



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POSTGRADO

TESIS

IMPACTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO
NUTRICIONAL EN LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN
MENORES DE 5 AÑOS, EN LA UNIDAD EJECUTORA GERESA
LAMBAYEQUE EN EL PERIODO
2012 - 2016.

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTOR:

Br. JOSÉ ANTONIO ENRIQUEZ SALAZAR

ASESORA:

DRA. NORMA DEL CARMEN GÁLVEZ DÍAZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CHICLAYO – PERÚ

2017

PAGINA DE JURADO

Dra. Mercedes Alejandrina Collazos Alarcón.

PRESIDENTE

Dr. Herry Lloclla Gonzales

SECRETARIO

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz

VOCAL

DEDICATORIA

Al forjador de mi camino, a Dios, el que me acompaña y siempre me levanta ante cualquier adversidad. A mis padres y hermana las personas que más amo, y a todos mis familiares que siempre ha estado guiándome durante todo mi desarrollo profesional y personal.

José Antonio

AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es nuestra formación profesional. Tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmerso, sino para lo que me concierne a mi vida y mi futuro.

Le agradezco a mi familia y a mis maestros por sus consejos; y guía en mi formación profesional y personal, además de su asesoría en el desarrollo de esta investigación.

José Antonio

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Enriquez Salazar José Antonio, egresado del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificado con DNI N° 45923998.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor de la tesis titulada: **“IMPACTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL EN LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD EJECUTORA GERESA LAMBAYEQUE EN EL PERIODO 2012 - 2016”**.
2. La misma que presento para optar el grado de: Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud.
3. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
4. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
5. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
6. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Pimentel, Setiembre del 2017.

Firma:

Nombres y apellidos: José Antonio Enriquez Salazar.

DNI: 45923998

PRESENTACIÓN

Respetables señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado **“Impacto del programa presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016”**. Con fines de obtener el grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de Salud.

Esta investigación presenta información acerca del hallazgo, de la incidencia de la Desnutrición Crónica en la Región Lambayeque y así como el impacto del programa presupuestal articulado nutricional creado por el MINSA con el objetivo de disminuir la desnutrición Crónica, la información recogida a través de la aplicación de los instrumentos indican que la evaluación de la variable nos permitirá, con un proceso adecuado de gestión, evaluar el efectivo Impacto del Programa Articulado Nutricional en favor de la Disminución de la Desnutrición Crónica en la Región Lambayeque; de forma tal que se pueda responder convenientemente a las necesidades sanitarias y expectativas de la población en el marco de la calidad y la mejora continua.

Seguro del reconocimiento y el aporte de este trabajo se está presto a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de los pobladores de nuestra región, departamento con alto índice de desnutrición crónica, además que toda investigación de este tipo contribuye a la mejora del servicio y de la calidad en las prestaciones de salud.

José Antonio

ÍNDICE

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria de Autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de figuras	viii
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Realidad Problemática	12
1.2 Trabajos Previos	17
1.3 Teorías relacionadas con el tema	30
1.4 Formulación del problema	44
1.5 Justificación del estudio	44
1.6 Hipótesis	45
1.7 Objetivos	45
II. MÉTODO	47
2.1 Diseño de Investigación	47
2.2 Variables y operacionalización	49
2.3 Población y Muestra	56
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	57
2.5 Métodos de análisis de datos	58
2.6 Aspectos éticos.	59
III. RESULTADOS	62
IV. DISCUSIÓN	74
V. CONCLUSIÓN	87
VI. RECOMENDACIONES	90
VII. REFERENCIAS	94
ANEXOS	99
Cartilla de Validación no experimental por juicio de expertos.	99
Ficha de registró de datos de los indicadores del PAN periodo 2012- 2016.	129
Ficha de registro de datos de evaluación presupuestal del PAN periodo 212 -2016	131
Porcentaje de niños con desnutrición crónica según distritos GERESA –L periodo 2012 -2016	136
Porcentaje de niños con anemia según distritos GERESA –L periodo 2012 -2016	137
Porcentaje de Variación de indicadores del PAN GERESA –L periodo 2012 -2016	138

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	62
FIGURA 2: Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	62
FIGURA 3: Proporción de gestantes con suplemento de hierro, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	63
FIGURA 4: Proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	63
FIGURA 5: Proporción de niños y niñas 6 - 35 meses de edad con anemia, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	64
FIGURA 6: Proporción de niños y niñas 6 - 35 meses de edad con suplemento de hierro, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	64
FIGURA 7: Proporción de menores de 36 meses de edad con infección respiratoria aguda, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	65
FIGURA 8: Proporción de menores de 36 meses de edad con enfermedad diarreica aguda, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	65
FIGURA 9: Proporción de menores de 36 meses de edad con vacunas básicas completas, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	66
FIGURA 10: Proporción de menores de 24 meses de edad con vacuna contra el neumococo, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	66
FIGURA 11: Proporción de menores de 24 meses de edad con vacuna contra el rotavirus, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	67
FIGURA 12: Proporción de menores de 36 meses de edad con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	67
FIGURA 13: Proporción de hogares con acceso de agua tratada, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	68
FIGURA 14: Proporción de hogares con saneamiento básico, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012- 2016.	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Población menor de 5 años periodo 2012- 2016	56
TABLA 2: Valor estimado en soles por persona periodo 2012 -2016	70
TABLA 3: Porcentaje de ejecución presupuestal por fuente de financiamiento periodo 2012 -2016	70
TABLA 4: Porcentaje de ejecución presupuestal por categoría presupuestal periodo 2012 -2016	71
TABLA 5: Porcentaje de ejecución presupuestal por producto del PAN periodo 2012 -2016	72
TABLA 6: Porcentaje de presupuesto asignado por específica de gasto en el programa articulado nutricional periodo 2012 -2016	73
TABLA 7: Genérica de gasto personal y obligaciones sociales con sus específicas de gasto del periodo 2012 – 2016.	74

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. Metodología: Fue Cuantitativa, descriptiva, transversal. Instrumento de recolección de datos: Se utilizó una ficha de registro de datos. Los resultados: La proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque fue de 11.8% en el 2016, observándose una disminución de 2 puntos porcentuales en comparación con el año 2012 que la proporción fue de 14.0% en la población de la misma edad. Las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional para la disminución de la desnutrición crónica nos muestran que, la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas se tuvo en 2012 el 70.8%, disminuyendo hacia el año 2016 en 5.4 puntos porcentuales (65.4%), la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo, se obtuvo en el 2012 el 41.1% mientras que en el 2016 aumento en 3.3 puntos porcentuales (44.4%), y la proporción de hogares con acceso al agua tratada, se obtuvo en el 2012 el 90.3% mientras que en el 2016 aumento en 4.8 puntos porcentuales (95.1%). Se concluye que el programa articulado nutricional en la Unidad Ejecutora GERESA- Lambayeque tiene un impacto positivo en la disminución de desnutrición crónica en menores de 5 años. En todo momento se han considerado los criterios de rigor científico y ético.

Palabras clave: Programa articulado nutricional y Desnutrición crónica infantil.

ABSTRACT

Objective: To determine the Impact of the Articulated Nutritional Budget Program on Chronic Child Malnutrition in children under 5 years, in the GERESA Lambayeque Executing Unit in the period 2012-2016. Methodology: It was quantitative, descriptive, transversal. Data collection instrument: A data log will be used. The results: The proportion of under-five children with chronic malnutrition in the GERESA Lambayeque Executing Unit was 11.8% in 2016, a decrease of 2 percentage points compared to the year 2012, which was 14.0% in the population the same age. Effective promotional preventive interventions to reduce chronic undernutrition show that the proportion of children under 36 months with complete basic vaccines was 70.8% in 2012, decreasing by 2014 by 5.4 percentage points (65.4%), , the proportion of children under 36 months with complete growth and development controls was 41.1% in 2012, while in 2016 it was 3.3 percentage points higher (44.4%), and the proportion of households with access to treated water, 90.3% in 2012 and 4.8% in 95.1% in 2016. It is concluded that the nutritional articulated program in the GERESA-Lambayeque Executing Unit has a positive impact on the reduction of chronic malnutrition in children under 5 years. At all times the criteria of scientific and ethical rigor have been considered.

Keywords: Nutritional articulated program and Child chronic malnutrition.

I. INTRODUCCIÓN

xi

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según se menciona en el documento técnico “Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el País, periodo 2014 – 2016” (Ministerio de Salud, 2014):

La desnutrición crónica es un problema de salud pública en el Perú y en la mayoría de países subdesarrollados, condicionado por diversos determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo relacionados con la pobreza y brechas de inequidad que envuelven causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas profundas como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, etc.

En el último decenio, nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil; así como en la anemia en niñas y niños menores de 5 años; aun cuando estas han disminuido en comparación con el año 2007, habiendo alcanzado el objetivo país de desarrollo del milenio del 2015 para el caso de la desnutrición crónica infantil, con el promedio nacional, las inequidades aún se evidencian a nivel regional y en zonas de pobreza. (p.11)

Es así como la Desnutrición Crónica Infantil además de la anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños menores de 5 años, tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, especialmente si se presenta en un periodo crítico como el crecimiento y diferenciación cerebral,

cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años, tiempo en el que el daño puede ser irreversible, estableciéndose en uno de los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano.

El mismo documento técnico “Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el País, periodo 2014 – 2016” (Ministerio de Salud, 2014) refiere:

En el Perú, el abordaje de la Desnutrición crónica infantil y la anemia se ha dado a través de la ejecución de intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y los diferentes sectores implicados, en el marco del Programa Articulado Nutricional, que a la luz del análisis de indicadores de resultado, producto y cobertura ha generado la necesidad de un alineamiento, ordenamiento y fortalecimiento intrasectorial e intersectorial de las intervenciones para el logro de resultados. (p.11)

Tal y como manifiesta (Cruzado V. , 2012):

Una de las principales metas de la administración pública es lograr que el Estado sea capaz de proveer, de manera eficaz, eficiente y equitativa, los bienes y servicios que requiere la ciudadanía. En ese sentido, el presupuesto público constituye un instrumento de gestión pública y de programación financiera y económica esencial para promover el desarrollo económico y social del país. (p.2)

Con este objetivo, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), desde el 2008, inició la implementación de lo que se conoce como el Presupuesto por Resultados (PpR) con la finalidad, por un lado, de reemplazar la manera tradicional de formular el presupuesto del sector público, basada en la asignación histórica, por una que persiga objetivos o resultados bien definidos; y, por otro lado de cambiar la manera tradicional de tomar las decisiones en torno a líneas de gasto, insumos o procedimientos, de modo que esta centre,

más bien, en la cobertura de bienes y servicios necesarios para alcanzar los resultados. A medida que se avanza en la implementación del PpR, el Presupuesto público se va estructurando sobre la base de programas presupuestales con una orientación a resultados. (p.2)

Es así como (Cruzado V. , 2012) nos puntualiza que:

Esta organización del Presupuesto tiene la ventaja de agregar información concreta sobre los recursos que están detrás de los objetivos de política de una institución o sector. Uno de estos programas presupuestales es el Programa Articulado Nutricional (PAN), orientado a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Dentro del PAN, se han asignado recursos de manera prioritaria a la entrega de dos productos: en una mayor cobertura y calidad de los Controles de Crecimiento y Desarrollo del niño (CRED), así como en mejorar la oferta y distribución de las vacunas básicas y la inclusión de dos nuevas vacunas contra el neumococo (causante de la neumonía) y contra el rotavirus (uno de los causantes de la diarrea). (p.3)

El presente investigación busca identificar el impacto del Programa Articulado Nutricional (PAN) sobre la desnutrición infantil en menores de 5 años a través de todos sus productos incluidos los mencionados anteriormente por Cruzado.

Además para (Cruzado V. , 2012) nos hace mención lo siguiente:

Esta priorización presupuestal del PAN ha venido acompañada de una reducción en los indicadores de resultado inmediato y el indicador de resultado final del PAN. Las cifras de desnutrición crónica obtenidas a través de las Encuestas de Demografía y Salud Familiar (ENDES) muestran una caída de casi 6 puntos porcentuales a nivel nacional desde la implementación del PAN. Así, mientras que en el 2007 (el año anterior a la implementación del PAN) el valor estimado de la tasa de desnutrición crónica infantil ascendía a 22.6%, el resultado preliminar al primer semestre de 2011 se ubica en 16.6%². Una

reducción de por sí significativa que, en algunas zonas específicas, tales como Huancavelica, ha sido mayor, llegando incluso a caídas de hasta 10% en la tasa de desnutrición en ese lapso de tiempo. Asimismo, se muestra que la tasa de desnutrición durante el período anterior a la intervención entre el 2000 y 2007 se mantuvo relativamente estable y solo se redujo en 3%, sin una tendencia clara a la baja. (p.4)

Además (Cruzado V. , 2012) agrega:

Aunque estos resultados muestran una clara relación positiva entre la creación del PAN y la reducción de la desnutrición crónica, no es suficiente para establecer una relación de causalidad. La reducción de la desnutrición podría estar asociada con otros factores, tales como el crecimiento económico, la mayor cobertura de programas sociales, reducciones en las tasas de fecundidad, la migración rural-urbana, tendencias inerciales en algunos determinantes de la tasa de desnutrición, etc. (p.4)

Por ello, es necesario identificar cuánto de la mejora en el indicador de desnutrición es debido a los productos del PAN, y estimar su impacto sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la Región Lambayeque que debido a la Información proporcionada por el Sistema Inteligente de Evaluación Nutricional de Gerencia Regional de Salud Lambayeque esta localidad no muestra una disminución notable en los índices de desnutrición crónica Infantil en menores de 5 años manteniendo sus índices tal como se muestra a continuación: En el año 2011: 62,4%, 2012: 61,2%, 2013: 58,6%, 2014: 57,2%, 2015: 51,6% y hacia el primer trimestre del 2016: 55,8%; no notándose en los últimos años un descenso significativo.

Teniendo como referencia el artículo publicado (El Comercio, 2014) nos señala lo siguiente según:

En un reciente informe de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque en el año 2015 revela que más de la mitad de los neonatos de los distritos de

Incahuasi, Cañaris, Salas y Mórrope tienen serios problemas de desarrollo desde su nacimiento pues sus madres tenían desnutrición crónica durante su embarazo. Además, en Incahuasi y Cañaris más del 50 % de niños menores de cinco años tiene desnutrición crónica. Esto tiene como consecuencia una serie de limitaciones que los marcará siempre. El pobre estado nutricional tiene consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, especialmente si se presenta en la etapa de crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en niños de dos años. (p.1)

El mismo Artículo publicado por (El Comercio, 2014) suscribe que:

La malnutrición es un fenómeno que está condicionado por factores sociales asociados con la pobreza, la falta de oportunidades y el nivel de la educación de la madre. En términos generales y hablando del ámbito nacional, 45 de cada 100 niños en la zona rural sufre de desnutrición crónica, mientras que solo 14 de cada 100 niños la padece en la zona urbana.

Así de dramático es el problema en estas localidades que son consideradas las más vulnerables pues las condiciones de vida son muy precarias. Los niños menores de cinco años viven en viviendas sin servicios básicos y sus padres no siempre tienen los recursos para proveerles de los alimentos necesarios para su edad. Las cifras de este informe revelan que en Incahuasi (1.315), Cañaris (1.037), Salas (482) y Mórrope (1.240), hay 4.075 niños con desnutrición crónica. (p.1)

Es preciso que los distritos señalados como Incahuasi, Cañaris, Salas y Mórrope, son los que presentan mayor desnutrición infantil en nuestra región Lambayeque. Presentando el Distrito de Incahuasi un 58 %, es decir de cada 100 niños menores de 5 años, 58 niños tienen desnutrición crónica.

Es así como en la actualidad la Desnutrición Crónica se muestra como un problema latente en nuestro departamento, alcanzando índices mayores del 50% en zonas rurales en la población infantil esto muchas veces generado por falta de acceso a los

servicios de salud, pobreza, analfabetismo, interculturalidad, etc. Ante esto cabe la necesidad de realizar un estudio de que uno de los programas como el articulado nutricional impulsado por el Ministerio de salud ha generado en su población objetivo como es la niñez la disminución de su objetivo primordial como es la Desnutrición crónica.

Para ello en esta investigación, se aplicará una metodología que permitirá aislar el efecto de estas variables con el fin de reducir el sesgo de selección y obtener una medida consistente de dicho impacto.

1.2 TRABAJOS PREVIOS

Se encontraron estudios de investigación que tienen la misma temática de la investigación entre ellas tenemos:

A nivel internacional

(Soria A. , 2012); en Ecuador realizó la investigación sobre factores determinantes de desnutrición crónica en menores de 5 años en el Distrito de Cotopaxi”; se obtuvo:

Que las tasas de desnutrición crónica en niñas/os menores de 5 años en Cotopaxi son altas y varían significativamente entre el área rural y urbana, lo que constituye un problema de salud pública importante. Utilizando la Encuesta de condiciones de vida 2005 – 2006, se buscó los factores que influyen en este problema como son: la situación económica del hogar, etnia del jefe del hogar, educación de la madre, el porcentaje de niños menores de 5 años en el hogar, características de las niñas/os como la edad y el sexo, así como la atención prenatal y la vacunación. El análisis muestra el grado de importancia de las variables que influyen en el retardo para la edad. Los resultados principalmente indican que los factores varían según el área de residencia, por lo que la implementación de políticas y programas destinados a erradicar este problema se lo debe incorporar tomando en cuenta estas diferencias. (p.18)

(Velásquez, 2012); en Colombia realizó la investigación titulada: Determinantes de la desnutrición en niños menores de cinco años en la República de Colombia precisando lo siguiente:

El objetivo fue estudiar los determinantes o aquellos factores que tienen incidencia sobre el estado nutricional infantil niños menores de cinco años de edad. La desnutrición infantil ha sido ampliamente estudiada y existe cuantiosa evidencia sobre los efectos negativos y secuelas permanentes de este fenómeno sobre el normal desarrollo de los niños y sobre sus resultados en la edad adulta. Utilizando la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2010) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) y mediante un modelo bivariado y multivariado se exploraron los determinantes de la desnutrición crónica y aguda. (p.8)

Entre los principales resultados se aprecia que la prevalencia de desnutrición crónica en Colombia es del 13.1% y de desnutrición aguda es del 0.9%. En cuanto a los determinantes, se observa que la posición socioeconómica del hogar constituye un factor crucial al igual que la educación de la madre y del jefe del hogar en la condición nutricional de los niños. La disposición de un adecuado sistema de excretas en los hogares resultó ser un factor fundamental. Asimismo, los indicadores antropométricos de la madre (talla y edad) resultaron preponderantes en el análisis, así como la condición étnica del niño. (p.8)

Según el estudio realizado por (Comisión Económica para América Latina y Caribe, y el programa mundial de alimentos, 2017) señala:

La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones de la vida de las personas, entre los que destacan los impactos en la salud, la educación y la economía (costos y gastos públicos y privados, y productividad), los que conllevan problemas de inserción social y un incremento o profundización del flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición. (p.12)

El efecto más grave de la desnutrición en niños y niñas menores de cinco años es incrementar el riesgo de muerte. De acuerdo con antecedentes recopilados en el marco del estudio del costo del hambre en la región, “el mayor impacto se presenta en la vida intrauterina y en los primeros años de vida. Una consecuencia directa de la malnutrición fetal es un bajo peso al nacer, que redundará en una mayor probabilidad de mortalidad perinatal. El riesgo de muerte neonatal de niños con un peso al nacer entre 2.000 y 2.499 gramos es cuatro veces superior al de niños que pesaron 2.500-2.999 gramos y diez a catorce veces superior al de los niños que pesaron 3.000-3.499 gramos” (p.13)

El déficit de micronutrientes también tiene efectos importantes. Estudios longitudinales indican que el riesgo de morir por diarrea, malaria o sarampión entre los niños con déficit de vitamina A se incrementa 20% a 24%. El déficit de zinc provoca, para las mismas enfermedades, un incremento de entre 13% y 21% en el riesgo vital. En cuanto al desarrollo neurológico y psicomotor, la desnutrición tiene efectos directos en los primeros años de vida, particularmente debido a la insuficiencia de micronutrientes, como el hierro y el zinc, o el déficit de ácido fólico en el período neonatal cuando esto es más crítico. (p.13)

Al igual que en salud, la relación entre desnutrición y menor resultado educativo depende de la intensidad de la desnutrición y son dos los procesos que se presentan. El primero resulta de los problemas de desarrollo, de manera que hay un proceso en el ámbito de la salud y un efecto posterior en el resultado educativo. Este proceso se inicia en las primeras dos etapas del ciclo de vida (intrauterina y hasta los 24 meses). El segundo se deriva directamente del déficit alimentario, el que afecta la capacidad de concentración en la sala de clases y limita el aprendizaje. Así, éste es concomitante con la etapa preescolar y escolar, y aunque el sello de los primeros años de vida es muy determinante, no requiere necesariamente un

daño nutricional previo, sino que puede sólo ser reflejo de baja ingesta en la misma etapa. (p.15)

Los estudios de costo del hambre realizados por la CEPAL y el PMA en Centroamérica, los países andinos y el Paraguay permitieron concluir que la desnutrición, medida como bajo peso para la edad (desnutrición global), generaba costos en salud, en educación y, especialmente, en productividad como consecuencia de los menores logros educativos y la mortalidad prematura (Martínez y Fernández, 2009 y 2007). Se estimó, para esos años, que el costo para el conjunto de 11 países estudiados alcanzó aproximadamente a 11.000 millones de dólares, alrededor del 4,6% del PIB agregado. El costo superó los 6.600 millones de dólares en Centroamérica y 4.000 millones de dólares en los países andinos y el Paraguay, un 6,4% y un 3,3% del PIB, respectivamente. (p.16)

(Teresa Shamah, 2015), en México realizó investigación titulada: Desnutrición y Obesidad: doble cara en México refiere:

A pesar de que en los últimos 20 años en México se ha observado una disminución en los diferentes tipos de desnutrición infantil, la prevalencia de baja talla continúa siendo un grave problema de salud pública en menores de cinco años de edad. Actualmente en México, 1.5 millones de niños de esta edad (13.6%) sufren de desnutrición crónica (baja talla para la edad). Ésta, evaluada por indicadores como bajo peso para la edad, se ubica en 2.8%; es decir, 280,000 niños la padecen, y evaluada por el indicador de peso para la talla, en 1.6%, lo cual indica que aproximadamente 174,000 niños la presentan. (p.8)

Las conclusiones a la que llega la investigación para prevenir y contener la desnutrición: Fortalecer los programas de salud y de desarrollo social que incluyen componentes de nutrición y alimentación que han probado eficacia, asegurando cobertura y focalización adecuada así como servicios de calidad acordes a la situación cultural de las comunidades, con especial énfasis en los

grupos vulnerables (niños, adultos mayores, comunidades marginadas), desarrollar un sistema de monitoreo del crecimiento y desarrollo infantil, en tiempo real, promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y la alimentación complementaria oportuna de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, y suplementar a la población (a los menores de cinco años de edad, mujeres embarazadas y lactantes y a los adultos mayores) con micronutrientes (zinc, vitamina A, hierro).(p.8)

(A. Rodriguez, 2010); en su investigación titulada: Implicaciones de la desnutrición en atención primaria menciona:

La Organización Mundial de la Salud recomienda introducir actividades en Atención Primaria de Salud orientadas a mejorar la alimentación y el estado nutricional de la población, dado que la desnutrición crónica afecta no sólo al estado físico y mental de las personas sino a su calidad de vida. Un elevado número de patologías atendidas en atención primaria, requieren un consejo o tratamiento nutricional, previa valoración y consideración de suplementación nutricional. Se estima una prevalencia de un 10% de enfermos desnutridos aumentando hasta el 60-85% en caso de personas institucionalizadas.(p.67)

Según la Organización Mundial de la Salud, hay unos 20 millones de niños con desnutrición aguda severa en el mundo. En América Latina el 7% de los menores de cinco años sufren desnutrición global y el 16% desnutrición crónica. Tratar la patología social que da origen a la desnutrición es la base primordial de los centros de prevención. Esta actuación se lleva a cabo desde la Atención Primaria de Salud a través de la Nutrición Comunitaria mediante un equipo interdisciplinar. (p.67)

A nivel Nacional

(Arambulo Q. , 2012); en la investigación titulada: “Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012” donde nos muestra:

El objetivo central de la tesis consistió en realizar un análisis político institucional del Programa Articulado Nutricional en su fase de agendación (2000-2007) y puesta en marcha de la política pública (2008-2012). En este estudio realizo a una de las siguientes preguntas: ¿Qué cambios han logrado producir estos recursos públicos destinados al Programa Articulado Nutricional?

(Arambulo Q. , 2012) hace mención a lo siguiente:

Las cifras oficiales de la ENDES señalan 236 que la desnutrición crónica infantil en el país entre el 2007 y el 2012 se ha reducido significativamente con los dos patrones de referencia que sirven para medir este indicador (NCHS y OMS). El ritmo de la reducción de la desnutrición crónica infantil entre el 2007 y el 2012 (9.1 puntos porcentuales) es mucho mayor si lo comparamos con el periodo que va entre el 2000 y el 2007 (2.8 puntos porcentuales).

Con la implementación del Programa Articulado Nutricional se da una importante reducción de la brecha urbano – rural, pues tanto en la sierra rural como en la selva rural el ritmo de reducción de la desnutrición ha sido de 13.4 puntos porcentuales y 13.6 puntos porcentuales, respectivamente. En el caso urbano la reducción ha sido de 5.1 puntos porcentuales para este mismo periodo de tiempo. Visto por quintiles de pobreza, el PAN como política pública ha impulsado el enfoque de equidad, priorizando los territorios con mayor quintiles de pobreza y de más alta prevalencia de desnutrición crónica infantil. (p.14-15)

En la investigación realizada por (Sonasa, 2014) titulada: Análisis del Programa Articulado Nutricional en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú nos refiere:

La desnutrición crónica infantil es un problema social que movilizó autoridades gubernamentales, organismos no gubernamentales y sociedad civil interesadas por las graves consecuencias de la desnutrición crónica infantil en el país. En el año 2007 se empezó a gestar el Programa Articulado Nutricional, en el marco del Presupuesto por Resultados (PpR), cuyo objetivo principal es reducir la desnutrición crónica a nivel nacional en niños menores de 5 años de edad, con énfasis en menores de 3 años. En el año 2012 se presentaron cambios dentro del Programa Articulado Nutricional, como la salida del programa JUNTOS, la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y la salida de los componentes agua segura y saneamiento.(p.5)

La presente investigación busco conocer los resultados obtenidos durante este periodo de cambio por el Programa Articulado Nutricional en el año 2012, a través de dos productos del programa: Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y vacunas completas. Los objetivos específicos son: Conocer y explicar la relación entre Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y desnutrición crónica infantil y conocer y explicar la relación entre vacunas completas según edad del niño y desnutrición crónica en menores de 5 años. Se encontró que el Programa Articulado Nutricional logró reducir la desnutrición crónica infantil en el país a pesar de la desarticulación que existió entre los sectores involucrados, la relación entre Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y desnutrición crónica infantil es negativa y la relación entre vacunas completas del niño y desnutrición crónica es negativa.(p.5)

Se tuvo además la investigación titulada: Influencia de los programas sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, San pablo -Cajamarca 2012; realizada por (Correa, 2014):

La presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la influencia de los programas sociales: programa vaso de leche, programa integral de nutrición y programa Juntos, en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, Distrito San Pablo- Cajamarca. El estudio es de tipo cuantitativo, diseño correlacional y corte transversal, se realizó en 115 niños(as). (p.5)

Se llegó a las siguientes conclusiones: El estado nutricional de niños(as) fue: 53% con desnutrición crónica, 31.3% con estado nutricional normal y un 14.8% con desnutrición global. De los niños(as) que se beneficiaron de un programa social (11.3%), el 5.2% presentó estado nutricional normal y 5.2% desnutrición crónica; de aquellos(as) que recibieron dos programas sociales (27.8%), el 19.1% presentó desnutrición crónica y de los niños(as) que se beneficiaron con tres programas sociales (60.9%) también predominó la desnutrición crónica con 28.7%. De los niños(as) que se beneficiaron del programa vaso de leche, por el periodo de 1 a 2 años (28.7%), el 19.1% presentó desnutrición crónica, para el caso del programa integral de nutrición el 48.7% también se benefició por un tiempo de 1 a 2 años, de ellos(as) el 29.6% presentó desnutrición crónica; en el programa Juntos se encontró un 14.8% de niños(as) con desnutrición crónica que se beneficiaron por un periodo de 2 a 3 años (32.2%).

Los niños(as) que se benefician de los programas sociales en forma mensual en su mayoría presentaron desnutrición crónica: programa vaso de leche (25.2%), programa integral de nutrición (53%) y el en el programa Juntos (32.2%). No se encontró relación significativa de los programas sociales: vaso de leche, programa integral de nutrición y programa Juntos, en el estado nutricional de los niño(as) de 12 a 36 meses. (p.6)

Mientras que en la investigación que realizó por (Pereira, 2016) Satisfacción de los beneficiarios del Programa social programa articulado nutricional en el centro de salud San Antonio periodo 2015, que según señala:

Tuvo por objetivo determinar el nivel de satisfacción de los beneficiarios del programa social Programa Articulado Nutricional en el Centro de Salud San Antonio periodo 2015. Se usó el método: Diseño no experimental, transversal, descriptivo. La medición de la satisfacción del usuario se realizó mediante la encuesta SERVPERF (Service Performance) modificada, la cual mide la satisfacción del usuario de acuerdo a sus percepciones, para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el método de muestreo aleatorio simple con un nivel de significancia del 5%, un error del muestreo del 7% (0.07), la muestra fue 102 personas.(p.6)

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 23. Dando como resultado que el 81.4% de los informantes que son los padres de los beneficiarios no tienen una satisfacción alta con respecto al Programa Articulado Nutricional. La dimensiones de fiabilidad y seguridad de la encuesta SERVPERF resultó con más del 70% de los informantes que no presentan una satisfacción alta (77.4%, 74.5% respectivamente). La dimensiones de Empatía y Aspectos Tangibles de la encuesta SERVPERF resultó con más del 60% de los informantes que no tienen una satisfacción alta (67.6%, 61.8% respectivamente) pero la dimensión capacidad de respuesta resultó con la mayor cantidad de informantes que no presentan una satisfacción alta dando como resultado un 89.2%.(p.6)

Y se concluye manifestando que el 81.4% de informantes que no presentan una satisfacción alta con respecto al Programa Articulado Nutricional en el Centro de Salud San Antonio.

Por otro lado en la investigación realizada por (Azaña, 2015) sobre los “Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito de Masisea de Ucayali” se pudo evidenciar:

Como objetivo identificar y analizar cuáles son los factores relacionados a la articulación, entre funcionarios municipales y el personal de salud, que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil - DCI en el Distrito de Masisea (Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali) entre los años 2011-2013. A partir de esta información se ha propuesto estrategias de intervención que permitan una mejor articulación, alineamiento e integración entre el gobierno local y el sector salud, para el logro de las metas esperadas. (p.2)

La investigación realizada por (Azaña, 2015):

Es un Estudio de Caso, de orden cualitativo y que tiene como unidad de análisis a los funcionarios municipales, personal de salud y agentes comunitarios de salud del distrito de Masisea. La muestra fue significativa, el método de muestreo fue no probabilístico, por juicio y conveniencia. En el marco del Plan de Incentivos Municipales, y como estrategia para la reducción de la DCI, el Ministerio de Salud propuso la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, considerada como una estrategia comunitaria donde se desarrollan actividades para promover en las familias la adopción de prácticas saludables y contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo infantil. Estas actividades están desarrolladas por los agentes comunitarios de salud con el respaldo de personal de salud y la inversión del gobierno local. (p.2, 9)

A Nivel local

Se tiene la investigación realiza por (Vega, 2015) sobre “El Cuidado intercultural desde la estrategia de crecimiento y desarrollo al lactante mayor con desnutrición, Inkawasi - 2015” se pudo verificar lo siguiente:

Como objetivos: Describir y comprender el cuidado intercultural desde la estrategia de crecimiento y desarrollo al lactante mayor con desnutrición – Inkawasi, 2015. La base teórica conceptual se fundamentó con Correa (2010), Leininger en Raile (2015), Carroll (2011), MINSA (2011) y Aguilar (2012). La muestra fue no probabilística determinada por saturación, siendo los informantes 10 madres que tuvieron niños lactantes mayores con diagnóstico de desnutrición crónica, madres bilingües que tuvieron más de dos hijos y se atienden en los establecimientos mencionados y 10 enfermeras que fueron responsables del consultorio de Crecimiento y desarrollo.(p.6)

Los escenarios fueron los hogares de las madres y los centros de salud de la Micro Red Inkawasi, las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron: la observación participante, la entrevista y diario de campo. Se usó el análisis temático, los principios de la ética personalista y los criterios de rigor científico. (p.6).

En la Investigación realizada por (Vega, 2015):

Como resultado se obtuvieron tres temas culturales: 1.Primer contacto intercultural y diagnóstico nutricional: Consultorio de crecimiento y desarrollo ambientado con materiales nativos; 2. Alimentación, suplementación y monitoreo al lactante mayor con desnutrición: dicotomía cultural; 3. Barreras culturales que impiden mejorar el estado.

Se infiere que para brindar un cuidado con enfoque intercultural, es necesario ambientar los consultorios con aspectos culturales de la zona, además de

aprender algunas frases o palabras comunes que motivan la familiaridad entre la madre y el lactante mayor; la enfermera cuando diagnostica niños con desnutrición los controla mensualmente, brinda consejería nutricional teniendo en cuenta los alimentos de la zona y el uso adecuado de los micronutrientes, haciendo seguimiento y monitoreo permanente; sin embargo existen barreras culturales como el idioma, cosmovisión, falta de recursos económicos y sanitarios.(p.6)

Además se tiene como referencia la investigación realizada por (Guerrero, 2015) titulada: Análisis de la eficiencia del gasto público, en la Red de Salud Bagua 2010-2012 nos señala:

Las políticas de estado y sus actividades públicas tienen, en los países desarrollados, efectos eficaces y eficientes, más en los países subdesarrollados, estos efectos deseados o esperados no se dan. Esto se puede reflejar en la permanencia que aún tiene la tasa de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años. Este es un tema de interés social, ya que es aquí justamente en donde se podrá visionar tanto el futuro, la calidad de vida, las oportunidades laborales que los niños de hoy y PEA de mañana puedan llegar a ser.(p.6)

Es por ello que el motivo de la presente investigación, tuvo como objetivo analizar cuan eficiente es el gasto público asignado a cada micro red en el subprograma de salud, Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable para la reducción de la tasa de desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años, en la provincia de Bagua periodo 2010-2012. Teniendo como escenario actual la reducción de la pobreza y con ello el aumento del presupuesto para los diversos programas de salud.(p.6)

En esta investigación el diseño del estudio desarrollo un Panel de Datos, que a su vez es un estudio de corte transversal, donde se podrá observar de manera más directa y clara la eficiencia del gasto público, contando ya con las tres variables independientes, el gasto per cápita, es decir cuánto gasta el estado

por niño, el índice de desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años, y el incremento de la población beneficiada, además como variable dependiente eficiencia del gasto público, y ésta será medida a través del índice de eficiencia por micro red (y éste índice a través de la brecha).

Entre sus conclusiones tenemos: la brecha o índice de desnutrición va a aumentar si no existen asignaciones de presupuesto, si no hay atenciones, y si no existe movilidad para transportar a los beneficiados de la Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable, que son los niños menores de cinco años de edad; La desnutrición aumenta, debido a que zonas alejadas, dejan de ser puntos efectivos de control; por otra parte debemos decir que las atenciones aumentan porque las zonas más urbanas reciben cada vez más al mismo niño, en las zonas alejadas ello no sucede.(p.6,78)

En un estudio realizado por Dirección General de Presupuesto Público por (Cruzado V. , 2012) titulado “El Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición Crónica en niños menores de 5 años”; se aprecia los siguientes aspectos:

Se buscó busca identificar el impacto del Programa Articulado Nutricional (PAN) sobre la desnutrición infantil a través de dos de sus principales productos: los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y las vacunas que el mismo niño recibe. Se emplearon dos técnicas no experimentales para la evaluación. Bajo el primer enfoque se empleó un pool de datos de niños explotando la gradualidad de la intervención a través de cohortes de nacimiento. Con ello se encontró que el efecto cohorte, atribuido a la intervención, reduce la probabilidad de ser desnutrido y aumenta la probabilidad de tener sus controles de crecimiento y vacunas completas. (p.5)

Tal y como menciona (Cruzado V. , 2012) en su documento de trabajo:

A partir del año 2008, una cohorte de nacimiento posterior disminuye la probabilidad de ser desnutrido en aproximadamente un 5%. También se aplicó la técnica de los controles sintéticos a nivel de regiones con lo cual se calculó el efecto promedio del tratamiento para la prevalencia de la desnutrición en las regiones con mayor grado de intervención. Se encontró que el efecto del PAN en la reducción de la desnutrición fue de 3.5 puntos porcentuales en Apurímac y de 1.5 punto porcentual en Ayacucho. Bajo cualquiera de los dos métodos este estudio encuentra una relación negativa y significativa entre el Programa Articulado Nutricional y la desnutrición crónica. Los resultados de este estudio resultan útiles para la asignación presupuestaria orientada al logro de resultados. (p.5)

Por otro lado tenemos el documento publicado por (Mesa de concertación de lucha contra la pobreza, 2012) señala:

En el período de implementación del PAN (2008 – 2011) se logró una reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica en 32.7% (según patrón OMS), siendo el ritmo muy superior a la década anterior. El mayor ritmo de reducción de la desnutrición crónica en el período 2007-2011 se logra en las regiones con más altos índices en DC en el año 2007: Puno (- 17.2 pp), Huánuco (- 16.4 pp), Pasco (- 15.7 pp) y Ancash (- 13.8 pp), junto con Ayacucho y Apurímac y luego de Huancavelica. No obstante, estos tres últimos departamentos no logran destacar en reducción por encima del promedio nacional (- 9 pp).(p.5)

Por otro lado, los departamentos más rezagados en cuanto a superación de la Desnutrición Crónica son Loreto (quien incrementó en 3.1% la DC) y Ucayali ambos con elevado indicadores en DC, además de Tumbes y Tacna, estos últimos con baja incidencia de DC. La tendencia a la disminución de la brecha urbano rural en el período 2007- 2010 tiene un retroceso en el año 2011 por un mayor rezago en la selva rural. (p.5)

Así mismo en artículo publicado por (Sanchez, 2012), se menciona:

Que realizando un análisis del impacto del Programa Articulado Nutricional demuestra que, bajo la aplicación de técnicas no experimentales de evaluación, este se asocia a una reducción de la probabilidad de ser desnutrido y un aumento de probabilidades de tener controles de crecimiento y vacunas completas en cohortes de nacimiento posteriores al año 2008, año de inicio del programa. Asimismo, se puede observar una mejora sostenida entre los años 2007-2011 de los indicadores de resultados intermedios y productos identificados por el PAN, con excepción del indicador de lactancia materna exclusiva. (p.3)

1.3 TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

Desnutrición Crónica Infantil

Para el (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, 2011), nos refiere:

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida. (p.9)

Es así como la desnutrición es problema de salud pública que afecta a países subdesarrollados, y esto se evidencia desde la etapa gestacional, madres que tienen malnutrición su niño nace prematuro y con bajo peso al nacer; con llevando al retardo en su crecimiento y desarrollo.(p.1)

Para (Cruzado V. , 2012) ; señala en su investigación que la desnutrición crónica es:

Una enfermedad provocada por el insuficiente aporte de calorías y proteínas que, si no se trata a tiempo, puede ocasionar discapacidad mental y física, vulnerabilidad frente a diversas enfermedades y, posiblemente, la muerte. La relevancia de este indicador, como precisa el INEI, radica en que revela la existencia de problemas socioeconómicos, nutricionales y de salud de fondo. También incide en los problemas de desarrollo de la niñez, por su estrecha relación con problemas de aprendizaje, deserción escolar y, a la larga, déficit en la productividad de la persona adulta.

La desnutrición crónica presenta distintos grados. Se habla de desnutrición en primer y segundo grado cuando el niño se encuentra entre 10% y 40% por debajo del peso normal para su edad, respectivamente. El tercer grado de desnutrición se da cuando hay falta de crecimiento, desarrollo muscular y tejido adiposo. Entre las causas más conocidas de la desnutrición, se encuentran, por un lado, el consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, trastornos digestivos o mala absorción de alimentos, y, por otro lado, la presencia de una serie de enfermedades muy comunes en los niños tales como la diarrea aguda, las enfermedades respiratorias agudas y las anemias, que son las tres enfermedades que mayores complicaciones traen a los niños y las que, con mayor frecuencia, suelen presentarse en el país. (p.5)

La desnutrición comienza antes del nacimiento y en los primeros días fuera del vientre materno. Los niños que nacieron con bajo peso o que no gozaron de lactancia materna exclusiva en sus primeros meses de vida son más propensos a sufrir desnutrición crónica. Si es que la desnutrición no se trata durante los primeros años de vida, puede tener efectos irreversibles. Por esta razón, los programas o las intervenciones para tratar la desnutrición resultarán efectivos solamente durante el embarazo y los primeros años de vida. (p.5)

Como se ha visto la desnutrición crónica conlleva a que el niño en sus primeros años de vida, este propenso a diversas enfermedades entre las más comunes: como infecciones respiratorias y diarreicas, alergias, etc.; ocasionando muchas veces la muerte del niño.

En el documento técnico “Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el País, periodo 2014 – 2016” (Ministerio de Salud, 2014) nos menciona:

Es así como la Desnutrición crónica es uno de los principales males sociales en el Perú, que aún afecta a un importante porcentaje de los niños menores de 5 años. En el año 1991 el 36,5% de los niños menores de 5 años sufría de desnutrición, cifra que se redujo al 18,3% en el año 2009. Es preciso señalar que la desnutrición crónica está conectada con la educación y el nivel de ingreso familiar. En ese sentido, los menos afectados por este mal son los niños de madres que pertenecen al quintil superior de ingresos, de los cuales solo el 4,2% sufre retardo en su crecimiento, mientras los más afectados son los niños de madres en el quintil inferior, con una tasa del 45,3% de desnutrición crónica.

A pesar de que la desnutrición crónica ha venido disminuyendo en el país, el Perú aún se mantiene en un nivel alto en la región.

Un problema relacionado con la alimentación materna y la desnutrición infantil es la elevada incidencia de la anemia en las mujeres. En el año 2009, el 21,0% de las mujeres en edad fértil padecía de algún grado de anemia, proporción menor en 10,6 puntos porcentuales al valor reportado en el año 2000 (31,6%), y que se incrementa a un 29,0% en el departamento del Cusco. La desnutrición infantil tiene secuelas irreversibles: baja talla para la edad; limitación de las capacidades físicas, emocionales o intelectuales, entre otras. A largo plazo, la desnutrición reducirá la productividad de la persona y perjudicará directamente el crecimiento económico de la familia. Combatir la

desnutrición implica proteger el capital humano del país y prever este recurso para su participación en la economía y el desarrollo del país. (p.15)

Como bien sabido en nuestro país los niños que habitan en zonas rurales son la población más afectada esto debido a los niveles de pobreza y pobreza extrema; falta de oportunidad laboral, cultura, acceso a los servicios de salud, idiosincrasia, analfabetismo, etc.; factores que acentúan el problema en estas zonas en mayor porcentaje que las del resto del país.

Para él (Ministerio de Economía y Finanzas, 2012); nos señala:

En el mundo, más de 150 millones de niños preescolares tienen bajo peso, y 200 millones tienen bajo crecimiento. Se calcula que para el año 2020 un billón de niños será propenso a la desnutrición. La desnutrición crónica es reconocida como una de las principales amenazas que afrontan los países en vías de desarrollo. La UNICEF enfatiza el problema señalando que se trata de una emergencia silenciosa, no reconocida ni manejada como tal. El indicador utilizado para cuantificar la magnitud de la desnutrición crónica es la prevalencia, la cual alcanza valores de hasta 85% en países del Asia y del África, mostrando altos valores en los segmentos de pobreza y extrema pobreza de las zonas rurales, que tienen un limitado acceso a los servicios básicos de agua y desagüe.

En Latinoamérica se reportan prevalencias de hasta 70% en el ámbito rural, según las diferentes mediciones realizadas a través de estudios transversales. Si bien es cierto, existen marcadas diferencias de país a país, en todos se constata que la desnutrición crónica es el principal problema de salud pública, con prevalencias no menores al 20% en los segmentos de población rural. En varios países de Latinoamérica, se observan también zonas periurbanas con prevalencias que oscilan entre el 30 y 50%, y similares valores de prevalencia se reportan en las poblaciones migrantes e indígenas. Entre los años 1997 y el año 2000, la prevalencia de desnutrición crónica se incrementó significativamente en las áreas urbanas de la sierra (del 14% al 24.3%),

posiblemente como reflejo de la migración de familias pobres del campo a las ciudades, en respuesta a la depresión económica y la violencia política que afectó mayormente a las poblaciones de la sierra y de la selva central. (p.7)

La prevalencia las altas tasas de desnutrición en las zonas de la sierra como es el caso de la presente investigación se debe que existen factores que predisponen a la población menor de 5 años como: prematuridad, pobreza, estilos de vida, analfabetismo, etc.

Así mismo él (Ministerio de Economía y Finanzas, 2012) nos hace mención:

Entre las regiones, la zona rural de la sierra ostenta la más elevada prevalencia de desnutrición crónica, alcanzando el 40%; en tanto que Lima tiene la más baja, llegando al 7,7%. Según los datos de ENNIV 2000, más de la mitad de los niños con desnutrición crónica son menores de 5 años que residen en la región de la sierra, y el 46% de ellos viven en las zonas rurales y el 12% en las zonas urbanas de la sierra. En la región Andina, Perú, Bolivia y Ecuador comparten un perfil similar ya que en los tres países las disparidades de desnutrición crónica por nivel socioeconómico, regional y étnico son amplias. El Perú es uno de los países con la más alta prevalencia de desnutrición crónica; esto se combina con la alta regresividad al interior del país. En un análisis de 20 países, Perú muestra el más alto índice de concentración de desnutrición crónica.

En nuestro país, durante las dos últimas décadas se han realizado diversas encuestas que permiten estimar la prevalencia de desnutrición crónica (retardo en el crecimiento) en niños menores de 5 años. Según los datos recogidos, Lima, con la más baja prevalencia de desnutrición crónica, experimentó casi un 70% de descenso, mientras que las áreas con la más alta prevalencia, como las zonas rurales y urbanas de la sierra, experimentaron un menor descenso (20% y 11%, respectivamente). (p.3 -11)

En el Perú a pesar de los grandes esfuerzos de revertir la desnutrición a través de los programas nutricionales implementados por los gobiernos durante décadas; no se ha visto un descenso notorio de las tasas de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, sobre todos en los departamentos con mayores zonas rurales.

Según la Directiva del Programa Articulado Nutricional (Ministerio de Salud, 2017) menciona:

A nivel mundial cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos.

Se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. En 9 países, más del 50% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica. Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. El resto de los países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Rwanda (de mayor a menor porcentaje). Un 13% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda, y un 5% de ellos desnutrición aguda grave. El 60% de los casos de desnutrición aguda se registra en sólo 10 países. Un total de 32 países tienen unos 10% o más de niños menores de 5 años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento urgente. Según UNICEF en el mundo en desarrollo, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren **DESNUTRICIÓN CRÓNICA**, cuyos efectos se harán sentir durante el resto de sus vidas.

En el Perú: Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar primer semestre 2016, muestran una tendencia de disminución del nivel de la

desnutrición crónica en el país. Pasó de 14,4% a 13,5%, en el mismo periodo con el Patrón de Referencia de crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (p.3)

Además esta misma Directiva del Programa Articulado Nutricional (Ministerio de Salud, 2017) nos infiere:

La malnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo.

Se manifiesta de muchas formas, entre ellas: Subalimentación y desnutrición: ingesta de alimentos que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria. Deficiencias de micronutrientes: son deficientes en una o más vitaminas y minerales esenciales. Sobre nutrición y obesidad: una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud. Los principales males sociales en el Perú es la desnutrición crónica, que aún afecta a un importante porcentaje de los niños menores de 5 años.

La desnutrición infantil tiene secuelas irreversibles: baja talla para la edad; limitación de las capacidades físicas, emocionales o intelectuales, entre otras. A largo plazo, la desnutrición reducirá la productividad de la persona y perjudicará directamente el crecimiento económico de la familia. Los niños que viven en zonas rurales tienen mayor prevalencia de desnutrición crónica que los niños que viven en zonas urbanas.

Los niños de madres sin educación tienen mayor desnutrición que los niños de madres con educación superior. Dado que son los niños que nacieron con bajo peso o que no gozaron de lactancia materna exclusiva en sus primeros meses de vida los de caer en un cuadro de desnutrición crónica. Existen una

serie de enfermedades, muy comunes en los niños, que facilitan tal condición.
(p.3-5)

La Directiva del Programa Articulado Nutricional según (Ministerio de Salud, 2017) nos pone de conocimiento lo siguiente:

En este contexto de alta prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, localizada especialmente en regiones rurales y de bajos recursos, el Estado ha establecidos lineamientos de política para contribuir a la reducción de esta problemática. En este sentido se ha establecido el Programa Articulado Nutricional (PAN), que se relaciona con el Plan Bicentenario Nacional 2012-2020, el cual tiene como prioridad el reducir la desnutrición en el país.

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégico del Desarrollo Humano Sostenible Basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos a través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.

Al hablar de los derechos que debe tener la persona hablamos de que esta acceda a servicios de salud de calidad y por ende al hablar de gozar de una buena salud la base primordial es una buena alimentación y nutrición de calidad en esta investigación haciendo referencia en los niños menores de 5 años. Donde el neurodesarrollo del niño está en pleno apogeo ya que están en pleno conocimiento del mundo externo. (p.3-5)

Impacto.-

Según la (Real Academia de la Lengua Española, 2017) es un:

Efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia o una catástrofe.

También puede definirse como los efectos de un suceso o un hecho que se producen en un entorno físico o social. (p.1)

Programa Articulado Nutricional.-

Para (Cruzado V. , 2012); el Programa Articulado Nutricional:

Es uno de los cinco primeros Programas Presupuestales implementados desde el 2008 y que priorizaban las intervenciones a favor de la infancia. Concretamente, el PAN tiene como objetivo final reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años, dadas las consecuencias negativas que esta trae sobre el desarrollo de las capacidades intelectuales y, con ello, sobre las futuras oportunidades de inserción laboral y de mejora en la

condición socioeconómica de las personas, lo que perpetúa las situaciones de pobreza y extrema pobreza a través de generaciones. En la fase de diagnóstico del PAN, se generó preliminarmente un modelo causal de la desnutrición sustentado en la revisión de marcos conceptuales que explican la desnutrición crónica en menores de cinco años y en la recolección de información estadística y evidencia empírica que confirmen las relaciones de causalidad.

De acuerdo con el modelo lógico, para lograr tal reducción en la tasa de desnutrición, era necesario: i) reducir la incidencia de bajo peso al nacer, ii) mejorar la alimentación y nutrición posterior del niño (36 meses) y iii) reducir la

incidencia de enfermedades respiratorias y diarreicas (IRA y EDA respectivamente) del niño. (p.6)

Haciendo referencia ha (Cruzado V. , 2012):

A estas condiciones previas, se les denominó resultados intermedios, pues conseguir estos cambios requería, a su vez, de otros resultados adicionales que se denominaron resultados inmediatos y que demandaban intervenciones concretas, denominadas productos, los cuales se focalizan en dos momentos del ciclo de vida del niño: durante la gestación y sus primeros años de vida. Dichos productos, que formaron parte del PAN, fueron los CRED, la vacunación contra rotavirus y neumococo, la entrega de complementación alimentaria para la madre y el niño, entrega de suplemento de hierro a la gestante, etc. (p.7)

En la realizada investigación realizada por (Arambulo C. , 2013) se infiere lo siguiente:

El Programa articulado nutricional, como los demás programas presupuestales estratégicos, se concibe bajo la idea del enfoque ciudadano a través del cual el Estado organiza/redefine sus intervenciones y presupuesto con la finalidad de generar cambios positivos en la calidad de vida de las personas. La manera como se expresan estas intervenciones es a través del modelo lógico que organiza las intervenciones a partir del resultado final que se busca conseguir: reducir la desnutrición crónica infantil. Este resultado final se sostiene sobre la base de tres resultados intermedios y cinco resultados inmediatos, que a su vez están vinculados con los productos, bienes o servicios que provee el Estado.

El modelo lógico expresa la integralidad de la intervención en el sentido que es posible reducir la desnutrición crónica si convergen en este proceso tres resultados intermedios: la reducción del bajo peso al nacer, la mejora de la

alimentación y nutrición en los menores de 36 meses, la reducción de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas (IRAS/EDAS) en los menores de 24 meses. Estos resultados intermedios se articulaban con un conjunto de resultados inmediatos y productos que formaban parte de un proceso sistémico y multidimensional. (p.25)

Es así también como (Arambulo C. , 2013) en su investigación enfatiza:

En la administración pública las prioridades de políticas públicas del Estado se expresan en el presupuesto público donde los recursos que se le destina para su intervención tienen el propósito de generar cambios sustantivos en la población de referencia. Para efectos del análisis presupuestal nos interesa hacer la precisión entre el PIA y el PIM. En el caso del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), el presupuesto se define en el debate al interior del Congreso y se aprueba con la Ley de Presupuesto Público para cada año fiscal.

El caso del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) expresa el conjunto de modificaciones que sufre el presupuesto a lo largo del ciclo presupuestal que ve afectado por donaciones, transferencias, crédito suplementario por ejemplo. Visto desde una óptica política, el presupuesto se somete a un proceso de negociación permanente ya sea al nivel del Congreso (para aprobar el PIA) donde conjugan las fuerzas partidarias y la heterogeneidad de intereses políticos; o también se negocia en una relación bilateral entre el Ministerio de Economía y Finanzas con los pliegos o entidades demandante de recursos expresado a través del PIM. En torno a la modificación del PIM es el MEF (Ministerio de Economía y Finanzas) quien centraliza una cuota de poder relevante para la asignación de recursos.

Desde la lógica del presupuesto por resultados, la eficacia de una política pública se mida a través de los resultados que ha logrado alcanzar a través de su implementación. En ese sentido, la reducción de la desnutrición crónica

infantil es concebida como un indicador de resultado final que se erige sobre un conjunto integrado de indicadores de resultado intermedio y de resultado inmediato que ya hemos visto. Para efectos de este estudio nos interesa analizar los resultados del presupuesto. Esto es, aquellos cambios logrados en la calidad de vida de la población a partir de la implementación del presupuesto por resultados en general y de la puesta en marcha del Programa Articulado Nutricional en particular. (p.30)

Algunos datos Estadísticos de los productos del Programa Articulado Nutricional extraídos de la Directiva del Programa Articulado Nutricional (Ministerio de Salud, 2017)

La anemia por déficit de hierro es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (43,0%), es más frecuente en el área rural (52.3%) que en el área urbana (40.2%), en el primer semestre 2016. Entre el año 2015 y el primer semestre 2016, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años muestra una constante de 43.5%.

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o niño con solo leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos. En el primer semestre 2016, el 66.7% de las madres manifestaron que alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (83.8%) que en el área urbana (59,5%).

Entre el año 2013 y el primer semestre 2016, la prevalencia de la lactancia materna revela que en el área urbana se mantiene en 59,5% y en el área rural aumento de 83,0% a 80,8%. Las vacunas son sustancias médicas que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta

conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmuno-prevenibles. Las vacunas básicas completas para niñas y niños menores de 36 meses comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis contra la Poliomielitis y una dosis contra el Sarampión. En el primer semestre 2016, el 70.3% de menores de 36 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, este valor es similar en el área urbana (70.6%) pero menor en el área rural (69.3%).(p.3-7)

Además los datos estadísticos de los productos del Programa Articulado Nutricional extraídos de la Directiva del Programa Articulado Nutricional (Ministerio de Salud, 2017) señalan:

El rotavirus es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación. La vacuna contra el rotavirus es una vacuna oral; no se inyecta. A nivel nacional, en el primer semestre 2016, el 80.9% de los menores de 12 meses fueron inmunizados contra el rotavirus; proporción mayor respecto a la estimación del año 2013 (78,1%). Según área de residencia, en el área urbana pasó de 76.9% a 81.5%; mientras que en el área rural no se aprecian diferencias significativas. El neumococo es una bacteria que provoca enfermedades graves como la otitis media o la neumonía. También puede pasar a la circulación sanguínea causando meningitis e infecciones en la sangre que ponen en peligro la vida del menor. (p.4)

La vacuna contra el neumococo está incluida en el esquema nacional de vacunación y se aplica a los dos, cuatro y seis meses de vida, además de un refuerzo al año de edad. En relación a los menores de 12 meses con vacuna neumococo y rotavirus tenemos que a nivel nacional, en el primer semestre 2016, el 78.0% proporción mayor en relación al año 2013 (75.1%).Según área de residencia, en el área urbana paso de 74.3% a 78.5; mientras que el área rural no hay cambios significativos. Las Infecciones Respiratorias Agudas “IRA” son un conjunto de enfermedades que afectan las vías respiratorias y

son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de morbilidad en niñas y niños menores de cinco años y en personas mayores de 60 años de edad. (p.5-6)

Las IRA son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados. A nivel nacional, en el primer semestre 2016, el 18,4% de los menores de tres años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia un aumento respecto a la estimación del año 2013 (14,8%). Según área de residencia, en el área rural fue 19.7% y en la urbana, 17,9%.(p.7)

Así mismo los datos estadísticos de los productos del Programa Articulado Nutricional extraídos de la Directiva del Programa Articulado Nutricional (Ministerio de Salud, 2017) nos hace mención:

La Enfermedad Diarreica Aguda es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. La EDA está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, bajo nivel educativo y saneamiento inadecuado. En el primer semestre 2016, a nivel nacional el 16,7% de niñas y niños menores de tres años de edad tuvieron Diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que fue mayor en el área rural (17.3%) pero menor en la urbana (16.5%). (p.3-7)

Respecto a las estimaciones del año 2013, muestran en el área urbana un incremento de 14,6% a 16,5% y en el área rural, de 17,0% a 17,3%. Hogares con Agua Tratada.- El agua tiene una estrecha relación con la vida de las personas pues es un agente esencial de salud o enfermedad. Si el agua está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, las que afectan a los grupos más desprotegidos de la

población, entre ellos, a las niñas y niños. Se entiende como agua tratada aquella que proviene de la red pública o de aquella que no proviniendo de la red pública en el hogar le dan algún tratamiento antes de beberla; tal como: la hierven, clarifican, desinfectan solamente o consumen agua embotellada. (p.3-7)

A nivel nacional, al I Semestre 2016 el 96.4% de los hogares tienen acceso a agua segura, proporción que es mayor en el área urbana (98,4%) que en el área rural (90,6%). En esta última se usan formas alternativas de desinfección del agua para beber.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.-

¿Cuál es el Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque durante el periodo 2012 - 2016?

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.-

El siguiente estudio es relevante por dos razones: En primer lugar nos interesa profundizar en la problemática de la desnutrición crónica y las consecuencias en el crecimiento y desarrollo del niño y en el desarrollo social en nuestra región. En segundo lugar, este estudio es trascendente porque aporta con evidencias a la relación que se da entre el Estado y la Sociedad Civil en torno al impacto que ha generado el PAN (Programa Articulado nutricional) desde su implementación en nuestro país y en cada región como parte de una política pública cuyo objetivo es la disminución de la Desnutrición Crónica. Como bien se es conocido que un país que presente altos niveles de desnutrición crónica infantil se condena generacionalmente al subdesarrollo, reproduce generacionalmente su pobreza.

La estadística producida a nivel nacional por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), en el año 2000 la prevalencia de la desnutrición crónica infantil era del 25.4%, cifra que no se ha movido significativamente pues en el 2007 se registró un 22.6%. Este último dato ha constituido la línea de base para la puesta en marcha

del Programa Articulado Nutricional, un programa presupuestal que se enmarca en el proceso de reforma del Estado peruano orientado hacia una gestión y un presupuesto por resultados. Actualmente, las últimas cifras que ha reportado la ENDES en el 2013 señala que el Perú ha mostrado evidencias de progreso, reduciéndose del 22.6% en el 2007 al 13.5% en el 2013.

Las tendencias estadísticas a la baja, todavía muestran que se reproducen brechas al interior de los departamentos, siendo preocupante el rostro rural, andino y amazónico de la desnutrición crónica infantil en el Perú. Sobre la base de esta problemática infantil esta investigación busca abordar la relación que se ha construido entre el PAN (Programa Articulado nutricional) como política pública para el logro de resultados, en la disminución de la desnutrición infantil en la Región Lambayeque el cual por sus determinantes sociales, culturales y demográficas presenta un alto índice de Desnutrición a nivel nacional.

1.6 HIPÓTESIS.-

- La investigación por ser descriptiva no se formuló hipótesis.

1.7 OBJETIVOS.-

Objetivo General.-

- Determinar el Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.

Objetivo Específicos.-

- Identificar la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer como factor de riesgo para la Desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.

- Identificar la situación de la alimentación y nutrición en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.
- Identificar la proporción de IRA y EDA en menores 5 años como factor de riesgo para Desnutrición crónica infantil en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.
- Identificar el impacto de las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional desarrolladas, sobre la Desnutrición crónica en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.
- Evaluar el desempeño en la gestión presupuestal del Programa Articulado Nutricional, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.

II.- METODO.-

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.-

En este tipo de investigación se abordó la metodología Cuantitativa; Según (Sonora, 2017); nos refiere:

Que se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Además, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población. Algunas de las características de la investigación cuantitativa son: asume una postura objetiva, estudia conductas y otros fenómenos observables, genera datos numéricos para representar el ambiente social, emplea conceptos preconcebidos y teorías para determinar qué datos van a ser recolectados, emplea métodos estadísticos para analizar los datos e infiere más allá de los datos, emplea procedimientos de inferencia estadística para generalizar las conclusiones de una muestra a una población definida, es confirmatoria, inferencial y deductiva.(p.1)

El tipo de abordaje fue Descriptiva; porque especificó propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”. Miden las condiciones existentes que se relacionan con un hecho y si lo ha influenciado o afectado. Su fin es medir con la mayor precisión posible. Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de las condiciones existentes en el momento. Interpreta lo que es y pasa más allá de la recogida y tabulación de datos. (p.1)

Según (Lazcano, 2000) nos menciona que dentro de este tipo de investigación:

Los Estudios transversales: Este tipo de estudios denominados también de prevalencia, estudian simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado. La realización de este tipo de estudios requiere definir claramente: La población de referencia sobre la que se desea extrapolar los resultados, la población susceptible de ser incluida en nuestra muestra delimitando claramente los que pueden ser incluidos en dicho estudio, la selección y definición de variables por las que se va a caracterizar el proceso, las escalas de medida a utilizar y la definición de "caso".

Los estudios transversales se utilizan fundamentalmente para conocer la prevalencia de una enfermedad o de un factor de riesgo. Esta información es de gran utilidad para valorar el estado de salud de una comunidad y determinar sus necesidades.

Desde el aspecto cuantitativo indagamos sobre dos tipos de información. En primer lugar se analizará la data estadística producida por la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) en relación a los indicadores vinculados a la desnutrición crónica infantil, identificando las brechas, inequidades y potencialidades de los indicadores de resultado final, resultado intermedio y resultado inmediato. En segundo lugar, analizaremos la información presupuestal que procesa el Ministerio de Economía y Finanzas en su portal de la Consulta Amigable. Esta información será clave para analizar la evolución de la asignación presupuestal destinada al Programa Articulado Nutricional y de esta forma evaluar el impacto que este tiene en la disminución de la desnutrición crónica infantil.

2.2 VARIABLES OPERACIONALIZACIÓN.-

Definición conceptual

- **Impacto.-**

Según la (Real Academia de la Lengua Española, 2017) es un:

“Efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia o una catástrofe”.

- **Programa presupuestal articulado nutricional.-**

Según el (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017) este programa está orientado para:

Conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.

- **Desnutrición crónica.-**

Según la (Organización Panamericana de la Salud, 2017) nos refiere:

“Es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia”.

DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERACIONALES.-

- **Impacto del programa Presupuestal Articulado Nutricional.-**

A través de este programa se busca identificar analizar y evaluar el impacto del programa articulado nutricional sobre la desnutrición infantil a través de

sus principales productos: CRED, vacunas que el mismo niño recibe, lactancia materna, administración de micronutrientes, acceso al agua para consumo humano y atención de enfermedades prevalentes.

- **Desnutrición crónica infantil.-**

Se medirá la tasa prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años a través del indicador Talla para la edad.

- **Bajo peso al nacer.-**

Se define a un niño que pesa menos de 2,500 Kg. al momento de nacimiento.

- **Alimentación y nutrición en menores de 36 meses.-**

Es la alimentación y nutrición a partir del primer día de vida (lactancia materna) pasando luego a una alimentación complementaria más suplementación.

- **Morbilidad en EDA y IRA en menores de 24 meses.-**

Es la proporción de niños menores de 24 meses afectadas por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

- **Intervenciones efectivas en prevención y promoción para prevención de la Desnutrición crónica infantil.**

Son aquellas intervenciones preventivas promocionales que están asociadas a lograr el objetivo del programa articulado nutricional que es disminuir la desnutrición crónica infantil así tenemos: controles CRED, vacunas básicas, vacuna rotavirus y neumococo, hogares con saneamiento básico y agua tratada.

- **Gasto per cápita.-**

Es el valor promedio por persona de la suma de los gastos públicos y privados en bienes y servicios para el cuidado de la salud de las personas, en un periodo de tiempo dado.

- **Ejecución presupuestal.-**

Mide en que se gastó lo presupuestado en cada producto del plan articulado nutricional.

- **Calidad de gasto.-**

Son aquellos elementos que garantizan un uso eficaz y eficiente de los recursos públicos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.-

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS	INSTRUMENTO
Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional	BAJO PESO AL NACER	Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer	Razón	Ficha de registro de datos (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar)
		Proporción de gestantes con suplemento de hierro.		
	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN MENORES DE 36 MESES	Proporción de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva.		
		Proporción de niñas y niños menores de 36 meses con suplemento de hierro		
		Proporción de niños de 6 a 36 meses de edad con anemia		

	MORBILIDAD EN EDA, IRA EN MENORES DE 24 MESES.	Proporción de menores de 36 meses con IRA		Ficha de registro de datos (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar)
		Proporción de menores de 36 meses con EDA		
	INTERVENCIONES EFECTIVAS EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA REDUCCIÓN DE DCI	Proporción de menores de 36 meses con su vacunas básicas		
		Proporción de menores de 24 meses con vacuna rotavirus		
		Proporción de menores de 24 meses con vacuna neumococo		
		Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y		

		desarrollo completo		
		Proporción de hogares con acceso a agua tratada		
		Proporción de hogares con saneamiento básico		
	GASTO PERCAPITA	Valor estimado en soles por persona	Razón	Ficha de registro de datos (MEF – PAGINA AMIGABLE)
	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Porcentaje de ejecución presupuestal por toda fuente de financiamiento por años en el periodo 2012-2016		
		Porcentaje de ejecución presupuestal por categorías presupuestales en el periodo 2012 -2016		
		Porcentaje de		

		ejecución presupuestal por producto del Programa Articulado Nutricional según fuente de financiamiento en el periodo 2012 -2016		
	CALIDAD DEL GASTO	Porcentaje de presupuesto asignado por específica de gasto en el PAN según fuentes de financiamiento durante el período 2012 -2016.		

2.3.- POBLACION Y MUESTRA.-

POBLACIÓN.-

La población menores de 5 años en la Región Lambayeque según INEI durante los 2012 al 2016; estos nos servirá para evaluar la base que ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) nos proporciona en cada uno de los indicadores del Programa Articulado Nutricional en nuestra Región.

Tabla 1

Población menor de 5 años de la Región Lambayeque en el periodo 2012 -2016

AÑO DE EVALUACION	POBLACION INEI < 5 AÑOS
Año 2012	112,453
Año 2013	111,044
Año 2014	109,682
Año 2015	108,469
Año 2016	107,406
TOTAL	549,048

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

MUESTRA.-

Se trabajó con el 100% (549,048) de la población menor de 5 años en la Región Lambayeque intervenida en los estudios desarrollados por INEI durante los 2012 al 2016 para la evaluación del PAN (Programa Articulado Nutricional).

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Según (Hernandez S. , 2006); nos señala que recolectar datos implica:

Elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico.

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos que tiene en mente o las variables que el investigador tiene en mente. En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la "realidad" que deseo capturar. Bostwick y Kyte (2005) señalan de la siguiente forma: La función de la medición es establecer una correspondencia entre el "mundo real" y el "mundo conceptual". El primero provee evidencia Empírica, el segundo proporciona modelos teóricos para encontrar sentido a ese segmento del mundo real que estamos tratando de describir. En toda investigación cuantitativa aplicamos un instrumento para medir las variables contenidas en las hipótesis (y cuando no hay hipótesis simplemente para medir las variables de interés).

Esa medición es efectiva cuando el instrumento de recolección de datos en realidad representa a Recolección de los datos cuantitativos de las variables que tenemos en mente. Si no es así, nuestra medición es deficiente; por tanto, la investigación no es digna de tomarse en cuenta. Desde luego, no hay medición perfecta. Es casi imposible que representemos con fidelidad variables tales como la inteligencia emocional, la motivación, el nivel socioeconómico, el liderazgo democrático, el abuso sexual infantil y otras más; pero es un hecho que debemos acercarnos lo más posible a la representación fiel de las variables a observar, mediante el instrumento de medición que desarrollemos. Se trata de un precepto básico del enfoque cuantitativo. (p.273)

Se utilizara como instrumento una ficha de registro que estará conformado por los productos e intervenciones del programa articulado nutricional que serán analizados de acuerdo a los resultados de la ENDES.

Asimismo se trabajará con los reportes obtenidos del portal amigable del ministerio de economía y finanzas, analizando para ello su presupuesto inicial de apertura y presupuesto modificado, así como su avance de ejecución de gasto y de esta forma realizar un análisis con lo evidenciado en la población afectada con desnutrición crónica infantil, contrastando si efectivamente la gestión presupuestaria del programa ha contribuido en la disminución de esta enfermedad.

2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS.-

Para (Hernandez R. , 2006) nos manifiesta lo siguiente:

Una vez que los datos se han codificado, transferido a una matriz, guardado en un archivo y "limpiado" de errores, el investigador procede a analizarlos. En la actualidad, el análisis cuantitativo de los datos se lleva a cabo en una computadora u ordenador. Ya nadie lo hace de forma manual, en especial si hay un volumen considerable de datos. Por otra parte, casi en todas las instituciones de educación media y superior, centros de investigación, empresas y sindicatos se dispone de sistemas de cómputo para archivar y analizar datos. Por ello, se centra en la interpretación de los resultados de los métodos de análisis cuantitativo y no en los procedimientos de cálculo.

El análisis de los datos se efectuara sobre una matriz de datos utilizando un programa computacional (EXCEL versión 2010). (p.277)

Una vez recopilada la información a través de tablas de registro de datos en primer lugar la información de la base de datos ENDES – INEI, analizando los productos del programa articulado nutricional; y además la tomara información de la página amigable del Ministerio de Economía y Finanzas (Presupuesto institucional de apertura y el presupuesto institucional del programa articulado nutricional) todo se

basearon los datos a una Matriz del programa Excel para su respectivo análisis estadístico.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS.-

En la presente investigación se consideró los cuatro principios básicos de la ética, donde la condición de persona es el fundamento ontológico-real, según lo señalado en el Informe Belmont (The National Commission for the Protection of Human Subjects, 1978)

El **Respeto a las personas**, lo que implica que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y se reconoce el derecho a la protección de aquellas personas cuya autonomía esta disminuida. En el Informe Belmont se define a la persona autónoma como “un individuo que posee la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación”. En la mayoría de las investigaciones científicas en las cuales se emplean sujetos humanos, el respeto a las personas exige que dichos sujetos “entren en la investigación voluntariamente y con la información adecuada”. En esta investigación se utilizó como fuente estudios que se han realizado durante un periodo de tiempo de acuerdo a nuestros indicadores a evaluar no involucrando de tal manera a ninguna persona.

El **principio ético de beneficencia**; obliga a no causar daño a la persona que participa en la investigación y, al mismo tiempo, a maximizar los beneficios de la misma y a disminuir los daños a aquellos sujetos que participan en ella. Aunque investigar qué es aquello que producirá un beneficio puede conllevar el tener que exponer a las personas a algún riesgo, nunca se puede lesionar voluntariamente a una persona a costa del beneficio que se podría obtener para otros. En la investigación con los resultados se podrá determinar si el programa articulado nutricional verdaderamente ha contribuido a la disminución de la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años.

Principio de Justicia; al interrogante sobre quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas, los autores del Informe responden que la equidad debe regir la distribución de los beneficios y las cargas y que, consecuentemente, deben ser justos los procedimientos de la selección de los sujetos de la investigación así como las consecuencias de dicha selección. En esta investigación lo sujetos de estudio población menor de 5 años con Desnutrición crónica se podrá reflejar si las intervenciones del estado ante esta enfermedad están reduciendo su prevalencia.

Durante el proceso de investigación se tendrá en cuenta los principios de rigor científico propuestos por (Polit, 2000):

El principio de **credibilidad** se logra cuando los resultados del estudio serán reconocidos como “verdaderos” tanto por el investigador que realizará el estudio así como también por las personas que han experimentado y estado en contacto con el sujeto investigado. Para ello, en la investigación se realizará una indagación con pruebas fiables que serán mostradas en el estudio, los resultados que se obtendrán no serán alterados durante su transferencia en la base de datos del programa de Microsoft Excel.

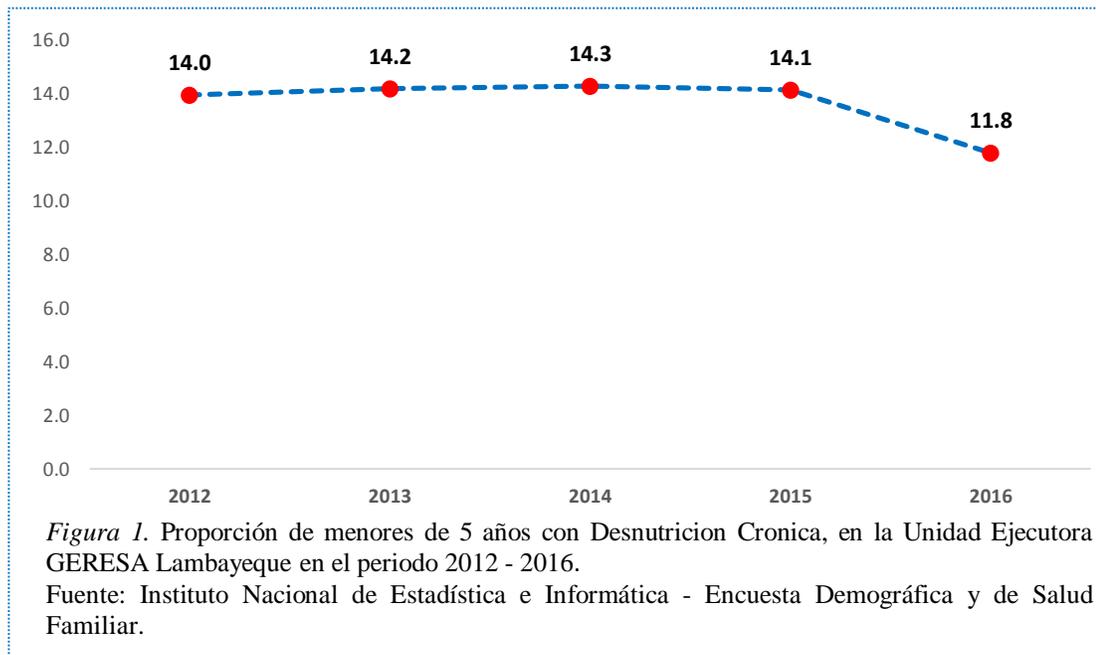
En principio de **confiabilidad** se procurará la objetividad y neutralidad de la información dejando de lado los prejuicios de las investigadoras. La información recabada es lo encontrado en la realidad y no una elaboración de la misma.

La **validez** se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Se utilizará este criterio porque permitirá medir las variables del estudio, mediante la prueba piloto y el juicio de experto.

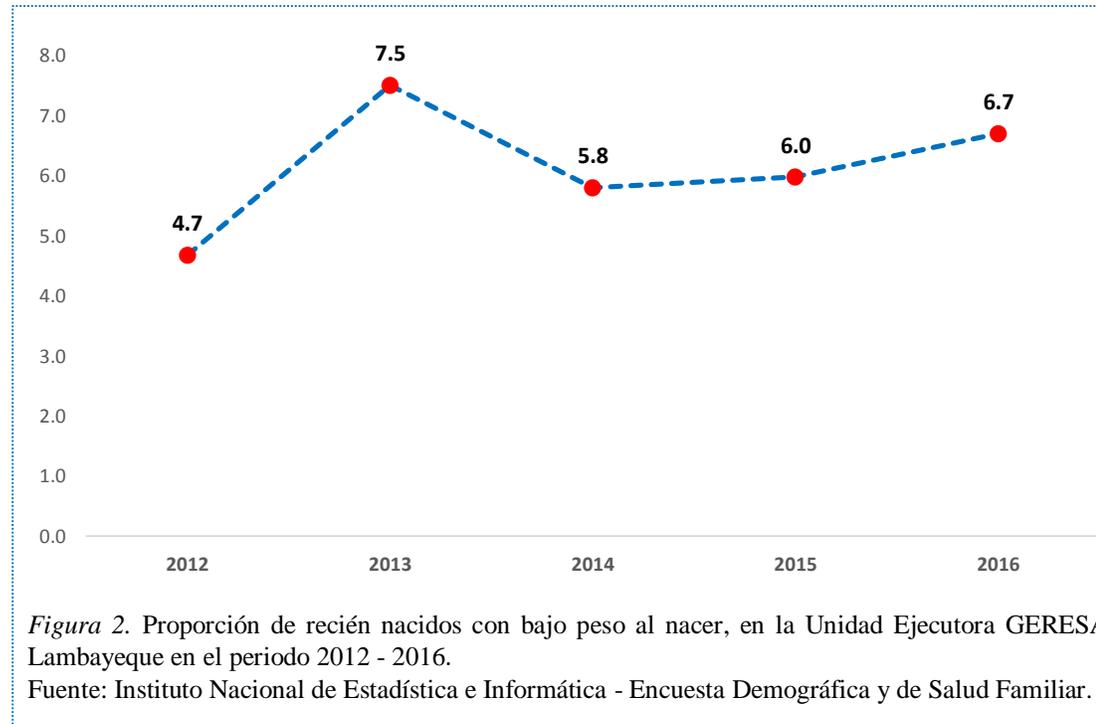
Los resultados de los **estudios no son transferibles ni aplicables a** otros contextos y/ o ámbitos de acción, criterio del cual se tiene razón plena, en tanto la naturaleza social y compleja del fenómeno estudiado. Este criterio se utilizará en la investigación, en aquellas situaciones o contextos que sean

análogos al presente estudio. Se tomará en cuenta este estudio como precedente para posteriores investigaciones, para beneficio de la ciencia y población en general, además se tomará en cuenta el derecho de autor.

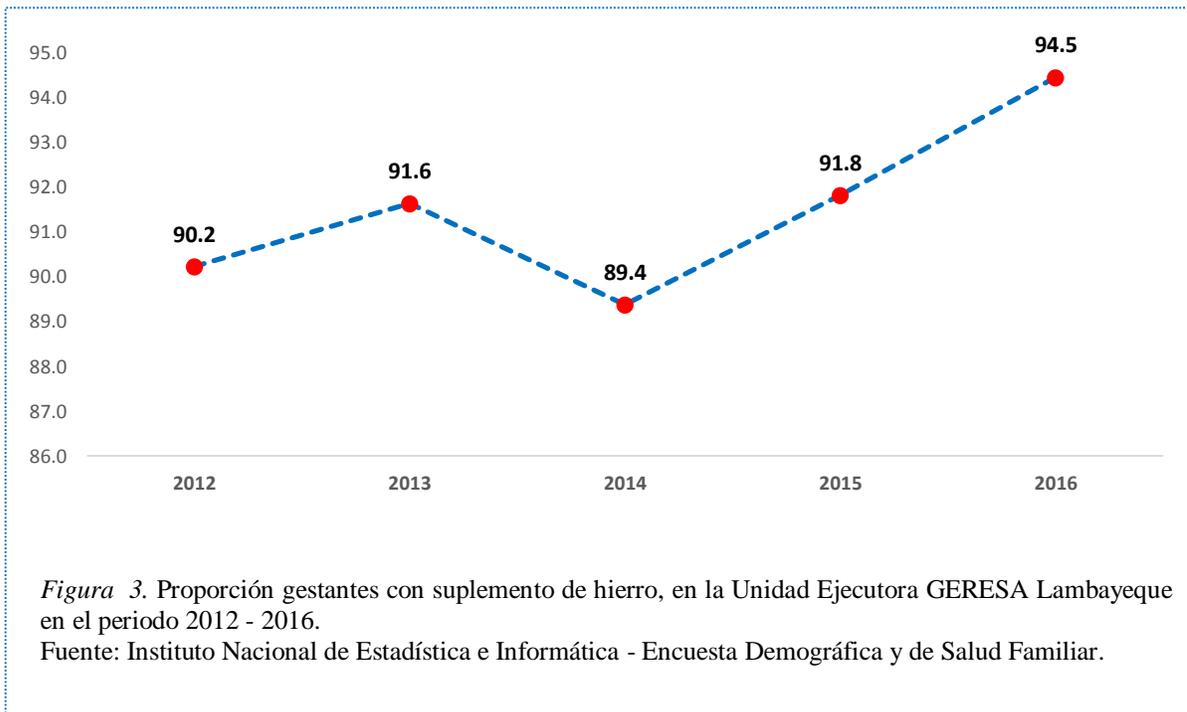
III. RESULTADOS.-



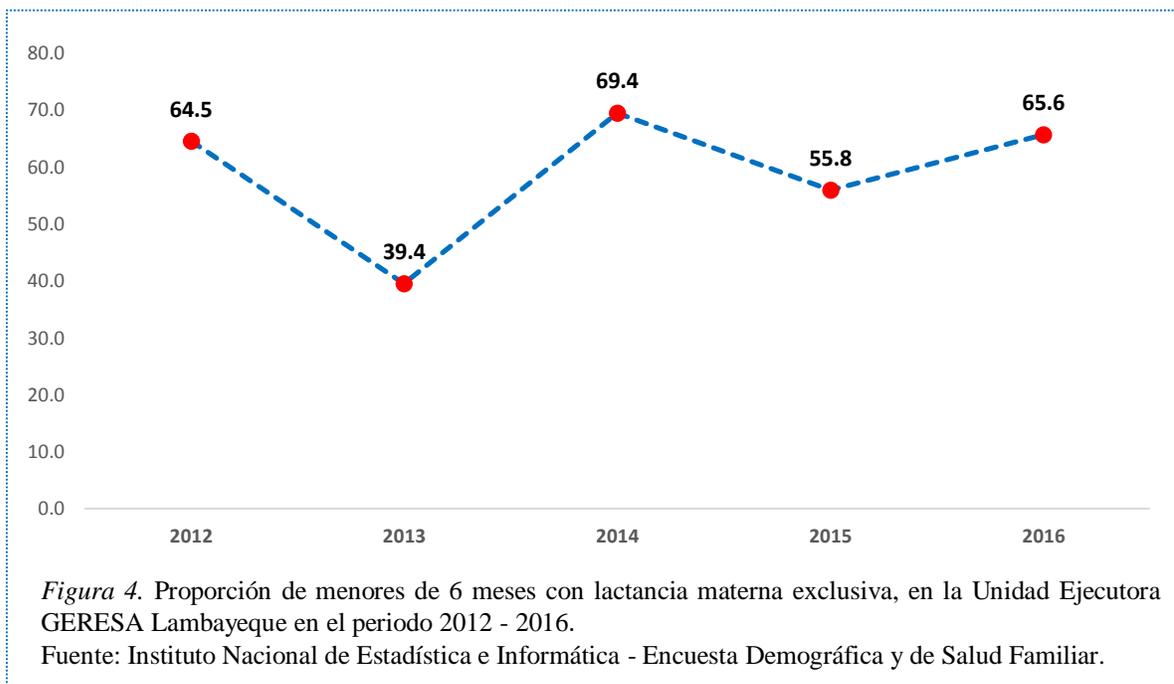
La Figura 1; nos muestra la figura que en el año 2016; que la proporción de desnutrición crónica infantil fue de 11.8 puntos porcentuales en comparación con el 2012 que fue de 14.



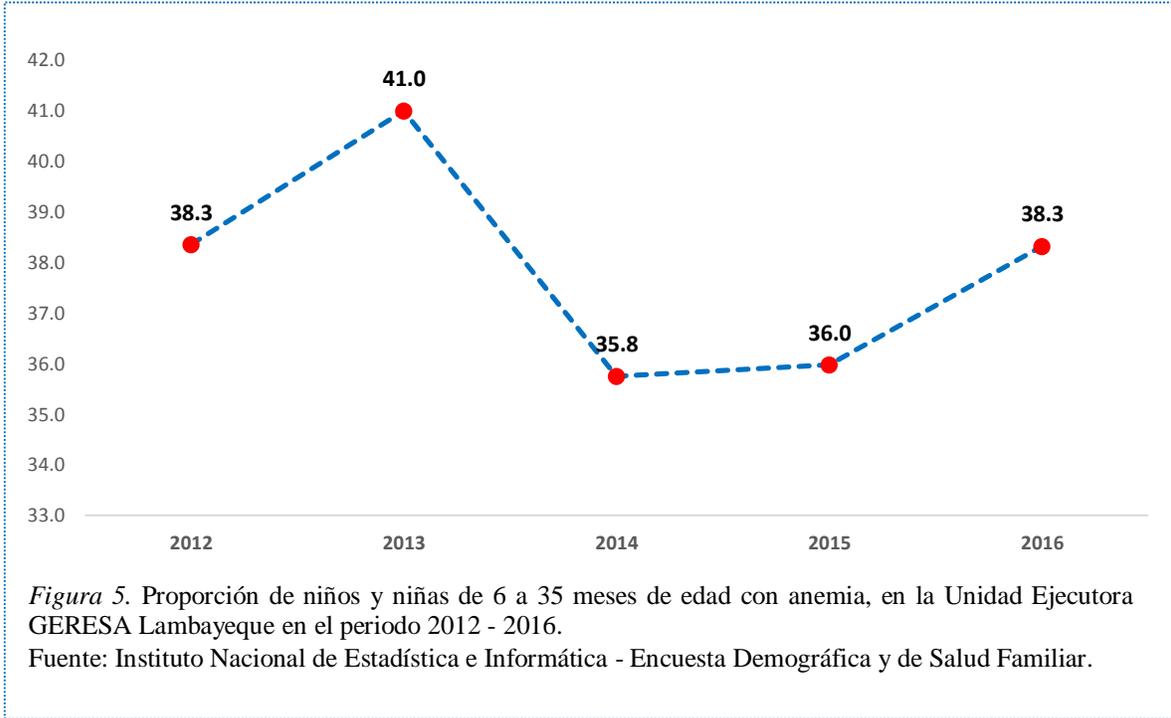
La Figura 2; nos muestra la figura que en el año 2016; que la proporción de los RN con BPN fue de 6.7 puntos porcentuales aumentado en comparación con el 2012 que fue de 4.7.



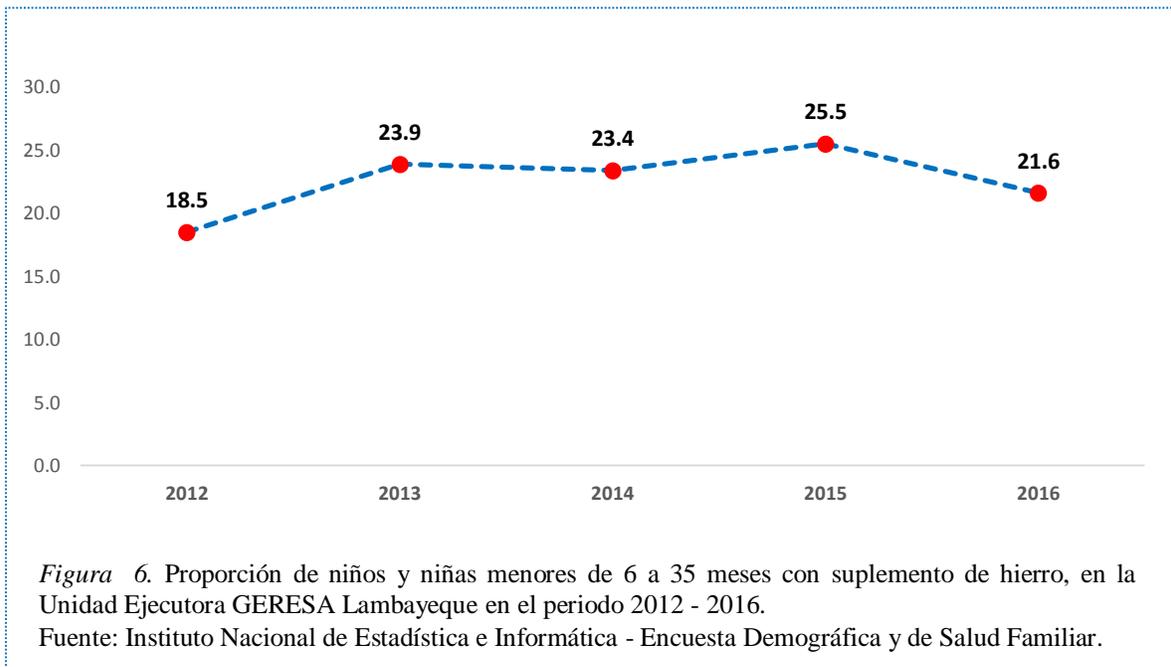
La Figura 3; nos muestra la figura que en el año 2016, que la proporción de suplementación de gestantes con hierro fue de 94.5 puntos porcentuales aumentado en comparación con el 2012 que fue de 90.2%



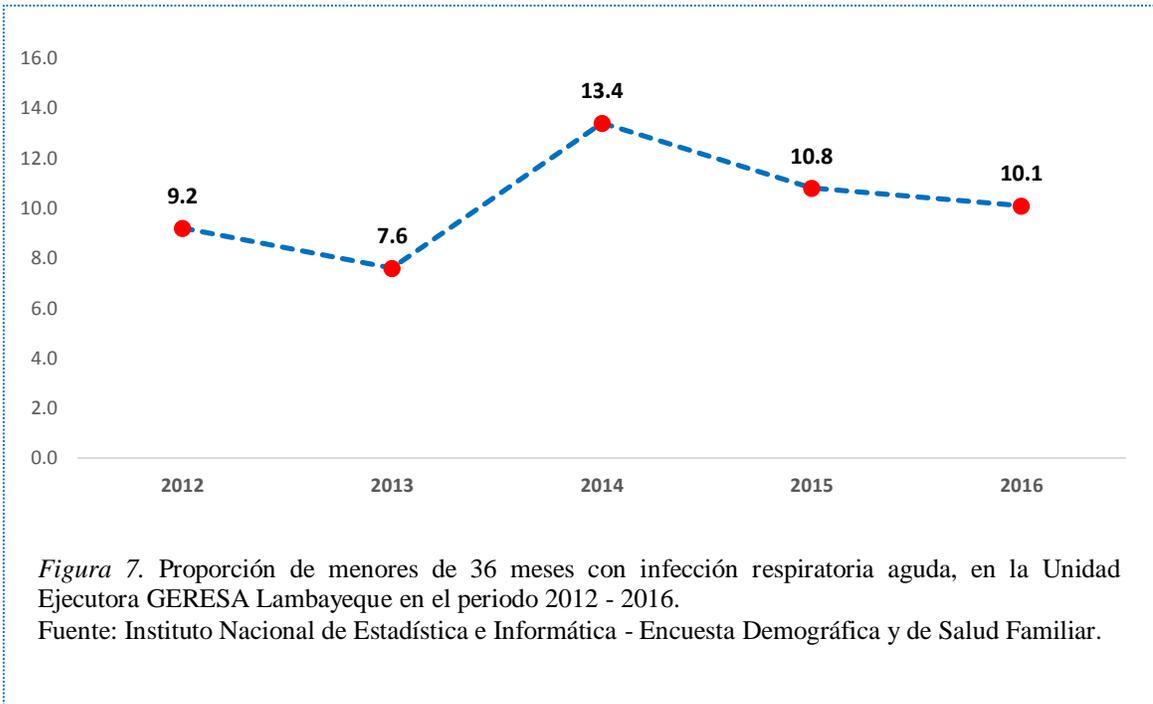
La Figura 4; nos muestra la figura que en el año 2016, que proporción de niños de 6 meses con lactancia materna fue de 65.6 puntos porcentuales aumentado en comparación con el 2012 que fue de 64.5%



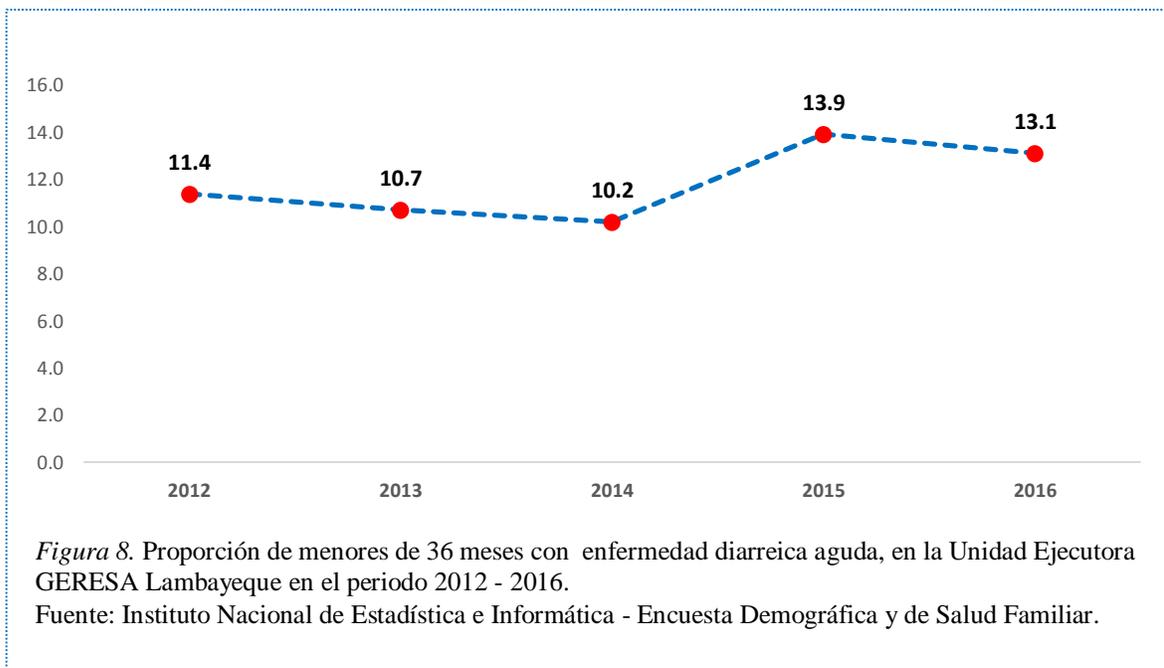
La Figura 5; nos muestra la figura que en el año 2016, que proporción de niños de 6 – 35 meses con anemia fue de 38.3 puntos porcentuales igual que en el 2012.



La Figura 6; nos muestra la figura que en el año 2016, que proporción de niños de 6 – 35 meses con suplemento hierro fue de 21.6 puntos porcentuales igual que en el 2012.



La Figura 7; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de niños menores de 36 meses con IRAS fue de 10.1 puntos porcentuales aumentando en comparación con el año 2012 que fue de 9.2.



La Figura 8; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de niños menores de 36 meses con EDAS fue de 13.1 puntos porcentuales aumentando en comparación con el año 2012 que fue de 11.4

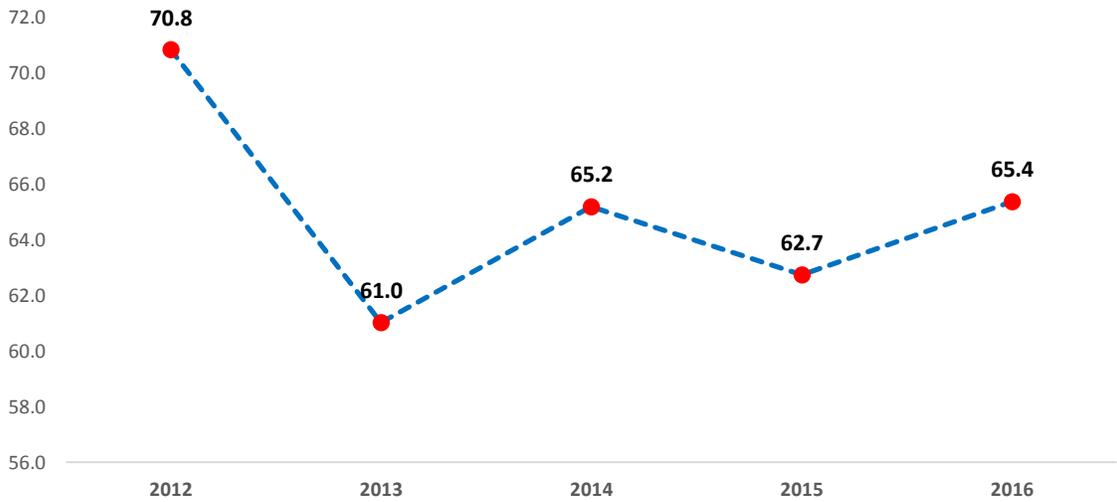


Figura 9. Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La Figura 9; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de niños menores de 36 meses con vacuna completa fue de 65.4 puntos porcentuales disminuyendo en comparación con el año 2012 que fue de 70.8

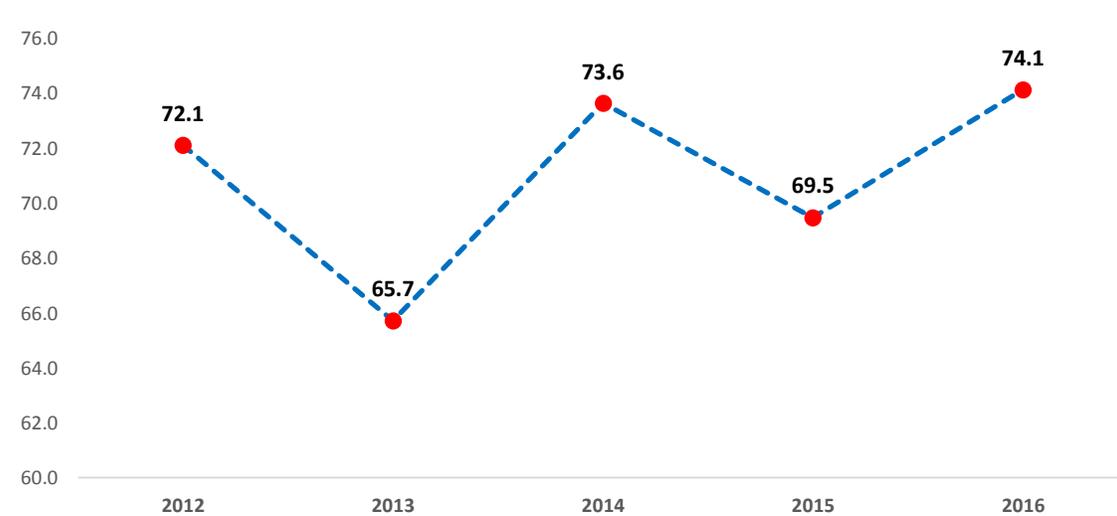
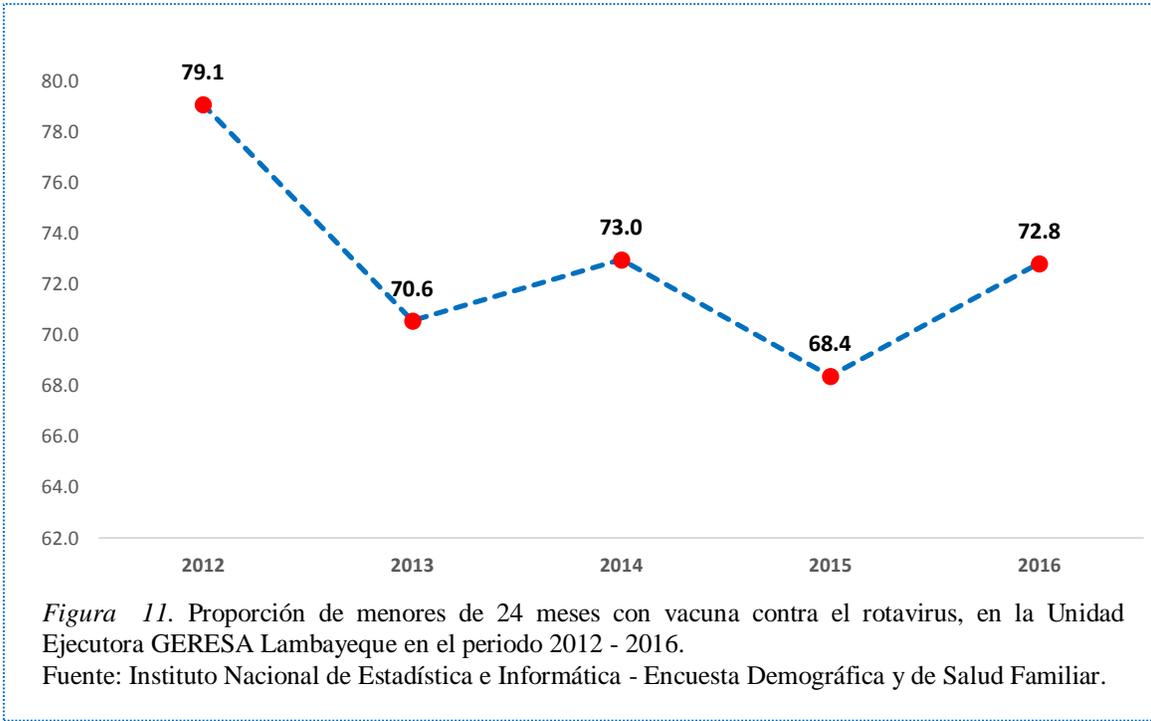


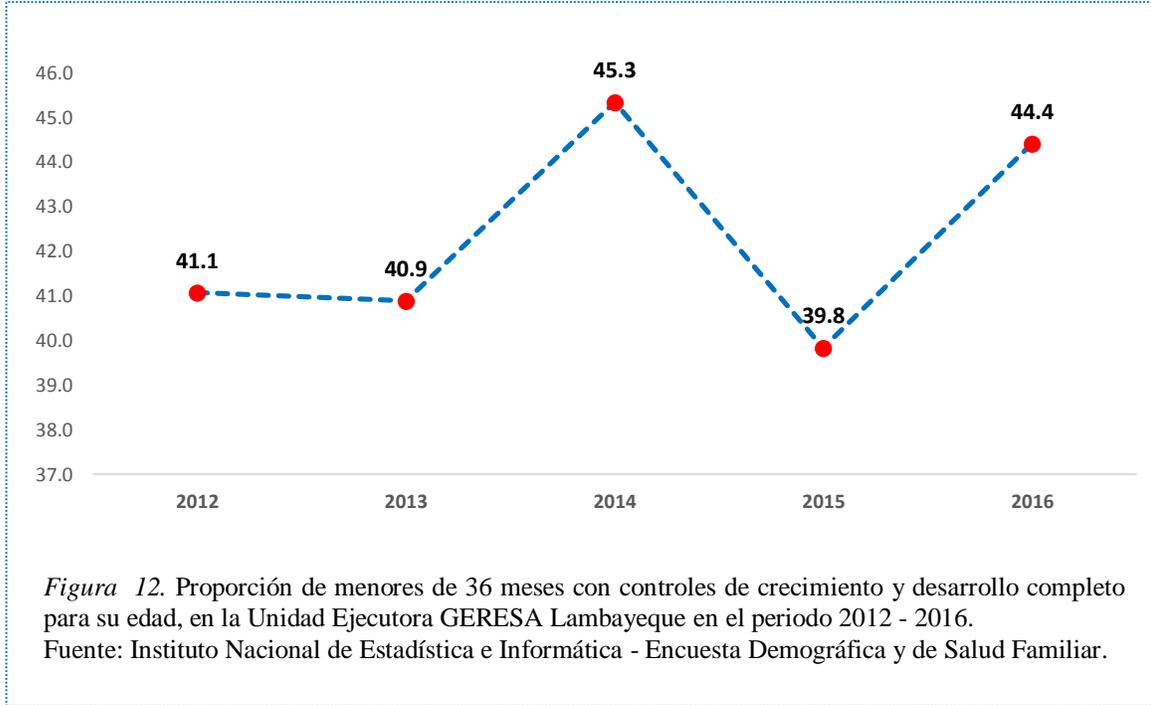
Figura 10. Proporción de menores de 24 meses con vacuna contra el neumococo, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

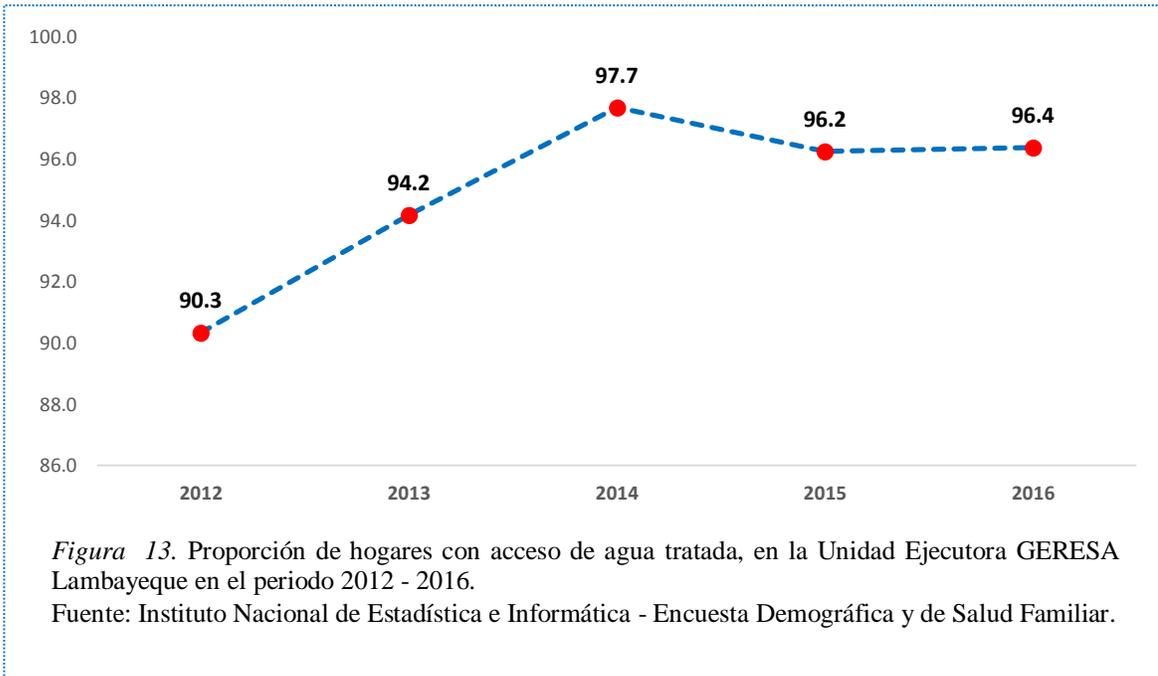
La Figura 10; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de niños menores de 24 meses con vacuna contra la neumococo fue de 74.1 puntos porcentuales aumentando en comparación con el año 2012 que fue de 72.1



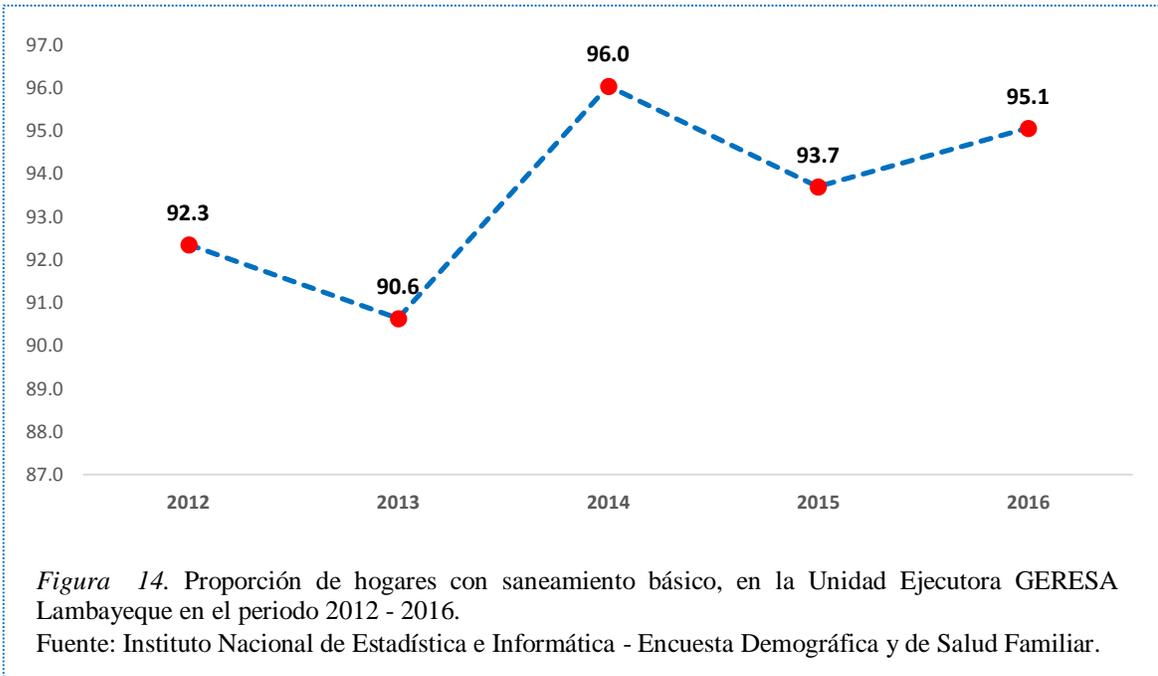
La Figura 11; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de niños menores de 24 meses con vacuna rotavirus fue de 72.8 puntos porcentuales disminuyendo en comparación con el año 2012 que fue de 79.1



La Figura 12; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de niños menores de 36 meses con CRED fue de 44.4 puntos porcentuales aumentando en comparación con el año 2012 que fue de 41.1



La Figura 13; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de hogares con agua tratada fue de 96.4 puntos porcentuales aumentando en comparación con el año 2012 que fue de 90.3.



La Figura 14; nos muestra la figura que en el año 2016, la proporción de hogares con saneamiento básico fue de 95.1 puntos porcentuales aumentando en comparación con el año 2012 que fue de 92.3.

GASTO PER CAPITA EN EL PAN:

Tabla 2:

Valor estimado en soles por persona periodo 2012 -2016

AÑOS	POBLACION < 5 AÑOS	PIM	GASTO PER CAPITA
2012	112,453	20,115,561	178.8
2013	111,044	26,689,625	240.3
2014	109,682	28,252,742	257.5
2015	108,469	26,557,005	244.8
2016	107,406	30,849,030	287.2

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - consulta Amigable - consulta ejecución de gasto

EJECUCION PRESUPUESTAL EN EL PAN:

Tabla 3:

Porcentaje de ejecución presupuestal por toda fuente de financiamiento periodo 2012 -2016

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2012			2013			2014			2015			2016		
	PIA	PIM	AVANCE %												
1: RECURSOS ORDINARIOS	11,147,984	17,176,713	95.8	13,265,985	16,493,497	98	13,423,768	19,943,446	96.5	16,115,878	19,057,223	99.7	18,874,191	24,574,933	99.7
2: RECURSOS DIRECTAMENTE	500,000	500,000	0	400,000	400,000	0	150,000	150,000	0.2	0	1,041,875	71	0	2,130,747	74.5
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	2,438,848	66.7	0	9,796,128	62.3	0	8,159,296	70.8	0	6,457,907	95.2	0	4,143,350	86.2
TOTAL DEL PROGRAMA	11,647,984	20,115,561	89.9	13,665,985	26,689,625	83.4	13,573,768	28,252,742	88.5	16,115,878	26,557,005	97.5	18,874,191	30,849,030	96.1

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - consulta Amigable - consulta ejecución de gasto

Tabla 4:

Porcentaje de ejecución presupuestal por categorías presupuestales periodo 2012 -2016

CATEGORIAS PRESUPUESTALES	2012			2013			2014			2015			2016		
	PIA	PIM	AVANCE %	PIA	PIM	AVANCE %	PIA	PIM	AVANCE %	PIA	PIM	AVANCE %	PIA	PIM	AVANCE %
0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	11,647,984	20,115,561	89.9	13,665,985	26,689,625	83.4	13,573,768	28,252,742	88.5	16,115,878	26,557,005	97.5	18,874,191	30,849,030	96.1
0002: SALUD MATERNO NEONATAL	12,041,904	18,303,081	88.2	11,984,211	20,587,357	89	9,704,108	23,564,206	89.9	16,131,208	24,768,119	94.9	17,487,374	27,357,749	97.6
0016: TBC-VIH/SIDA	7,544,185	11,820,267	87.1	9,167,190	13,715,700	91.7	8,368,003	17,753,533	97	14,363,256	17,284,547	98.8	15,304,606	16,522,936	99.2
0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS	2,797,300	6,100,070	89.9	3,972,348	5,696,010	95.1	5,006,016	7,048,087	96	5,148,647	5,728,581	97.6	5,613,647	7,681,145	95.1
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	892,154	2,498,117	77.1	1,681,111	2,822,123	83.3	3,339,109	4,268,752	95.1	4,377,655	4,745,293	99.8	4,761,655	4,956,176	99.7
0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	302,983	913,588	94.4	916,416	1,256,738	95.3	2,347,796	2,787,449	88.8	4,208,902	5,080,598	99.3	4,577,902	5,149,273	98.4
0051: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	272,732	272,732	99	583,464	585,247	99.6
0068: REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	85,000	85,000	88.9	139,250	759,670	90.9	487,418	487,418	88.5	718,048	2,003,048	87.5	387,418	504,066	68.1
0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,500	11,500	59.1	11,500	21,828	60.1
0129: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,500	6,500	100	6,500	6,500	92.3
0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,500	723,824	97	723,824	976,482	76.5
9001: ACCIONES CENTRALES	5,359,188	6,862,714	97	5,731,999	8,924,212	97.9	8,000	8,000	93.1	7,792,757	8,362,931	96.3	7,149,325	7,987,048	93.1
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTALES QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	9,255,440	16,467,032	86.1	9,410,970	16,713,652	82	7,078,440	13,820,360	93.8	15,542,415	22,569,821	96.5	16,776,905	25,856,892	84.5
TOTAL DE PROGRAMAS	49,926,138	83,165,430	88.6	56,669,480	97,165,087	87.8	20,598,106	32,114,425	89.5	84,701,998	118,114,499	96.9	92,258,311	128,454,372	94.2

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - consulta Amigable - consulta ejecución de gasto

Tabla 5: Porcentaje de ejecución presupuestal por producto del plan articulado nutricional periodo 2012 -2016

PRODUCTOS DEL PLAN ARTICULADO NUTRICIONAL	2012			2013			2014			2015			2016		
	PIA	PIM	AVANCE%												
3033248: MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION	627,795	646,948	99.7	650,068	673,068	100	436,003	452,667	100	405,051	443,211	100	450,051	492,001	99.3
3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL	307,382	384,863	97.8	419,747	568,901	99.8	454,882	979,035	95.8	1,354,639	2,189,166	99.7	2,121,006	2,090,064	99
3033254: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	1,071,980	3,446,629	93.6	1,746,531	4,417,027	90.7	2,403,510	3,489,235	99.3	3,559,206	3,755,456	99.4	3,610,880	3,725,574	99.8
3033255: NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	1,211,364	3,217,001	85.9	1,756,300	4,748,261	85.9	2,086,712	5,235,983	90.8	2,289,664	5,006,336	99.1	3,094,646	5,598,404	92.1
3033256: NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A	1,241,156	1,643,205	78.7	1,151,550	1,450,261	84.7	1,131,550	2,021,447	83.6	1,347,270	2,283,007	98	1,464,270	3,567,740	82.1
3033260: VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	485,255	665,488	90	487,459	567,110	99.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3033308: DESINFECCION Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	455,074	600,787	85.1	465,468	553,245	98.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3033311: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	506,322	1,512,210	83.7	495,451	2,917,358	65	500,131	3,100,225	80.1	1,279,331	2,533,981	99	1,351,331	1,439,055	99.9
3033312: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	634,639	810,080	71.6	642,083	849,534	62.9	376,083	1,272,226	92.1	913,724	1,316,521	99.8	979,724	1,041,674	99.8
3033313: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES	171,988	191,974	98.4	516,238	835,145	83.1	674,238	1,076,917	72.9	0	81,834	94.5	500	28,685	98.5
3033314: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	386,688	492,884	95.5	379,723	523,805	94	394,723	437,758	98.3	0	5,708	100	500	500	91
3033315: ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	174,916	194,563	100	463,387	493,387	99	377,387	393,209	100	0	0	0	0	0	0
3033317: GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO	545,298	1,353,633	82.8	557,177	1,733,647	79.4	489,177	2,426,797	74.7	704,300	2,646,648	95.3	909,300	3,567,062	99.8
3033414: ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL	1,041,746	1,160,072	99	989,112	1,106,161	93.7	688,292	1,100,475	94.9	723,178	1,366,550	92.6	795,178	958,326	99.7
3044276: MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	349,873	839,364	96.6	358,806	2,161,039	49.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL PROGRAMADO	11,647,984	20,115,561	89.9	13,665,985	26,689,625	83.4	13,573,768	28,252,742	88.5	16,115,878	26,557,005	97.5	18,874,191	30,849,030	96.1

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - consulta Amigable - consulta ejecución de gasto

CALIDAD DE GASTO POR ESPECÍFICA.-

Tabla 6:

Porcentaje de presupuesto asignado por específica de gasto en el programa articulado nutricional periodo 2012 -2016

GENERICA	2012			2013			2014			2015			2016		
	PIA	PIM	AVANCE %												
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	8,644,298	9,767,355	99.9	9,415,336	11,391,160	99.1	8,999,533	13,367,002	100	11,763,206	13,373,123	100	13,016,252	16,016,246	99.8
5-23: BIENES Y SERVICIOS	2,031,338	7,607,871	83	3,278,301	11,030,716	74	3,428,301	10,903,268	87.2	3,278,301	11,295,881	94	4,783,568	13,041,663	92.4
5-25: OTROS GASTOS	972,348	1,745,419	90.2	972,348	1,280,225	97.3	1,145,934	1,118,512	100	1,074,371	1,465,432	99.9	1,074,371	1,168,299	99.8
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	994,916	43.5	0	2,987,524	52.3	0	2,863,960	35.7	0	422,569	99	0	622,822	73.5
TOTAL PROGRAMADO	11,647,984	20,115,561	89.9	13,665,985	26,689,625	83.4	13,573,768	28,252,742	88.5	16,115,878	26,557,005	97.5	18,874,191	30,849,030	96.1

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - consulta Amigable - consulta ejecución de gasto

Tabla 7:

Genérica de gasto personal y obligaciones sociales con sus específicas de gasto del periodo 2012 – 2016.

GENÉRICA	2012			2013			2014			2015			2016		
	PIA	PIM	Avance %	PIA	PIM	Avance %	PIA	PIM	Avance %	PIA	PIM	Avance %	PIA	PIM	Avance %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	8,644,298	9,767,355	99.9	9,415,336	11,391,160	99.1	8,999,533	13,367,002	100.0	11,763,206	13,373,123	100.0	13,016,252	16,016,246	99.8
1: RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS EN EFECTIVO	30,401,304	35,667,439	99.7	8,964,730	10,695,671	99.9	8,612,407	12,792,401	100.0	11,319,666	12,941,383	100.0	12,572,712	15,527,618	99.8
1: PERSONAL ADMINISTRATIVO	3,930,467	5,687,681	98.9	1,011,408	1,168,668	100.0	356,074	561,186	100.0	0	0	0	0	0	0
1: PERSONAL ADMINISTRATIVO	1,940,159	3,934,373	100.0	1,011,408	1,168,668	100.0	356,074	561,186	100.0	0	0	0	0	0	0
2: OTRAS RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS	1,990,308	1,753,308	96.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3: PERSONAL DE LA SALUD	25,180,437	27,127,081	100.0	7,530,104	9,084,635	99.9	7,901,365	11,235,697	100.0	10,667,316	12,514,033	100.0	12,145,362	15,068,168	99.8
1: PROFESIONALES DE LA SALUD	10,548,322	10,580,154	100.0	2,688,545	4,383,377	100.0	3,441,756	5,625,635	100.0	5,905,616	6,133,855	100.0	6,016,616	7,829,953	99.9
1: PERSONAL NOMBRADO	7,994,922	8,153,391	100.0	2,207,937	3,736,770	100.0	2,761,148	4,360,939	100.0	4,274,175	4,522,414	100.0	4,385,175	6,348,512	99.9
2: PERSONAL CONTRATADO	1,592,184	1,498,716	100.0	0	0	0	0	0	0	400,000	380,000	100.0	400,000	250,000	100.0
3: PERSONAL SERUMS	961,216	928,047	99.9	480,608	646,607	99.7	680,608	1,264,696	100.0	1,231,441	1,231,441	100.0	1,231,441	1,231,441	100.0
2: NO PROFESIONALES DE LA SALUD	3,670,534	5,582,679	100.0	1,918,965	2,970,377	99.8	2,457,720	4,272,725	100.0	3,942,378	3,942,378	100.0	3,992,368	3,982,444	100.0
1: PERSONAL NOMBRADO	3,670,534	5,555,187	100.0	1,918,965	2,970,377	99.8	2,457,720	4,272,725	100.0	3,817,378	3,817,378	100.0	3,867,368	3,857,444	100.0
2: PERSONAL CONTRATADO	0	27,492	100.0	0	0	0	0	0	0	125,000	125,000	100.0	125,000	125,000	99.9
3: OTRAS RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS	10,961,581	10,964,248	100.0	2,922,594	1,730,881	100.0	2,001,889	1,337,337	100.0	819,322	2,437,800	99.9	2,136,378	3,255,771	99.0
1: GUARDIAS HOSPITALARIAS	3,164,655	2,980,352	100.0	261,801	362,641	100.0	715,309	1,050,413	100.0	819,322	819,322	100.0	994,404	1,001,341	100.0
2: ASIGNACION EXTRAORDINARIA POR TRABAJO ASISTENCIAL	7,796,926	7,983,896	100.0	2,660,793	1,368,240	100.0	1,286,580	0	0.0	0	1,618,478	99.8	1,141,974	2,254,430	98.6
9: GASTOS VARIABLES Y OCASIONALES	1,290,400	2,852,677	98.5	423,218	442,368	100.0	354,968	995,518	100.0	652,350	427,350	100.0	427,350	459,450	100.0
1: ESCOLARIDAD, AGUINALDOS Y GRATIFICACIONES	1,276,000	1,249,550	100.0	423,218	418,768	100.0	354,968	728,768	100.0	427,350	427,350	100.0	427,350	459,450	100.0
2: COMPENSACION POR TIEMPO DE SERVICIOS	6,400	12,929	100.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3: OTROS GASTOS VARIABLES Y OCASIONALES	8,000	1,590,198	97.3	0	23,600	100.0	0	266,750	100.0	225,000	0	0.0	0	0	0
2: OTRAS RETRIBUCIONES	190,000	190,000	100.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1: RETRIBUCIONES EN BIENES O SERVICIOS	190,000	190,000	100.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3: CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL	1,484,972	1,731,000	94.8	450,606	695,489	86.8	387,126	574,601	99.7	443,540	431,740	100.0	443,540	488,628	100.0
1: OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR	1,484,972	1,731,000	94.8	450,606	695,489	86.8	387,126	574,601	99.7	443,540	431,740	100.0	443,540	488,628	100.0

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - consulta Amigable - consulta ejecución de gasto

IV. DISCUSIÓN.-

Proporción de menores de 5 años con Desnutrición Crónica, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 – 2016; podemos observar que la disminución más significativa se tuvo en el último año alcanzando una prevalencia de 11.8%, habiéndose reducido 2.3. puntos porcentuales en relación con el año 2015. Mientras que a nivel nacional en el último año fue del 12. 3% con una disminución porcentual de 2.1 con referencia al año 2015. Esto significa que el resultado alcanzado en la región Lambayeque está por debajo del promedio nacional, es decir implica que se está logrando disminuir en el segmento de menores de 5 años la desnutrición crónica. Por el contrario existen varias regiones del país que han logrado un mayor índice de DCI son las de Huancavelica (33.4%), Cajamarca (26.0%), Pasco (24.8%), Ucayali (24.8%), Loreto (23.6%), y Apurímac (20.0%).

En el estudio realizado por (K.V. Lafuente Y.S. Rodriguez, 2016) refiere lo siguiente acerca de la desnutrición a nivel mundial:

Se estima que en el mundo 178 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica (baja talla para la edad) que ha ocasionado 35% (3,5 millones) de muertes en ese grupo de edad 5, es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, es uno de los problemas más apremiantes en la población infantil en Bolivia.

Las condiciones sociales, políticas, económicas no han permitido erradicar este flagelo y actualmente es una de las prioridades para el sistema de salud. Aproximadamente dos millones de bolivianos y bolivianas, el 26% de la población del país, sufren hambre o no pueden satisfacer sus necesidades alimentarias básicas, (Fondo de la organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura). Bolivia registra una tasa “moderadamente alta” de desnutridos, señala el Mapa del Hambre 2011 del Programa mundial de alimentos.

El mismo autor nos (K.V. Lafuente Y.S. Rodriguez, 2016) nos menciona:

En la cuarta categoría clasifican los países con desnutrición moderadamente alta (del 20 al 34%), entre ellos Bolivia, Belice, República Dominicana y Guatemala. 7,8; En Bolivia el total de niños con desnutrición crónica asciende al 27% y de ellos el 8% sufren desnutrición crónica severa. La prevalencia más alta de desnutrición crónica se encuentra en el altiplano (32%), en los valles (30%) y en los llanos (18%) 9. Según la UNICEF, la mortalidad infantil en los niños menores de 5 años en Bolivia alcanza el puesto número 57 a nivel mundial y en América Latina, el segundo después de Haití, que ocupa el primer lugar.

Según el sistema de información nutricional del menor de 5 años (SIEN) del área de estadística de GERESA Lambayeque; menciona que en el año 2012 se obtuvo el 19.6 % de niños menores de 5 años con desnutrición mientras que en el 2016 disminuyó en 2 puntos porcentuales (17.6%). Asimismo nos da conocer que los distritos con mayor proporción de desnutrición crónica en la región son Inkawasi con 56.9% mientras que Cañarís con 47.7% en el año 2016. Ambos disminuyendo su proporción de niños con desnutrición crónica con referencia al año 2012 que en el primero era 61.1% y en el segundo 54.5% respectivamente.

Frente a lo mencionado podemos decir que el MINSA para reducir la desnutrición crónica infantil dentro de su plan de trabajo tiene diversas intervenciones efectivas enmarcadas en el objetivo central tal y como menciona el (MINSA, 2014): Incrementar la proporción de niños menores de 3 años con control de crecimiento y desarrollo (CRED) oportuno, de acuerdo a edad, y suplementados con hierro (multimicronutrientes), incrementar la proporción de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva, incrementar la proporción de niños menores de 3 años con vacunas completas de acuerdo a la edad, disminuir la prevalencia de niños con bajo peso al nacer, disminuir las enfermedades prevalentes de la infancia:

infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, incrementar la calidad de la atención prenatal y el parto institucional e Incrementar el número de hogares con agua tratada.

Al igual la (UNICEF, 2013) señala que para acelerar la reducción de la desnutrición tenemos que incrementar la cobertura del control prenatal y control CRED de calidad, fortalecer la estrategias comunitarias y de comunicación a padres y cuidadores, fomento de la lactancia materna exclusiva, suplementación con hierro y micronutrientes, etc.

La proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 – 2016; podemos evidenciar que el último año evaluado la proporción de niños nacidos con bajo peso al nacer aumento en 0.7 puntos porcentuales en el 2016 (6.7 %) en comparación con el 2015(6.0%). A nivel nacional la proporción de RN con bajo peso es 7.0%, la región de nuestro con más incidencia de RN con bajo peso al nacer es Loreto (10.9%), Ucayali (9.6%), Pasco (9.4%) y Cajamarca (9.1%).

Para (Nora Velázquez Quintana, 2003), hace referencia a lo siguiente:

El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año, particularmente en el período neonatal. Cerca de 90% de los nacimientos de productos con bajo peso ocurren en países en vías de desarrollo para una prevalencia global de 19%. En los países del sur asiático, el BPN alcanza hasta 50%, en comparación con América Latina donde ocurre en aproximadamente 11%, mientras que para los países desarrollados se ha considerado por debajo de 6%.

Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer (Baños, 2012) nos refiere:

Existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra

aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso.

Dentro las intervenciones en salud que señala el MINSA (2014) para disminuir el bajo peso al nacer tenemos: disminuir la incidencia de embarazos adolescentes, promover el buen estado de salud nutricional de la gestante a través de la suplementación, detectar precozmente los factores de riesgo o problemas durante el embarazo a través de los controles prenatales, etc.

La proporción gestantes con suplemento de hierro, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. Tenemos una cobertura regional del 94.5% en último año de evaluación, en suplementación de hierro en las gestantes; mientras que a nivel nacional alcanzamos el 93.1% de cobertura. Vemos un aumento notorio de la suplementación en este grupo de madres gestantes partiendo desde el 2012 no solo en todas las regiones del Perú.

En Cuba la anemia por deficiencia de hierro es el más frecuente problema nutricional en y afecta en la actualidad a alrededor del 40 % de las embarazadas. En este país se ha estimado que menos de un 4 % de las gestantes que presentan esta enfermedad la presentan en forma grave, mientras que en más de las dos terceras partes de las embarazadas anémicas el 66,5 %, se presenta como leve. Además se pudo identificar que sus causas son: el factor alimentario, pues el aporte de hierro de la dieta de la población es insuficiente tanto en cantidad como en calidad.

Según la (UNICEF, 2013) señala que más de 40% de las embarazadas del mundo sufren anemia. Al menos la mitad de esta carga de anemia se atribuye en principio a la carencia de hierro. Por ello las embarazadas deberán consumir cantidades extra de hierro y ácido fólico para satisfacer sus propias necesidades y además las del feto en crecimiento. Se conoce que la carencia de hierro y de ácido fólico durante el

embarazo puede afectar negativamente a la salud de la madre, a la gestación y al desarrollo del feto.

En nuestro país la norma técnica de la estrategia de salud materna MINSA (2012) señala que una de las intervenciones es que las gestantes deberán recibir suplementos de hierro en dosis terapéutica durante 6 meses para tratar la anemia y para fortalecer las reservas de hierro en el organismo.

La proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. En nuestra región durante el año 2016 fue de 65.6%, mientras que en el 2015 fue 55.8% habiendo un aumento 9.8 puntos porcentuales. Cabe resaltar también que la proporción de LME era de 65.2% en el 2015, y aumento a 69.8% en el 2016. Para la Organización Mundial de la Salud; a nivel mundial se sabe menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Cabe señalar que un asesoramiento y apoyo adecuado en materia de lactancia materna es esencial para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento.

Además promover activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños. Los muchos beneficios asociados a esa práctica, se muestra que apoyando enérgicamente a las madres es posible aumentar la lactancia materna en todo el mundo. Entre los factores que limitarían en la actualidad la lactancia materna exclusiva serían la regulación de la comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna, aumento de los partos por cesárea y el aumento de la participación de la mujer en la actividad laboral.

La proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con anemia, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. En nuestro país la anemia constituye un problema de salud pública grave, dada su elevada prevalencia

de 43.6% entre los niños de 6 a 35 meses en el 2016, y casi 6 de cada 10 niños, entre las edades de 6 y 12 meses, se encuentran con anemia 59.3%. Es así como se tiene una estimación que hay 620 mil niños anémicos a nivel nacional y su incidencia, durante sus primeros años de vida y la etapa posterior, está relacionada con desnutrición infantil.

En nuestra región la proporción de niños menores de 36 meses con anemia es 38.3% en 2016. Los departamentos con mayor número de niños con anemia: Puno, Junín, Piura, Cuzo y Loreto con más de 35 mil niños afectados con este mal.

Según el sistema de información nutricional del menor de 5 años (SIEN) del área de estadística de GERESA Lambayeque; menciona que en el año 2012 se obtuvo el 39.6 % de niños menores de 5 años con anemia mientras que en el 2016 aumento en 9.2 puntos porcentuales (48.8%). Asimismo nos da conocer que los distritos con mayor proporción de niños con anemia en la región son Inkawasi con 73.6 % mientras que Cañarís con 82.4 % en el año 2016. Ambos aumentando su proporción de niños con anemia con referencia al año 2012 que en el primero era 35.4 % y en el segundo 15.6 % respectivamente.

A nivel mundial, se estima que la deficiencia de hierro, es la más frecuente en anemia. Es así que tenemos muchos países con Reino Unido, Alemania y Finlandia tienen niveles de anemia en orden del 13% al 14% en niños de 6 a 59 meses. Entre las innumerables consecuencias que causa la anemia son: el aumento del bajo peso al nacer, afección al desarrollo psicomotor, reducción de la capacidad intelectual y física; y el deterioro del estado físico.

Ante esto es de clara necesidad asegurar el fomentar una buena alimentación con consumo adecuado de hierro y micronutrientes y una buena salud, desde la gestación y durante los primeros 24 meses.

La proporción de niños y niñas menores de 6 a 35 meses con suplemento de hierro, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. En nuestra región la cantidad de niños suplementados en el 2016 fue de 21.6%, descendiendo

en comparación con el año 2015 que fue de 25.5%; mientras que a nivel regional se tuvo una proporción del 29.2%. Siendo Lambayeque una de las regiones con baja cobertura al igual que Madre de Dios (21.5%), Puno (21.5%) y Ucayali (22.3%) durante el año 2016.

El 90% de los niños no alcanza a consumir los niveles recomendados de hierro. Así mismo también se demuestra que la dieta es deficiente en zinc, calcio, niacina y energía en estos niños. Se sabe que la administración de suplementos de hierro es una medida que ayuda a reforzar el consumo de hierro en la población vulnerable. La situación del consumo de estos productos es aun limitada. Se ha estimado que un total de 29.2% de niños que recibieron en los últimos 7 días suplementos de hierro o micronutrientes (21.9% micronutrientes, 5.8% jarabe de sulfato ferroso y 3.4% en gotas de sulfato ferroso) en el 2016 a nivel nacional.

La proporción de menores de 36 meses con infección respiratoria aguda, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. Las IRAS originan mayor consulta en los servicios de salud y son las que ocasionan mayor morbilidad en niños menores de 36 meses en nuestra región esta enfermedad ha disminuido significativamente 10.1% en el 2016 mientras que en el 2014 y 2015 teníamos una proporción del 13,4% y 10.8% respectivamente. A nivel nacional tenemos una proporción del 16.9% en el 2016. Dentro las regiones del país con mayor proporción de IRAS tenemos: Loreto (22.5%), Ancash (21.6%), Ayacucho (18.8%), San Martín (19.0%) y Ucayali (18.8%). Es cierto que existe una tendencia a la disminución de las Infecciones Respiratorias Agudas a nivel nacional y regional, existe la necesidad de conocer los factores asociados a ella para continuar impulsando las acciones que reduzcan su proporción y más aun sus formas graves de presentación que, a su vez, permitan romper el círculo vicioso entre la DCI y la enfermedad propiamente.

La proporción de menores de 36 meses con enfermedad diarreica aguda, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. La Enfermedad

Diarreica Aguda está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente de la madre y saneamiento inadecuado.

A nivel regional la proporción de niños menores de 36 meses con EDA es el 13.1% en el 2016 observándose una ligera disminución con referente al 2015(13.9%). A nivel nacional en el último periodo fue de 15.0%, podemos señalar además que las regiones con mayor índice de enfermedades diarreicas agudas son: Ayacucho (24.7%) Loreto (20.3%) y Arequipa (20.0%).

Considerando que la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda que reportan las niñas y niños después de los seis meses de edad, justo cuando comienza el periodo de alimentación complementaria, conlleva a la pérdida de hierro y zinc (micronutrientes esenciales para el desarrollo y la maduración del menor de 24 meses), es importante agotar todos los recursos que ayuden a contribuir con su reducción, ya que los niños con tres o más episodios de EDA por año presentan riesgo de tres veces de desnutrición aguda y dos veces más riesgo de desnutrición crónica.

La proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.

Las inmunizaciones previenen cerca de tres millones de muertes infantiles cada año. A pesar de haber una cobertura global de inmunización del 80%, es un reto llegar a la cobertura universal además que el número de muertes causadas por enfermedades prevenibles por medio de vacunas aún es elevado en el mundo. Cuando hablamos de vacuna básica completa en niños menores de 36 meses comprende Vacuna BCG, tres dosis de DPT, tres dosis contra la poliomielitis, y 1 dosis contra la SPR. A nivel nacional tenemos una proporción de 71.4 en menores de 36 meses con vacuna completa en el 2016, porcentaje que viene aumentando desde el 2013 donde obtuvo una cobertura del 66,1%. En el plano regional en 2016 se obtuvo una proporción del 65.4% niños menores 36 meses que recibieron

vacunación completa, en comparación con el año 2015 donde fue de 62.7% mostrando un aumento considerable.

Cabe resaltar que las regiones con menor proporción de vacunación en este grupo de edad se encuentra: Loreto (60.3%), Ucayali (59.8%) y La libertad (58.7%). Como podemos observar aun no nos encontramos en una cobertura optima de vacunación como región del 90% y esto debido a algunas factores como: la prestación del servicio se focaliza en la oferta con débil promoción de la demanda, la falta de un apoyo político amplio a la estrategia de inmunizaciones, dificultades orgánicas para la articulación de las acciones, la insuficiente asignación de recursos a la estrategia de inmunizaciones para una labor más integral, poca prioridad y débil gestión en el gobierno regional para la vacunación infantil y fuerte debilidad en el seguimiento y la evaluación.

Algunas intervenciones que podríamos tomar en cuenta para mejorar esta situación: Establecer como prioridad regional el logro de las adecuadas coberturas de vacunación a los menores de tres años, convocar a una movilización regional para lograr sensibilización de la vacunación infantil y establecer medidas inmediatas para garantizar que en este año la ejecución oportuna de la vacunación completa a los menores de un año en todo la región.

La proporción de menores de 24 meses con vacuna contra el neumococo, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. La vacuna contra el neumococo previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías, esta vacuna se encuentra incluida en el esquema nacional de vacunación para ser aplicada a los 2meses, 4meses y 1 año de edad. A nivel nacional la proporción de niños menores de 24 meses vacunados se incrementó de 72.0% en el 2012 a 79.5% en el 2016. En nuestra región en los mismo años de 72.1% en el 2012 a 74.1% en el 2016. Las Regiones que en el 2016 así mismo que alcanzaron las más altas coberturas fueron: Huánuco (89.4%), San Martín (85.5%), Cuzco (85.5%) y Apurímac (85.3%).

La proporción de menores de 24 meses con vacuna contra el rotavirus, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. La vacuna contra el rotavirus que previene la presentación de diarreas severas causadas por el virus del mismo nombre. Se administra a los 2 meses (1 dosis) y 7 meses 29 días (2 dosis) esto quiere decir que son dosis que se deben aplicar al niño menor de 1 año. Esta vacuna su forma de presentación es oral. A nivel nacional tenemos una cobertura del 78.2% en el 2016 en comparación con el año 2012 donde la cobertura fue del 74.7%. En el ámbito regional en el 2013 tuvimos una cobertura del 70.6% y en el 2016 obtuvimos el 72.8%. Las regiones con mayor cobertura tenemos en el 2016: Ancash (87.1%), Huánuco (86.4%) y Apurímac (85.0%).

La proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. Los controles de crecimiento y desarrollo como actividad periódica y sistemática te ofrecen la oportunidad de detectar los cambios y riesgos del crecimiento y estado de salud del niño. Con el objetivo de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento y, de esta forma, reducimos la severidad y duración de la alteración, evitamos secuelas, disminuimos la incapacidad y prevenimos la muerte. Además de esto los controles son un espacio importante para incorporar y reforzar en las familias, las prácticas claves para mejorar el cuidado infantil como: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y la suplementación con hierro (multimicronutrientes).

A nivel nacional en 2012 de tener una proporción de CRED en niños menores de 36 meses de 50.8% al 2016 con 58.2%. Mientras que a nivel regional en el 2012 tenemos una cobertura 50.8% pasamos a tener en el 2016 una cobertura de 44.4%, además las regiones al interior del país con mayor proporción de niños con CRED en esta edad son: Huancavelica (76.9%), Huánuco (74.0%) y Pasco (72.7%). siendo

dicho incremento relevante, pero que aún requieren de un mayor incremento de su cobertura, pero sobre todo, de la calidad de la prestación.

La proporción de hogares con acceso de agua tratada, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. Se refiere al porcentaje de hogares que tienen acceso a agua tratada; entendiéndose como tal, al agua que proviene de la red pública o de aquella que no proviene de la red pública pero que le dan tratamiento al agua antes de beberla: cuando la hierven, la clorifican, la desinfectan solamente o consumen agua embotellada. A nivel nacional tenemos que en el 2012 se tenía una proporción de hogares al 93.9% mientras que en el 2016 se obtuvo el 96.1% de hogares con agua tratada. A nivel regional en el mismo periodo de tiempo se obtuvo el 90.3% en el 2012 y un 96.4% en el 2016. Las regiones con mayor porcentaje de viviendas con agua tratada son: Lima, Huancavelica, Arequipa, Apurímac y Cuzco teniendo coberturas mayores al 99%.

La proporción de hogares con saneamiento básico, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016. Abarca los hogares tienen saneamiento básico cuando tienen servicio higiénico conectado a red pública dentro o fuera de la vivienda, letrina ventilada, pozo séptico o pozo ciego o negro. A nivel nacional se puede apreciar que desde el año 2012 que se obtuvo el 88.3% de hogares con saneamiento básico con aumento significativo al año 2016 del 92.2%. En el mismo periodo de tiempo a nivel regional se obtuvo en el 2012 el 92.3% de hogares con saneamiento básico y hacia el 2016 el 95.1%. Teniendo las regiones con mayor población con acceso al saneamiento básico: Ica, Tacna y Lima con coberturas mayores al 96%.

Por otro lado la evaluación de la Gestión presupuestal de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque nos muestra lo siguiente:

El valor estimado en soles por persona a través del Gasto per cápita del acuerdo al PIM del año 2012 que fue s/ 20, 115,561 fue de s/178.8 por niño menor de 5 años mientras que en año 2016 con un PIM de s/ 30,849,030 fue de s/ 287.2 por niño.

Esto significa que el presupuesto a nivel del PAN se ha incrementado en el año 2016.

El porcentaje de ejecución presupuestal por toda fuente de financiamiento por años en el periodo 2012-2016. Se puede señalar en el año 2012 que la suma del PIM de las fuentes de financiamiento: recursos ordinarios, recursos directamente recaudados y donaciones y transferencias se tuvo un total de ingreso s/ 20,115,561 con un avance de ejecución del 89.9%. Mientras que en el año 2016 el PIM de las fuentes de financiamiento (recursos ordinarios, recursos directamente recaudados y donaciones y transferencias) se tuvo un aumento del mismo a s/ 30,849,030 obteniéndose un porcentaje de ejecución del 96.1%.

El porcentaje de ejecución presupuestal por categorías presupuestales en el periodo 2012 -2016. Se puede determinar que en el primer año de análisis el Programa Articulado Nutricional fue el programa presupuestal de mayor presupuesto institucional con monto de s/ 20, 115,561 y un porcentaje de ejecución del 89.9%; mientras que el Programa con más bajo presupuesto fue el de Enfermedades No transmisibles con un monto de s/ 2,498, 117, con un porcentaje de ejecución del 77.1%. En el año 2016 el mismo programa articulado nutricional tuvo un presupuesto institucional de s/ 30,849, 030 y un porcentaje de ejecución del 96.1%, y el programa con más bajo presupuesto en ese año es el programa de enfermedades metaxenicas y zoonoticas con una asignación de s/ 7, 681,145 y una ejecución del 95.1%

El porcentaje de ejecución presupuestal por producto del Programa Articulado Nutricional según fuente de financiamiento en el periodo 2012 -2016. Podemos señalar lo siguiente: en el año 2012 de un PIM de s/ 20, 115,561, el producto del programa con mayor asignación fue el “niño con vacuna completa” con un asignación de s/ 3,446,629 logrando una ejecución del 93.6%, mientras que el producto de menor asignación presupuestal es el de atención a enfermedades prevalentes con un monto del s/194,563, con una ejecución del 100%. Mientras que en el año 2016, el producto de mayor asignación fue el de niño con control CRED completo con una

asignación de s/ 5,598, 404 y una ejecución del 92.1%; mientras el producto de más baja asignación fue el de atención de enfermedades diarreicas con s/ 500.00, con una ejecución del 91%.

Porcentaje de presupuesto asignado por específica de gasto en el PAN según fuentes de financiamiento durante el período 2012 -2016. En el año 2012 tenemos que el monto es asignado mediante los siguientes rubros: personal y obligaciones sociales, bienes y servicios, otros gastos, y la adquisición de activos no financieros con un total programado del s/ 20,115, 561, asignándose un mayor presupuesto al rubro de Personal S/ 9, 767,355 con una ejecución del 99.9%. Con referente al año 2016 con un presupuesto asignado de s/ 30, 849,030 más que el primer año de evaluación el rubro de personal tuvo una asignación de s/ 16,016, 246, con una ejecución del 99.8%; mientras que el rubro de bienes y servicios en el mismo año tuvo asignado S/ 13, 041,663, ejecutándose el 92.4%.

Se ha señalado que la desnutrición crónica en menores de 5 años en nuestra región, en el último año de evaluación muestra una disminución de 2 puntos porcentuales en el periodo 2015-2016, al igual que en los últimos 5 años. Cabe también mencionar que las intervenciones o indicadores con mayor variación que ha logrado la disminución de esta enfermedad durante este periodo son:

La proporción de gestantes con suplemento de hierro en el último año su aumento fue de 2.6 puntos porcentuales(2015- 2016); mientras que en el periodo de estudio fue de 4 puntos porcentuales(2012- 2016), la proporción de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva su aumento fue de 9.8 puntos porcentuales(2015- 2016), la proporción de menores de 24 meses con vacuna rotavirus su aumento fue 4.4 puntos porcentuales(2015- 2016), la proporción de menores de 24 meses con vacuna neumococo su aumento fue 4.6 puntos porcentuales(215- 2016) mientras que en el periodo de estudio fue de 2 puntos porcentuales(2012- 2016); también tenemos la proporción de hogares con agua tratada en el periodo de evaluación aumento en 6 puntos porcentuales, mientras la

proporción de hogares con saneamiento básico su aumento fue 3 puntos porcentuales durante el 2012 al 2016.

También se puede señalar que el indicador o intervención que muestra una disminución sustancial durante todo el periodo de evaluación es la proporción de niñas y niños menores de 36 meses con suplemento de hierro con una disminución 3 puntos porcentuales en el último año (2013 -2016).

V. CONCLUSION.-

- El programa articulado nutricional en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque, tiene un impacto positivo en la disminución de la desnutrición crónica debido a que los resultados nos muestran que la proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica fue de 11.8 % en el 2016, observándose una disminución de 2 puntos porcentuales en comparación con el año 2012 en donde la proporción fue de 14.0% en la población de la misma edad.
- El bajo peso al nacer como factor de riesgo para desnutrición crónica en niños menores de 5 años; nos muestra que la proporción de niños con bajo peso al nacer fue de 6.7% en el 2016, observándose un aumento de 2.0 puntos porcentuales en relación al año 2012 que fue de 4.7%. Además la proporción de gestantes con suplemento de hierro en el 2016 fue de 94.5% en relación al año 2012 que fue de 90.2% existió un aumento de 4.3 puntos porcentuales.
- La situación de la alimentación y nutrición en menores de 36 meses nos muestra; a través de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en el 2012 se tuvo una proporción del 64.5% aumentado ligeramente hacia el año 2016 en 1.0 punto porcentual (65.5%), la proporción de niños con anemia de 6 a 35 meses fue de 38.3% y se ha mantenido en relación al año 2012, y además que la proporción de niños de 6 a 35 meses con suplemento de hierro en el año 2016 fue de 21.6% aumentando en 3.1 puntos porcentuales en relación al año 2012 que fue de 18.5%.
- La proporción de EDA e IRA en menores de 24 meses como factor de riesgo para la desnutrición crónica en menores de 5 años, en relación a la infecciones respiratorias agudas en el año 2012 se tuvo una proporción de 9.2% aumentando ligeramente hacia el año 2016 en 0.9 puntos porcentuales (10.1%); mientras que la enfermedad diarreica aguda en el año 2012 se tuvo una proporción de 11.4% aumentando ligeramente hacia el año 2016 en 1.7 puntos porcentuales (13.1%)

- Las intervenciones efectivas de carácter preventivo promocional para la disminución de la desnutrición crónica nos muestran que, la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas se tuvo en 2012 el 70.8%, disminuyendo hacia el año 2016 en 5.4 puntos porcentuales (65.4%), la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo, se obtuvo en el 2012 el 41.1% mientras que en el 2016 aumento en 3.3 puntos porcentuales (44.4%), y la proporción de hogares con acceso al agua tratada, se obtuvo en el 2012 el 90.3% mientras que en el 2016 aumento en 4.8 puntos porcentuales (95.1%).
- Las intervenciones o indicadores con mayor variación que contribuyen a una disminución de la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años durante el periodo de evaluación son: la proporción de gestantes con suplemento de hierro, proporción de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva, proporción de menores de 24 meses con vacuna rotavirus, proporción de menores de 24 meses con vacuna neumococo y proporción de hogares con acceso a agua tratada y saneamiento básico. Mientras el indicador que muestra una disminución sustancial durante todo el periodo de evaluación es la proporción de niñas y niños menores de 36 meses con suplemento de hierro.
- El desempeño de la gestión presupuestal del programa articulado nutricional en la Unidad Ejecutora GERESA – Lambayeque evidencia:
 - ❖ El gasto percapita del año 2016 nos dice que la mayor asignación en la atención integral del niño fue de s/ 287.2 por niño con un PIM de s/ 30,849,030, mientras que en el año 2012 fue de s/ 112,453 con un PIM de s/ 20,115,561
 - ❖ La ejecución presupuestal en el 2016 el PIM de las fuentes de financiamiento (recursos ordinarios, recursos directamente recaudados y donaciones y transferencias) se tuvo un aumento del mismo a s/ 30,849,030 obteniéndose un porcentaje de ejecución del 96.1%,

- ❖ Dentro de las categorías presupuestales el programa articulado nutricional en el 2016, fue el que mayor presupuesto institucional tuvo en relación a la demás categorías presupuestales con un monto de s/ 30,849, 030 y un porcentaje de ejecución del 96.1%,
El producto con mayor asignación del PAN en el 2016 fue el de niño con control CRED completo con una asignación de s/ 5,598, 404 y una ejecución del 92.1%, en relación al año 2012 que fue el producto de niño con vacuna completa.
- ❖ En el 2016 el presupuesto asignado por específica de gasto fue de s/ 30, 849,030 más que en el año 2012; el rubro de personal tuvo una asignación de s/ 16,016, 246, con una ejecución del 99.8%; mientras que el rubro de bienes y servicios en el mismo año tuvo asignado S/ 13, 041,663, ejecutándose el 92.4%.

VI. RECOMENDACIONES.-

Al Gobierno Regional Lambayeque:

- Formular desde el gobierno regional de Lambayeque (Gerencia Regional de Salud y Unidades Ejecutoras) una propuesta de cierre de brechas de personal de salud que se requiere para brindar los servicios del Programa Articulado Nutricional (o manejar las estrategias sanitarias prioritarias), estableciendo esquemas de racionalización, incentivos y progresión en la disminución de la brecha en un periodo determinado. La propuesta abarca la demanda presupuestal que deberá ser satisfecha para implementar el plan. El esquema deberá ser coordinado con el Ministerio de Salud y después negociado con el Ministerio de Economía y Finanzas para lograr su ejecución.
- Proponer que el Pliego Gobierno Regional asigne presupuesto para los programas presupuestales teniendo como referencia la ejecución de gasto del año anterior.

A la Gerencia Regional de Salud Lambayeque:

- Impulsar una mayor articulación con organizaciones de la sociedad, para mejorar la efectividad del Programa Articulado Nutricional, dialogando sobre las iniciativas y estrategias que están desarrollando para reducir la desnutrición crónica. Las instituciones pueden evaluar qué acciones de sus proyectos o planes institucionales pueden alinear con estas iniciativas. Es necesario de construir un espacio de coordinación y cooperación entre el gobierno regional y la sociedad civil.
- Solicitar a las unidades ejecutoras y redes de salud que los informes deberán presentar la explicación en relación al cumplimiento de la ejecución de la meta, cuando estos sobrepasen o cuando las mismas presenten baja ejecución.

- Realizar asistencia técnica y monitoreo constantes a unidades ejecutoras y redes de servicios de salud para el análisis, toma de decisiones y medidas correctivas.
- Elaborar un sistema de información de acuerdo a los sectores. Además de mejorar el manejo de la información necesaria para hacer una gestión de los servicios en base a resultados. Dentro de este proceso de explicación estadística presentada por los sectores hay que tomar en cuenta la comparación con líneas base o metas de partida que probablemente esté en los instrumentos de planificación.
- Priorizar la identificación de las brechas en cada red de servicios de salud y las características que deben tener los servicios para cubrirlas.
- Recuperar en la Gerencia Regional Salud, entre los responsables de las estrategias y los jefes de las oficinas programáticas, el sentido de eje transversal que tiene la lactancia materna exclusiva, de tal forma que la comunicación sobre su importancia sea trabajada desde la etapa de la gestión hasta el seguimiento a los controles de desarrollo del niño, por lo menos hasta los 6 meses de nacido. Ello supone que médicos, enfermeros, obstetras, técnicos, nutricionistas, y agentes comunitarios manejan la estrategia y contribuyen desde sus estrategias a su implementación.
- Examinar la relación proporcional entre el incremento presupuestal sostenido cada año con el logro de los resultados del programa articulado nutricional; siendo necesario examinar a fondo las principales causas de este fenómeno. Debe enfocarse el análisis en torno a los diagnósticos integrales en el ámbito regional, la evaluación de capacidades de gestión, en la infraestructura adecuada y los procesos institucionales.
- Revisar la estructura del gasto en salud, dado que se ha evidenciado que la mayor proporción de este se orienta a los recursos humanos, no habiéndose logrado los resultados esperados. Por lo que es primordial

indagar si la estructura actual está impidiendo el logro de los objetivos trazados.

- Coordinar con la entidad responsable para que se realice la concordancia entre lo programado en el sistema integrado de administración financiera y el sistema integrado de gestión administrativa, puesto que existiendo un fuerte nexo entre ambas programaciones, esto permitiría una mejor planificación y ejecución del gasto. Así mismo, que las ejecuciones podrán responder a los principales objetivos y actividades definidas en el programa articulado nutricional, enfocados en aquellos productos que tendrían un mayor impacto en los indicadores de resultados y, por ende, en el bienestar de la población.
- Es pertinente el institucionalizar una cultura de previsión en la ejecución del gasto para que éste tenga un crecimiento sostenido durante todos los meses del año. A cerca de lo encontrado dentro de los informes regionales podría dar a conocerse que existe una tendencia a dejar de lado la planificación y responder en función a que “el que más ejecuta” es el “más eficiente”.
- Acelerar los procesos logísticos para el oportuno ingreso y distribución de reactivos, insumos y medicamentos.

A las Redes de Salud.-

- Realizar el monitoreo, supervisión y asistencia técnica permanente a los establecimientos de salud para la identificación de nudos críticos en las intervenciones programadas para el cierre de brechas, aumento de coberturas y disminución de la deserción de los niños menores de 5 años y así poder adoptar las acciones correctivas.
- Permanente socialización y fortalecimiento de los recursos humanos de los establecimientos de salud, en el correcto llenado de la información tanto en el HIS como en los formatos de atención del SIS y FAC.

- Fomentar el trabajo en equipo en los establecimientos de salud con énfasis en las actividades preventivo-promocionales, que repercuta en la mejora del seguimiento a los niños en: vacunación en menores de 5 años, controles de crecimiento y desarrollo, suplementación de sulfato ferroso y micronutrientes, etc.
- Implementación del Plan de monitoreo y asistencia técnica de Sistema de información del estado nutricional del niño y la gestante SIEN.
- Fortalecer el trabajo multisectorial para identificar a los niños menores de 5 años, por cada sector de cada EE.SS. quienes iniciaron y les falta completar su esquema de vacunación, controles CRED, IRAs, EDAs y mejorar su estado Nutricional y contar o formar brigadas encargadas para estas intervenciones.
- Establecer estrategias para fortalecer el seguimiento de los niños menores de 5 años, que les falta completar el esquema de vacunación, controles CRED y mejorar su estado Nutricional, como campañas de vacunación casa por casa, vacunación en puestos fijos en lugares de mayor concentración poblacional, Vacunación en puestos móviles, donde se realice un barrido de las zonas de mayor concentración poblacional o grupos de riesgo.

A las Micro redes y establecimientos de salud.-

- Implementar estrategias locales a fin de mejorar la organización intramural y extramural de los servicios de salud, para lograr mejorar las coberturas de atención de niños y niñas menores de 5 años.
- Realizar el control de calidad y análisis de información de la salud infantil, que facilitará la toma de decisiones.
- Fortalecer la vigilancia comunal de niños y niñas menores de 5 años con énfasis en los de mayor riesgo para garantizar la entrega del paquete de cuidados integrales.

- Realizar el análisis mensual y trimestral de sus indicadores sanitarios.
- Se deben realizar nuevas investigaciones sobre el tema donde las demás intervenciones del programa que no se han mejorado puedan ser fortalecidas de tal forma que el impacto del programa articulado nutricional sobre la desnutrición crónica sea mayor.

VII. REFERENCIAS

1. Abanto, J. S. (2012). Evolucion de la Desnutricion Cronica en menores de 5 años en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Lima - Perú
2. Arambulo, C. (2013). *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú durante el periodo 2000–2012*. Lima: Pontificia Universidad Catolica del Perú.
3. Azaña, T. y. (2015). *Factores que favorecen o limitan la implementacion del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito Masisea de Ucayali. Bases para propuesta de estrategias*. Ucayali: Pontificia Universidad Catolica del Perú.
4. Baños, L. G. (2012). *Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer*. Recuperado el 2017 de Agosto de 16, de Revista Cuabana de Salud Publica: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n2/spu06212>
5. Bottaro. (2014). Diseño de los estudios de investigacion. Debilidades y Fortalezas. *Hematología*, 74-83.
6. Comisión Económica para América Latina y Caribe, y el programa mundial de alimentos. (2017). *El costo de la doble carga de malnutricion: impacto social y economico*. Nueva York: Organizaxión de las Naciones Unidas.
7. Correa, G. T. (2014). *Influencia de los programas sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, San pablo -Cajamarca 2012*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
8. Cruzado, V. (Enero de 2012). *Analsis del Impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrcion cronica en menores de 5 años*. (M. d. Salud, Ed.) Recuperado el 8 de Febrero de 2017, de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/estudios/PAN_final_fusionado.pdf
9. El Comercio. (7 de Mayo de 2014). *El Comercio*. Recuperado el 12 de 2016 de Diciembre, de El comercio: <http://elcomercio.pe/sociedad/lambayeque/mas-50-ninos-canaris-incahuasi-estan-desnutridos-noticia-1727722>

10. Fernández, P. (28 de Febrero de 2001). *Tipos de estudios clínico epidemiológicos*. Recuperado el 20 de Julio de 2017, de Fistera: http://www.fistera.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.pdf
11. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (Noviembre de 2011). *La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y Tratamiento*. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de la desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y Tratamiento.: <https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
12. Guerrero, Y. C. (2015). *Análisis de la eficiencia del gasto público, en la red de salud bagua 2010-2012*. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
13. Hernandez, S. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
14. K.V. Lafuente Y.S. Rodriguez, V. F. (12 de Mayo de 2016). *SCIELO*. Recuperado el 2017 de Agosto de 16, de SCIELO: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100006
15. Lazcano, P. E. (28 de Mayo de 2000). *Estudios de cohorte. Metodología, sesgos y aplicación*. Recuperado el 20 de Julio de 2017, de scielo: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000300010
16. Mesa de concertación de lucha contra la pobreza. (2012). *Programa presupuestal articulado nutricional*. Recuperado el 2 de marzo de 2017, de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9599C8704A1EB6DF05257B3500726633/\\$FILE/1.doc_01662.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9599C8704A1EB6DF05257B3500726633/$FILE/1.doc_01662.pdf)
17. Ministerio de Economía y Finanzas. (2012). *Programa Articulado Nutricional*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2016, de Programa Articulado Nutricional: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf
18. Ministerio de Economía y Finanzas. (1 de enero de 2017). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Recuperado el 24 de febrero de 2017, de Ministerio de Economía y Finanzas: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/documentos-ppr/211-presupuesto-publico/presupuesto-por-resultados/2139-programa-articulado-nutricional>

19. Ministerio de Salud. (2017). *Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Contenidos Minimos*. Recuperado el 5 de Marzo de 2017, de Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Contenidos Minimos: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf
20. Ministerio de Salud. (2017). *Programa Presupuestal Articulado nutricional. Directiva Sanitaria*. Lima: MINSA.
21. MINSA, I. N. (31 de Marzo de 2014). *Plan nacional para la reducción de la desnutricion y la anemia*. Recuperado el 2017 de Agosto de 16, de plan nacional para la reducción de la desnutricion y la anemia: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/005_plan_reduccion.pdf
22. Nora Velázquez Quintana, J. Y. (19 de setiembre de 2003). *SCIELO*. Recuperado el 2017 de agosto de 16, de SCIELO: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010
23. Organizacion Panamericana de la Salud. (1 de Enero de 2017). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Recuperado el Febrero de 7 de 2017, de Organizacion Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1766:desnutricion-cronica-disminuyo-ninas-ninos-menores-5-anos-edad&Itemid=900
24. Pereira, Z. R. (2016). *Satisfacción de los beneficiarios del programa social Programa en el Centro de Salud San Antonio periodo 2015*. Moquegua: Universidad Nacional de Moquegua.
25. Polit, F. (2000). *Investigacion Cientifica en Ciencias en la salud: Principios y metodos*. Mexico: McGraw- Hill interamericana.
26. Quiroz, C. M. (2013). *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional*. Lima, Lima, Perú.
27. Real Academia de la Lengua Española. (26 de ENERO de 2017). *google*. Recuperado el 26 de ENERO de 2017, de google: <http://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>
28. Roberto, H. S. (2006). *Metodologia de la Investigacion*. Mexico: McGraw-Hili Interamericana.

29. Sanchez, J. (Julio de 2012). *Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú*. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342012000300018&script=sci_arttext
30. Sonasa, J. V. (2014). *Análisis del Programa Articulado Nutricional en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas*. Lima: Unviveridad Peruana de Ciencias Aplicadas.
31. Sonora. (17 de Febrero de 2017). *Paradigma de Investigación Cuantitativo*. Recuperado el 17 de Febrero de 2017, de Paradigma de Investigación Cuantitativo: http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas_investigacion_cuantitativa/p11.htm
32. Soria, A. (2012). *Factores determinantes de desnutricion cronica en niñas y niños menores de 5 años en la provincia de Cotopaxi*. Ecuador: Universidad Central de Ecuador.
33. Teresa Shamah, M. A. (2015). *Desnutricion y Obesidad: Doble Craga en Mexico*. Mexico: Universidad Autonoma de Mexico - Revista Digital Universitaria.
34. The National Commission for the Protection of Human Subjects. (20 de Setiembre de 1978). *Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones*. Recuperado el 15 de Junio de 2017, de google: http://www.fdrobert.uab.es/docs/monografies/1_Biotetica/06_C2_%20EI_Informe_Belmont.pdf
35. UNICEF. (2013). *Desnutrición crónica*. Obtenido de <https://www.unicef.org/peru/spanish/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>
36. Vega, A. E. (2015). *Cuidado intercultural desde la estrategia de crecimiento y desarrollo al lactante mayor con desnutricion*. Incawasi: Universidad Catolica Santo Toribio de Mogrovejo.
37. Velásquez, E. F. (2012). *Determinantes de la desnutrición en niños menores de cinco años en la República de Colombia*. Colombia: Universidad Nacional de la Plata.

ANEXOS.-

CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA FICHA DE REGISTRO DE DATOS	
1. NOMBRE DEL JUEZ	Dra. Roció Pejerrey Gonzáles
2. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Doctora en Ciencias de la Salud.
ESPECIALIDAD	Emergencias Obstétricas. Prevención de cáncer ginecológico e ITS.
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	19 años de experiencia laboral: Gerencia Regional de Salud Lambayeque, MIDIS, Docente de la UCV, UDCH y ha laborado también en CARE PERÚ.
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	MIDIS
CARGO	Coordinadora Territorial del Convenio FED MIDIS – Lambayeque.
<u>TITULO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	
Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.	
3. NOMBRE DEL TESISISTA	Br. José Antonio Enriquez Salazar
4. INSTRUMENTO EVALUADO	FICHA DE REGISTRO DE DATOS
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar el Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica infantil en menores de 5

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS DE LA FICHA DE REGISTRO DE DATOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ	Mgtr. Marco Usquiano Vitela
2. PROFESIÓN	Médico Cirujano
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Magister en Ciencias con Mención en Servicios de Salud
ESPECIALIDAD	Medicina Familiar y Comunitaria
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	4 años de jefe de la División Médico legal de la FPMC Pacasmayo 4 años de jefe de la oficina de Servicios de salud de GERESA – Lambayeque. 8 años de Coordinador Regional de calidad. Docente universitario 10 años. 2 años de medico evaluador en la DRE Lambayeque.
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Red de Servicios de Salud Ferreñafe
CARGO	GERENTE
<u>TITULO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	
Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.	
3. NOMBRE DEL TESISTA	Br. José Antonio Enriquez Salazar
4. INSTRUMENTO EVALUADO	FICHA DE REGISTRO DE DATOS

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS DE LA FICHA DE REGISTRO DE DATOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ	Mgtr. Giovanna Larraín Távora.
2. PROFESIÓN	Enfermera
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Magister de Enfermería. Estudios concluidos de Doctorado de Enfermería.
ESPECIALIDAD	Especialidad en Enfermería en paciente crítico y emergencias.
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	17 años de experiencia laboral. Coordinadora Regional de Inmunizaciones. Docente de la USS.
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Gerencia Regional de Salud Lambayeque.
CARGO	Coordinadora Regional de Inmunizaciones – Lambayeque.
<u>TITULO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	
Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.	
3. NOMBRE DEL TESISTA	Br. José Antonio Enriquez Salazar
4. INSTRUMENTO EVALUADO	FICHA DE REGISTRO DE DATOS
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar el Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque a través de

	<p>años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque a través de la base de datos de ENDES, y de la ejecución presupuestal proporcionada por el portal del Ministerio de Economía y Finanzas.</p>
<p>EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN "TA" SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM "TD" SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.</p>	
<p>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO</p>	<p>El instrumento es una ficha de registro datos donde se recopilara datos del periodo 2012 – 2016 de la base de la encuesta demográfica y de salud familiar a nivel regional, además de ello también nos ayudara a analizar para esta investigación datos del programa presupuestal articulado nutricional a través del acopio de datos del Ministerio de Economía y Finanzas – Consulta Amigable.</p>

**IMPACTO DEL PROGRAMA
ARTICULADO EN LA DENUTRICION
CRONICA 2012 -2016**

1. Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer.

2012	2013	2014	2015	2016

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

2. Proporción de gestantes con suplemento de hierro.

2012	2013	2014	2015	2016

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

3. Proporción de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva.

2012	2013	2014	2015	2016

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

4. Proporción de niñas y niños menores de 36 meses con suplemento de hierro.

2012	2013	2014	2015	2016

5. Proporción de niños de 6 a 36 meses de edad con anemia.

2012	2013	2014	2015	2016

6. Proporción de menores de 36 meses con IRA.

2012	2013	2014	2015	2016

TA(~~X~~)

TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~)

TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~)

TD()

SUGERENCIAS:

7. Proporción de menores de 36 meses con EDA.

2012	2013	2014	2015	2016

8. Proporción de menores de 36 meses con sus vacunas básicas.

2012	2013	2014	2015	2016

9. Proporción de menores de 24 meses con vacuna rotavirus.

2012	2013	2014	2015	2016

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

10. Proporción de menores de 24 meses con vacuna neumococo.

2012	2013	2014	2015	2016

11. Proporción de hogares con acceso a agua tratada.

2012	2013	2014	2015	2016

12. Proporción de hogares con saneamiento básico.

2012	2013	2014	2015	2016

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

**EVALUACION PRESUPUESTAL DEL
PROGRAMA ARTICULADO
NUTRICIONAL 2012- 2016**

PRODUCTOS DEL PAN

1. 3033254: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA

PIA	PIM	AVANCE %

2. 3033255: NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD

PIA	PIM	AVANCE %

3. 3033256: NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A

PIA	PIM	AVANCE %

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

4. 3033311: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

PIA	PIM	AVANCE %

~~TA()~~

TD()

SUGERENCIAS:

5. 3033312: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

PIA	PIM	AVANCE %

~~TA()~~

TD()

SUGERENCIAS:

6. 033313: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES

PIA	PIM	AVANCE %

~~TA()~~

TD()

SUGERENCIAS:

7. 3033314: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES

PIA	PIM	AVANCE %

~~TA()~~ TD()

SUGERENCIAS:

8. 3033317: GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO

PIA	PIM	AVANCE %

~~TA()~~ TD()

SUGERENCIAS:

9. 3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES

PIA	PIM	AVANCE %

~~TA()~~ TD()

SUGERENCIAS:

10. 3000609: COMUNIDAD ACCEDE A
AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO

PIA	PIM	AVANCE %

TA()

TD()

SUGERENCIAS:

10. 3000609: COMUNIDAD ACCEDE A
AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO

PIA	PIM	AVANCE %

TA(~~X~~) TD()

SUGERENCIAS:

GASTO PERCA PITA 2012 - 2016

AÑO	< 5 AÑOS INEI	PIM	GASTO PER CAPITA
2012			
2013			
2014			
2015			
2016			

EJECUCION PRESUPUESTAL POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 2012 - 2016

FUENTE FINANCIAMIENTO	PA	PIM	%
RECURSOS ORDINARIOS			
RECURSOS DIRECTAMENTE DONACIONES Y TRANSFERENCIAS			
TOTAL DEL PROGRAMA			

EJECUCION PRESUPUESTAL POR CATEGORIAS 2012 -2016

CATEGORIAS PRESUPUESTALES	PA	PIM	%
0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL			
0002: SALUD MATERNO NEONATAL			
0016: TBC-VIH/SIDA			
0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS			
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			
0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER			
0051: PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS			
0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y			

~~TA~~ TD()

SUGERENCIAS:

~~TA~~ TD()

SUGERENCIAS:

~~TA~~ TD()

SUGERENCIAS:

ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES			
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS			
0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL			
9001: ACCIONES CENTRALES			
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS			

7. COMENTARIO GENERALES

8. OBSERVACIONES



 Dra. Rocío Pejerrey González
 Coordinadora Territorial del Convenio FED MIDIS – Lambayeque
 COP. 5350

ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES			
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS			
0129: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL			
9001: ACCIONES CENTRALES			
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS			

7. COMENTARIO GENERALES

8. OBSERVACIONES



GOBIERNO REGIONAL - LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD - PERUENIAFE

Dr. Mario A. Usquiano Vique
C.A.B. 42323 - R.N.E. 28207
GERENTE

JUEZ
SELLO Y COLEGIATURA

ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES			
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS			
0129: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL			
9001: ACCIONES CENTRALES			
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS			

7. COMENTARIO GENERALES

8. OBSERVACIONES

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dirección Ejecutiva de Salud Integral a las Personas

Mg. Giovanna Larrain Távora
COORDINADORA REGIONAL
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE INMUNIZACIONES

JUEZ
SELLO Y COLEGIATURA

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DE LA FICHA DE REGISTRO DEDATOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ	
2. PROFESIÓN	
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	
ESPECIALIDAD	
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	
CARGO	
<p><u>TITULO DE LA INVESTIGACIÓN</u> Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.</p>	
3. NOMBRE DEL TESISISTA	Br. José Antonio Enriquez Salazar
4. INSTRUMENTO EVALUADO	FICHA DE REGISTRO DE DATOS
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar el Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la Desnutrición Crónica infantil en menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque a través de la base de datos de ENDES, y de la ejecución presupuestal proporcionada por el portal del Ministerio de Economía y Finanzas.

EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN “TA” SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM “TD” SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO

El instrumento es una ficha de registro datos donde se recopilara datos del periodo 2012 – 2016 de la base de la encuesta demográfica y de salud familiar a nivel regional, además de ello también nos ayudara a analizar para esta investigación datos del programa presupuestal articulado nutricional a través del acopio de datos del Ministerio de Economía y Finanzas – Consulta Amigable.

**IMPACTO DEL PROGRAMA
ARTICULADO EN LA DENUTRICION
CRONICA 2012 -2016**

1. Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

2. Proporción de gestantes con suplemento de hierro.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

3. Proporción de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

4. Proporción de niñas y niños menores de 36 meses con suplemento de hierro.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

5. Proporción de niños de 6 a 36 meses de edad con anemia.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

6. Proporción de menores de 36 meses con IRA.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

7. Proporción de menores de 36 meses con EDA.

2012	2013	2014	2015	2016

8. Proporción de menores de 36 meses con sus vacunas básicas.

2012	2013	2014	2015	2016

9. Proporción de menores de 24 meses con vacuna rotavirus.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

TA() TD()

SUGERENCIAS:

TA() TD()

SUGERENCIAS:

10. Proporción de menores de 24 meses con vacuna neumococo.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

11. Proporción de hogares con acceso a agua tratada.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

12. Proporción de hogares con saneamiento básico.

2012	2013	2014	2015	2016

TA() TD()

SUGERENCIAS:

**EVALUACION PRESUPUESTAL DEL
PROGRAMA ARTICULADO
NUTRICIONAL 2012- 2016**

PRODUCTOS DEL PAN

1. 3033254: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

2. 3033255: NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

3. 3033256: NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

4. 3033311: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

5. 3033312: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

6. 033313: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

7. 3033314: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

8. 3033317: GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

9. 3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

10. 3000609: COMUNIDAD ACCEDE A
AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO

PIA	PIM	AVANCE %

TA() TD()

SUGERENCIAS:

GASTO PERCA PITA 2012 - 2016

AÑO	< 5 AÑOS INEI	PIM	GASTO PER CAPITA
2012			
2013			
2014			
2015			
2016			

TA() TD()

SUGERENCIAS:

EJECUCION PRESUPUESTAL POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 2012 - 2016

FUENTE FINANCIAMIENTO	PA	PIM	%
RECURSOS ORDINARIOS			
RESURSOS DIRECTAMENTE			
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS			
TOTAL DEL PROGRAMA			

TA() TD()

SUGERENCIAS:

EJECUCION PRESUPUESTAL POR CATEGORIAS 2012 -2016

CATEGORIAS PRESUPUESTALES	PA	PIM	%
0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL			
0002: SALUD MATERNO NEONATAL			
0016: TBC-VIH/SIDA			
0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS			
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			
0024: PREVENCIÓN Y			

TA() TD()

SUGERENCIAS:

CONTROL DEL CANCER				
0051: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS				
0068: REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES				
0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS				
0129: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD				
0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL				
9001: ACCIONES CENTRALES				
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS				

7. COMENTARIO GENERALES

8. OBSERVACIONES

**JUEZ
SELLO Y COLEGIATURA**

FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE LOS INDICADORES DEL PAN 2012- 2016

INDICADORES	PROPORCION (%)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer.					
Proporción de gestantes con suplemento de hierro.					
Proporción de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva.					
Proporción de niñas y niños menores de 36 meses con suplemento de hierro.					
Proporción de niños de 6 a36 meses de edad con anemia.					
Proporción de menores de 36 meses con IRA.					
Proporción de menores de 36 meses con EDA.					
Proporción de menores de 36 meses con sus vacunas básicas.					
Proporción de menores de 24 meses con					

vacuna rotavirus.					
Proporción de menores de 24 meses con vacuna neumococo.					
Proporción de hogares con acceso a agua tratada.					
Proporción de hogares con saneamiento básico.					

FICHA DE REGISTRO DE DATOS EVALUACION PRESUPUESTAL DEL PAN 2012- 2016

PRODUCTOS	PIA (Presupuest o inicial de apertura)	PIM (Presupuesto inicial modificado)	AVANCE %	META PROGRAMADA ANUAL	AVANCE FÍSICO ANUAL	AVANCE ANUAL %
3033254: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA						
3033255: NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD						
3033256: NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A						
3033311: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS						
3033312: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS						

033313: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES						
3033314: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES						
3033317: GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO						
3033414: ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL						
3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO						

<p>INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES</p>						
<p>033250: INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION</p>						
<p>3033249: COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION</p>						

<p>3033248: MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION</p>						
<p>000733: POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL</p>						
<p>3000609: COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO</p>						
<p>000608: SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL</p>						

DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS						
---	--	--	--	--	--	--

Productos del PAN (Pagina Amigable MEF – Consulta de ejecución de gasto)

Porcentaje de niños con desnutrición crónica por distritos Gerencia regional de salud Lambayeque periodo 2012 – 2016.

PROVINCIA / DISTRITO	Quintil	AÑO 2012				AÑO 2013				AÑO 2014				AÑO 2015				AÑO 2016			
		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Crónico		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Crónico		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Crónico		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Crónico		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Crónico	
				Nº	%			Nº	%			Nº	%			Nº	%			Nº	%
ENERO - DICIEMBRE		68951	68339	13372	19.57	66625	65979	11931	18.1	64963	64305	10833	16.85	68966	68236	11845	17.4	73180	72603	12768	17.59
PROV. CHICLAYO		35710	35322	4508	12.8	33084	32708	3871	11.8	32839	32430	3835	11.8	35598	35231	4383	12.4	34717	34458	4126	12.0
CAYALTI	4	740	718	132	18.4	720	709	69	9.7	597	588	60	10.2	705	701	67	9.6	803	797	119	14.9
CHICLAYO	4	6046	5984	580	9.7	5467	5419	534	9.9	6290	6201	734	11.8	6627	6548	783	12.0	6347	6315	690	10.9
CHONGOYAPE	2	998	988	95	9.6	1207	1201	134	11.2	1110	1099	104	9.5	1393	1389	135	9.7	1199	1189	138	11.6
ETEN	2	629	623	113	18.1	706	704	100	14.2	751	747	100	13.4	903	897	121	13.5	804	797	88	11.0
ETEN PUERTO	5	117	114	4	3.5	140	137	11	8.0	98	96	3	3.1	111	111	6	5.4	116	112	9	8.0
JOSE LEONARDO ORTIZ	3	7137	7083	780	11.0	6104	6043	604	10.0	6420	6380	567	8.9	7466	7430	812	10.9	7413	7397	704	9.5
LA VICTORIA	3	5798	5728	660	11.5	5093	5006	548	10.9	4925	4860	508	10.5	5302	5208	544	10.4	5276	5208	541	10.4
LAGUNAS	2	711	706	83	11.8	676	673	72	10.7	564	558	47	8.4	705	703	74	10.5	586	585	65	11.1
MONSEFU	2	2503	2490	574	23.1	2338	2324	505	21.7	1769	1751	387	22.1	1943	1923	398	20.7	2113	2092	430	20.6
NUEVA ARICA	3	369	364	48	13.2	248	247	27	10.9	280	272	32	11.8	167	165	21	12.7	264	259	21	8.1
OYOTUN	2	673	670	84	12.5	657	653	62	9.5	678	673	64	9.5	940	935	104	11.1	627	622	57	9.2
PATAPO	3	1986	1963	182	9.3	1403	1385	156	11.3	992	979	141	14.4	1498	1483	176	11.9	1354	1348	117	8.7
PICSI	3	813	798	108	13.5	592	582	71	12.2	542	535	71	13.3	679	669	83	12.4	649	647	75	11.6
PIMENTEL	3	1357	1343	161	12.0	1485	1474	187	12.7	1697	1682	197	11.7	1361	1347	153	11.4	1284	1273	104	8.2
POMALCA	3	1612	1594	163	10.2	1969	1955	153	7.8	1514	1478	154	10.4	1109	1092	139	12.7	852	846	98	11.6
PUCALA	3	676	669	89	13.3	415	397	60	15.1	443	430	72	16.7	409	403	52	12.9	456	441	46	10.4
REQUE	2	839	826	136	16.5	1011	993	148	14.9	1117	1108	180	16.2	851	844	144	17.1	1060	1054	113	10.7
SANTA ROSA	2	1044	1030	185	18.0	907	892	198	22.2	1030	1011	183	18.1	1100	1097	233	21.2	868	853	361	42.3
TUMAN	2	766	747	210	28.1	1011	995	141	14.2	1080	1052	149	14.2	1331	1298	200	15.4	1569	1559	206	13.2
ZAÑA	2	896	884	121	13.7	935	919	91	9.9	942	930	82	8.8	998	988	138	14.0	1077	1064	144	13.5
PROV. FERREÑAFE		10270	10179	3443	33.8	10393	10278	3077	29.9	9185	9087	2568	28.3	9618	9478	2586	27.3	10480	10405	2884	27.7
FERREÑAFE	3	2091	2065	295	14.3	2341	2298	257	11.2	2032	2008	240	12.0	2739	2709	291	10.7	2630	2608	279	10.7
INKAWASI	2	2683	2665	1630	61.2	2244	2232	1309	58.6	1830	1810	1035	57.2	1816	1782	919	51.6	2257	2245	1278	56.9
KAÑARIS	1	1722	1705	923	54.1	1862	1845	960	52.0	1759	1746	832	47.7	1828	1801	909	50.5	1740	1731	826	47.7
MANUEL ANTONIO MESONES MURO	2	414	411	63	15.3	482	476	64	13.4	488	477	57	11.9	414	406	67	16.5	411	406	46	11.3
PITIPO	2	2301	2277	342	15.0	2209	2183	297	13.6	1950	1933	258	13.3	1734	1708	234	13.7	2341	2317	283	12.2
PUEBLO NUEVO	2	1059	1056	190	18.0	1255	1244	190	15.3	1126	1113	146	13.1	1087	1072	166	15.5	1101	1098	172	15.7
PROV. LAMBAYEQUE		22971	22838	5421	23.7	23148	22993	4983	21.7	22939	22788	4430	19.4	23750	23527	4876	20.7	27983	27740	5758	20.8
CHOCHOPE	1	119	119	26	21.8	112	112	26	23.2	124	124	14	11.3	136	133	22	16.5	140	139	30	21.6
ILLIMO	2	1065	1059	197	18.6	1180	1173	180	15.3	1151	1139	177	15.5	1142	1105	338	30.6	1184	1173	590	50.3
JAYANCA	2	989	986	122	12.4	984	976	119	12.2	969	957	100	10.4	921	910	147	16.2	1435	1414	254	18.0
LAMBAYEQUE	2	2930	2916	601	20.6	3186	3167	476	15.0	3279	3260	511	15.7	3575	3554	589	16.6	5415	5365	887	16.5
MOCHUMI	1	1992	1982	311	15.7	1653	1643	257	15.6	1662	1653	231	14.0	1639	1621	223	13.8	1553	1536	226	14.7
MORROPE	1	5650	5618	1889	33.6	6778	6740	2028	30.1	6081	6060	1532	25.3	6170	6139	1648	26.8	7840	7793	1966	25.2
MOTUPE	2	1228	1222	216	17.7	887	879	112	12.7	1167	1155	159	13.8	963	960	134	14.0	1107	1104	125	11.3
OLMOS	1	2751	2731	510	18.7	2749	2728	465	17.0	2927	2896	463	16.0	3591	3560	534	15.0	3662	3616	572	15.8
PACORA	2	794	792	207	26.1	685	679	154	22.7	693	688	153	22.2	668	667	122	18.3	607	606	84	13.9
SALAS	1	1794	1791	607	33.9	1524	1519	498	32.8	1552	1549	419	27.0	1702	1699	493	29.0	1499	1481	414	28.0
SAN JOSE	2	1828	1797	405	22.5	1695	1670	372	22.3	1513	1497	340	22.7	1534	1503	331	22.0	1613	1604	306	19.1
TUCUME	1	1831	1825	330	18.1	1715	1707	296	17.3	1821	1810	331	18.3	1709	1676	295	17.6	1928	1909	304	15.9
TOTAL GERESA		68951	68339	13372	19.6	66625	65979	11931	18.1	64963	64305	10833	16.8	68966	68236	11845	17.4	73180	72603	12768	17.6

Fuente: Sistema informático del estado nutricional – ESANS – Área estadística GERESA Lambayeque

Porcentaje de niños con anemia por distritos Gerencia regional de salud Lambayeque periodo 2012 – 2016.

PROVINCIA / DISTRITO	Quintil	AÑO 2012				AÑO 2013				AÑO 2014				AÑO 2015				AÑO 2016			
		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Anemia		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Anemia		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Anemia		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Anemia		Nro de Registros	Nro de Evaluad	Anemia	
				Nº	%			Nº	%			Nº	%			Nº	%			Nº	%
ENERO - DICIEMBRE		68951	4070	1612	39.6	66625	2390	986	41.3	64963	6009	2254	37.51	68966	7669	2911	38.0	73180	12573	5422	43.1
PROV. CHICLAYO		35710	1236	431	34.9	33084	1430	572	40.0	32839	3776	1195	31.6	35598	3819	1027	26.9	34717	5245	1619	30.9
CAYALTI	4	740	150	61	40.7	720	160	85	53.1	597	195	101	51.8	705	183	80	43.7	803	105	44	41.9
CHICLAYO	4	6046	534	236	44.2	5467	723	320	44.3	6290	1300	520	40.0	6627	1203	495	41.1	6347	1872	650	34.7
CHONGOYAPE	2	998			0.0	1207	34	23	67.6	1110	45	18	40.0	1393	84	36	42.9	1199	175	94	53.7
ETEN	2	629	17	10	58.8	706	5	5	100.0	751	22	19	86.4	903	29	19	65.5	804	145	55	37.9
ETEN PUERTO	5	117	6	2	33.3	140			0.0	98	1	1	100.0	111	20	7	35.0	116	49	15	30.6
JOSE LEONARDO ORTIZ	3	7137	14	4	28.6	6104	22	6	27.3	6420	129	52	40.3	7466	232	54	23.3	7413	810	291	35.9
LA VICTORIA	3	5798	197	35	17.8	5093	148	60	40.5	4925	525	205	39.0	5302	383	117	30.5	5276	328	136	41.5
LAGUNAS	2	711	15	5	33.3	676	11	1	9.1	564	111	9	8.1	705	150	48	32.0	586	130	40	30.8
MONSEFU	2	2503	40	9	22.5	2338	32	12	37.5	1769	53	18	34.0	1943	47	17	36.2	2113	334	97	29.0
NUEVA ARICA	3	369	65	12	18.5	248	6	1	16.7	280	11	9	81.8	167	9	3	33.3	264	63	28	44.4
OYOTUN	2	673	60	28	46.7	657	31	15	48.4	678	91	49	53.8	940	112	44	39.3	627	117	44	37.6
PATAPO	3	1986			0.0	1403	40	9	22.5	992	60	14	23.3	1498	10	3	30.0	1354	1	1	100.0
PICSI	3	813	12	0	0.0	592	16	1	6.3	542	132	26	19.7	679	10	3	30.0	649	2	1	50.0
PIMENTEL	3	1357	62	11	17.7	1485	81	8	9.9	1697	119	19	16.0	1361	185	15	8.1	1284	226	39	17.3
POMALCA	3	1612	9	1	11.1	1969	36	7	19.4	1514	2	2	100.0	1109			0.0	852	5	0	0.0
PUCALA	3	676	2	1	50.0	415			0.0	443	15	2	13.3	409	41	8	19.5	456	22	4	18.2
REQUE	2	839			0.0	1011	4	1	25.0	1117	7	1	14.3	851	1	1	100.0	1060	152	42	27.6
SANTA ROSA	2	1044	1	0	0.0	907			0.0	1030	868	118	13.6	1100	1087	65	6.0	868	588	16	2.7
TUMAN	2	766			0.0	1011			0.0	1080	6	1	16.7	1331			0.0	1569	39	1	2.6
ZANA	2	896	52	16	30.8	935	81	18	22.2	942	84	11	13.1	998	33	12	36.4	1077	82	21	25.6
PROV. FERREÑAFE		10270	1050	338	32.2	10393	379	154	40.6	9185	720	355	49.3	9618	1592	862	54.1	10480	2564	1428	55.7
FERREÑAFE	3	2091	89	38	42.7	2341	92	44	47.8	2032	34	23	67.6	2739	222	102	45.9	2630	314	133	42.4
INKAWASI	2	2683	353	125	35.4	2244	70	42	60.0	1830	98	43	43.9	1816	362	204	56.4	2257	663	488	73.6
KAÑARIS	1	1722	135	21	15.6	1862	14	9	64.3	1759	231	191	82.7	1828	505	431	85.3	1740	517	426	82.4
MANUEL ANTONIO MESONES MURO	2	414	74	27	36.5	482	36	8	22.2	488	180	37	20.6	414	153	26	17.0	411	157	21	13.4
PITIPO	2	2301	184	59	32.1	2209	65	14	21.5	1950	66	29	43.9	1734	96	21	21.9	2341	549	258	47.0
PUEBLO NUEVO	2	1059	215	68	31.6	1255	102	37	36.3	1126	111	32	28.8	1087	254	78	30.7	1101	364	102	28.0
PROV. LAMBAYEQUE		22971	1784	843	47.3	23148	581	260	44.8	22939	1513	704	46.5	23750	2258	1022	45.3	27983	4764	2375	49.9
CHOCHOPE	1	119			0.0	112			0.0	124			0.0	136			0.0	140			0.0
ILLIMO	2	1065	109	73	67.0	1180	101	61	60.4	1151	110	79	71.8	1142	53	39	73.6	1184	177	73	41.2
JAYANCA	2	989	33	2	6.1	984	54	10	18.5	969	166	27	16.3	921	137	30	21.9	1435	178	47	26.4
LAMBAYEQUE	2	2930	13	8	61.5	3186	31	15	48.4	3279	162	83	51.2	3575	310	150	48.4	5415	357	258	72.3
MOCHUMI	1	1992	6	3	50.0	1653			0.0	1662	123	53	43.1	1639	246	120	48.8	1553	295	125	42.4
MORROPE	1	5650	584	345	59.1	6778	103	43	41.7	6081	266	129	48.5	6170	788	393	49.9	7840	1541	769	49.9
MOTUPE	2	1228			0.0	887	1	1	100.0	1167	6	4	66.7	963	1	1	100.0	1107	1	0	0.0
OLMOS	1	2751	432	139	32.2	2749	146	50	34.2	2927	282	123	43.6	3591	139	52	37.4	3662	433	214	49.4
PACORA	2	794	183	76	41.5	685	68	24	35.3	693	57	30	52.6	668	33	15	45.5	607	3	2	66.7
SALAS	1	1794	354	166	46.9	1524	20	15	75.0	1552	267	133	49.8	1702	426	147	34.5	1499	611	255	41.7
SAN JOSE	2	1828	69	31	44.9	1695	8	3	37.5	1513	64	36	56.3	1534	99	59	59.6	1613	545	324	59.4
TUCUME	1	1831	1	0	0.0	1715	49	38	77.6	1821	10	7	70.0	1709	26	16	61.5	1928	623	308	49.4
TOTAL GERESA		68951	4070	1612	39.6	66625	2390	986	41.3	64963	6009	2254	37.5	68966	7669	2911	38.0	73180	12573	5422	43.1

Fuente: Sistema informático del estado nutricional – ESANS – Área estadística GERESA Lambayeque

Porcentaje de variación de los indicadores del PAN - Gerencia regional de salud Lambayeque periodo 2012 – 2016.

INDICADOR	2012	2013	% VARIACION	2013	2014	% VARIACION	2014	2015	% VARIACION	2015	2016	% VARIACION
Proporción de niños menores de 5 años desnutrición crónica	14.0	14.2	0.2	14.2	14.3	0.1	14.3	14.1	-0.2	14.1	11.8	-2.3
Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer	4.7	7.5	2.8	7.5	5.8	-1.7	5.8	6.0	0.2	6.0	6.7	0.7
Proporción de gestantes con suplemento de hierro.	90.2	91.6	1.4	91.6	89.4	-2.3	89.4	91.8	2.4	91.8	94.5	2.6
Proporción de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva.	64.5	39.4	-25.1	39.4	69.4	30.0	69.4	55.8	-13.6	55.8	65.6	9.8
Proporción de niñas y niños menores de 36 meses con suplemento de hierro	18.5	23.9	5.4	23.9	23.4	-0.5	23.4	25.5	2.1	25.5	21.6	-3.9
Proporción de niños de 6 a 36 meses de edad con anemia	38.3	41	2.7	41	35.8	-5.2	35.8	36	0.2	36	36.3	0.3
Proporción de menores de 36 meses con IRA	9.2	7.6	-1.6	7.6	13.4	5.8	13.4	10.8	-2.6	10.8	10.1	-0.7
Proporción de menores de 36 meses con EDA	11.4	10.7	-0.7	10.7	10.2	-0.5	10.2	13.9	3.7	13.9	13.1	-0.8
Proporción de menores de 36 meses con su vacunas básicas	70.8	61.0	-9.8	61.0	65.2	4.2	65.2	62.7	-2.5	62.7	65.4	2.7
Proporción de menores de 24 meses con vacuna rotavirus	79.1	70.6	-8.5	70.6	73.0	2.4	73.0	68.4	-4.6	68.4	72.8	4.4
Proporción de menores de 24 meses con vacuna neumococo	72.1	65.7	-6.4	65.7	73.6	7.9	73.6	69.5	-4.2	69.5	74.1	4.6
Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo	41.1	40.9	-0.2	40.9	40.9	0.0	40.9	39.8	-1.1	39.8	44.4	4.6
Proporción de hogares con acceso a agua tratada	90.3	94.2	3.8	94.2	97.7	3.5	97.7	96.2	-1.4	96.2	96.4	0.1
Proporción de hogares con saneamiento básico	92.3	90.6	-1.7	90.6	96.0	5.4	96.0	93.7	-2.3	93.7	95.1	1.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES 2012 -2016