en\\_Peru.pdf](http://files.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf).
  - 16 Catalina MS. "DESNUTRICION INFANTIL – ESCOLAR Y SU INPACTO EN EL DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE (CASO MUNICIPIO DE COMANCHE)". Tesis. San Andres - Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2008.
  - 17 Isabel LM. "Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia, en Huancavelica durante los años 2014 – 2016" PUCP. Lima 2016. Lima: PUCP, Huancavelica; 2016.
  - 18 Edison OG. El Costo Social y Economico Derivado de la Desnutricion Infantil de los Niños de 0 a 5 Años de la Region Cuzco para el Periodo 2014. Cuzco: UNSAAC, Cuzco; 2014.
  - 19 Tarqui Vásquez Aramburú A ADJC. "Evolución de los indicadores del Programa Articulado Nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia.. [Online].; 2012 [cited 2019 Enero. Available from:  
[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/vin\\_nini](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/vin_nini).
  - 20 V. C. Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición cronica en niños menroes de 5 años. [Online].; 2013 [cited 2019 enero. Available from: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/estudios/PAN\\_final\\_fusionado.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/PAN_final_fusionado.pdf).
  - 21 Sánchez Abanto J. Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú. Revista Peruana de Medidina Experiemntal y Salud Pública. 2012 Agosto.
  - 22 MINSA. MINISTERIO DE SALUD. [Online].; 2014 [cited 2018 Diciembre 16. Available from:  
. [https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/10\\_Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/10_Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf).
  - 23 Sampieri H. Metodología de la Investigación. 6th ed. Mexico: Mac graw Hill/ Interamericana Editores; 2014.
  - 24 V. C. Desigualdades sociales en la desnutrición crónica infantil en el Perú: análisis de resultados del programa articulado nutricional 2007-2011. [Online].; 2014 [cited 2019 Enero. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/H>.

- 25 L CC. La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: . Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Online].; 2009 [cited 2019 Enero. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009>.
- 26 MINSA-Perú. Evolución De Los Indicadores Del Programa Articulado Nutricional Y Los . Factores Asociados A La Desnutrición Crónica Y Anemia. [Online].; 2012 [cited 2009 2019.
- 27 INEI-Perú. Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de cinco años a nivel . Provincial y Distrital. [Online].; 2009 [cited 2019 enero. Available from: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib08](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib08).
- 28 OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2011 [cited 2019 enero 23. Available . from: [https://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/MandE\\_NHS\\_spanish.pdf](https://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf).

# **ANEXOS**

**Cuadro N° 4 Matriz de Consistencia**

<b>FORMULACION DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>JUSTIFICACION</b>
<p>¿Cuál es la Eficacia y Eficiencia del Programa presupuestal Articulado nutricional en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región Apurímac 2008-2014?</p>	<p>Evaluar la eficiencia y Eficacia del Programa presupuestal Articulado nutricional en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región Apurímac 2008-2014</p>	<p>El Programa presupuestal Articulado nutricional redujo la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años en la Región Apurímac 2008-2014</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Cuantifican el grado de cumplimiento de los objetivos o resultados de la institución, programa o proyecto. Este indicador solamente mide el grado de cumplimiento de las metas establecidas y no considera los recursos utilizados.</p> <p>Las medidas de eficacia contribuirán en la medida que los objetivos y/o resultados de la institución o programa se encuentren claramente.</p> <p>Retraso del crecimiento esperado para una edad dada y reflejado en el peso y la talla del menor.</p>

			Eficiencia	Describe la relación entre dos magnitudes, la producción de un bien o servicio y los insumos (financieros, humanos o bienes) utilizados para su generación. Este tipo de indicador está referido a la producción de bienes o servicios, utilizando el mínimo de recursos disponibles. - Costo de un servicio provisto por usuario
<p><b>Problema Específico</b></p> <p>¿Cuál es el porcentaje de variación de la desnutrición crónica, en niños menores de 5 años en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de variación de la anemia en niños de 6 meses a &lt; 36</p>	<p><b>Objetivo Específicos</b></p> <p>Identificar el porcentaje de variación de la desnutrición crónica, en niños menores de 5 años en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>Identificar es el porcentaje de variación de la anemia en niños de 6 meses a &lt; 36 meses en la región Apurímac 2008-2014.</p>	<p><b>Hipótesis Específica</b></p> <p>Si existió reducción en el porcentaje, desnutrición crónica, en niños menores de 5 años en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>Si existió reducción en el porcentaje de la anemia en niños de 6 meses a &lt;</p>		

<p>meses en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de variación de la entrega del suplemento hierro en niños de 6 meses a &lt; 36 meses en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de variación de los niños menores de 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo, de acuerdo a su edad, , en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>Cuál es el porcentaje de variación de los niños menores de 36 meses con vacuna completa para su edad en la región, Apurímac 2008-2014?</p>	<p>Calcular el porcentaje en que vario (y/o aumento) la entrega del suplemento hierro en niños de 6 meses a &lt; 36 meses en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>Medir el porcentaje de variación de niños menores de 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo de acuerdo para su edad, en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>Identificar el porcentaje de variación de los niños menores de 36 meses con vacuna completa para su edad en la región, Apurímac 2008-2014.</p> <p>Identificar el porcentaje de variación de los recién nacidos con bajo peso al nacer (menor</p>	<p>36 meses en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>.</p> <p>Si existió aumento en el porcentaje de la entrega del suplemento hierro en niños de 6 meses a &lt; 36 meses en la región Apurímac 2008-2014</p> <p>Si existió aumento en el porcentaje de niños &lt; 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo de acuerdo para su edad, en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>Si existió aumento en el porcentaje de niños &lt; 36 meses con vacuna completa para su edad, en la región Apurímac 2008-2014</p>		
---	---	--	--	--

<p>¿Cuál es el porcentaje variación de los recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr), en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de variación de los niños &lt; 5 años con Infecciones respiratorias agudas en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>¿En qué porcentaje vario los niños &lt; 5 años con enfermedades diarreicas agudas en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>¿Cuál fue el presupuesto total invertido en el programa articulado nutricional (pim), Apurímac 2009 – 2014?</p>	<p>a 2500gr), en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>Calcular el porcentaje de variación de los niños &lt; 5 años con Infecciones respiratorias agudas en la región Apurímac 2008-2014.</p> <p>Identificar el porcentaje de variación niños &lt; 5 años con enfermedades diarreicas agudas en la región Apurímac 2008-2014</p> <p>Calcular el presupuesto total invertido en el programa articulado nutricional (pim), Apurímac 2009 – 2014.</p> <p>Medir el porcentaje de ejecución presupuestal por año del programa articulado nutricional en la región, Apurímac 2009 – 2014?</p>	<p>Si existió reducción en el porcentaje de los recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr), en la región Apurímac 2008-2014?</p> <p>Si existió reducción en el porcentaje de los niños &lt; 5 años con IRA en la región Apurímac 2008-2014</p> <p>Si existió reducción en el porcentaje de los niños &lt; 5 años con enfermedades diarreicas agudas en la región Apurímac 2008-2014</p> <p>El presupuesto total invertido en el programa articulado nutricional (pim), Apurímac 2009 – 2014 es superior a los 35 millones</p> <p>El porcentaje de ejecución presupuestal</p>		
--	--	--	--	--

<p>¿Cuál fue el porcentaje de ejecución presupuestal por año del programa articulado nutricional en la región, Apurímac 2009 – 2014?</p>		<p>por año del programa articulado nutricional en la región, Apurímac 2009 – 2014 es superior al 99%.</p>		
--	--	---	--	--

Fuente: Elaboración Propia

**Cuadro N° 5 Ficha de Recolección de datos**

DATOS	FUENTE	AÑO					
		2008 a 2009	2009 a 2010	2010 a 2011	2011 a 2012	2012 a 2013	2013 a 2014
N° Niños menores de 5 años con desnutrición crónica	ENDES						
N° Niños menores de 36 semanas con anemia	ENDES						
N° de Niños menores de 36 meses con control de Crecimiento y Desarrollo completo para su edad	ENDES						
N° Niños menores de 36 meses con vacuna completa para la edad	ENDES						
N° Recién Nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr)	INEI						
N° Niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron IRA	ENDES						
N° Niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron EDA	ENDES						
Presupuesto total invertido en el programa (PIM)	SIAF						
Porcentaje de ejecución presupuestal por año	SIAF						

Fuente: Elaboración Propia con datos oficiales de ENDES

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE  
EXPERTOS.**

**Andahuaylas, 13 de Enero de 2015**

**Señor (a)**  
**(Sta.)**.....

Ciudad:

Presente:

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para manifestarle que está en ejecución el estudio “ .....,” cuyo instrumento de recolección de información está dirigido a los ..... de la institución en mención.

Considerando que el instrumento citado debe ser validado por JUICIO DE EXPERTOS, solicito a Ud. tenga a bien emitir su opinión al respecto, en calidad de persona entendida en la materia. Para este fin acompaño a la presente los instrumentos de investigación con su respectiva guía de estimación.

Agradeciendo anticipadamente por la atención favorable,  
hago propicia la ocasión para expresarle mi deferencia personal

Atentamente.

.....

## **INSTRUCCIONES GENERALES.**

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una absolución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítems en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecie que el ítems es absoluto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con un "X" en la escala que figure a la derecha de cada ítems según la opción que le merezca el instrumento de investigación

## GUÍA DE ESTIMACIÓN PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO .

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?.	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?.	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?.	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?.	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestras similares, obtendríamos datos también similares?.	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?.	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?.	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?.	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que aumentarse?

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

-----  
**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**

**RESULTADOS DE LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO**

Luego de haber puesto el instrumento a consideración de 3 expertos, quienes a través de una guía de estimación emitieron juicios valorativos; los que fueron procesados de la siguiente manera:

**TABLA DE PROCESAMIENTO DE INFORMACION DE EXPERTOS**

ITEM	EXPERTOS			TOTAL
	A	B	C	
1	4	5	4	4.3
2	3	5	5	4.3
3	4	5	5	4.7
4	5	5	5	5
5	5	5	4	4.7
6	5	4	5	4.7
7	5	5	5	5
8	4	5	5	4.7
9	3	5	4	4

1- Con los promedios hallados, se procedió a determinar la distancia del punto múltiple (Dpp) a través de la siguiente ecuación:

$$Dpp = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + (x - y_3)^2 \dots \dots \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (5 en la presente investigación).

y = en promedio de cada ítem.

**Reemplazando:**

$$Dpp = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + (x - y_3)^2 \dots \dots \dots + (x - y_n)^2}$$

$$D_{pp} = \sqrt{(5 - 4.3)^2 + (5 - 4.3)^2 + (5 - 4.7)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.7)^2 + (5 - 4.7)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.7)^2 + (4 - 4)^2}$$

$$D_{pp} = \sqrt{1.7761}$$

$$D_{pp} = 1.332$$

2.- Determinar la distancia máxima ( $D_{max}$ ) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la siguiente ecuación:

$$D_{max} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - )^2 + \dots + (x_n - )^2}$$

**DONDE:**

X= Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

Y= Valor mínimo de la escala para cada ítem.

$$\sqrt{(5 - 4)^2 + (5 - 3)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 3)^2}$$

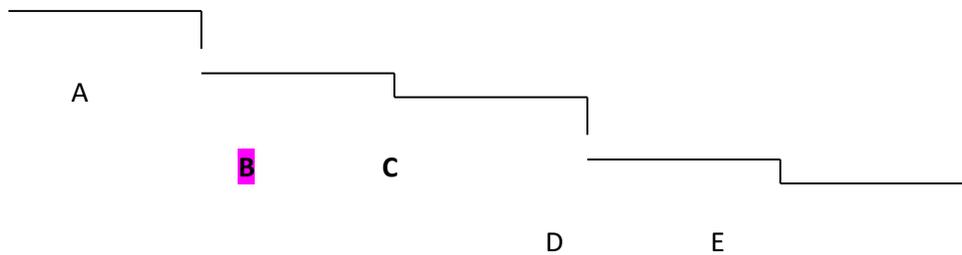
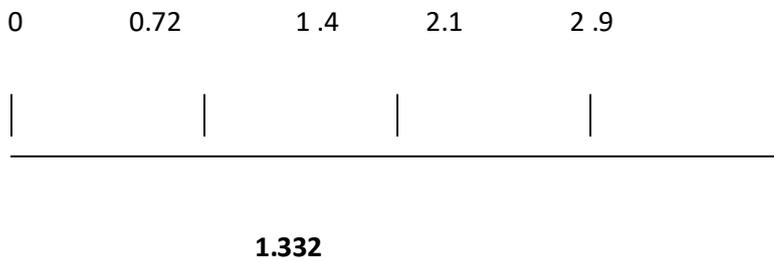
$$D_{max} =$$

$$D_{max} = 3.6$$

3.- La  $D_{\max}$  obtenida se divide entre el valor máximo de la escala, siendo:

$$\frac{3.6}{5} = 0.72$$

4.- Con el valor obtenido (0.72), se construye una nueva escala valorativa a partir de la referencia de cero (0) hasta llegar al, valor de  $D_{\max}(2)$  y se obtiene lo siguiente:



A = Adecuación total.

B = Adecuación en gran medida.

C = Adecuación promedio.

D = Escasa adecuación.

E = Inadecuación.

5.- En la escala construida, se ubica la distancia del punto múltiple obtenida ( $D_{pp}$ ) y se emite el juicio de valor.

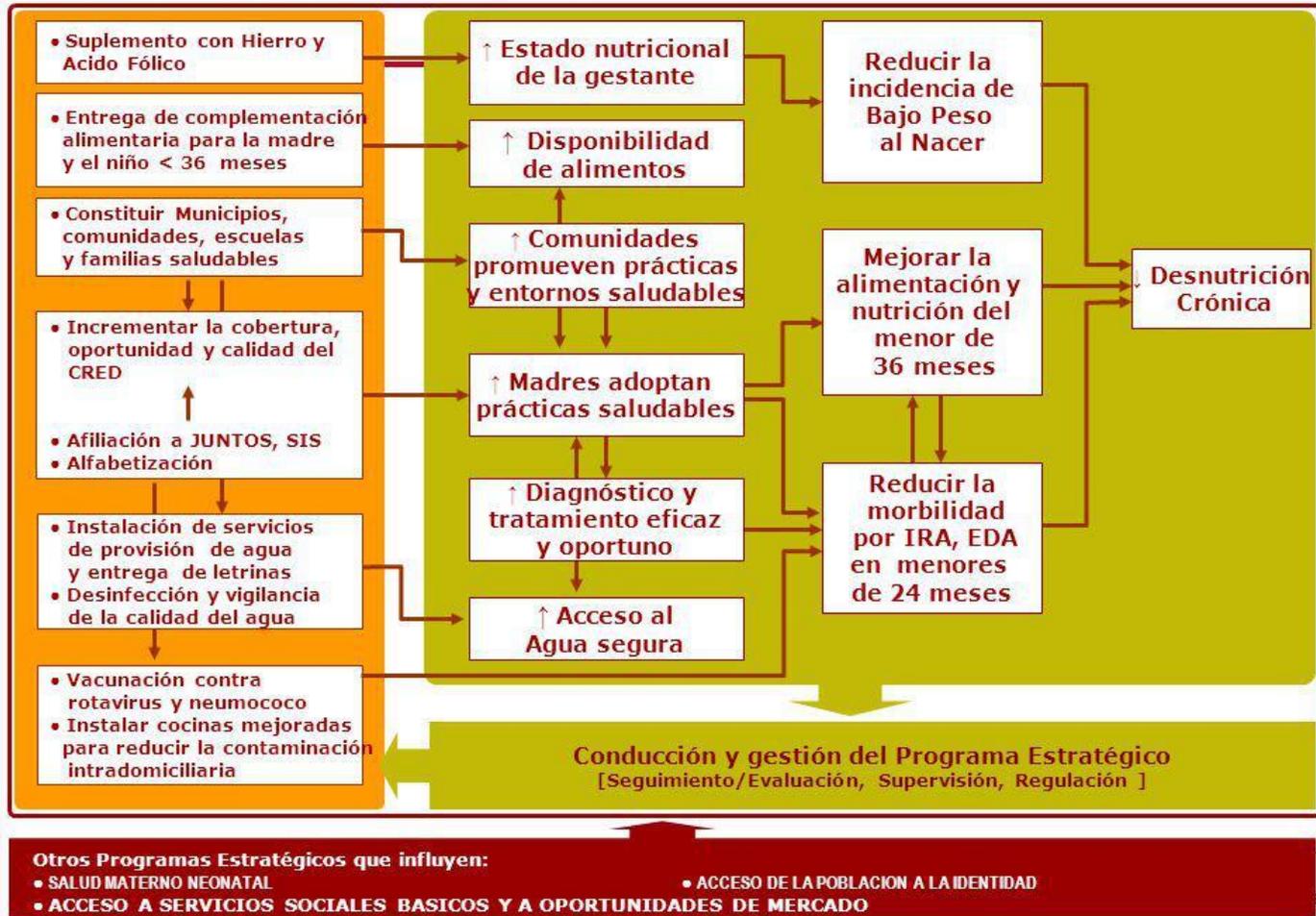
Donde  $(D_{pp}) = 1.332$  que está ubicado en el intervalo B, que indica que el instrumento de investigación se ubica en “adecuación promedio al problema que se desea investigar, y por tanto el instrumento puede ser utilizado.

***Cuadro N° 6 Ficha de Recolección de Datos***

DATOS	FUENTE	AÑO					
		2008 a 2009	2009 a 2010	2010 a 2011	2011 a 2012	2012 a 2013	2013 a 2014
N° Niños menores de 5 años con desnutrición crónica	ENDES	34.4	30.9	31.3	25.2	22.9	22.1
N° Niños menores de 36 semanas con anemia	ENDES	62.4	66.1	61.9	47.4	48.4	53.0
N° de Niños menores de 36 meses con control de Crecimiento y Desarrollo completo para su edad	ENDES	48.6	62.2	51.1	56	57.4	60
N° Niños menores de 36 meses con vacuna completa para la edad	ENDES	62.3	79.4	85.1	887.8	72.5	74.1
N° Recién Nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr)	INEI	7,2	8.2	11.4	12.9	6.7	9.5
N° Niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron IRA	ENDES	26.2	5.5	13.1	10.4	14.6	15.9
N° Niños menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores a la recolección de datos tuvieron EDA	ENDES	23.9	17.2	10.4	19.2	20.8	17.0
Presupuesto total invertido en el programa (PIM)	SIAF	6,100,477	11,065,978	15,863,646	21956354	25,419,277	35,328,288
Porcentaje de ejecución presupuestal por año	SIAF	91.91%	99.92%	99.16%	99.98%	99.95%	99.94%

***Gráfico N° 11 Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional***

## MODELO LOGICO: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL



Fuente: Elaboración Propia

