



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables



INFORME FINAL

CONSULTORÍA: INVESTIGACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS Y ANÁLISIS DE LAS CAPACIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE LOS GOBIERNOS LOCALES

MIMDES

**Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes
Proyecto Aprendiendo y Ayudando**

Octubre 2011

Con el Apoyo de:



**Bernard
van Leer**
FOUNDATION



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Índice

| | |
|---|-----|
| RESUMEN EJECUTIVO | 3 |
| ANTECEDENTES..... | 5 |
| 1. Contexto actual de los programas sociales en el Perú..... | 5 |
| 2. Objetivo de la investigación | 11 |
| CAPITULO 1..... | 12 |
| AYACUCHO | 12 |
| 1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 1: CONDICIONES DE VIDA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS | 12 |
| 2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 2: CAPACIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE LOS GOBIERNOS LOCALES..... | 63 |
| CAPITULO 2..... | 71 |
| HUANCAVELICA | 71 |
| 1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 1: CONDICIONES DE VIDA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS | 71 |
| 2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 2: CAPACIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE LOS GOBIERNOS LOCALES..... | 120 |
| CAPITULO 3..... | 127 |
| LORETO..... | 127 |
| 1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 1: CONDICIONES DE VIDA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS | 127 |
| 2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 2: CAPACIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE LOS GOBIERNOS LOCALES..... | 176 |
| a) El Distrito de Nauta | 176 |
| b) El Distrito de Parinari..... | 177 |
| METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 187 |
| ANEXOS..... | 196 |



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

RESUMEN EJECUTIVO

Terminado el proyecto Ichispalla, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES, a través de la Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes, consideró necesario realizar una investigación para conocer las condiciones en las que se encuentran las niñas y niños de 0 a 3 años a nivel de: salud, nutrición, cuidado, formas de crianza y acceso a servicios básicos; así como conocer las capacidades y funcionamiento de los gobiernos locales de Ayacucho, Huancavelica y Loreto para generar políticas y programas a favor de la primera infancia.

La investigación realizada nos ha mostrado gobiernos locales con escasez de recursos, tanto humanos como financieros y debilidades a nivel institucionales, lo que haría del trabajo de transferencia un proceso complejo, que ciertamente se daría para cualquier programa social que vaya a operar a este nivel de gestión subnacional. En general, los municipios que operan en zonas principalmente rurales comparten las mismas debilidades que tienen que ver con recursos y capacidades escasas para afrontar las necesidades y demandas locales de sus respectivas jurisdicciones.

Varios de los hallazgos de la investigación coinciden con otras hechas al respecto del tema. Si bien hay algunas autoridades y funcionarios que pueden conocer experiencias de programas o proyectos de atención a la infancia, este conocimiento es, en el mejor de los casos, parcial; las autoridades y funcionarios no están al tanto de cómo sería un proceso de transferencia a este nivel y generalmente la principal preocupación tiene que ver con el tema del financiamiento, no necesariamente se percatan de otros aspectos del proceso, como las capacidades institucionales y las condiciones de los recursos humanos requeridos, así como el manejo de enfoques y metodologías específicas dada la naturaleza y alcance del proyecto a transferirse.

Las principales limitaciones y riesgos serían, entre otros, que el proceso sea lento y se deba principalmente a la reducida capacidad institucional para acometer estos programas de atención a la infancia; que la Gestión Municipal local no cuente con la asistencia técnica adecuada, lo que puede limitar la implementación de los programas de atención a la primera infancia; la ausencia de Planes de Desarrollo formulados para un horizonte de mediano y largo plazo; la falta de equipamiento institucional y recursos financieros muy limitados con que cuenta la Municipalidad que limitan que instituciones públicas y privadas con voluntad de asistencia técnica e instituciones financieras externas se involucren sosteniblemente en la dinámica local. La escasa preocupación de la ciudadanía por la participación y la débil coordinación interna no permite aprovechar las ventajas del proceso de descentralización en curso.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

En tal sentido, de acuerdo a nuestro análisis, el modelo de atención a primaria infancia, cuenta con condiciones parciales para su transferencia e implementación a nivel de gestión local, lo que plantea la necesidad de trabajar en el aspecto de creación y fortalecimiento de capacidades, recursos humanos y recursos financieros. Un plan de implementación debería considerar aspectos fundamentales como: capacitación, ajustes institucionales (incorporación en organigrama), recursos financieros complementarios, asistencia técnica y monitoreo de acompañamiento para asegurar manejo del enfoque, metodología y estrategia de implementación. Así como, fortalecer las capacidades de los funcionarios encargados de los programas sociales del gobierno local en el diseño y gestión de proyectos dirigidos a la infancia.

Este fortalecimiento deberá ir de la mano de un apoyo decidido de las autoridades de la Municipalidad. Adicionalmente consideramos que como parte de la estrategia para impulsar un proceso exitoso de transferencia de un programa social, en particular de atención a la primera infancia en la zona, habría que tomar en cuenta lo siguiente: Desarrollar el modelo de atención a la primera infancia con todos sus componentes e integrar a otras instituciones públicas y privadas, involucrar a padres de familia que demandan capacitación en la atención a la primera infancia, solicitar el apoyo político de las autoridades para implementar el modelo por ser zona de extrema pobreza, aplicar la experiencia adquirida de otros proyectos en zonas similares, brindar soporte sostenido (al menos en el mediano plazo) en torno a creación y fortalecimiento de capacidades al interior del gobierno local, complementar el presupuesto de modo tal que el programa pueda contar con los recursos necesarios para su puesta en marcha. La Gestión Municipales local sin asistencia técnica adecuada, limita la implementación de los programas de atención a la primera infancia.

Considerando todas estas condiciones y elementos, la transferencia debe asumirse como un proceso que tenga que ser monitoreado a lo largo del tiempo que dure su instalación y puesta en marcha, a través de indicadores que vayan dando cuenta del avance de la transferencia en sí, además de los esperados logros del programa a transferirse. También cabe considerar variables externas, que tengan que ver con el énfasis que el actual gobierno está dando a los programas sociales, buscando que estos cumplan con su cometido que es el de ir disminuyendo y cerrando las brechas sociales persistentes, sobre todo en las áreas rurales que es donde aún la pobreza y pobreza extrema afecta a la población peruana, sobre todo a la que está en mayor desventaja como lo es la niñez.



ANTECEDENTES

Se presentará el contexto actual de los programas sociales en el país y los objetivos de la presente investigación relacionada al gobierno regional de Ayacucho.

1. Contexto actual de los programas sociales en el Perú

Todos los análisis y balances que dan cuenta de *la economía peruana del último decenio llaman la atención sobre la prolongada expansión económica* que se viene viviendo en el país, con tasas de crecimiento del PBI de, en promedio, 6%, con picos de hasta 9%, alcanzados el año 2007, luego, crisis mundial mediante, el crecimiento se desaceleró, pero para el segundo semestre del 2009 nuevamente se recuperó la tendencia. Dichos análisis y balances, también dan cuenta de la salud de las cuentas fiscales, de las estrictas políticas monetarias, cuyo desempeño se ve expresado en niveles de inflación mínimos y, además de ello, el tema de la deuda externa que está bajo control, que nos pone en la condición mundial de “grado de inversión”¹.

Esta evidente expansión de la economía peruana de los últimos años ha estado estimulada fundamentalmente por un clima internacional favorable que se expresa en los positivos precios de los bienes de exportación, básicamente primarios. Por ejemplo, el año 2007, el sector minero y de hidrocarburos representó casi el 40% de los tributos internos recaudados por SUNAT, el 55% de impuesto a la renta y el 70% del valor total de nuestras exportaciones². Además, cabe señalar que este denominado “boom” económico ha estimulado un incremento significativo en las relaciones comerciales entre el Perú y una serie de países con los que se ha suscritos acuerdos de libre comercio (TLC).

Cuadro Oferta y demanda global³

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
| Oferta global | | | | | |
| PBI | 6,4 | 7,6 | 9,0 | 7,9 | 8,0 |
| Importaciones | 10,7 | 12,6 | 12,6 | 13,9 | 12,0 |
| Demanda global | | | | | |
| Demanda interna | 5,5 | 10,0 | 11,6 | 9,3 | 9,0 |
| Consumo privado | 4,4 | 6,2 | 8,3 | 6,5 | 6,0 |
| Consumo público | 9,8 | 8,7 | 4,8 | 8,8 | 6,9 |
| Inversión privada | 13,9 | 20,1 | 23,2 | 19,7 | 16,0 |
| Inversión pública | 12,2 | 12,7 | 19,7 | 32,4 | 16,9 |
| Exportaciones | 15,0 | 1,2 | 5,4 | 7,2 | 5,6 |

Fuente: Cuba, 2008

No cabe duda que la economía peruana ha crecido de manera sostenida y significativa, como parte de un particular ciclo expansivo, lo que ha permitido un superávit fiscal sostenido, luego de más de cuarenta años de déficit continuos.

¹ Ver: Shifter, Michael “El Perú globalizado: éxito económico con fracturas sociales”. En: Luis Pásara (Editor) Perú en el siglo XXI. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica. Lima. 2008.

² Ver: Grupo Propuesta Ciudadana “Apuntes en torno a la industria extractiva en el Perú”. Lima. 2011.

³ Ver: Cuba, Elmer “El despegue del Perú” En: Luis Pásara (Editor) Perú en el siglo XXI. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica. Lima. 2008.

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Otro elemento en el que coinciden los análisis y balances sobre el singular nuevo ciclo económico peruano es que aún la pobreza no disminuye al ritmo en el que la economía crece. Si bien ésta ha descendido de manera paulatina, dicho descenso está siendo lento y no está siendo muy significativo sobre todo en zonas rurales. Como lo indican cifras del INEI sobre incidencia de la pobreza en el Perú, en el período 2004-2008, *la pobreza ha caído de 48,6% a 36,2%. Una reducción general de 12,4%. La pobreza extrema, en su defecto ha caído de 17,1% a 12,6%, mostrando una reducción leve de 4,5%*⁴.

Cuadro Incidencia de la pobreza en el Perú, según ámbitos geográficos

| Ámbitos geográficos | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Variación |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Total | 48,6 | 48,7 | 44,5 | 39,3 | 36,2 | -12,4 |
| Área de residencia | | | | | | |
| Urbana | 37,1 | 36,8 | 31,2 | 25,7 | 23,5 | -13,6 |
| Rural | 69,8 | 70,9 | 69,3 | 64,6 | 59,8 | -10 |

Fuente: Gonzales, 2011

De ser casi la mitad de peruanos los que se encontraban en situación de pobreza, es notorio que, de acuerdo a mediciones recientes, a través de métodos como el de línea de pobreza, identificación de necesidades básicas insatisfechas y pobreza monetaria, estaríamos frente a un franco descenso a nivel general, con un ritmo mayor a nivel urbano y un poco menor a nivel rural.

Cuadro Incidencia de la pobreza extrema en el Perú, según ámbitos geográficos

| Ámbitos geográficos | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Variación |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Total | 17,1 | 17,4 | 16,1 | 13,7 | 12,6 | -4,5 |
| Área de residencia | | | | | | |
| Urbana | 6,5 | 6,3 | 4,9 | 3,5 | 3,4 | -3,1 |
| Rural | 36,8 | 37,9 | 37,1 | 32,9 | 29,7 | -7,1 |

Fuente: Gonzáles, 2011

En cuanto a la pobreza extrema, si bien en general hay un descenso más lento, lo que llama la atención es el nivel de incidencia persistente en el sector rural, *sobre todo de sierra y de selva*. Los factores que pueden estar detrás de esta situación, tienen que ver con las características del modelo (extractivo-exportador): una inversión intensiva en capital y muy restrictivo nivel de absorción de mano de obra. De otro lado, está el tema de una política impositiva plana, que no grava a los que más tienen y débiles mecanismos redistributivos, que tampoco han mejorado considerando el proceso de descentralización en marcha. *En general, el Perú muestra una situación paradójica: crecimiento económico sostenido y persistente situación de pobreza y desigualdad.*

Considerando las características del modelo de crecimiento vigente, el gobierno básicamente concentra sus acciones redistributivas a través de sus políticas sociales, muchas de las cuales tienen como objetivo aliviar la pobreza.

⁴ Ver: Gonzales, Alberto "¿A Alguien le importan los pobres? En: Luis Pásara (Editor) Perú ante los desafíos del siglo XXI. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica. Lima. 2011.

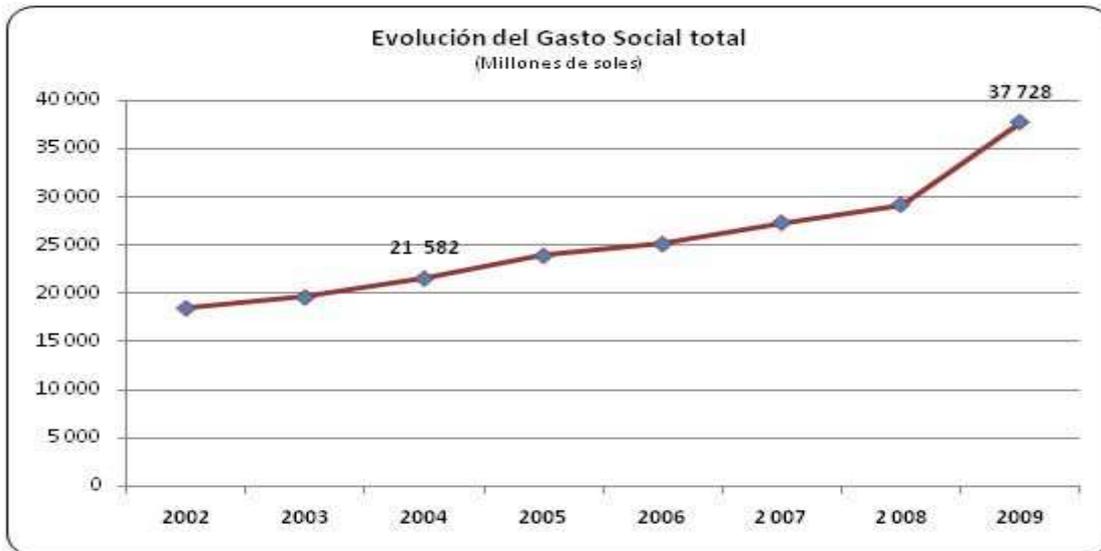


PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Las políticas sociales están enmarcadas en lo que vendría a ser las políticas públicas, entendidas estas como el conjunto de decisiones políticas que provienen del Estado, en sus diferentes sectores y niveles (nacional, regional y local). Son acciones estratégicamente seleccionadas, que por su carácter imperativo, tienen un ámbito de aplicación e influencia importante en el cambio social. Estas políticas operan en tres niveles complementarios: políticas sectoriales, políticas de desarrollo social y superación de la pobreza y, programas de asistencia focalizados⁵.

Evolución del gasto social en el Perú



Fuente: PNUD 2009

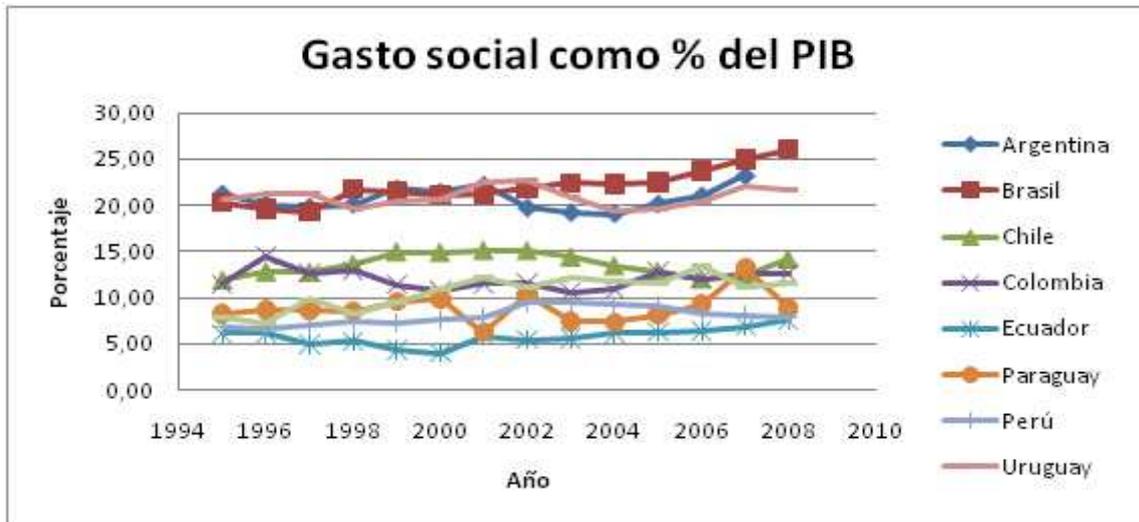
Las políticas sociales se entienden como el conjunto de acciones que, como parte de las políticas públicas, tienen el propósito de mejorar la calidad de vida de la población mediante la prestación de una serie de servicios sociales que procuran atender sus necesidades básicas, asegurando niveles mínimos de ingreso, alimentación, educación, salud y vivienda. Actualmente en el Perú existen programas de lucha contra la pobreza adscritos a distintos sectores como: El Ministerio de salud; trabajo; educación; agricultura; vivienda; transportes y comunicaciones; economía y finanzas; energía y minas; de la mujer y desarrollo social.

Estudios dedicados a analizar el desempeño de las políticas sociales en el país, dan cuenta que el gobierno peruano, entre 1999 y el 2009, ha destinado en promedio, 4 mil millones de soles anuales del presupuesto público para este fin y que justamente esto ha sido posible en los últimos años por el crecimiento sostenido de la economía nacional. Sostienen también que los niveles de sub-cobertura y filtración le restan eficacia, eficiencia e impacto⁶.

⁵ Ver. MIMDES “¿Cómo incorporar políticas sociales en planes de desarrollo local y en el presupuesto participativo?”. Fascículo No.1. Políticas sociales. MIMDES. Lima s/f.

⁶ Ver: Vásquez, Enrique “Invertir estratégicamente para reducir las brechas de la pobreza y la desigualdad”. CIUP. Lima. 2010.

Gasto social comparado



Fuente: PUCP 2010

Frente a la situación actual de las políticas y programas sociales impulsados por el Estado como instrumento de alivio de la pobreza y redistribución de la riqueza generada tras un prolongado crecimiento económico, se plantean varias sugerencias para su mejora, tanto en cobertura, eficacia, eficiencia y sostenibilidad, entre otras, tenemos: incrementar la inversión en programas focalizados de lucha contra la pobreza de 1,7% a 5,7 del PBI; fijar metas de reducción de la pobreza monetaria y de erradicación de la extrema pobreza; reestructurar la institucionalidad pública encargada de la política social, fortaleciendo, entre otras instancias a los gobiernos sub nacionales; empoderar a los gobiernos sub nacionales para que estén en condiciones de desplegar una óptima gestión (de políticas y programas sociales) por resultados; fusionar de forma estratégica diferentes programas sociales; reglamentar la sinergia entre programas sociales; invertir en sistemas de monitoreo y evaluación; tercerización como medida temporal de gestión⁷.

En el marco del proceso de descentralización, iniciado el año 2002 con la aprobación por el Congreso de la ley 27680, que reformó la Constitución para establecer que se elijan gobiernos regionales en los departamentos existentes, se pusieron en marcha los procesos de transferencia de funciones y competencias de los ministerios a los gobiernos regionales, desde el año 2004 esto se viene haciendo en función a los Planes Anuales de Transferencia. Para ello se identificaron 4,500 competencias. Entre el año 2004 y 2009, ya se han transferido un total de 4,276⁸. *El tema aún por resolver es que si bien dichas competencias han sido transferidas, las propias autoridades regionales y locales plantean que ello es insuficiente pues este proceso no viene acompañado del necesario fortalecimiento institucional y presupuestal de los gobierno sub nacionales. Un tema pendiente en el campo de las políticas sociales tiene que ver justamente con la manera cómo estas pueden llegar a tener un mejor grado de integralidad, sinergia y descentralización, buscando que una serie de programas lleguen a formar parte del campo de gestión de los gobiernos regionales y locales.* De hecho, existe de un marco normativo para que este proceso pueda darse:

⁷ Ver: Aramburu, Carlos y Rodríguez, Ana "Políticas sociales y pobreza. Propuestas de política". CIES-PUCP. Lima. 2011 y Vásquez, Enrique "Invertir estratégicamente para reducir las brechas de la pobreza y la desigualdad". CIUP. Lima. 2010.

⁸ Ver: PRODES "Brújula de la descentralización. USAID Perú/ProDescentralización. Lima. 2009."



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

- Ley 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales: Establece y norma la estructura, organización, funciones y competencias de los Gobiernos Regionales. Así mismo, aprueba que ellos normen, dirijan y gestionen sus políticas regionales y ejerzan sus funciones generales y específicas en concordancia con las políticas nacionales y sectoriales.
- Ley 27972 Ley Orgánica de Municipalidades: Establece que el proceso de planeación local es integral, permanente y participativo. Entre otras funciones de este nivel de gobiernos está la de administrar, organizar y ejecutar programas locales de lucha contra la pobreza y desarrollo social.
- Ley 27783 Ley de Bases de la Descentralización: Regula la conformación de las regiones y municipalidades, y fija las competencias de estas instancias de gobierno sub nacional.
- Decreto Supremo No.006-EF “Declaran prioritaria la ejecución de proyectos de inversión pública social”: Establece que las entidades públicas deberán priorizar la ejecución de intervenciones en sectores sociales.
- Decreto Supremo No.002 -2008-MIMDES “Aprueban Reglamento del Registro Unificado Regional de Beneficiarios de los Programas Sociales”: Establece las funciones y procedimientos que deberán cumplir las instituciones públicas y demás organizaciones contempladas en el ámbito de la presente norma.
- Decreto Supremo No. 055-2007-PCM “Estrategia Nacional Denominada CRECER”: Establece la intervención articulada a nivel de gobierno nacional, regional y local vinculadas a la lucha contra la desnutrición crónica infantil, especialmente de niños y niñas menores de cinco años. Está dirigida por la PCM, a través de la Secretaría Técnica del CIAS.

A nivel de gestión local, cabe hacer un análisis de mayor detalle de las competencias de los gobiernos locales en el área social. De acuerdo a la Ley Orgánica de Municipalidades (LOM), estas instancias de gestión local han adquirido nuevas competencias y funciones en el área social, las mismas que deben ser concordadas y armonizadas con las políticas y planes nacionales y regionales. Específicamente en los artículos 80, 82, 84 y 85, plantean temas referidos a la función de los gobiernos locales respecto a la superación de la pobreza; construcción de equidad; tareas referidas a salud y saneamiento; proyectos educativos locales y apoyo a la seguridad ciudadana. Otro aspecto no menos importante tiene que ver con la planificación del desarrollo local a través de instrumentos como el Presupuesto Participativo, la Planificación Concertada y el funcionamiento de los Consejos de Coordinación Local.

La aspiración de una intervención exitosa en el campo del desarrollo es que, considerando una serie de condiciones internas (de enfoque, diseño, costos, etc.) del proyecto y condiciones externas (voluntad política, institucionalidad, capacidades, etc.), ésta se expanda, sea como política pública o programa de mayor alcance y se transfiera hacia otros agentes que permitan dicho salto, con lo que los beneficios y beneficiarios se ven altamente potenciados. Ciertas condiciones “macro” precisan ser consideradas como telón de fondo para analizar los procesos de conversión de proyectos puntuales en programas de mayor alcance o en, última instancia, política pública. Una de ellas tiene que ver con qué tanto el aparato público se ha institucionalizado en su función (proveedor de bienes y servicios públicos), reformado y/o modernizado.

De hecho, investigaciones recientes revelan que *en el caso peruano el constante cambio en las reglas de juego y en los regímenes, per se, ha sido una traba para la construcción institucional de largo plazo que implique, entre otras cosas, reglas estables, aparatos burocráticos eficientes y eficaces, todavía persiste a cierto modo lo que se ha llamado la*



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

“maldición de la volatilidad”⁹. A ello habría que adicionar como elemento que le agrega complejidad a estos procesos de transferencia y conversión de proyectos a programas o políticas públicas, la descentralización inconclusa por la que atraviesa el país. Los gobiernos regionales están constituidos sobre la base de los anteriores departamentos y las nuevas estructuras de gobierno sub-nacional vienen asumiendo una serie de atribuciones y funciones nuevas, pero en distintos ritmos y niveles. Por ejemplo, un tema primordial, aún no resuelto del todo, tiene que ver con que dichas instancias de gobiernos, cuentan ya con una serie de funciones, pero sin los recursos transferidos para poderlas cumplir a cabalidad. Otro tema de suma importancia es el de las capacidades, tanto en términos de capital institucional como humano.

Un proyecto o iniciativa de desarrollo que ha mostrado alto nivel de impacto, dada la consistencia de diseño y formulación, lo adecuado de su enfoque, metodología y estrategia, no necesariamente tiene el terreno ganado que asegure su transferencia o expansión a otro nivel de ejecución, es preciso considerar un conjunto de elementos y efectuar una ponderación de cada uno de ellos.

En una reciente investigación sobre la transferencia del servicio Wawa Wasi a los gobiernos locales¹⁰, se encuentran como temas clave los siguientes:

- i. la necesidad de planificar detalladamente el proceso de transferencia con la participación de todos los actores y agentes concernidos;
- ii. brindar información detallada y oportuna a los actores locales que asumirían el proyecto;
- iii. trabajar con especial cuidado los mecanismos de verificación que acredite fehacientemente que el agente que asume el proyecto cuenta con las condiciones para su implementación;
- iv. fortalecer las capacidades de gestión de los futuros agentes, que se harán cargo de la implementación y ejecución;
- v. desarrollar un programa de monitoreo del proceso mismo de transferencia;
- vi. vigilar que la implementación del proyecto no se vea comprometido durante el mismo proceso de transferencia;
- vii. cuidar, en el marco del proceso de descentralización, que el proyecto sea transferido a los nuevos agentes responsables de su ejecución en igualdad de condiciones¹¹ y,
- viii. manejar la imagen negativa que pueden tener varias municipalidades en relación a la gestión y ejecución de programas sociales.

Estos temas pueden ser extrapolables a otro tipo de proyectos como es el caso de *Ichispalla*. Un aspecto importante para los proyectos es la magnitud y oportunidad de recursos que debe disponer para una ejecución exitosa. El proyecto Ichispalla, recibió recursos de la cooperación internacional, en este caso la Fundación Bernard Van Leer (300,000 Euros) y tuvo una contrapartida nacional del MIMDES (152,675 Euros). Dicho presupuesto cubrió la totalidad de costos directos e indirectos, es sobre esta base general que se pueden calcular los costos por actividad y tenerlos de manera desagregada. Contar con este detalle de la información de costos contribuye a que el agente receptor, sea un gobierno regional, provincial o distrital, sepa a ciencia cierta la magnitud de recursos que debería movilizar para implementar y ejecutar el proyecto

⁹ Ver: Morón Eduardo y Sanborn, Cynthia “Los desafíos del *polycymaking* en el Perú: actores, instituciones y reglas de juego”. CIUP. Lima. 2007.

¹⁰ Guerrero, Gabriela y Sugimaru, Claudia “Oportunidades y riesgos de la transferencia del servicio Wawa Wasi a los gobiernos locales u provinciales”. Niños del Milenio. Lima. 2010.

¹¹ Cabe tener en cuenta que no todos las instancias de gobierno sub nacional (regional, provincial, distrital) cuentan con la misma disponibilidad de recursos y capacidades. Por ejemplo, los municipios rurales estarán generalmente en desventaja respecto a los municipios en zonas urbanas modernas.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Ichispalla en su localidad. Como lo anotamos líneas arriba, éste es solo un aspecto de otros a considerar, que van desde la voluntad política del agente o agentes a hacerse cargo del proyecto, pasando por las capacidades, condiciones institucionales, entre otros¹² y de los cuales el presente estudio dará cuenta.

2. Objetivo de la investigación

La presente investigación contempla dos objetivos, que se muestran a continuación:

- a. Conocer las condiciones en las que se encuentran las niñas y niños de 0 a 3 años a nivel de: salud, nutrición, cuidado, formas de crianza y acceso a servicios básicos.
- b. Conocer las capacidades y funcionamiento de los gobiernos locales de Ayacucho, Huancavelica y Loreto para generar políticas y programas a favor de la primera infancia.

¹² Justamente una investigación a llevarse a cabo determinará los elementos a tomar en cuenta para que un proyecto como el Ichispalla pueda ser transferido exitosamente y/o convertirse en política pública.



CAPITULO 1

AYACUCHO

1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 1: CONDICIONES DE VIDA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS

La presentación de los resultados del diagnóstico comprende los componentes siguientes:

- Contexto
- Salud
- Educación
- Desarrollo
- Información complementaria

1.1 CONTEXTO

1.1.1 Características del área de estudio¹³

El estudio corresponde a comunidades de los distritos de Quinua, San José de Ticllas, Huanta, Ayahuanco y Huamanguilla. De este conjunto de distritos, Huanta es el que tiene mayor población, le sigue Ayahuanco y luego Quinua.

En cuanto a las condiciones de pobreza, Quinua y Ayahuanco constituyen los distritos que tienen mayor porcentaje de pobres (alrededor del 87%), luego le sigue San José de Ticllas (72.4%) y Huamanguilla (77.7%).

Entre los pobres extremos, el mayor porcentaje se presenta en Ayahuanco (54.6%) y Quinua (45.4%).

CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE ESTUDIO, 2009

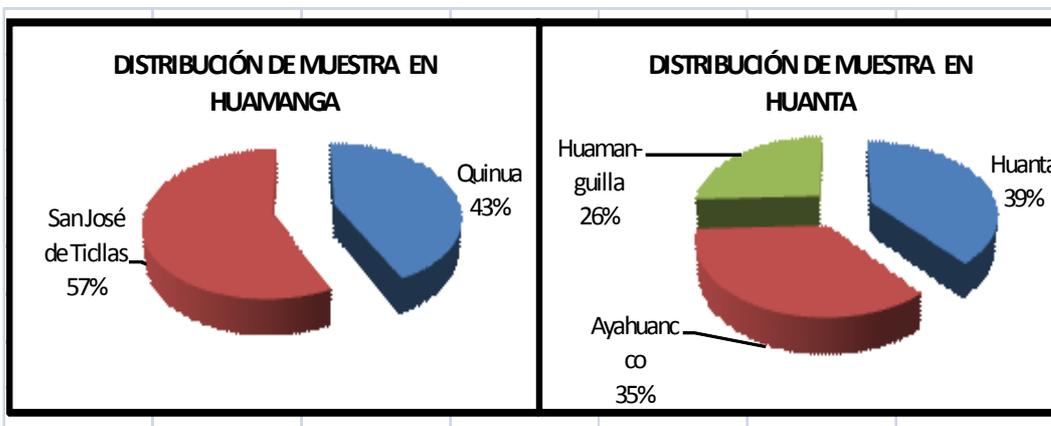
| DISTRITO | POBLACIÓN 1/ | POBRE (%) | | | NO POBRE |
|------------------------|-----------------|--------------------|---------|---------------|-------------|
| | | TOTAL DE POBRES | EXTREMO | NO EXTREMO | |
| QUINUA | 6,174 | 86.7 | 45.4 | 41.2 | 13.3 |
| SAN JOSE DE TICLLAS | 2,680 | 72.4 | 38.4 | 33.9 | 27.6 |
| HUANTA | 41,829 | 53.6 | 24.7 | 28.9 | 46.4 |
| AYAHUANCO | 9,942 | 87.9 | 54.6 | 33.4 | 12.1 |
| HUAMANGUILLA | 5,169 | 77.7 | 38.6 | 39.1 | 22.3 |

¹³ Fuente: Indicadores de pobreza: 2009

Para obtener información de la provincia de Huamanga se visitó las comunidades de Lorenzayoc, Patipampa, Wiropaccha, Patanizo y Sallali, del distrito de Quinua; mientras que de San José de Ticllas, se visitó las comunidades de Trigopampa, San Juan de Viñaca, San Martín de Paraiso y Simpapata; por su parte en la provincia de Huanta, se visitaron los distritos de Huanta, Ayahuanc y Huamanguilla y al interior de éstos, las comunidades de Huancayoc, La Vega, 24 de Junio, Huayhuas y Villa Florida.

1.1.2 Distribución de la muestra

| Provincia | Distrito | Absoluto | % |
|-----------|-----------------|----------|-------|
| Huamanga | Quinua | 27 | 42,9 |
| | J José de as | 36 | 57,1 |
| | Total | 63 | 100,0 |
| Huanta | Huanta | 41 | 39,0 |
| | Ayahuanc | 37 | 35,2 |
| | Huamanguilla | 27 | 25,7 |
| | Total | 105 | 100,0 |



1.2 SALUD

1.2.1 Morbilidad

a) Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una de las principales, sino la principal, causa de enfermedad en niños menores de 5 años. Además es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de salud y de hospitalización, especialmente en los meses de mayor frío. La presencia de estas infecciones es frecuente, los niños pueden tener varios episodios de IRA por año, lo que incide en su normal crecimiento y desarrollo y que si no son tratados adecuadamente puede



convertirse en un problema serio y hasta ocasionar la muerte. Existen factores de riesgo para padecer las infecciones respiratorias agudas y éstas se encuentran relacionadas con la falta de lactancia materna vacunación incompleta, parto prematuro, bajo peso al nacer, desnutrición, clima o época invernal, contaminación ambiental y domiciliaria que incluye tabaquismo y lugares poco ventilados y pequeños.

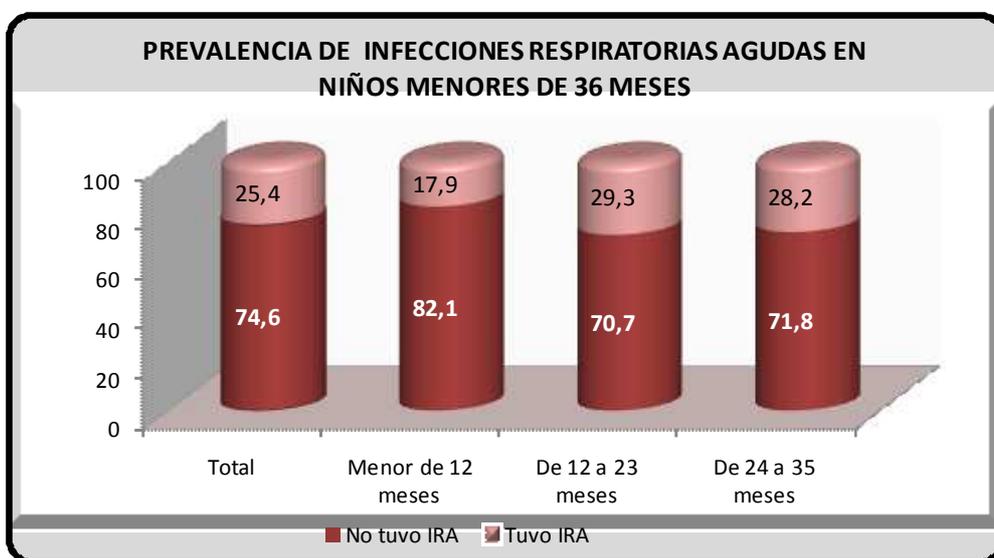
En la encuesta de salud se preguntó a las madres por la ocurrencia de síntomas de infecciones respiratorias agudas: niño estuvo enfermo con tos acompañado de respiraciones cortas y agitadas, en las dos semanas anteriores a la entrevista, lo que constituyen síntomas de infecciones respiratorias agudas.

Los resultados indican que *la prevalencia de Infecciones Respiratoria Agudas IRA en niños menores de 3 años en el ámbito de estudio de Ayacucho es de 25.4%. Las infecciones son más frecuentes en niños de 12 a 23 meses, donde al menos el 29.3% ha tenido síntomas de IRA en las dos últimas semanas de la encuesta; en orden de importancia le sigue los niños de 24 y más edad en el que incluye al 28.2% y en el caso de los niños menores de 12 meses, afectó al 17.9% de ese grupo de edad.*

Según la ENDES 2010, en Ayacucho, existe un 13.0% que tuvo síntomas de IRA reciente (dos semanas anteriores); cifra que está por debajo de los resultados obtenidos en este estudio; así como también del promedio nacional (18.3%).

Prevalencia de IRA en niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No tuvo IRA | 138 | 74,6 |
| | Tuvo IRA | 47 | 25,4 |
| Menor de 12 meses | No tuvo IRA | 46 | 82,1 |
| | Tuvo IRA | 10 | 17,9 |
| De 12 a 23 meses | No tuvo IRA | 41 | 70,7 |
| | Tuvo IRA | 17 | 29,3 |
| De 24 a 35 meses | No tuvo IRA | 51 | 71,8 |
| | Tuvo IRA | 20 | 28,2 |





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

b) Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una afección frecuente en los niños y continúa siendo una causa importante de morbi-mortalidad durante la niñez. Se reconocen tres tipos de diarrea: a) Diarrea aguda acuosa, cuando las evacuaciones son líquidas y no tienen moco o sangre; es la más común y su peligro mayor es la deshidratación, acidosis y pérdida de potasio; b) Disentería, cuando las evacuaciones diarreicas tienen moco y sangre; su peligro mayor es la toxemia y la infección en sí misma; y c) Diarrea persistente, que empieza como diarrea aguda acuosa pero no cesa después de 14 días o más y cuyo mayor efecto sobre la salud es la desnutrición.

Los agentes infecciosos que causan diarrea generalmente se diseminan por vía fecal – oral (ano-mano-boca), que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados fecalmente, y el contacto directo con heces fecales. Varios comportamientos específicos de las personas contribuyen a la propagación de los gérmenes patógenos asociados a la diarrea: falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; usar biberones para alimentar a los niños; guardar alimentos a temperatura ambiente; beber agua contaminada; no lavarse las manos después de defecar; después de desechar las heces de los niños o limpiar los pañales, y antes de preparar o servir alimentos; no desechar higiénicamente las heces (incluyendo las de los lactantes). Al igual que las Infecciones Respiratorias Agudas, en la encuesta de salud se preguntó a las madres por la ocurrencia de diarreas en las dos semanas anteriores a la entrevista.

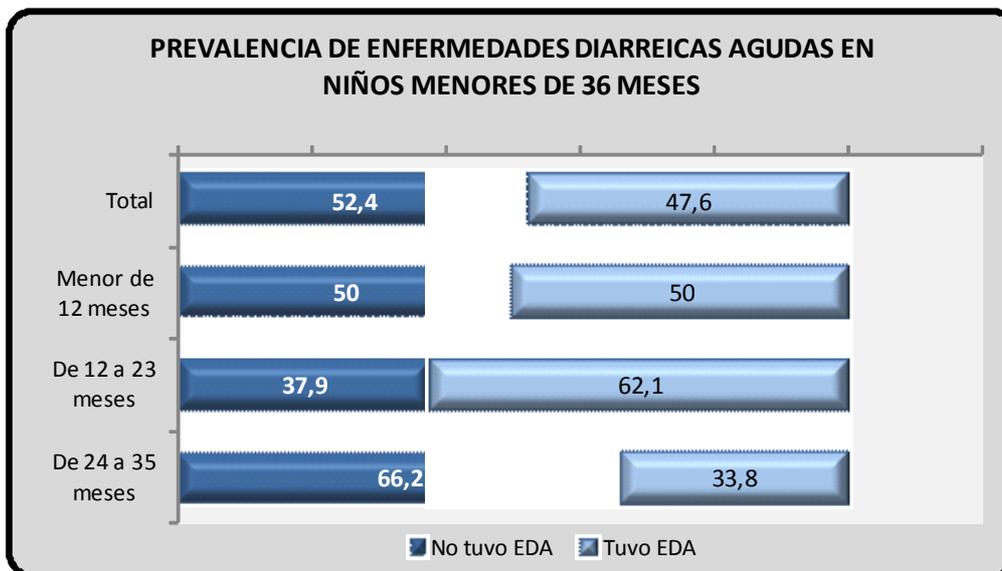
En Ayacucho, el 47.6% de los niños menores de 36 meses al menos tuvieron un episodio de EDA en las dos semanas anteriores a la encuesta, cifra que es relativamente elevada para el promedio del país. Los niños de 12 a 23 meses son los que registran un mayor porcentaje de EDA (62.1%), constituyéndose en un grupo de riesgo, donde la recurrencia de este tipo de enfermedades conlleva a debilitar a los niños.

En importancia le sigue, los niños menores de 12 meses, dado que la mitad de los niños de ese grupo de edad, tuvo diarrea en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta. En tanto que en el grupo de los niños de 24 y más meses, la prevalencia de EDA fue de 33.8%.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las cifras son mayores que el registrado a nivel departamental (18.7%); y también al valor registrado a nivel nacional (18.9%)

Prevalencia de EDA en niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No tuvo EDA | 97 | 52,4 |
| | Tuvo EDA | 88 | 47,6 |
| Menor de 12 meses | No tuvo EDA | 28 | 50 |
| | Tuvo EDA | 28 | 50 |
| De 12 a 23 meses | No tuvo EDA | 22 | 37,9 |
| | Tuvo EDA | 36 | 62,1 |
| De 24 a 35 meses | No tuvo EDA | 47 | 66,2 |
| | Tuvo EDA | 24 | 33,8 |



c) Prevalencia de Parasitosis en niños menores de 36 meses

Las parasitosis intestinales son un problema al que se enfrentan las instituciones de Salud Pública en los países en vías de desarrollo. Estas infecciones son generalmente subestimadas por ser asintomáticas, pero representan un factor de morbilidad importante cuando se asocian a la desnutrición.

La infección intestinal parasitaria afecta principalmente a la población infantil, la cual es especialmente susceptible de adquirirla, principalmente cuando la forma infectante del pósito penetra por vía oral. Los pósitos intestinales, a través de diferentes mecanismos privan al organismo de nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo.

La prevalencia de parasitosis en el ámbito del estudio es de 7.6% en niños menores de 36 meses; por rango de edad, el 16.9% de los niños de 24 a más meses han reportado parasitosis; mientras que los menores de 24 meses registran niveles menores al 2%. No



PERÚ

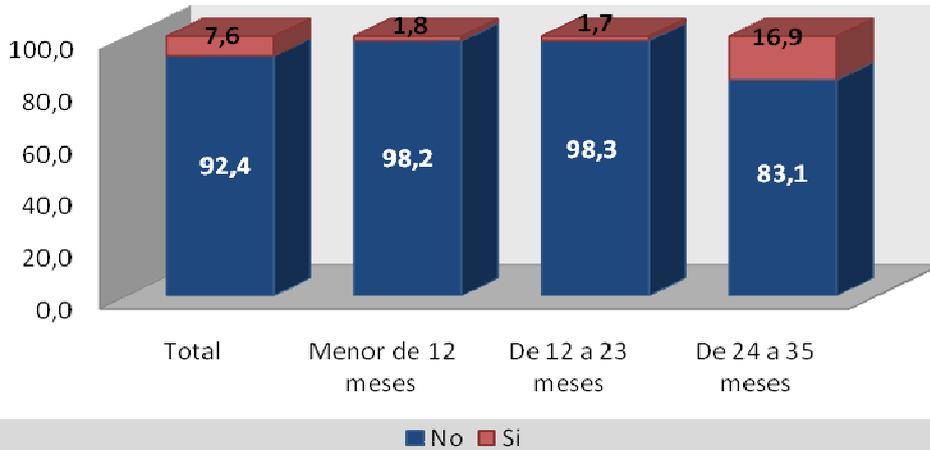
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

obstante, es importante enfatizar que estos resultados mayormente corresponden a los casos reportados o encontrados en los establecimientos de salud, por lo que hay que tener en consideración que están sub estimados.

Parasitosis en niños menores de 36 meses, según rango de edad

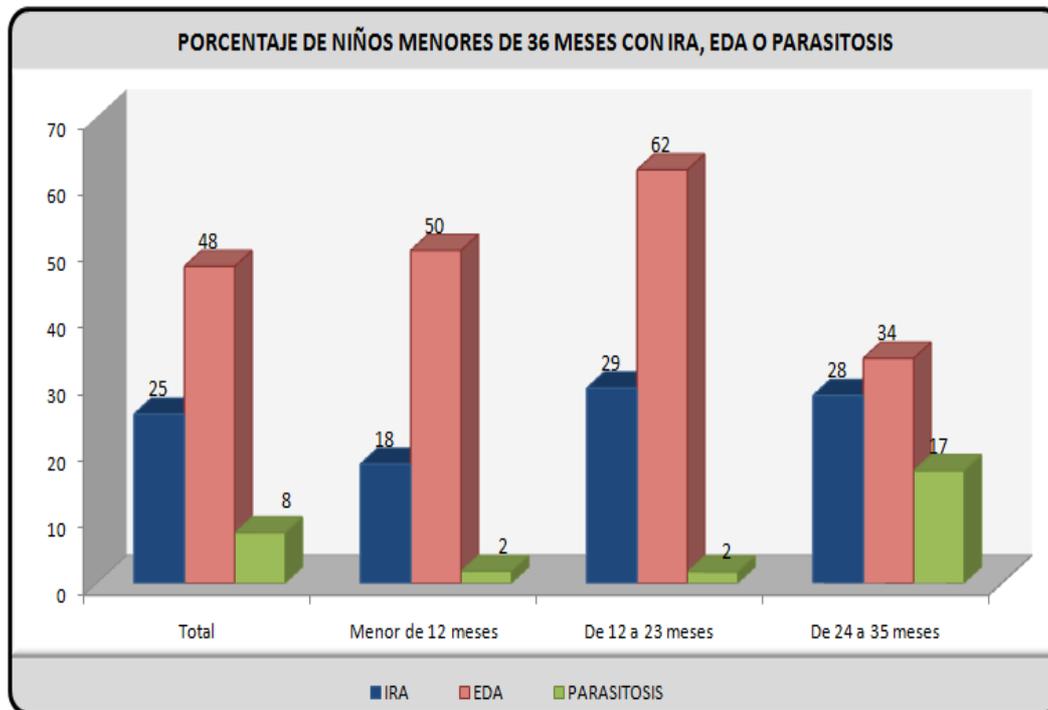
| | | | TOTAL | |
|-------------------|----|--|----------|------|
| | | | Absoluto | % |
| Total | No | | 171 | 92,4 |
| | Si | | 14 | 7,6 |
| Menor de 12 meses | No | | 55 | 98,2 |
| | Si | | 1 | 1,8 |
| De 12 a 23 meses | No | | 57 | 98,3 |
| | Si | | 1 | 1,7 |
| De 24 a 35 meses | No | | 59 | 83,1 |
| | Si | | 12 | 16,9 |

PARASITOSIS EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES



El comportamiento de enfermedades tales como IRA, EDA y/o Parasitosis, implica serios problemas para el desarrollo del niño. De acuerdo a los resultados, las EDAs, afectan más a los niños de área de estudio, especialmente en los menores a dos años. Las IRAs, si bien se encuentran por encima del promedio del departamento y la región, las diferencias no son significativas.

En cuanto a la parasitosis, los resultados indican que se evidencia a partir de los niños mayores de 2 años, afectando al 17.0% de ellos.



1.2.2 Nutrición

a) Prevalencia de Desnutrición Crónica

Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad o simplemente retardo en el crecimiento, se determina al comparar la talla con la esperada para su edad y sexo.

Hasta el año 2007, la evaluación del estado nutricional de los niños se venía realizando con la referencia internacional de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS/OMS). Cuestionamientos por la muestra de niños, la periodicidad de las mediciones y el método para describir el patrón de la variabilidad del crecimiento normal, influyeron sobre la necesidad de establecer nuevas referencias que se aproximaran a los estándares de “cómo debían crecer los niños” en lugar de “como crecían los niños”. En abril del año 2007, la OMS realizó el “Lanzamiento Nacional del Nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil” como resultado de estudios realizados en 8 países de distintos continentes, en los que muestra que todos los niños y niñas, nacidos en cualquier parte del mundo, tienen el mismo potencial de crecimiento. A este patrón se le conoce como el Patrón OMS¹⁴. En el presente informe se incluye la evaluación del crecimiento de los niños bajo el Patrón NCHS/CDC/OMS y el Patrón OMS.

¹⁴ Tomado de Informe Principal ENDES Continúa 2004-2006. Agosto 2007

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**Desnutrición crónica según Patrón Internacional de Crecimiento Infantil OMS**

La prevalencia de desnutrición crónica en el ámbito del estudio, según el patrón del OMS alcanza al 29.7% de los niños menores de 36 meses; cifra que es mayor entre los niños de 12 a 23 meses, afectando al 43.1% de los niños del mencionado grupo de edad; en orden de importancia le sigue los niños de 24 y más meses, dado que casi un tercio de ellos se encuentra desnutrido (32.4%); en tanto que como es de esperar los menores de 12 meses, son los que registran los menores porcentajes de desnutrición crónica; aunque dicha cifra indica que al menos 1 de cada 10 niños padece desnutrición; es decir retardo en el crecimiento para su edad.

Desnutrición crónica en niños menores de 36 meses, según rango de edad (Patrón OMS)

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No desnutrido crónico | 130 | 70,3 |
| | Desnutrido Crónico | 55 | 29,7 |
| Menor de 12 meses | No desnutrido crónico | 49 | 87,5 |
| | Desnutrido Crónico | 7 | 12,5 |
| De 12 a 23 meses | No desnutrido crónico | 33 | 56,9 |
| | Desnutrido Crónico | 25 | 43,1 |
| De 24 a 35 meses | No desnutrido crónico | 48 | 67,6 |
| | Desnutrido Crónico | 23 | 32,4 |

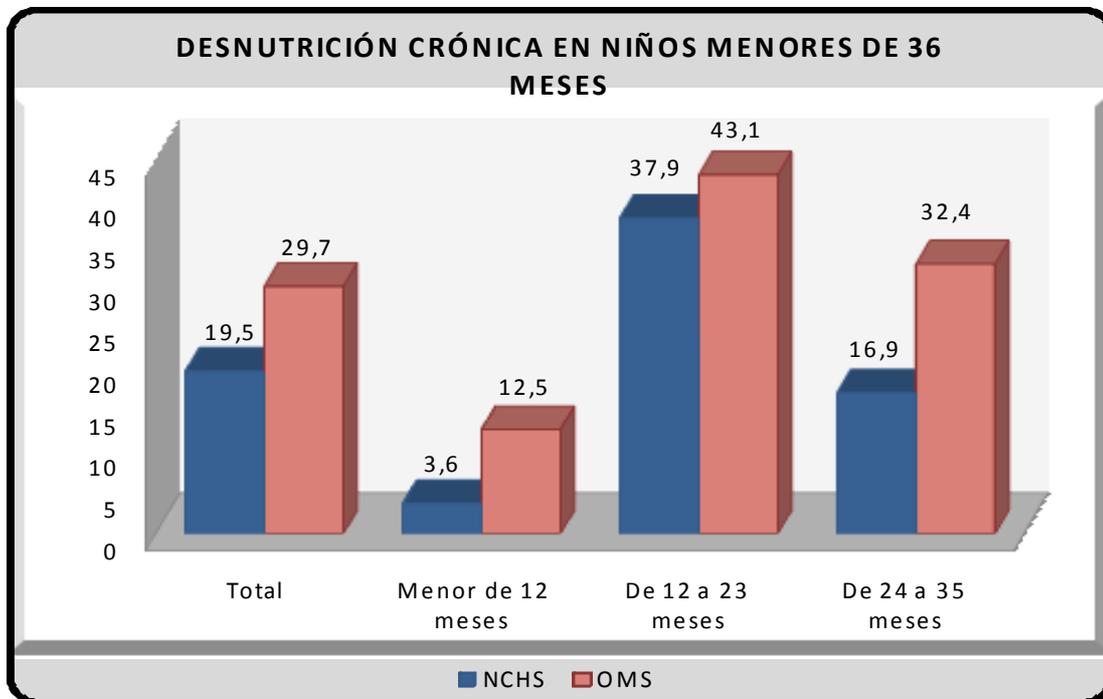
Desnutrición crónica según Patrón Internacional (NCHS)

De acuerdo al patrón internacional del NCHS, con vigencia hasta abril del 2007, la desnutrición crónica en niños menores de 36 meses en el ámbito del estudio es de 19.5%; se eleva a 37.9% entre los niños de 12 a 23 meses, para luego disminuir a 16.9% entre los niños de 24 y más meses. Como es de esperar, los resultados de la desnutrición crónica según los parámetros de NCHS son menores que los registrados por la OMS.

Desnutrición crónica en niños menores de 36 meses, según rango de edad (Patrón NCHS)

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No desnutrido crónico | 149 | 80,5 |
| | Desnutrido Crónico | 36 | 19,5 |
| Menor de 12 meses | No desnutrido crónico | 54 | 96,4 |
| | Desnutrido Crónico | 2 | 3,6 |
| De 12 a 23 meses | No desnutrido crónico | 36 | 62,1 |
| | Desnutrido Crónico | 22 | 37,9 |
| De 24 a 35 meses | No desnutrido crónico | 59 | 83,1 |
| | Desnutrido Crónico | 12 | 16,9 |

En el gráfico se muestra los resultados de la desnutrición crónica con los parámetros tanto de NCHS como de la OMS, y se puede apreciar que los niños de 12 a 23 meses son los más afectados y la brecha entre una y otra medida es menor a la registrada entre los niños menores de 12 meses como en los niños mayores de 24 meses.



b) Anemia en niños de 6 a 36 meses

La prevención de la deficiencia de hierro sobre la gravedad y permanencia se sustenta en las consecuencias sobre la salud de los niños, especialmente en los niños más pequeños. La anemia tiene serias repercusiones en niños de 6 meses hasta los dos años, que es cuando la hemoglobina contribuye a la maduración cerebral.

La deficiencia de hierro en los niños provoca trastornos en diversas funciones, entre ellas, las siguientes: alteración del desarrollo psicomotor, particularmente del lenguaje, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. En los niños, el más importante de los efectos adversos es la alteración del desarrollo psico-motor, probablemente irreversible.

Los factores que aumentan el riesgo de anemia en el niños son: bajo peso al nacer, breve duración de la lactancia materna exclusiva, introducción precoz (antes del sexto mes) de leche de vaca, introducción tardía de carne en la dieta y dietas de bajo contenido de hierro.

Los resultados sobre anemia son indican que más de la mitad de la población de niños menores de 36 meses (53.6%), tiene algún nivel de anemia, siendo mayor incluso entre los niños menores de 6 a 12 meses (75.9%), lo que resulta preocupante dado que este nivel no es esperado porque los niños debieran estar protegidos en sus primeros meses de vida, teniendo en cuenta que afecta a 3 de cada 4 niños de ese rango de edad, es importante tomar medidas porque puede producir daños irreparables que afecten la



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

capacidad intelectual de los niños. Entre los niños de 12 a 23 meses, la anemia se presenta en el 49.1% de ellos; mientras que dicha cifra disminuye ligeramente entre los niños de 24 y más meses de edad.

Porcentaje de niños menores de 6 a 36 meses con anemia, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|------------------|------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Sin anemia | 71 | 46,4 |
| | Anemia | 82 | 53,6 |
| De 6 a 12 meses | Sin anemia | 7 | 24,1 |
| | Anemia | 22 | 75,9 |
| De 12 a 23 meses | Sin anemia | 28 | 50,9 |
| | Anemia | 27 | 49,1 |
| De 24 a 35 meses | Sin anemia | 36 | 52,2 |
| | Anemia | 33 | 47,8 |

La clasificación para determinar el nivel de anemia en niños, considerando leve, moderada o severa se realiza teniendo en cuenta la edad. Los niños menores de 6 meses no se incluyen en las estimaciones por considerar que tienen niveles relativamente altos de hemoglobina al nacimiento.

Límite superior de la categoría

| Edad en meses | Leve | Moderada | Severa |
|---------------|------|----------|--------|
| 0-3 | 8.9 | 6.9 | 4.9 |
| 3-6 | 10.4 | 8.4 | 5.4 |
| 7-23 | 10.9 | 8.9 | 5.9 |
| 24+ | 11.4 | 9.4 | 6.4 |

Del total de niños menores de 6 a 36 meses, el 35.9% tiene anemia leve, un 16.3% padece anemia moderada y 1.3% tiene anemia severa. De acuerdo al rango de edad, se presenta mayor porcentaje de anemia moderada en los niños de 6 a 12 meses (37.9%), luego entre los niños de 12 a 23 meses, aunque la proporción es considerablemente menor (18.2%) y en los más grandes, la anemia moderada se presenta en el 5.8% de ellos, mientras que el 40.6% padece anemia leve.



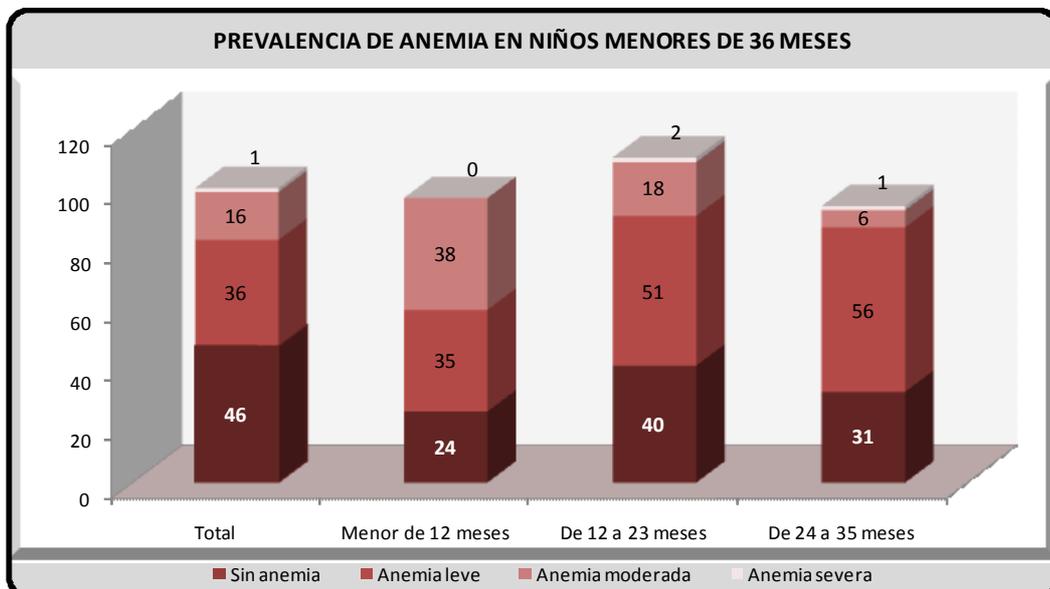


PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Porcentaje de niños menores de 6 a 36 meses según niveles de anemia

| | | TOTAL | |
|------------------|-----------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Sin anemia | 71 | 46,4 |
| | Anemia leve | 55 | 35,9 |
| | Anemia moderada | 25 | 16,3 |
| | Anemia severa | 2 | 1,3 |
| De 6 a 12 meses | Sin anemia | 7 | 24,1 |
| | Anemia leve | 10 | 34,5 |
| | Anemia moderada | 11 | 37,9 |
| | Anemia severa | 1 | 3,4 |
| De 12 a 23 meses | Sin anemia | 28 | 50,9 |
| | Anemia leve | 17 | 30,9 |
| | Anemia moderada | 10 | 18,2 |
| | Anemia severa | 0 | 0 |
| De 24 a 35 meses | Sin anemia | 36 | 52,2 |
| | Anemia leve | 28 | 40,6 |
| | Anemia moderada | 4 | 5,8 |
| | Anemia severa | 1 | 1,4 |



c) Lactancia materna exclusiva

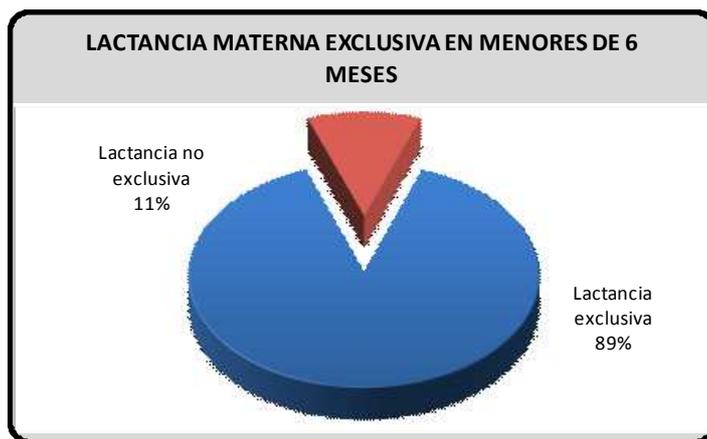
Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. La primera alimentación del niño es la lactancia materna, durante los primeros seis meses de vida del niño la leche materna por sí sola es el alimento ideal, contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento saludable así como factores inmunizantes que los protegen contra las infecciones comunes de la niñez.

La alimentación del niño durante sus primeros meses de vida resulta de vital importancia para la prevención de enfermedades no transmisibles durante toda la vida. Así, “el estado nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes”¹⁵. Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. Si bien la casi totalidad de los niños inicia su alimentación con la leche materna, el tiempo de la lactancia es la que marca la diferencia.

En las áreas de estudio de Ayacucho, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es mayoritaria, así el 88.9% de los niños del mencionado rango de edad son alimentados exclusivamente con leche materna o pecho.

Lactancia materna exclusiva y no exclusiva en niños menores de 6 meses, según área

| | TOTAL | |
|------------------------|----------|-------|
| | Absoluto | % |
| Total | 27 | 100,0 |
| Lactancia exclusiva | 24 | 88,9 |
| Lactancia no exclusiva | 3 | 11,1 |



En general para los niños menores de 36 meses, el promedio de lactancia materna exclusiva es de 5.49 meses, lo que evidencia que esta práctica está difundida.

¹⁵ Hodgson, María Isabel. Evaluación del Estado Nutricional. Tomado de la ENDES 2009.

Promedio de lactancia materna exclusiva en niños menores de 36 meses

| | TOTAL | |
|-----------------------------|----------|----------|
| | Absoluto | PROMEDIO |
| Lactancia Materna Exclusiva | 179 | 5,49 |

d) Suministro y consumo de hierro entre niños menores de 36 meses

Desde su nacimiento, los niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, seguida de alimentación complementaria apropiada, tienen un desarrollo óptimo tanto físico como mental. Sin embargo a medida que el niño crece y se vuelve más activo, los alimentos complementarios llenan el vacío entre las necesidades nutritivas totales del niño y las cantidades proporcionadas por la leche materna.

Los niños pequeños no crecerán bien sin las cantidades adecuadas y una buena mezcla de estos alimentos adicionales y su sistema inmune se hará menos eficaz, por lo que es necesario proporcionarles suplemento de hierro y vitamina A.

Del total de niños menores de 36 meses, el 44.3% recibió dosis de hierro, según lo declarado por la madre; de ello se deduce que el 53.5% no recibió hierro y un 2.2% que no sabe o no responde.

De acuerdo al rango de edad, hay un 85.7% de niños menores de 12 meses que no recibieron dosis de hierro y en el rango de 12 a 23 meses, esa cifra disminuye a 48.3%, pero no por eso es menos importante. Entre los niños de mayor edad, de 24 y más meses, el porcentaje de ellos que no recibió hierro alcanza al 32.4%.

Niños menores de 36 meses que recibieron dosis de hierro, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Si | 82 | 44,3 |
| | No | 99 | 53,5 |
| | No sabe | 4 | 2,2 |
| Menor de 12 meses | Si | 7 | 12,5 |
| | No | 48 | 85,7 |
| | No sabe | 1 | 1,8 |
| De 12 a 23 meses | Si | 29 | 50,0 |
| | No | 28 | 48,3 |
| | No sabe | 1 | 1,7 |
| De 24 a 35 meses | Si | 46 | 64,8 |
| | No | 23 | 32,4 |
| | No sabe | 2 | 2,8 |

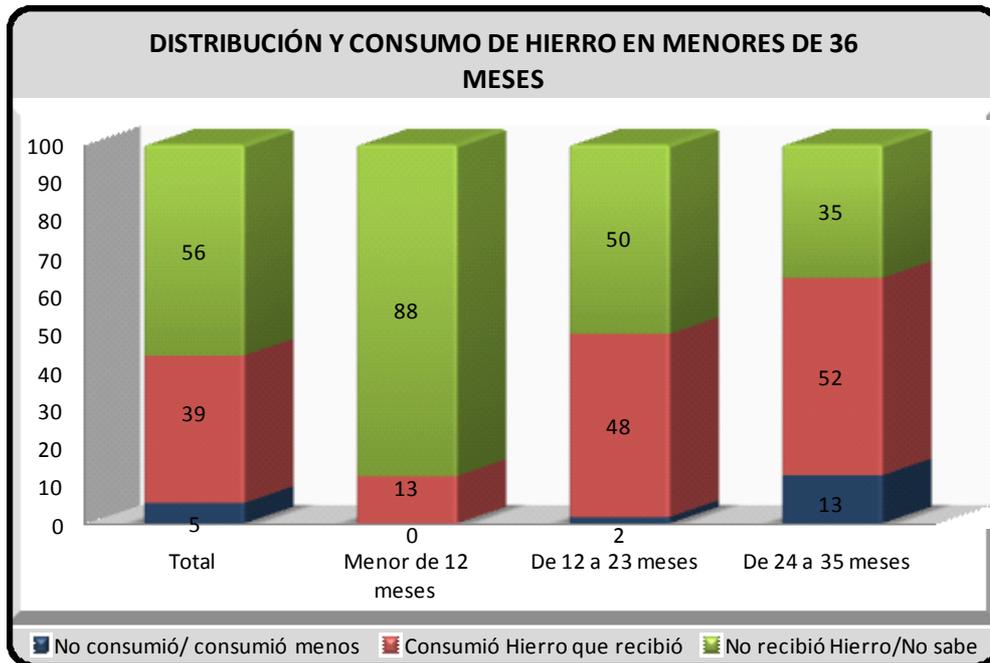


Con estos resultados, solo el 38.9% de los niños menores de 36 meses consumió el hierro que le fue suministrado; mientras que un 55.7% no recibió hierro o no recuerda haber recibido.

Niños menores de 36 meses que consumieron hierro, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consumió/consumió menos | 10 | 5,4 |
| | Consumió Hierro que recibió | 72 | 38,9 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 103 | 55,7 |
| Menor de 12 meses | No consumió/consumió menos | 0 | 0 |
| | Consumió Hierro que recibió | 7 | 12,5 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 49 | 87,5 |
| De 12 a 23 meses | No consumió/consumió menos | 1 | 1,7 |
| | Consumió Hierro que recibió | 28 | 48,3 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 29 | 50 |
| De 24 a 35 meses | No consumió/consumió menos | 9 | 12,7 |
| | Consumió Hierro que recibió | 37 | 52,1 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 25 | 35,2 |

De acuerdo al rango de edad, sólo un 12.5% de los niños menores de 12 meses consumió las dosis de hierro establecidas; mientras que el 87.5% no recibió o no acuerda de haberlo recibido. En los niños de 12 a 23 meses, hay un 48.3% que consumió hierro en las dosis determinada y entre los más grandes, la ingesta incluye al 52.1%, pese a ello, el nivel alcanzado es bajo.



e) Vitamina A en niños menores de 36 meses

La carencia alimentaria de vitamina A afecta frecuentemente y de manera importante a los ojos y puede llevar a la ceguera. La xeroftalmía, que significa sequedad de los ojos (de la palabra griega *xeros* que significa seco), es el término que se utiliza para incluir las manifestaciones oculares resultantes de la falta de vitamina A. La carencia de vitamina A tiene además un papel en varios cuadros clínicos no relacionados con los ojos, y puede contribuir a aumentar la tasa de mortalidad infantil, sobre todo en niños con sarampión. Aparte del ojo, la carencia de vitamina A también afecta adversamente las superficies epiteliales.

Un consumo inadecuado de caroteno o vitamina A preformada, una deficiente absorción de la vitamina o una mayor demanda metabólica puede llevar a la carencia de vitamina A. De estas tres, la deficiencia alimentaria es en general la causa más común de xeroftalmía.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Del total de niños entrevistados, el 53.0% recibió vitamina A; mientras que otro importante 44.9% no recibió la dosis correspondiente. Por rangos de edad, el 21.4% de los niños menores de 12 meses recibieron vitamina A y un 62.1% de las madre con niños de 12 a 23 meses manifestaron que si lo recibieron; hecho que también fue declarado en el caso de del 70.4% de los niños de 24 y más meses.

Porcentaje de menores de 36 meses que recibieron dosis de vitamina A, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Si | 98 | 53,0 |
| | No | 83 | 44,9 |
| | No sabe | 4 | 2,2 |
| Menor de 12 meses | Si | 12 | 21,4 |
| | No | 43 | 76,8 |
| | No sabe | 1 | 1,8 |
| De 12 a 23 meses | Si | 36 | 62,1 |
| | No | 21 | 36,2 |
| | No sabe | 1 | 1,7 |
| De 24 a 35 meses | Si | 50 | 70,4 |
| | No | 19 | 26,8 |
| | No sabe | 2 | 2,8 |



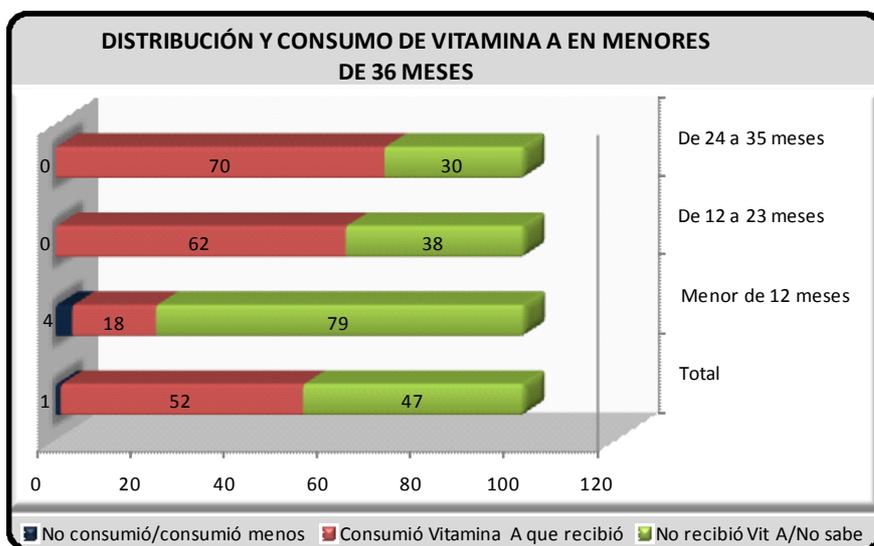
PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Con relación al consumo de vitamina A, el 51.9% de los niños la consumieron; pero el 47.0% no lo recibió o no recuerda. En los niños menores de 12 meses solo el 17.9% consumió dosis de vitamina A y el resto no recibió; en cambio entre los niños de 12 a 23 meses hay un 62.1% que lo recibió y consumió y entre los mayores igual, lo que recibió fue consumido por los niños (70.4%).

Consumo de vitamina A de niños menores de 36 meses, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consumió/consumió menos | 2 | 1,1 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 96 | 51,9 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 87 | 47,0 |
| Menor de 12 meses | No consumió/consumió menos | 2 | 3,6 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 10 | 17,9 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 44 | 78,6 |
| De 12 a 23 meses | No consumió/consumió menos | 0 | 0 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 36 | 62,1 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 22 | 37,9 |
| De 24 a 35 meses | No consumió/consumió menos | 0 | 0 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 50 | 70,4 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 21 | 29,6 |





f) Consumo de alimentos con proteína animal

Los alimentos complementarios necesitan contener suficiente energía, proteínas, minerales y vitaminas para cumplir con las necesidades nutricionales del niño que crece. Las necesidades nutricionales más difíciles de satisfacer son por lo general de energía, hierro, zinc y vitamina A. Los alimentos altos en hierro y zinc incluyen la sangre, carnes rojas, hígado, riñones y otros tipos de menudencias. Las yemas de huevo, hojas verdes oscuras y legumbres también son altas en hierro, pero este hierro no es tan fácil de absorber en el cuerpo. Sin embargo, el comer fruta rica en vitamina C, en la misma comida mejorará la absorción de hierro.

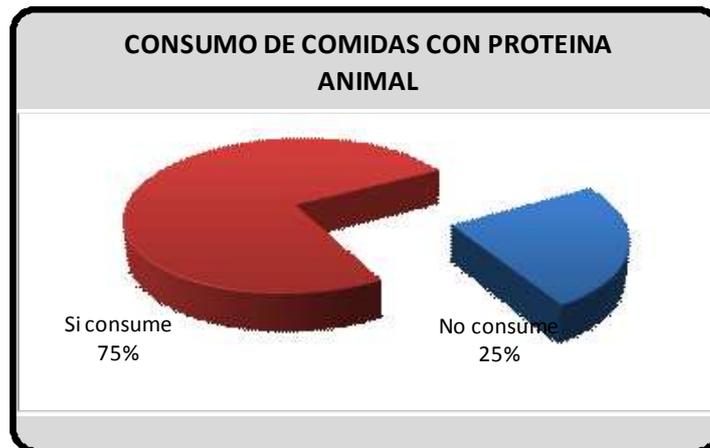
Las proteínas son macromoléculas formadas por la unión de aminoácidos¹⁶, los cuales son fundamentales para el buen funcionamiento del organismo. Una persona adulta, requiere ocho aminoácidos esenciales; mientras que durante el crecimiento se necesitan diez. La calidad de una proteína depende de su contenido en aminoácidos esenciales, esa calidad está medida por un índice llamado valor biológico. Por lo tanto, una proteína es de alta calidad o tiene un alto valor biológico cuando es rica en aminoácidos esenciales. Éstas se encuentran en la leche materna y en los huevos, le siguen las proteínas de la carne y el pescado y luego los lácteos. Se considera que las proteínas de origen animal son más nutritivas y completas que las de origen vegetal, que son incompletas y de un menor valor biológico. La carencia proteica produce una disminución de la masa muscular, un metabolismo lento, bajo rendimiento físico e intelectual, fatiga, apatía, y deterioro general de todo nuestro organismo.

Para conocer la dieta alimentaría de los niños y en particular el consumo de alimentos con proteína animal, en la encuesta de salud se incluyó la tabla de alimentos que se utiliza en el ENDES. Y con la madre del niño se indagó acerca de los líquidos y alimentos que el niño comió en día anterior durante el día o la noche.

La metodología consiste en realizar un recuento de todos los líquidos o alimentos que comió o bebió el día anterior a la entrevista, se utilizó una tabla de clasificación de alimentos de acuerdo a su mayor aporte nutricional y el consumo de al menos uno de estos grupos de alimentos o bebidas.

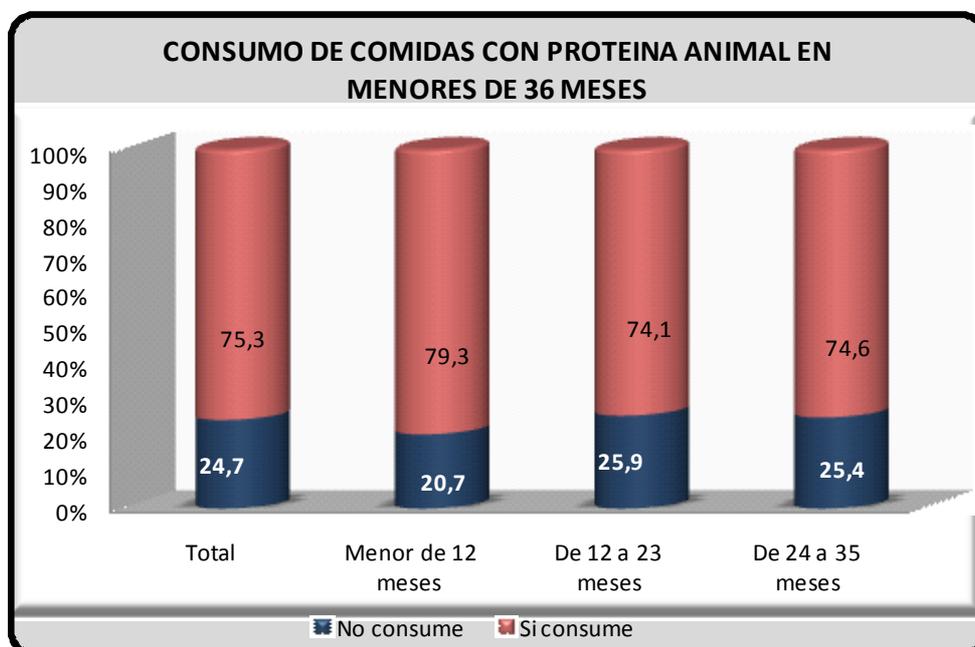
En Ayacucho, la ingesta de alimentos de alto valor biológico, es relativamente adecuada el 75.3% de los niños consume comidas con proteína animal; la cuarta parte restantes de niños (24.7%) no incluye comidas con proteína animal. Entre los niños menores de 12 meses este porcentaje es mayor (79.3%), mientras que entre los niños de 12 y más meses, el porcentaje es algo menor al promedio general.

¹⁶ Los aminoácidos se dividen en aminoácidos esenciales y no esenciales. Los esenciales son aquellos que no son elaborados por nuestro organismo y deben incorporarse a través de la dieta. Los no esenciales son sintetizados por nuestro metabolismo. <http://www.zonadiet.com/nutricion/proteina-origen.htm>



Consumo de comidas con Proteína animal de niños de 6 a 35 meses, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consume comidas con proteína animal | 39 | 24,7 |
| | Consume comidas con proteína animal | 119 | 75,3 |
| Menor de 12 meses | No consume comidas con proteína animal | 6 | 20,7 |
| | Consume comidas con proteína animal | 23 | 79,3 |
| De 12 a 23 meses | No consume comidas con proteína animal | 15 | 25,9 |
| | Consume comidas con proteína animal | 43 | 74,1 |
| De 24 a 35 meses | No consume comidas con proteína animal | 18 | 25,4 |
| | Consume comidas con proteína animal | 53 | 74,6 |



1.2.3 Acceso a los servicios de salud

a) Peso del recién nacido

El peso al nacer se considera un predictor del futuro del recién nacido. El índice de mortalidad asciende, para cualquier semana de la gestación, cuanto más bajo es el peso al nacer, por lo que es un factor muy importante para la supervivencia del neonato, así como para un crecimiento y desarrollo saludables. Niños con peso al nacer menor a 2.5 Kg. representa un riesgo para su salud.

De acuerdo a la tabla de referencia de la OMS, el peso ideal de un niño de sexo masculino es de 3.3 Kg. y para una niña es de 3.2 Kg.

Los antecedentes de los niños del ámbito de estudio de Ayacucho no son tan adversos como se esperaba pues sólo el 2.2% de los niños nació con menos de 2.500 Kg. otro 59.6% nació con peso de 2.500 Kg a 3.300 Kg, y el resto con más de 3.200 Kg. (38.2%). En el caso de las niñas, el porcentaje de niñas con bajo peso al nacer es de 4.3%; en tanto que el 67.4% de ellas pesó de 2.500 kg, a 3200 kg.

Peso al nacer, por sexo, según área

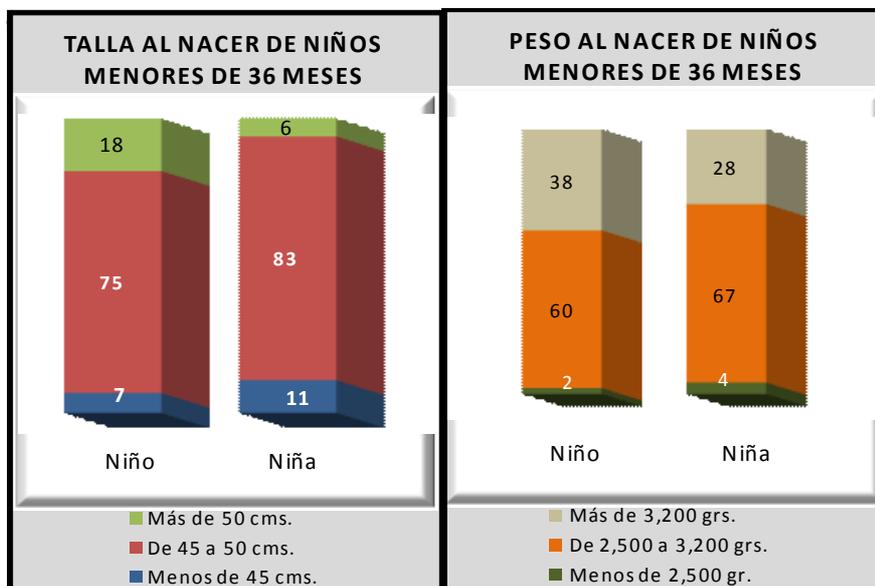
| | | TOTAL | |
|------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Niño | Menos de 2,500 gr. | 2 | 2,2 |
| | De 2,500 a 3,200 grs. | 53 | 59,6 |
| | Más de 3,200 grs. | 34 | 38,2 |
| Niña | Menos de 2,500 gr. | 4 | 4,3 |
| | De 2,500 a 3,200 grs. | 62 | 67,4 |
| | Más de 3,200 grs. | 26 | 28,3 |

b) Longitud del recién nacido

De acuerdo a los resultados y asociado con su bajo peso, el 6.8% de los niños nació con una longitud menor de 45 cms., y un 75.3% midió al nacer entre 45 y 50 cms., el resto tenía una longitud de 50 y más cms. (17.8%). En el caso de las niñas, hay un 11.1% que tuvo bajo peso al nacer, en tanto que el 82.7% de las niñas miden entre 45 y 50 cms y el resto de las niñas miden más de 50 cms. (6.2%).

Talla al nacer, por sexo, según área

| | | TOTAL | |
|------|------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Niño | Menos de 45 cms. | 5 | 6,8 |
| | De 45 a 50 cms. | 55 | 75,3 |
| | Más de 50 cms. | 13 | 17,8 |
| Niña | Menos de 45 cms. | 9 | 11,1 |
| | De 45 a 50 cms. | 67 | 82,7 |
| | Más de 50 cms. | 5 | 6,2 |



c) Control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña CRED¹⁷

El control de crecimiento y desarrollo del niño y niña CRED, constituye un conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo, así también considera la promoción de la salud física, mental, emocional y social.

Es realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, sensible, con actitudes y comportamientos apropiados. Teniendo en cuenta las necesidades, características y capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural. Es participativo, es decir permite establecer una relación de respeto y confianza con la madre para que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones. Involucrando al padre y a la familia en las responsabilidades del cuidado de la niña y el niño.

El CRED establece un conjunto de actividades integrales que va desde la entrevista inicial para investigar factores de riesgo asociados al crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, conocer la evolución entre control y control, adaptación a la alimentación actual, verificación del esquema de vacunación actual, reacciones post vacúnales, ambiente familiar, entre otros. Los procedimientos incluyen el seguimiento de la nutrición, prevención de las deficiencias de nutrición por micronutrientes (hierro, yodo y vitamina "A"), estado vacunal, seguimiento al crecimiento (antropometría), entre otros; y finalmente después de todo el proceso de evaluación, se realiza la consejería participativa.

¹⁷ Tomado del Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Estas evaluaciones están programadas de acuerdo al grupo etáreo y son referenciadas en el carné de vacunaciones. Durante la entrevista con la madre se verificó con el carné del niño el número de controles realizados y se realizó la transcripción correspondiente al cuestionario de la encuesta. De acuerdo al esquema de controles por grupo etáreo se presenta los resultados de los controles completos para la edad¹⁸.

En ese contexto, se considera 11 controles para niños menores de 12 meses, 6 controles adicionales para los niños en el segundo año de vida y 4 para el tercer año. En el ámbito de intervención del proyecto, el 57.3% de los niños menores de 36 meses completaron sus controles del CRED¹⁹.

Del total de niños de la población de estudio en Ayacucho, más de la mitad tiene CRED completo de acuerdo a la edad (53.1%). Esta cifra es significativamente mayor entre los niños menores de 12 meses, donde alcanza al 71.7% de los niños de ese rango de edad. En el caso de los niños de 24 y más meses acuden el 32.4% a realizar sus controles establecidos; mientras que los niños de 12 y 23 meses registran los niveles más bajos de cobertura del CRED (60.7%).

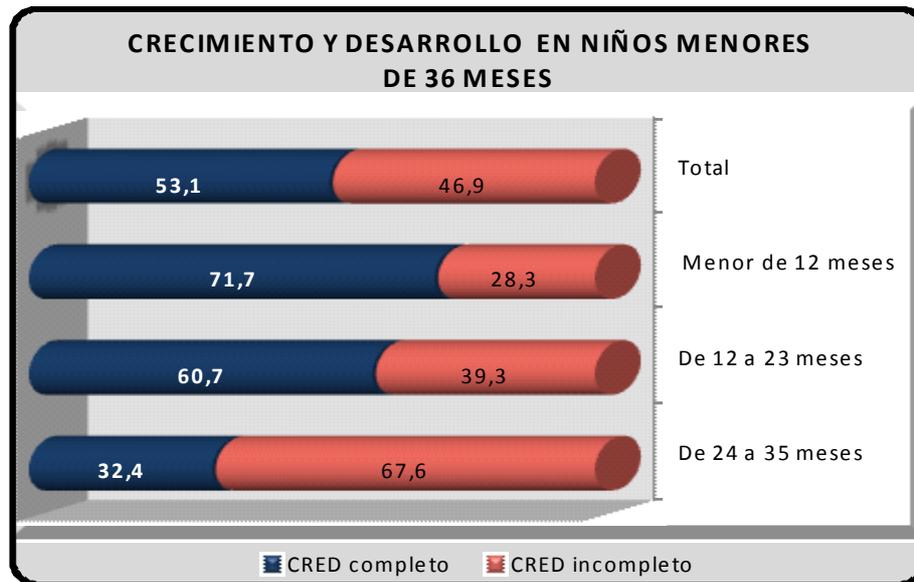
Niños menores de 36 meses que completaron CRED, de acuerdo a la edad, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Tiene CRED completo | 94 | 53,1 |
| | No tiene CRED completo | 83 | 46,9 |
| Menor de 12 meses | Tiene CRED completo | 38 | 71,7 |
| | No tiene CRED completo | 15 | 28,3 |
| De 12 a 23 meses | Tiene CRED completo | 34 | 60,7 |
| | No tiene CRED completo | 22 | 39,3 |
| De 24 a 35 meses | Tiene CRED completo | 22 | 32,4 |
| | No tiene CRED completo | 46 | 67,6 |

¹⁸ La fuente de información es el carné de vacunaciones.

¹⁹ La referencia para el número de controles del CRED es la que se encuentra vigente este año.





d) Inmunizaciones según norma técnica

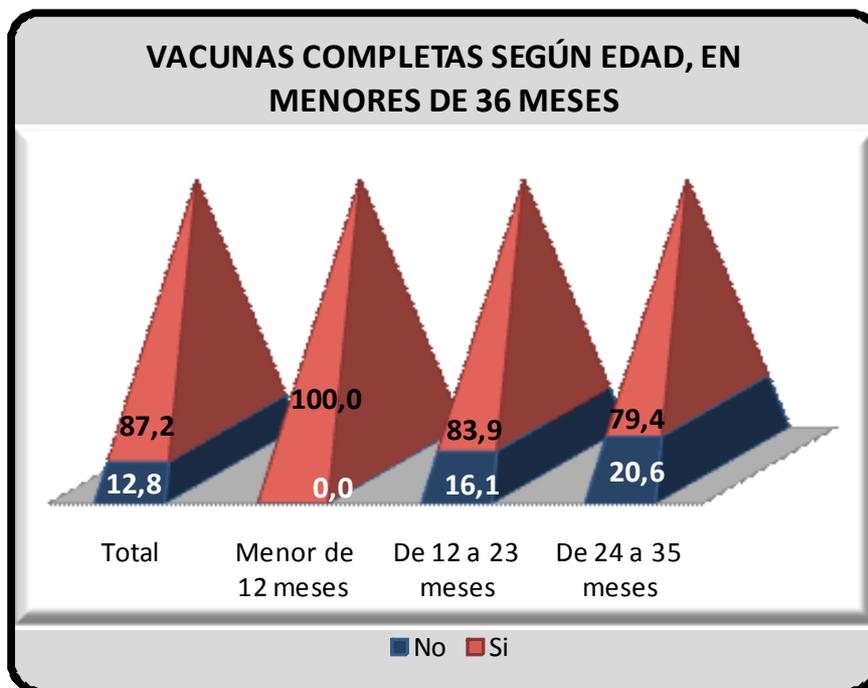
Las vacunas son responsables del control de muchas enfermedades infecciosas que antes habían sido muy frecuentes; sin embargo, pese al control, los virus y bacterias de muchas de ellas que provocan estas enfermedades aún existen. Las vacunas proporcionan protección a través de los años.

Las vacunas se dosifican y se suministran de acuerdo a un calendario. El Ministerio de Salud es el ente normativo que establece la forma de administrar estas vacunas, algunas son específicas, otras van agrupadas, a lo largo de los 5 últimos años ha variado la forma y el número de vacunaciones. En la encuesta de salud, se captó información de todas las vacunas y sus variaciones y éstas provienen del carné de vacunaciones en el 100% de los casos. Cabe señalar que para que los niños estén protegidos deben completar todas las dosis programadas. Los resultados muestran la aplicación de todas las vacunas básicas de los niños para su edad; aunque está pendiente la inclusión del Rotavirus, en función de la fecha de su implementación.

En Ayacucho, el 87.2% de los niños menores de 3 años han completado sus vacunas de acuerdo a su edad. Un aspecto resaltante de destacar es que todos los niños menores de 12 meses han sido vacunados, lo que dice del buen acceso a los servicios de salud. No obstante, entre los niños de 12 a 23 meses, hay un 83.9% de niños que completaron sus vacunas; cifra que disminuye a 79.4% entre los niños de 24 a 35 meses. Es importante mencionar que la información registrada corresponde a su tarjeta de vacunación.

Niños menores de 36 meses que completaron vacunas, de acuerdo a la edad, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|----|----------|-------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No | 23 | 12,8 |
| | Si | 156 | 87,2 |
| Menor de 12 meses | No | 0 | 0,0 |
| | Si | 55 | 100,0 |
| De 12 a 23 meses | No | 9 | 16,1 |
| | Si | 47 | 83,9 |
| De 24 a 35 meses | No | 14 | 20,6 |
| | Si | 54 | 79,4 |



1.2.4 Salubridad e Higiene

a) Hogares con cocinas mejoradas funcionando

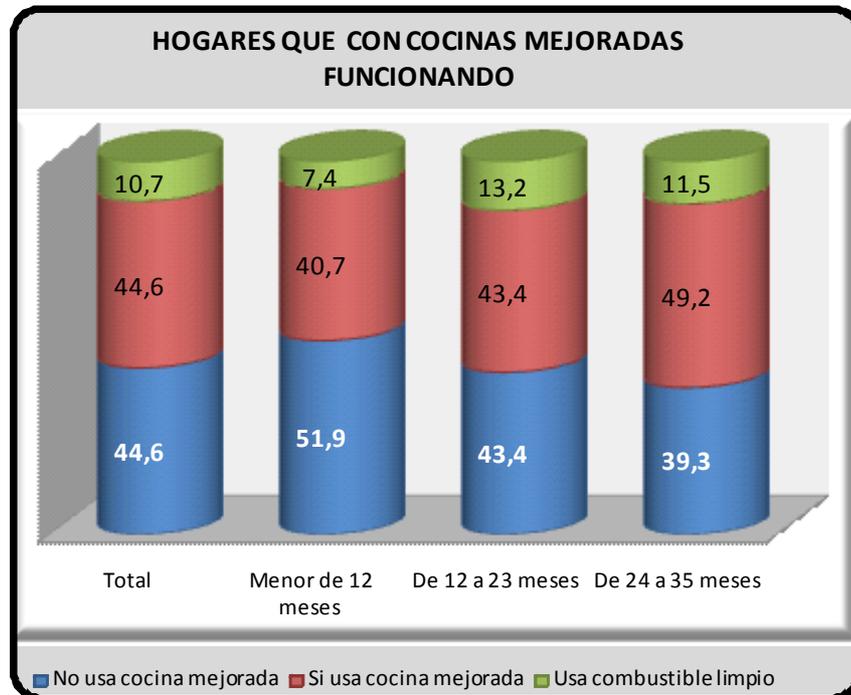
Se construyó un índice para conocer la tenencia de cocina mejorada, en el cual se consideró los criterios siguientes: a) Tiene conducto de ventilación y fuera de la vivienda; b) Tiene base de adobe, barro o cemento; y c) Tiene más de una hornilla; y d) Tiene hornilla con aros selladores. Adicionalmente se consideró a aquellos hogares que cocinan con “combustible limpio”, vale decir aquéllos que utilizan electricidad, gas y kerosene.



Los resultados de la investigación indican que bajo los criterios establecidos, hay un 44.6% de los hogares que tienen cocinas mejoradas funcionando; otro porcentaje igual no usa mejorada y un 10.7% cocina con combustible limpio. De acuerdo a la edad del niño, se aprecia que a menor edad, hay menor porcentaje de hogares que tienen cocina mejorada funcionando. Así, hay un 40.7% de familias con niños menores de 12 meses que tienen cocinas mejoradas funcionando; mientras que al otro extremo, entre los niños de 24 a 35 meses, se incrementa a 49.2%, el porcentaje de familias que tienen cocinas mejoradas funcionando; apreciándose que existe un mayor porcentaje de familias que cocinan con combustible limpio.

Familias con cocinas mejoradas funcionando, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No usa cocina mejorada | 75 | 44,6 |
| | Si usa cocina mejorada | 75 | 44,6 |
| | Usa combustible limpio | 18 | 10,7 |
| Menor de 12 meses | No usa cocina mejorada | 28 | 51,9 |
| | Si usa cocina mejorada | 22 | 40,7 |
| | Usa combustible limpio | 4 | 7,4 |
| De 12 a 23 meses | No usa cocina mejorada | 23 | 43,4 |
| | Si usa cocina mejorada | 23 | 43,4 |
| | Usa combustible limpio | 7 | 13,2 |
| De 24 a 35 meses | No usa cocina mejorada | 24 | 39,3 |
| | Si usa cocina mejorada | 30 | 49,2 |
| | Usa combustible limpio | 7 | 11,5 |



2.2.4.2 Hogares que guardan alimento en lugar limpio²⁰

En general, los alimentos se encuentran expuestos a la contaminación, desde el momento de su producción hasta en el de su consumo, ya sea por agentes naturales o debido a la intervención humana. Entre los agentes naturales mayormente son bacterias, hongos, levaduras o sus toxinas y pueden desarrollarse tanto en alimentos frescos como procesados, causando enfermedades en quienes ingieren esos productos. La contaminación química, producto del desarrollo tecnológico, también puede generar serios inconvenientes.

La inocuidad de los alimentos conlleva a la ausencia de sustancias tales como: contaminantes, adulterantes, toxinas etc., que convierten el alimento en algo nocivo para la salud de las personas, en algunos casos con consecuencias agudas y en otras de carácter crónico. Es difícil que exista un control eficiente de los contaminantes en la producción primaria de los alimentos, por lo tanto es importante protegerlos desde el momento de la compra hasta que los hogares los consumen. La higiene y la manipulación cuidadosa de los alimentos y utensilios que se utilizan en la cocina así como el almacenamiento adecuado y oportuno, constituyen las medidas más eficaces en la prevención de consecuencias no deseadas para la salud. La importancia de manipular alimentos en forma adecuada para prevenir enfermedades por contaminación empieza por el lugar donde almacenan alimentos y si este se encuentra en condiciones de limpieza adecuadas.

²⁰ Shea Rutstein, Rosario Céspedes. Situación de la Salud Ambiental en Hogares 2006.



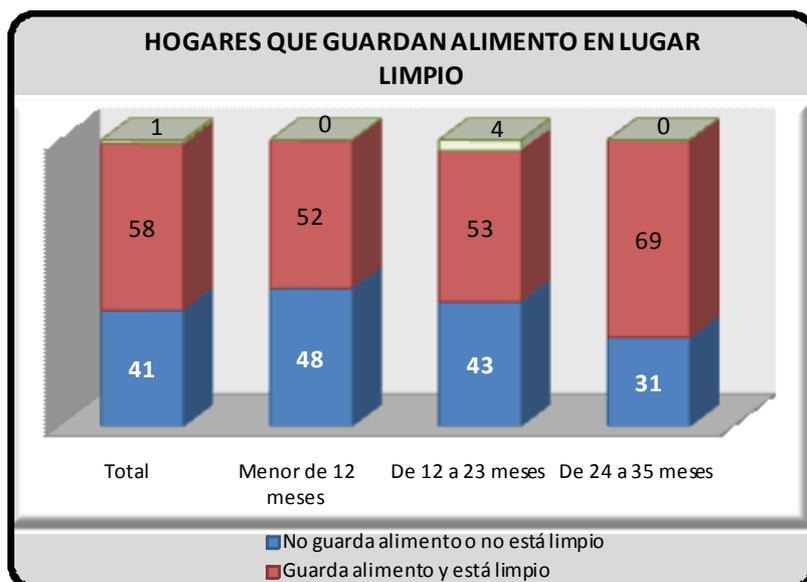
PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Los resultados de la encuesta indican que más de la mitad de los hogares (58.3%) guardan el alimento y el lugar se encuentra limpio; sin embargo llama la atención la falta de cuidado al manipular los alimentos en niños menores de 12 meses, dado que el 51.9% de estos hogares tiene el cuidado de guardar alimentos y tener un lugar limpio. En el caso de los niños de 12 a 23 meses, esta práctica es propio del 52.8% de los hogares; mientras que en hogares de niños con 24 a 35 meses, se eleva a 68.9%.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que guardan alimento en lugar limpio, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No guarda alimento o no está limpio | 68 | 40,5 |
| | Guarda alimento y está limpio | 98 | 58,3 |
| | No observó | 2 | 1,2 |
| Menor de 12 meses | No guarda alimento o no está limpio | 26 | 48,1 |
| | Guarda alimento y está limpio | 28 | 51,9 |
| | No observó | 0 | 0,0 |
| De 12 a 23 meses | No guarda alimento o no está limpio | 23 | 43,4 |
| | Guarda alimento y está limpio | 28 | 52,8 |
| | No observó | 2 | 3,8 |
| De 24 a 35 meses | No guarda alimento o no está limpio | 19 | 31,1 |
| | Guarda alimento y está limpio | 42 | 68,9 |
| | No observó | 0 | 0,0 |



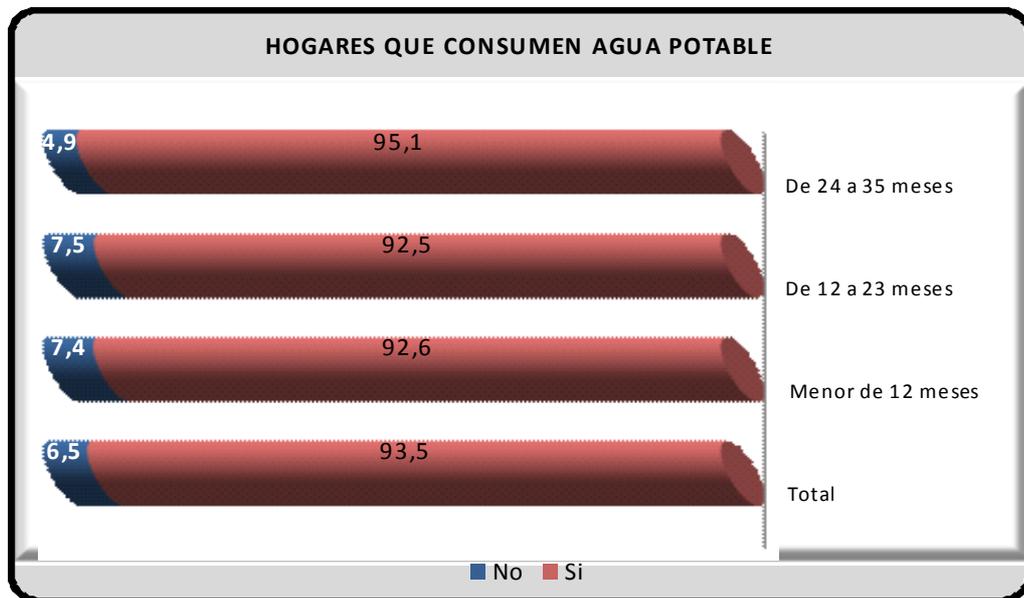
**c) Consumo de agua de red pública**

Una de las principales preocupaciones de los últimos gobiernos, ha sido la priorización para ampliar la cobertura mediante la construcción de infraestructura social, lo que ha permitido mejoras en el acceso a servicios de agua (y de saneamiento) de calidad que repercuten en la calidad de vida de los pobres. El impacto del abastecimiento de agua potable es mayor en aquellos lugares donde tienen que efectuar largos recorridos para recoger agua, cuando el ahorro de tiempo puede ser aprovechado para realizar actividades productivas y en el caso de los niños, en su educación. Asimismo, tiene un efecto importante sobre la equidad de género porque las mujeres y niñas son las que dedican más tiempo a recoger agua. En la encuesta del hogar se consideró el abastecimiento de agua para aquellos hogares que están conectados a red pública dentro y fuera de la vivienda y el acceso a pilón público.

En el ámbito de estudio de Ayacucho, la mayoría de los hogares consume agua de red pública (93.5%), porcentaje que se mantiene con ligeros altibajos en los hogares según rango de edad, siendo mayor el consumo de agua de red pública entre los niños de mayor edad, es decir de 24 a 35 meses (95.1%).

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que consumen agua de red pública, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Consume agua de otra fuente | 11 | 6,5 |
| | Consume agua de red pública | 157 | 93,5 |
| Menor de 12 meses | Consume agua de otra fuente | 4 | 7,4 |
| | Consume agua de red pública | 50 | 92,6 |
| De 12 a 23 meses | Consume agua de otra fuente | 4 | 7,5 |
| | Consume agua de red pública | 49 | 92,5 |
| De 24 a 35 meses | Consume agua de otra fuente | 3 | 4,9 |
| | Consume agua de red pública | 58 | 95,1 |



d) Almacenamiento de Agua en el hogar

Los métodos domésticos que se utiliza en el tratamiento para producir agua con una calidad microbiológica aceptable y mantener esa calidad durante su almacenamiento y uso requiere de una adecuada manipulación del agua porque el más ligero contacto con una superficie contaminada puede introducir los elementos patógenos en el agua y conducir la recontaminación. Por tanto, resulta importante que el envase de almacenamiento se encuentre diseñado de forma que evite el contacto entre el agua y las manos y los utensilios e incluso el ambiente para prevenir las enfermedades transmisibles por el agua.

Para fines de la investigación se consideró las diferentes fuentes de abastecimiento de agua y el uso de envases adecuados (con tapa).

En Ayacucho, los resultados del estudio indican que el 95.8% de los hogares almacena en forma adecuada el agua, lo que de alguna forma evita la contaminación del agua a ser utilizada en el hogar; no obstante entre los niños menores de 12 meses, este porcentaje disminuye ligeramente (92.6%), lo que resulta contraproducente porque son niños que requieren mayores cuidados, mientras que entre los más grandes, de 24 a 35 meses, la totalidad de los hogares almacena adecuadamente el agua.

**Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que
almacena agua, según rango de edad**

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------|----------|-------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No almacena adecuadamente | 7 | 4,2 |
| | Almacena adecuadamente | 161 | 95,8 |
| | No almacena agua | 0 | 0,0 |
| Menor de 12 meses | No almacena adecuadamente | 4 | 7,4 |
| | Almacena adecuadamente | 50 | 92,6 |
| | No almacena agua | 0 | 0,0 |
| De 12 a 23 meses | No almacena adecuadamente | 3 | 5,7 |
| | Almacena adecuadamente | 50 | 94,3 |
| | No almacena agua | 0 | 0,0 |
| De 24 a 35 meses | No almacena adecuadamente | 0 | 0,0 |
| | Almacena adecuadamente | 61 | 100,0 |
| | No almacena agua | 0 | 0,0 |



**e) Tratamiento al Agua para beber**

Los métodos domésticos para purificar el agua de consumo humano, consiste en la aplicación de equipos de tratamiento y sustancias germicidas, orientadas fundamentalmente al aspecto bacteriológico, por considerarse como un riesgo inmediato a la salud. La desinfección del agua mata o inactiva a la mayoría de los organismos patógenos, los que son resistentes a los desinfectantes pueden ser esporas bacterianas, bacterias en grupos, hongos, quistes y otros microorganismos que requieren tratamiento adicional tales como filtración para eliminarlos del agua.

Las medidas químicas de desinfección son, entre otras, el tratamiento con Cloro o Yodo mientras que las medidas físicas incluyen hervir el agua; la filtración, si bien no es un método de desinfección, puede mejorar la calidad del agua. Hervir el agua es el método más simple de desinfección siempre y cuando se disponga de combustible.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, para el ámbito del proyecto en Ayacucho, los hogares realizan un tratamiento adecuado para beber en el 100.0% de los casos, ya sea utilizando lejía o cloro o hervir el agua.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que realizan tratamiento de agua, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|-------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No realiza tratamiento adecuado | 0 | 0,0 |
| | Agua tratada adecuadamente | 168 | 100,0 |
| Menor de 12 meses | No realiza tratamiento adecuado | 0 | 0,0 |
| | Agua tratada adecuadamente | 54 | 100,0 |
| De 12 a 23 meses | No realiza tratamiento adecuado | 0 | 0,0 |
| | Agua tratada adecuadamente | 53 | 100,0 |
| De 24 a 35 meses | No realiza tratamiento adecuado | 0 | 0,0 |
| | Agua tratada adecuadamente | 61 | 100,0 |



f) Momentos o situaciones que necesariamente se lavan las manos

La higiene personal no es solo un tema de aseo, constituye un hábito que se aplica para controlar factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre la salud. El lavado de manos es el comportamiento de higiene personal, más crítico y determinante en las enfermedades especialmente las diarreicas, porque las manos constituyen un importante vehículo de transmisión heces-oral. La contaminación adquirida mayormente con el contacto con las heces durante la defecación, así como también tocar manos contaminadas o también el comer y preparar alimentos con manos contaminadas o llevarse las manos sucias a la boca, propio de los niños más pequeños. El resultado es más efectivo si el lavado de manos con jabón u otro tipo de desinfección para manos, lo que pueden reducir significativamente la transmisión de enfermedades diarreicas.

Los grupos de mayor riesgo a padecer enfermedades infecciosas son: los niños pequeños, las embarazadas, los pacientes inmuno-deprimidos y los ancianos. Los niños pequeños, incluyendo a los lactantes resultan ser los más proclives a sufrir enfermedades transmitidas por los alimentos por la inmadurez de su sistema inmunológico y la protección de su flora intestinal que no es tan eficaz como en los adultos y se encuentran más expuestos a las toxinas y contaminantes que son de origen alimentario.

En el cuestionario de salud se indagó hasta por tres formas para detectar los momentos en los que la madre se lava las manos, de ellos se presenta uno de ellos que relativamente es más consistente que las otras dos. Así se preguntó a las madres sobre sus hábitos de higiene al preguntarles en que oportunidades necesariamente se lavan las manos. La respuesta es espontánea y de respuestas múltiple. Los momentos críticos son: antes de comer, antes de dar alimento al niño, después de usar el baño o letrina y después de cambiar pañales o limpiar el popito al niño.

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Los resultados indican que el 90.8% de las madres de niños menores de 3 años se lavan las manos "antes de preparar los alimentos", en menor proporción hay un 75.7% "antes de comer" y otro porcentaje similar "después de ir al baño" (75.1%), lo que constituyen los momentos más importantes del lavado de manos de las madres. Luego le sigue el lavado de manos "antes de preparar los alimentos" (52.4%) y en un porcentaje menor "después de cambiar pañales" (47.0%). No obstante existe un 17.8% de madres que declaran que lavan sus manos "en cualquier momento".

Por rango de edad, entre los menores de 12 meses, las madres se lavan principalmente "antes de preparar los alimentos" (87.5%) y "antes de comer" (75.0%). En menor proporción se lavan las manos "después de ir al baño" (69.6%) y "antes de alimentar al niño" (64.3%). Para los niños de 12 a 23 meses el orden que se establece son "antes de preparar los alimentos" (88%), "antes de comer" (74%) y después de ir al baño" 67%). Menos de la mitad de madres, mencionaron otros momentos del lavado de manos. Entre los niños de 24 a 35 meses, destaca "Antes de preparar los alimentos" (96%), "después de ir al baño" (86%) y "antes de comer" (78%).

Momentos o situaciones que necesariamente se lava las manos, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Después de ir al baño | 139 | 75,1 |
| | Después de cambiar pañales | 87 | 47,0 |
| | Antes de preparar los alimentos | 168 | 90,8 |
| | Antes de servir los alimentos | 91 | 49,2 |
| | Antes de comer | 140 | 75,7 |
| | Antes de alimentar al niño | 97 | 52,4 |
| | En cualquier momento | 33 | 17,8 |
| | Otro | 0 | 0,0 |
| Menor de 12 meses | Después de ir al baño | 39 | 69,6 |
| | Después de cambiar pañales | 33 | 58,9 |
| | Antes de preparar los alimentos | 49 | 87,5 |
| | Antes de servir los alimentos | 26 | 46,4 |
| | Antes de comer | 42 | 75,0 |
| | Antes de alimentar al niño | 36 | 64,3 |
| | En cualquier momento | 7 | 12,5 |
| | Otro | 0 | 0,0 |
| De 12 a 23 meses | Después de ir al baño | 39 | 67,2 |
| | Después de cambiar pañales | 26 | 44,8 |
| | Antes de preparar los alimentos | 51 | 87,9 |
| | Antes de servir los alimentos | 26 | 44,8 |
| | Antes de comer | 43 | 74,1 |
| | Antes de alimentar al niño | 24 | 41,4 |
| | En cualquier momento | 14 | 24,1 |
| | Otro | 0 | 0,0 |
| De 24 a 35 meses | Después de ir al baño | 61 | 85,9 |
| | Después de cambiar pañales | 28 | 39,4 |
| | Antes de preparar los alimentos | 68 | 95,8 |
| | Antes de servir los alimentos | 39 | 54,9 |
| | Antes de comer | 55 | 77,5 |
| | Antes de alimentar al niño | 37 | 52,1 |
| | En cualquier momento | 12 | 16,9 |
| | Otro | 0 | 0,0 |



g) Servicios Higiénicos en el hogar

La mejora del saneamiento es un beneficio para la salud de las personas, según la Organización Mundial de la Salud, las instalaciones de saneamiento interrumpen la transmisión de gran parte de las enfermedades fecales-orales en su origen principal, al prevenir la contaminación del agua y el suelo por heces humanas. En general, el saneamiento al igual que la mejora en el abastecimiento del agua resulta eficaz en la prevención de enfermedades y particularmente se asocia más a la lucha contra las infecciones por gusanos; aunque su implementación conlleva costos más significativos para los hogares.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

El uso apropiado de sistemas de eliminación higiénica de heces es más determinante para prevenir la proliferación y transmisión de las enfermedades diarreicas y reviste una importancia fundamental en los niños porque ellos son los más vulnerables a la diarrea y otras enfermedades de origen fecal-oral.

Entre las tecnologías de servicios sanitarios o higiénicos consideradas mejoradas se reconoce a los servicios higiénicos con conexión a la red pública, los servicios higiénicos con conexión a un sistema séptico, la letrina de pozo séptico y la letrina de pozo ventilada/mejorada. Por el contrario, se considera servicios sanitarios no mejorados a los servicios sanitarios públicos y servicios sanitarios abiertos.

Las instalaciones de disposición de adecuada de excretas contemplan los criterios siguientes:

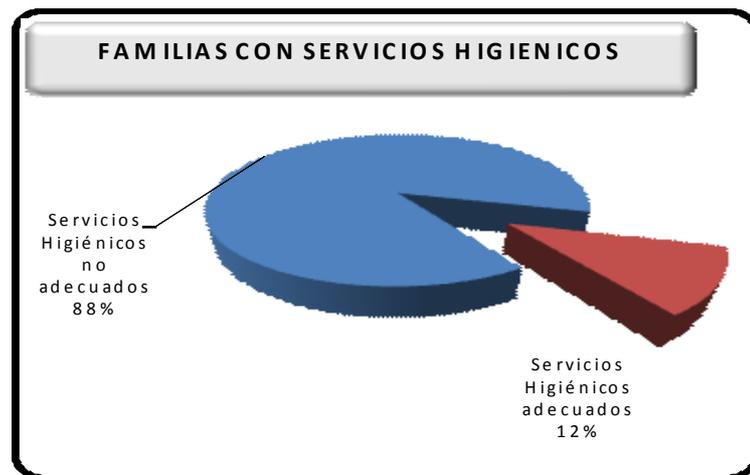
- Tiene baño conectado a red pública fuera o dentro de la vivienda
- Tiene letrina con tubo de ventilación; y
- Tiene taza/plancha con tapa; y
- No tiene mal olor; y
- No tiene heces en piso o paredes; y
- Se encuentra en un ambiente cerrado; y
- Está a más de 20m. de fuente de agua;
- Está a más de 15 m. de la vivienda.

Para determinar la utilización de servicios higiénicos adecuados, se elaboró un índice, como resultado, no se registró algún hogar que utilice los servicios higiénicos con los criterios establecidos. Considerando determinadas características de la letrina o la conexión a red pública.

Los resultados indican que el 11.9% de los hogares cuentan con servicios higiénicos adecuados; en hogares con niños menores de 12 meses, este porcentaje se mantiene; mientras que entre los niños de 12 a 23 meses es un poco menor; aunque, entre los niños de 24 a 35 meses hay un 16.4% de hogares que tienen servicios higiénicos adecuados.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses con servicios higiénicos, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Servicios Higiénicos no adecuados | 148 | 88,1 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 20 | 11,9 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0 |
| Menor de 12 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 48 | 88,9 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 6 | 11,1 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0 |
| De 12 a 23 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 49 | 92,5 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 4 | 7,5 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0 |
| De 24 a 35 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 51 | 83,6 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 10 | 16,4 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0 |



1.3 EDUCACIÓN

1.3.1 Prácticas de crianza para sus hijos

La crianza de los niños es una responsabilidad de los padres, los métodos de crianza y disciplina deben basarse en el diálogo, afecto y el establecimiento de medidas positivas para poner límites y respetar sus derechos. Sin embargo, algunos comportamientos de los niños generan reacciones de los adultos, padres, hermanos que van desde el maltrato hasta el castigo físico, constituyéndose una práctica que está muy arraigada en todas las sociedades.



Esta situación no solo se considera un abuso, sino una seria vulneración de sus derechos, que debe erradicarse porque constituyen influencias negativas en el desarrollo y crecimiento de las personas.

De otro lado, privar a los niños de cuidados o muestras de cariño, igualmente son prácticas que afectan su integridad física y emocional.

En ese contexto, como parte del diagnóstico se incluyó preguntas para conocer los patrones de crianza de los niños en el ámbito del proyecto.

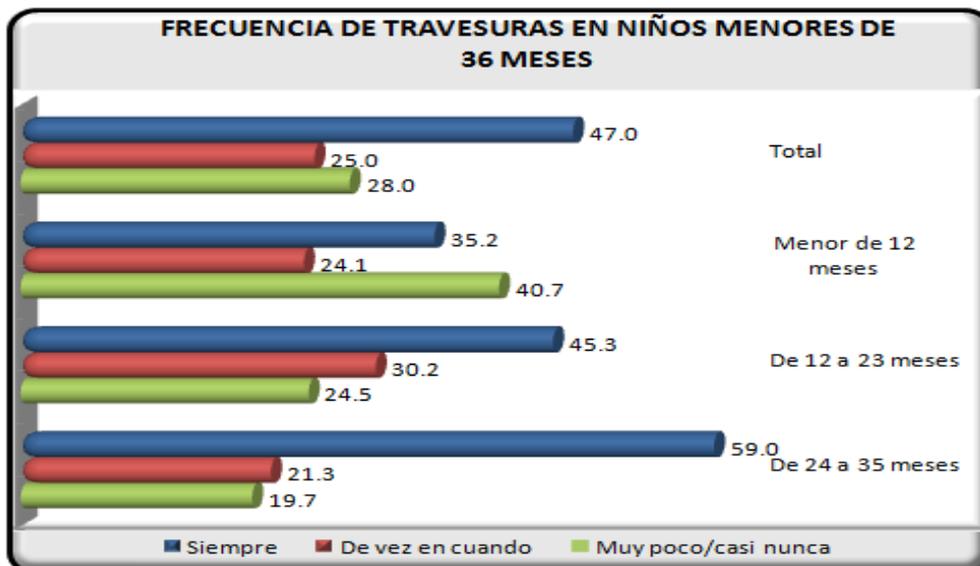
a) Frecuencia de travesuras en niños menores de 36 meses

De acuerdo a la información de la madre, el 47.0% de los niños realizan travesuras en forma frecuente, otro 25.0% de madres consideran que es de vez en cuando y el resto (28.0%) opina que es muy poco o casi nunca.

Como es de esperar, a mayor edad, mayor es la frecuencia de travesuras de los niños. Así, hay un 59.0% de madres que indican que sus niños de 24 a 35 meses realizan travesuras, mientras que para los niños de 12 a 23 meses, esta cifra es de 45.3% y entre los menores de 12 meses, llega al 35.2%.

Frecuencia de travesuras de niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Siempre | 79 | 47,0 |
| | De vez en cuando | 42 | 25,0 |
| | Muy poco/casi nunca | 47 | 28,0 |
| Menor de 12 meses | Siempre | 19 | 35,2 |
| | De vez en cuando | 13 | 24,1 |
| | Muy poco/casi nunca | 22 | 40,7 |
| De 12 a 23 meses | Siempre | 24 | 45,3 |
| | De vez en cuando | 16 | 30,2 |
| | Muy poco/casi nunca | 13 | 24,5 |
| De 24 a 35 meses | Siempre | 36 | 59,0 |
| | De vez en cuando | 13 | 21,3 |
| | Muy poco/casi nunca | 12 | 19,7 |



**b) Forma de corregir por travesuras o por desobediencias a menores de 36 meses**

Es importante conocer la forma como corrigen los padres a sus hijos cuando realizan travesuras; en ese sentido se muestra la forma de corrección de acuerdo a la frecuencia con que realizan travesuras; haciendo hincapié cuando el niño hace travesuras "siempre".

En el primer caso, cuando manifiestan que "les llaman la atención", como forma de corregir las travesuras o desobediencias de niños menores de 3 años, en los casos donde hacen travesuras en forma frecuente, hay 49.4% que les llaman la atención "siempre" y el "a veces" es aceptado por el 14.3%; mientras que un 17.0% manifiesta que "nunca".

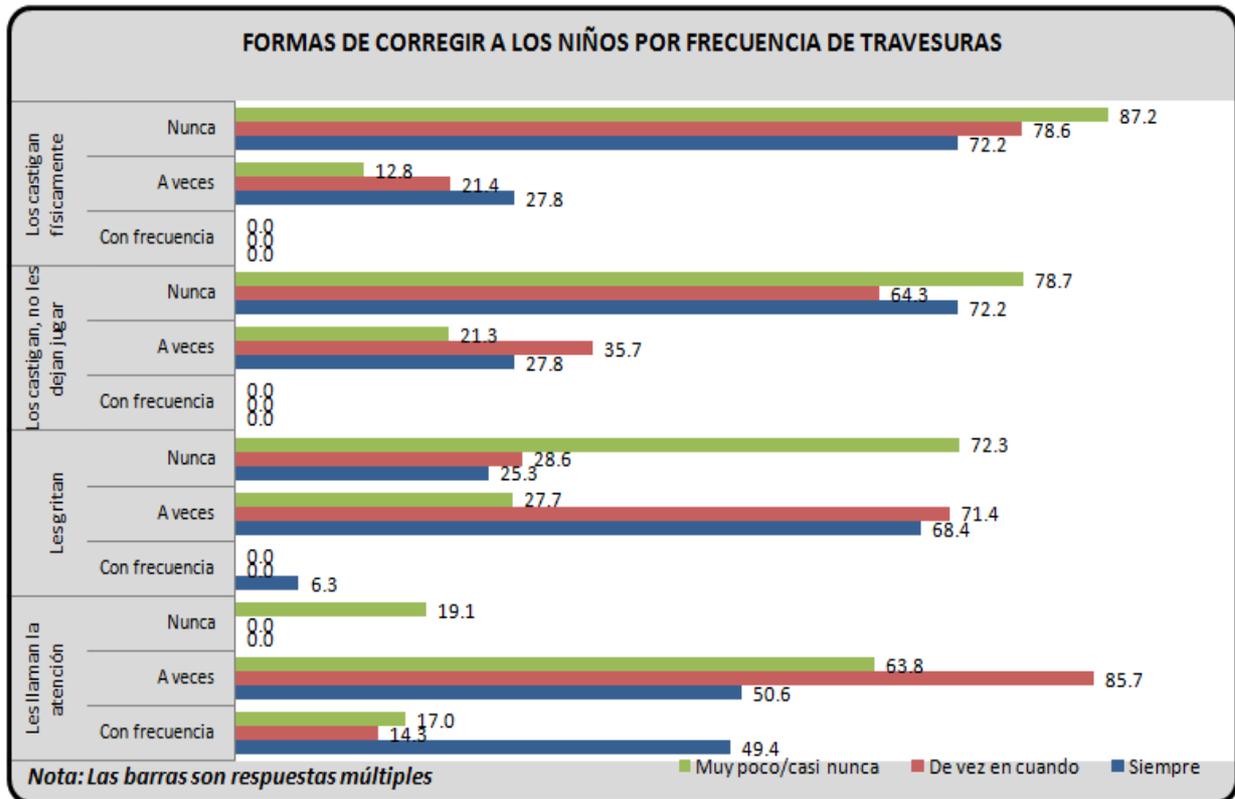
Al indagar si los castigan, entre los niños que hacen travesuras siempre, existe un 6.3% que declara que los castigan "siempre", en cambio de los niños que declaran que "a veces" hacen travesuras, más de las dos terceras partes acepta que los castigan "siempre" o "a veces".

En los casos en que los niños son traviosos "a veces" hay un 27.8% de las madres que declaran que "siempre" los castigan y no les dejan jugar; mientras que esta situación es propia del 35.7% que lo realizan "de vez en cuando".

El castigo físico, cuando los niños hacen travesuras "a veces", hay un 27.8% de madres y otro 21.4% cuando lo hacen de vez en cuando". En general se observa que a mayor castigo, se incrementa la frecuencia de "nunca", independientemente si las travesuras las realizan con frecuencia, a veces o nunca.

Porcentaje de hogares con niños de 36 meses, por frecuencia de travesuras, según forma de corregir, según área

| | | Frecuencia de travesuras | | |
|----------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|---------------------|
| | | Siempre | De vez en cuando | Muy poco/casi nunca |
| | | % | % | % |
| Les llaman la atención | Con frecuencia | 49,4 | 14,3 | 17,0 |
| | A veces | 50,6 | 85,7 | 63,8 |
| | Nunca | 0,0 | 0,0 | 19,1 |
| Les gritan | Con frecuencia | 6,3 | 0,0 | 0,0 |
| | A veces | 68,4 | 71,4 | 27,7 |
| | Nunca | 25,3 | 28,6 | 72,3 |
| Los castigan, no les dejan jugar | Con frecuencia | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | A veces | 27,8 | 35,7 | 21,3 |
| | Nunca | 72,2 | 64,3 | 78,7 |
| Los castigan físicamente | Con frecuencia | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | A veces | 27,8 | 21,4 | 12,8 |
| | Nunca | 72,2 | 78,6 | 87,2 |



1.4 DESARROLLO

1.4.1 Evaluación del desarrollo del niño

Uno de los objetivos de la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor de los menores de 5 años es la prevención del déficit psicomotor. Considerando que la escasez de recursos humanos existentes no permite programar la aplicación de tests en otras edades que se consideran importantes en el desarrollo del niño, se ha elaborado esta pauta abreviada como instrumento de detección masiva, de fácil uso por personal auxiliar de enfermería, con el objetivo de capacitar a los padres que estén a cargo del niño.

Esta pauta breve de desarrollo psicomotor es la propuesta de la DIRESA Cajamarca para su inclusión en el carné de vacunaciones y contempla 5 aspectos de desarrollo para el grupo etéreo, desde el primer mes hasta el mes 9, la evaluación es mensual; luego se presenta una evaluación por grupo etéreo: de 10 a 11 meses, de 12 a 14 meses, de 15 a 17 meses, de 18 a 20 meses, de 21 a 23 meses. Luego la evaluación se realiza en los siguientes grupos etéreos: de 2 años a 2 años 5 meses, de 2 años 6 meses.

La pauta breve se basa en el test de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz del niño EEDP²¹, el cual permite evaluar el nivel de desarrollo del lactante durante los primeros meses de vida, y generar así planes y programas de estimulación, prevención de privación socio afectiva y de trastornos del desarrollo

Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes.

²¹ Instituto de Desarrollo Psicológico Indepsi



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Área Motora: A lo largo de cada uno de los rangos de edad, se evalúan movimientos y control desde lo más básico hasta el inicio de movimientos compuestos; también se evalúa equilibrio.

Se evalúa la habilidad del menor para manejar su propio cuerpo comenzando con el reflejo de prensión, pasando por sentarse solo hasta ponerse de pie con ayuda.

Área de Coordinación: Los ítems consideran las reacciones motrices primarias y las respuestas motoras pasivas, y el desarrollo progresivo hacia las respuestas motoras activas que sustentan la base de la coordinación. Se evalúa esta destreza desde la capacidad del niño para seguir un objeto con la mirada, luego para aprehender objetos, y finalmente para lograr manipularlos ya sea como unidades simples y como combinación de objetos.

Área de Lenguaje: Se compone de un conjunto de ítems, a través de los cuales se evalúa el inicio de la función del lenguaje y la adquisición de los primeros elementos expresivos y comprensivos. Se evalúa desde las primeras verbalizaciones: da-da, hasta las primeras emisiones de palabras; junto a las reacciones a las verbalizaciones de terceros, desde el No-No hasta responder como respuesta a una orden.

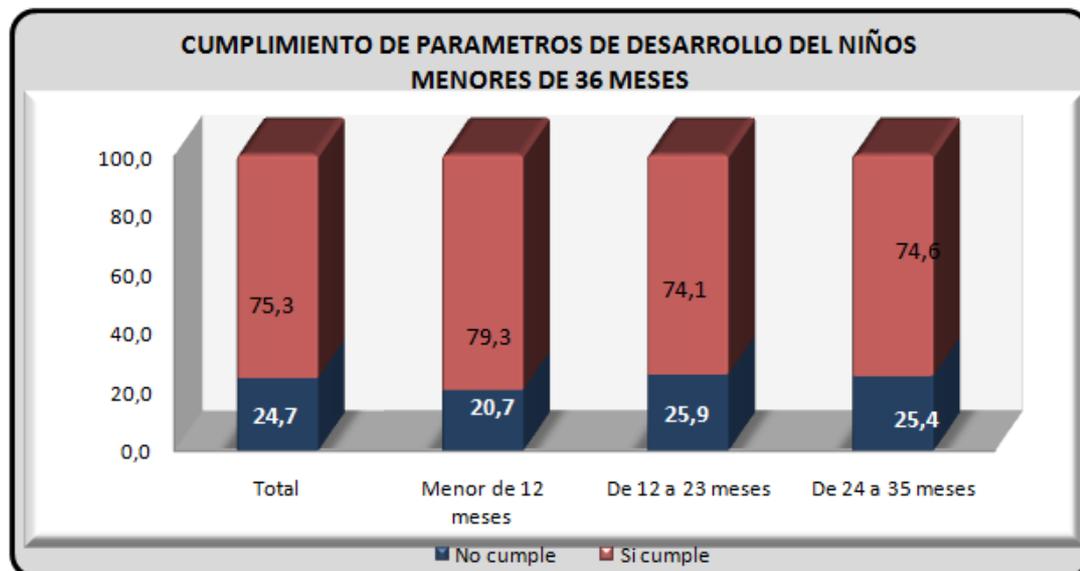
Área Social: Se compone de varios ítems, a través de los cuales se evalúa la capacidad del bebé de reaccionar a la presencia de terceros, aprender mediante la imitación e iniciar patrones de interacción. Se evalúa a través de conductas como fijar la mirada en un tercero, reaccionar a la voz de quien le habla, cooperar en actividades con terceros y prestar ayuda en tareas simples.

Durante la entrevista y de acuerdo a la edad del niño al momento de la visita, se aplicó la batería de evaluación de desarrollo contemplado en la pauta breve del desarrollo psicomotriz, el cual estuvo a cargo de la antropometrista del equipo de campo, la misma que era profesional de salud y que fue capacitada para la aplicación del instrumento. Dado el tamaño de muestra, sobre todo para los niños más pequeños, se agrupó en grupos etáreos de 12 meses.

En el ámbito del estudio de Ayacucho, el 75.3% de los niños menores de 36 meses cumplen con los parámetros de evaluación considerados en el test. Según rangos de edad, este porcentaje es mayor entre los niños menores de 12 meses, quienes cumplen los parámetros en el 79.3% de los casos. No obstante esta cifra disminuye a 74.1% entre los niños de 12 a 23 meses. Entre los niños de mayor edad, el porcentaje de cumplimiento de parámetros establecidos es similar a los niños de rango de 12 a 23 meses.

Evaluación de desarrollo: cumplimiento de parámetros, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No cumple parámetros de evaluación | 39 | 24,7 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 119 | 75,3 |
| Menor de 12 meses | No cumple parámetros de evaluación | 6 | 20,7 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 23 | 79,3 |
| De 12 a 23 meses | No cumple parámetros de evaluación | 15 | 25,9 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 43 | 74,1 |
| De 24 a 35 meses | No cumple parámetros de evaluación | 18 | 25,4 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 53 | 74,6 |

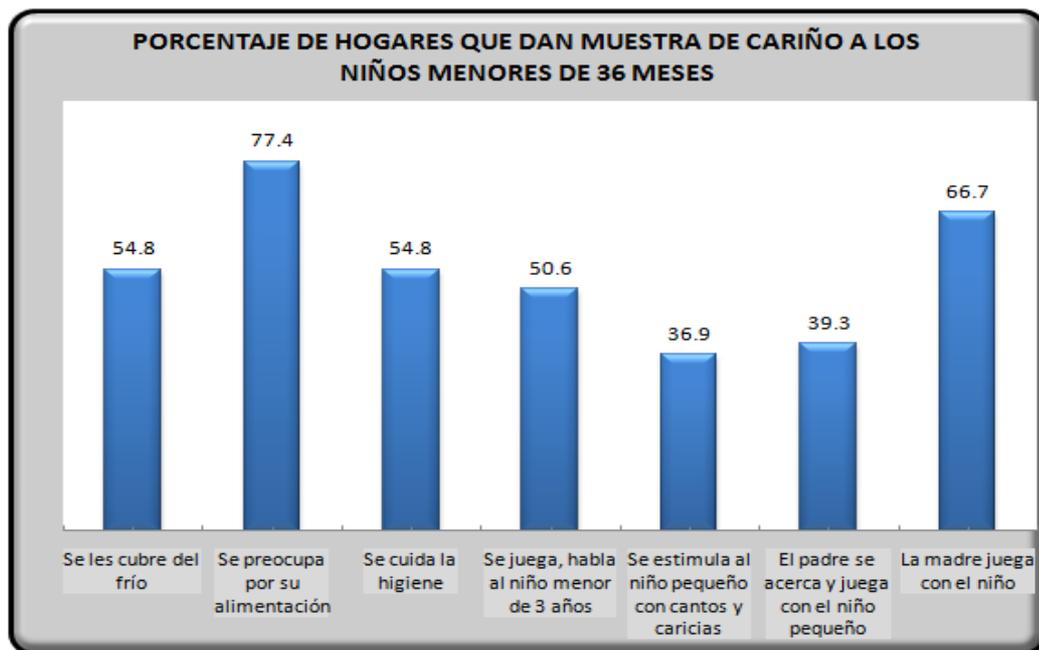

1.4.2 Las familias adoptan muestras de cariño para sus niños

En el ámbito de estudio de Ayacucho, las demostraciones de cariño más frecuentes que resultaron de las respuestas de las madres son: “se preocupa por su alimentación” (77.4%) y la madre juega con el niño (66.7%). En cambio por encima de la mitad de las madres indicaron que “se les cubre del frío” (54.8%), y “se cuida su higiene” (54.8%); así como “se juega o habla con el niño en el 36.9% de los casos. Demostraciones como la

estimulación con cantos y caricias y el acercamiento del padre, registran porcentajes menores del 40%.

Porcentaje de hogares que dan muestras de cariño a sus niños, según área

| | TOTAL | |
|---|----------|------|
| | Absoluto | % |
| Se les cubre del frío | 92 | 54,8 |
| Se preocupa por su alimentación | 130 | 77,4 |
| Se cuida la higiene | 92 | 54,8 |
| Se juega, habla al niño menor de 3 años | 85 | 50,6 |
| Se estimula al niño pequeño con cantos y caricias | 62 | 36,9 |
| El padre se acerca y juega con el niño pequeño | 66 | 39,3 |
| La madre juega con el niño | 112 | 66,7 |



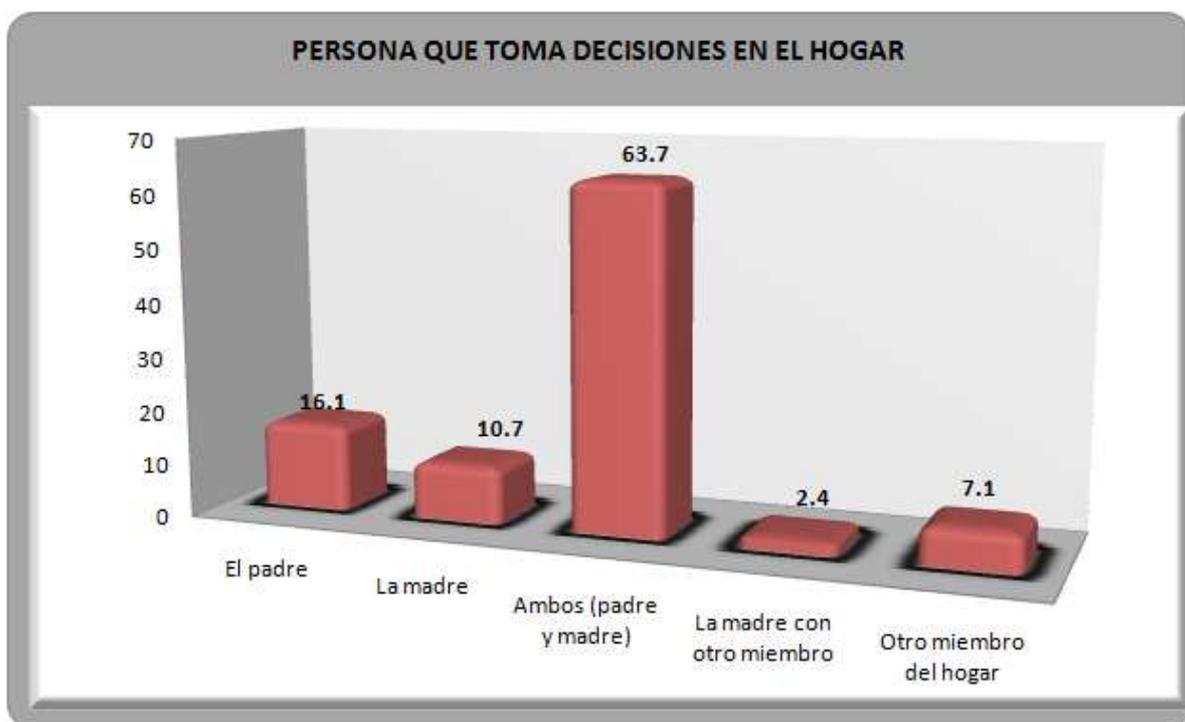
1.4.3 Hábitos y costumbres en el hogar

a) Toma de decisiones en el hogar

En el hogar, la toma de decisiones es ejercida por ambos cónyuges (padre y madre), en el 63.7% de los casos; no obstante existe un 16.1% de hogares en donde el padre es el que toma las decisiones y en un 10.7% donde la madre es quien lo realiza.

Toma de decisiones en el hogar

| | TOTAL | |
|---------------------------|----------|------|
| | Absoluto | % |
| El padre | 27 | 16,1 |
| La madre | 18 | 10,7 |
| Ambos (padre y madre) | 107 | 63,7 |
| La madre con otro miembro | 4 | 2,4 |
| Otro miembro del hogar | 12 | 7,1 |


b) Lugar donde duermen los niños

En general, en los hogares del ámbito de estudio de Ayacucho, los niños menores de 36 meses comparten habitación y cama con sus padres, en el 62.5% de los hogares visitados, lo cual atenta contra la salud y desarrollo adecuado del niño.

Existe un 17.9% de niños que duermen en el mismo cuarto pero en camas diferentes a las de sus padres. Sin embargo el 19.6% de los hogares, cuyos niños duermen en otra habitación diferente a la de sus padres que resulta lo más adecuado.

Por rangos de edad se aprecia que cuanto más pequeños son los niños, mayor es el porcentaje de hogares cuyos niños duermen en la misma cama que sus padres; así entre los niños menores de 12 meses, en el 75.9% de los hogares, sus niños duermen con los



PERÚ

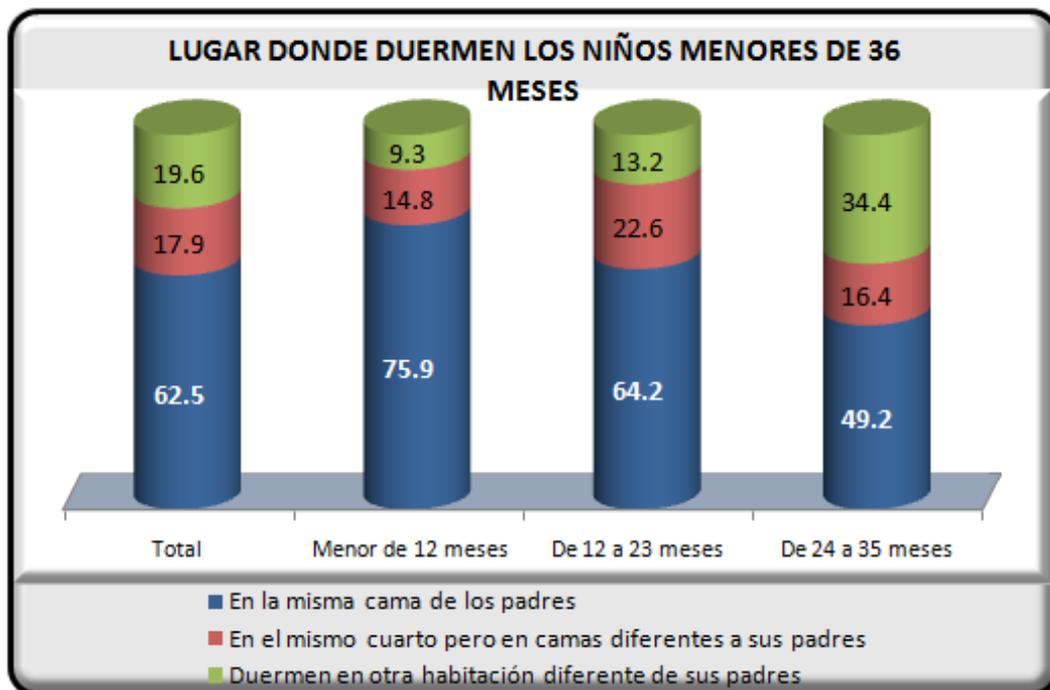
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

padres; entre los niños de 12 a 23 meses, esta cifra cae a 64.2%; mientras que entre los más grandes, el porcentaje disminuye a 49.2%.

De otro lado, existe apenas un 9.3% de hogares cuyos niños menores de 12 meses, que duermen en otra habitación, en el caso de los niños de 12 a 23 meses, se eleva a 13.2% y entre los más grandes a 34.4%.

Lugar donde duermen los niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | En la misma cama de los padres | 105 | 62,5 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 30 | 17,9 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 33 | 19,6 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0 |
| Menor de 12 meses | En la misma cama de los padres | 41 | 75,9 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 8 | 14,8 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 5 | 9,3 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0 |
| De 12 a 23 meses | En la misma cama de los padres | 34 | 64,2 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 12 | 22,6 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 7 | 13,2 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0 |
| De 24 a 35 meses | En la misma cama de los padres | 30 | 49,2 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 10 | 16,4 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 21 | 34,4 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0 |



**c) Lugar donde crían a los animales**

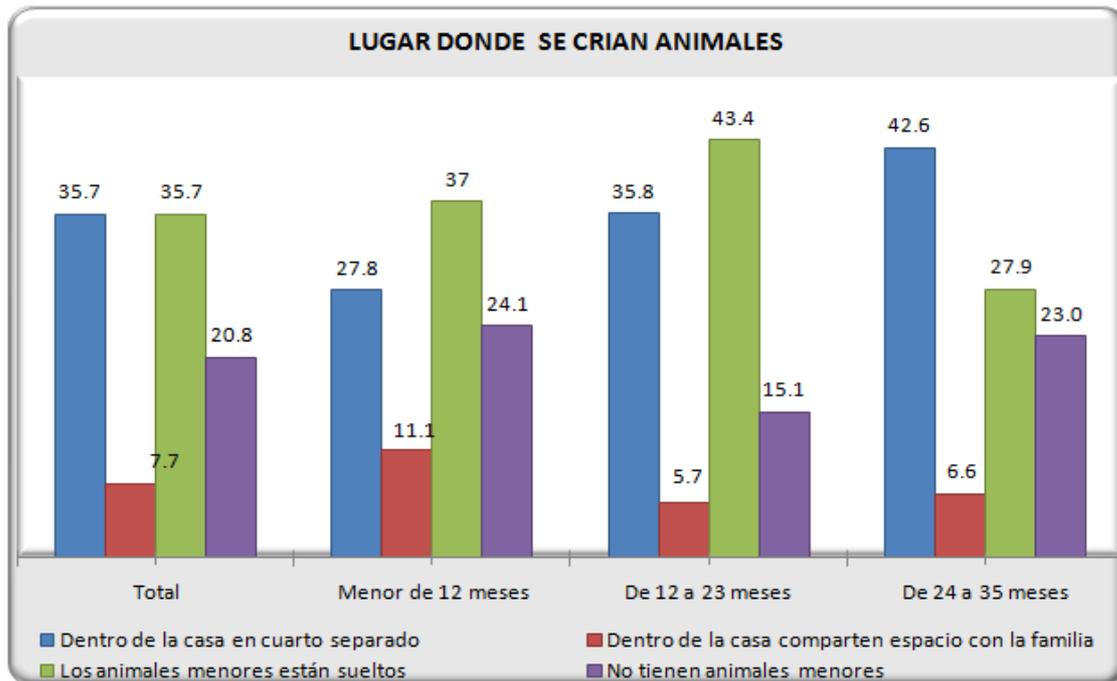
En el ámbito de estudio de Ayacucho, *al menos 4 de cada 5 hogares crían animales; de ellos, en el 35.7% los animales están sueltos y otro porcentaje igual, los tienen en la casa pero en cuarto separado.*

En los hogares con niños menores de 12 meses, se presenta un mayor porcentaje donde los animales están sueltos (37.0%); aunque hay un mayor porcentaje de hogares que no crían animales (24.1%). Entre los niños de 12 a 23 meses, hay un mayor porcentaje de hogares, que crían animales (84.9%), así como también, se presenta un mayor porcentaje de hogares con animales que están sueltos (43.4%).

En cambio en los hogares con niños de 24 y más meses, hay menor proporción que no crían animales (77%) y un mayor porcentaje que se crían dentro de la casa pero en cuarto separado.

Lugar donde se cría animales de hogares con niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Dentro de la casa en cuarto separado | 60 | 35,7 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 13 | 7,7 |
| | Los animales menores están sueltos | 60 | 35,7 |
| | No tienen animales menores | 35 | 20,8 |
| Menor de 12 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 15 | 27,8 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 6 | 11,1 |
| | Los animales menores están sueltos | 20 | 37,0 |
| | No tienen animales menores | 13 | 24,1 |
| De 12 a 23 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 19 | 35,8 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 3 | 5,7 |
| | Los animales menores están sueltos | 23 | 43,4 |
| | No tienen animales menores | 8 | 15,1 |
| De 24 a 35 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 26 | 42,6 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 4 | 6,6 |
| | Los animales menores están sueltos | 17 | 27,9 |
| | No tienen animales menores | 14 | 23,0 |



1.5 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En base a estos resultados resulta importante conocer algunas características de los miembros de este hogar y del Jefe del hogar.

1.5.1 Características de los miembros del hogar

a) Promedio de Miembros del hogar

Así en el ámbito de intervención de Ayacucho, el promedio de miembros de hogar es de 5,4, número que está por encima del promedio nacional y ello se debe a que el 51.8% de los hogares tiene de 5 a 7 miembros de hogar, otro 33.3% constituyen hogares que tienen de 3 a 4 miembros; aunque hay un 12.5% que tiene 8 o más miembros de hogar y tan sólo un 2.4% de hogares que tiene 2 miembros de hogar.

Número de miembros del hogar

| | Absoluto | % |
|-----------------------------------|----------|------------|
| Total | 168 | 100,0 |
| Hasta 2 miembros | 4 | 2,4 |
| De 3 a 4 miembros | 56 | 33,3 |
| De 5 a 7 miembros | 87 | 51,8 |
| De 8 y más miembros | 21 | 12,5 |
| <i>Promedio miembros de hogar</i> | | <i>5,4</i> |

b) Número de miembros del hogar que trabajan

Aún cuando el promedio de miembros de hogar es relativamente alto, *la mitad, es decir 2.7 miembros de hogar están trabajando*; así hay un 47.6% hogares donde 2 miembros de hogar trabajan, un 23.8% en donde trabajan 4 y más miembros de hogar y un 16.7% que tienen hasta 2 miembros de hogar que trabajan. No obstante hay un 11.9% de hogares donde existe un miembro de hogar que trabaja.

Número de miembros del hogar que trabajan

| | Absoluto | % |
|--|----------|------------|
| Total | 168 | 100,0 |
| 1 miembro | 20 | 11,9 |
| 2 miembros | 80 | 47,6 |
| 3 miembros | 28 | 16,7 |
| 4 y más miembros | 40 | 23,8 |
| <i>Promedio miembros de hogar trabajan</i> | | <i>2,7</i> |

1.5.2 Características socioeconómicas del hogar²²

En el área de estudio de Ayacucho, el gasto promedio mensual del hogar es de S/.543.14. Ello es resultado de que el 49.4% de los hogares tengan un promedio de 500 nuevos soles y más; mientras que otro 42.2% tiene un gasto promedio entre 250 y 499 nuevos soles; los menos tienen un gasto promedio por debajo de los 250 nuevos soles (8.4%).

a) Gastos del hogar en alimentos

| | Absoluto | % |
|---------------------------|----------|---------------|
| Total | 166 | 100,0 |
| Menos de 250 nuevos soles | 14 | 8,4 |
| De 250 a 499 nuevos soles | 70 | 42,2 |
| De 500 nuevos soles y más | 82 | 49,4 |
| Promedio | | 543.14 |

El gasto promedio mensual per cápita es de 113.54 nuevos soles, si consideramos el valor de la canasta básica de alimentos calculada para el 2010 en sierra rural con un valor de 140 nuevos soles, se establece que el 78.9% de los hogares del área de estudio

²² Se aplicó un módulo de gasto de alimentos, similar a la utilizada por la ENAHO. El cálculo de la pobreza extrema, se realiza a partir de los gastos de alimentos del hogar. La estimación de la canasta básica es más compleja, por lo que no se ha considerado en los resultados del estudio.

se encuentran en condición de pobreza extrema; es decir no puede cubrir los gastos de una canasta de alimentos.

b) Condición de pobreza extrema

| | Absoluto | % |
|------------------|----------|-------|
| Total | 166 | 100,0 |
| No pobre extremo | 35 | 21,1 |
| Pobre extremo | 131 | 78,9 |



1.5.3 Características del Jefe de Hogar: Sexo, nivel educativo y condición laboral

Resulta importante conocer algunas características del Jefe del hogar en relación al sexo, nivel educativo y condición laboral. En ese contexto, el 88.1% de los jefes de hogar son de sexo masculino; mientras que el 11.9% es de sexo femenino.

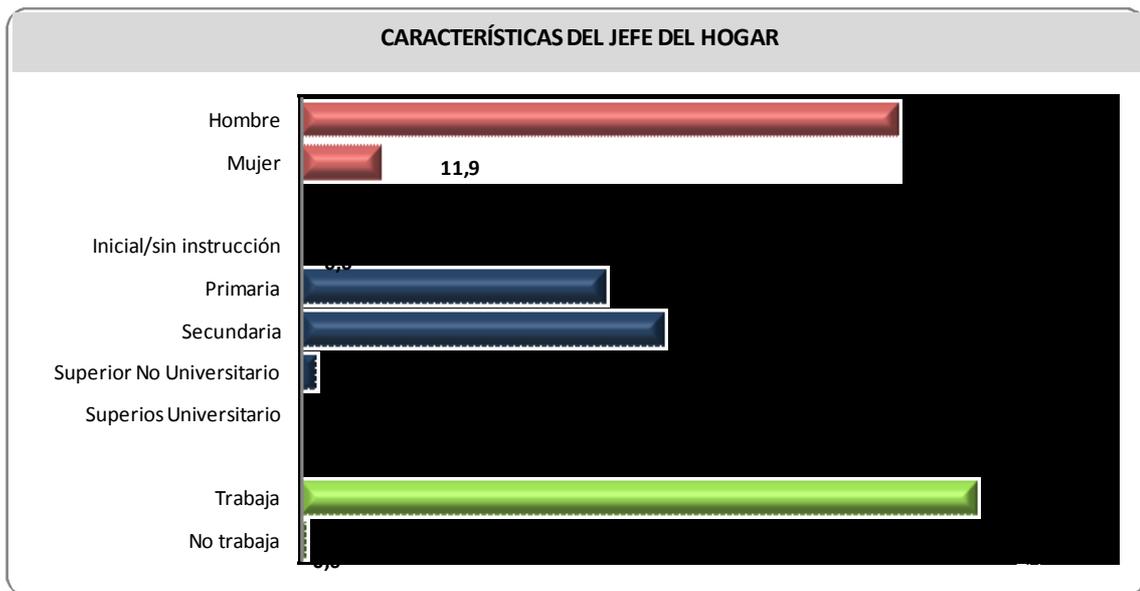
Con relación al nivel educativo más alto alcanzado, el 53.3% de ellos cursó algún año o grado de educación secundaria, otro 44.7% completó algún año o grado de primaria, en tanto que un 2.0% tiene estudios superiores no universitarios. No se encontró jefes de hogar con educación superior.

Respecto a la condición laboral, la casi totalidad de los jefes de hogar se encuentran trabajando (99.4%), ya sea que tiene un trabajo fijo, o cuenta con un negocio o en última instancia, ayudo a alguien en el trabajo.



Características del Jefe del Hogar

| | Absoluto | % |
|---------------------------|----------|-------|
| Total | 168 | 100,0 |
| Sexo | | |
| Hombre | 148 | 88,1 |
| Mujer | 20 | 11,9 |
| Nivel Educativo | | |
| Inicial/sin instrucción | 0 | 0,0 |
| Primaria | 68 | 44,7 |
| Secundaria | 81 | 53,3 |
| Superior No Universitario | 3 | 2,0 |
| Superior Universitario | 0 | 0,0 |
| Condición Laboral | | |
| Trabaja | 167 | 99,4 |
| No trabaja | 1 | 0,6 |



**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**Resumen: Matriz de indicadores**

| AREA | INDICADOR | ÁREA DE ESTUDIO |
|--|---|-----------------|
| Morbilidad | Proporción de niños menores de 36 meses con IRA (últimas dos semanas) | 25.4 |
| | Proporción de menores de 36 meses con EDA (últimas dos semanas) | 47.6 |
| | Proporción de menores de 36 meses con parasitosis | 7.6 |
| Nutrición | Proporción de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica (OMS) | 29.7 |
| | Proporción de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica (NCHS) | 19.5 |
| | Proporción de menores de 36 meses con anemia | 53.6 |
| | Anemia leve | 35.9 |
| | Anemia moderada | 16.3 |
| | Anemia severa | 1.3 |
| | Porcentaje de niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva | 88.9 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro | 44.3 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que consumieron suplemento de hierro | 38.9 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que recibieron vitamina A | 53.0 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que consumieron vitamina A | 51.9 |
| Porcentaje de niños de 6 a 36 meses que consumen proteína animal | 75.3 | |
| Acceso a Servicios: Salud | Talla del niño menor a 45 cms al momento de su nacimiento | 6.8 |
| | Peso del niño menor a 2.5 kgs. al momento de su nacimiento | 2.2 |
| | Proporción de niños menores de 36 meses que completaron sus controles CRED | 53.1 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses con vacunación completa, según calendario de vacunaciones | 87.2 |
| Salubridad e higiene | Porcentaje de familias con cocinas mejoradas funcionando | 44.6 |
| | Porcentaje de familias que cuentan con un lugar para guardar/almacenar los alimentos. | 58.3 |
| | Porcentaje de familias cuya fuente de abastecimiento de agua para beber por red pública | 93.5 |
| | Porcentaje de familias que realizan almacenamiento adecuado de agua para beber | 95.8 |
| | Porcentaje de familias que realizan tratamiento | 100.0 |

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**Resumen: Matriz de indicadores**

| AREA | INDICADOR | ÁREA DE ESTUDIO |
|---------------------------------------|--|-----------------|
| | al agua que utilizan para beber | |
| | Porcentaje de madres que lavan sus manos en cuatro momentos críticos: | |
| | Antes de comer | 75.7 |
| | Antes de alimentar al niño | 52.4 |
| | Después de ir al baño | 75.1 |
| | Después de cambiar pañales | 47.0 |
| | Porcentaje de familias que utilizan SSHH adecuado | 11.9 |
| Prácticas de crianza | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les llaman la atención (Con frecuencia) | 49.4 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les llaman la atención (A veces) | 50.6 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les gritan (A veces). | 68.4 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan o nos los dejan jugar (A veces). | 27.8 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan físicamente (A veces) | 27.8 |
| Muestras de afecto | Evaluación de desarrollo: cumple con parámetros | 47.5 |
| | Porcentaje de familias que protegen y cubren del frío a los niños. | 54.8 |
| | Porcentaje de familias que se preocupan por la alimentación del niño | 77.4 |
| | Porcentaje de familias que cuidan la higiene del niño. | 54.8 |
| | Porcentaje de familias que juega, habla al niño menor de 3 años | 50.6 |
| | Porcentaje de familias que estimula al niño pequeño con cantos y caricias | 36.9 |
| | Porcentaje de familias, donde el padre se acerca y juega con el niño pequeño | 39.3 |
| | Porcentaje de familias donde la madre juega con el niño. | 66.7 |
| Hábitos y costumbres del hogar | Porcentaje de familias donde ambos (padre y madre) toman las decisiones | 63.7 |
| | Porcentaje de familias en que el niño tiene diferente habitación a la de sus padres. | 19.6 |
| | Porcentaje de familias que tienen un ambiente destinado para la crianza de sus animales | 35.7 |
| | Porcentaje de familias que no crían animales | 20.8 |



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 2: CAPACIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE LOS GOBIERNOS LOCALES

De acuerdo al censo del 2007, la región de Ayacucho cuenta con 612,489 habitantes de la cual el 30% de la población es menor de 5 años.

Asimismo la población de Huamanga es 237 848 habitantes, de la cual 161,636 es urbana y 59,754 es rural. De acuerdo al más reciente estudio sobre pobreza a nivel provincial y distrital del INEI, sobre la base de los datos censales del 2007, población en estado de pobreza es de 53.6 % y en pobreza extrema, de 23.3%.

Según el censo del 2007, la población de Huanta es 93 360 habitantes, de la cual 42,816 es urbana y 50,544 es rural. De acuerdo al más reciente estudio sobre pobreza a nivel provincial y distrital del INEI, sobre la base de los datos censales del 2007, población en estado de pobreza es de 59,9 % y en pobreza extrema, de 28,8%.

Es importante señalar que Ayacucho es una región que ha estado entre las que ha mantenido consetudinariamente altos índices de pobreza y desigualdad. A eso se suma el haber sido por una década el centro de la violencia desatada a lo largo del conflicto armado interno que se vivió en el Perú, entre mediados de los ochenta y principios de los noventa. Según el Informe de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, Ayacucho en primer lugar y Huancavelica fueron las zonas del país en donde se registraron la mayor cantidad de muertos y desaparecidos. Además cabe considerar que una de las instancias estatales que más se vio afectado en este periodo fueron justamente los gobiernos locales. Muchas de las víctimas de atentados fueron autoridades municipales, entre alcaldes, regidores y funcionarios, al punto de no haber candidatos para las elecciones de dichas autoridades.

A continuación, presentaremos los hallazgos levantados en la investigación, que serán presentados desde el presupuesto regional ejecutado en el periodo 2005-2010 a favor de la niñez y la adolescencia y de los distritos del estudio; la estructura de la organización mirada desde el organigrama; la tendencia en la inversión y el análisis FODA de la situación actual de los municipios de los distritos de Huamanga y de Huanta, todo este conjunto de hallazgos permitirán hacer un análisis de la situación y las recomendaciones correspondientes, que responde al objetivo de la investigación.

2.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL A FAVOR DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA REGIÓN AYACUCHO

En el período 2005-2010, se aprecia que el gasto total ejecutado a favor de la infancia y la adolescencia en la región Ayacucho se ha incrementado de un modo creciente, año a año llegando a un 17%.

Gasto total ejecutado a favor de la Infancia y adolescencia en la Región Ayacucho 2005-2010 (En millones de Nuevos soles)

| Año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 P/ |
|-------------|------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Gasto total | N/D | 179.4 | 205.5 | 228.1 | 258.5 | 302.1 |
| Variac (%) | | | 15% | 11% | 13% | 17% |

Fuente: Sectores y Gobiernos Regionales MEF/SIAF

En el cuadro anterior se muestra el crecimiento tanto en términos absolutos como relativos de los gastos presupuestales realizados en la región Ayacucho a favor de la infancia y de la adolescencia, el comportamiento en soles crece cada año; una de las razones de esta evolución positiva es la implementación con mayor importancia del Programa CRECER que como política de gobierno se aplicó e involucró a todos los sectores que trabajan en atención de infancia y adolescencia como: MIMDES, SALUD, EDUCACION entre otros.

Presupuesto Institucional de Apertura, distritos del estudio

En el cuadro que se muestra a continuación, se puede apreciar los recursos presupuestales que las autoridades municipales pueden disponer para destinar parte de ellos a programas de atención y cuidado a la primera infancia, montos que se reflejan en el componente: Asistencia Social (protección a poblaciones en riesgo), la partida presupuestal del distrito de Huanta es la mayor debido a que es la capital del distrito del mismo nombre y tiene la mayor población infantil, cabe anotar que esta partida atiende a varios sub-programas como: Protección a población en riesgo, Infraestructura y equipamiento.

PIA 2011 AYACUCHO

| Quinua | soles | % | S.J.Ticllas | soles | % | Huanta | soles | % |
|-------------------|-----------|-------|-------------------|---------|-------|-------------------|------------|-------|
| Asistencia Social | 142,684 | 8.5 | Asistencia Social | 40,302 | 4.4 | Asistencia Social | 2,322,110 | 7.4 |
| Educación básica | 229,109 | 13.7 | Educación básica | 0 | 0.0 | Educación básica | 3,781,917 | 12.1 |
| Saneamiento | 359,311 | 21.5 | Saneamiento | 343,743 | 37.2 | Saneamiento | 4,536,512 | 14.5 |
| Salud Individual | 0 | 0.0 | Salud Individual | 0 | 0.0 | Salud Individual | 674,069 | 2.2 |
| Otros | 938,878 | 56.2 | Otros | 539,294 | 58.4 | Otros | 19,996,300 | 63.9 |
| Total | 1,669,982 | 100.0 | Total | 923,339 | 100.0 | Total | 31,310,908 | 100.0 |

| Iguain | soles | % | Ayahuanco | soles | % | Huamanguilla | soles | % |
|-------------------|---------|-------|-------------------|-----------|-------|-------------------|-----------|-------|
| Asistencia Social | 195,000 | 22.4 | Asistencia Social | 101,551 | 3.5 | Asistencia Social | 117,668 | 3.9 |
| Educación básica | 0 | 0.0 | Educación básica | 474,286 | 16.5 | Educación básica | 1,901,531 | 63.2 |
| Saneamiento | 78,871 | 9.1 | Saneamiento | 0 | 0.0 | Saneamiento | 190,000 | 6.3 |
| Salud Individual | 0 | 0.0 | Salud Individual | 386,575 | 13.5 | Salud Individual | 0 | 0.0 |
| Otros | 597,478 | 68.6 | Otros | 1,907,223 | 66.5 | Otros | 797,987 | 26.5 |
| Total | 871,349 | 100.0 | Total | 2,869,635 | 100.0 | Total | 3,007,186 | 100.0 |

Fuente: MEF-Consulta Amigable



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Por norma del Presupuesto General de la República, todo gasto público en bienes o servicios debe de responder a un concurso de méritos o público en caso de servicios y a la elaboración de un proyecto (cualquiera sea su magnitud) bajo el esquema SNIP que lo establece el MEF; en muchos casos su elaboración requiere de personal especializado que tenga experiencia en dichas normas a fin de que sean declarados “viables” en nuestro entender esta es uno de los motivos de que gran parte de los presupuestos no sean ejecutados.

El Gobierno Regional de Ayacucho cuenta con partidas significativas en su presupuesto del año 2011 para atender temas de primera infancia, en especial se puede indicar que en el Programa Estratégico denominado: Programa Articulado Nutricional que se muestra en los anexos cuenta con una partida total de S/.24,448,577 nuevos soles destinado a las actividades:

- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
- Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes
- Reducir la incidencia del bajo peso al nacer

Asimismo el MINSA cuenta con partidas (las que se muestran en los anexos) destinados a las actividades de:

- Reducción de la morbilidad y mortalidad materna
- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
- Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal
- Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otros
- Reducción de la incidencia del bajo peso al nacer

Como se puede observar los recursos están asignados; es importante que los directivos de la región apliquen adecuadamente los mismos.

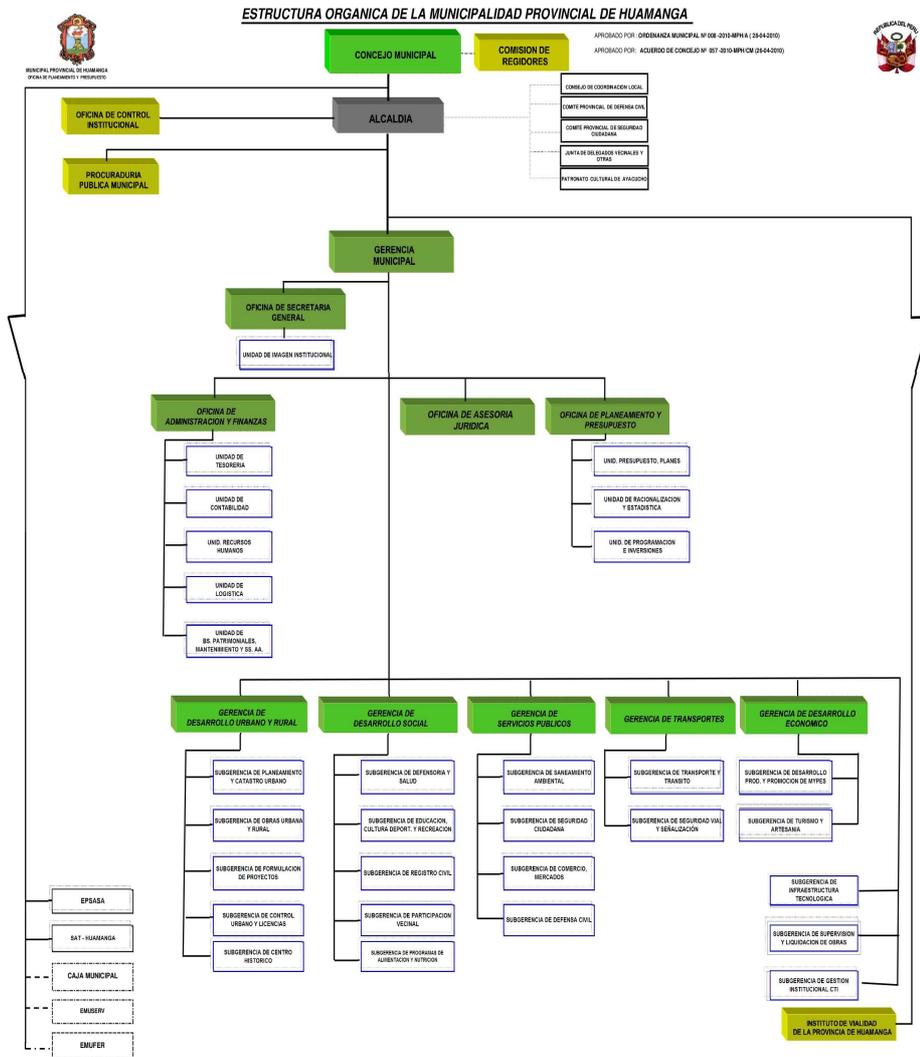
2.2 ORGANIGRAMA

El organigrama, nos permite mirar la estructura de la municipalidad de Huamanga, por la investigación realizada recogemos que en el nivel cuatro se encuentra la Gerencia de Desarrollo Social, la cual tiene 5 sub gerencias: Sub gerencia de defensoría y salud; Sub gerencia de Educación Cultura, Deporte y Recreación; Sub gerencia de Registro Civil, Sub Gerencia de participación vecinal y Sub gerencia de programa de Alimentación y Nutrición, de las cuales 61.9%, dentro de sus población que atiende (79,796) se encuentran niñas y niños de 0 a 6 años, visibilizándose mayormente la atención a esta población en las Sub gerencia de Alimentación y Nutrición, la cual no cuentan según la investigación con personal especializado; las demás gerencias a pesar de contar con la poblaciones objetivos niños menores de 3 años, no se visibilizan.

El nivel de articulación de estas sub gerencias es poco pues ellas responden directamente de la gerencia Municipal y las directivas que ella emite; la planificación del presupuesto del municipio lo determina la Gerencia municipal con el Alcalde es decir las

partidas se asignan a ese nivel, las sub gerencias de línea aplican/ejecutan dichas asignaciones.

Por cifras del INEI la Región Ayacucho cuenta con una población beneficiaria empadronada para el Programa del vaso de leche de 79,796 de los cuales 49,373 corresponde a niños y niñas de 0 a 6 años que representan el 61.9% de los beneficiarios.



Es importante señalar que en la Sub Gerencia de Programas de Alimentación y Nutrición, donde se tiene visibilizada a las niñas y niños de 0 a 6 años, con dos especialistas en trabajo de campo pero con poca experiencia en el diseño de programas de atención a la primera infancia.

Es notorio que aún persiste el enfoque de administrar la reducida renta e ingresos municipales que alcanzan para administrar actividades de ornato, baja policía y algunas pocas funciones más, estando distante aún el cumplimiento cabal de lo de las actuales competencias que la Ley Orgánica de Municipalidades (Ley No. 27972) establece y que tiene que ver con planificar integralmente el desarrollo local recogiendo prioridades propuestas en los procesos de planeación del desarrollo local y, específicamente con la



administración, organización y ejecución de programas locales de lucha contra la pobreza y el desarrollo social (Art. 74).

2.3 ANÁLISIS FODA

El análisis FODA que presentamos nos permitirá identificar los factores positivos o negativos que están bajo el control de la organización (fortalezas y debilidades) y aquellos factores que están fuera del ámbito de la organización pero que la impactan de modo directo (oportunidades y amenazas). Dichos factores deben identificarse claramente, de modo que la organización se oriente a fortalecer los aspectos favorables y mitigue aquellos que son desfavorables. Frente a un entorno económico, político y social que se caracteriza por su dinamismo, la institución deberá revisar de modo periódico sus fortalezas y debilidades a fin de cumplir con los objetivos municipales trazados en su planeamiento estratégico.

FODA HUANTA-HUAMANGA

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de convocatoria de la municipal distrital. • Equipo técnico motivado para capacitarse en temas de infancia. • Experiencia adquirida de proyectos anteriores sobre primera infancia. • Existencia de recursos en el Presupuesto que pueden ser asignados a programas para la primera infancia. | <ul style="list-style-type: none"> • Autoridades sin planes inmediatos de atención a la primera infancia. • Desconocimiento de funciones dirigenciales por algunas de las autoridades (reciente toma de mando). • Ausencia de promotores en temas de atención a la primera infancia y escasa presencia de profesionales en el gobierno local en temas que involucran a la primera infancia. • Personal con limitada capacitación en diseño y formulación de proyectos. • Recursos limitados que les permitan cubrir gastos operativos. • Ubicación distante de las comunidades a atender. • Escasa presencia y participación de las Organizaciones de Base y Comités de Desarrollo Local. • Inexistencia del Comité de Desarrollo Distrital como instancia de Gestión de Desarrollo que trabaja de modo concertada. • Aun no se ha institucionalizado la Mesa de Concertación, el Consejo de Coordinación Distrital. Además aun no se cuenta con un Plan de Desarrollo Concertado Distrital. • El programa del “vaso de leche” no cuenta con personal especializado en los temas de primera infancia |

| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• El proyecto tiene altas probabilidades de instalarse pues la zona es de extrema pobreza, descentralizada y con poca presencia de asistencia de proyectos a la primera infancia.• Madres de familia (líderes) con interés de participar en el programa.• Autoridades muestran interés en apoyar proyectos de atención a la primera infancia.• Padres de familia demandan capacitación en temas del proyecto (primera infancia).• Especial atención de programas sociales y cooperación internacional por condiciones de pobreza de la zona. | <ul style="list-style-type: none">• Porcentaje elevado de hogares con niños de primera infancia desnutridos y descuidados.• Carencia de servicios básicos.• Deficiente infraestructura vial a los centro de control de niños (as).• Bajo nivel educativo de la población beneficiaria, muchas madres y padres sólo cuentan con primaria incompleta.• Reducido número de promotores en los puestos de salud.• Los servicios de salud son insuficientes y con carencias en su infraestructura como materiales y equipos básicos.• Alta tasa de analfabetismo en las mujeres.• Elevados precios en los productos de primera necesidad.• Migración continua de la población, especialmente de la juventud por diferentes motivos.• Mínima participación de las mujeres y jóvenes en el proceso de desarrollo distrital y local.• Desintegración de las organizaciones de la sociedad civil y la Mesa de Concertación. |

2.4 ANÁLISIS

Nos encontramos con un gobierno local con escasez de recursos, tanto humanos como financieros y con debilidades institucionales, lo que haría del trabajo de transferencia un proceso complejo, que ciertamente se daría para cualquier programa social que vaya a operar a este nivel de gestión.

En general, los municipios que operan en zonas principalmente rurales comparten las mismas debilidades que tienen que ver con recursos y capacidades escasas para afrontar las necesidades y demandas locales de sus respectivas jurisdicciones.

De acuerdo a nuestro análisis, el modelo de atención a primaria infancia, cuenta con condiciones parciales para implementarlo a nivel de gestión local, lo que plantea la necesidad de trabajar en el aspecto de creación y fortalecimiento de capacidades, recursos humanos y recursos financieros.

Un plan de implementación debería considerar aspectos fundamentales como: capacitación, ajustes institucionales (incorporación en organigrama), recursos financieros complementarios, asistencia técnica y monitoreo de acompañamiento para asegurar manejo del enfoque, metodología y estrategia de implementación.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Varios de los hallazgos de la investigación coinciden con otras hechas al respecto del tema²³. Si bien hay algunas autoridades y funcionarios que pueden conocer experiencias de programas o proyectos de atención a la infancia, este conocimiento es, en el mejor de los casos, parcial; las autoridades y funcionarios no están al tanto de cómo sería un proceso de transferencia a este nivel y generalmente la principal preocupación tiene que ver con el tema del financiamiento, no necesariamente se percatan de otros aspectos del proceso, como las capacidades institucionales y las condiciones de los recursos humanos requeridos, así como el manejo de enfoques y metodologías específicas dada la naturaleza y alcance del proyecto a transferirse.

2.5 RECOMENDACIONES

De acuerdo a nuestro análisis, el proyecto de atención a primaria infancia, cuenta con parciales para implementarlo a nivel de gestión local, lo que plantean la necesidad de trabajar en el aspecto de creación y fortalecimiento de capacidades, recursos humanos y recursos financieros.

Un plan de implementación debería considerar aspectos fundamentales como: capacitación, ajustes institucionales (incorporación en organigrama), recursos financieros complementarios, asistencia técnica y monitoreo de acompañamiento para asegurar manejo del enfoque, metodología y estrategia de implementación.

Varios de los hallazgos de la investigación coinciden con otras hechas al respecto del tema²⁴. Si bien hay algunas autoridades y funcionarios que pueden conocer experiencias de programas o proyectos de atención a la infancia, este conocimiento es, en el mejor de los casos, parcial; las autoridades y funcionarios no están al tanto de cómo sería un proceso de transferencia a este nivel y generalmente la principal preocupación tiene que ver con el tema del financiamiento, no necesariamente se percatan de otros aspectos del proceso, como las capacidades institucionales y las condiciones de los recursos humanos requeridos, así como el manejo de enfoques y metodologías específicas dada la naturaleza y alcance del proyecto a transferirse.

A continuación presentamos a manera de breve reseña, las limitaciones, riesgos y desafíos que enfrenta el proceso de transferencia de programas sociales.

Limitaciones

- Débil transferencia de programas sociales a los gobiernos locales, el proceso es lento y se debe principalmente a la reducida capacidad institucional para acometer estos programas de atención a la infancia.

²³ Guerero, Gabriela y Sugimaru, Claudia "Oportunidades y riesgos de la transferencia del servicio Wawa Wasi a los Gobiernos Locales Provinciales". Niños del Milenio-Grade. Lima. 2009.

²⁴ Guerero, Gabriela y Sugimaru, Claudia "Oportunidades y riesgos de la transferencia del servicio Wawa Wasi a los Gobiernos Locales Provinciales". Niños del Milenio-Grade. Lima. 2009.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Riesgos

- La Gestión Municipales local sin asistencia técnica adecuada, limita la implementación de los programas de atención a la primera infancia.
- La ausencia de Planes de Desarrollo formulados para un horizonte de mediano y largo plazo, equipamiento institucional y recursos financieros muy limitados con que cuenta la Municipalidad afectan que instituciones públicas y privadas con voluntad de asistencia técnica e instituciones financieras externas se involucren sosteniblemente en la dinámica local.
- La escasa preocupación de la ciudadanía por la participación y la débil coordinación interna no permite aprovechar las ventajas del proceso de descentralización en curso.

Desafíos

- Fortalecer las capacidades de los funcionarios encargados de los programas sociales del gobierno local en el diseño y gestión de proyectos dirigidos a la infancia. Este fortalecimiento irá de la mano de un apoyo decidido de las autoridades de la Municipalidad.
- El liderazgo del gobierno local está afectado por el centralismo de las autoridades y los sectores públicos de la provincia y la región, asimismo, las disposiciones legales frenan sus iniciativas y la ejecución de proyectos de interés local.

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

CAPITULO 2

HUANCAVELICA

1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 1: CONDICIONES DE VIDA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS

La presentación de los resultados del diagnóstico comprende los componentes siguientes:

- Contexto
- Salud
- Educación
- Desarrollo
- Información complementaria

1.1 CONTEXTO

1.1.1 Características del área de estudio²⁵

El estudio corresponde a la provincia de Huancavelica y los distritos de Acoria, Izcuchaca, Palca, Yauli, Ascensión y Huando; así como la provincia de Acobamba, en el distrito de Paucar. Acoria, Yauli y Ascensión son los distritos con mayor población así como también destacan porque tienen mayor porcentaje de pobreza. De otro lado Paucar es el distrito con 57.6% de pobres extremos, similar porcentaje se presenta en Acoria y Yauli.

Características del área de estudio, 2009

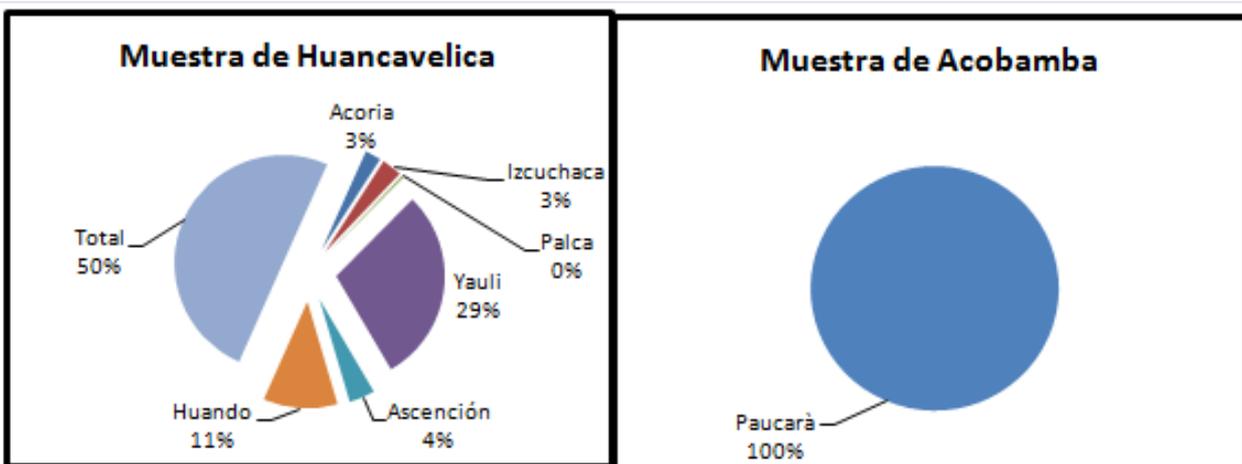
| DISTRITO | POBLACIÓN 1/ | POBRE (%) | | | NO POBRE |
|-----------|-----------------|--------------------|---------|---------------|-------------|
| | | TOTAL DE POBRES | EXTREMO | NO EXTREMO | |
| AZORIA | 32,968 | 84.6 | 52.6 | 31.9 | 15.4 |
| IZCUCHACA | 974 | 35.1 | (7.9) | 27.2 | 64.9 |
| PALCA | 3,477 | 58.0 | (20.3) | 37.7 | 42.0 |
| YAULI | 29,764 | 87.0 | 55.5 | 31.4 | 13.0 |
| ASCENSIÓN | 10,436 | 53.8 | 22.7 | 31.1 | 46.2 |
| HUANDO | 7,915 | 78.9 | 40.4 | 38.5 | 21.1 |
| PAUCARÁ | 27,231 | 89.1 | 57.6 | 31.5 | 10.9 |

²⁵ Fuente: Indicadores de pobreza: 2009

Para obtener información del ámbito de Huancavelica se visitó las localidades de Jatumpampa, Larmenta, Pantachi Sur, Occerami, Limapampa, Unión Lillas, Chopccapampa y Pucapampa.

1.1.2 Distribución de la muestra

| Provincia | Distrito | Absoluto | % |
|--------------|-----------|----------|-------|
| Huancavelica | Acoria | 8 | 4,8 |
| | Izcuchaca | 10 | 6,0 |
| | Palca | 1 | 0,6 |
| | Yauli | 97 | 58,4 |
| | Ascención | 13 | 7,8 |
| | Huando | 37 | 22,3 |
| | Total | | 166 |
| Acobamba | Paucará | 18 | 100,0 |



1.2 SALUD

1.2.1 Morbilidad

a) Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una de las principales, sino la principal, causa de enfermedad en niños menores de 5 años. Además es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de salud y de hospitalización, especialmente en los meses de mayor frío. La presencia de estas infecciones es frecuente, los niños pueden tener varios episodios de IRA por año, lo que incide en su normal crecimiento y desarrollo y que si no son tratados adecuadamente puede convertirse en un problema serio y hasta ocasionar la muerte. Existen factores de riesgo para padecer las infecciones respiratorias agudas y éstas se encuentran relacionadas con la falta de lactancia materna vacunación incompleta, parto prematuro, bajo peso al



nacer, desnutrición, clima o época invernal, contaminación ambiental y domiciliaria que incluye tabaquismo y lugares poco ventilados y pequeños.

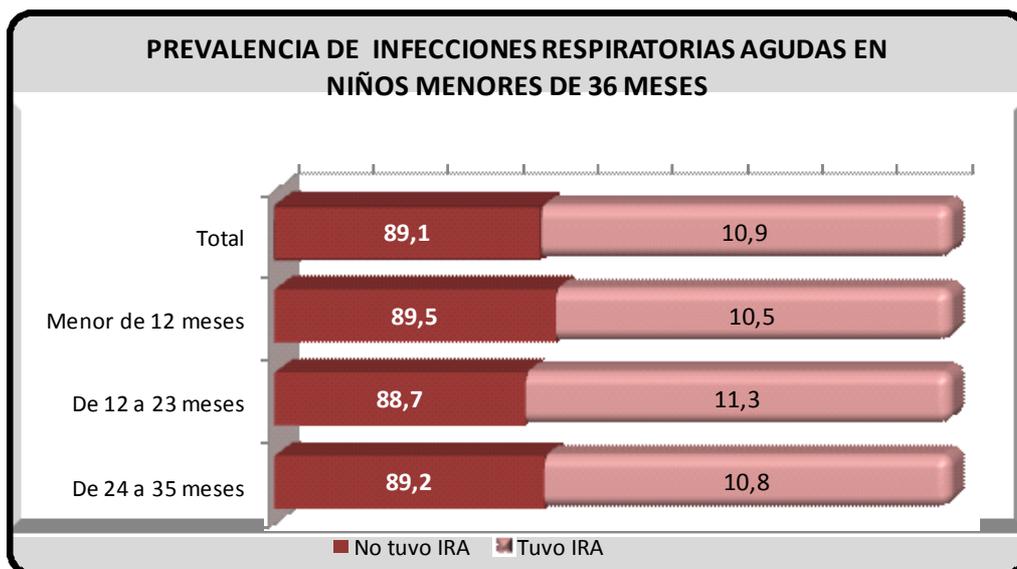
En la encuesta de salud se preguntó a las madres por la ocurrencia de síntomas de infecciones respiratorias agudas: niño estuvo enfermo con tos acompañado de respiraciones cortas y agitadas, en las dos semanas anteriores a la entrevista, lo que constituyen síntomas de infecciones respiratorias agudas.

En el ámbito de estudio de Huancavelica, la prevalencia de Infecciones Respiratoria Agudas IRA en niños menores de 3 años es de 10.9%, el cual resulta un nivel relativamente bajo, respecto al promedio nacional (18.3%) e incluso la del departamento (13.8%), de acuerdo a los resultados de la ENDES 2010.

De acuerdo a los resultados, no hay diferencias significativas según rangos de edad, pues oscilan entre 10.5% y 11.3%.

Prevalencia de IRA en niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No tuvo IRA | 164 | 89,1 |
| | Tuvo IRA | 20 | 10,9 |
| Menor de 12 meses | No tuvo IRA | 51 | 89,5 |
| | Tuvo IRA | 6 | 10,5 |
| De 12 a 23 meses | No tuvo IRA | 55 | 88,7 |
| | Tuvo IRA | 7 | 11,3 |
| De 24 a 35 meses | No tuvo IRA | 58 | 89,2 |
| | Tuvo IRA | 7 | 10,8 |



b) Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)



La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una afección frecuente en los niños y continúa siendo una causa importante de morbi-mortalidad durante la niñez. Se reconocen tres tipos de diarrea: a) Diarrea aguda acuosa, cuando las evacuaciones son líquidas y no tienen moco o sangre; es la más común y su peligro mayor es la deshidratación, acidosis y pérdida de potasio; b) Disentería, cuando las evacuaciones diarreicas tienen moco y sangre; su peligro mayor es la toxemia y la infección en sí misma; y c) Diarrea persistente, que empieza como diarrea aguda acuosa pero no cesa después de 14 días o más y cuyo mayor efecto sobre la salud es la desnutrición.

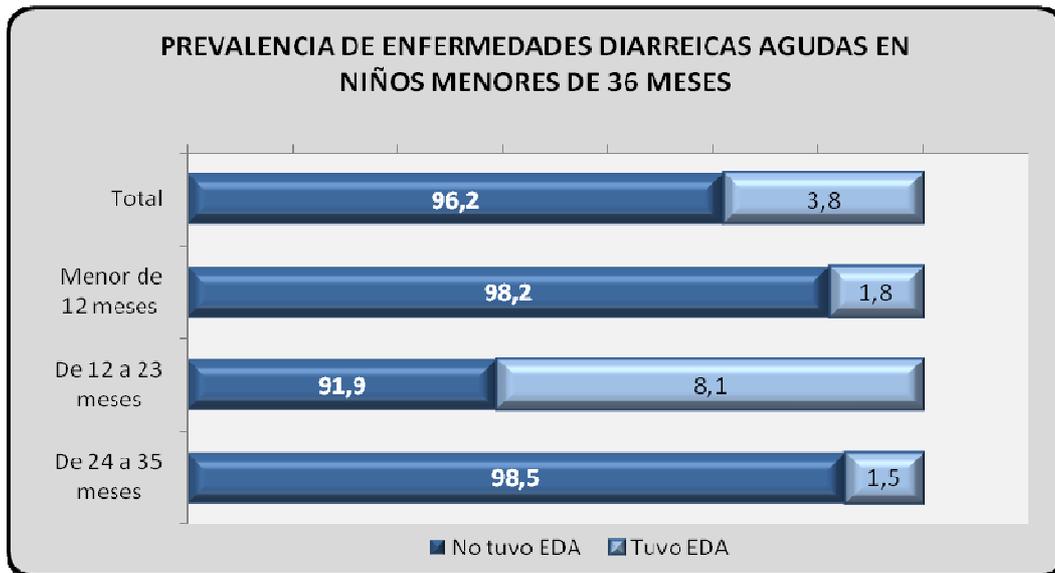
Los agentes infecciosos que causan diarrea generalmente se diseminan por vía fecal – oral (ano-mano-boca), que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados fecalmente, y el contacto directo con heces fecales. Varios comportamientos específicos de las personas contribuyen a la propagación de los gérmenes patógenos asociados a la diarrea: falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; usar biberones para alimentar a los niños; guardar alimentos a temperatura ambiente; beber agua contaminada; no lavarse las manos después de defecar; después de desechar las heces de los niños o limpiar los pañales, y antes de preparar o servir alimentos; no desechar higiénicamente las heces (incluyendo las de los lactantes). Al igual que las Infecciones Respiratorias Agudas, en la encuesta de salud se preguntó a las madres por la ocurrencia de diarreas en las dos semanas anteriores a la entrevista.

En el caso de las enfermedades diarreicas, la presencia de éstas en las dos semanas anteriores a la encuesta son bastante escasas, afecta al 3.8% de los niños menores de 36 meses. De acuerdo a los rangos de edad, el mayor porcentaje de EDA se presenta entre los niños de 12 a 23 meses, que alcanza al 8.1%; en tanto que en los extremos, es decir, los menores de 12 meses y los niños de 24 a más meses, la prevalencia de diarrea, en el periodo de referencia es menor al 2%.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las cifras son bastante menores al registrado a nivel departamental (16.1%); y también al valor registrado a nivel nacional (18.9%).

Prevalencia de EDA en niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No tuvo EDA | 177 | 96,2 |
| | Tuvo EDA | 7 | 3,8 |
| Menor de 12 meses | No tuvo EDA | 56 | 98,2 |
| | Tuvo EDA | 1 | 1,8 |
| De 12 a 23 meses | No tuvo EDA | 57 | 91,9 |
| | Tuvo EDA | 5 | 8,1 |
| De 24 a 35 meses | No tuvo EDA | 64 | 98,5 |
| | Tuvo EDA | 1 | 1,5 |



c) Prevalencia de Parasitosis en niños menores de 36 meses

Las parasitosis intestinales son un problema al que se enfrentan las instituciones de Salud Pública en los países en vías de desarrollo. Estas infecciones son generalmente subestimadas por ser asintomáticas, pero representan un factor de morbilidad importante cuando se asocian a la desnutrición.

La infección intestinal parasitaria afecta principalmente a la población infantil, la cual es especialmente susceptible de adquirirla, principalmente cuando la forma infectante del pósito penetra por vía oral. Los pósitos intestinales, a través de diferentes mecanismos privan al organismo de nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo.

La prevalencia de parasitosis en el ámbito del proyecto es de 15.2% en niños menores de 36 meses. De acuerdo a los resultados se aprecia que se presenta una relación directa entre la edad y la presencia de parasitosis; así, en niños menores de 12 meses, el 8.8% de ellos tienen parasitosis; esta cifra se incrementa a 14.5% en el caso de los niños de 12 a 23 meses y llega a 21.5% entre los niños de 24 a 35 meses. No obstante es importante mencionar que estos resultados corresponden a los casos reportados o encontrados en los establecimientos de salud, por lo que hay que tener en consideración que están sub estimados.

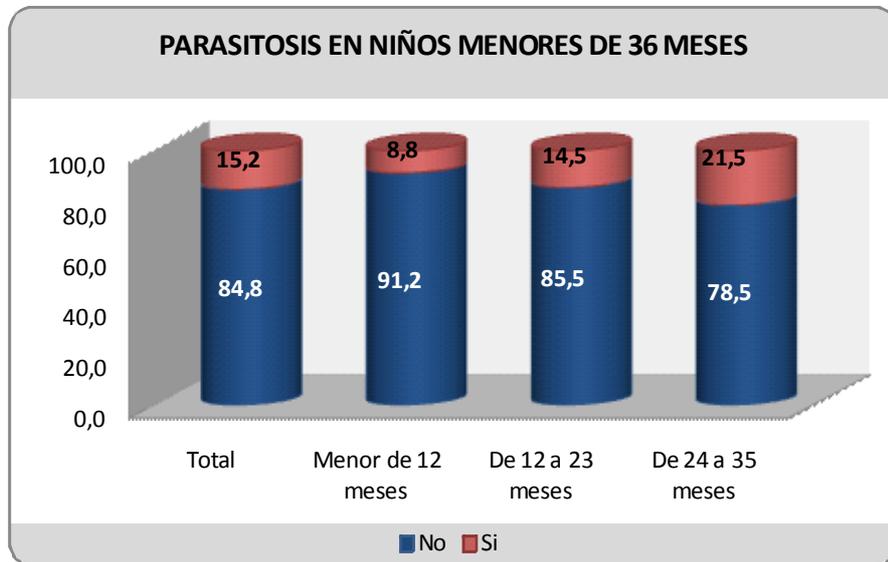


PERÚ

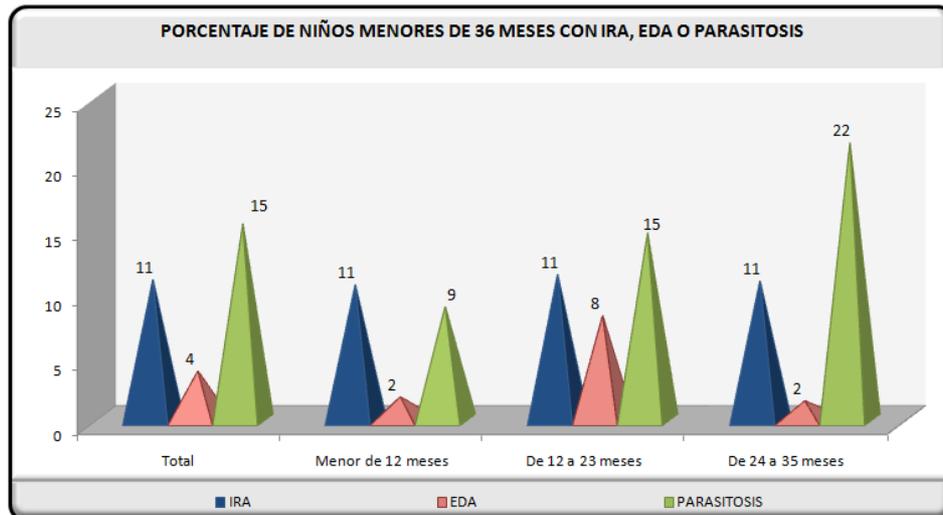
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Parasitosis en niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | | TOTAL | |
|-------------------|----|-----|----------|---|
| | | | Absoluto | % |
| Total | No | 156 | 84,8 | |
| | Si | 28 | 15,2 | |
| Menor de 12 meses | No | 52 | 91,2 | |
| | Si | 5 | 8,8 | |
| De 12 a 23 meses | No | 53 | 85,5 | |
| | Si | 9 | 14,5 | |
| De 24 a 35 meses | No | 51 | 78,5 | |
| | Si | 14 | 21,5 | |



El comportamiento de enfermedades tales como IRA, EDA y/o Parasitosis, implica serios problemas para el desarrollo del niño. De acuerdo a los resultados, la parasitosis representa la enfermedad que más afecta a los niños menores de 36 meses.



1.2.2 Nutrición

a) Prevalencia de Desnutrición Crónica

Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad o simplemente retardo en el crecimiento, se determina al comparar la talla con la esperada para su edad y sexo.

Hasta el año 2007, la evaluación del estado nutricional de los niños se venía realizando con la referencia internacional de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS/OMS). Cuestionamientos por la muestra de niños, la periodicidad de las mediciones y el método para describir el patrón de la variabilidad del crecimiento normal, influyeron sobre la necesidad de establecer nuevas referencias que se aproximaran a los estándares de “cómo debían crecer los niños” en lugar de “como crecían los niños”. En abril del año 2007, la OMS realizó el “Lanzamiento Nacional del Nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil” como resultado de estudios realizados en 8 países de distintos continentes, en los que muestra que todos los niños y niñas, nacidos en cualquier parte del mundo, tienen el mismo potencial de crecimiento. A este patrón se le conoce como el Patrón OMS²⁶. En el presente informe se incluye la evaluación del crecimiento de los niños bajo el Patrón NCHS/CDC/OMS y el Patrón OMS.

Desnutrición Crónica según Patrón Internacional de Crecimiento Infantil OMS

La prevalencia de desnutrición crónica en el ámbito de intervención del proyecto, según el patrón del OMS alcanza al 33.2% de los niños menores de 36 meses; los niños más afectados son los que tienen de 24 a 35 meses, dado que la mitad de ellos (50.8%) tienen retardo en el crecimiento. Los niños de 12 a 23 meses también están afectados pero en menor proporción, ya que alcanza al 27.4% de los niños de dicho rango de edad. En los niños menores de 12 meses, existe un 19.3% de niños que pese a su escasa edad ya tiene desnutrición crónica.

²⁶ Tomado de Informe Principal ENDES Continúa 2004-2006. Agosto 2007

**Desnutrición crónica en niños menores de 36 meses, según rango de edad (Patrón OMS)**

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No desnutrido crónico | 123 | 66,8 |
| | Desnutrido Crónico | 61 | 33,2 |
| Menor de 12 meses | No desnutrido crónico | 46 | 80,7 |
| | Desnutrido Crónico | 11 | 19,3 |
| De 12 a 23 meses | No desnutrido crónico | 45 | 72,6 |
| | Desnutrido Crónico | 17 | 27,4 |
| De 24 a 35 meses | No desnutrido crónico | 32 | 49,2 |
| | Desnutrido Crónico | 33 | 50,8 |

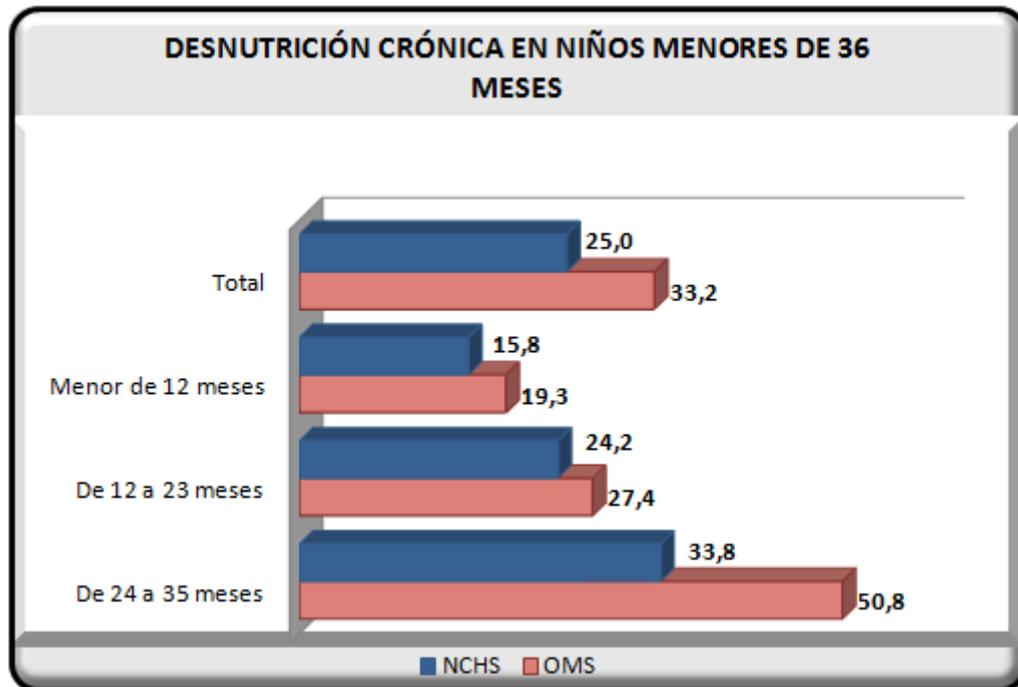
Desnutrición Crónica según Patrón Internacional (NCHS)

De acuerdo al patrón internacional del NCHS, *con vigencia hasta abril del 2007, la desnutrición crónica en niños menores de 36 meses en el ámbito del estudio afecta a la cuarta parte de los niños (25.0%)*. Por rangos de edad, sigue la misma tendencia según el patrón de la OMS, es decir a mayor edad, mayor desnutrición crónica; así, entre los menores de 12 meses, hay un 15.8% de niños con desnutrición crónica; esta cifra en los niños de 12 a 23 meses se incrementa a 24.2%; mientras que para los niños mayores, afecta a algo más de un tercio de ellos.

Desnutrición crónica en niños menores de 36 meses, según rango de edad (Patrón NCHS)

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No desnutrido crónico | 138 | 75,0 |
| | Desnutrido Crónico | 46 | 25,0 |
| Menor de 12 meses | No desnutrido crónico | 48 | 84,2 |
| | Desnutrido Crónico | 9 | 15,8 |
| De 12 a 23 meses | No desnutrido crónico | 47 | 75,8 |
| | Desnutrido Crónico | 15 | 24,2 |
| De 24 a 35 meses | No desnutrido crónico | 43 | 66,2 |
| | Desnutrido Crónico | 22 | 33,8 |

En el gráfico, se muestra los resultados de la desnutrición crónica con los parámetros tanto de NCHS como de la OMS, y en el que se puede apreciar que los niños de 24 a 35 meses son los más afectados, lo cual se registra claramente en el promedio total.



b) Anemia en niños de 6 a 36 meses

La prevención de la deficiencia de hierro sobre la gravedad y permanencia se sustenta en las consecuencias sobre la salud de los niños, especialmente en los niños más pequeños. La anemia tiene serias repercusiones en niños de 6 meses hasta los dos años, que es cuando la hemoglobina contribuye a la maduración cerebral.

La deficiencia de hierro en los niños provoca trastornos en diversas funciones, entre ellas, las siguientes: alteración del desarrollo psicomotor, particularmente del lenguaje, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. En los niños, el más importante de los efectos adversos es la alteración del desarrollo psico-motor, probablemente irreversible.

Los factores que aumentan el riesgo de anemia en el niños son: bajo peso al nacer, breve duración de la lactancia materna exclusiva, introducción precoz (antes del sexto mes) de leche de vaca, introducción tardía de carne en la dieta y dietas de bajo contenido de hierro.

Los resultados sobre anemia son indican que 3 de 4 niños menores de 36 meses (76.6%), tiene algún nivel de anemia. Llama la atención que niños de 6 a menos de 12 meses, en su mayoría tengan anemia (71.4%), nivel que resulta muy elevado, debido a que estaría indicando que sus antecedentes, como anemia en madre, bajo peso al nacer u otros factores de acceso a servicios estarían contribuyendo a estos resultados. De otro lado, entre los niños de 12 a 23 meses, la anemia afecta al 69.5% de ellos; mientras que para los niños mayores, vale decir de 24 y más meses alcanza al 85.9% de ellos.



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Porcentaje de niños menores de 6 a 36 meses con anemia, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|------------------|------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Sin anemia | 37 | 23,4 |
| | Anemia | 121 | 76,6 |
| De 6 a 12 meses | Sin anemia | 10 | 28,6 |
| | Anemia | 25 | 71,4 |
| De 12 a 23 meses | Sin anemia | 18 | 30,5 |
| | Anemia | 41 | 69,5 |
| De 24 a 35 meses | Sin anemia | 9 | 14,1 |
| | Anemia | 55 | 85,9 |

La clasificación para determinar el nivel de anemia en niños, considerando leve, moderada o severa se realiza teniendo en cuenta la edad. Los niños menores de 6 meses no se incluyen en las estimaciones por considerar que tienen niveles relativamente altos de hemoglobina al nacimiento.

Límite superior de la categoría

| Edad en meses | Leve | Moderada | Severa |
|---------------|------|----------|--------|
| 0-3 | 8.9 | 6.9 | 4.9 |
| 3-6 | 10.4 | 8.4 | 5.4 |
| 7-23 | 10.9 | 8.9 | 5.9 |
| 24+ | 11.4 | 9.4 | 6.4 |

Del total de niños menores de 6 a 36 meses, el 39.7% tiene anemia leve, otro 30.8% padece anemia moderada y un 5.8% tiene anemia severa. De acuerdo al rango de edad, se presenta mayor porcentaje de anemia moderada en los niños de 24 a 35 meses (37.5%), luego entre los niños de 6 a 12 meses, con una proporción algo menor (34.3%) y luego los niños de 12 a 23 meses, aunque la proporción es bastante menor (21.1%).



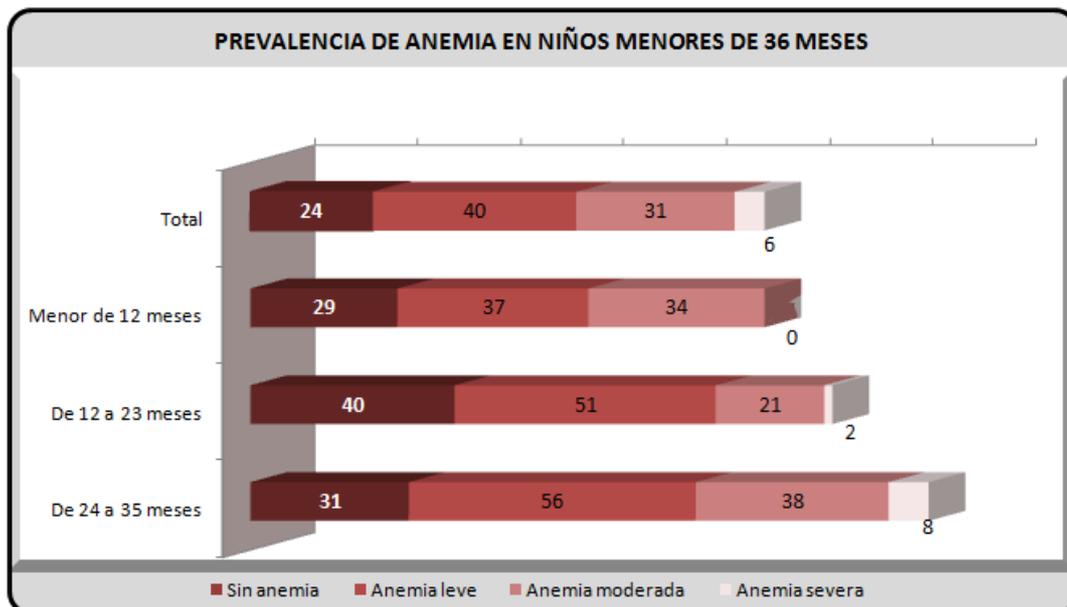
PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Es importante resaltar que hay un 5.8% de niños que padecen anemia severa y se debe, al menos el 7.0%, a niños de 12 y 35 meses que la padecen.

Porcentaje de niños menores de 6 a 36 meses según niveles de anemia

| | | TOTAL | |
|------------------|-----------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Sin anemia | 37 | 23,7 |
| | Anemia leve | 62 | 39,7 |
| | Anemia moderada | 48 | 30,8 |
| | Anemia severa | 9 | 5,8 |
| De 6 a 12 meses | Sin anemia | 10 | 28,6 |
| | Anemia leve | 13 | 37,1 |
| | Anemia moderada | 12 | 34,3 |
| | Anemia severa | 0 | 0 |
| De 12 a 23 meses | Sin anemia | 18 | 31,6 |
| | Anemia leve | 23 | 40,4 |
| | Anemia moderada | 12 | 21,1 |
| | Anemia severa | 4 | 7,0 |
| De 24 a 35 meses | Sin anemia | 9 | 14,1 |
| | Anemia leve | 26 | 40,6 |
| | Anemia moderada | 24 | 37,5 |
| | Anemia severa | 5 | 7,8 |



c) Lactancia materna exclusiva

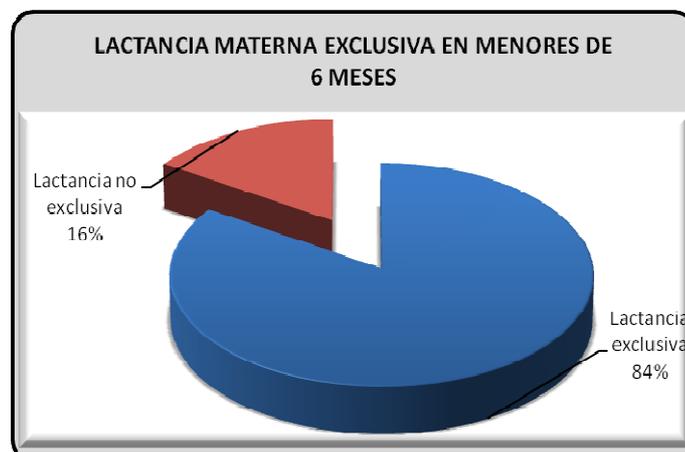
Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. La primera alimentación del niño es la lactancia materna, durante los primeros seis meses de vida del niño la leche materna por sí sola es el alimento ideal, contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento saludable así como factores inmunizantes que los protegen contra las infecciones comunes de la niñez.

La alimentación del niño durante sus primeros meses de vida resultan de vital importancia para la prevención de enfermedades no transmisibles durante toda la vida. Así, “el estado nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes”²⁷. Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. Si bien la casi totalidad de los niños inicia su alimentación con la leche materna, el tiempo de la lactancia es la que marca la diferencia.

En las áreas de estudio de Huancavelica, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses está bastante difundida, ello se comprueba porque el 84.2% de las madres con niños menores de 6 meses señalan que son alimentados exclusivamente con leche materna o pecho.

Lactancia materna exclusiva y no exclusiva en niños menores de 6 meses, según área

| | TOTAL | |
|------------------------|----------|-------|
| | Absoluto | % |
| Total | 19 | 100,0 |
| Lactancia exclusiva | 16 | 84,2 |
| Lactancia no exclusiva | 3 | 15,8 |



²⁷ Hodgson, María Isabe



En general para los niños menores de 36 meses, el promedio de lactancia materna exclusiva es de 5.62 meses.

Promedio de lactancia materna exclusiva en niños menores de 36 meses

| | TOTAL | |
|-----------------------------|----------|----------|
| | Absoluto | PROMEDIO |
| Lactancia Materna Exclusiva | 149 | 5,62 |

d) Suministro y consumo de hierro entre niños menores de 36 meses

Desde su nacimiento, los niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, seguida de alimentación complementaria apropiada, tienen un desarrollo óptimo tanto físico como mental. Sin embargo a medida que el niño crece y se vuelve más activo, los alimentos complementarios llenan el vacío entre las necesidades nutritivas totales del niño y las cantidades proporcionadas por la leche materna.

Los niños pequeños no crecerán bien sin las cantidades adecuadas y una buena mezcla de estos alimentos adicionales y su sistema inmune se hará menos eficaz, por lo que es necesario proporcionarles suplemento de hierro y vitamina A.

Del total de niños menores de 36 meses, el 32.1% recibió dosis de hierro, según lo declarado por la madre; de ello se deduce que el 41.8% no recibió hierro y un considerable 26.1% que indica que no sabe o no responde.

Según el rango de edad, no se observa diferencias significativas en lo que se refiere a la distribución, que está alrededor del promedio total.

Niños menores de 36 meses que recibieron dosis de hierro, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Si | 59 | 32,1 |
| | No | 77 | 41,8 |
| | No sabe | 48 | 26,1 |
| Menor de 12 meses | Si | 18 | 31,6 |
| | No | 21 | 36,8 |
| | No sabe | 18 | 31,6 |
| De 12 a 23 meses | Si | 20 | 32,3 |
| | No | 20 | 32,3 |
| | No sabe | 22 | 35,5 |
| De 24 a 35 meses | Si | 21 | 32,3 |
| | No | 36 | 55,4 |
| | No sabe | 8 | 12,3 |

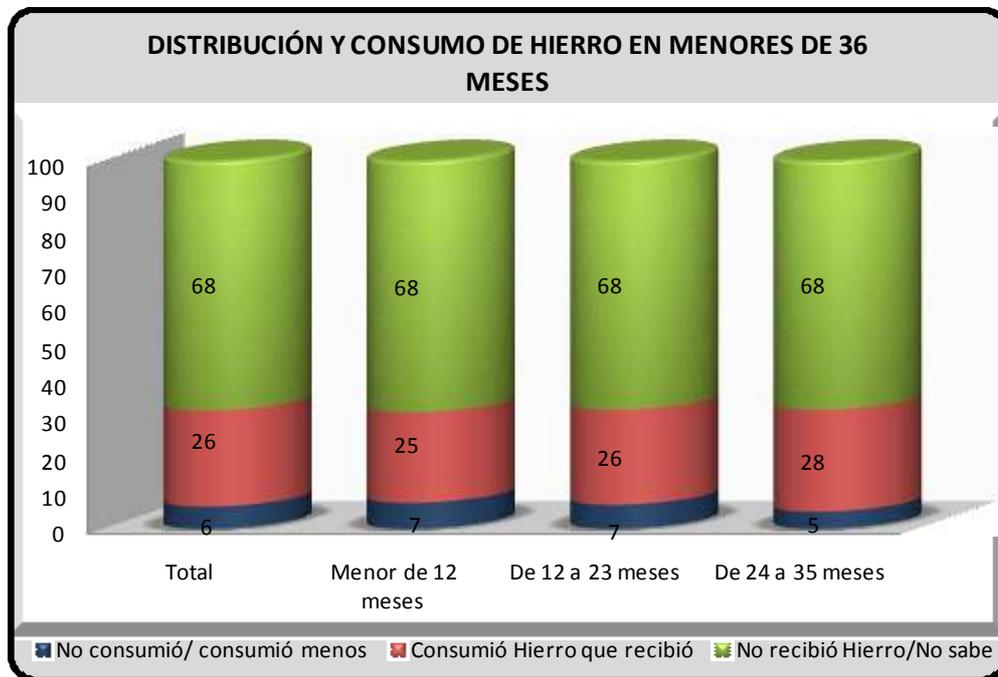


Con estos resultados, solo el 26.1% de los niños menores de 36 meses consumió el hierro que le fue suministrado; mientras que un 67.9% no recibió hierro o no recuerda haberlo recibido.

Niños menores de 36 meses que consumieron hierro, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consumió/consumió menos | 11 | 6,0 |
| | Consumió Hierro que recibió | 48 | 26,1 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 125 | 67,9 |
| Menor de 12 meses | No consumió/consumió menos | 4 | 7,0 |
| | Consumió Hierro que recibió | 14 | 24,6 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 39 | 68,4 |
| De 12 a 23 meses | No consumió/consumió menos | 4 | 6,5 |
| | Consumió Hierro que recibió | 16 | 25,8 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 42 | 67,7 |
| De 24 a 35 meses | No consumió/consumió menos | 3 | 4,6 |
| | Consumió Hierro que recibió | 18 | 27,7 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 44 | 67,7 |

En los niños menores de 12 meses, la cuarta parte de ellos consumieron el hierro que recibieron; mientras que un 68.4% no recibió hierro o no recuerda si lo recibió. Para los niños de 12 meses y más, se observa que no hay diferencias tanto en los niveles de consumo de hierro como en el desconocimiento o no consumo de dicho micronutriente.



e) Vitamina A en niños menores de 36 meses

La carencia alimentaria de vitamina A afecta frecuentemente y de manera importante a los ojos y puede llevar a la ceguera. La xeroftalmía, que significa sequedad de los ojos (de la palabra griega *xeros* que significa seco), es el término que se utiliza para incluir las manifestaciones oculares resultantes de la falta de vitamina A. La carencia de vitamina A tiene además un papel en varios cuadros clínicos no relacionados con los ojos, y puede contribuir a aumentar la tasa de mortalidad infantil, sobre todo en niños con sarampión. Aparte del ojo, la carencia de vitamina A también afecta adversamente las superficies epiteliales.

Un consumo inadecuado de caroteno o vitamina A preformada, una deficiente absorción de la vitamina o una mayor demanda metabólica puede llevar a la carencia de vitamina A. De estas tres, la deficiencia alimentaria es en general la causa más común de xeroftalmía.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Del total de niños menores de 36 meses, el 20.7% de ellos habría recibido vitamina A, otro 52.2% indican que no han recibido y un 27.2% no sabe. Esta situación se repite en los resultados por rangos de edad, con ligeras variaciones; ya que en los niños de 12 a 23 meses, el 25.8% recibió vitamina A; no obstante los resultados estarían indicando una falta de difusión por parte del personal de salud para con las madres, dado que la vitamina A, mayormente es suministrado junto con sus vacunas.

Porcentaje de menores de 36 meses que recibieron dosis de vitamina A, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Si | 38 | 20,7 |
| | No | 96 | 52,2 |
| | No sabe | 50 | 27,2 |
| Menor de 12 meses | Si | 11 | 19,3 |
| | No | 29 | 50,9 |
| | No sabe | 17 | 29,8 |
| De 12 a 23 meses | Si | 16 | 25,8 |
| | No | 26 | 41,9 |
| | No sabe | 20 | 32,3 |
| De 24 a 35 meses | Si | 11 | 16,9 |
| | No | 41 | 63,1 |
| | No sabe | 13 | 20,0 |



PERÚ

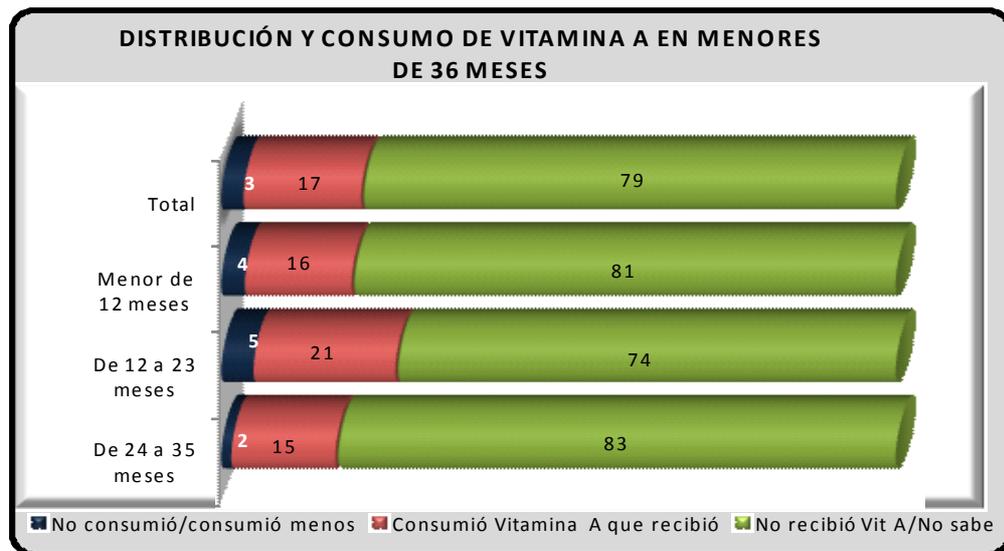
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Con estos resultados, el consumo de vitamina A, es relativamente bajo, pues sólo el 17.4% de los niños la consumieron; mientras que un 79.3% de los niños no recibieron o no sabe, según la información proporcionada por su madre. Según la edad del niño, el mayor porcentaje de consumo de vitamina A se presenta entre los niños de 12 a 23 meses; mientras que en los otros rangos de edad, el nivel es del orden del 15%.

Como es de esperar, los porcentajes de no recibió vitamina A o no sabe son relativamente altos, que oscilan entre el 74% (niños de 12 a 23 meses) y el 83% (niños de 24 y más meses).

Consumo de vitamina A de niños menores de 36 meses, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consumió/consumió menos | 6 | 3,3 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 32 | 17,4 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 146 | 79,3 |
| Menor de 12 meses | No consumió/consumió menos | 2 | 3,5 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 9 | 15,8 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 46 | 80,7 |
| De 12 a 23 meses | No consumió/consumió menos | 3 | 4,8 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 13 | 21,0 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 46 | 74,2 |
| De 24 a 35 meses | No consumió/consumió menos | 1 | 1,5 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 10 | 15,4 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 54 | 83,1 |



f) Consumo de alimentos con proteína animal

Los alimentos complementarios necesitan contener suficiente energía, proteínas, minerales y vitaminas para cumplir con las necesidades nutricionales del niño que crece. Las necesidades nutricionales más difíciles de satisfacer son por lo general de energía, hierro, zinc y vitamina A. Los alimentos altos en hierro y zinc incluyen la sangre, carnes rojas, hígado, riñones y otros tipos de menudencias. Las yemas de huevo, hojas verdes oscuras y legumbres también son altas en hierro, pero este hierro no es tan fácil de absorber en el cuerpo. Sin embargo, el comer fruta rica en vitamina C, en la misma comida mejorará la absorción de hierro.

Las proteínas son macromoléculas formadas por la unión de aminoácidos²⁸, los cuales son fundamentales para el buen funcionamiento del organismo. Una persona adulta, requiere ocho aminoácidos esenciales; mientras que durante el crecimiento se necesitan diez. La calidad de una proteína depende de su contenido en aminoácidos esenciales, esa calidad está medida por un índice llamado valor biológico. Por lo tanto, una proteína es de alta calidad o tiene un alto valor biológico cuando es rica en aminoácidos esenciales. Éstas se encuentran en la leche materna y en los huevos, le siguen las proteínas de la carne y el pescado y luego los lácteos. Se considera que las proteínas de origen animal son más nutritivas y completas que las de origen vegetal, que son incompletas y de un menor valor biológico. La carencia proteica produce una disminución de la masa muscular, un metabolismo lento, bajo rendimiento físico e intelectual, fatiga, apatía, y deterioro general de todo nuestro organismo.

²⁸ Los aminoácidos se dividen en aminoácidos esenciales y no esenciales. Los esenciales son aquellos que no son elaborados por nuestro organismo y deben incorporarse a través de la dieta. Los no esenciales son sintetizados por nuestro metabolismo. <http://www.zonadiet.com/nutricion/proteina-origen.htm>

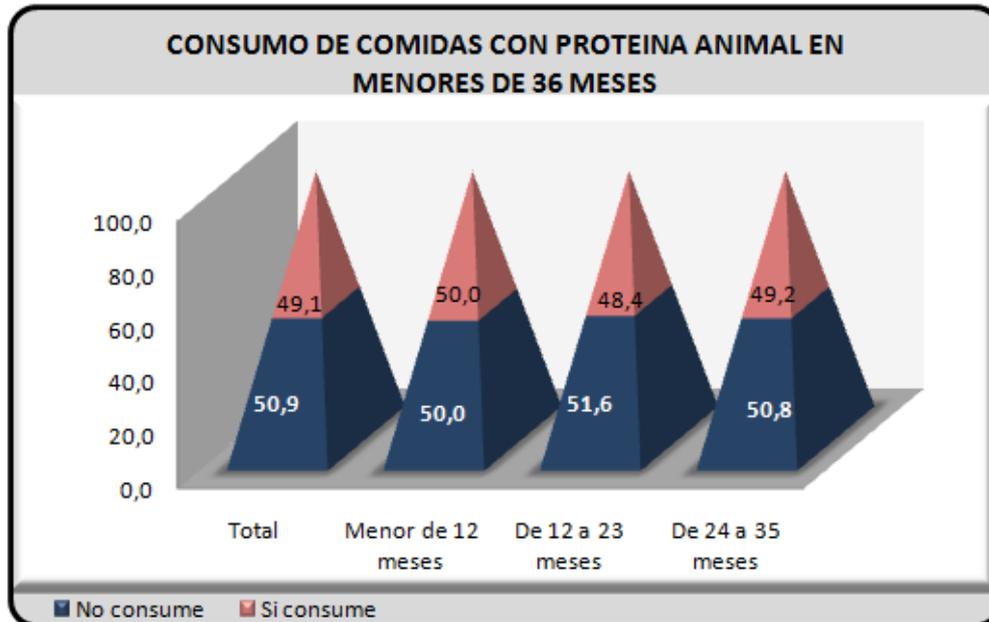
Para conocer la dieta alimentaria de los niños y en particular el consumo de alimentos con proteína animal, en la encuesta de salud se incluyó la tabla de alimentos que se utiliza en el ENDES. Y con la madre del niño se indagó acerca de los líquidos y alimentos que el niño comió en día anterior durante el día o la noche.

La metodología consiste en realizar un recuento de todos los líquidos o alimentos que comió o bebió el día anterior a la entrevista, se utilizó una tabla de clasificación de alimentos de acuerdo a su mayor aporte nutricional y el consumo de al menos uno de estos grupos de alimentos o bebidas. En Huancavelica, la ingesta de alimentos de alto valor biológico como es la proteína animal solo se presenta en el 49.1% de los niños menores de 36 meses. Los resultados de ingesta de alimentos con proteína animal son similares al promedio cuando se desagrega por rangos de edad.



Consumo de comidas con proteína animal de niños de 6 a 35 meses, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consume comidas con proteína animal | 83 | 50,9 |
| | Consume comidas con proteína animal | 80 | 49,1 |
| Menor de 12 meses | No consume comidas con proteína animal | 18 | 50,0 |
| | Consume comidas con proteína animal | 18 | 50,0 |
| De 12 a 23 meses | No consume comidas con proteína animal | 32 | 51,6 |
| | Consume comidas con proteína animal | 30 | 48,4 |
| De 24 a 35 meses | No consume comidas con proteína animal | 33 | 50,8 |
| | Consume comidas con proteína animal | 32 | 49,2 |



1.2.3 Acceso a los servicios de salud

a) Peso del recién nacido

El peso al nacer se considera un predictor del futuro del recién nacido. El índice de mortalidad asciende cuanto más bajo es el peso al nacer para cualquier semana de la gestación, por lo que es un factor muy importante para la supervivencia del neonato, así como para un crecimiento y desarrollo saludables. Niños con peso al nacer menor a 2.5 Kg. representa un riesgo para su salud.

De acuerdo a la tabla de referencia de la OMS, el peso ideal de un niño de sexo masculino es de 3.3 Kg. y para una niña es de 3.2 Kg.

En el ámbito de estudio de Huancavelica, sólo el 8.0% de los niños menores de 36 meses tuvieron bajo peso al nacer, mientras que más de la mitad nació con un peso de 2.500 Kg a 3.300 Kg, y el resto con más de 3.200 Kg. (33.3%). En el caso de las niñas, el porcentaje de niñas con bajo peso al nacer es de 8.3%; en tanto que el 67.0% de ellas pesó de 2.500 kg, a 3200 kg y la cuarta parte restante con un peso mayor a los 3.200 Kg.

Peso al nacer, por sexo, según área

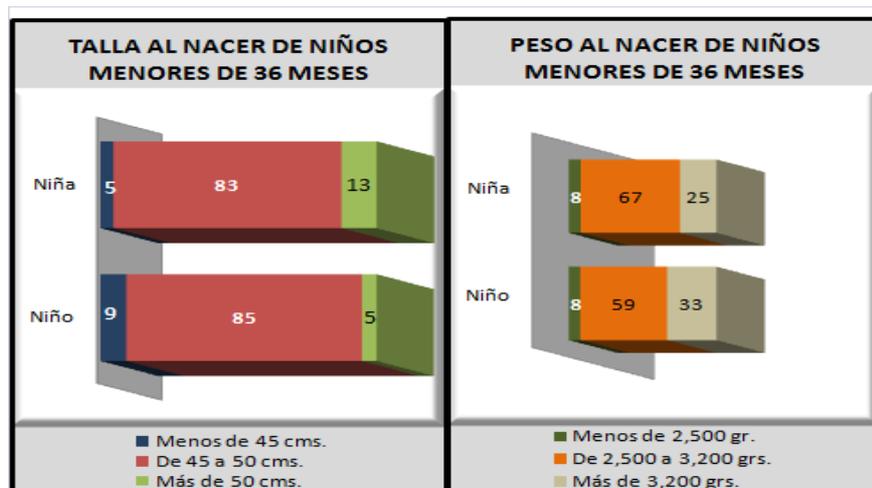
| | | TOTAL | |
|------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Niño | Menos de 2,500 gr. | 6 | 8,0 |
| | De 2,500 a 3,200 grs. | 44 | 58,7 |
| | Más de 3,200 grs. | 25 | 33,3 |
| Niña | Menos de 2,500 gr. | 9 | 8,3 |
| | De 2,500 a 3,200 grs. | 73 | 67,0 |
| | Más de 3,200 grs. | 27 | 24,8 |

b) Longitud del recién nacido

De acuerdo a los resultados y asociado con su bajo peso, el 9.3% de los niños nació con una longitud menor de 45 cms., y un 85.3% midió al nacer entre 45 y 50 cms., el resto tenía una longitud de 50 y más cms. (5.3%). En el caso de las niñas, hay un 4.6% que tuvo bajo peso al nacer, en tanto que el 82.6% de las niñas miden entre 45 y 50 cms y el resto de las niñas miden más de 50 cms. (12.8%).

Talla al nacer, por sexo, según área

| | | TOTAL | |
|------|------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Niño | Menos de 45 cms. | 7 | 9,3 |
| | De 45 a 50 cms. | 64 | 85,3 |
| | Más de 50 cms. | 4 | 5,3 |
| Niña | Menos de 45 cms. | 5 | 4,6 |
| | De 45 a 50 cms. | 90 | 82,6 |
| | Más de 50 cms. | 14 | 12,8 |



c) Control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña CRED²⁹

El control de crecimiento y desarrollo del niño y niña CRED, constituye un conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo, así también considera la promoción de la salud física, mental, emocional y social.

Es realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, sensible, con actitudes y comportamientos apropiados. Teniendo en cuenta las necesidades, características y

²⁹ Tomado del Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural. Es participativo, es decir permite establecer una relación de respeto y confianza con la madre para que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones. Involucrando al padre y a la familia en las responsabilidades del cuidado de la niña y el niño.

El CRED establece un conjunto de actividades integrales que desde la entrevista inicial para investigar factores de riesgo asociados al crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, conocer la evolución entre control y control, adaptación a la alimentación actual, verificación del esquema de vacunación actual, reacciones post vacúnales, ambiente familiar, entre otros. Los procedimientos incluyen el seguimiento de la nutrición, prevención de las deficiencias de nutrición por micronutrientes (hierro, yodo y vitamina "A"), estado vacunal, seguimiento al crecimiento (antropometría), entre otros; y finalmente después de todo el proceso de evaluación, se realiza la consejería participativa.

Estas evaluaciones están programadas de acuerdo al grupo etáreo y son referenciadas en el carné de vacunaciones. Durante la entrevista con la madre se verificó con el carné del niño el número de controles realizados y se realizó la transcripción correspondiente al cuestionario de la encuesta. De acuerdo al esquema de controles por grupo etareo se presenta los resultados de los controles completos para la edad³⁰.

En ese contexto, se considera 11 controles para niños menores de 12 meses, 6 controles adicionales para los niños en el segundo año de vida y 4 para el tercer año. En el ámbito de intervención del proyecto, el 57.3% de los niños menores de 36 meses completaron sus controles del CRED³¹.

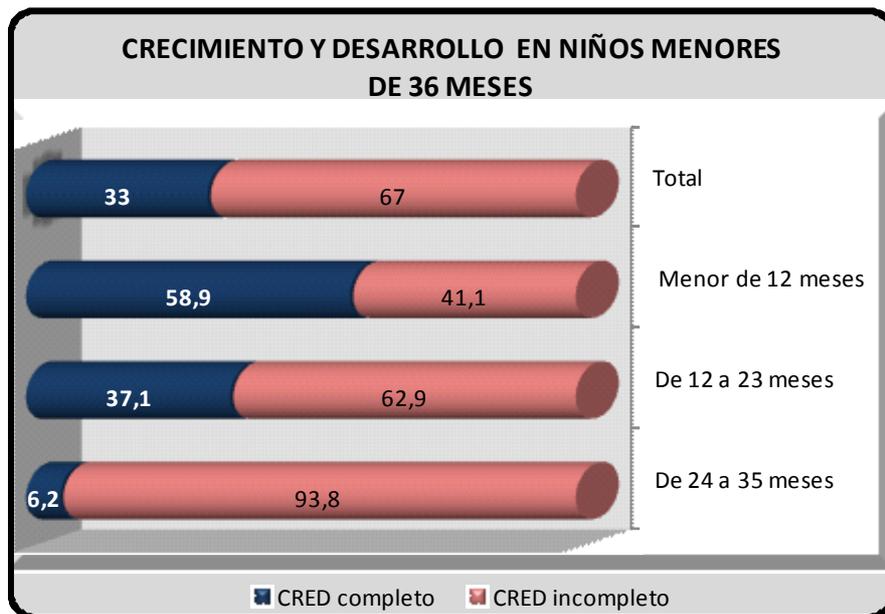
Del total de niños menores de 36 meses en el área de estudio de Huancavelica, el 33.0% tiene CRED completo de acuerdo a la edad. Esta cifra es mayor entre los niños menores de 12 meses, donde alcanza al 58.9% de los niños de ese rango de edad. Entre los niños de 12 a 23 meses, el 37.1% tiene CRED completo, mientras que sólo el 6.2% tiene CRED completo entre los niños de 24 y más meses.

³⁰ La fuente de información es el carné de vacunaciones.

³¹ La referencia para el número de controles del CRED es la que se encuentra vigente este año.

Niños menores de 36 meses que completaron CRED, de acuerdo a la edad, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Tiene CRED completo | 60 | 33,0 |
| | No tiene CRED completo | 122 | 67,0 |
| Menor de 12 meses | Tiene CRED completo | 33 | 58,9 |
| | No tiene CRED completo | 23 | 41,1 |
| De 12 a 23 meses | Tiene CRED completo | 23 | 37,1 |
| | No tiene CRED completo | 39 | 62,9 |
| De 24 a 35 meses | Tiene CRED completo | 4 | 6,2 |
| | No tiene CRED completo | 60 | 93,8 |



d) Inmunizaciones según norma técnica

Las vacunas son responsables del control de muchas enfermedades infecciosas que antes habían sido muy frecuentes; sin embargo, pese al control, los virus y bacterias de muchas de ellas que provocan estas enfermedades aún existen. Las vacunas proporcionan protección a través de los años.

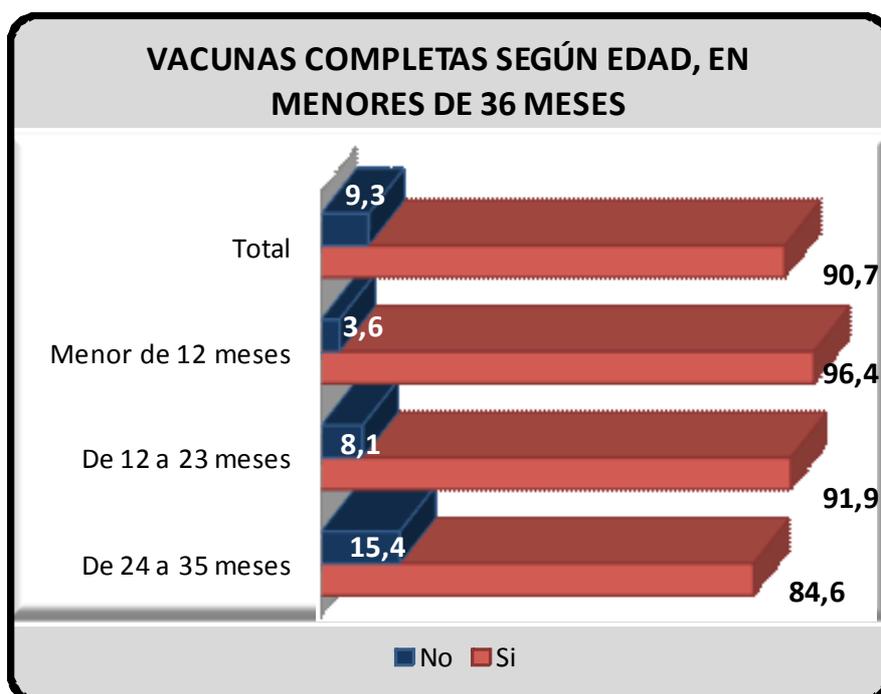


Las vacunas se dosifican y se suministran de acuerdo a un calendario. El Ministerio de Salud es el ente normativo que establece la forma de administrar estas vacunas, algunas son específicas, otras van agrupadas, a lo largo de los 5 últimos años ha variado la forma y el número de vacunaciones. En la encuesta de salud, se captó información de todas las vacunas y sus variaciones y éstas provienen del carné de vacunaciones en el 100% de los casos. Cabe señalar que para que los niños estén protegidos deben completar todas las dosis programadas. Los resultados muestran la aplicación de todas las vacunas básicas de los niños para su edad; aunque está pendiente la inclusión del Rotavirus, en función de la fecha de su implementación.

La información se obtiene a partir de la transcripción de la tarjeta de vacunación y se aprecia que el 90.7% de los niños han recibido sus vacunas de acuerdo a su edad. En lo que se refiere a vacunación, el porcentaje es mayor entre los niños de menor edad (96.4%) y los que se encuentran en el otro extremo, es decir los niños de 24 a más meses (84.6%), que establece una diferencia de 12 puntos porcentuales. Cabe agregar que entre los niños de 12 a 23 meses, existe un 91.9% de ellos que tienen sus vacunas completas de acuerdo a su edad.

Niños menores de 36 meses que completaron vacunas, de acuerdo a la edad, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|----|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No | 17 | 9,3 |
| | Si | 166 | 90,7 |
| Menor de 12 meses | No | 2 | 3,6 |
| | Si | 54 | 96,4 |
| De 12 a 23 meses | No | 5 | 8,1 |
| | Si | 57 | 91,9 |
| De 24 a 35 meses | No | 10 | 15,4 |
| | Si | 55 | 84,6 |



1.2.4 Salubridad e higiene

a) Hogares con cocinas mejoradas funcionando

Se construyó un índice para conocer la tenencia de cocina mejorada, en el cual se consideró los criterios siguientes: a) Tiene conducto de ventilación y fuera de la vivienda; b) Tiene base de adobe, barro o cemento; y c) Tiene más de una hornilla; y d) Tiene hornilla con aros selladores. Adicionalmente se consideró a aquellos hogares que cocinan con “combustible limpio”, vale decir aquéllos que utilizan electricidad, gas y kerosene.

Los resultados de la investigación indican que el 87.0% no usa cocina mejorada; mientras que un 6.5% si usa cocina mejorada y otro 6.5% usa combustible limpio. En los menores de 2 años, se presenta alrededor de un 8% de hogares que usa cocina mejorada; mientras que la gran mayoría no usa. Otro aspecto que amerita destacar es que entre los más pequeños, hay un mayor porcentaje de hogares (12.3%) que usa combustible limpio, en comparación con los otros hogares con niños mayores de 12 meses.

Familias con cocinas mejoradas funcionando, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No usa cocina mejorada | 160 | 87,0 |
| | Si usa cocina mejorada | 12 | 6,5 |
| | Usa combustible limpio | 12 | 6,5 |
| Menor de 12 meses | No usa cocina mejorada | 45 | 78,9 |
| | Si usa cocina mejorada | 5 | 8,8 |
| | Usa combustible limpio | 7 | 12,3 |
| De 12 a 23 meses | No usa cocina mejorada | 55 | 88,7 |
| | Si usa cocina mejorada | 5 | 8,1 |
| | Usa combustible limpio | 2 | 3,2 |
| De 24 a 35 meses | No usa cocina mejorada | 60 | 92,3 |
| | Si usa cocina mejorada | 2 | 3,1 |
| | Usa combustible limpio | 3 | 4,6 |



b) Hogares que guardan alimento en lugar limpio³²

En general, los alimentos se encuentran expuestos a la contaminación, desde el momento de su producción hasta en el de su consumo, ya sea por agentes naturales o debido a la intervención humana. Entre los agentes naturales mayormente son bacterias, hongos, levaduras o sus toxinas y pueden desarrollarse tanto en alimentos frescos como procesados, causando enfermedades en quienes ingieren esos productos. La contaminación química, producto del desarrollo tecnológico, también puede generar serios inconvenientes.

La inocuidad de los alimentos conlleva a la ausencia de sustancias tales como: contaminantes, adulterantes, toxinas etc., que convierten el alimento en algo nocivo para la salud de las personas, en algunos casos con consecuencias agudas y en otras de carácter crónico. Es difícil que exista un control eficiente de los contaminantes en la producción primaria de los alimentos, por lo tanto es importante protegerlos desde el momento de la compra hasta que los hogares los consumen. La higiene y la manipulación cuidadosa de los alimentos y utensilios que se utilizan en la cocina así como el almacenamiento adecuado y oportuno, constituyen las medidas más eficaces en la prevención de consecuencias no deseadas para la salud. La importancia de manipular alimentos en forma adecuada para prevenir enfermedades por contaminación empieza por el lugar donde almacenan alimentos y si este se encuentra en condiciones de limpieza adecuadas.

Los resultados de la encuesta indican que el 42.9% de los hogares guardan los alimentos en un lugar determinado y éste se encuentra limpio. Según rangos de edad, se

³² Shea Rutstein, Rosario Céspedes. Situación de la Salud Ambiental en Hogares 2006.



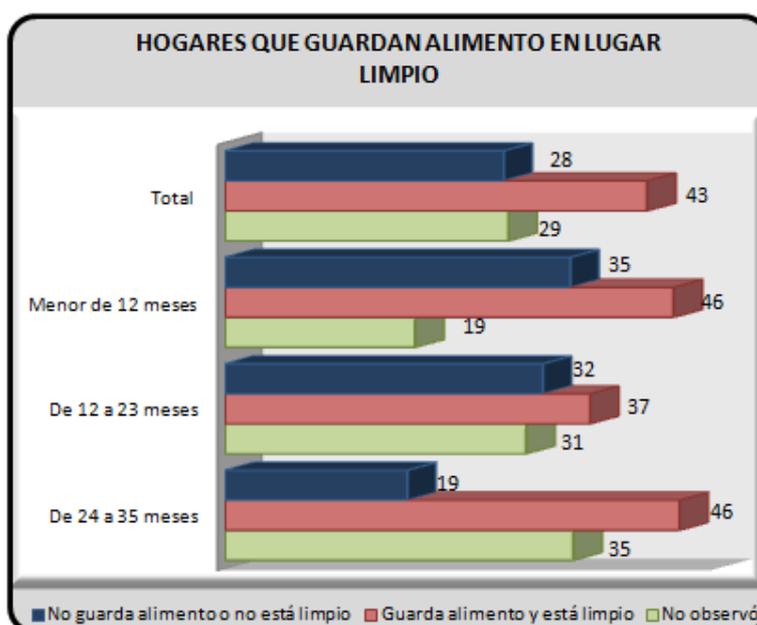
PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

presenta mayores porcentajes tanto en niños menores de 12 meses (45.6%), como los niños de 12 a 23 meses (37.1%); en tanto que en los niños de 24 y más meses, disminuye a 18.5%. Es importante tener en cuenta que el 28.8% de los hogares no permitieron que la encuestadora realice la observación correspondiente.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que guardan alimento en lugar limpio, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No guarda alimento o no está limpio | 52 | 28,3 |
| | Guarda alimento y está limpio | 79 | 42,9 |
| | No observó | 53 | 28,8 |
| Menor de 12 meses | No guarda alimento o no está limpio | 20 | 35,1 |
| | Guarda alimento y está limpio | 26 | 45,6 |
| | No observó | 11 | 19,3 |
| De 12 a 23 meses | No guarda alimento o no está limpio | 20 | 32,3 |
| | Guarda alimento y está limpio | 23 | 37,1 |
| | No observó | | |
| De 24 a 35 meses | No guarda alimento o no está limpio | 19 | 30,6 |
| | Guarda alimento y está limpio | 12 | 18,5 |
| | No observó | 0 | 0,0 |



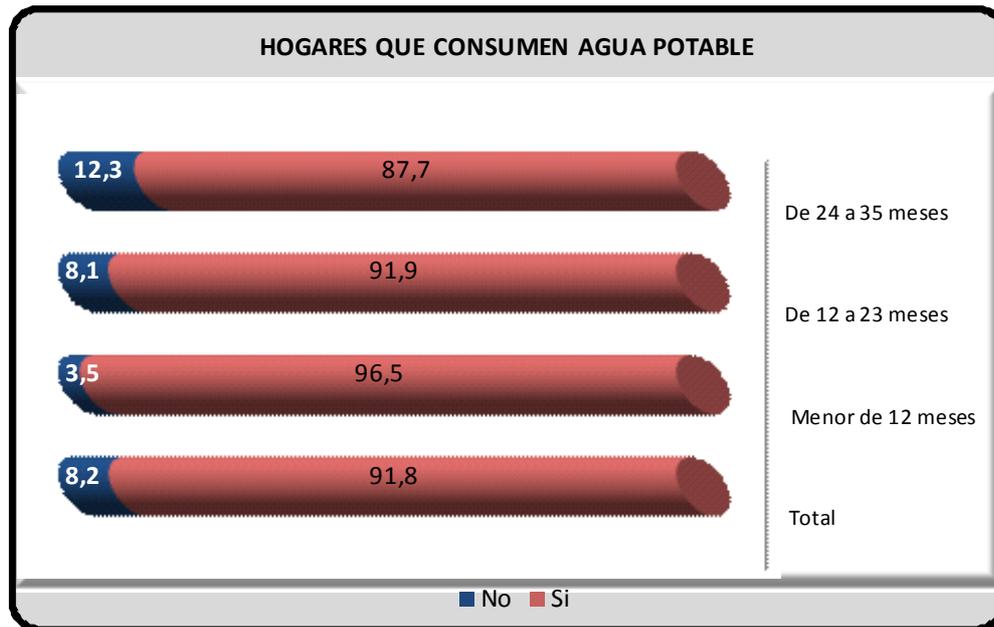
c) Consumo de agua de red pública

Una de las principales preocupaciones de los últimos gobiernos, ha sido la priorización para ampliar la cobertura mediante la construcción de infraestructura social, lo que ha permitido mejoras en el acceso a servicios de agua (y de saneamiento) de calidad que repercuten en la calidad de vida de los pobres. El impacto del abastecimiento de agua potable es mayor en aquellos lugares donde tienen que efectuar largos recorridos para recoger agua, cuando el ahorro de tiempo puede ser aprovechado para realizar actividades productivas y en el caso de los niños, en su educación. Asimismo, tiene un efecto importante sobre la equidad de género porque las mujeres y niñas son las que dedican más tiempo a recoger agua. En la encuesta del hogar se consideró el abastecimiento de agua para aquellos hogares que están conectados a red pública dentro y fuera de la vivienda y el acceso a pilón público.

En ese contexto, el 91.8% consume agua de red pública, mientras que el 8.2% consume agua de otra fuente. En los niños menores de 12 meses, se presenta un mayor porcentaje de hogares que consumen agua de red pública (96.5%), en tanto que entre los niños de 24 a 35 meses, disminuye a 87.7% los hogares que consumen agua de red pública.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que consumen agua de red pública, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Consume agua de otra fuente | 15 | 8,2 |
| | Consume agua de red pública | 169 | 91,8 |
| Menor de 12 meses | Consume agua de otra fuente | 2 | 3,5 |
| | Consume agua de red pública | 55 | 96,5 |
| De 12 a 23 meses | Consume agua de otra fuente | 5 | 8,1 |
| | Consume agua de red pública | 57 | 91,9 |
| De 24 a 35 meses | Consume agua de otra fuente | 8 | 12,3 |
| | Consume agua de red pública | 57 | 87,7 |



d) Almacenamiento de Agua en el hogar

Los métodos domésticos que se utiliza en el tratamiento para producir agua con una calidad microbiológica aceptable y mantener esa calidad durante su almacenamiento y uso requiere de una adecuada manipulación del agua porque el más ligero contacto con una superficie contaminada puede introducir los elementos patógenos en el agua y conducir la re-contaminación. Por tanto, resulta importante que el envase de almacenamiento se encuentre diseñado de forma que evite el contacto entre el agua y las manos y los utensilios e incluso el ambiente para prevenir las enfermedades transmisibles por el agua.

Para fines de la investigación se consideró las diferentes fuentes de abastecimiento de agua y el uso de envases adecuados (con tapa).

Los resultados del estudio indican que el 66.3%% de los hogares almacena en forma adecuada el agua, lo que de alguna forma evita su contaminación a ser utilizada en el hogar; entre los niños menores de 12 meses, se presenta un porcentaje similar al promedio respecto al almacenamiento de agua en forma adecuada. Entre los niños de 12 a 23 meses, se presenta un menor porcentaje de hogares que almacenan el agua en forma adecuada (59.7%) y el 72.3% de los niños de 24 a 35 meses si lo realiza.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que almacena agua, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No almacena adecuadamente | 8 | 4,3 |
| | Almacena adecuadamente | 122 | 66,3 |
| Menor de 12 meses | No almacena agua | 54 | 29,3 |
| | No almacena adecuadamente | 2 | 3,5 |
| | Almacena adecuadamente | 38 | 66,7 |
| De 12 a 23 meses | No almacena agua | 17 | 29,8 |
| | No almacena adecuadamente | 5 | 8,1 |
| | Almacena adecuadamente | 37 | 59,7 |
| De 24 a 35 meses | No almacena agua | 20 | 32,3 |
| | No almacena adecuadamente | 1 | 1,5 |
| | Almacena adecuadamente | 47 | 72,3 |
| | No almacena agua | 17 | 26,2 |



**e) Tratamiento al Agua para beber**

Los métodos domésticos para purificar el agua de consumo humano, consiste en la aplicación de equipos de tratamiento y sustancias germicidas, orientadas fundamentalmente al aspecto bacteriológico, por considerarse como un riesgo inmediato a la salud. La desinfección del agua mata o inactiva a la mayoría de los organismos patógenos, los que son resistentes a los desinfectantes pueden ser esporas bacterianas, bacterias en grupos, hongos, quistes y otros microorganismos que requieren tratamiento adicional tales como filtración para eliminarlos del agua.

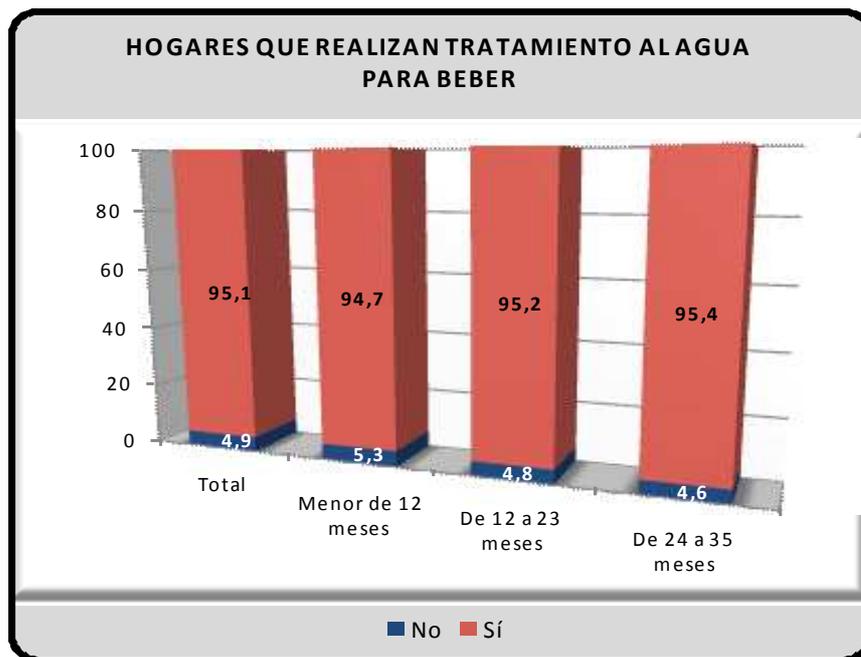
Las medidas químicas de desinfección son, entre otras, el tratamiento con Cloro o Yodo mientras que las medidas físicas incluyen hervir el agua; la filtración, si bien no es un método de desinfección, puede mejorar la calidad del agua. Hervir el agua es el método más simple de desinfección siempre y cuando se disponga de combustible.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, para el ámbito del proyecto Huancavelica, los hogares realizan un tratamiento adecuado para beber en el 95.1% de los hogares, ya sea utilizando lejía o cloro o hervir el agua.

Por rangos de edad, no se aprecia diferencias significativas que amerite destacar porque el tratamiento de agua para beber es mayoritario.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que realizan tratamiento de agua, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No realiza tratamiento adecuado | 9 | 4,9 |
| | Agua tratada adecuadamente | 175 | 95,1 |
| Menor de 12 meses | No realiza tratamiento adecuado | 3 | 5,3 |
| | Agua tratada adecuadamente | 54 | 94,7 |
| De 12 a 23 meses | No realiza tratamiento adecuado | 3 | 4,8 |
| | Agua tratada adecuadamente | 59 | 95,2 |
| De 24 a 35 meses | No realiza tratamiento adecuado | 3 | 4,6 |
| | Agua tratada adecuadamente | 62 | 95,4 |



f) Momentos o situaciones que necesariamente se lavan las manos

La higiene personal no es solo un tema de aseo, constituye un hábito que se aplica para controlar factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre la salud. El lavado de manos es el comportamiento de higiene personal, más crítico y determinante en las enfermedades especialmente las diarreas, porque las manos constituyen un importante vehículo de transmisión heces-oral. La contaminación adquirida mayormente con el contacto con las heces durante la defecación, así como también tocar manos contaminadas o también el comer y preparar alimentos con manos contaminadas o llevarse las manos sucias a la boca, propio de los niños más pequeños. El resultado es más efectivo si el lavado de manos con jabón u otro tipo de desinfección para manos, lo que pueden reducir significativamente la transmisión de enfermedades diarreas.

Los grupos de mayor riesgo a padecer enfermedades infecciosas son: los niños pequeños, las embarazadas, los pacientes inmuno-deprimidos y los ancianos. Los niños pequeños, incluyendo a los lactantes resultan ser los más proclives a sufrir enfermedades transmitidas por los alimentos por la inmadurez de su sistema inmunológico y la protección de su flora intestinal que no es tan eficaz como en los adultos y se encuentran más expuestos a las toxinas y contaminantes que son de origen alimentario.

En el cuestionario de salud se indagó hasta por tres formas para detectar los momentos en los que la madre se lava las manos, de ellos se presenta uno de ellos que relativamente es más consistente que las otras dos. Así se preguntó a las madres sobre sus hábitos de higiene al preguntarles en que oportunidades necesariamente se lavan las manos. La respuesta es espontánea y de respuestas múltiple. Los momentos críticos son: antes de comer, antes de dar alimento al niño, después de usar el baño o letrina y después de cambiar pañales o limpiar el potito al niño.

Los resultados indican que el 69.0% de las madres de niños menores de 3 años se lavan las manos "antes de preparar los alimentos" y otro 54.3% indica que lo hace antes de

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

servir los alimentos y el 46.7% "antes de comer" Sólo el 20.1% de las madres se lava las manos "después de ir al baño" y un 34.2% al momento de "antes de alimentar al niño".

Entre los niños menores de 12 meses, los momentos cuando necesariamente se lavan las manos son: "antes de preparar los alimentos " 70.2%, "antes de servir los alimentos" (49.1%) y "antes de comer" (49.1%). Llama la atención el bajo porcentaje de madres que lavan sus manos "después de ir al baño" (31.6%) o "después de cambiar pañales" (15.8%), dado que son las formas más directas de contaminación. El lavado de manos, en niños de 12 a 23 meses igualmente prioriza "antes de preparar alimentos", "antes de servir alimentos" y "antes de comer" con porcentajes de 74.2%, 56.5% y 41.9% respectivamente. Asimismo, entre los niños de 24 y 35 meses, destaca los momentos de "antes de preparar alimentos", "antes de servir alimentos" y "antes de comer", pero con porcentajes menores: 63.1%, 56.9% y 49.2%.

Momentos o situaciones que necesariamente se lava las manos, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Después de ir al baño | 37 | 20,1 |
| | Después de cambiar pañales | 27 | 14,7 |
| | Antes de preparar los alimentos | 127 | 69,0 |
| | Antes de servir los alimentos | 100 | 54,3 |
| | Antes de comer | 86 | 46,7 |
| | Antes de alimentar al niño | 63 | 34,2 |
| | En cualquier momento | 24 | 13,0 |
| | Otro | 0 | 0 |
| Menor de 12 meses | Después de ir al baño | 18 | 31,6 |
| | Después de cambiar pañales | 9 | 15,8 |
| | Antes de preparar los alimentos | 40 | 70,2 |
| | Antes de servir los alimentos | 28 | 49,1 |
| | Antes de comer | 28 | 49,1 |
| | Antes de alimentar al niño | 16 | 28,1 |
| | En cualquier momento | 11 | 19,3 |
| | Otro | 0 | 0 |
| De 12 a 23 meses | Después de ir al baño | 7 | 11,3 |
| | Después de cambiar pañales | 9 | 14,5 |
| | Antes de preparar los alimentos | 46 | 74,2 |
| | Antes de servir los alimentos | 35 | 56,5 |
| | Antes de comer | 26 | 41,9 |
| | Antes de alimentar al niño | 21 | 33,9 |
| | En cualquier momento | 6 | 9,7 |
| | Otro | 0 | 0 |
| De 24 a 35 meses | Después de ir al baño | 12 | 18,5 |
| | Después de cambiar pañales | 9 | 13,8 |
| | Antes de preparar los alimentos | 41 | 63,1 |
| | Antes de servir los alimentos | 37 | 56,9 |
| | Antes de comer | 32 | 49,2 |
| | Antes de alimentar al niño | 26 | 40 |
| | En cualquier momento | 7 | 10,8 |
| | Otro | 0 | 0 |



g) Servicios Higiénicos en el hogar

La mejora del saneamiento es un beneficio para la salud de las personas, según la Organización Mundial de la Salud, las instalaciones de saneamiento interrumpen la transmisión de gran parte de las enfermedades fecales-orales en su origen principal, al prevenir la contaminación del agua y el suelo por heces humanas. En general, el saneamiento al igual que la mejora en el abastecimiento del agua resulta eficaz en la prevención de enfermedades y particularmente se asocia más a la lucha contra las infecciones por gusanos; aunque su implementación conlleva costos más significativos para los hogares.

El uso apropiado de sistemas de eliminación higiénica de heces es más determinante para prevenir la proliferación y transmisión de las enfermedades diarreicas y reviste una importancia fundamental en los niños porque ellos son los más vulnerables a la diarrea y otras enfermedades de origen fecal-oral.

Entre las tecnologías de servicios sanitarios o higiénicos consideradas mejoradas se reconoce a los servicios higiénicos con conexión a la red pública, los servicios higiénicos con conexión a un sistema séptico, la letrina de pozo séptico y la letrina de pozo ventilada/mejorada. Por el contrario, se considera servicios sanitarios no mejorados a los servicios sanitarios públicos y servicios sanitarios abiertos.

Las instalaciones de disposición de adecuada de excretas contemplan los criterios siguientes:

- Tiene baño conectado a red pública fuera o dentro de la vivienda
- Tiene letrina con tubo de ventilación; y
- Tiene taza/plancha con tapa;y
- No tiene mal olor; y
- No tiene heces en piso o paredes; y
- Se encuentra en un ambiente cerrado; y
- Está a más de 20m. de fuente de agua;
- Está a más de 15 m. de la vivienda.

Para determinar la utilización de servicios higiénicos adecuados, se elaboró un índice, como resultado, no se registró algún hogar que utilice los servicios higiénicos con los criterios establecidos. Considerando determinadas características de la letrina o la conexión a red pública.

Los resultados indican que con los parámetros establecidos, el 8.2% de los hogares tiene servicios higiénicos adecuados. Este porcentaje es mayor entre los niños menores de 12 meses (14.0%) y en menor proporción en los hogares de los niños de 12 a 23 meses (3.2%); aunque en el 7.7% de los hogares de los niños de 24 a 35 meses están en la misma situación.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses con servicios higiénicos, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Servicios Higiénicos no adecuados | 169 | 91,8 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 15 | 8,2 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0,0 |
| Menor de 12 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 49 | 86,0 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 8 | 14,0 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0,0 |
| De 12 a 23 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 60 | 96,8 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 2 | 3,2 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0,0 |
| De 24 a 35 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 60 | 92,3 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 5 | 7,7 |
| | Usa letrina pero no se observó | 0 | 0,0 |



1.3 EDUCACIÓN

1.3.1 Prácticas de crianza para sus hijos

La crianza de los niños es una responsabilidad de los padres, los métodos de crianza y disciplina deben basarse en el diálogo, afecto y el establecimiento de medidas positivas para poner límites y respetar sus derechos. Sin embargo, algunos comportamientos de los niños generan reacciones de los adultos, padres, hermanos que van desde el maltrato hasta el castigo físico, constituyéndose una práctica que está muy arraigada en todas las sociedades.

Esta situación no solo se considera un abuso, sino una seria vulneración de sus derechos, que debe erradicarse porque constituyen influencias negativas en el desarrollo y crecimiento de las personas.

De otro lado, privar a los niños de cuidados o muestras de cariño, igualmente son prácticas que afectan su integridad física y emocional.

En ese contexto, como parte del diagnóstico se incluyó preguntas para conocer los patrones de crianza de los niños en el ámbito del proyecto.

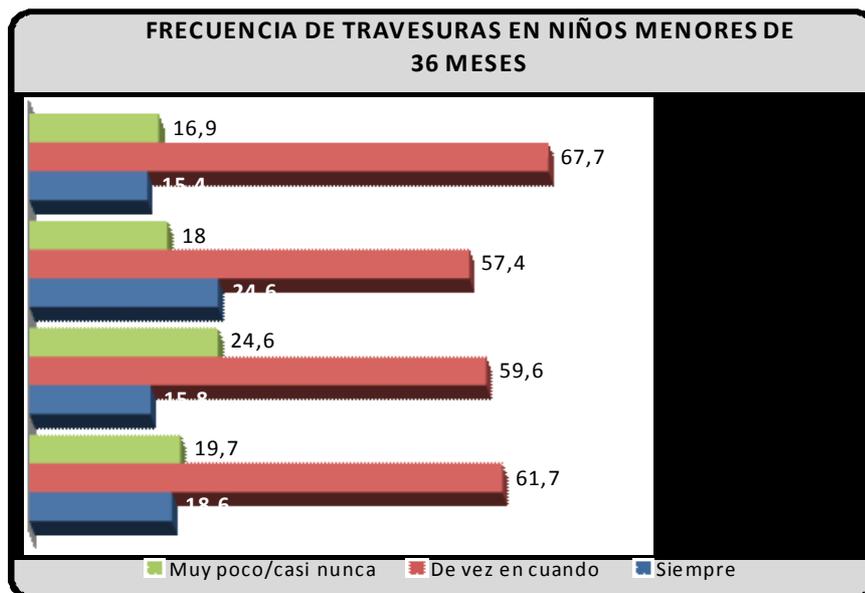
a) Frecuencia de travesuras en niños menores de 36 meses

De acuerdo a la información de la madre, el 18.6% de los niños realizan travesuras en forma frecuente, otro 61.7% de madres consideran que es de vez en cuando y el resto (19.7%) opina que es muy poco o casi nunca.

En opinión de la madre, los niños de 12 a 23 meses realizan travesuras (24.6%) con mayor frecuencia que los otros niños; mientras que los niños con edades por debajo o encima de ese rango hacen travesuras con frecuencia en alrededor del 15% de los casos. Los mayores porcentajes se presentan en la frecuencia de travesuras "de vez en cuando, que llega al 67.7% entre los niños de 24 a 35 meses y alcanza al 59.6% de los niños menores de 12 meses y a 57.4% en los niños de 12 a 23 meses.

Frecuencia de travesuras de niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Siempre | 34 | 18,6 |
| | De vez en cuando | 113 | 61,7 |
| | Muy poco/casi nunca | 36 | 19,7 |
| Menor de 12 meses | Siempre | 9 | 15,8 |
| | De vez en cuando | 34 | 59,6 |
| | Muy poco/casi nunca | 14 | 24,6 |
| De 12 a 23 meses | Siempre | 15 | 24,6 |
| | De vez en cuando | 35 | 57,4 |
| | Muy poco/casi nunca | 11 | 18,0 |
| De 24 a 35 meses | Siempre | 10 | 15,4 |
| | De vez en cuando | 44 | 67,7 |
| | Muy poco/casi nunca | 11 | 16,9 |



b) Forma de corregir por travesuras o por desobediencias a menores de 36 meses

Es importante conocer la forma como corrigen los padres a sus hijos cuando realizan travesuras; en ese sentido se muestra la forma de corrección de acuerdo a la frecuencia con que realizan travesuras; haciendo hincapié cuando el niño hace travesuras "siempre".

En el primer caso, cuando manifiestan que "les llaman la atención", como forma de corregir las travesuras o desobediencias de niños menores de 3 años hay 85.3% de madres que realiza esta acción en niños que siempre realizan travesuras; mientras que un 14.7% les llaman la atención "a veces".



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

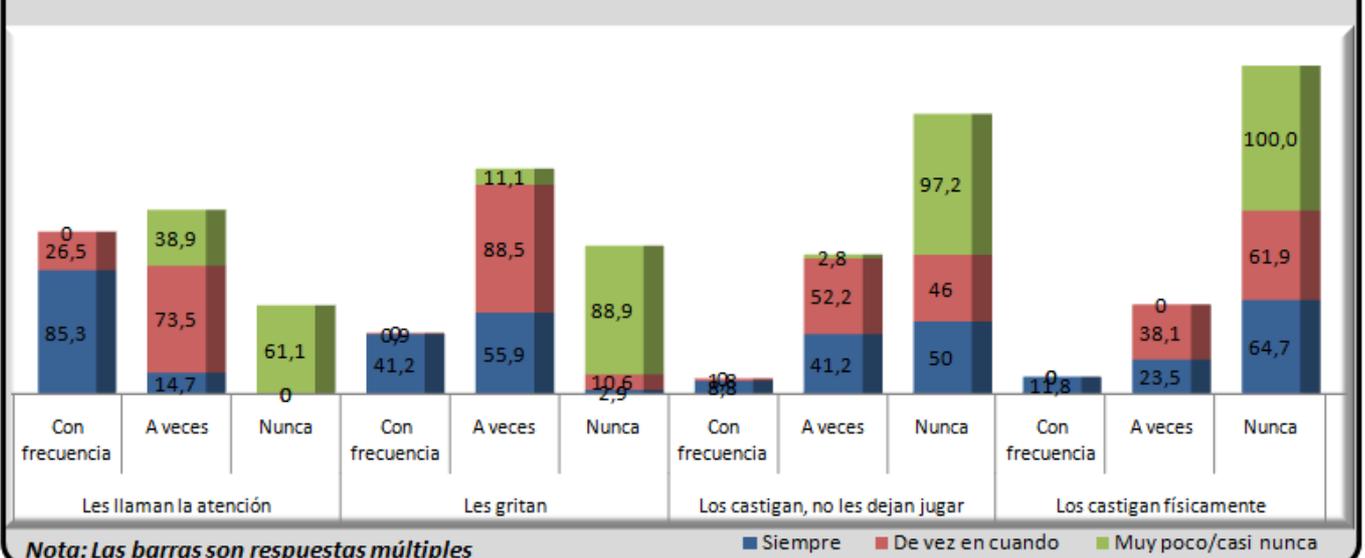
Cuando "les gritan" a sus hijos, en el 41.2% lo hacen con frecuencia y más de la mitad (55.9%) de vez en cuando, para niños que siempre hacen travesuras.

El castigo privándoles de no jugar, es propio del 8.8% de las madres cuyos niños siempre hacen travesuras; mientras que el 41.2% lo hace "a veces"; en tanto que el castigo físico, es realizado por el 11.8% de las madres en forma frecuente ante las travesuras de sus hijos; y el 23.5% lo realiza a veces y un 64.7% no los castiga nunca, pese a que siempre hace travesuras.

Porcentaje de hogares con niños de 36 meses, por frecuencia de travesuras, según forma de corregir, según área

| | | Frecuencia de travesuras | | |
|----------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|---------------------|
| | | Siempre | De vez en cuando | Muy poco/casi nunca |
| | | % | % | % |
| Les llaman la atención | Con frecuencia | 85,3 | 26,5 | 0 |
| | A veces | 14,7 | 73,5 | 38,9 |
| | Nunca | 0 | 0 | 61,1 |
| Les gritan | Con frecuencia | 41,2 | 0,9 | 0 |
| | A veces | 55,9 | 88,5 | 11,1 |
| | Nunca | 2,9 | 10,6 | 88,9 |
| Los castigan, no les dejan jugar | Con frecuencia | 8,8 | 1,8 | 0 |
| | A veces | 41,2 | 52,2 | 2,8 |
| | Nunca | 50 | 46 | 97,2 |
| Los castigan físicamente | Con frecuencia | 11,8 | 0 | 0 |
| | A veces | 23,5 | 38,1 | 0 |
| | Nunca | 64,7 | 61,9 | 100,0 |

FORMAS DE CORREGIR A LOS NIÑOS POR FRECUENCIA DE TRAVESURAS





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

1.4 DESARROLLO

1.4.1 Evaluación del desarrollo del niño

Uno de los objetivos de la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor de los menores de 5 años es la prevención del déficit psicomotor. Considerando que la escasez de recursos humanos existentes no permite programar la aplicación de tests en otras edades que se consideran importantes en el desarrollo del niño, se ha elaborado esta pauta abreviada como instrumento de detección masiva, de fácil uso por personal auxiliar de enfermería, con el objetivo de capacitar a los padres que estén a cargo del niño.

Esta pauta breve de desarrollo psicomotor es la propuesta de la DIRESA Cajamarca para su inclusión en el carné de vacunaciones y contempla 5 aspectos de desarrollo para el grupo etéreo, desde el primer mes hasta el mes 9, la evaluación es mensual; luego se presenta una evaluación por grupo etéreo: de 10 a 11 meses, de 12 a 14 meses, de 15 a 17 meses, de 18 a 20 meses, de 21 a 23 meses. Luego la evaluación se realiza en los siguientes grupos etéreos: de 2 años a 2 años 5 meses, de 2 años 6 meses.

La pauta breve se basa en el test de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz del niño EEDP³³, el cual permite evaluar el nivel de desarrollo del lactante durante los primeros meses de vida, y generar así planes y programas de estimulación, prevención de privación socio afectiva y de trastornos del desarrollo.

Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes.

Área Motora: A lo largo de cada uno de los rangos de edad, se evalúan movimientos y control desde lo más básico hasta el inicio de movimientos compuestos; también se evalúa equilibrio.

Se evalúa la habilidad del menor para manejar su propio cuerpo comenzando con el reflejo de prensión, pasando por sentarse solo hasta ponerse de pie con ayuda.

Área de Coordinación: Los ítems consideran las reacciones motrices primarias y las respuestas motoras pasivas, y el desarrollo progresivo hacia las respuestas motoras activas que sustentan la base de la coordinación. Se evalúa esta destreza desde la capacidad del niño para seguir un objeto con la mirada, luego para aprehender objetos, y finalmente para lograr manipularlos ya sea como unidades simples y como combinación de objetos.

Área de Lenguaje: Se compone de un conjunto de ítems, a través de los cuales se evalúa el inicio de la función del lenguaje y la adquisición de los primeros elementos expresivos y comprensivos. Se evalúa desde las primeras verbalizaciones: da-da, hasta las primeras emisiones de palabras; junto a las reacciones a las verbalizaciones de terceros, desde el No-No hasta responder como respuesta a una orden.

Área Social: Se compone de varios ítems, a través de los cuales se evalúa la capacidad del bebé de reaccionar a la presencia de terceros, aprender mediante la imitación e iniciar patrones de interacción. Se evalúa a través de conductas como fijar la mirada en

³³ Instituto de Desarrollo Psicológico Indepsi



un tercero, reaccionar a la voz de quien le habla, cooperar en actividades con terceros y prestar ayuda en tareas simples.

Durante la entrevista y de acuerdo a la edad del niño al momento de la visita, se aplicó la batería de evaluación de desarrollo contemplado en la pauta breve del desarrollo psicomotriz, el cual estuvo a cargo de la antropometrista del equipo de campo, la misma que era profesional de salud y que fue capacitada para la aplicación del instrumento. Dado el tamaño de muestra, sobre todo para los niños más pequeños, se agrupó en grupos etáreos de 12 meses.

En el ámbito del estudio de Huancavelica, el 59.5% de los niños menores de 36 meses cumple con los parámetros de evaluación considerados en el test. El mayor porcentaje se presenta entre los niños menores de 12 meses, quienes cumplen los parámetros en el 83.9% de los casos. Sin embargo esta cifra disminuye entre los niños de 12 a 23 meses, en donde se aprecia que hay un 71.0% de ellos que cumplen con los parámetros de evaluación. En el caso de los niños de 24 a 35 meses, no se registra casos en que cumplan con los parámetros establecidos.

Evaluación de desarrollo: Cumplimiento de parámetros, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------------------|----------|-------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No cumple parámetros de evaluación | 62 | 40,5 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 91 | 59,5 |
| Menor de 12 meses | No cumple parámetros de evaluación | 9 | 16,1 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 47 | 83,9 |
| De 12 a 23 meses | No cumple parámetros de evaluación | 18 | 29,0 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 44 | 71,0 |
| De 24 a 35 meses | No cumple parámetros de evaluación | 35 | 100,0 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 0 | 0,0 |



1.4.2 Las familias adoptan muestras de cariño para sus niños

En relación a la demostraciones de cariño más frecuentes se aprecia que el 90.1% de las madres "se les cubre del frío", otro 84.0% "se preocupa por su alimentación" y el 75.5% la madre juega con el niño y 61.3% "se juega, habla con el niño". La participación del padre es mínima, se da en el 16.0% de los hogares, el cuidado de la salud también resulta relegado (33.1%).

Porcentaje de hogares que dan muestras de cariño a sus niños, según área

| | TOTAL | |
|---|----------|------|
| | Absoluto | % |
| Se les cubre del frío | 163 | 90,1 |
| Se preocupa por su alimentación | 152 | 84,0 |
| Se cuida la higiene | 60 | 33,1 |
| Se juega, habla al niño menor de 3 años | 111 | 61,3 |
| Se estimula al niño pequeño con cantos y caricias | 36 | 19,9 |
| El padre se acerca y juega con el niño pequeño | 29 | 16,0 |
| La madre juega con el niño | 137 | 75,7 |



1.4.3 Hábitos y costumbres en el hogar

a) Toma de decisiones en el hogar

En el hogar, la toma de decisiones es ejercida por ambos cónyuges (padre y madre), en el 53.0% de los casos; no obstante en el 35% de los hogares, el padre es el que toma las decisiones y en pocos casos (12.0), las decisiones son tomadas por la madre.

Toma de decisiones en el hogar

| | TOTAL | |
|---------------------------|----------|------|
| | Absoluto | % |
| El padre | 64 | 35,0 |
| La madre | 22 | 12,0 |
| Ambos (padre y madre) | 97 | 53,0 |
| La madre con otro miembro | 0 | 0 |
| Otro miembro del hogar | 0 | 0 |



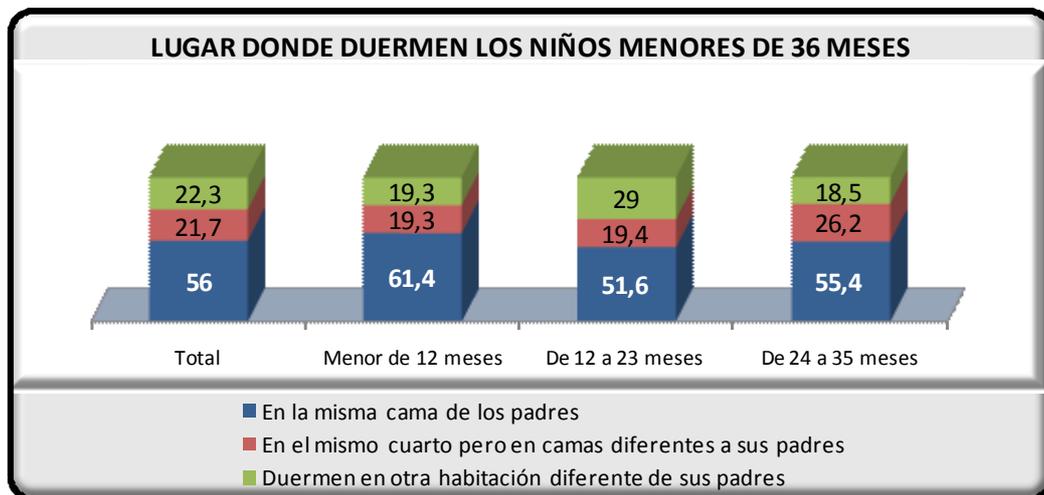
b) Lugar donde duermen los niños

En general, en los hogares de Huancavelica, los niños menores de 36 meses comparten habitación y cama con sus padres (56.0%), lo cual resulta contraproducente para su salud y desarrollo. Existen unos pocos niños que duermen en el mismo cuarto pero en camas diferentes a las de sus padres (21.7%). De otro lado, sólo hay un 22.3% de hogares que duermen en otra habitación diferente a la de sus padres que resulta lo más adecuado.

Por rangos de edad se aprecia que cuanto más pequeños son los niños, mayor es el porcentaje de hogares cuyos niños duermen en la misma cama que sus padres; así entre los niños menores de 12 meses, en el 61.4% de los hogares, sus niños duermen con los padres; entre los niños de 12 a 23 meses, es porcentaje es menor abarca al 51.6% de los hogares y los niños de 24 a 35 meses, hay un 55.4% que hacen lo mismo.

Lugar donde duermen los niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | En la misma cama de los padres | 103 | 56,0 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 40 | 21,7 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 41 | 22,3 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |
| Menor de 12 meses | En la misma cama de los padres | 35 | 61,4 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 11 | 19,3 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 11 | 19,3 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |
| De 12 a 23 meses | En la misma cama de los padres | 32 | 51,6 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 12 | 19,4 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 18 | 29,0 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |
| De 24 a 35 meses | En la misma cama de los padres | 36 | 55,4 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 17 | 26,2 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 12 | 18,5 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |


c) Lugar donde crían a los animales

El 69.0% de los hogares de Huancavelica crían animales; en la cuarta parte de los hogares, los animales menores andan sueltos, en tanto que el 37.5% de los hogares tienen dentro de la casa un cuarto separado para criar a sus animales.



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

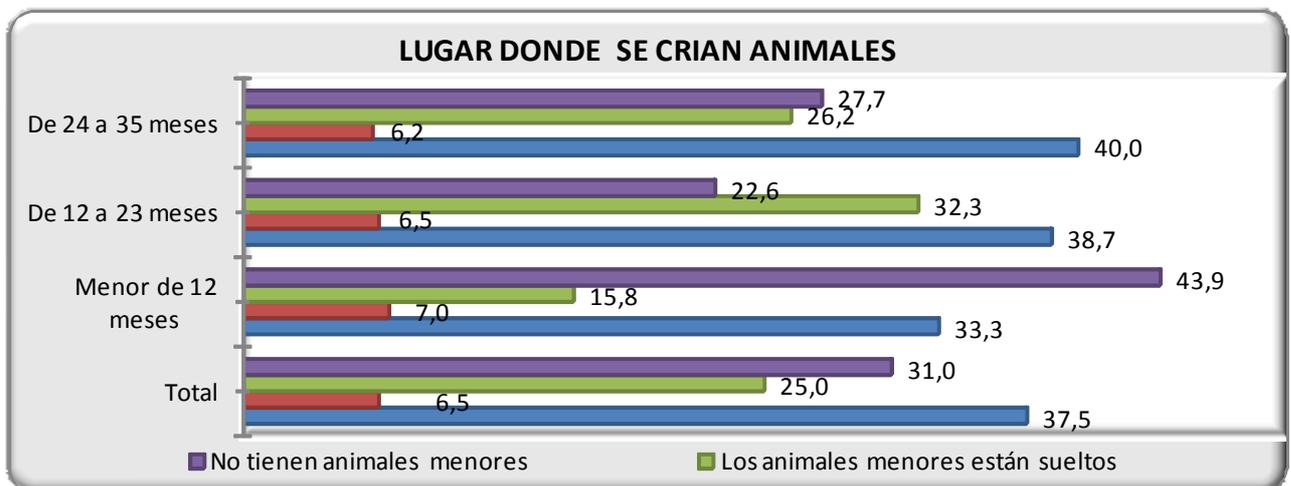
En los hogares con niños menores de 12 meses, el 43.9% no tiene animales, un 15.8% tiene sus animales sueltos y la tercera parte de ellos, cria sus animales en cuarto separado.

Por su parte entre los niños de 12 a 23 meses, hay un 38.7% de hogares que crían sus animales menores en un cuarto separado, un 32.3% de los hogares tiene sus animales sueltos y el 22.6% no cría animales.

Entre los más grandes, el 40.0% de los hogares tiene un cuarto separado, el 26.2% de los hogares los cría sueltos y un 27.7% que no tiene animales.

Lugar donde se cria animales de hogares con niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Dentro de la casa en cuarto separado | 69 | 37,5 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 12 | 6,5 |
| | Los animales menores están sueltos | 46 | 25,0 |
| | No tienen animales menores | 57 | 31,0 |
| Menor de 12 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 19 | 33,3 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 4 | 7,0 |
| | Los animales menores están sueltos | 9 | 15,8 |
| | No tienen animales menores | 25 | 43,9 |
| De 12 a 23 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 24 | 38,7 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 4 | 6,5 |
| | Los animales menores están sueltos | 20 | 32,3 |
| | No tienen animales menores | 14 | 22,6 |
| De 24 a 35 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 26 | 40,0 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 4 | 6,2 |
| | Los animales menores están sueltos | 17 | 26,2 |
| | No tienen animales menores | 18 | 27,7 |



1.5 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En base a estos resultados resulta importante conocer algunas características de los miembros de este hogar y del Jefe del hogar.

1.5.1 Características de los miembros del hogar

a) Promedio de Miembros del hogar

Así en el ámbito de intervención de Huancavelica, el promedio de miembros de hogar es de 5.8, número bastante considerable teniendo en cuenta que el promedio nacional es de 4.2 miembros por hogar, y está sustentado porque el 51.6% de los hogares tiene entre 5 y 7 miembros; un 19.6% de los hogares tienen 8 y más miembros; mientras que el 28.8% tiene de 3 a 4 miembros.

Número de miembros del hogar

| | Absoluto | % |
|-----------------------------------|----------|-------|
| Total | 184 | 100,0 |
| Hasta 2 miembros | 0 | 0,0 |
| De 3 a 4 miembros | 53 | 28,8 |
| De 5 a 7 miembros | 95 | 51,6 |
| De 8 y más miembros | 36 | 19,6 |
| <i>Promedio miembros de hogar</i> | | 5,8 |

b) Número de miembros del hogar que trabajan

Si bien existe un promedio de 5.8 miembros por hogar, *el promedio de miembros de hogar de 6 y más años que trabaja es de 2.0 en el ámbito de intervención de Huancavelica.*

En el 21.3% de los hogares, sólo un miembro del hogar trabaja; en otro 68.3% de los hogares, hay 2 miembros del hogar que trabajan; en proporción menor existe un 7.7% de hogares que tienen 3 miembros de hogar trabajando; en tanto que en el 2.7% de los hogares tienen que trabajar 4 y más miembros de hogar.

Número de miembros del hogar que trabajan

| | Absoluto | % |
|--|----------|-------|
| Total | 183 | 100,0 |
| 1miembro | 39 | 21,3 |
| 2 miembros | 125 | 68,3 |
| 3 miembros | 14 | 7,7 |
| 4 y más miembros | 5 | 2,7 |
| <i>Promedio miembros de hogar trabajan</i> | | 2,0 |

1.5.2 Características socioeconómicas del hogar³⁴

En el área de estudio el gasto promedio mensual del hogar es de S/.490.51. El 84.7% de los hogares tienen un gasto mensual menor de 250 soles; en tanto que un 12.6% gasta entre 250 y menos de 500 nuevos soles; y el resto (2.7%) tiene un gasto superior a 500 nuevos soles mensuales.

a) Gastos del hogar en alimentos

| | Absoluto | % |
|---------------------------|----------|---------------|
| Total | 183 | 100,0 |
| Menor de 250 nuevos soles | 155 | 84,7 |
| De 250 a 499 nuevos soles | 23 | 12,6 |
| De 500 nuevos soles a más | 5 | 2,7 |
| Promedio | | 490.51 |

El gasto promedio mensual per cápita es de 34 Nuevos soles, si consideramos el valor de la canasta básica de alimentos calculada para el 2010 en sierra rural con un valor de 140 nuevos soles, se establece que el 99.5% de los hogares del área de estudio se encuentran en condición de pobreza extrema; es decir no puede cubrir los gastos de una canasta de alimentos.

b) Condición de pobreza extrema

| | Absoluto | % |
|------------------|----------|-------|
| Total | 183 | 100.0 |
| No pobre extremo | 1 | 0,5 |
| Pobre extremo | 182 | 99,5 |



³⁴ Se aplicó un módulo de gasto de alimentos, similar a la utilizada por la ENAHO. El cálculo de la pobreza extrema, se realiza a partir de los gastos de alimentos del hogar. La estimación de la canasta básica es más compleja, por lo que no se ha considerado en los resultados del estudio.

1.5.3 Características del Jefe de Hogar: Sexo, nivel educativo y condición laboral

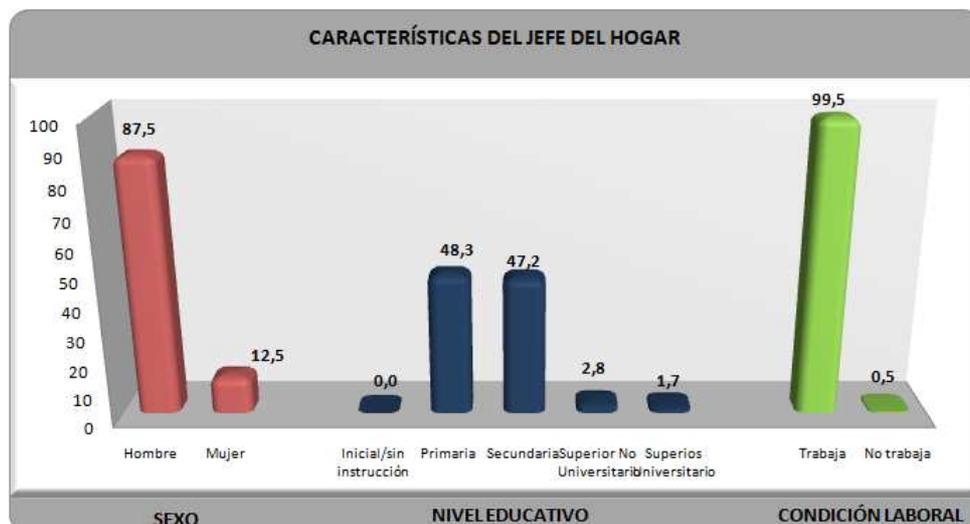
Resulta importante conocer algunas características del Jefe del hogar en relación al sexo, nivel educativo y condición laboral. Así, el 87.5% de los jefes de hogar del ámbito de intervención de Huancavelica son de sexo masculino y tan sólo el 12.5% es de sexo femenino.

Con relación al nivel educativo más alto alcanzado, el 48.3% de ellos cursó algún año o grado de educación primaria, otro 47.2% tiene educación secundaria; mientras que menos del 4.5% han tenido algún tipo de educación superior: 2.8% no universitario y 1.7% universitario.

Respecto a la condición laboral, la casi totalidad de los jefes de hogar se encuentran trabajando (98.9%), ya sea que tiene un trabajo fijo, o cuenta con un negocio o en última instancia, ayudo a alguien en el trabajo.

Características del jefe del hogar

| | Absoluto | % |
|---------------------------|----------|-------|
| Total | 184 | 100,0 |
| Sexo | | |
| Hombre | 161 | 87,5 |
| Mujer | 23 | 12,5 |
| Nivel Educativo | | |
| Inicial/sin instrucción | 0 | 0,0 |
| Primaria | 86 | 48,3 |
| Secundaria | 84 | 47,2 |
| Superior No Universitario | 5 | 2,8 |
| Superios Universitario | 3 | 1,7 |
| Condición Laboral | | |
| Trabaja | 183 | 98,9 |
| No trabaja | 2 | 1,1 |





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

RESUMEN: MATRIZ DE INDICADORES

| AREA | INDICADOR | ÁREA DE ESTUDIO |
|--|---|-----------------|
| Morbilidad | Proporción de niños menores de 36 meses con IRA (últimas dos semanas) | 10.9 |
| | Proporción de menores de 36 meses con EDA (últimas dos semanas) | 3.8 |
| | Proporción de menores de 36 meses con parasitosis | 15.2 |
| Nutrición | Proporción de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica (OMS) | 33.2 |
| | Proporción de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica (NCHS) | 25.0 |
| | Proporción de menores de 36 meses con anemia | 76.6 |
| | Anemia leve | 39.7 |
| | Anemia moderada | 30.8 |
| | Anemia severa | 5.8 |
| | Porcentaje de niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva | 84.2 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro | 32.1 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que consumieron suplemento de hierro | 26.1 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que recibieron vitamina A | 20.7 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que consumieron vitamina A | 17.4 |
| Porcentaje de niños de 6 a 36 meses que consumen proteína animal | 49.1 | |
| Acceso a Servicios: Salud | Talla del niño menor a 45 cms al momento de su nacimiento | 9.3 |
| | Peso del niño menor a 2.5 kgs. al momento de su nacimiento | 8.0 |
| | Proporción de niños menores de 36 meses que completaron sus controles CRED | 33.0 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses con vacunación completa, según calendario de vacunaciones | 90.7 |
| Salubridad e higiene | Porcentaje de familias con cocinas mejoradas funcionando | 6.5 |
| | Porcentaje de familias que cuentan con un lugar para guardar/almacenar los alimentos. | 42.9 |
| | Porcentaje de familias cuya fuente de abastecimiento de agua para beber por red pública | 91.8 |
| | Porcentaje de familias que realizan almacenamiento adecuado de agua para beber | 66.3 |
| | Porcentaje de familias que realizan tratamiento al agua que utilizan para beber | 95.1 |





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**RESUMEN: MATRIZ DE INDICADORES**

| AREA | INDICADOR | ÁREA DE ESTUDIO |
|---------------------------------------|--|-----------------|
| | Porcentaje de madres que lavan sus manos en cuatro momentos críticos: | |
| | Antes de comer | 46.7 |
| | Antes de servir al niño | 34.2 |
| | Después de ir al baño | 20.1 |
| | Después de cambiar pañales | 14.7 |
| | Porcentaje de familias que utilizan SSHH adecuado | 8.2 |
| Prácticas de crianza | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les llaman la atención (Con frecuencia) | 85.3 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les llaman la atención (A veces) | 14.7 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les gritan (A veces). | 55.9 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan o nos los dejan jugar (A veces). | 41.2 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan físicamente (A veces) | 23.5 |
| Muestras de afecto | Evaluación de desarrollo: cumple con parámetros | 59.5 |
| | Porcentaje de familias que protegen y cubren del frío a los niños. | 90.1 |
| | Porcentaje de familias que se preocupan por la alimentación del niño | 84.0 |
| | Porcentaje de familias que cuidan la higiene del niño. | 33.1 |
| | Porcentaje de familias que juega, habla al niño menor de 3 años | 61.3 |
| | Porcentaje de familias que estimula al niño pequeño con cantos y caricias | 19.9 |
| | Porcentaje de familias, donde el padre se acerca y juega con el niño pequeño | 16.0 |
| | Porcentaje de familias donde la madre juega con el niño. | 75.7 |
| Hábitos y costumbres del hogar | Porcentaje de familias donde ambos (padre y madre) toman las decisiones | 53.0 |
| | Porcentaje de familias en que el niño tiene diferente habitación a la de sus padres. | 22.3 |
| | Porcentaje de familias que tienen un ambiente destinado para la crianza de sus animales | 37.5 |
| | Porcentaje de familias que no crían animales | 31.0 |



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 2: CAPACIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE LOS GOBIERNOS LOCALES

De acuerdo al censo del 2007, la población de la región fue de 454,797 siendo el porcentaje de niños menores de 5 años de 11.76%.

Los distritos visitados para el presente trabajo fueron: Yauli y Acoria. En Yauli la población es de 28,127 habitantes, de la cual 4,186 es urbana y 23, 941 es rural. De acuerdo al más reciente estudio sobre pobreza a nivel provincial y distrital del INEI, la población en estado de pobreza es de 87% y en pobreza extrema de 55.5%. La población de niños(as) menores de 5 años es un 18% respecto de la población total del distrito.

La población del distrito de Acoria es de 31,299 habitantes, de la cual 3,721 es urbana y 27,578 es rural. La población en estado de pobreza es de 84.6% y en pobreza extrema, de 52.6%. En ambos distritos se aprecia un componente importante de ruralidad y de pobreza, que genera una presión adicional a la gestión local respecto de la generación y la ejecución de iniciativas que busquen paliar las necesidades de la población de la zona.

Estudios recientes dan cuenta de situación paradójica que enfrentan este tipo de municipios: de un lado una elevada demanda por oferta de servicios públicos (a nivel local) y de otro, una débil capacidad institucional para atenderlos³⁵.

Huancavelica es uno de los departamentos que por muchos años muestra índices altos de pobreza rural, ubicándose como una de las regiones de más bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH), compartiendo este índice con otras regiones tales como Ayacucho, Andahuaylas, Cajamarca y Puno. Respecto a la presencia del aparato estatal en la zona, según información del PNUD son las regiones de Ayacucho y Huancavelica cuyos índices de Densidad Estatal (IDE) son los más bajos respecto a otras regiones.

2.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL A FAVOR DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA REGIÓN HUANCAVELICA

En el período 2006-2010, se muestra la evolución del gasto total ejecutado a favor de la infancia y la adolescencia en la región Huancavelica.

³⁵ Ver: Torres, Javier et al "Las bases del gobierno local en el Perú. Territorio, autonomía y representación en municipalidades rurales". IEP. Lima. 2008.

Gasto total ejecutado a favor de la Infancia y adolescencia en la Región Huancavelica

2005-2010 (En millones de Nuevos soles)

| Año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 P/ |
|-------------|------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Gasto total | N/D | 109.2 | 129.6 | 171.9 | 187.2 | 237.7 |
| Variac (%) | | | 19% | 33% | 9% | 27% |

Fuente: Sectores y Gobiernos Regionales MEF/SIAF

En promedio para los últimos cuatro años la variación promedio de los gastos ejecutados a favor de la primera infancia y adolescencia es de 22% en la región Huancavelica, el significativo incremento del último año (27%) es explicado por la mayor importancia del Programa CRECER que responde a una política de gobierno y que permitió articular los esfuerzos de diferentes sectores que trabajan en atención a la infancia y adolescencia tales como MIMDES, SALUD y EDUCACION.

El cuadro anterior está referido al "Gasto realizado" lo que en términos presupuestales se denomina la "Ejecución Presupuestal", en el año 2009 dicha ejecución fue menor que los años anteriores. Para fines del presente trabajo no se ha podido determinar los motivos de la baja en la ejecución del ingreso en ese año.

Presupuesto Institucional de apertura, distritos del estudio

En el siguiente cuadro, se muestra a nivel de programas la disponibilidad de recursos con que cuentan los distritos en Huancavelica, se debe mencionar en especial de la partida denominada: Asistencia Social la cual involucra la Protección a la Población en Riesgo e Infraestructura y Equipamiento, los recursos van desde los más modestos como el distrito de Izcuchaca con 22,423 nuevos soles hasta el distrito de Acobamba con un asignación importante de 1,634,116 nuevos soles.

PIA 2011 HUANCAVELICA

| Acoria | Soles | % | Izcuchaca | Soles | % | Palca | Soles | % |
|-------------------|----------------|-------|-------------------|---------------|-------|-------------------|----------------|-------|
| Asistencia Social | 930,749 | 6.9 | Asistencia Social | 22,423 | 2.5 | Asistencia Social | 386,449 | 22.0 |
| Educación básica | 2,652,500 | 19.5 | Educación básica | 0 | 0.0 | Educación básica | 203,000 | 11.6 |
| Saneamiento | 1,805,646 | 13.3 | Saneamiento | 382,809 | 42.0 | Saneamiento | 70,000 | 4.0 |
| Salud Individual | 870,000 | 6.4 | Salud Individual | 0 | 0.0 | Salud Individual | 270,408 | 15.4 |
| Otros | 7,321,221 | 53.9 | Otros | 506,956 | 55.6 | Otros | 826,178 | 47.0 |
| Total | 13,580,116 | 100.0 | Total | 912,188 | 100.0 | Total | 1,756,035 | 100.0 |

| Yauli | Soles | % | Acobamba | Soles | % | Huando | Soles | % |
|-------------------|----------------|-------|-------------------|------------------|-------|-------------------|----------------|-------|
| Asistencia Social | 848,781 | 8.0 | Asistencia Social | 1,634,116 | 20.1 | Asistencia Social | 190,660 | 5.7 |
| Educación básica | 2,424,000 | 22.9 | Educación básica | 0 | 0 | Educación básica | 645,000 | 19.4 |
| Saneamiento | 1,696,550 | 16.0 | Saneamiento | 0 | 0 | Saneamiento | 205,000 | 6.2 |
| Salud Individual | 53,550 | 0.5 | Salud Individual | 412,000 | 5.1 | Salud Individual | 10,000 | 0.3 |
| Otros | 5,563,092 | 52.6 | Otros | 6,092,429 | 74.9 | Otros | 2,277,108 | 68.4 |
| Total | 10,585,973 | 100.0 | Total | 8,138,545 | 100.0 | Total | 3,327,768 | 100.0 |

Fuente: MEF-Consulta Amigable



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Como se aprecia, existen los recursos financieros y es posible su asignación a los Programas de atención a la primera infancia. Para que exista esta asignación, será necesario que estos gobiernos locales cuenten con el personal técnico debidamente capacitado a fin de usar estos recursos en proyectos SNIP orientados a la atención a la primera infancia. En el aparato estatal toda aplicación del presupuesto público ya sea para la adquisición de bienes o servicios deben de responder a un concurso de méritos o público en caso de servicios y a la formulación y elaboración de un proyecto bajo el sistema del SNIP en el caso de bienes; pensamos que este es el cuello de botella en este tema al no contar las instituciones de la zona con el equipo idóneo que les permita elaborar dichos proyectos y lograr su viabilidad.

En la región de Huancavelica existen partidas importantes en su presupuesto para el año 2011 con la finalidad de atender temas de primera infancia, se puede citar por su importancia que en el Programa Estratégico denominado: Programa Articulado Nutricional que se muestra en los anexos cuenta con una partida total de S/.6,984,167 nuevos soles destinado a las actividades:

- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
- Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes
- Reducir la incidencia del bajo peso al nacer.

El Ministerio de Salud también cuenta con partidas presupuestarias (las que se muestran en los anexos) destinados a las actividades de:

- Reducción de la morbilidad y mortalidad materna
- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
- Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal
- Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otros
- Reducción de la incidencia del bajo peso al nacer.

Cabe resaltar que los recursos financieros existen, quedando a las autoridades su adecuada asignación para temas de primera infancia.

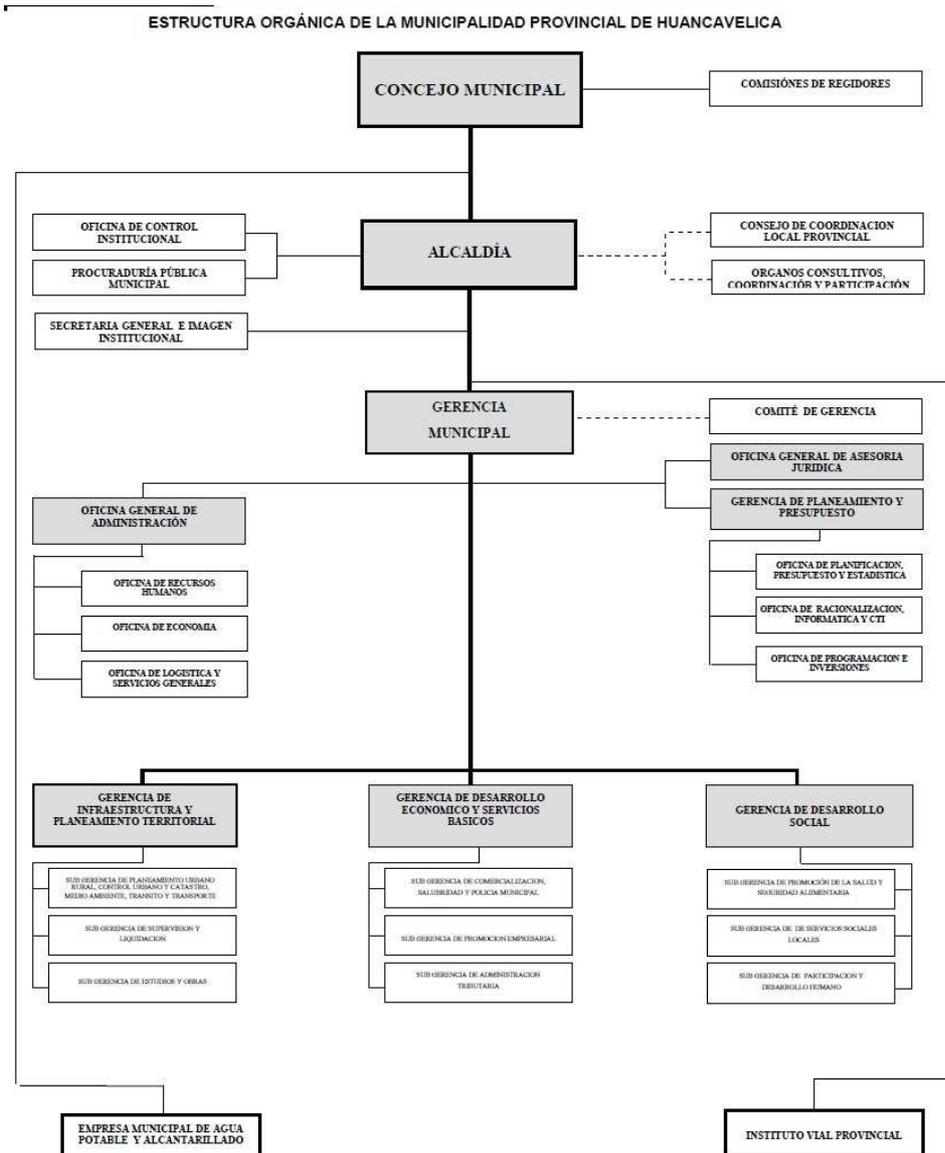
2.2 ORGANIGRAMA

La investigación realizada ha permitido identificar la composición orgánica de la municipalidad Provincial de Huancavelica, en el nivel tres se encuentra la Gerencia de Desarrollo Social, la cual tiene 3 subgerencias: Sub gerencia de Promoción de la salud y Seguridad Alimentaria; Sub gerencia de Servicios Sociales y locales y Sub gerencia de Participación y Desarrollo Humano; en la Sub gerencia de Promoción de la salud y Seguridad Alimentaria se encuentran los programas de Alimentación y Nutrición, en los cuales se atienden a 66,879 personas en el vaso de leche y en el que la población de 0 a 6 años son de 48,038 representando el 71.8%, según la información recabada en el trabajo de campo, ésta Sub Gerencia no dispone de personal especializado; las demás gerencias no desarrollan proyectos relevantes para la población infantil, a pesar de contar con una importante población objetivo de niños menores de 3 años. La Gerencia de Desarrollo Social cuenta con tres Sub gerencias y con cinco técnicos, los cuales no tienen la formación especializada en programas de atención a la primera infancia,



carencia que debe ser revertida a fin de utilizar adecuadamente los presupuestos asignados en el diseño, elaboración, implementación y seguimiento de proyectos destinados a la primera infancia.

El nivel de articulación de estas Sub gerencias es poco pues ellas responden directamente a la gerencia Municipal y las directivas que ella emite; la planificación del presupuesto del municipio lo determina la Gerencia municipal con el Alcalde es decir las partidas se asignan a ese nivel, las sub gerencias de línea aplican/ejecutan dichas asignaciones.



2.3 ANÁLISIS FODA

El análisis FODA que presentamos nos permitirá identificar los factores positivos o negativos que están bajo el control de la organización (fortalezas y debilidades) y aquellos factores que están fuera del ámbito de la organización pero que impactan en la organización de modo directo (oportunidades y amenazas). Dichos factores deben identificarse claramente, de modo que la organización se oriente a fortalecer los aspectos favorables y mitigue aquellos que son desfavorables. Frente a un entorno económico, político y social que se caracteriza por su dinamismo, la institución deberá revisar de modo periódico sus fortalezas y debilidades a fin de cumplir con los objetivos organizacionales trazados en su planeamiento estratégico.

FODA HUANCAVELICA

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Capacidad de convocatoria de la institución municipal.• Equipo técnico motivado para capacitarse en temas de infancia.• Apoyo por parte de instituciones y proyectos de sociedad civil a gobiernos locales.• Conocimiento de la experiencia de atención a la primera infancia por parte del MIMDES.• Disponibilidad de recursos en el Presupuesto que pueden ser asignados a programas para la primera infancia. | <ul style="list-style-type: none">• Nuevas autoridades con reducido conocimiento y experiencia en temas y programas de atención a la niñez.• Se enfatiza el trabajo en programas ya establecidos como el “vaso de leche” y “Complemento nutricional” con personal escasamente capacitado.• Carencia de programas amplios destinados a la primera infancia.• Limitada experiencia en ejecución y gestión de planes y Programas de atención a la primera infancia.• Mínima iniciativa para ofertar servicios básicos municipales a la comunidad. |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none">• Valoración y reconocimiento inicial de las nuevas autoridades al programa explicado de atención a la primera infancia.• Aliados potenciales para desarrollar programas de atención a primera infancia: Coop. Internacional, MINSA, Gobierno Municipal y Gobierno Regional.• Madres de familia (líderes) con interés en capacitarse y participar en el programa.• Población demanda programas de atención a primera infancia. Hogares con niños desnutridos (primera edad).• Relativo incremento de fondos derivados del canon minero que puede beneficiar a los presupuestos municipales• Algunas organizaciones como UNICEF, Coop. Española con intervención en la zona en aspectos puntuales. | <ul style="list-style-type: none">• Continuación de la no priorización de los programas a la primera infancia.• Deficiente infraestructura vial que limita la atención a los beneficiarios de primera infancia.• Actuales políticas públicas que no permiten destinar recursos para proyectos a la primera infancia.• Bajo nivel educativo de las madres/padres de familia.• Dispersión geográfica de centros poblados impide cobertura de atención. |



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

2.4 ANÁLISIS

Los gobiernos locales muestran limitados recursos financieros y también humanos así como una organización débil como institución que indica que el trabajo de transferencia sea un proceso complejo que encontrará todo programa social que se quiera aplicar. La gran parte de los municipios en la zona son rurales y presentan las mismas limitaciones en recursos y escasas capacidades para atender las demandas de sus pobladores.

Un gran desafío que encontrará el modelo de atención a la primera infancia será el de la capacidad de gestión de los gobiernos locales; de lo que se infiere que previo a su aplicación es necesario un trabajo de formación de capacidades de recursos humanos y financieros.

El reconocimiento Político e Institucional de las diferentes autoridades en Huancavelica respecto a la Implementación del modelo propuesto debe de ir plasmado con acuerdos palpables como pueden ser: Incorporación a la estructura orgánica de las instituciones de proyectos de apoyo a la primera infancia, partida presupuestal asignada, asistencia de personal especializado, formación y capacitación de funcionarios en el tema entre otros.

2.5 RECOMENDACIONES

Se presenta a continuación a manera de breve reseña las limitaciones, riesgos y desafíos que enfrenta el proceso de transferencia de programas sociales.

Limitaciones

- A partir del análisis FODA, el organigrama y el trabajo de campo realizado podemos observar que los gobiernos locales de Huancavelica aún no cuentan con los recursos necesarios para ejecutar los programas de atención a la primera infancia que le puedan ser delegados.
- Las limitantes son: la disponibilidad de recursos humanos debidamente capacitados, los recursos financieros reducidos, si bien se reconoce que en el último año hubo un incremento significativo con respecto al año precedente en el presupuesto de atención a la primera infancia.

Riesgos

- Las autoridades y los líderes locales deberán asumir en primer lugar el proceso de transferencia del modelo de atención a primera infancia, es decir, se debe asegurar la voluntad política de estos líderes.
- Priorizar proceso de fortalecimiento de capacidades para asegurar transferencia de programa de atención a la primera infancia.
- Asegurar que la priorización al tema de primera infancia sea incorporado dentro de los planes concertados de desarrollo y en consecuencia, en los presupuestos participativos.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Desafíos

- Identificar mecanismos para la permanencia de promotores en el proyecto.
- Asegurar proceso de formación de madres líderes, capacitándolas en temas de primera infancia.

Adicionalmente consideramos que como parte de la estrategia para impulsar un proceso exitoso de transferencia de un programa social, en particular de atención a la primera infancia en la zona, habría que tomar en cuenta lo siguiente:

- El modelo de atención a la primera infancia y su ejecución debe de realizarse con todos sus componentes e integrar a otras instituciones públicas y privadas incluyendo a los padres de familias que muestran interés en el tema.
- El apoyo político de las autoridades es fundamental para ejecutar el modelo por ser zona de extrema pobreza.
- Tener en cuenta para su aplicación de las lecciones aprendidas de otros proyectos en zonas similares.
- Apoyar a los gobiernos locales en la creación y fortalecimiento de capacidades internas.
- Para que el modelo se aplique plenamente apoyar al presupuesto comprometiendo por las autoridades.
- La asistencia técnica a los municipios debe de ser permanente a fin de asegurar la adecuada implementación de los programas de atención a la primera infancia.



CAPITULO 3

LORETO

1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 1: CONDICIONES DE VIDA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS

La presentación de los resultados del diagnóstico comprende los componentes siguientes:

- Contexto
- Salud
- Educación
- Desarrollo
- Información complementaria

1.1 CONTEXTO

1.1.1 Características del área de estudio³⁶

El estudio corresponde a dos distritos de la provincia de Loreto: Nauta y Parinari. El distrito de Nauta tiene una población de 30,550 habitantes; de los cuales el 70.6% de ellos son pobres: 39.8% pobres extremos y 30.8% pobres no extremos.

En cambio Parinari, es un distrito más pequeño con una población de 7,691 habitantes. El nivel de pobreza es mayor, involucra al 80.3% de su población; de los cuales el 48.9% son pobres extremos y 31.3% no extremos.

Características del área de estudio, 2009

| DISTRITO | POBLACIÓN 1/ | POBRE (%) | | | NO POBRE |
|----------|-----------------|--------------------|---------|---------------|-------------|
| | | TOTAL DE POBRES | EXTREMO | NO EXTREMO | |
| NAUTA | 30,550 | 70.6 | 39.8 | 30.8 | 29.4 |
| PARINARI | 7,691 | 80.3 | 48.9 | 31.3 | 19.7 |

Para obtener información del distrito de Nauta se visitó la localidad de Nauta y las comunidades de San Francisco y Miguel Grau. En el caso de Parinari, se visitó a las comunidades de Santa Rita de Castilla, Shapajilla, Atenas y Nueva Unión.

³⁶ Fuente: Indicadores de pobreza: 2009

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

1.1.2 Distribución de la muestra

| Distrito | Comunidad | Absoluto | % |
|----------|------------------------|----------|-------|
| Total | | 185 | 100,0 |
| Nauta | Total | 89 | 48,1 |
| | Nauta | 49 | 55,1 |
| | San Francisco | 21 | 23,6 |
| | Miguel Grau | 19 | 21,3 |
| Parinari | Total | 96 | 51,2 |
| | Santa Rita de Castilla | 55 | 57,3 |
| | Shapajilla | 21 | 21,9 |
| | Atenas | 13 | 13,5 |
| | Nueva Unión | 7 | 7,3 |

1.2 SALUD

1.2.1 Morbilidad

a) Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una de las principales, sino la principal, causa de enfermedad en niños menores de 5 años. Además es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de salud y de hospitalización, especialmente en los meses de mayor frío. La presencia de estas infecciones es frecuente, los niños pueden tener varios episodios de IRA por año, lo que incide en su normal crecimiento y desarrollo y que si no son tratados adecuadamente puede convertirse en un problema serio y hasta ocasionar la muerte. Existen factores de riesgo para padecer las infecciones respiratorias agudas y éstas se encuentran relacionadas con la falta de lactancia materna, vacunación incompleta, parto prematuro, bajo peso al nacer, desnutrición, clima o época invernal, contaminación ambiental y domiciliar que incluye tabaquismo y lugares poco ventilados y pequeños.



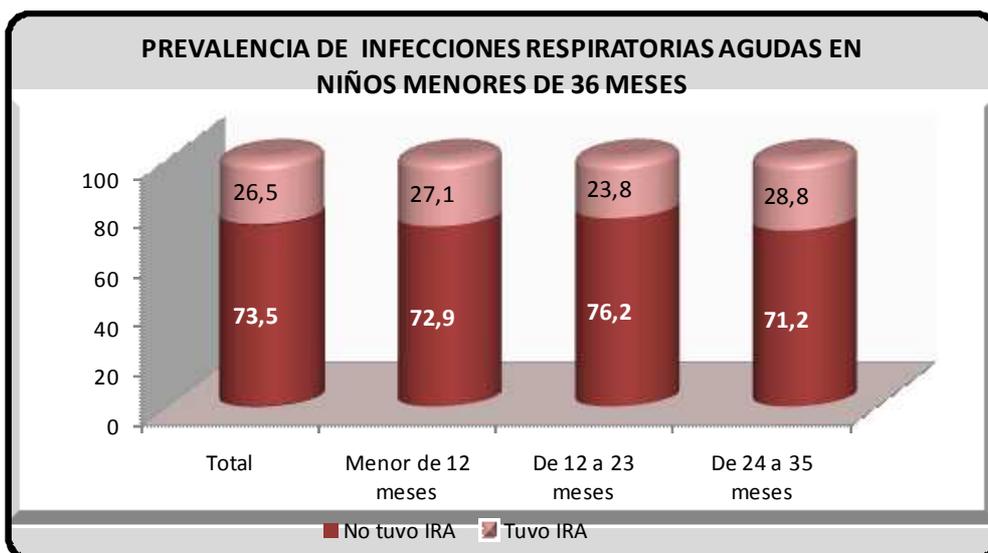
En la encuesta de salud se preguntó a las madres por la ocurrencia de síntomas de infecciones respiratorias agudas: niño estuvo enfermo con tos acompañado de respiraciones cortas y agitadas, en las dos semanas anteriores a la entrevista, lo que constituyen síntomas de infecciones respiratorias agudas.

Los resultados indican que la prevalencia de Infecciones Respiratoria Agudas IRA en niños menores de 3 años en el ámbito de estudio de Loreto es de 26.5%. Las infecciones son más frecuentes en niños menores de 12 meses, donde al menos el 27.1% ha tenido síntomas de IRA en las dos últimas semanas de la encuesta; en orden de importancia le sigue los niños de 24 y más edad en el que incluye al 28.8% y en el caso de los niños de 12 a 23 meses, se enfermaron el 23.8% de ese grupo de edad.

Según la ENDES 2010, en Loreto se presenta un 33.9% de niños menores de 36 meses, que tienen síntomas asociadas al IRA, cifra que está por encima del registrado en este diagnóstico; y que es mayor que el promedio nacional (18.3%).

Prevalencia de IRA en niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No tuvo IRA | 136 | 73,5 |
| | Tuvo IRA | 49 | 26,5 |
| Menor de 12 meses | No tuvo IRA | 51 | 72,9 |
| | Tuvo IRA | 19 | 27,1 |
| De 12 a 23 meses | No tuvo IRA | 48 | 76,2 |
| | Tuvo IRA | 15 | 23,8 |
| De 24 a 35 meses | No tuvo IRA | 37 | 71,2 |
| | Tuvo IRA | 15 | 28,8 |



**b) Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)**

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una afección frecuente en los niños y continúa siendo una causa importante de morbi-mortalidad durante la niñez. Se reconocen tres tipos de diarrea: a) Diarrea aguda acuosa, cuando las evacuaciones son líquidas y no tienen moco o sangre; es el más común y su peligro mayor es la deshidratación, acidosis y pérdida de potasio; b) Disentería, cuando las evacuaciones diarreicas tienen moco y sangre; su peligro mayor es la toxemia y la infección en sí misma; y c) Diarrea persistente, que empieza como diarrea aguda acuosa pero no cesa después de 14 días o más y cuyo mayor efecto sobre la salud es la desnutrición.

Los agentes infecciosos que causan diarrea generalmente se diseminan por vía fecal – oral (ano-mano-boca), que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados fecalmente, y el contacto directo con heces fecales. Varios comportamientos específicos de las personas contribuyen a la propagación de los gérmenes patógenos asociados a la diarrea: falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; usar biberones para alimentar a los niños; guardar alimentos a temperatura ambiente; beber agua contaminada; no lavarse las manos después de defecar; después de desechar las heces de los niños o limpiar los pañales, y antes de preparar o servir alimentos; no desechar higiénicamente las heces (incluyendo las de los lactantes). Al igual que las Infecciones Respiratorias Agudas, en la encuesta de salud se preguntó a las madres por la ocurrencia de diarreas en las dos semanas anteriores a la entrevista.

En Loreto, algo menos de la mitad de los niños menores de 36 meses (48.1%) tuvieron un episodio de EDA en las dos semanas anteriores a la encuesta, proporción que es relativamente elevada para el promedio del país. Los niños de 12 a 23 meses son los que registran un mayor porcentaje de EDA (57.1%), constituyéndose en un grupo de riesgo, donde la recurrencia de este tipo de enfermedades conlleva a debilitar a los niños.

En importancia le sigue, los niños menores de 24 a 35 meses, donde el 46.2% estuvo en la misma situación. En el grupo de los niños menores de 12 meses, la prevalencia de EDA fue de 41.4%.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las cifras son mayores que el registrado a nivel departamental (48.8%); y es más del doble del valor registrado a nivel nacional (18.9%).

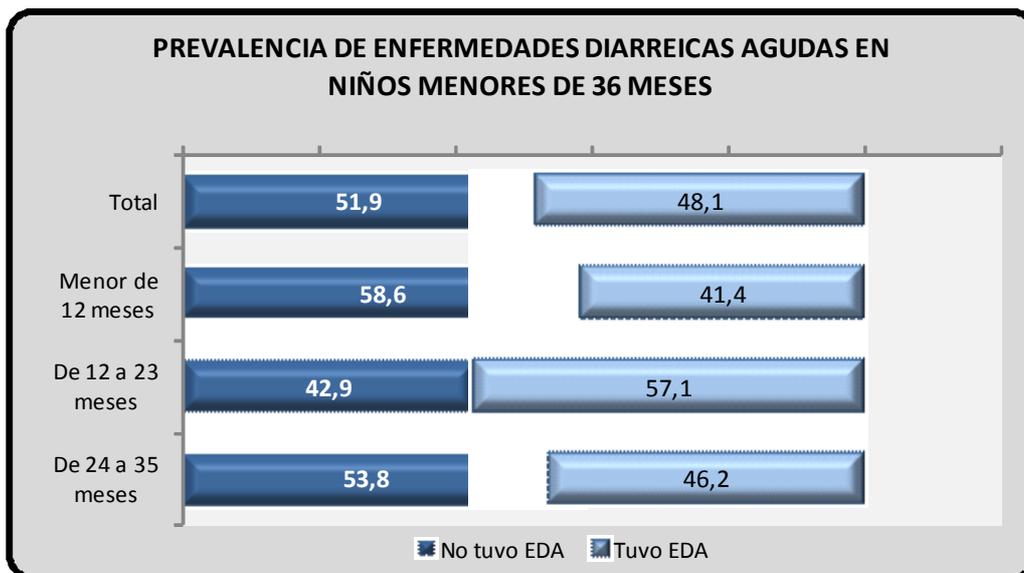
**2.2.1.3 PREVALENCIA DE EDA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES,
SEGÚN RANGO DE EDAD**

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No tuvo EDA | 96 | 51,9 |
| | Tuvo EDA | 89 | 48,1 |
| Menor de 12 meses | No tuvo EDA | 41 | 58,6 |
| | Tuvo EDA | 29 | 41,4 |
| De 12 a 23 meses | No tuvo EDA | 27 | 42,9 |
| | Tuvo EDA | 36 | 57,1 |
| De 24 a 35 meses | No tuvo EDA | 28 | 53,8 |
| | Tuvo EDA | 24 | 46,2 |



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables



c) Prevalencia de Parasitosis en niños menores de 36 meses

Las parasitosis intestinales son un problema al que se enfrentan las instituciones de Salud Pública en los países en vías de desarrollo. Estas infecciones son generalmente subestimadas por ser asintomáticas, pero representan un factor de morbilidad importante cuando se asocian a la desnutrición.

La infección intestinal parasitaria afecta principalmente a la población infantil, la cual es especialmente susceptible de adquirirla, principalmente cuando la forma infectante del pósito penetra por vía oral. Los pósitos intestinales, a través de diferentes mecanismos privan al organismo de nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo.

La prevalencia de parasitosis en el ámbito del estudio es de 34.1% en niños menores de 36 meses; por rango de edad, el 73.1% de los niños de 24 a más meses han reportado parasitosis, lo cual resulta un problema que amerita tomar acciones, dado que esta cifra puede ser mayor si se considera que son casos reportados. Entre los niños de 12 a 23 meses, la tercera parte de ellos (33.3%) ha tenido parasitosis y entre los más pequeños, se presenta en el 5.7%.

Parasitosis en niños menores de 36 meses, según rango de edad

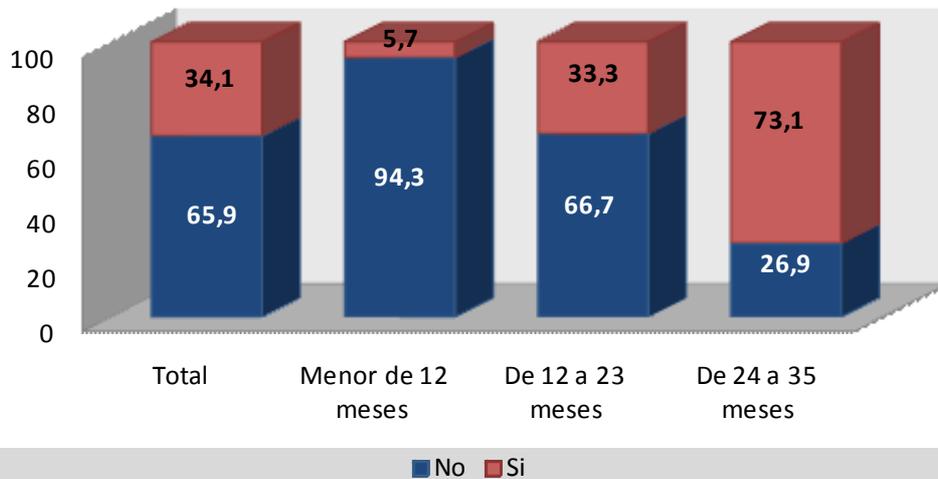
| | | TOTAL | |
|-------------------|----|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No | 122 | 65,9 |
| | Si | 63 | 34,1 |
| Menor de 12 meses | No | 66 | 94,3 |
| | Si | 4 | 5,7 |
| De 12 a 23 meses | No | 42 | 66,7 |
| | Si | 21 | 33,3 |
| De 24 a 35 meses | No | 14 | 26,9 |
| | Si | 38 | 73,1 |



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

PARASITOSIS EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES

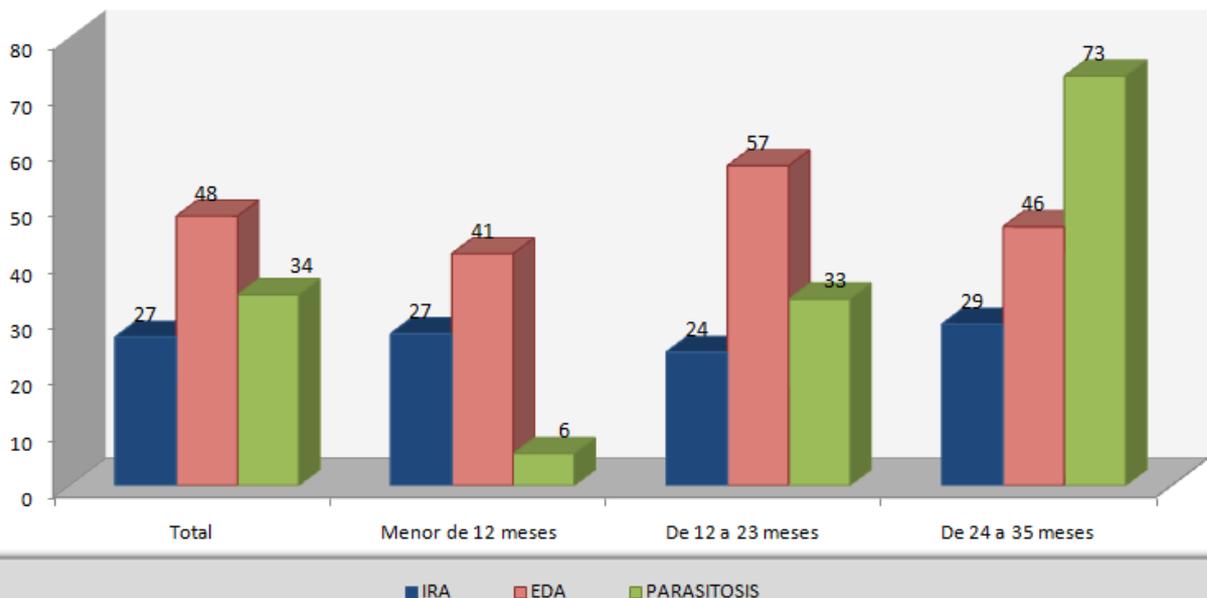


El comportamiento de enfermedades tales como IRA, EDA y/o Parasitosis, implica serios problemas para el desarrollo del niño, se observa que a mayor rango de edad, hay un mayor porcentaje de niños con parasitosis, lo cual resulta preocupante para los niños mayores de dos años, dado que los resultados indican que casi 3 de cada 4 tienen esa enfermedad.

Los niveles alcanzados por EDA, se encuentran por encima del promedio del departamento y del correspondiente nacional, presentándose con mayor frecuencia entre los niños de 12 a 23 meses.

En cambio se aprecia que el IRA, es el que registra los menores porcentajes entre la población de niños menores de 36 meses y es más constante.

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON IRA, EDA O PARASITOSIS





1.2.2 Nutrición

a) Prevalencia de Desnutrición Crónica

Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad o simplemente retardo en el crecimiento, se determina al comparar la talla con la esperada para su edad y sexo.

Hasta el año 2007, la evaluación del estado nutricional de los niños se venía realizando con la referencia internacional de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS/OMS). Cuestionamientos por la muestra de niños, la periodicidad de las mediciones y el método para describir el patrón de la variabilidad del crecimiento normal, influyeron sobre la necesidad de establecer nuevas referencias que se aproximaran a los estándares de “cómo debían crecer los niños” en lugar de “como crecían los niños”. En abril del año 2007, la OMS realizó el “Lanzamiento Nacional del Nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil” como resultado de estudios realizados en 8 países de distintos continentes, en los que muestra que todos los niños y niñas, nacidos en cualquier parte del mundo, tienen el mismo potencial de crecimiento. A este patrón se le conoce como el Patrón OMS³⁷. En el presente informe se incluye la evaluación del crecimiento de los niños bajo el Patrón NCHS/CDC/OMS y el Patrón OMS.

Desnutrición Crónica según Patrón Internacional de Crecimiento Infantil OMS

La prevalencia de *desnutrición crónica en el ámbito del estudio, según el patrón del OMS alcanza al 21.6% de los niños menores de 36 meses*; cifra que es mayor entre los niños de 12 a 23 meses, afectando al 31.7% de los niños; mientras que entre los menores de 12 meses, hay un 7.1% de niños que resulta con este mal. En el caso de los niños de 24 a 35 meses, la prevalencia de desnutrición crónica es de 28.8%.

Desnutrición crónica en niños menores de 36 meses, según rango de edad (Patrón OMS)

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No desnutrido crónico | 145 | 78,4 |
| | Desnutrido Crónico | 40 | 21,6 |
| Menor de 12 meses | No desnutrido crónico | 65 | 92,9 |
| | Desnutrido Crónico | 5 | 7,1 |
| De 12 a 23 meses | No desnutrido crónico | 43 | 68,3 |
| | Desnutrido Crónico | 20 | 31,7 |
| De 24 a 35 meses | No desnutrido crónico | 37 | 71,2 |
| | Desnutrido Crónico | 15 | 28,8 |

³⁷ Tomado de Informe Principal ENDES Continúa 2004-2006. Agosto 2007



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

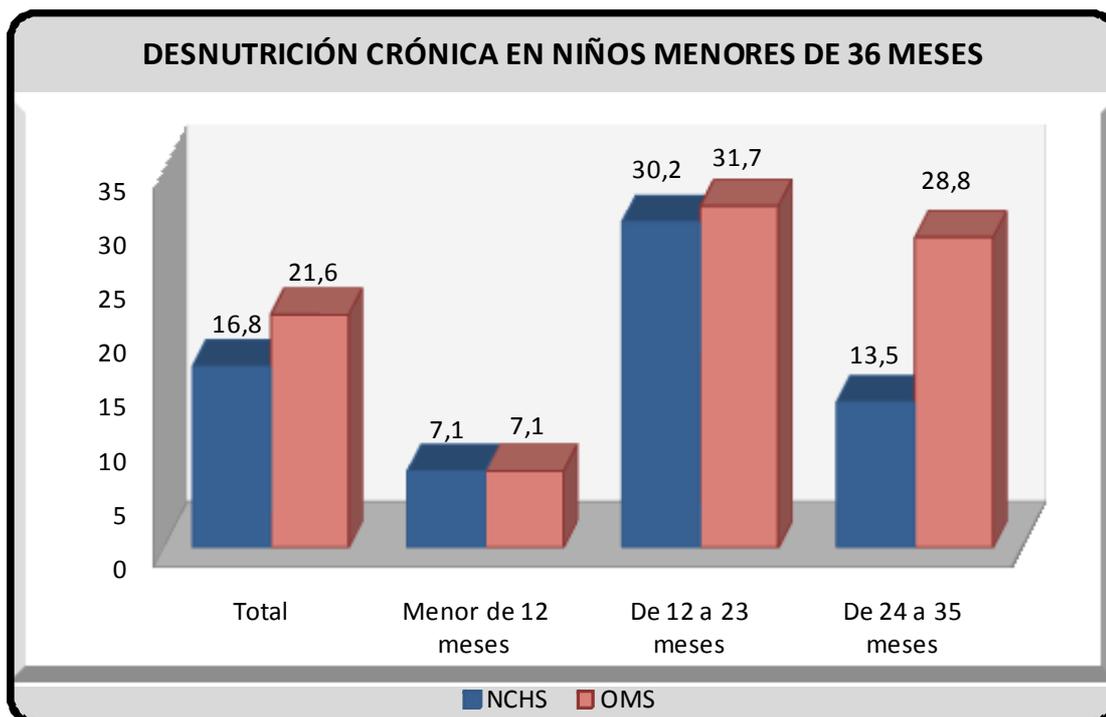
Desnutrición Crónica según Patrón Internacional (NCHS)

De acuerdo al patrón internacional del NCHS, con vigencia hasta abril del 2007, la desnutrición crónica en niños menores de 36 meses en el ámbito del estudio es de 16.8%; se eleva a 30.2% entre los niños de 12 a 23 meses y luego disminuye a 13.5% entre los niños de 24 y más meses, lo que no ocurre con la medición de la desnutrición crónica con el patrón internacional de la OMS. Entre los más pequeños, la prevalencia de desnutrición crónica es de 7.1%. Como es de esperar los niveles de desnutrición crónica, según el patrón de la OMS es mayor al registrado por el NCHS.

Desnutrición crónica en niños menores de 36 meses, según rango de edad (Patrón NCHS)

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No desnutrido crónico | 154 | 83,2 |
| | Desnutrido Crónico | 31 | 16,8 |
| Menor de 12 meses | No desnutrido crónico | 65 | 92,9 |
| | Desnutrido Crónico | 5 | 7,1 |
| De 12 a 23 meses | No desnutrido crónico | 44 | 69,8 |
| | Desnutrido Crónico | 19 | 30,2 |
| De 24 a 35 meses | No desnutrido crónico | 45 | 86,5 |
| | Desnutrido Crónico | 7 | 13,5 |

En el gráfico que viene a continuación se observa que el porcentaje de Desnutrición Crónica prácticamente es el mismo para los menores de 12 meses, no obstante entre los de mayor edad, de 23 a 28 meses las diferencias son significativas; lo cual resulta coherente con lo denominado “retardo en el crecimiento” de los niños.



**b) Anemia en niños de 6 a 36 meses**

La prevención de la deficiencia de hierro sobre la gravedad y permanencia se sustenta en las consecuencias sobre la salud de los niños, especialmente en los niños más pequeños. La anemia tiene serias repercusiones en niños de 6 meses hasta los dos años, que es cuando la hemoglobina contribuye a la maduración cerebral.

La deficiencia de hierro en los niños provoca trastornos en diversas funciones, entre ellas, las siguientes: alteración del desarrollo psicomotor, particularmente del lenguaje, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. En los niños, el más importante de los efectos adversos es la alteración del desarrollo psico-motor, probablemente irreversible.

Los factores que aumentan el riesgo de anemia en los niños son: bajo peso al nacer, breve duración de la lactancia materna exclusiva, introducción precoz (antes del sexto mes) de leche de vaca, introducción tardía de carne en la dieta y dietas de bajo contenido de hierro.

Los resultados sobre anemia son realmente preocupantes, el 70.9% de los niños tiene algún nivel de anemia, siendo mayor incluso entre los niños menores de 12 meses (91.7%). Los niños debieran estar protegidos en sus primeros meses de vida, por lo que resulta urgente tomar medidas dado que dicha situación estaría ocasionando daños irreversibles en la capacidad intelectual de estos niños. Otro grupo con anemia considerable son los niños de 24 y más meses, donde el 69.2% se encuentran en la misma situación. En el grupo de 12 a 23 meses, hay un 60.3% que tiene anemia.

Porcentaje de niños menores de 6 a 36 meses con anemia, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Sin anemia | 44 | 29,1 |
| | Anemia | 107 | 70,9 |
| Menor de 12 meses | Sin anemia | 3 | 8,3 |
| | Anemia | 33 | 91,7 |
| De 12 a 23 meses | Sin anemia | 25 | 39,7 |
| | Anemia | 38 | 60,3 |
| De 24 a 35 meses | Sin anemia | 16 | 30,8 |
| | Anemia | 36 | 69,2 |

La clasificación para determinar el nivel de anemia en niños, considerando leve, moderada o severa se realiza teniendo en cuenta la edad. Los niños menores de 6 meses no se incluyen en las estimaciones por considerar que tienen niveles relativamente altos de hemoglobina al nacimiento.

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

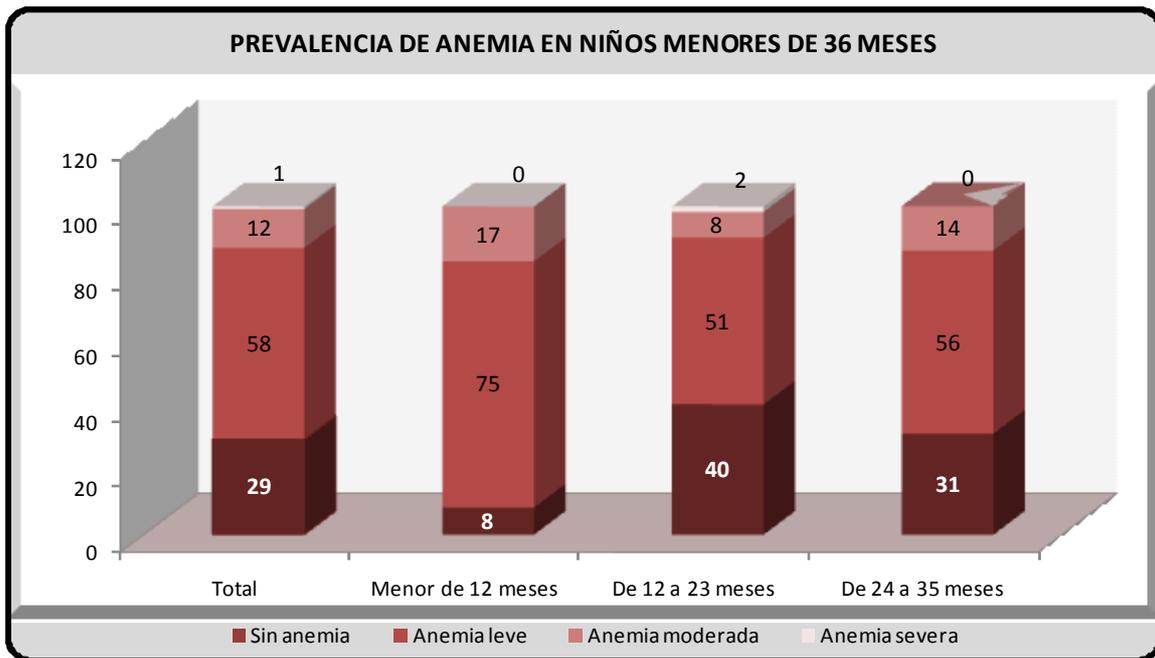
Límite superior de la categoría

| Edad en meses | Leve | Moderada | Severa |
|---------------|------|----------|--------|
| 0-3 | 8.9 | 6.9 | 4.9 |
| 3-6 | 10.4 | 8.4 | 5.4 |
| 7-23 | 10.9 | 8.9 | 5.9 |
| 24+ | 11.4 | 9.4 | 6.4 |

Del total de niños menores de 36 meses, el 58.3% tiene anemia leve, un 11.9% padece anemia moderada y los casos de anemia severa, representan el 0.7%. Según grupo de edad, el 75.0% de los niños de 6 a 12 meses, tiene anemia leve y el 16.7% anemia moderada. Entre los niños de 12 a 23 meses, la mayoría tiene anemia leve (50.8%) y el 7.9% registra anemia moderada. Por su parte, los de mayor edad, el 55.8% tiene anemia leve; mientras que el 13.5% tiene anemia moderada.

Porcentaje de niños menores de 6 a 36 meses según niveles de anemia

| | | TOTAL | |
|------------------|-----------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Sin anemia | 44 | 29,1 |
| | Anemia leve | 88 | 58,3 |
| | Anemia moderada | 18 | 11,9 |
| | Anemia severa | 1 | 0,7 |
| De 6 a 12 meses | Sin anemia | 3 | 8,3 |
| | Anemia leve | 27 | 75,0 |
| | Anemia moderada | 6 | 16,7 |
| | Anemia severa | 0 | 0 |
| De 12 a 23 meses | Sin anemia | 25 | 39,7 |
| | Anemia leve | 32 | 50,8 |
| | Anemia moderada | 5 | 7,9 |
| | Anemia severa | 1 | 1,6 |
| De 24 a 35 meses | Sin anemia | 16 | 30,8 |
| | Anemia leve | 29 | 55,8 |
| | Anemia moderada | 7 | 13,5 |
| | Anemia severa | 0 | 0 |



c) Lactancia materna exclusiva

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. La primera alimentación del niño es la lactancia materna, durante los primeros seis meses de vida del niño la leche materna por sí sola es el alimento ideal, contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento saludable así como factores inmunizantes que los protegen contra las infecciones comunes de la niñez.

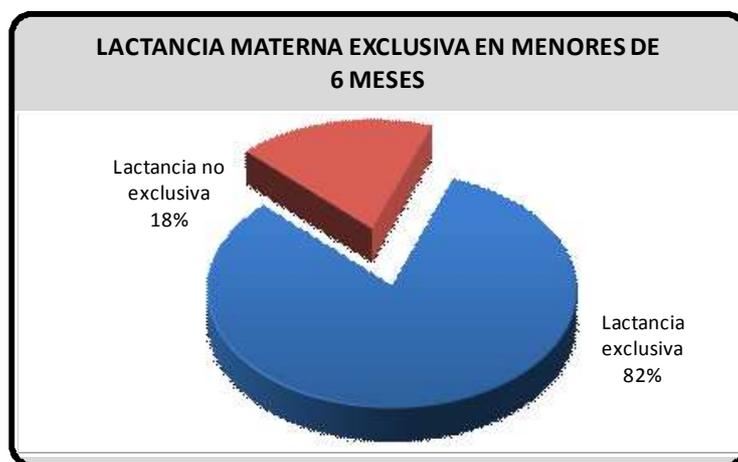
La alimentación del niño durante sus primeros meses de vida resulta de vital importancia para la prevención de enfermedades no transmisibles durante toda la vida. Así, “el estado nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes”³⁸. Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. Si bien la casi totalidad de los niños inicia su alimentación con la leche materna, el tiempo de la lactancia es la que marca la diferencia.

En las áreas de estudio de Loreto, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es mayoritaria, así el 81.8% de los niños del mencionado rango de edad son alimentados exclusivamente con leche materna o pecho.

³⁸ Hodgson, María Isabel. Evaluación del Estado Nutricional. Tomado de la ENDES 2009.

**Lactancia materna exclusiva y no exclusiva
en niños menores de 6 meses, según área**

| | TOTAL | |
|------------------------|----------|-------|
| | Absoluto | % |
| Total | 33 | 100,0 |
| Lactancia exclusiva | 27 | 81,8 |
| Lactancia no exclusiva | 6 | 18,2 |



En general para los niños menores de 36 meses, el promedio de lactancia materna exclusiva es de 5.65 meses, lo que denota que esta práctica está ampliamente difundida.

**Promedio de lactancia materna exclusiva en
niños menores de 36 meses**

| | TOTAL | |
|-----------------------------|----------|----------|
| | Absoluto | PROMEDIO |
| Lactancia Materna Exclusiva | 165 | 5,65 |

d) Suministro y consumo de hierro entre niños menores de 36 meses

Desde su nacimiento, los niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, seguida de alimentación complementaria apropiada, tienen un desarrollo óptimo tanto físico como mental. Sin embargo a medida que el niño crece y se vuelve más activo, los alimentos complementarios llenan el vacío entre las necesidades nutritivas totales del niño y las cantidades proporcionadas por la leche materna.

Los niños pequeños no crecerán bien sin las cantidades adecuadas y una buena mezcla de estos alimentos adicionales y su sistema inmune se hará menos eficaz, por lo que es



necesario proporcionarles suplemento de hierro y vitamina A.

Del total de niños menores de 36 meses, el 21.6% recibió dosis de hierro, según lo declarado por la madre; sin embargo hay un 71.9% de niños que no lo recibieron y otro 6.5% de niños cuya madre señala que no recuerda o no sabe si recibió dosis de hierro.

De acuerdo al rango de edad, hay un 84.3% de niños menores de 12 meses que no recibieron dosis de hierro y en el rango de 12 a 23 meses, esa cifra disminuye a 69.8%, pero no por eso es menos importante. Entre los niños de mayor edad, de 24 y más meses, el porcentaje de ellos que no recibió hierro alcanza al 57.7%. Esta deficiencia en la distribución de hierro, está contribuyendo a los altos niveles de anemia que se presenta en los niños.

Niños menores de 36 meses que recibieron dosis de hierro, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Si | 40 | 21,6 |
| | No | 133 | 71,9 |
| | No sabe | 12 | 6,5 |
| Menor de 12 meses | Si | 7 | 10,0 |
| | No | 59 | 84,3 |
| | No sabe | 4 | 5,7 |
| De 12 a 23 meses | Si | 17 | 27,0 |
| | No | 44 | 69,8 |
| | No sabe | 2 | 3,2 |
| De 24 a 35 meses | Si | 16 | 30,8 |
| | No | 30 | 57,7 |
| | No sabe | 6 | 11,5 |

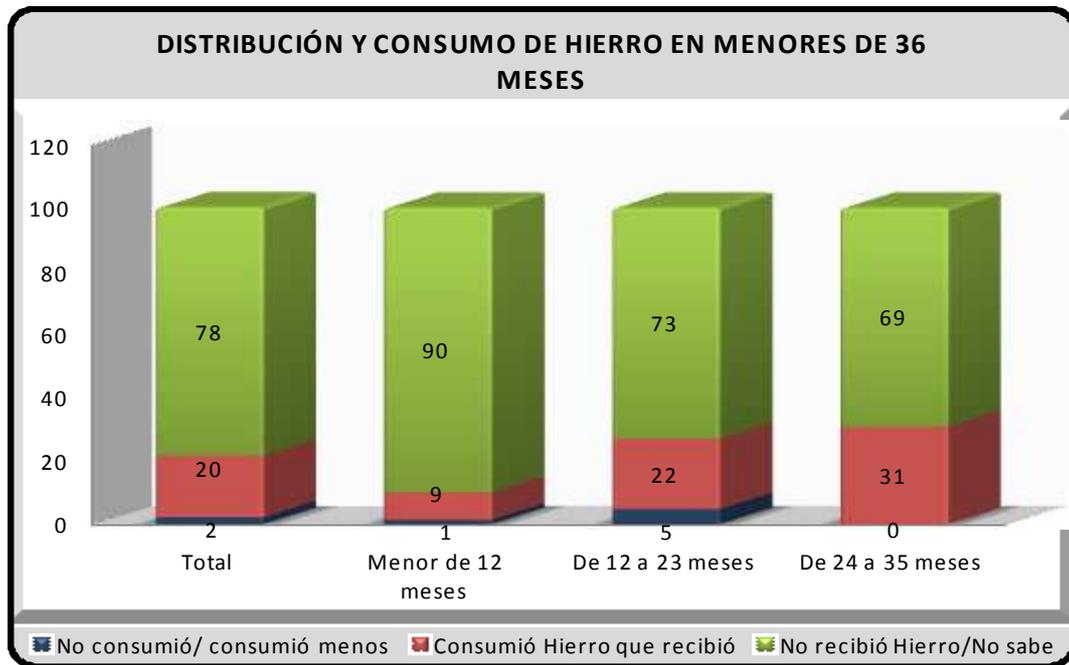
**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Con estos resultados, solo el 19.5% de los niños menores de 36 meses consumió el hierro que le fue suministrado; mientras que un 78.4% no recibió hierro o no recuerda haber recibido.

Niños menores de 36 meses que consumieron hierro, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consumió/consumió menos | 4 | 2,2 |
| | Consumió Hierro que recibió | 36 | 19,5 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 145 | 78,4 |
| Menor de 12 meses | No consumió/consumió menos | 1 | 1,4 |
| | Consumió Hierro que recibió | 6 | 9,8 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 63 | 90,0 |
| De 12 a 23 meses | No consumió/consumió menos | 3 | 4,8 |
| | Consumió Hierro que recibió | 14 | 22,2 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 46 | 73,0 |
| De 24 a 35 meses | No consumió/consumió menos | 0 | 0,0 |
| | Consumió Hierro que recibió | 16 | 30,8 |
| | No recibió Hierro/No sabe | 36 | 69,2 |

De acuerdo al rango de edad, sólo un 9.8% de los niños menores de 12 meses consumió las dosis de hierro establecidas; mientras que el 90.0% no recibió o no se acuerda de haberlo recibido. En los niños de 12 a 23 meses, hay un 22.2% que consumió hierro en las dosis determinada y entre los más grandes, la ingesta incluye al 30.8% de ellos.



e) Vitamina A en niños menores de 36 meses

La carencia alimentaria de vitamina A afecta frecuentemente y de manera importante a los ojos y puede llevar a la ceguera. La xeroftalmía, que significa sequedad de los ojos (de la palabra griega *xeros* que significa seco), es el término que se utiliza para incluir las manifestaciones oculares resultantes de la falta de vitamina A. La carencia de vitamina A tiene además un papel en varios cuadros clínicos no relacionados con los ojos, y puede contribuir a aumentar la tasa de mortalidad infantil, sobre todo en niños con sarampión. Aparte del ojo, la carencia de vitamina A también afecta adversamente las superficies epiteliales.

Un consumo inadecuado de caroteno o vitamina A preformada, una deficiente absorción de la vitamina o una mayor demanda metabólica puede llevar a la carencia de vitamina A. De estas tres, la deficiencia alimentaria es en general la causa más común de xeroftalmía.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Del total de niños entrevistados, el 49.7% recibió vitamina A; mientras que otro importante 45.4% no recibió la dosis correspondiente. Por rangos de edad, el 24.3% de los niños menores de 12 meses recibieron vitamina A y un 71.4% de las madre con niños de 12 a 23 meses manifestaron que si lo recibieron; hecho que también fue declarado en el caso de del 57.5% de los niños de 24 y más meses.

Porcentaje de menores de 36 meses que recibieron dosis de vitamina a, según edad

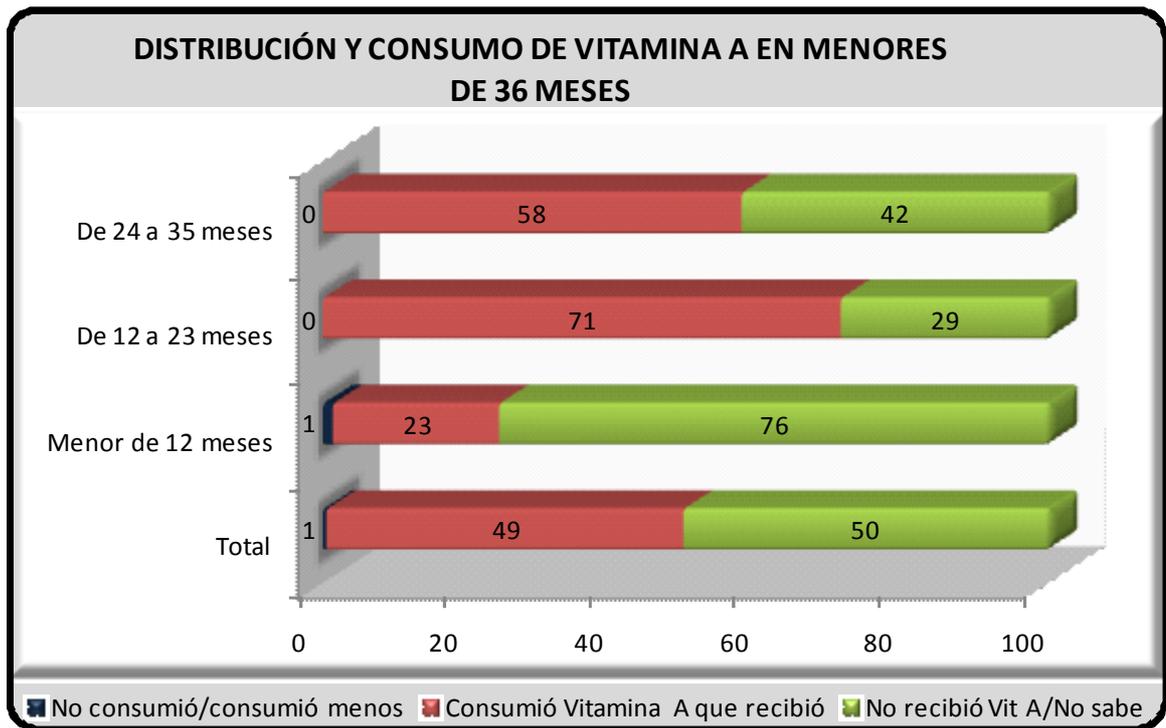
| | | TOTAL | |
|-------------------|---------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Si | 92 | 49,7 |
| | No | 84 | 45,4 |
| | No sabe | 9 | 4,9 |
| Menor de 12 meses | Si | 17 | 24,3 |
| | No | 49 | 70,0 |
| | No sabe | 4 | 5,7 |
| De 12 a 23 meses | Si | 45 | 71,4 |
| | No | 16 | 25,4 |
| | No sabe | 2 | 3,2 |
| De 24 a 35 meses | Si | 30 | 57,7 |
| | No | 19 | 36,5 |
| | No sabe | 3 | 5,8 |

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Con relación al consumo de vitamina A, el 49.2% de los niños la consumieron; pero el 50.3% no lo recibió o no recuerda. En los niños menores de 12 meses solo el 22.9% consumió dosis de vitamina A y el resto no recibió; en cambio entre los niños de 12 a 23 meses hay un 71.1% que lo recibió y consumió y entre los mayores igual, lo que recibió fue consumido por los niños (57.7%).

Consumo de vitamina A de niños menores de 36 meses, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consumió/consumió menos | 1 | 0,5 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 91 | 49,2 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 93 | 50,3 |
| Menor de 12 meses | No consumió/consumió menos | 1 | 1,4 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 16 | 22,9 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 53 | 75,7 |
| De 12 a 23 meses | No consumió/consumió menos | 0 | 0,0 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 45 | 71,4 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 18 | 28,6 |
| De 24 a 35 meses | No consumió/consumió menos | 0 | 0,0 |
| | Consumió Vitamina A que recibió | 30 | 57,7 |
| | No recibió Vit A/No sabe | 22 | 42,3 |



f) Consumo de alimentos con proteína animal

Los alimentos complementarios necesitan contener suficiente energía, proteínas, minerales y vitaminas para cumplir con las necesidades nutricionales del niño que crece. Las necesidades nutricionales más difíciles de satisfacer son por lo general de energía, hierro, zinc y vitamina A. Los alimentos altos en hierro y zinc incluyen la sangre, carnes rojas, hígado, riñones y otros tipos de menudencias. Las yemas de huevo, hojas verdes oscuras y legumbres también son altas en hierro, pero este hierro no es tan fácil de absorber en el cuerpo. Sin embargo, el comer fruta rica en vitamina C, en la misma comida mejorará la absorción de hierro.

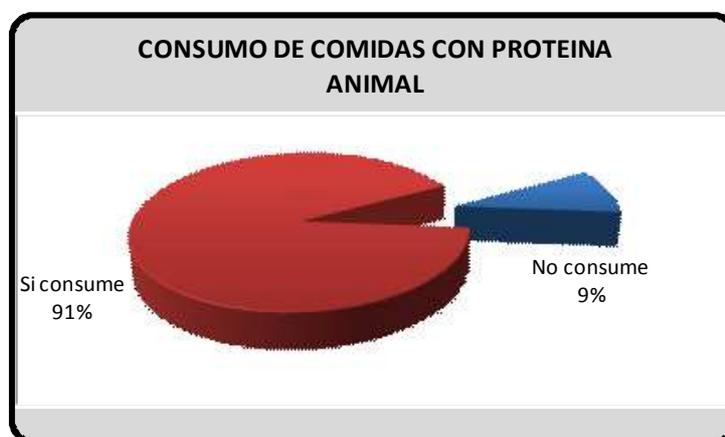
Las proteínas son macromoléculas formadas por la unión de aminoácidos³⁹, los cuales son fundamentales para el buen funcionamiento del organismo. Una persona adulta, requiere ocho aminoácidos esenciales; mientras que durante el crecimiento se necesitan diez. La calidad de una proteína depende de su contenido en aminoácidos esenciales, esa calidad está medida por un índice llamado valor biológico. Por lo tanto, una proteína es de alta calidad o tiene un alto valor biológico cuando es rica en aminoácidos esenciales. Éstas se encuentran en la leche materna y en los huevos, le siguen las proteínas de la carne y el pescado y luego los lácteos. Se considera que las proteínas de origen animal son más nutritivas y completas que las de origen vegetal, que son incompletas y de un menor valor biológico. La carencia proteica produce una disminución de la masa muscular, un metabolismo lento, bajo rendimiento físico e intelectual, fatiga, apatía, y deterioro general de todo nuestro organismo.

³⁹ Los aminoácidos se dividen en aminoácidos esenciales y no esenciales. Los esenciales son aquellos que no son elaborados por nuestro organismo y deben incorporarse a través de la dieta. Los no esenciales son sintetizados por nuestro metabolismo. <http://www.zonadiet.com/nutricion/proteina-origen.htm>

Para conocer la dieta alimentaria de los niños y en particular el consumo de alimentos con proteína animal, en la encuesta de salud se incluyó la tabla de alimentos que se utiliza en el ENDES. Y con la madre del niño se indagó acerca de los líquidos y alimentos que el niño comió en día anterior durante el día o la noche.

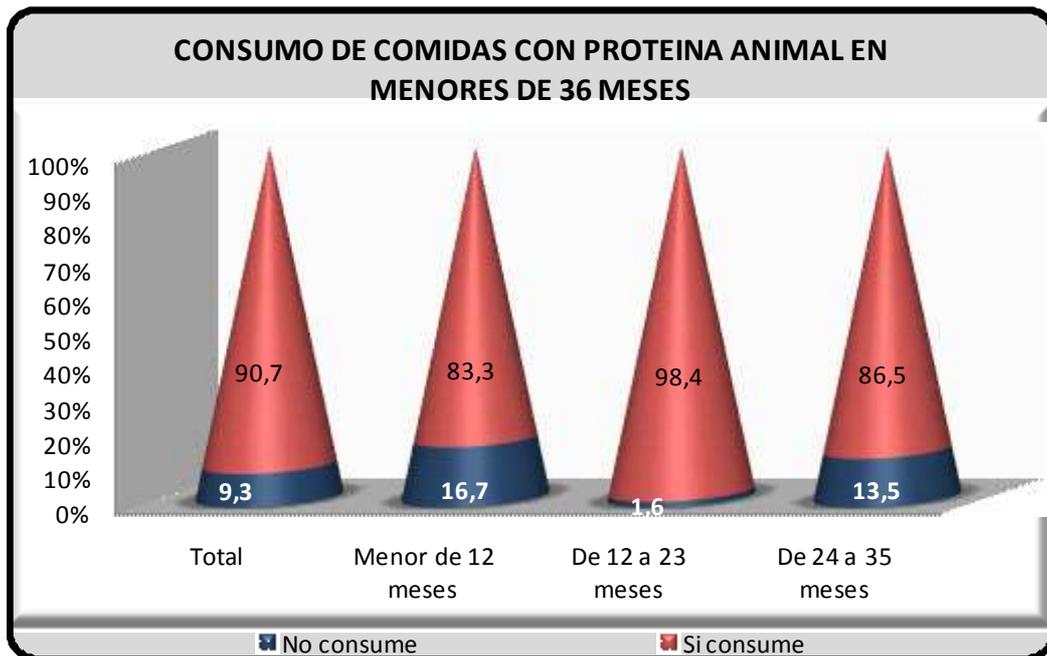
La metodología consiste en realizar un recuento de todos los líquidos o alimentos que comió o bebió el día anterior a la entrevista, se utilizó una tabla de clasificación de alimentos de acuerdo a su mayor aporte nutricional y el consumo de al menos uno de estos grupos de alimentos o bebidas.

En Loreto, la ingesta de alimentos de alto valor biológico, es relativamente adecuada el 90.7% de los niños consume comidas con proteína animal. Entre los niños menores de 12 meses este porcentaje es algo menor (83.3%), mientras que entre los niños de 12 a 23 meses, se presenta un 98.4% de consumo de alimentos de alto valor nutritivo, y luego disminuye entre los niños de 24 y más meses (86.5%).



Consumo de comidas con proteína animal de niños de 6 a 35 meses, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No consume comidas con proteína animal | 14 | 9,3 |
| | Consume comidas con proteína animal | 137 | 90,7 |
| Menor de 12 meses | No consume comidas con proteína animal | 6 | 16,7 |
| | Consume comidas con proteína animal | 30 | 83,3 |
| De 12 a 23 meses | No consume comidas con proteína animal | 1 | 1,6 |
| | Consume comidas con proteína animal | 62 | 98,4 |
| De 24 a 35 meses | No consume comidas con proteína animal | 7 | 13,5 |
| | Consume comidas con proteína animal | 45 | 86,5 |



1.2.3 Acceso a los servicios de salud

a) Peso del recién nacido

El peso al nacer se considera un predictor del futuro del recién nacido. El índice de mortalidad asciende, para cualquier semana de la gestación, cuanto más bajo es el peso al nacer, por lo que es un factor muy importante para la supervivencia del neonato, así como para un crecimiento y desarrollo saludables. Niños con peso al nacer menor a 2.5 Kg. representa un riesgo para su salud.

De acuerdo a la tabla de referencia de la OMS, el peso ideal de un niño de sexo masculino es de 3.3 Kg. y para una niña es de 3.2 Kg.

Los antecedentes de los niños del ámbito de estudio de Loreto son adversos, dado que el 36.8% de ellos nació con menos de 2.500 Kg. otro 24.1% nació con peso de 2.500 Kg a 3.300 Kg, y el resto con más de 3.200 Kg. (41.8%). En el caso de las niñas, el porcentaje de niñas con bajo peso al nacer es de 41.8%; otro 35.7% de las niñas pesó de 2.500 kg, a 3200 kg. *Estos antecedentes ameritan ser tomados en cuenta dado el alto porcentaje de niños con bajo peso al nacer, que constituyen un indicador de un mal inicio de la calidad de vida de los niños.*

Peso al nacer, por sexo, según área

| | | TOTAL | |
|------|-----------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Niño | Menos de 2,500 gr. | 32 | 36,8 |
| | De 2,500 a 3,200 grs. | 21 | 24,1 |
| | Más de 3,200 grs. | 34 | 39,1 |
| Niña | Menos de 2,500 gr. | 41 | 41,8 |
| | De 2,500 a 3,200 grs. | 35 | 35,7 |
| | Más de 3,200 grs. | 22 | 22,4 |

b) Longitud del recién nacido

De acuerdo a los resultados y asociado con su bajo peso, el 87.4% de los niños nació con una longitud menor de 45 cms., y un 8.0% midió al nacer entre 45 y 50 cms., el resto tenía una longitud de 50 y más cms. (4.6%). En el caso de las niñas, se presenta un similar porcentaje que midió entre 45 y 50 cms (87.8%), y un 9.2% midió de 45 a 50 cms; y otro 3,1% tiene más de 50 cms.

Talla al nacer, por sexo, según área

| | | TOTAL | |
|------|------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Niño | Menos de 45 cms. | 76 | 87,4 |
| | De 45 a 50 cms. | 7 | 8.0 |
| | Más de 50 cms. | 4 | 4,6 |
| Niña | Menos de 45 cms. | 86 | 87,8 |
| | De 45 a 50 cms. | 9 | 9,2 |
| | Más de 50 cms. | 3 | 3,1 |



c) Control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña CRED⁴⁰

El control de crecimiento y desarrollo del niño y niña CRED, constituye un conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo, así también considera la promoción de la salud física, mental, emocional y social.

⁴⁰ Tomado del Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Es realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, sensible, con actitudes y comportamientos apropiados. Teniendo en cuenta las necesidades, características y capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural. Es participativo, es decir permite establecer una relación de respeto y confianza con la madre para que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones. Involucrando al padre y a la familia en las responsabilidades del cuidado de la niña y el niño.

El CRED establece un conjunto de actividades integrales que va desde la entrevista inicial para investigar factores de riesgo asociados al crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, conocer la evolución entre control y control, adaptación a la alimentación actual, verificación del esquema de vacunación actual, reacciones post vacúnales, ambiente familiar, entre otros. Los procedimientos incluyen el seguimiento de la nutrición, prevención de las deficiencias de nutrición por micronutrientes (hierro, yodo y vitamina "A"), estado vacunal, seguimiento al crecimiento (antropometría), entre otros; y finalmente después de todo el proceso de evaluación, se realiza la consejería participativa.

Estas evaluaciones están programadas de acuerdo al grupo etáreo y son referenciadas en el carné de vacunaciones. Durante la entrevista con la madre se verificó con el carné del niño el número de controles realizados y se realizó la transcripción correspondiente al cuestionario de la encuesta. De acuerdo al esquema de controles por grupo etareo se presenta los resultados de los controles completos para la edad⁴¹.

En ese contexto, se considera 11 controles para niños menores de 12 meses, 6 controles adicionales para los niños en el segundo año de vida y 4 para el tercer año. En el ámbito de estudio, el 57.3% de los niños menores de 36 meses completaron sus controles del CRED⁴².

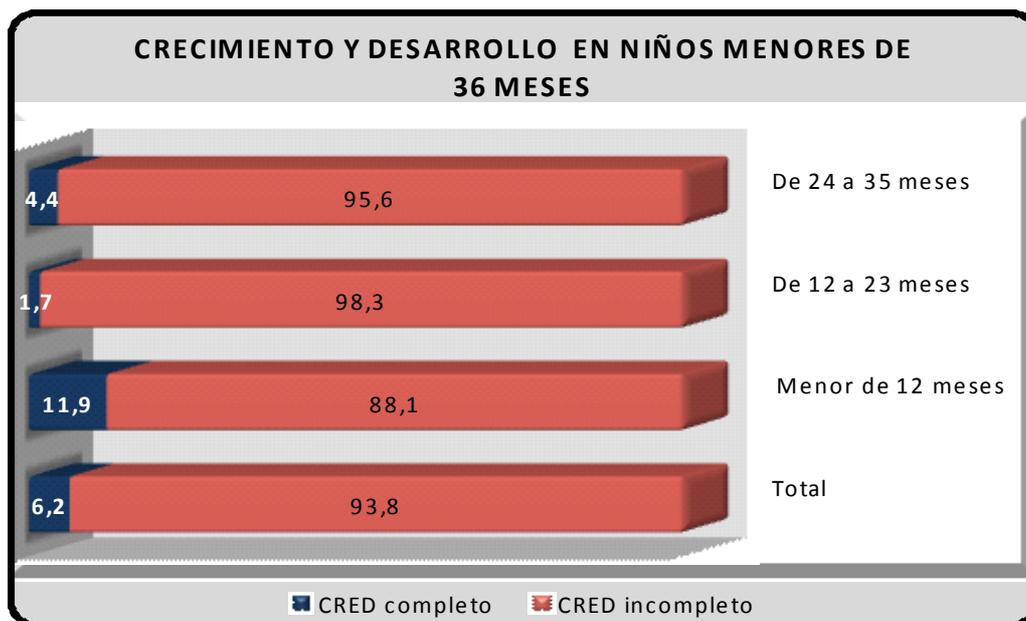
Del total de niños de la población de estudio, tan sólo del 6.2% de los niños menores de 36 meses, completó sus controles CRED de acuerdo a la edad. Es importante destacar que hay un 11.9% de niños menores de 12 meses que cumplió con sus controles, lo cual amerita tenerlo en cuenta para conocer las razones que estarían incidiendo en esta baja cobertura. En el caso de los niños de 24 y más meses solo acuden el 4.4% a realizar sus controles establecidos; mientras que los niños de 12 y 23 meses registran los niveles más bajos de cobertura del CRED (1.7%).

⁴¹ La fuente de información es el carné de vacunaciones.

⁴² La referencia para el número de controles del CRED es la que se encuentra vigente este año.

Niños menores de 36 meses que completaron CRED, de acuerdo a la edad, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Tiene CRED completo | 10 | 6,2 |
| | No tiene CRED completo | 152 | 93,8 |
| Menor de 12 meses | Tiene CRED completo | 7 | 11,9 |
| | No tiene CRED completo | 52 | 88,1 |
| De 12 a 23 meses | Tiene CRED completo | 1 | 1,7 |
| | No tiene CRED completo | 57 | 98,3 |
| De 24 a 35 meses | Tiene CRED completo | 2 | 4,4 |
| | No tiene CRED completo | 43 | 95,6 |



d) Inmunizaciones según norma técnica

Las vacunas son responsables del control de muchas enfermedades infecciosas que antes habían sido muy frecuentes; sin embargo, pese al control, los virus y bacterias de muchas de ellas que provocan estas enfermedades aún existen. Las vacunas proporcionan protección a través de los años.

Las vacunas se dosifican y se suministran de acuerdo a un calendario. El Ministerio de Salud es el ente normativo que establece la forma de administrar estas vacunas, algunas son específicas, otras van agrupadas, a lo largo de los 5 últimos años ha variado la forma y el número de vacunaciones. En la encuesta de salud, se captó información de

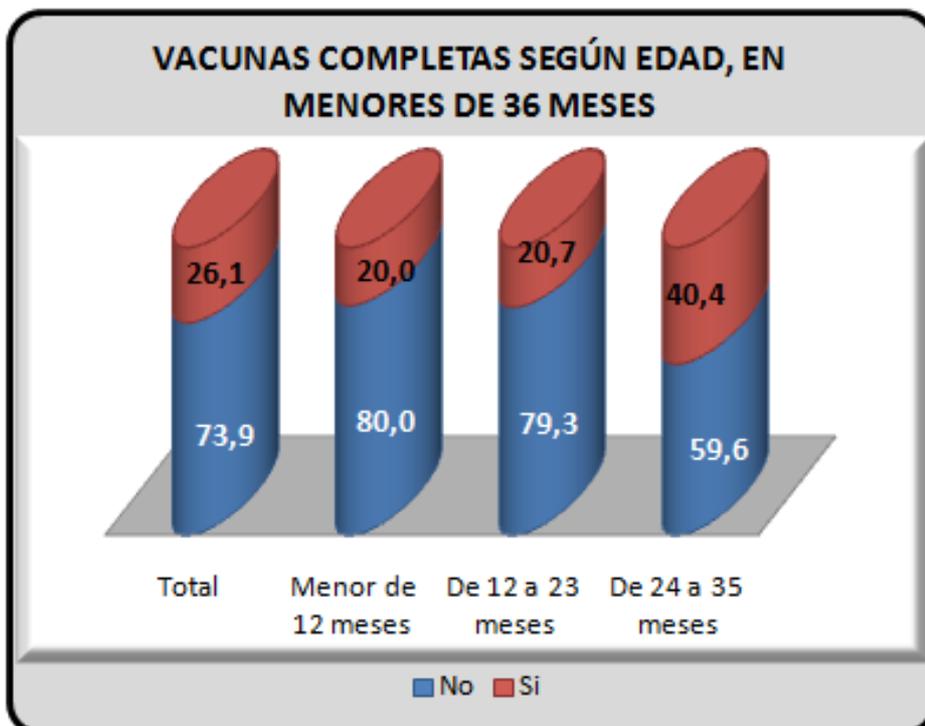


todas las vacunas y sus variaciones y éstas provienen del carné de vacunaciones en el 100% de los casos. Cabe señalar que para que los niños estén protegidos deben completar todas las dosis programadas. Los resultados muestran la aplicación de todas las vacunas básicas de los niños para su edad; aunque está pendiente la inclusión del Rotavirus, en función de la fecha de su implementación.

De acuerdo a los niños que contaban con su tarjeta de vacunación, el 26.1% de ellos tienen sus vacunas completas de acuerdo a su edad. Según los rangos de edad, el 20.0% de los niños menores de 12 meses tienen vacunas completas⁴³; otro porcentaje similar también ha sido vacunado entre los niños de 12 a 23 meses (20.7%) y el 40.4% de los niños más grandes tienen su vacunación completa; lo cual podría estar evidenciando que la oferta de los servicios no es la adecuada, dado que los niños de mayor edad si han tenido acceso al servicio.

Niños menores de 36 meses que completaron vacunas, de acuerdo a la edad, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|----|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No | 122 | 73,9 |
| | Si | 43 | 26,1 |
| Menor de 12 meses | No | 48 | 80,0 |
| | Si | 12 | 20,0 |
| De 12 a 23 meses | No | 46 | 79,3 |
| | Si | 12 | 20,7 |
| De 24 a 35 meses | No | 28 | 59,6 |
| | Si | 19 | 40,4 |



⁴³ Suj

1.2.4 Salubridad e higiene

a) Hogares con cocinas mejoradas funcionando

Se construyó un índice para conocer la tenencia de cocina mejorada, en el cual se consideró los criterios siguientes: a) Tiene conducto de ventilación y fuera de la vivienda; b) Tiene base de adobe, barro o cemento; c) Tiene más de una hornilla; y d) Tiene hornilla con aros selladores. Adicionalmente se consideró a aquellos hogares que cocinan con “combustible limpio”, vale decir aquéllos que utilizan electricidad, gas y kerosene.

Los resultados de la investigación indican que bajo los criterios establecidos no se registra hogares con cocinas mejoradas funcionando, aunque si hay un 4,9% que usa combustible limpio para la preparación de sus alimentos, cifra que se eleva a 7.1% en los hogares con niños menores de 12 meses y se reduce a 4.8% en las familias con niños de 12 a 23 meses, y en el caso de mayores de 23 meses, este porcentaje es de tan solo 1.9% y no tienen cocinas mejoradas en funcionamiento.

Familias con cocinas mejoradas funcionando, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No usa cocina mejorada | 176 | 95,1 |
| | Si usa cocina mejorada | - | - |
| | Usa combustible limpio | 9 | 4,9 |
| Menor de 12 meses | No usa cocina mejorada | 65 | 92,9 |
| | Si usa cocina mejorada | - | - |
| | Usa combustible limpio | 5 | 7,1 |
| De 12 a 23 meses | No usa cocina mejorada | 60 | 95,2 |
| | Si usa cocina mejorada | - | - |
| | Usa combustible limpio | 3 | 4,8 |
| De 24 a 35 meses | No usa cocina mejorada | 51 | 98,1 |
| | Si usa cocina mejorada | - | - |
| | Usa combustible limpio | 1 | 1,9 |



b) Hogares que guardan alimento en lugar limpio⁴⁴

En general, los alimentos se encuentran expuestos a la contaminación, desde el momento de su producción hasta el de su consumo, ya sea por agentes naturales o debido a la intervención humana. Entre los agentes naturales mayormente son bacterias, hongos, levaduras o sus toxinas y pueden desarrollarse tanto en alimentos frescos como procesados, causando enfermedades en quienes ingieren esos productos. La contaminación química, producto del desarrollo tecnológico, también puede generar serios inconvenientes.

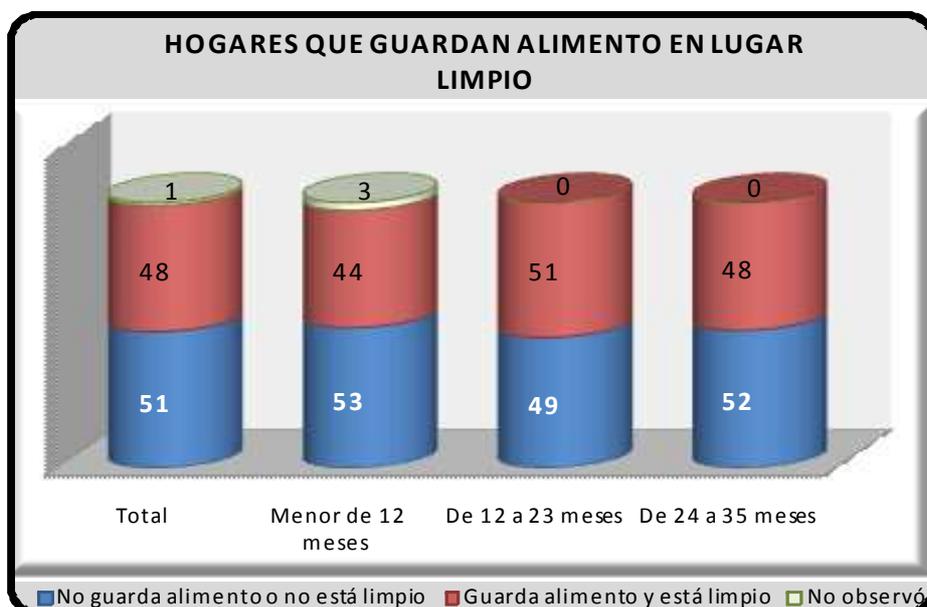
La inocuidad de los alimentos conlleva a la ausencia de sustancias tales como: contaminantes, adulterantes, toxinas, etc., que convierten el alimento en algo nocivo para la salud de las personas, en algunos casos con consecuencias agudas y en otras de carácter crónico. Es difícil que exista un control eficiente de los contaminantes en la producción primaria de los alimentos, por lo tanto es importante protegerlos desde el momento de la compra hasta que los hogares los consumen. La higiene y la manipulación cuidadosa de los alimentos y utensilios que se utilizan en la cocina así como el almacenamiento adecuado y oportuno, constituyen las medidas más eficaces en la prevención de consecuencias no deseadas para la salud. La importancia de manipular alimentos en forma adecuada para prevenir enfermedades por contaminación empieza por el lugar donde se almacenan alimentos y si éste se encuentra en condiciones de limpieza adecuadas.

⁴⁴ Shea Rutstein, Rosario Céspedes. Situación de la Salud Ambiental en Hogares 2006.

Los resultados de la encuesta indican que el 47.6% de los hogares guardan los alimentos en un lugar determinado y éste se encuentra limpio. Según rangos de edad, se presenta mayores porcentajes tanto en niños menores de 12 meses (44.3%), como los niños de 12 a 23 meses (50.8%) y en los niños de 24 y más meses, disminuye a 48.1%.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que guardan alimento en lugar limpio, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-------------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No guarda alimento o no está limpio | 95 | 51,4 |
| | Guarda alimento y está limpio | 88 | 47,6 |
| | No observó | 2 | 1,1 |
| Menor de 12 meses | No guarda alimento o no está limpio | 37 | 52,9 |
| | Guarda alimento y está limpio | 31 | 44,3 |
| | No observó | 2 | 2,9 |
| De 12 a 23 meses | No guarda alimento o no está limpio | 31 | 49,2 |
| | Guarda alimento y está limpio | 32 | 50,8 |
| | No observó | 0 | 0,0 |
| De 24 a 35 meses | No guarda alimento o no está limpio | 27 | 51,9 |
| | Guarda alimento y está limpio | 25 | 48,1 |
| | No observó | 0 | 0,0 |



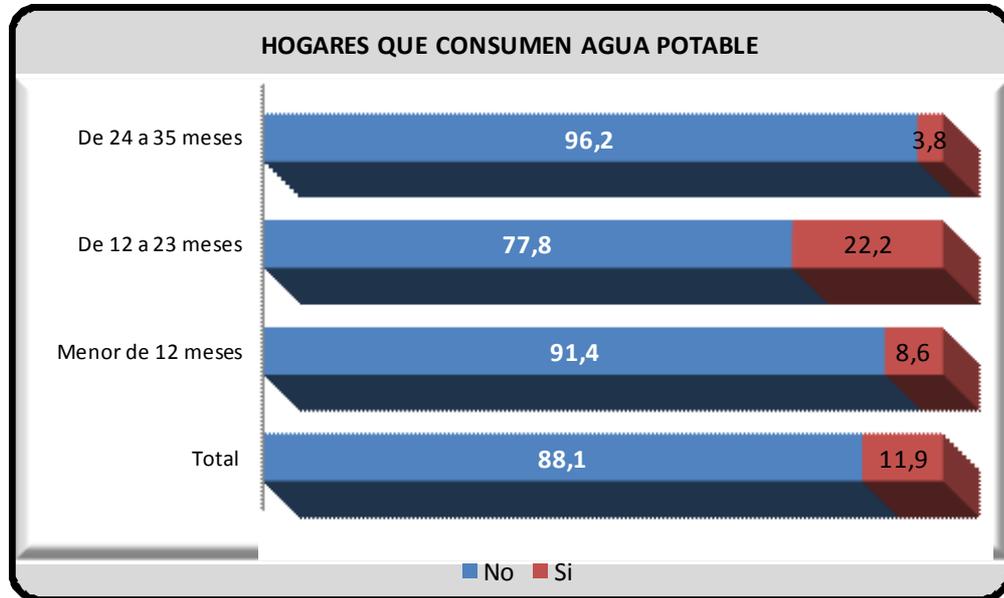
c) Consumo de agua de red pública

Una de las principales preocupaciones de los últimos gobiernos, ha sido la priorización para ampliar la cobertura mediante la construcción de infraestructura social, lo que ha permitido mejoras en el acceso a servicios de agua (y de saneamiento) de calidad que repercuten en la calidad de vida de los pobres. El impacto del abastecimiento de agua potable es mayor en aquellos lugares donde tienen que efectuar largos recorridos para recoger agua, cuando el ahorro de tiempo puede ser aprovechado para realizar actividades productivas y en el caso de los niños, en su educación. Asimismo, tiene un efecto importante sobre la equidad de género porque las mujeres y niñas son las que dedican más tiempo a recoger agua. En la encuesta del hogar se consideró el abastecimiento de agua para aquellos hogares que están conectados a red pública dentro y fuera de la vivienda y el acceso a pilón público.

En ese contexto, sólo el 11.9% de los hogares consume agua de red pública, lo que contrasta con las otras realidades de ámbito de estudio. Según rangos de edad, el 8.6% de los hogares de niños menores de 12 meses tiene acceso a la red pública; se incrementa a 22.2% en los hogares con niños de 12 a 23 meses e involucra al 3.8% en aquéllos donde los niños tienen edades entre 24 y 35 meses.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que consumen agua de red pública, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Consume agua de otra fuente | 163 | 88,1 |
| | Consume agua de red pública | 22 | 11,9 |
| Menor de 12 meses | Consume agua de otra fuente | 64 | 91,4 |
| | Consume agua de red pública | 6 | 8,6 |
| De 12 a 23 meses | Consume agua de otra fuente | 49 | 77,8 |
| | Consume agua de red pública | 14 | 22,2 |
| De 24 a 35 meses | Consume agua de otra fuente | 50 | 96,2 |
| | Consume agua de red pública | 2 | 3,8 |



d) Almacenamiento de Agua en el hogar

Los métodos domésticos que se utiliza en el tratamiento para producir agua con una calidad microbiológica aceptable y mantener esa calidad durante su almacenamiento y uso requiere de una adecuada manipulación del agua porque el más ligero contacto con una superficie contaminada puede introducir los elementos patógenos en el agua y conducir a la re-contaminación. Por tanto, resulta importante que el envase de almacenamiento se encuentre diseñado de forma que evite el contacto entre el agua y las manos y los utensilios e incluso el ambiente para prevenir las enfermedades transmisibles por el agua.

Para fines de la investigación se consideró las diferentes fuentes de abastecimiento de agua y el uso de envases adecuados (con tapa).

Los resultados del estudio indican que el 97.3% de los hogares almacena en forma adecuada el agua, lo que de alguna forma evita la contaminación del agua a ser utilizada en el hogar; no obstante entre los niños menores de 12 meses, este porcentaje disminuye ligeramente, lo cual amerita ser reforzado en las campañas de salud; pero en general los niveles obtenidos son bastantes altos.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que almacena agua, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No almacena adecuadamente | 5 | 2,7 |
| | Almacena adecuadamente | 180 | 97,3 |
| | No almacena agua | 0 | 0 |
| Menor de 12 meses | No almacena adecuadamente | 3 | 4,3 |
| | Almacena adecuadamente | 67 | 95,7 |
| | No almacena agua | 0 | 0 |
| De 12 a 23 meses | No almacena adecuadamente | 1 | 1,6 |
| | Almacena adecuadamente | 62 | 98,4 |
| | No almacena agua | 0 | 0 |
| De 24 a 35 meses | No almacena adecuadamente | 1 | 1,9 |
| | Almacena adecuadamente | 51 | 98,1 |
| | No almacena agua | 0 | 0 |

HOGARES QUE ALMACENAN AGUA

 Almacena
adecuadamente
97%

 No almacena
adecuadamente
3%


**e) Tratamiento al Agua para beber**

Los métodos domésticos para purificar el agua de consumo humano, consiste en la aplicación de equipos de tratamiento y sustancias germicidas, orientadas fundamentalmente al aspecto bacteriológico, por considerarse como un riesgo inmediato a la salud. La desinfección del agua mata o inactiva a la mayoría de los organismos patógenos, los que son resistentes a los desinfectantes pueden ser esporas bacterianas, bacterias en grupos, hongos, quistes y otros microorganismos que requieren tratamiento adicional tales como filtración para eliminarlos del agua.

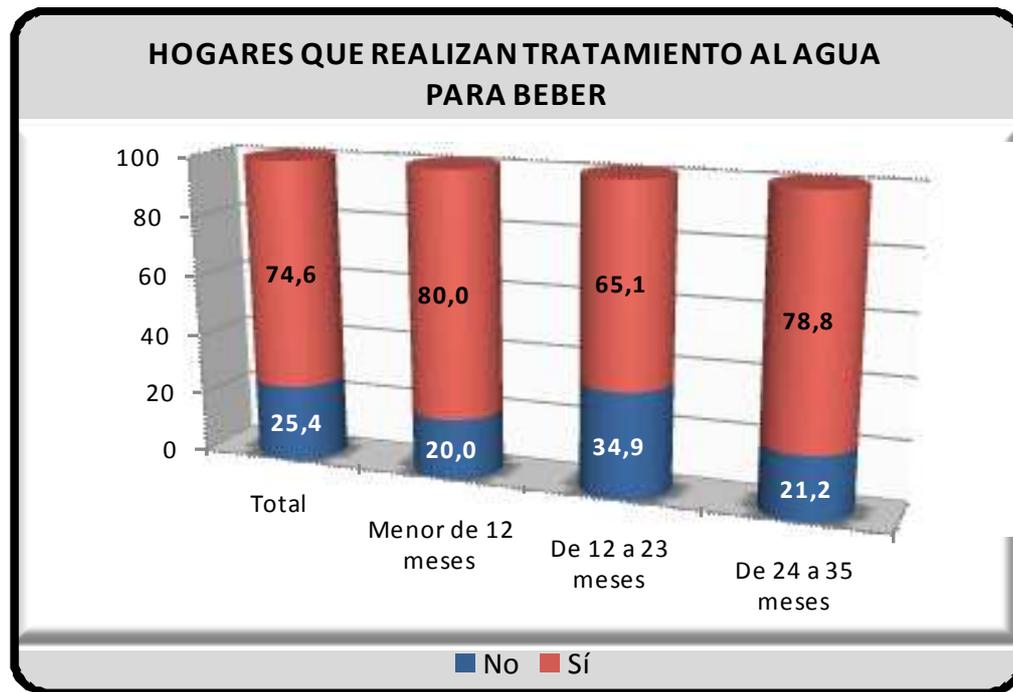
Las medidas químicas de desinfección son, entre otras, el tratamiento con Cloro o Yodo mientras que las medidas físicas incluyen hervir el agua; la filtración, si bien no es un método de desinfección, puede mejorar la calidad del agua. Hervir el agua es el método más simple de desinfección siempre y cuando se disponga de combustible.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, *para el ámbito del estudio en Loreto, los hogares realizan un tratamiento adecuado para beber en el 74.6% de los hogares, ya sea utilizando lejía o cloro o hervir el agua.*

Por rangos de edad, se aprecia un mayor porcentaje de hogares de niños menores de 12 meses que realizan tratamiento adecuado (80.0%) y en menor proporción se presenta entre los niños de 12 a 23 meses (65.1%) y los de mayor edad (78.8%).

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses que realizan tratamiento de agua, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No realiza tratamiento adecuado | 47 | 25,4 |
| | Agua tratada adecuadamente | 138 | 74,6 |
| Menor de 12 meses | No realiza tratamiento adecuado | 14 | 20.0 |
| | Agua tratada adecuadamente | 56 | 80.0 |
| De 12 a 23 meses | No realiza tratamiento adecuado | 22 | 34,9 |
| | Agua tratada adecuadamente | 41 | 65,1 |
| De 24 a 35 meses | No realiza tratamiento adecuado | 11 | 21,2 |
| | Agua tratada adecuadamente | 41 | 78,8 |



f) Momentos o situaciones en los que necesariamente se lavan las manos

La higiene personal no es solo un tema de aseo, constituye un hábito que se aplica para controlar factores que ejercen o pueden ejercer, efectos nocivos sobre la salud. El lavado de manos es el comportamiento de higiene personal, más crítico y determinante en las enfermedades especialmente las diarreicas, porque las manos constituyen un importante vehículo de transmisión heces-oral. La contaminación es adquirida mayormente con el contacto con las heces durante la defecación, así como también tocar manos contaminadas o también el comer y preparar alimentos con manos contaminadas o llevarse las manos sucias a la boca, propio de los niños más pequeños. El resultado es más efectivo si el lavado de manos es con jabón u otro tipo de desinfección para manos, lo que puede reducir significativamente la transmisión de enfermedades diarreicas.

Los grupos de mayor riesgo a padecer enfermedades infecciosas son: los niños pequeños, las embarazadas, los pacientes inmuno-deprimidos y los ancianos. Los niños pequeños, incluyendo a los lactantes resultan ser los más proclives a sufrir enfermedades transmitidas por los alimentos por la inmadurez de su sistema inmunológico y la protección de su flora intestinal que no es tan eficaz como en los adultos y se encuentran más expuestos a las toxinas y contaminantes que son de origen alimentario.

En el cuestionario de salud se indagó hasta por tres formas para detectar los momentos en los que la madre se lava las manos, una de ellos es relativamente más consistente que las otras dos. Así se indagó con a las madres sobre sus hábitos de higiene al preguntarles en que oportunidades necesariamente se lavan las manos. La respuesta es espontánea y de respuestas múltiples. Los momentos críticos son: antes de comer, antes de dar alimento al niño, después de usar el baño o letrina y después de cambiar pañales

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

o limpiar el potito al niño.

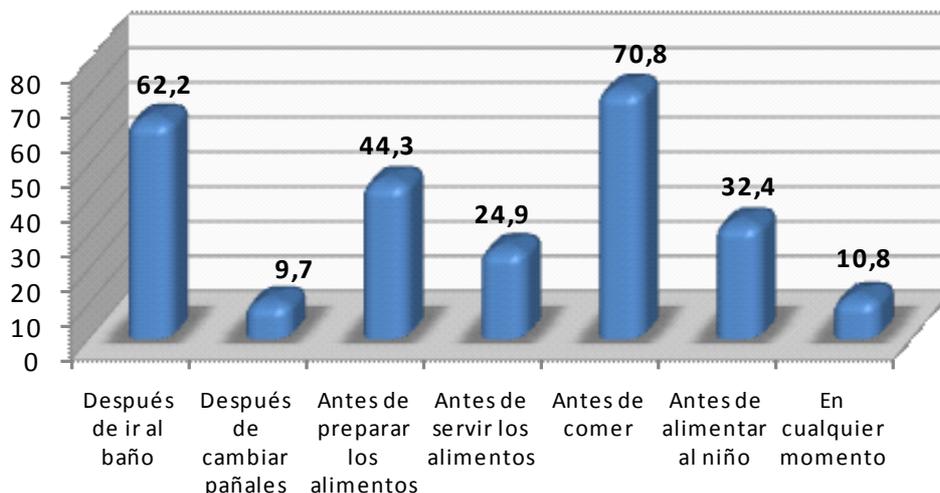
Los resultados indican que el 70.8% de las madres de niños menores de 3 años se lavan las manos “antes de comer” y otro 62.2% “después de ir al baño”, constituyendo de este modo los momentos más importantes para el lavado de manos de las madres; luego le sigue el lavado de manos “antes de preparar los alimentos” (44.3%) y en un porcentaje bastante bajo “después de cambiar pañales” (9.7%).

Por rango de edad, el orden que se establece considerando estos cuatro momentos críticos es similar; con algunas diferencias poco significativas en términos relativos. No obstante llama la atención que en niños menores de 12 meses, sólo el 17.1% de las madres se lava las manos “después de cambiar el pañal” y también los bajos porcentajes que se registran en la categoría “antes de alimentar al niño”, que evidencia una falta de cuidado en la manipulación de alimentos.

**Momentos o situaciones que necesariamente se lava las manos,
según edad**

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Después de ir al baño | 115 | 62,2 |
| | Después de cambiar pañales | 18 | 9,7 |
| | Antes de preparar los alimentos | 82 | 44,3 |
| | Antes de servir los alimentos | 46 | 24,9 |
| | Antes de comer | 131 | 70,8 |
| | Antes de alimentar al niño | 60 | 32,4 |
| | En cualquier momento | 20 | 10,8 |
| Menor de 12 meses | Después de ir al baño | 36 | 51,4 |
| | Después de cambiar pañales | 12 | 17,1 |
| | Antes de preparar los alimentos | 30 | 42,9 |
| | Antes de servir los alimentos | 22 | 31,4 |
| | Antes de comer | 42 | 60,0 |
| | Antes de alimentar al niño | 31 | 44,3 |
| | En cualquier momento | 5 | 7,1 |
| De 12 a 23 meses | Después de ir al baño | 39 | 61,9 |
| | Después de cambiar pañales | 6 | 9,5 |
| | Antes de preparar los alimentos | 29 | 46,0 |
| | Antes de servir los alimentos | 9 | 14,3 |
| | Antes de comer | 50 | 79,4 |
| | Antes de alimentar al niño | 18 | 28,6 |
| | En cualquier momento | 10 | 15,9 |
| De 24 a 35 meses | Después de ir al baño | 40 | 76,9 |
| | Antes de preparar los alimentos | 23 | 44,2 |
| | Antes de servir los alimentos | 15 | 28,8 |
| | Antes de comer | 39 | 75,0 |
| | Antes de alimentar al niño | 11 | 21,2 |
| | En cualquier momento | 5 | 9,6 |

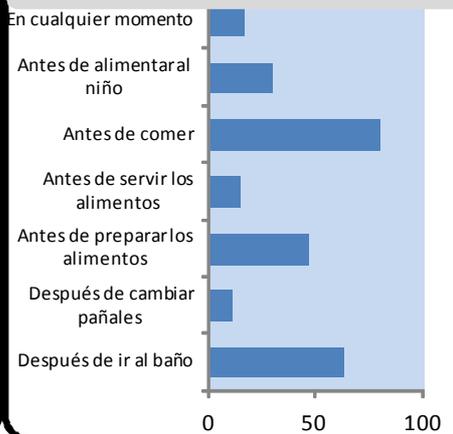
MOMENTOS O SITUACIONES QUE NECESARIAMENTE SE LAVAN LAS MANOS



LAVADO DE MANOS - MENORES DE 12



LAVADO DE MANOS - DE 12 A 23 MESES



LAVADO DE MANOS - DE 24 A 35 MESES



g) Servicios Higiénicos en el hogar

La mejora del saneamiento es un beneficio para la salud de las personas, según la Organización Mundial de la Salud, las instalaciones de saneamiento interrumpen la transmisión de gran parte de las enfermedades fecales-orales en su origen principal, al prevenir la contaminación del agua y el suelo por heces humanas. En general, el saneamiento al igual que la mejora en el abastecimiento del agua resulta eficaz en la prevención de enfermedades y particularmente se asocia más a la lucha contra las infecciones por gusanos; aunque su implementación conlleva costos más significativos para los hogares.

El uso apropiado de sistemas de eliminación higiénica de heces es más determinante para prevenir la proliferación y transmisión de las enfermedades diarreicas y reviste una importancia fundamental en los niños porque ellos son los más vulnerables a la diarrea y otras enfermedades de origen fecal-oral.



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Entre las tecnologías de servicios sanitarios o higiénicos consideradas mejoradas se reconoce a los servicios higiénicos con conexión a la red pública, los servicios higiénicos con conexión a un sistema séptico, la letrina de pozo séptico y la letrina de pozo ventilada/mejorada. Por el contrario, se considera servicios sanitarios no mejorados a los servicios sanitarios públicos y servicios sanitarios abiertos.

Las instalaciones de disposición de adecuada de excretas contemplan los criterios siguientes:

- Tiene baño conectado a red pública fuera o dentro de la vivienda
- Tiene letrina con tubo de ventilación; y
- Tiene taza/plancha con tapa; y
- No tiene mal olor; y
- No tiene heces en piso o paredes; y
- Se encuentra en un ambiente cerrado; y
- Está a más de 20m. de fuente de agua;
- Está a más de 15 m. de la vivienda.

Para determinar la utilización de servicios higiénicos adecuados, se elaboró un índice y como resultado, no se registró algún hogar que utilice los servicios higiénicos con los criterios establecidos. Considerando determinadas características de la letrina o la conexión a red pública.

Los resultados indican que tan sólo el 1.1% de los hogares cuentan con servicios higiénicos adecuados, en hogares con niños menores de 12 meses, este porcentaje se incrementa a 2.9% pero en los niños de mayor edad, no se registró ningún caso.

Porcentaje de hogares con niños menores de 36 meses con servicios higiénicos, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------------|----------|-------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Servicios Higiénicos no adecuados | 183 | 98,9 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 2 | 1,1 |
| Menor de 12 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 68 | 97,1 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 2 | 2,9 |
| De 12 a 23 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 63 | 100,0 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 0 | 0,0 |
| De 24 a 35 meses | Servicios Higiénicos no adecuados | 52 | 100,0 |
| | Servicios Higiénicos adecuados | 0 | 0,0 |





1.3 EDUCACIÓN

1.3.1 Prácticas de crianza para sus hijos

La crianza de los niños es una responsabilidad de los padres, los métodos de crianza y disciplina deben basarse en el diálogo, afecto y el establecimiento de medidas positivas para poner límites y respetar sus derechos. Sin embargo, algunos comportamientos de los niños generan reacciones de los adultos, padres, hermanos que van desde el maltrato hasta el castigo físico, constituyéndose una práctica que está muy arraigada en todas las sociedades.

Esta situación no solo se considera un abuso, sino una seria vulneración de sus derechos que debe erradicarse porque constituyen influencias negativas en el desarrollo y crecimiento de las personas.

De otro lado, privar a los niños de cuidados o muestras de cariño, igualmente son prácticas que afectan su integridad física y emocional.

En ese contexto, como parte del diagnóstico se incluyó preguntas para conocer los patrones de crianza de los niños en el ámbito del estudio.

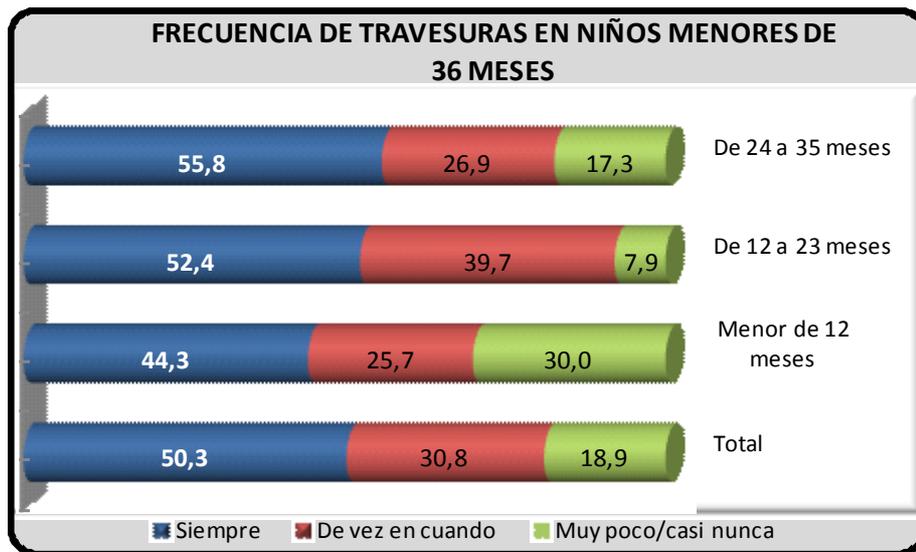
a) Frecuencia de travesuras en niños menores de 36 meses

De acuerdo a la información de la madre, el 50.3% de los niños realizan travesuras en forma frecuente, otro 30.8% de madres consideran que es de vez en cuando y el resto (18.9%) opina que es muy poco o casi nunca.

En opinión de la madre, los niños de 24 a 35 meses realizan travesuras (55.8%) con mayor frecuencia que los otros niños y como es de esperar, los niños menores de 12 meses son los que hacen menos travesuras (44.3%) y de los niños de 12 a 23 meses; más de la mitad hace travesuras "siempre" (52.4%).

Frecuencia de travesuras de niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Siempre | 93 | 50,3 |
| | De vez en cuando | 57 | 30,8 |
| | Muy poco/casi nunca | 35 | 18,9 |
| Menor de 12 meses | Siempre | 31 | 44,3 |
| | De vez en cuando | 18 | 25,7 |
| | Muy poco/casi nunca | 21 | 30,0 |
| De 12 a 23 meses | Siempre | 33 | 52,4 |
| | De vez en cuando | 25 | 39,7 |
| | Muy poco/casi nunca | 5 | 7,9 |
| De 24 a 35 meses | Siempre | 29 | 55,8 |
| | De vez en cuando | 14 | 26,9 |
| | Muy poco/casi nunca | 9 | 17,3 |



b) Forma de corregir por travesuras o por desobediencias a menores de 36 meses

Es importante conocer la forma como corrigen los padres a sus hijos cuando realizan travesuras; en ese sentido se muestra la forma de corrección de acuerdo a la frecuencia con que realizan travesuras; haciendo hincapié cuando el niño hace travesuras "siempre".

En el primer caso, cuando manifiestan que "les llaman la atención", como forma de corregir las travesuras o desobediencias de niños menores de 3 años hay 74.2% que lo realiza siempre; y el "a veces" para un 24.7%.

Al preguntar si "les gritan" a los niños, las madres señalan que lo hacen "a veces" en el 63.4% y otro 32.3% señala que "nunca".



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

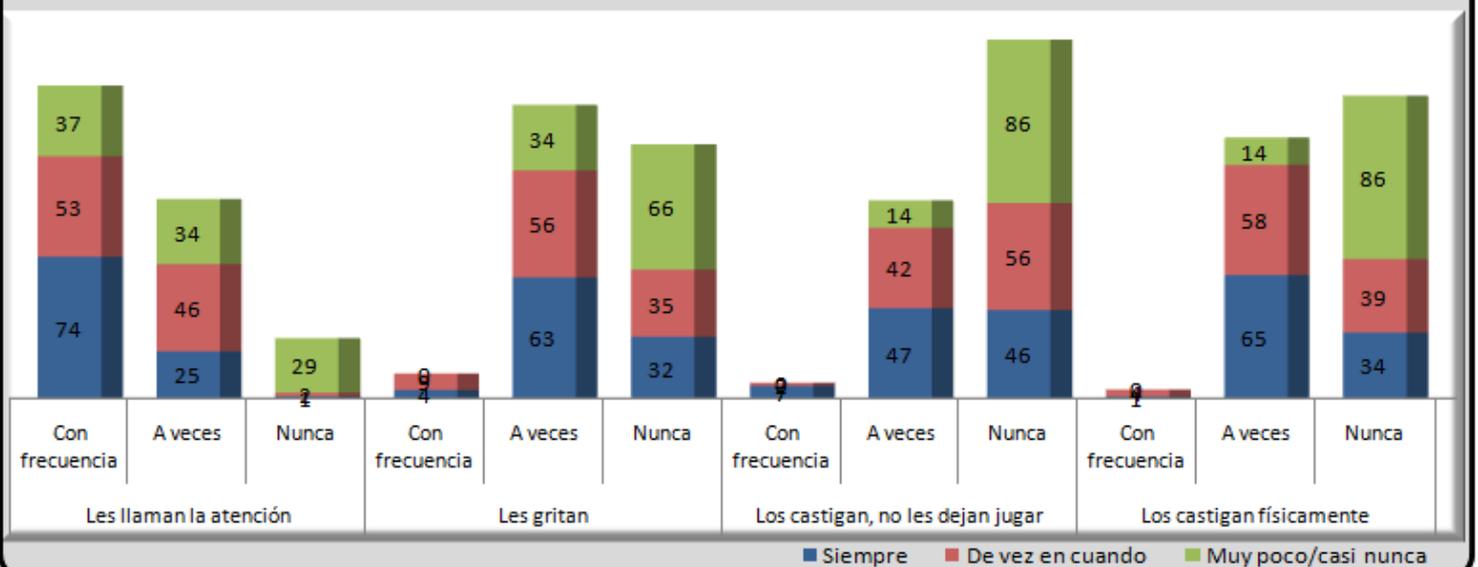
De otro lado, cuando se les pregunta si "los castigan o no les dejan jugar", 47.3% de las madres indican que lo hacen "a veces", aunque el 46.2% responde que "nunca" los corrigen de esa forma. El castigo físico es ejercido "a veces" por el 64.5% de las madres y "nunca" por el 34.4%.

Es de notar también que cuando los niños hacen muy poco travesuras o casi nunca, el registro de frecuencia o no existe o es muy bajo, inclusive cuando les tienen que llamar la atención.

Porcentaje de hogares con niños de 36 meses, por frecuencia de travesuras, según forma de corregir, según área

| | | Frecuencia de travesuras | | |
|----------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|----------------------|
| | | Siempre | De vez en cuando | Muy poco /casi nunca |
| | | % | % | % |
| Les llaman la atención | Con frecuencia | 74,2 | 52,6 | 37,1 |
| | A veces | 24,7 | 45,6 | 34,3 |
| | Nunca | 1,1 | 1,8 | 28,6 |
| Les gritan | Con frecuencia | 4,3 | 8,8 | 0 |
| | A veces | 63,4 | 56,1 | 34,3 |
| | Nunca | 32,3 | 35,1 | 65,7 |
| Los castigan, no les dejan jugar | Con frecuencia | 6,5 | 1,8 | 0 |
| | A veces | 47,3 | 42,1 | 14,3 |
| | Nunca | 46,2 | 56,1 | 85,7 |
| Los castigan físicamente | Con frecuencia | 1,1 | 3,5 | 0 |
| | A veces | 64,5 | 57,9 | 14,3 |
| | Nunca | 34,4 | 38,6 | 85,7 |

FORMAS DE CORREGIR A LOS NIÑOS POR FRECUENCIA DE TRAVESURAS





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

1.4 DESARROLLO

1.4.1 Evaluación del desarrollo del niño

Uno de los objetivos de la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor de los menores de 5 años es la prevención del déficit psicomotor. Considerando que la escasez de recursos humanos existentes no permite programar la aplicación de tests en otras edades que se consideran importantes en el desarrollo del niño, se ha elaborado esta pauta abreviada como instrumento de detección masiva, de fácil uso por personal auxiliar de enfermería, con el objetivo de capacitar a los padres que estén a cargo del niño.

Esta pauta breve de desarrollo psicomotor es la propuesta de la DIRESA Cajamarca para su inclusión en el carné de vacunaciones y contempla 5 aspectos de desarrollo para el grupo etéreo, desde el primer mes hasta el mes 9, la evaluación es mensual; luego se presenta una evaluación por grupo etéreo: de 10 a 11 meses, de 12 a 14 meses, de 15 a 17 meses, de 18 a 20 meses, de 21 a 23 meses. Luego la evaluación se realiza en los siguientes grupos etéreos: de 2 años a 2 años 5 meses, de 2 años 6 meses.

La pauta breve se basa en el test de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz del niño EEDP⁴⁵, el cual permite evaluar el nivel de desarrollo del lactante durante los primeros meses de vida, y generar así planes y programas de estimulación, prevención de privación socio afectiva y de trastornos del desarrollo.

Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes.

Área Motora: A lo largo de cada uno de los rangos de edad, se evalúan movimientos y control desde lo más básico hasta el inicio de movimientos compuestos; también se evalúa equilibrio.

Se evalúa la habilidad del menor para manejar su propio cuerpo comenzando con el reflejo de prensión, pasando por sentarse solo hasta ponerse de pie con ayuda.

Área de Coordinación: Los ítems consideran las reacciones motrices primarias y las respuestas motoras pasivas, y el desarrollo progresivo hacia las respuestas motoras activas que sustentan la base de la coordinación. Se evalúa esta destreza desde la capacidad del niño para seguir un objeto con la mirada, luego para aprehender objetos, y finalmente para lograr manipularlos ya sea como unidades simples y como combinación de objetos.

Área de Lenguaje: Se compone de un conjunto de ítems, a través de los cuales se evalúa el inicio de la función del lenguaje y la adquisición de los primeros elementos expresivos y comprensivos. Se evalúa desde las primeras verbalizaciones: da-da, hasta las primeras emisiones de palabras; junto a las reacciones a las verbalizaciones de terceros, desde el No-No hasta responder como respuesta a una orden.

Área Social: Se compone de varios ítems, a través de los cuales se evalúa la capacidad del bebé de reaccionar a la presencia de terceros, aprender mediante la imitación e iniciar patrones de interacción. Se evalúa a través de conductas como fijar la mirada en

⁴⁵ Instituto de Desarrollo Psicológico Indepsi



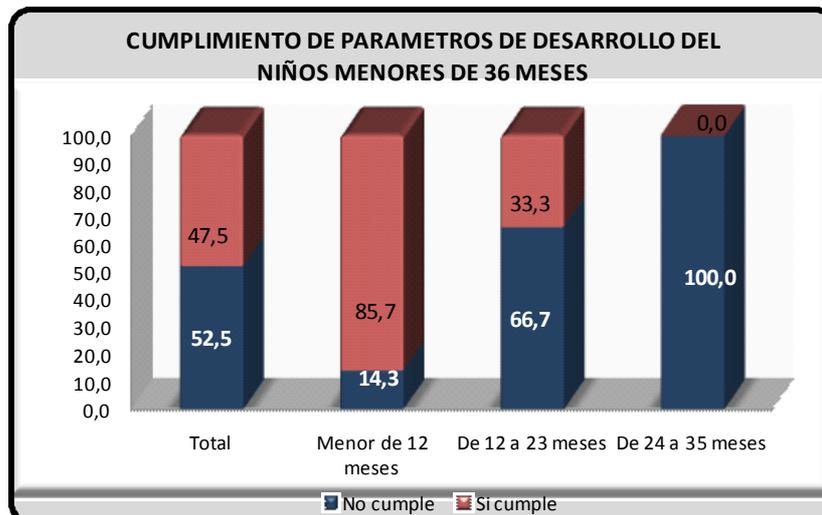
un tercero, reaccionar a la voz de quien le habla, cooperar en actividades con terceros y prestar ayuda en tareas simples.

Durante la entrevista y de acuerdo a la edad del niño al momento de la visita, se aplicó la batería de evaluación de desarrollo contemplado en la pauta breve del desarrollo psicomotriz, el cual estuvo a cargo de la antropometrista del equipo de campo, la misma que era profesional de salud y que fue capacitada para la aplicación del instrumento. Dado el tamaño de muestra, sobre todo para los niños más pequeños, se agrupó en grupos etáreos de 12 meses.

En el ámbito del proyecto de Loreto, el 47.5% de los niños menores de 36 meses cumplen con los parámetros de evaluación considerados en el test. El mayor porcentaje se presenta entre los niños menores de 12 meses, quienes cumplen los parámetros en el 85.7% de los casos. Sin embargo esta cifra disminuye entre los niños de 12 a 23 meses, en donde se aprecia que hay un 33.3% de ellos que cumplen con los parámetros de evaluación. En el caso de los niños de 24 a 35 meses, no se registra casos en que cumplan con los parámetros establecidos.

Evaluación de desarrollo: cumplimiento de parámetros, según edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|------------------------------------|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | No cumple parámetros de evaluación | 83 | 52,5 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 75 | 47,5 |
| Menor de 12 meses | No cumple parámetros de evaluación | 9 | 14,3 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 54 | 85,7 |
| De 12 a 23 meses | No cumple parámetros de evaluación | 42 | 66,7 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 21 | 33,3 |
| De 24 a 35 meses | No cumple parámetros de evaluación | 32 | 100 |
| | Cumple parámetros de evaluación | 0 | 0 |



1.4.2 Las familias adoptan muestras de cariño para con sus niños

En relación a la demostraciones de cariño más frecuentes se aprecia que el 71.9% de las madres "se preocupa por su alimentación" y el 62.2% se estimula al niño con cantos y caricias" y luego "la madre juega con el niño (42.7%) y "el padre se acerca y juega con el niño" (40.0%). No obstante, *menos del 30% de las madres le dieron importancia al cuidado de la salud.*

Porcentaje de hogares que dan muestras de cariño a sus niños, según área

| | TOTAL | |
|---|----------|------|
| | Absoluto | % |
| Se les cubre del frío | 37 | 20.0 |
| Se preocupa por su alimentación | 133 | 71,9 |
| Se cuida la higiene | 54 | 29,2 |
| Se juega, habla al niño menor de 3 años | 48 | 25,9 |
| Se estimula al niño pequeño con cantos y caricias | 115 | 62,2 |
| El padre se acerca y juega con el niño pequeño | 74 | 40.0 |
| La madre juega con el niño | 79 | 42,7 |



1.4.3 Hábitos y costumbres en el hogar

a) Toma de decisiones en el hogar

En el hogar, la toma de decisiones es ejercida por ambos cónyuges (padre y madre) en el 30.8% de los casos; no obstante en la mayoría de los hogares, el padre es el que toma las decisiones (59.5%) y en algunos casos (7.6%), las decisiones las toma la madre.

Toma de decisiones en el hogar

| | TOTAL | |
|---------------------------|----------|------|
| | Absoluto | % |
| El padre | 110 | 59,5 |
| La madre | 14 | 7,6 |
| Ambos (padre y madre) | 57 | 30,8 |
| La madre con otro miembro | 1 | 0,5 |
| Otro miembro del hogar | 3 | 1,6 |



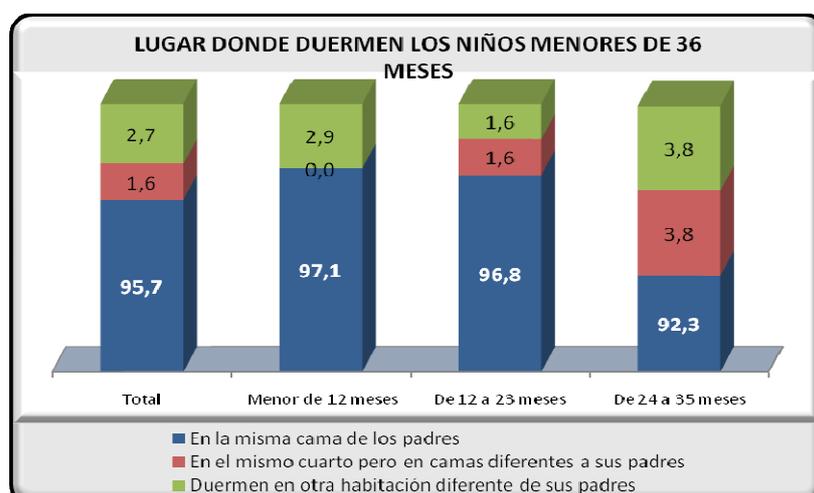
b) Lugar donde duermen los niños

En general, *en los hogares de Loreto, los niños menores de 36 meses comparten habitación y cama con sus padres (95.7%), lo cual resulta contraproducente para su salud y desarrollo.* Existen unos pocos niños que duermen en el mismo cuarto pero en camas diferentes a las de sus padres (1.6%). De otro lado, sólo hay un 2.7% de hogares que duermen en otra habitación diferente a la de sus padres que resulta lo más adecuado.

Por rangos de edad se aprecia que cuanto más pequeños son los niños, mayor es el porcentaje de hogares cuyos niños duermen en la misma cama que sus padres; así entre los niños menores de 12 meses, en el 97.1% de los hogares, sus niños duermen con los padres; entre los niños de 12 a 23 meses, si bien se presenta similar porcentaje de niños que duermen con sus padres, hay un 1.6% de hogares cuyos niños duermen en camas separadas. En cambio entre los niños de 24 a 35 meses, se presenta un 3.8% de hogares cuyos niños duermen en el mismo cuarto pero en camas diferentes y otro porcentaje igual, en los que los niños duermen en otra habitación diferente de sus padres.

Lugar donde duermen los niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | En la misma cama de los padres | 177 | 95,7 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 3 | 1,6 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 5 | 2,7 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |
| Menor de 12 meses | En la misma cama de los padres | 68 | 97,1 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 0 | 0,0 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 2 | 2,9 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |
| De 12 a 23 meses | En la misma cama de los padres | 61 | 96,8 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 1 | 1,6 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 1 | 1,6 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |
| De 24 a 35 meses | En la misma cama de los padres | 48 | 92,3 |
| | En el mismo cuarto pero en camas diferentes a sus padres | 2 | 3,8 |
| | Duermen en otra habitación diferente de sus padres | 2 | 3,8 |
| | Sólo tienen una habitación | 0 | 0,0 |

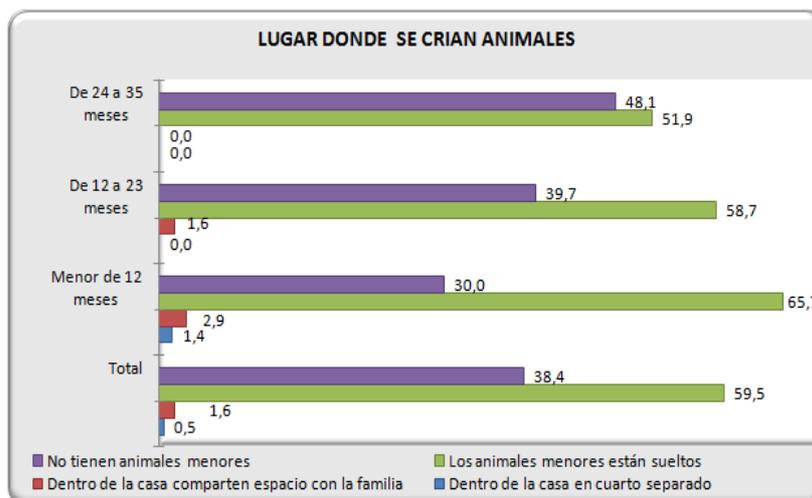


c) Lugar donde crían a los animales

Al menos 3 de cada 5 hogares de Loreto crían animales; sin embargo es importante señalar que en el 59.5% de los hogares tienen a sus animales menores sueltos, un 1.6% de los hogares los tiene dentro de la casa y comparte espacio con ellos y tan sólo el 0.5% de los hogares, están dentro de la casa en cuarto separado, lo cual constituye un foco de infección para la salud de la familia y en particular de los niños menores de 3 años. Esta situación se presenta más crítica entre los niños más pequeños dado que casi 2 de cada 3 hogares tienen los animales sueltos.

Lugar donde se cria animales de hogares con niños menores de 36 meses, según rango de edad

| | | TOTAL | |
|-------------------|--|----------|------|
| | | Absoluto | % |
| Total | Dentro de la casa en cuarto separado | 1 | 0,5 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 3 | 1,6 |
| | Los animales menores están sueltos | 110 | 59,5 |
| | No tienen animales menores | 71 | 38,4 |
| Menor de 12 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 1 | 1,4 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 2 | 2,9 |
| | Los animales menores están sueltos | 46 | 65,7 |
| | No tienen animales menores | 21 | 30 |
| De 12 a 23 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 0 | 0 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 1 | 1,6 |
| | Los animales menores están sueltos | 37 | 58,7 |
| | No tienen animales menores | 25 | 39,7 |
| De 24 a 35 meses | Dentro de la casa en cuarto separado | 0 | 0 |
| | Dentro de la casa comparten espacio con la familia | 0 | 0 |
| | Los animales menores están sueltos | 27 | 51,9 |
| | No tienen animales menores | 25 | 48,1 |





1.5 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En base a estos resultados resulta importante conocer algunas características de los miembros de este hogar y del Jefe del hogar.

1.5.1 Características de los miembros del hogar

a) Promedio de Miembros del hogar

Así en el ámbito de estudio de Loreto, el promedio de miembros de hogar es de 6.1, número bastante considerable teniendo en cuenta que el promedio nacional es de 4.2 miembros por hogar, que está sustentado porque el 53.5% de los hogares tiene entre 5 y 7 miembros; un 22.2% de los hogares tienen 8 y más miembros; mientras que el 23.8% tiene de 3 a 4 miembros.

Número de miembros del hogar

| | Absoluto | % |
|-----------------------------------|----------|------------|
| Total | 185 | 100,0 |
| Hasta 2 miembros | 1 | 0,5 |
| De 3 a 4 miembros | 44 | 23,8 |
| De 5 a 7 miembros | 99 | 53,5 |
| De 8 y más miembros | 41 | 22,2 |
| <i>Promedio miembros de hogar</i> | | <i>6,1</i> |

b) Número de miembros del hogar que trabajan

Si bien existe un promedio de 6.1 miembros por hogar, el promedio de miembros de hogar de 6 y más años que trabaja es de 2.5 en el ámbito de estudio de Loreto.

En el 32.6% de los hogares, sólo un miembro del hogar trabaja; en otro 27.7% de los hogares, hay 2 miembros del hogar que trabajan; en proporción menor existe un 19.6% de hogares que tienen 3 miembros de hogar trabajando; en tanto que en el 20.1% de los hogares tienen que trabajar 4 y más miembros de hogar.

Número de miembros del hogar que trabajan

| | Absoluto | % |
|--|----------|------------|
| Total | 184 | 100,0 |
| 1miembro | 60 | 32,6 |
| 2 miembros | 51 | 27,7 |
| 3 miembros | 36 | 19,6 |
| 4 y más miembros | 37 | 20,1 |
| <i>Promedio miembros de hogar trabajan</i> | | <i>2,5</i> |

1.5.2 Características socioeconómicas del hogar⁴⁶

En el área de estudio el gasto promedio mensual del hogar es de S/.490.51. La cuarta parte de los hogares tiene un gasto mensual de 250 soles, un 39.5% gasta entre 250 y menos de 500 nuevos soles; mientras que el resto (35.1%) tiene un gasto superior a 500 nuevos soles mensuales.

a) Gastos del hogar en alimentos

| | Absoluto | % |
|---------------------------|----------|---------------|
| Total | 185 | 100,0 |
| Menor de 250 nuevos soles | 47 | 25,4 |
| De 250 a 499 nuevos soles | 73 | 39,5 |
| De 500 nuevos soles a más | 65 | 35,1 |
| Promedio | | 490.51 |

El gasto promedio mensual per cápita es de 89 nuevos soles, si consideramos el valor de la canasta básica de alimentos calculada para el 2010 en selva rural con un valor de 127 nuevos soles, se establece que el 80.5% de los hogares del área de estudio se encuentran en condición de pobreza extrema; es decir no puede cubrir los gastos de una canasta de alimentos.

b) Condición de pobreza extrema

| | Absoluto | % |
|------------------|----------|-------|
| Total | 185 | 100.0 |
| No pobre extremo | 36 | 19,5 |
| Pobre extremo | 149 | 80,5 |



⁴⁶ Se aplicó un método de estimación que se realiza a partir de los gastos de alimentos del hogar. La estimación de la canasta básica es más compleja, por lo que no se ha considerado en los resultados del estudio.



1.5.3 Características del Jefe de Hogar: Sexo, nivel educativo y condición laboral

Resulta importante conocer algunas características del Jefe del hogar en relación al sexo, nivel educativo y condición laboral.

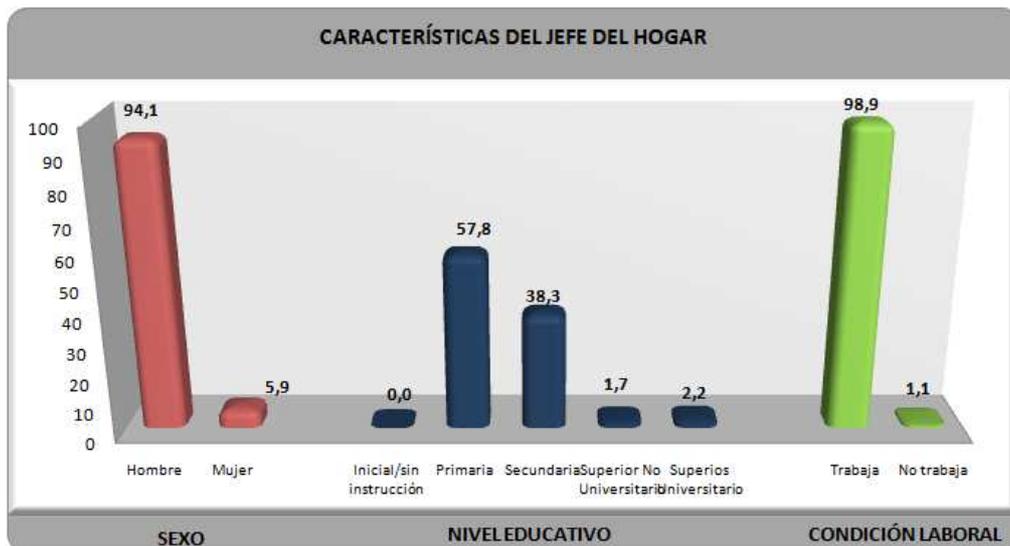
Así, el 94.1% de los jefes de hogar del ámbito de estudio de Loreto son de sexo masculino y tan sólo el 5.9% es de sexo femenino.

Con relación al nivel educativo más alto alcanzado, el 57.8% de ellos cursó algún año o grado de educación primaria, otro 38.3% tiene educación secundaria; mientras que menos del 5% han tenido algún tipo de educación superior: 1.7 no universitario y 2.2% universitario.

Respecto a la condición laboral, la casi totalidad de los jefes de hogar se encuentran trabajando (98.9%), ya sea que tiene un trabajo fijo, o cuenta con un negocio o en última instancia, ayuda a alguien en el trabajo.

Características del jefe del hogar

| | Absoluto | % |
|---------------------------|----------|-------|
| Total | 185 | 100,0 |
| Sexo | | |
| Hombre | 174 | 94,1 |
| Mujer | 11 | 5,9 |
| Nivel Educativo | | |
| Inicial/sin instrucción | 0 | 0,0 |
| Primaria | 104 | 57,8 |
| Secundaria | 69 | 38,3 |
| Superior No Universitario | 3 | 1,7 |
| Superior Universitario | 4 | 2,2 |
| Condición Laboral | | |
| Trabaja | 183 | 98,9 |
| No trabaja | 2 | 1,1 |



**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**RESUMEN: MATRIZ DE INDICADORES**

| AREA | INDICADOR | ÁREA DE ESTUDIO |
|---|---|---|
| Morbilidad | Proporción de niños menores de 36 meses con IRA (últimas dos semanas) | 26.5 |
| | Proporción de menores de 36 meses con EDA (últimas dos semanas) | 48.1 |
| | Proporción de menores de 36 meses con parasitosis | 34.1 |
| Nutrición | Proporción de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica (OMS) | 21.6 |
| | Proporción de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica (NCHS) | 16.8 |
| | Proporción de menores de 36 meses con anemia | 70.9 |
| | Anemia leve | 58.3 |
| | Anemia moderada | 11.9 |
| | Anemia severa | 0.7 |
| | Porcentaje de niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva | 81.8 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro | 21.6 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que consumieron suplemento de hierro | 19.5 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que recibieron vitamina A | 49.7 |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses que consumieron vitamina A | 49.2 |
| | Porcentaje de niños de 6 a 36 meses que consumen proteína animal | 90.7 |
| | Acceso a Servicios: Salud | Talla del niño menor a 45 cms al momento de su nacimiento |
| Peso del niño menor a 2.5 kgs. al momento de su nacimiento | | 87.4 |
| Proporción de niños menores de 36 meses que completaron sus controles CRED | | 6.2 |
| Porcentaje de niños menores de 36 meses con vacunación completa, según calendario de vacunaciones | | 26.1 |
| Salubridad e higiene | Porcentaje de familias con cocinas mejoradas funcionando | 0 |
| | Porcentaje de familias que cuentan con un lugar para guardar/almacenar los alimentos. | 47.6 |
| | Porcentaje de familias cuya fuente de abastecimiento de agua para beber por red pública | 11.9 |
| | Porcentaje de familias que realizan almacenamiento adecuado de agua para beber | 97.3 |
| | Porcentaje de familias que realizan tratamiento al agua que utilizan para beber | 74.6 |

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**RESUMEN: MATRIZ DE INDICADORES**

| AREA | INDICADOR | ÁREA DE ESTUDIO |
|---------------------------------------|--|-----------------|
| | Porcentaje de madres que lavan sus manos en cuatro momentos críticos: | |
| | Antes de comer | 70.8 |
| | Antes de alimentar al niño | 32.4 |
| | Después de ir al baño | 62.2 |
| | Después de cambiar pañales | 9.7 |
| | Porcentaje de familias que utilizan SSHH adecuado | 1.1 |
| Prácticas de crianza | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les llaman la atención (Con frecuencia) | 37.1 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les llaman la atención (A veces) | 34.3 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les gritan (A veces). | 3.4 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan o nos los dejan jugar (A veces). | 14.3 |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan físicamente (A veces) | 14.3 |
| Muestras de afecto | Evaluación de desarrollo: cumple con parámetros | 47.5 |
| | Porcentaje de familias que protegen y cubren del frío a los niños. | 20 |
| | Porcentaje de familias que se preocupan por la alimentación del niño | 71.9 |
| | Porcentaje de familias que cuidan la higiene del niño. | 29.2 |
| | Porcentaje de familias que juega, habla al niño menor de 3 años | 25.9 |
| | Porcentaje de familias que estimula al niño pequeño con cantos y caricias | 62.2 |
| | Porcentaje de familias, donde el padre se acerca y juega con el niño pequeño | 40 |
| | Porcentaje de familias donde la madre juega con el niño. | 42.7 |
| Hábitos y costumbres del hogar | Porcentaje de familias donde ambos (padre y madre) toman las decisiones | 30.8 |
| | Porcentaje de familias en que el niño tiene diferente habitación a la de sus padres. | 2.7 |
| | Porcentaje de familias que tienen un ambiente destinado para la crianza de sus animales | 0.5 |
| | Porcentaje de familias que no crían animales | 38.4 |



2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL OBJETIVO 2: CAPACIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE LOS GOBIERNOS LOCALES

La investigación se realizó en dos distritos de la región Loreto: Nauta y Parinari. A continuación presentamos la situación de los gobiernos locales del distrito de Nauta y de la ciudad de Santa Rita de Castilla, capital del distrito de Parinari, según información recogida en la visita de campo realizada. Dicha información consiste en: el análisis FODA de la situación actual, el organigrama de las ciudades visitadas, las recomendaciones para mejorar la situación actual y el presupuesto, donde se exhiben datos del gobierno regional de Loreto y en específico se muestra el gasto ejecutado en el período 2005-2010, que indica la tendencia en la ejecución presupuestal destinado a la infancia y a la adolescencia. En el caso de esta región es la primera intervención que se realizará con el modelo desarrollado en Ayacucho y Huancavelica, la fortaleza de la misma será que se llega a la zona con la experiencia y lecciones aprendidas por parte de los equipos de Funcionarios y Técnicos que permitirán un proceso más adecuado de llegada a las comunidades y de involucramiento a las autoridades en los diferentes niveles como: Financiamiento, Gestión, Monitoreo y Evaluación entre otros.

2.1. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL A FAVOR DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA REGIÓN LORETO

En el período 2005-2010, se aprecia que el gasto total ejecutado a favor de la infancia y la adolescencia en la región Loreto se ha incrementado de un modo conservador, 3.5%.

Gasto total ejecutado a favor de la Infancia y adolescencia en la Región Loreto 2005-2010 (En millones de Nuevos soles)

| Año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 P/ |
|-------------|------|-------|------|-------|-------|---------|
| Gasto total | N/D | 273.9 | 285 | 293.9 | 298.7 | 314.9 |
| Variac (%) | | | 4% | 3% | 2% | 5% |

Fuente: Sectores y Gobiernos Regionales MEF/SIAF

La baja participación de los gastos a favor de la primera infancia y adolescencia nos indica que se tendrá que realizar esfuerzos importantes con las autoridades de las mismas para poder involucrarlos en proyectos de atención a la primera infancia en su región.

a) El Distrito de Nauta

Es la capital de la provincia de Loreto, de acuerdo al censo del 2007, su población es de **28,681 habitantes** de la cual 16,230 (56.6%) es rural y 12,451 (43.4%) es urbana. Por peso poblacional podemos deducir que Nauta es un distrito eminentemente rural. De acuerdo al más reciente estudio sobre pobreza a nivel provincial y distrital del INEI, sobre



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

la base de los datos censales del 2007, en Nauta el total de población en estado de pobreza es de 61,2% y en pobreza extrema, el 23,8%. Del total de niños y niñas de 1 a 4 años de edad en Loreto, el 8% vive en condiciones de pobreza.

De acuerdo a datos del Ministerio de Economía y Finanzas, el presupuesto con que cuenta el Municipio provincial de Nauta, para el año 2011, es de 10,795,173 Nuevos Soles, de los cuales, 809,111 provienen de recursos ordinarios; 282,791 directamente recaudados y 9,703,271 de recursos determinados. Podemos observar que siendo una importante ciudad intermedia, Nauta cuenta con una alta tasa de ruralidad, significativos índices de pobreza y pobreza extrema y un presupuesto municipal relativamente pequeño para el escenario social en el que opera.

En el Plan de Incentivos (PI) que desarrolla el MEF y que tiene como objetivo “Cumplir con las metas que busquen lograr la autosostenibilidad financiera, la reducción de la desnutrición crónica infantil, la mejora de los servicios públicos, de la infraestructura y la simplificación de trámites en los Municipios” aquellos municipios que cumplan con las metas recibirán transferencias de recursos adicionales para continuar desarrollando su gestión; en caso de Nauta se adjunta el cuadro referido a cumplimientos de metas por áreas programáticas en el cual se puede notar el cumplimiento de algunas metas en especial en las referidas a Recaudación de impuestos y Generación del condiciones favorables del clima de negocios.

Cumplimiento de las metas del programa de modernización municipal (PMM) - 2011 Ciudades con más de 500 Viviendas Urbanas

| DISTRITO | ÁREA PROGRAMÁTICA: RECAUDACIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES | | | | | ÁREA PROGRAMÁTICA: GENERACIÓN DE CONDICIONES FAVORABLES DEL CLIMA DE NEGOCIOS | | | ÁREA PROGRAMÁTICA: GENERACIÓN DE CONDICIONES |
|----------|---|---|--|---|--|---|---|--|--|
| | Nauta | Meta: Presentar al MEF la información completa señalada en el Formato N° 1. | Meta: Contar con un portal electrónico | Meta: Incorporar el hipervínculo "Tributos Municipales" en el portal electrónico de la municipalidad. | Meta: Publicar en el hipervínculo "Tributos Municipales" del portal electrónico de la municipalidad la información señalada en el Instructivo. | Meta: Contar con un registro sistematizado de la información tributaria de acuerdo al formato determinado por el MEF. | Meta: Presentar al MEF la información completa señalada en el Formato N° 2. | Meta: Incorporar el hipervínculo "Licencias de Funcionamiento" en el portal electrónico de la municipalidad. | Meta: Publicar en el hipervínculo "Licencias de Funcionamiento" del portal electrónico de la municipalidad la información señalada en el Instructivo |
| | NO CUMPLIO | CUMPLIÓ | CUMPLIÓ | NO CUMPLIÓ | NO CUMPLIÓ | NO CUMPLIÓ | CUMPLIÓ | NO CUMPLIÓ | NO CUMPLIÓ |

Fuente: MEF

b) El Distrito de Parinari

Parinari tiene una población total de **7,292 habitantes** según datos censales de 2007. La población rural es de 5,529 (75.8%) y la urbana de 1,763 (24.2%). Aquí la tasa de ruralidad es significativamente más alta que Nauta. En cuanto a los indicadores de pobreza, según el INEI, la población en estado de pobreza de Parinari es de 69,2% y en extrema pobreza, de 36,4%. El presupuesto que maneja el municipio de esta localidad, para el 2011, es de 2, 963,737 Nuevos Soles, de los cuales 188,520 derivan de recursos ordinarios y el restante 2, 775,217 de recursos determinados.

El análisis se desarrollará para cada uno de los distritos y mostrará los hallazgos encontrados en los componentes del presupuesto regional ejecutado para el período





2005-2010 en favor de la niñez y adolescencia; la composición orgánica de las instituciones tanto provincial como distrital, estructura de la inversión y el análisis FODA que permita dar luces sobre la situación actual de los municipios, todo lo cual permitirá dar las recomendaciones que es el objetivo del presente trabajo.

En el Plan de Incentivos (PI) que desarrolla el MEF se puede afirmar que el distrito de Parinari ha cumplido con el 100% de las metas propuestas por cada una de las áreas programáticas desarrolladas, demostrando capacidad de adecuada gestión municipal.

Cumplimiento de las metas del programa de modernización municipal (PMM) - 2011 Ciudades con menos de 500 Viviendas Urbanas

| DISTRITO | ÁREA PROGRAMÁTICA: RECAUDACIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES | ÁREA PROGRAMÁTICA: GENERACIÓN DE CONDICIONES FAVORABLES DEL CLIMA DE NEGOCIOS, SERVICIOS PÚBLICOS E INFRAESTRUCTURA | |
|----------|---|--|--|
| Parinari | Meta: Presentar al MEF la información completa señalada en el Formato N° 1. | Meta: Identificación de zonas de vulnerabilidad y riesgo de desastre. | Meta: Programar recursos para el presupuesto del año fiscal 2012 en al menos uno de los siguientes programas presupuestarios estratégicos. |
| | cumplió | cumplió | cumplió |

Fuente: MEF

Presupuesto Institucional de Apertura, distritos de Nauta y Parinari

En el siguiente cuadro, se puede observar que el distrito de Nauta cuenta con una disponibilidad presupuestal de 821,111 nuevos soles para el rubro de Asistencia Social y que le pueden permitir destinar parte del mismo para programas destinados a la primera infancia; en el caso de Parinari la cantidad es de 604,168 nuevos soles.

PIA 2011 LORETO

| Nauta | Soles | % | Parinari | Soles | % |
|-------------------|------------|-------|-------------------|-----------|-------|
| Asistencia Social | 821,111 | 7.6 | Asistencia Social | 604,168 | 20.4 |
| Educación básica | 0 | 0.0 | Educación básica | 54,607 | 1.8 |
| Saneamiento | 2,848,615 | 26.4 | Saneamiento | 530,179 | 17.9 |
| Salud Individual | 41,436 | 0.4 | Salud Individual | 240,000 | 8.1 |
| Otros | 7,084,011 | 65.6 | Otros | 1,534,783 | 51.8 |
| Total | 10,795,173 | 100.0 | Total | 2,963,737 | 100.0 |

Fuente: MEF- Consulta Amigable

Si bien existen los recursos, aún no hay técnicos preparados para elaborar proyectos bajo el SNIP y de ese modo, utilizar las partidas para la atención a la primera infancia. Como es sabido todo gasto público tanto en bienes como en servicios deben de responder presupuestalmente en su ejecución a un concurso público o de méritos y por lo tanto a una elaboración de proyectos bajo el sistema SNIP, de allí la importancia de la formación y capacitación de personal técnico adecuado que permitan una aplicación adecuada en proyectos de atención a la primera infancia.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Analizando los presupuestos (PIA) de ambos distritos se encuentran diferencia significativa, el de Nauta es 3.6 veces más que el de Parinari y lo destinado a Servicios de Saneamiento principalmente es 5.4 veces mayor esto encuentra explicación en que Nauta es la capital de la provincia de Loreto con mayor población, más centros poblados y mayor territorio. Lo relacionado a Educación básica y Salud individual el municipio de Nauta lo ha delegado a los sectores respectivos del MINSA y MINEDU.

En su presupuesto para el año 2011 el Gobierno Regional de Loreto muestra una partida total de S/.19,020,533 nuevos soles destinados al "Programa Articulado Nutricional", cuyo detalle se puede apreciar en los anexos; entre las principales actividades a desarrollar se encuentran:

- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.
- Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes.
- Reducir la incidencia del bajo peso al nacer.

El sector Salud también cuenta con partidas (que se muestran en los anexos) destinadas a las actividades de primera infancia como:

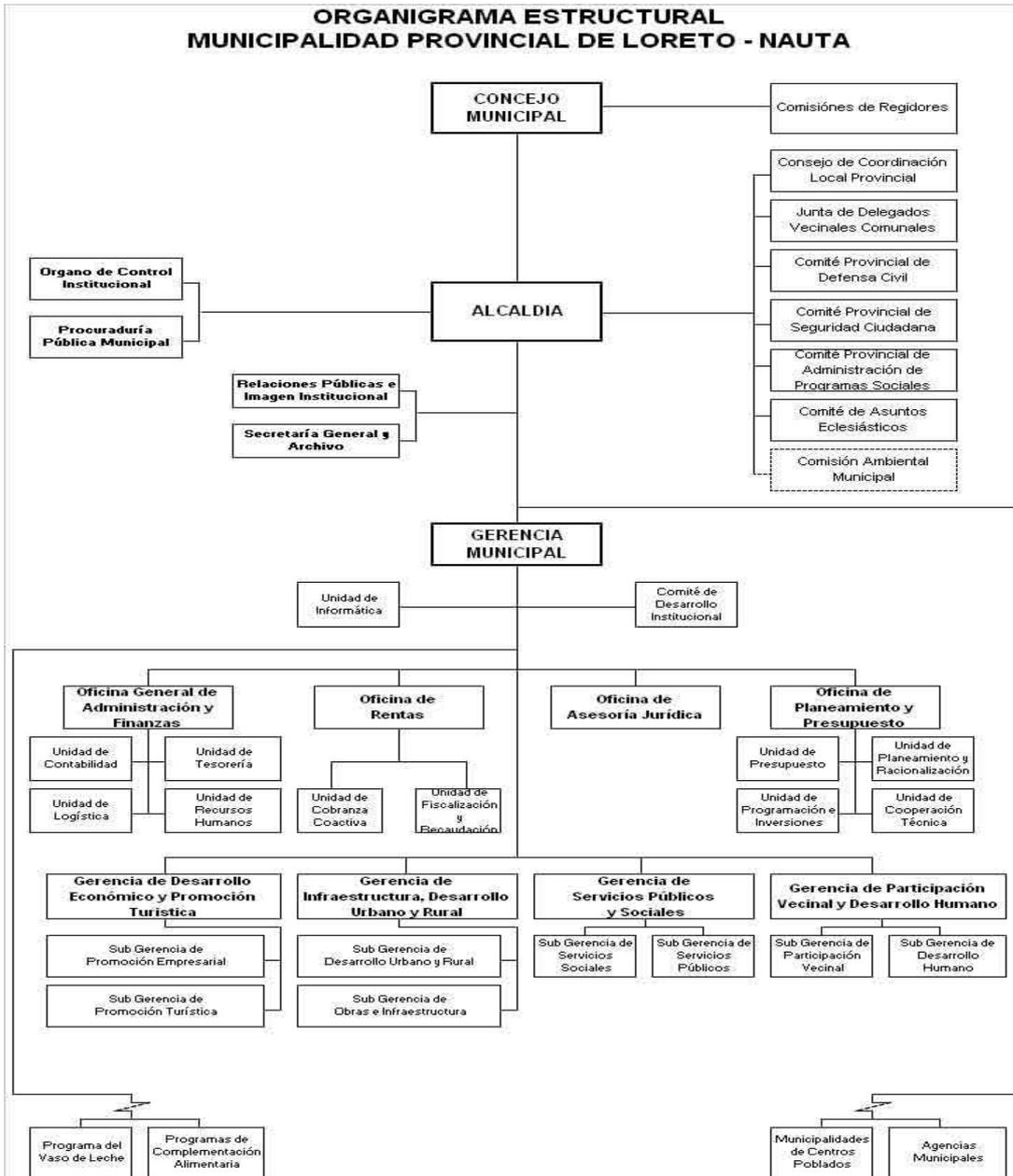
- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.
- Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal.
- Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otros.
- Reducción de la incidencia del bajo peso al nacer.

Los recursos están asignados es importante que los directivos de la región apliquen adecuadamente los mismos.

Como se ha indicado en líneas anteriores la principal dificultad que enfrentan estos distritos para el empleo adecuado de sus recursos financieros es la carencia de personal técnico calificado que les permita elaborar perfiles de proyectos cumpliendo la normatividad establecida por el MEF, que es la institución que exige una metodología (SNIP) en la elaboración de proyectos para la obtención de su viabilidad. Las autoridades municipales se han percatado de esta falencia y están en búsqueda del personal adecuado que les permita tanto la elaboración de dichos instrumentos así como de la capacitación de su personal; respecto al monitoreo de las aplicaciones de los recursos este está centralizado en la Gerencia Municipal y su equipo de apoyo.

2.2 ORGANIGRAMA

El desarrollo de la estructura orgánica se realizará por cada institución puesto que hay una gran diferencia entre ellas, una (Nauta) es capital de provincia con un presupuesto inicial de apertura (PIA) que es 3.6 veces mayor que el de Parinari, siendo además éste un distrito netamente rural (75.8% de su población). Lo mismo sucederá con los niveles de articulación en sus respectivos estratos, sub gerencias y departamentos.



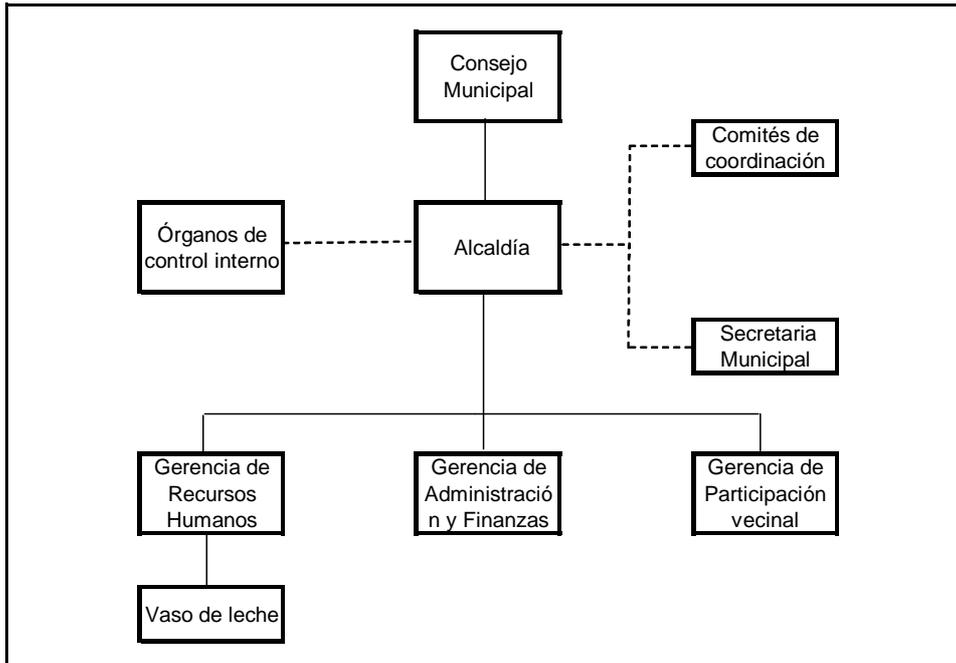
En el organigrama de Nauta muestra un significativo número de niveles jerárquicos como órganos de apoyo, de asesoría, oficinas generales, gerencias y sub gerencias, se puede observar el “Comité provincial de administración de programas sociales” como órgano de asesoría/apoyo el cual presenta como “sugerencia” la aplicación de los recursos para los programas sociales pero es en definitiva la asignación de los presupuestos a los programas sociales lo realizan el alcalde con la gerencia municipal, tal es así que en la estructura orgánica se especifica directamente que los principales programa sociales con que cuenta la municipalidad: Vaso de leche y Complementación Alimentaria dependen orgánicamente en forma directa de la Gerencia Municipal.

En la estructura organizativa que presenta el distrito de Nauta se establece la presencia de una sub gerencia de Servicios Sociales con una disponibilidad de tres personas asignado sin la capacitación y experiencia para temas de atención a la primera infancia,

cuenta con un jefe que es administrador de empresa y tiene como función principal aplicar las decisiones tomadas por la gerencia municipal; el Programa de Vaso de Leche es administrado directamente por la Gerencia municipal consideramos que es una decisión política de las actuales autoridades. La articulación entre las sub gerencias es de carácter administrativa principalmente.

La población beneficiaria empadronada para el vaso de leche en la región Loreto es de 212,059 de las cuales 118,625 (55.9%) corresponden a niños y niñas de 0 a 6 años.

Organigrama PARINARI



En la estructura organizativa de Parinari es la gerencia de recursos humanos la que se encarga de los temas de atención a la familia y primera infancia, no cuenta con el personal calificado lo que demuestra el bajo nivel de importancia que le asigna las actuales autoridades teniendo una gran cantidad de población rural distribuidas en 28 comunidades nativas ubicadas muy distantes de la capital. El personal asignado en esta gerencia es de tres personas a las que se le califican como técnicos pero no especializados en temas de atención a programas de primera infancia. La aplicación de programas de atención a primera infancia debe de dar una atención principal al componente de logística y distribución y llegada por la distancia en que se ubican los diferentes poblados que conforman dicho distrito.

La articulación entre las gerencias es débil, pues se ejecuta los acuerdos tomados por el alcalde y su equipo edilicio.

La Municipalidad ha establecido una oficina en la ciudad de Iquitos que tiene como función principal ser una oficina de coordinación por la cantidad y variedad de gestiones que debe de realizar el municipio ante las diferentes autoridades en especial de Gobierno Regional y de las Instituciones Públicas del Gobierno Central como: MIMDES y sus organismos descentralizados, MINEDU, MINSA, ONGs entre otras; la distancia a la ciudad de Santa Rita de Castilla es de 12 horas por río y la salida del transporte fluvial no es con regularidad.

2.3 ANÁLISIS FODA

El análisis FODA que presentamos nos permitirá identificar los factores positivos o negativos que están bajo el control de la organización (fortalezas y debilidades) y aquellos factores que están fuera del ámbito de la organización pero que impactan en la organización de modo directo (oportunidades y amenazas). Dichos factores deben identificarse claramente, de modo que la organización se oriente a fortalecer los aspectos favorables y mitigue aquellos que son desfavorables. Frente a un entorno económico, político y social que se caracteriza por su dinamismo, la institución deberá revisar de modo periódico sus fortalezas y debilidades a fin de cumplir con los objetivos organizacionales trazados en su planeamiento estratégico.

FODA DISTRITO DE NAUTA

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Algunas organizaciones como UNICEF, Cooperación Española con intervención en la zona en aspectos puntuales.• Capacidad de convocatoria de la institución municipal.• Equipo técnico motivado para capacitarse en temas de infancia.• Eventual disponibilidad de recursos en el Presupuesto que pueden ser asignados a programas para la primera infancia. | <ul style="list-style-type: none">• Carencia de programas destinados a la primera infancia.• Poca experiencia en ejecución y gestión de planes y Programas de atención a la primera infancia.• Énfasis en programas ya establecidos como el “vaso de leche” y “Complemento nutricional” con personal escasamente capacitado.• Débil oferta de servicios básicos municipales hacia la comunidad.• Dispersión geográfica de centros poblados impide cobertura de atención. |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none">• Valoración y reconocimiento inicial de las nuevas autoridades al programa explicado de atención a la primera infancia.• Aliados potenciales para desarrollar programas de atención a primera infancia: UNICEF, ONG KOICA, AECI, MINSA, Gobierno Municipal y Gobierno Regional.• Madres de familia (líderes) con interés de ser capacitadas y de participar en el programa.• Población demanda programas de atención a primera infancia.• Hogares con niños de primera edad desnutridos. | <ul style="list-style-type: none">• Continuación de la no priorización de los programas a la primera infancia.• Deficiente infraestructura vial que limita la atención a los beneficiarios de primera infancia.• Actuales políticas públicas que no permiten destinar recursos para proyectos a la primera infancia.• Bajo nivel educativo de las madres/padres de familia |



FODA DISTRITO DE PARINARI

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de convocatoria de la municipal distrital. • Equipo técnico motivado para capacitarse en temas de infancia. • Experiencia adquirida de proyectos anteriores sobre primera infancia. • Disponibilidad de recursos en el Presupuesto que pueden ser asignados a programas para la primera infancia. | <p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de promotores y escasa presencia de profesionales en la zona. • Autoridades sin planes inmediatos de atención a la primera infancia. • Ubicación distante de las comunidades. • Escasa presencia y participación de las Organizaciones de Base y Comités de Desarrollo Local. • Inexistencia del Comité de Desarrollo Distrital como instancia de Gestión de Desarrollo que trabaja de modo concertada. • Aun no se ha institucionalizado la Mesa de Concertación, el Consejo de Coordinación Distrital. Además aun no se cuenta con un Plan de Desarrollo Concertado Distrital. • Limitada cobertura en los servicios de salud con el trabajo de los promotores y los servicios de los puestos de Salud. • El programa del “vaso de leche” no cuenta con personal especializado en los temas de primera infancia. • Desconocimiento de funciones dirigenciales por algunas de las autoridades (reciente toma de mando). • Mínima participación de las mujeres y jóvenes en el desarrollo distrital y local. • Desintegración de las organizaciones de la sociedad civil y la Mesa de Concertación. • Alta tasa de analfabetismo en las mujeres. • Los servicios de salud son insuficientes y con carencias en su infraestructura como materiales y equipos básicos. • Continua migración de la población, sobre todo de la juventud por diferentes motivos. |
| <p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altas probabilidades de instalarse pues la zona es de extrema pobreza, descentralizada y poca presencia de asistencia a la primera infancia. • Madres de familia (líderes) con interés de participar en el programa. • Autoridades muestran interés en apoyar proyectos de atención a la primera infancia. • Padres de familia demandan capacitación en primera infancia. • Porcentaje elevado de hogares con niños de primera infancia desnutridos y descuidados. | <p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carencia de servicios básicos. • Deficiente infraestructura vial a los centros de pruebas y chequeos. • Bajo nivel educativo de la población beneficiaria. • Elevados precios en los productos de primera necesidad |



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

En la capital de Parinari se da la presencia de la iglesia a través de sacerdotes de la orden de los Padres Agustinos y de Las Hermanas Misioneras del Sagrado Corazón de Jesús los que desarrollan actividades en apoyo tanto a la población de Santa Rita como a las comunidades nativas, apoyo en: dictados de cursos, visitas periódicas a las comunidades cristianas, en el establecimiento de botiquines comunales, apoyo a sus organizaciones, atención en salud a las comunidades, en educación religiosa y atención jurídica entre otros. La labor de esta orden religiosa es reconocida y apreciada tanto por la población como por las autoridades del distrito.

2.4 ANÁLISIS

Ambos municipios muestran limitados recursos “liberados” para atender a proyectos nuevos y diferentes a los que ellos han venido implementando adicionalmente los recursos humanos capacitados son escasos y una estructura organizativa en donde casi no se consulta las decisiones a tomar desde los niveles de ejecución; creemos que con estas limitaciones se encontrará todo nuevo proyecto que se quiera desarrollar en la zona.

El ámbito de ejecución del modelo es en comunidades nativas (rurales) y se ubican río arriba y río abajo de los principales centros poblados o capitales lo que presenta una limitación en recursos de parte de dichos municipios y poca identificación para atender las demandas en atención a la primera infancia.

Por lo visto en las zonas se puede afirmar la importancia de forjar y desarrollar capacidades en equipos técnicos y un convencimiento a las autoridades de la necesidad de destinar fondos a dichos programas, es decir concientizar para que se entienda la importancia de atender a la primera infancia en proyectos integrales que involucren a todos los actores de la sociedad.

En las visitas y reuniones con las diferentes autoridades en las zonas muestran interés y aprobación de la implementación del modelo en sus zonas, pero esta aprobación verbal debe de ir acompañada en forma real y precisa de acuerdos formales de su involucramiento en el mismo con asignación de personal adecuado/capacitado y la asignación de recursos financieros. La gestión Municipal sin la asistencia técnica adecuada limita la implementación de programas de atención a la primera infancia.

2.5 RECOMENDACIONES

Presentamos en este rubro las Limitaciones, Los Riegos y Los Desafíos que encontrará el modelo propuesto para su implementación en la región Loreto.

Limitaciones

- El modelo que se propone encontrará una composición débil de la organización municipal (llámese gobiernos municipales) que no permitan una adecuada aplicación y desarrollo de todos sus componentes, será necesario que durante el



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

proceso de implementación se de un adecuado soporte en capacitación, Monitoreo y seguimiento a los gobiernos locales que se involucren.

Riesgos

- Limitación en la ejecución del modelo a la primera infancia por falta de una adecuada asistencia técnica en la gestión Municipal.
- La pasividad y poco interés que muestran los pobladores de los distritos para asumir tareas e involucrarse en el desarrollo del modelo en su zona.
- Las Autoridades Municipales en sus Planes de Desarrollo no consideran presupuesto para dar asistencia técnica, equipamiento que les de respaldo para poder involucrar en el tema a otras instituciones tanto públicas como privadas.

Desafíos

- Los gobiernos locales en la zona están formados por un esquema centralista y vertical que no posibilita una adecuada participación tanto de los ciudadanos como de los niveles medios y bajos de su organización.
- El Fortalecimiento de capacidades de funcionarios como de promotores que participaran en los programas sociales es un punto vital para el éxito de aplicación del modelo en la zona; evidentemente todo esto podrá enfrentarse si se da un decidido apoyo de las autoridades municipales.
- El liderazgo del gobierno local y sus equipos técnicos adecuadamente capacitados permitirán una adecuada aplicación del modelo con la obtención de buenos resultados.

Considerando los elementos que aparecen en el FODA, podemos sugerir que ambos distritos aún no cuentan con las condiciones necesarias y suficientes para asumir y ejecutar programas de atención a la primera infancia que les puedan ser delegados, tanto por un tema de disponibilidad de recursos humanos, financieros y capacidades institucionales como por el reconocimiento de la importancia de desarrollar temas de primera infancia. Sin embargo, podemos recomendar que impulsando programas de capacitación ad hoc a funcionarios dirigido a la atención y cuidado de los niños(as) de la primera infancia, así como con la necesaria dotación de recursos, se podrían implementar en el mediano plazo. Se remarca que esta implementación requiere de alianzas estratégicas con Instituciones Públicas y Privadas (ONGs). Además, se requiere de una capacitación vivencial a los padres de familia en cuidado de los hijos menores y en las relaciones entre parejas, fomentando hábitos de vivir en casa, de alimentación sana, de tener huertos familiares, de recreación y comunicación con los niños(as) de la primera infancia, entre otros.

Tanto en Nauta como en Parinari, nos encontramos con un gobierno local con escasez de recursos, tanto humanos como financieros, pero en caso de Parinari con mayores signos de debilidad institucional, lo que haría complejo la aplicación del modelo de programa social propuesto a esta instancia local de gobierno, salvo que dicha aplicación



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

esté acompañada de un proceso de soporte a nivel de creación y fortalecimiento de capacidades y recursos financieros complementarios.

Para llevar a cabo esta implementación del modelo de atención a la primera infancia en las localidades de Nauta y Parinari, será necesario que se ejecuten las siguientes estrategias:

- Obtener de parte de las autoridades y líderes locales la aprobación política para la aplicación del modelo de atención a primera infancia.
- El proceso de fortalecimiento de capacidades debe de priorizarse a fin de asegurar la adecuada implementación del modelo de atención a la primera infancia.
- Brindar soporte sostenido (al menos en el mediano plazo) en torno a creación y fortalecimiento de capacidades al interior del gobierno local.
- Asignar partidas importantes en el presupuesto para la ejecución del modelo y poder contar con los recursos necesarios; asimismo las instituciones públicas deben de comprometerse a destinar recursos para el desarrollo del mismo.
- Identificar mecanismos para la permanencia de promotores en el proyecto y de técnicos que elaboren los proyectos SNIP que sean destinados para atención a la primera infancia y de este modo, se utilicen los fondos existentes.
- La implementación del modelo debe de involucrar a otras instituciones públicas y privadas y ONGs. que desarrollan actividades en la zona, así como a padres de familia y madres líderes que demandan formación y capacitación en temas de primera infancia.
- Aplicar las experiencias adquiridas (lecciones aprendidas) de otros proyectos en zonas similares.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

- a) **Conocer las condiciones en las que se encuentran las niñas y niños de 0 a 3 años a nivel de: salud, nutrición, cuidado, formas de crianza y acceso a servicios básicos.**

1. Diseño metodológico del estudio

El diseño metodológico del estudio, considera la estimación de los indicadores en el ámbito de intervención del proyecto y un grupo de control, constituido por los hogares que no se benefician del proyecto que constituye el escenario contrafactual requerido que posteriormente permita medir la evaluación de impacto a través de la medición comparando dos situaciones, antes y después de las acciones del proyecto. Así el impacto estimado será la diferencia entre la observación tratada y el contrafactual.

El requisito central para formar un grupo de control es lograr que éste se encuentre conformado por individuos “muy parecidos” a los beneficiarios. En este contexto “muy parecido” significa que los individuos seleccionados para el grupo de control repliquen las características de los individuos beneficiarios del programa. ¿Qué características deben replicar? Aquellas que se utilicen como criterios de participación en el programa, por un lado, y también aquellas que inciden sobre los “flujos de resultados”, por otro. En buena medida al hacer que el grupo de control sea parecido al grupo de beneficiarios lo que se busca es eliminar cualquier “sesgo de selección” derivado de variables observables.

Una fuente para hallar a los miembros del grupo de control es recurrir a zonas donde el programa opera e identificar a individuos que sean elegibles para el programa es decir, individuos que cumplen con los requisitos, si los hay y que sean parecidos en variables observables a los beneficiarios del programa. Para reducir potenciales “sesgos de selección” en variables no observables puede darse preferencia a aquellos individuos que no tuvieron ninguna información sobre la existencia del programa a ser evaluado.

1.1 Diseño Metodológico de la Línea de Base del Proyecto.

Del marco conceptual expuesto, la metodología de elección del escenario contrafactual es del diseño no experimental vale decir, generando un grupo de control con características similares a los beneficiarios del proyecto.

En este caso, el grupo de control que se establece en la línea de base, cuando se realicen evaluaciones durante o al finalizar la ejecución del proyecto, contribuirá a responder una pregunta fundamental ¿qué hubiera sucedido si los individuos no hubieran participado en el proyecto? Con ello, se realiza una aproximación mediante la construcción de un escenario hipotético en la que se trata de mostrar los resultados en ausencia de las actividades del proyecto. En la cual se establece una comparación de los indicadores de la población que participó como beneficiario del proyecto (Grupo de tratamiento) y las del Grupo de Control, en donde se establece la diferencia “con” y “sin” participación en el Proyecto.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

- **Sobre los Beneficiarios del Proyecto.**

El Proyecto: “Aprendiendo y Ayudando” del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social tiene como ámbito de intervención a las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Loreto.

- **Sobre el Grupo de Control.**

En la medida que el Grupo de Control debe estar integrado por una población que sean elegibles para el proyecto, vale decir que sean parecidos en variables observables a los beneficiarios del proyecto, se consideró la población del mismo distrito donde opera el proyecto, pero en diferentes caseríos.

2. Componentes de la Investigación

La metodología de la investigación se basó en la integración de técnicas de recolección de información cuantitativa y cualitativa. Esta determinación se basa en la necesidad de complementar los aportes de ambas técnicas y aprovechar al máximo las ventajas que cada una de ellas ofrece para evaluar los indicadores de proceso y efecto respecto al objetivo general del proyecto; así como los objetivos específicos relacionados con la desnutrición crónica infantil.

Por un lado, las técnicas cuantitativas permiten la operacionalización de los conceptos y facilitan el análisis empírico, constituyéndose en la herramienta más importante para la descripción de datos.

Se utilizaron dos instrumentos para recolección de la información para el levantamiento de la Línea de Base:

- a) Cuestionario del hogar: se diseñó un instrumento para relevar información de los hogares en lo relacionado con las características de los miembros del hogar, información sobre educación. Incluye un módulo de gastos con los componentes del gasto, especialmente de alimentos que se realiza en la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO⁴⁷.

La temática de este cuestionario estuvo constituida por los temas siguientes:

- Características demográficas de los miembros de hogar: sexo, edad, relación de parentesco.
- Características educativas de los miembros del hogar.
- Características de la vivienda (incluyendo acceso a los servicios básicos: luz, agua y electricidad)
- Módulo de Gastos de los hogares por sus diferentes componentes: alimentario, educación, salud, actividades recreativas etc, según la estructura de la Encuesta de hogares.

⁴⁷ La propuesta incluye una adaptación simplificada de la metodología de la Encuesta de Hogares ENAHO para obtener los gastos de las familias como un proxy del ingreso.



La encuesta estuvo dirigida al padre o madre de familia que está más familiarizado con la información a obtener.

Asimismo se incorporó preguntas sobre crianza de los niños.

- b) Cuestionario sobre Salud: Este instrumento contiene información sobre salud materno infantil, nutrición, el test de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (TA), higiene personal y de alimentos y la eliminación y disposición de desechos sólidos.

Se tomó en cuenta las recomendaciones y procedimientos estandarizados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar que ejecuta el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI; así como del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales – MONIN que realiza el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud.

La temática de este cuestionario estuvo orientada a relevar información sobre:

- Prácticas de salud materno infantil.
- Prácticas de nutrición en niños menores de 3 años.
- Prácticas de higiene personal y de alimentos.
- Resultados de la medición antropométrica.

2.1 Indicadores Básicos de Carácter Cuantitativo

De acuerdo a la información relevada en la línea de base, para el seguimiento de los principales objetivos del proyecto, con la Línea de Base se levantó información a través de los instrumentos cuantitativos para el estudio de los indicadores que se indican:

MATRIZ DE INDICADORES

| Sistematización de la información | INDICADOR | INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS | |
|--|--|----------------------------|-----------------------|
| | | Cuestionario del Hogar | Cuestionario de Salud |
| INDICADORES DE IMPACTO Y RESULTADOS | Proporción de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica | | X |
| | Proporción de niños menores de 36 meses con IRA (últimas dos semanas) | | X |
| | Proporción de menores de 36 meses con EDA (últimas dos semanas) | | X |
| | Proporción de menores de 36 meses con anemia | | X |
| | Proporción de menores de 36 meses con parasitosis | | X |
| | Proporción de niños en situación de pobreza y pobreza extrema | X | |
| OBJETIVO 1: Prácticas, comportamientos nutricionales y de cuidado de la salud | | | |
| RESULTADO 1: Las familias adoptan buenas prácticas de salud materno-infantil | | | |
| | Talla media del niño al momento de su nacimiento | | X |
| | Peso medio del niño al momento de su nacimiento | | X |
| | Proporción de niños menores de 36 meses que completaron sus controles CRED | | X |
| | Porcentaje de niños menores de 36 meses con vacunación | | X |



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

MATRIZ DE INDICADORES

| Sistematización de la información | INDICADOR | INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS | |
|--|--|----------------------------|-----------------------|
| | | Cuestionario del Hogar | Cuestionario de Salud |
| | completa, según calendario de vacunaciones | | |
| RESULTADO 2: Las familias adoptan buenas prácticas de nutrición | | | |
| | Porcentaje de niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva | | x |
| | Meses promedio de lactancia materna exclusiva | | x |
| | Porcentaje de niños menores de 24 meses que recibieron y consumieron suplemento de hierro, de acuerdo a la norma | | x |
| | Porcentaje de niños menores de 24 meses que recibieron y consumieron vitamina A | | x |
| | Porcentaje de niños que incorporan diariamente alimentos de origen animal | | x |
| | Porcentaje de niños de 6 a 36 meses que consumen proteína animal | | x |
| RESULTADO 3: Las familias proporcionan estimulación y afecto a sus niños | | | |
| | Evaluación del desarrollo del niño a través de la aplicación de la batería de evaluación de Desarrollo. | | X |
| RESULTADO 4: Las familias adoptan buenas prácticas de higiene personal y de alimentos | | | |
| | Porcentaje de madres que lavan sus manos en cuatro momentos críticos: antes de comer, antes de alimentar al niño, después de ir al baño y después de cambiar pañales | | x |
| | Porcentaje de familias con cocinas mejoradas funcionando | x | |
| | Porcentaje de familias que cuentan con un lugar para guardar/almacenar los alimentos | x | |
| OBJETIVO 2: Consumo de agua de calidad y disposición adecuada de excretas | | | |
| RESULTADO 1: Ampliar el consumo de agua segura | | | |
| | Porcentaje de familias cuya fuente de abastecimiento de agua para beber por red pública | x | |
| | Porcentaje de familias que realizan almacenamiento adecuado de agua para beber | x | |
| | Porcentaje de familias que realizan tratamiento al agua que utilizan para beber | x | |
| RESULTADO 2: Disposición adecuada de excretas | | | |
| | Porcentaje de familias que utilizan SSHH con acceso a sistema de saneamiento | x | |
| | Porcentaje de familias que realizan disposición de deposiciones adecuada de su niño cuando no usa el baño/letrina | x | |
| RESULTADO 3: Las familias adoptan buenas prácticas de eliminación o disposición de desechos sólidos orgánicos | | | |
| | Porcentaje de familias con acceso a eliminación o disposición de desechos sólidos | x | |
| RESULTADO 4: Las familias que usan combustible biodegradable tienen cocina con chimenea | | | |
| | Porcentaje de familias que usan combustible biodegradable y tienen cocina con chimenea | x | |
| RESULTADO 5: Las familias adoptan mejores prácticas de crianza | | | |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les llaman la atención | x | |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que les gritan | x | |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan o no los dejan jugar | x | |
| | Porcentaje de familias que corrigen a sus hijos por alguna travesura o desobediencia que los castigan físicamente | x | |
| RESULTADO 6: Las familias adoptan mejores atenciones o muestra de afecto a su niño | | | |
| | Porcentaje de familias que protegen y cubren del frío a los | x | |

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**MATRIZ DE INDICADORES**

| Sistematización de la información | INDICADOR | INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS | |
|--|--|----------------------------|-----------------------|
| | | Cuestionario del Hogar | Cuestionario de Salud |
| | niños | | |
| | Porcentaje de familias que se preocupan por la alimentación del niño | x | |
| | Porcentaje de familias que cuidan la higiene del niño | x | |
| | Porcentaje de familias que juega, habla al niño menor de 3 años | x | |
| | Porcentaje de familias que estimula al niño pequeño con cantos y caricias | x | |
| | Porcentaje de familias donde el padre se acerca y juega con el niño pequeño | x | |
| | Porcentaje de familias donde la madre juega con el niño | x | |
| RESULTADO 7: Relación y roles en la familia | | | |
| | Porcentaje de familias donde el padre es quien toma las decisiones | x | |
| | Porcentaje de familias donde la madre es quien toma las decisiones | x | |
| | Porcentaje de familias donde ambos padres son los que toman las decisiones | x | |
| | Porcentaje de familias donde la madre con otro miembro es quien toma las decisiones | x | |
| | Porcentaje de familias donde otro miembro es quien toma las decisiones | x | |
| RESULTADO 8: Las familias adoptan ambientes o habitaciones diferentes para que su niño duerma | | | |
| | Porcentaje de familias donde los niños comparten la misma cama de los padres | x | |
| | Porcentaje de familias en que los padres tienen igual habitación a la del niño pero cama diferente | x | |
| | Porcentaje de familias en que el niño tiene diferente habitación a la de los padres | x | |
| | Porcentaje de familias en que sólo cuentan con una habitación | x | |
| RESULTADO 9: Las familias reciben apoyo o participan en un Programa Social | | | |
| | Porcentaje de familias que participan en un Programa Social | x | |
| RESULTADO 10: Las familias tienen su casa limpia y a su vez cuentan con un ambiente para sus animales | | | |
| | Porcentaje de familias que tienen una casa limpia | x | |
| | Porcentaje de familias que tienen un ambiente destinado para la crianza de sus animales | x | |

2.2 Diseño Muestral

Los objetivos de la Línea de Base han establecido la necesidad de realizar una encuesta por muestreo a hogares de los beneficiarios (grupo de tratamiento / intervención) y no beneficiarios (grupo de control), a fin de garantizar que los resultados obtenidos se encuentren contemplados en los intervalos establecidos por un nivel de confiabilidad y error de muestreo de los parámetros poblacionales.

- **Población Bajo Estudio:**

La investigación tiene como población objetivo: Los hogares particulares y sus miembros, en el que habiten niños y niñas menores de 3 años en el ámbito de intervención del proyecto.



- **Método de Estudio:** Se consideró la aplicación de una encuesta por muestreo.
- **Cálculo del tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra se determina a partir de la fórmula del muestreo simple aleatorio para una proporción.

De los indicadores que se obtendrán del estudio, el más relevante y de mayor variabilidad es el de la prevalencia de la desnutrición crónica en el área rural.

$$n_o = \frac{1-P}{e^2 * P}$$

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

Donde:

n = Número de muestra en proporciones con población finita

N = Tamaño de la población

n₀ = Número de muestra en proporciones con población infinita

e = Error de muestreo

Tamaño de la muestra de beneficiarios

Para el primer caso, se calcula el tamaño de muestra para cada región con un error de muestreo +/- 10%. Con el ajuste realizado, el error de muestreo de la muestra total del ámbito del proyecto es de +/- 6.9%.

TAMAÑO DE LA MUESTRA DEL GRUPO DE BENEFICIARIOS (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

| Cálculo de la Muestra | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------|-------|--------------|----------------|-----|------------|
| Provincia | N | P | 1-P | E | e ² | n | n_cpf |
| Ayacucho | 350 | 0.403 | 0.597 | 0.10 | 0.01 | 148 | 104 |
| Huancavelica | 350 | 0.403 | 0.597 | 0.10 | 0.01 | 148 | 104 |
| Loreto | 350 | 0.403 | 0.597 | 0.10 | 0.01 | 148 | 104 |
| TOTAL | 1050 | 0.403 | 0.597 | 0.069 | 0.004761 | 311 | 312 |

Igualmente se realiza el cálculo para el grupo de control, con un +/- 12% para cada una de las regiones y a nivel global asciende a +/- 7.9%, tal como se puede observar a través del cuadro siguiente:

**TAMAÑO DE LA MUESTRA DEL GRUPO DE CONTROL**

| Cálculo de la Muestra | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------|-------|--------------|----------------|-----|------------|
| Provincia | N | P | 1-P | E | e ² | n | n_cpf |
| Ayacucho | 350 | 0.403 | 0.597 | 0.12 | 0.0144 | 103 | 80 |
| Huancavelica | 350 | 0.403 | 0.597 | 0.12 | 0.0144 | 103 | 80 |
| Loreto | 350 | 0.403 | 0.597 | 0.12 | 0.0144 | 103 | 80 |
| TOTAL | 1050 | 0.403 | 0.597 | 0.079 | 0.006241 | 237 | 240 |

Existencia de homogeneidad de la población en el área de estudio, por lo que se espera que el error muestral incluso sea menor.

- La limitación de tiempo y disponibilidad de recursos humanos para el levantamiento de la información y el procesamiento.
- La calidad de la información, pues si bien a mayor tamaño muestral teóricamente se reduce el error esperado; este hecho tiende a incrementar los errores no muestrales los cuales se originan en las diferentes etapas de la encuesta: Los errores no muestrales más comunes se producen en el levantamiento de la información por los efectos de criterios del personal capacitado, en la consistencia de la información y en la digitación.

Selección y Distribución de la muestra

De los beneficiarios: Al interior de cada región el tamaño de la muestra se distribuirá de manera proporcional en los distritos que conforman el ámbito de intervención.

Del Grupo de Control: Tal como se ha descrito en el diseño metodológico, se seleccionará los distritos que tienen mayor similitud con los del grupo de beneficiarios; en base a la información del Mapa de Pobreza de FONCODES; sin embargo cabe mencionar es una propuesta que será discutida con el Equipo Técnico del proyecto, toda vez que la fuente no proporciona otra información tal como la región natural, la actividad económica de la población, etc., que podría ajustar mejor la selección planteada.

Ajuste y ponderación de los resultados

Dado que el número de encuestas es igual para las 3 regiones, será necesario un ajuste o ponderador de los datos al nivel del total en función de la distribución real de los beneficiarios a nivel de región; igualmente para la distribución de las edades de los niños menores de 3 años, en función a la estructura demográfica de cada región.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

b) Conocer las capacidades y funcionamiento de los gobiernos locales de Ayacucho, Huancavelica y Loreto para generar políticas y programas a favor de la primera infancia.

1 Diseño del Esquema de Investigación

En este componente se han elegido como procesos metodológicos el método cualitativo preponderante que son las entrevistas en profundidad y los grupos focales y análisis FODA.

2 Proceso Metodológico

Entrevistas en profundidad

De las entrevistas en profundidad se han obtenido variables cuantificables (Presupuestos disponibles o por comprometer, N° de locales comunales disponibles, N° de personal técnico para capacitación y seguimiento, Aliados Potenciales, etc.) así como variables de calificación sobre la implementación del proyecto en otros lugares (muy bueno, bueno, igual, etc.) de acuerdo a los siguientes componentes:

- Incidencia sobre el desarrollo de destrezas afectivas, psicomotoras, cognitivas y emocionales de los niños y niñas y con el apoyo de promotores, padres de familias y promotores que se orientaron a mejorar el plan de estudios.
- Creación de comités de vigilancia comunal que permitan hacer un seguimiento al proyecto sobre las acciones vinculadas al desarrollo del niño y niña.
- Fortalecimiento de capacidades locales de padres, promotores, docentes y autoridades comunales en buenas prácticas en el campo del desarrollo infantil temprano.

Las entrevistas en profundidad se realizaron en Ayacucho y Huancavelica y se realizaron al equipo de campo del MIMDES, autoridades locales, autoridades regionales y consultores o investigadores del tema, teniendo como fin la búsqueda de herramientas que permitan implementar programas a la primera infancia.

Grupos focales

- a) Se realizaron con los líderes comunales de la zona (Ayacucho y Huancavelica) a fin de poder obtener la opinión del proyecto y su potencial replicación en otras localidades y difusión como parte de una política pública de asistencia a los menores de edad en zonas rurales de pobreza. En el caso de Loreto la finalidad del grupo focal tuvo carácter de sondeo y/o exploración respecto del proyecto.



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

- b) Se realizó con las madres, padres y con las familias, de las niñas y niños seleccionados como muestra para la investigación, estos grupos permitirán que se conozca: la forma de crianza, su percepción y concepción de las niñas y niño de 0 a 3 años y de manera complementaria la existencia (o no) de violencia familiar y maltrato infantil.

Análisis FODA

Como herramienta de la Planificación Estratégica Participativa se realizaron en Lima con los Funcionarios y Consultores del proyecto Ichispalla integrantes de los equipos de asistencia/colaboradores del MIMDES/Proyecto; este análisis se realizó para cada uno de los componentes:

- Incidencia sobre el desarrollo de destrezas afectivas, psicomotoras, cognitivas y emocionales de los niños y niñas y con el apoyo de promotores, padres de familias y promotores que se orientaron a mejorar el plan de estudios.
- Creación de comités de vigilancia comunal que permitan hacer un seguimiento al proyecto sobre las acciones vinculadas al desarrollo del niño y niña.
- Fortalecimiento de capacidades locales de padres, promotores, docentes y autoridades comunales en buenas prácticas en el campo del desarrollo infantil temprano.

Mediante el mismo se buscó determinar cuáles son las Fortalezas y Oportunidades del Proyecto que establezca la RELACION DE ÉXITO y cuáles las amenazas y debilidades a fin de poder determinar LA RELACION DE FRACASO, los cuales luego confrontados permitirán tener herramientas para poder implementar programas en primera infancia determinar el nivel o grado de éxito del mismo en su réplica como una POLITICA PUBLICA a nivel nacional.

ANEXOS

PRESUPUESTOS

Gobierno Regional de Ayacucho: Presupuesto 2011 por actividades y Proyectos

| Función | Programa Funcional | Actividades/Proyectos | Nuevos Soles |
|----------------------|-----------------------------------|---|--------------|
| 20 SALUD | 004 Planeamiento gubernamental | -Conducción de la gestión de la estrategia materno neonatal | 1 117 043 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia nutricional | 1 787 487 |
| | 008 Gestión | Gestión administrativa | 18 468 437 |
| | 043 Salud colectiva | -Prevención de riesgo | 3 649 316 |
| | | -Promoción de la salud | 161 802 |
| | | -Mejorar la alimentación y nutrición a menores de 36 meses | 2 850 884 |
| | | -Reducción de morbilidad en IRA, EDAS y otros | 1 353 029 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia neonatal | 0 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia nutricional | 0 |
| | 044 Salud Individual | -Atención básica de salud | 7 965 563 |
| | | -Reducción de la morbilidad y mortalidad materna | 14 047 061 |
| | | -Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | 8 227 323 |
| | | -Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal | 4 361 658 |
| | | -Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otros | 11 010 188 |
| | | -Reducción de la incidencia del bajo peso al nacer | 1 007 153 |
| 22 EDUCACION | 047 Educación básica | Desarrollo de la educación primaria de menores | 93 989 175 |
| 23 PROTECCION SOCIAL | 061 Asistencia social | -Desarrollo y mantenimiento de aldeas | 717 058 |
| | | -Apoyo al ciudadano y la familia | 339 700 |

Fuente: MEF

Gobierno Regional de Ayacucho: Presupuesto 2011 por Programas Estratégicos

| PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | | |
|-----------------------------------|--|--------------|
| Gobierno | Actividad | Nuevos soles |
| 453 Gobierno Regional de Ayacucho | -Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | 11 078 207 |
| | -Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes | 12 363 217 |
| | -Reducir la incidencia del bajo peso al nacer | 1 007 153 |

Fuente: MEF

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**Gobierno Regional Huancavelica: Presupuesto 2011 por actividades y Proyectos**

| Función | Programa Funcional | Actividades/Proyectos | Nuevos Soles |
|----------------------|-----------------------------------|---|---------------------|
| 20 SALUD | 004 Planeamiento gubernamental | -Conducción de la gestión de la estrategia materno neonatal | 362 437 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia nutricional | 449 510 |
| | 008 Gestión | Gestión administrativa | 21 167 441 |
| | 043 Salud colectiva | -Control sanitario | 75 394 |
| | | -Promoción de la salud | 197 000 |
| | | -Mejorar la alimentación y nutrición a menores de 36 meses | 872 723 |
| | | -Reducción de morbilidad en IRA, EDAS y otros | 296 113 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia neonatal | 63 895 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia nutricional | 70 528 |
| | 044 Salud Individual | -Atención básica de salud | 17 060 |
| | | -Reducción de la morbilidad y mortalidad materna | 077 |
| | | -Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | 3 246 250 |
| | | -Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal | 3 920 374 |
| | | -Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otros | 271 840 |
| | | -Reducción de la incidencia del bajo peso al nacer | 1 730 325 |
| | | | 164 632 |
| 22 EDUCACION | 047 Educación básica | Desarrollo de la educación primaria de menores | 77 986 758 |
| 23 PROTECCION SOCIAL | 061 Asistencia social | -Desarrollo y mantenimiento de aldeas | 441 584 |
| | | -Protección social | 83 334 |

Fuente: MEF

Gobierno Regional de Huancavelica: Presupuesto 2011 por Programas Estratégicos

| Programa articulado nutricional | | |
|--|--|---------------------|
| Gobierno | Actividad | Nuevos soles |
| 453 Gobierno Regional de Huancavelica | -Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | 4 793 097 |
| | -Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes | 2 026 438 |
| | -Reducir la incidencia del bajo peso al nacer | 164 632 |

Fuente: MEF

**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**Gobierno Regional Loreto: Presupuesto 2011 por actividades y Proyectos**

| Función | Programa Funcional | Actividades/Proyectos | Nuevos soles |
|----------------------------|-----------------------------------|---|---------------------|
| 20 SALUD | 004 Planeamiento gubernamental | -Conducción de la gestión de la estrategia materno neonatal | 68 896 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia nutricional | 397 037 |
| | 008 Gestión | Capacitación y perfeccionamiento | 199 036 |
| | 043 Salud colectiva | -Control sanitario | 57 374 |
| | | -Apoyo alimentario para grupos en riesgo | 2 886 |
| | | -Promoción de la salud | 246 110 |
| | | -Mejorar la alimentación y nutrición a menores de 36 meses | 193 083 |
| | | -Reducción de morbilidad en IRA,EDAS y otros | 496 885 |
| | | -Conducción de la gestión de la estrategia neonatal | 60 047 |
| | 044 Salud Individual | -Conducción de la gestión de la estrategia nutricional | 87 864 |
| | | -Atención básica de salud | 3 335 408 |
| | | -Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | 12 402 424 |
| | | -Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal | 3 796 329 |
| | | -Reducción de la morbilidad en IRA,EDA y otros | 5 770 845 |
| | | -Reducción de la incidencia del bajo peso al nacer | 157 296 |
| 22 EDUCACION | 047 Educación básica | Desarrollo de la educación primaria de menores | 107 982 |
| 23 PROTECCION SOCIAL | 061 Asistencia social | -Alimentación escolar | 1 780 200 |
| | | -Desarrollo y mantenimiento de aldeas | 922 540 |
| | | -Apoyo al ciudadano y la familia | 610 000 |

Fuente: MEF

Gobierno Regional de Loreto: Presupuesto 2011 por Programas Estratégicos

| Programa articulado nutricional | | |
|--|---|---------------------|
| Gobierno | Actividad | Nuevos soles |
| 453 Gobierno Regional de Loreto | -Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | 12 595 507 |
| | -Reducción de la morbilidad en IRA,EDA y otras enfermedades prevalentes | 6 267 730 |
| | -Reducir la incidencia del bajo peso al nacer | 157 296 |

Fuente: MEF



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Gobierno Regional de Loreto: Presupuesto 2011 por Ámbito Regional (soles)

| | | |
|---------------------|----------------------|--------------|
| Dpto. Loreto | 1 855 027 620 | 100 % |
| Gobierno Nacional | 768 263 530 | 41 % |
| Gobierno Regional | 771 914 259 | 42 % |
| Gobiernos Locales | 314 849 831 | 17 % |
| -Nauta | 10 795 173 | |
| -Parinari | 2 963 737 | |

Fuente: MEF