



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**IMPACTO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN
LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL A NIVEL NACIONAL,
SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE SALUD FAMILIAR,
2008-2016**

**PRESENTADA POR
YVANY JANINA TAFUR HUAYAN**

**ASESORA
NILDA SALVADOR ESQUIVEL**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD
PÚBLICA CON MENCIÓN EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

La autora solo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

**IMPACTO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN
LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL A NIVEL NACIONAL,
SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE SALUD FAMILIAR,**

2008-2016

**PRESENTADA POR
YVANY JANINA TAFUR HUAYAN**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN CRECIMIENTO Y
DESARROLLO**

LIMA – PERÚ

2018



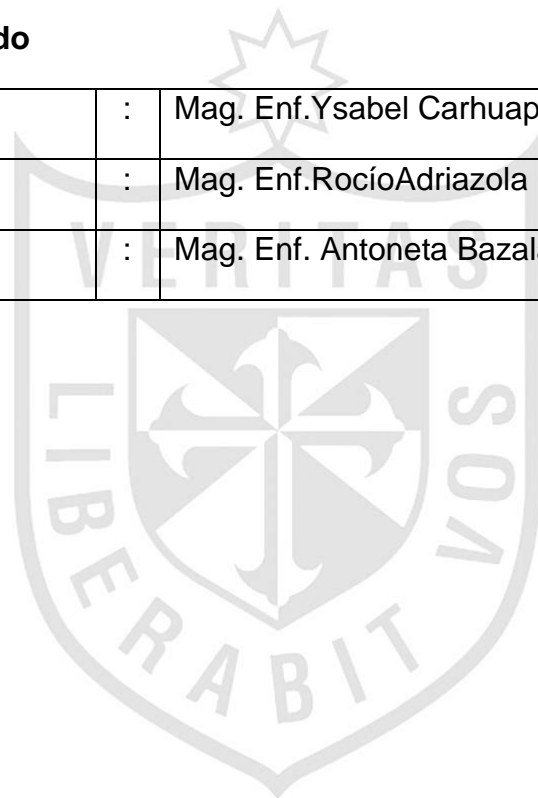
IMPACTO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL A NIVEL NACIONAL, SEGÚN LA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE SALUD FAMILIAR, 2008-2016

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): NILDA SALVADOR ESQUIVEL

Miembros del jurado

Presidente	:	Mag. Enf. Ysabel Carhuapoma Acosta
Vocal	:	Mag. Enf. Rocío Adriazola Casas
Secretaria	:	Mag. Enf. Antoneta Bazalar Nicho



DEDICATORIA

“La vida de un niño es como un trozo de papel sobre el cual todo el que pasa
deja una señal”

Proverbio chino



AGRADECIMIENTOS

A Dios que colma de bendiciones cada día de mi vida.

A José Luis, mi fiel compañero; y a mi adorada Maryam Valentina, a los dos que son motor y motivo para seguir cumpliendo mis metas.

A mi estimada asesora, por su paciencia, dedicación y apoyo constante para concretizar y hacer realidad esta investigación.



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
MATERIAL Y MÉTODO.....	10
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	10
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	10
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	10
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	10
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	11
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	12
2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

N° Tabla	Nombre de la Tabla	N° de página
1	Prevalencia de desnutrición crónica infantil, a nivel regional en el período 2008 al 2016.	26
2	Menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, a nivel regional en el período 2008 al 2016.	30
3	Menores de 36 meses con vacunas básicas completas, a nivel regional en el período 2009 al 2016.	33
4	Menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro a nivel regional en el período 2008 al 2016.	36
5	Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, a nivel regional en el período 2008 al 2016.	39

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Nº de la ilustración	Nombre de la ilustración	Nº de pagina
1	Prevalencia de desnutrición crónica infantil, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.	28
2	Menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.	31
3	Menores de 36 meses con vacunas básicas completas, a nivel nacional en el período 2009 al 2016.	34
4	Menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.	37
5	Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.	40
6	Impacto del Programa Articulado Nutricional y los indicadores de resultado, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.	42

RESUMEN

El presente estudio, tiene como objetivo determinar el impacto del Programa Articulado Nutricional en la desnutrición crónica infantil, a nivel nacional, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, en el periodo 2008-2016. El diseño metodológico fue de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, no experimental longitudinal retrospectivo. La población y muestra fueron los 85008 niños menores de 5 años con datos disponibles en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar. La técnica de recolección de datos fue el análisis documental, El instrumento fue una ficha de registro de datos diseñada en el programa Microsoft Excel. Los resultados fueron que existe una disminución significativa de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, hay un aumento significativo del control de crecimiento y desarrollo y la suplementación de hierro en niños de 6 a 35 meses, hay una disminución no significativa en cuanto a las inmunizaciones en menores de 36 meses, y existe un aumento no significativo en lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, a partir de la implementación del Programa Articulado Nutricional ha disminuido la desnutrición crónica infantil en un 15.4%. Las conclusiones derivadas del presente estudio son que existe un impacto positivo en la disminución de la desnutrición crónica infantil a partir de la implementación del Programa Articulado Nutricional.

PALABRAS CLAVES: Programa Articulado Nutricional, desnutrición crónica infantil.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the impact of the Nutritional Articulated Program on chronic child malnutrition, at the national levels, according to the Family Health Demographic Survey, in the 2008-2016 period. The methodological design was a quantitative, descriptive, non-experimental longitudinal retrospective approach. The population and sample were 85008 children under 5 years of age with data available in the Demographic and Family Health Survey. The technique of data collection was the documental analysis. The instrument was a data record sheet designed in the Microsoft Excel program. The results were that there is a significant decrease in the prevalence of chronic infant malnutrition, there is a significant increase in the control of growth and development and iron supplementation in children from 6 to 35 months, there is a non-significant decrease in immunizations in children under 36 months, and there is a non-significant increase in exclusive breastfeeding until 6 months, since the implementation of the Nutritional Articulated Program has decreased chronic child malnutrition by 15.4%. The conclusions derived from the present study are that there is a positive impact in the reduction of chronic infant malnutrition from the implementation of the Nutritional Articulated Program.

KEYWORDS: Articulated Nutrition Program, chronic child malnutrition.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la desnutrición crónica infantil es un problema social que afecta a nivel mundial a muchos niños, en especial a aquellos que viven en zonas rurales con altos niveles de pobreza. Como consecuencia de esta condición se genera un anormal desarrollo del cerebro, mayor morbimortalidad, disminución del rendimiento académico, aumento de la deserción escolar, menor productividad laboral y un inferior crecimiento económico de un país y por ende, su capital social.(1)

Sin embargo, la desnutrición crónica se puede prevenir mediante intervenciones estratégicas tales como: mayor acceso a una nutrición adecuada, vacunación, tratamiento médico, agua mejorada y saneamiento. No obstante, el tiempo es esencial para abordar esta problemática. Es así que los primeros 1000 días son cruciales para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño, desde el embarazo de la madre hasta el segundo cumpleaños del niño.(1,2)

Desde 1990, 1.6 millones de vidas se han salvado en la región como resultado de la reducción de la mortalidad infantil por cuenta de diversas intervenciones, pero todavía se mantienen altos porcentajes de niños afectados.(2)

Según estimaciones de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial, aunque en los últimos quince años se ha observado una reducción importante en la prevalencia de la desnutrición crónica, para el año 2016 aún el 22,9% de los niños menores de 5 años sufre de esta condición a nivel global.(3) En el

continente americano se registra un total de 6.6% de niños afectados. América Latina y el Caribe se observa una tendencia parecida: la prevalencia de retraso del crecimiento pasó de 18,4% en el año 2000 a 11,3% en 2015. Así, en la región hay actualmente 6,1 millones de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, de ellos 3,3 millones de Sudamérica, 2,6 millones de Mesoamérica y 200 000 del Caribe.(4)

En el Perú, según el reporte del Instituto Nacional de Salud, en el 2016, la desnutrición crónica afecta al 18% de infantes. Muchos de estos niños podrían tener una mejor calidad de vida, lograr su desarrollo integral, tener un adecuado crecimiento, e insertarse en la sociedad como ciudadanos productivos y exitosos, este sería el inicio de la exclusión social y la inequidad, rompiendo así el ciclo intergeneracional de la pobreza.(5)

Para UNICEF, los países que han demostrado voluntad y compromiso político para hacer frente a la desnutrición han tenido gran éxito a la hora de reducir la prevalencia de desnutrición crónica.(1)

En nuestro país, se planteó diferentes políticas cuyo objetivo final era la reducción de la desnutrición crónica infantil, dentro de ellas y con la consecuente reforma en la administración pública se implementa el Programa Articulado Nutricional. Este programa fue creado mediante la Ley de Presupuesto Público para el año fiscal 2008. Su diseño está basado en el modelo conceptual de Urban Jhonson trabajado y propuesto por UNICEF, y adaptado a la realidad peruana en base a los resultados obtenidos en la

evaluación del proyecto Buen Inicio, ejecutado entre 1999-2005, donde se destaca que la desnutrición crónica infantil es un problema multifactorial y que su intervención supone la participación de múltiples actores que trabajan desde un enfoque articulado, integral y preventivo-promocional.

El PAN, se concibe bajo la idea del enfoque ciudadano a través del cual el Estado ejecuta un presupuesto para brindar intervenciones que generen como resultado cambios positivos en la calidad de vida de las personas. Este programa comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.(6)

De acuerdo al Modelo Lógico del PAN, se logra reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil si se obtiene tres resultados intermedios: la reducción del bajo peso al nacer, la mejora de la alimentación y nutrición en los menores de 6 meses, la reducción de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en los menores de 24 meses. Para lograr estos resultados se deberán ofrecer a las familias una serie de intervenciones tales como controles de crecimiento y desarrollo a los niños, vacunas, suplementación con micronutrientes, asegurar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, atención de enfermedades diarreicas agudas, atención de infecciones respiratorias agudas. Además, las familias deberán contar con los conocimientos necesarios para el cuidado infantil y saneamiento básico de agua y desagüe.

Algunas de estas intervenciones propuestas ya eran ofertadas en los servicios de salud, sin embargo con el PAN se logra un nuevo enfoque. Para el caso de los controles de salud a los niños, enfatiza la importancia de promover prácticas saludables en los cuidadores con la finalidad de prevenir los problemas de salud más frecuentes que causan la desnutrición tal como las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, además de asegurar una alimentación adecuada (Lactancia materna exclusiva, lavado de manos y alimentación complementaria), a través del PAN se logra además incluir las vacunas Rotavirus y Neumococo, que según el modelo protegería a los niños de las enfermedades antes mencionadas. Además brinda la suplementación de micronutrientes para evitar el déficit de éstos. La priorización de estas intervenciones se sustenta en la mejor evidencia científica disponible.(7)

Martínez R. y Palma A. en su investigación titulada “Cerrando brechas: Modelo para estimar el costo de erradicar la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes”, realizada en Chile en el año 2015, plantearon un listado de intervenciones costo-efectivas clasificadas en dos tipos: específicas y sensibles, para luchar contra el flagelo de la desnutrición crónica y el déficit de micronutrientes. Dentro de las intervenciones específicas están: Suplementación con micronutrientes, lactancia materna y alimentación complementaria para niños de 6 a 23 meses de edad, fortalecimiento de alimentos de consumo masivo para mitigar-prevenir el déficit de micronutrientes, estrategias de educación y promoción de la salud, mejora de los servicios de salud. En las intervenciones sensibles destacan la

desparasitación, promoción del lavado de manos, inmunizaciones, control neonatal y programas de estimulación temprana.(8)

Jaillita S. en su estudio: Análisis del Programa Articulado Nutricional en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas, encontró que el Programa Articulado Nutricional logró reducir la desnutrición crónica infantil en el país a pesar de la desarticulación que existió entre los sectores involucrados, se concluye que la relación entre Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y desnutrición crónica infantil es negativa y la relación entre vacunas completas del niño y desnutrición crónica es negativa. Los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) fueron más significativos para el periodo de estudio que el producto vacunas completas.(9)

Cruzado en su investigación: Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, Perú en el 2012, logró identificar que la intervención reduce la probabilidad de ser desnutrido y aumenta la probabilidad de tener sus controles de crecimiento y vacunas completas. Concluyó que existe una relación negativa y significativa entre el Programa Articulado Nutricional y la desnutrición crónica.(10)

Si bien es cierto, la desnutrición crónica es un problema multifactorial, se ha citado antecedentes de la investigación que recalcan la importancia de las intervenciones dirigidas a los niños menores de cinco años y que según los estudios contribuyen a disminuir la desnutrición crónica infantil.

Algunas de estas intervenciones preventivo-promocionales que se brindan por los profesionales de la salud se mencionan a continuación:

El control de crecimiento y desarrollo, que comprende un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermería o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades, su cumplimiento está normado en la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años.(11)

La inmunización es otra intervención priorizada dentro del paquete de atención integral al niño y está contemplada dentro de la NTS N°080-MINSA/DGSP-V.04: Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunización, cuya finalidad es contribuir a mejorar el nivel de salud de la población infantil mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas. El proceso de inmunización, según lo señala la norma, implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña y el niño según esquema establecido.(12)

La suplementación de micronutrientes o hierro es una intervención que tiene como finalidad asegurar el consumo de cantidades adecuadas de hierro de

alta biodisponibilidad en niñas y niños menores de 36 meses de edad para prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo. Las actividades que comprenden la suplementación están normados por la Directiva Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP-V.01: Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación de micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses. De acuerdo a la directiva el personal de salud que brinda atención integral a la niña y niño menor de tres años (médico, enfermera, nutricionista u otro) debe indicar y/o entregar micronutrientes o hierro según esquema vigente.(13)

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o niño con solo leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos, además fortalece el vínculo afectivo entre madre-niño. La consejería que se brinda como parte del paquete integral de atención al niño y niña busca educar a la madre acerca de la importancia de esta práctica así como la técnica adecuada de amamantamiento. Está regulado dentro de la NTS N° 087/MINSA-DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años.(7)

Por ello, se ha tomado como punto de referencia para el siguiente estudio los indicadores que son el resultado de las intervenciones preventivo-promocionales dirigidos explícitamente a la población infantil con el fin de

investigar cuál es el impacto del Programa Articulado Nutricional en la desnutrición crónica infantil a partir de su implementación a nivel nacional en el año 2008, hasta el año 2016, así como comparar dichos indicadores a través del tiempo.

Consideramos que mientras no se evalué el impacto del PAN sobre la base de las intervenciones ejecutadas en la población infantil, no se podría obtener una evaluación integral que permita implementar mejoras para contribuir al logro del objetivo planteado: reducir la desnutrición crónica infantil.

Así mismo, en la medida que los profesionales de la salud en general que trabajan directamente con la población infantil conozcan más los resultados finales de su trabajo, podrán accionar sobre estos, reafirmando su compromiso por la infancia del Perú.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De lo anterior, se plantea que es relevante estudiar: ¿Cuál es el impacto del Programa Articulado Nutricional en la desnutrición crónica infantil a nivel nacional, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2008-2016?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el impacto del Programa Articulado Nutricional en la desnutrición crónica infantil, a nivel nacional, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2008-2016.

1.2.1 Objetivos específicos:

-Comparar la prevalencia de la desnutrición crónica infantil a nivel regional y nacional en el período 2008 al 2016.

-Comparar el indicador de resultado: Menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, a nivel regional y nacional en el período 2008 al 2016.

-Comparar el indicador de resultado: Menores de 36 meses con vacunas básicas completas, a nivel regional y nacional en el período 2008 al 2016.

-Comparar el indicador de resultado: Menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro a nivel regional y nacional en el período 2008 al 2016.

-Comparar el indicador de resultado: Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses a nivel regional y nacional en el período 2008 al 2016.

-Determinar el impacto del Programa Articulado Nutricional y los indicadores de resultado, a nivel nacional, en el período 2008 al 2016.

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño no experimental, longitudinal retrospectivo.(14)

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población para efectos de la investigación estuvo constituida por los niños menores de 5 años a nivel nacional. Para el estudio se ha considerado a todos los niños menores de 5 años con datos disponibles en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar desde el año 2008 al 2016, que son un total de 85008 niños encuestados.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se tomó en cuenta para efectos de la investigación a todos los niños con datos disponibles en control de crecimiento y desarrollo, vacunas, suplementación de hierro y lactancia materna exclusiva, registrados en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar desde el año 2008 al 2016.

2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.4.1. Variables

2.4.1.1 Variable 1: Prevalencia de la desnutrición crónica infantil

2.4.1.2 Variable 2: Indicadores de resultado del Programa Articulado Nutricional

2.4.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Impacto del Programa Articulado Nutricional	Desnutrición crónica infantil	Prevalencia de desnutrición crónica infantil	Continua
Indicadores de resultado	Niño con CRED completo según edad	Proporción de Niños menores de 36 meses con CRED completo	Continua
	Niño con vacunas básicas completas según edad	Proporción de Niño menor de 36 meses con vacuna completa	Continua
	Niño con suplemento de hierro	Proporción de Niño de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro	Continua
	Niños que reciben lactancia materna exclusiva	Proporción de Niño menor de 6 meses que recibe lactancia materna exclusiva	Continua

2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llevó a cabo la recolección de datos mediante la técnica del análisis documental, El instrumento utilizado fue una ficha de registro de datos, creada en el programa estadístico Microsoft Excel que permitió ingresar los datos recolectados para su posterior procesamiento y análisis.

Los datos recolectados provienen de la base de datos de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar correspondiente a los años 2008 al 2016. Esta encuesta es una de las principales fuentes de información en la determinación de la línea de base y el monitoreo de los indicadores del Programa Articulado Nutricional, está compuesta por tres cuestionarios: salud, individual y del hogar. Estos cuestionarios recaban información importante acerca de características sociodemográficas, tendencia y determinantes en la salud, fecundidad y mortalidad. Así mismo brinda información importante acerca de la población infantil: estado de salud, vacunas, controles de crecimiento y desarrollo, episodios de enfermedad, antropometría, tamizaje de hemoglobina, y recientemente incorporado la evaluación del desarrollo infantil a cargo del MIDIS. Esta información fue facilitada por la Oficina General de Tecnología de la Información del Ministerio de Salud.

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Se creó una base de datos en el Programa Estadístico SPSS 23 con el fin de comparar los resultados obtenidos, así como evaluar el nivel de significancia de la curva de crecimiento de los indicadores de resultado y la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, para ello se aplicó el análisis de regresión curvilínea.

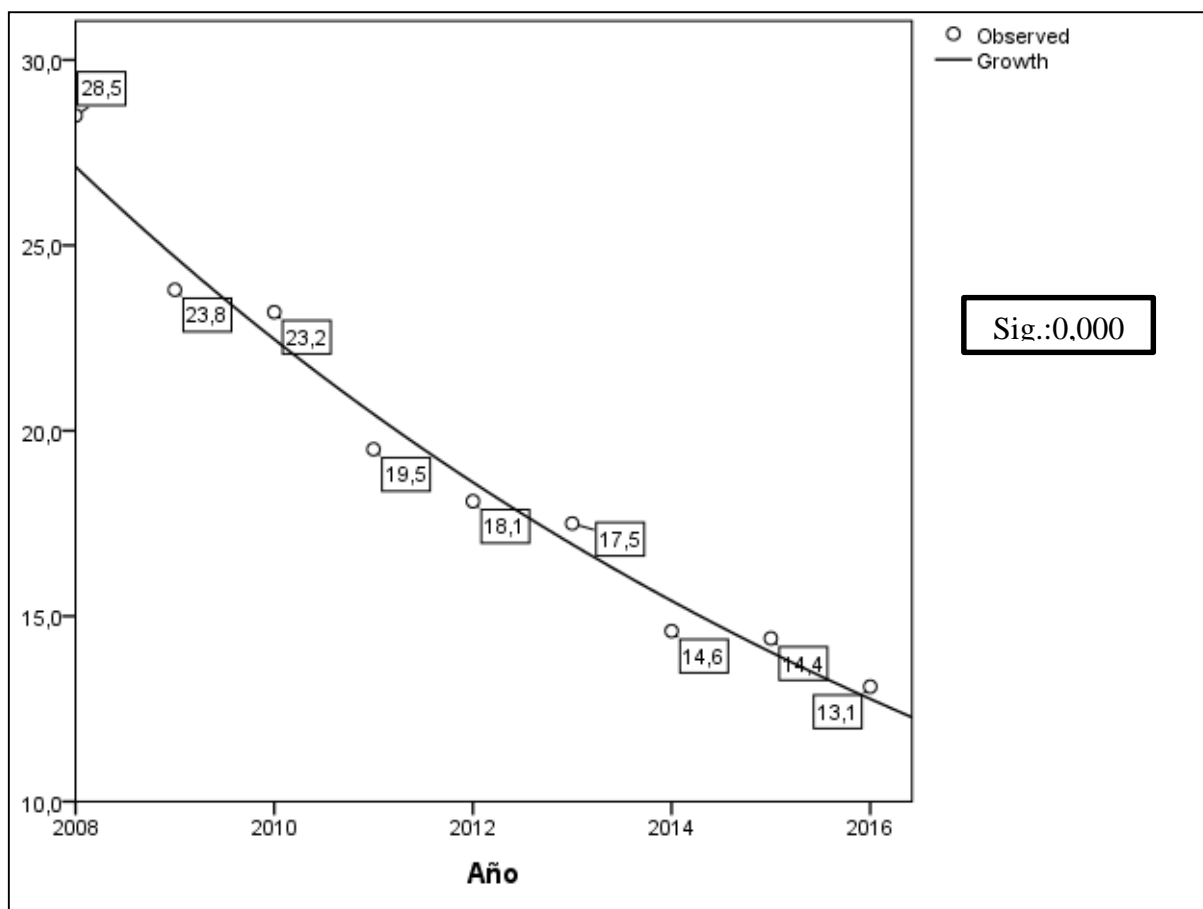
2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de revisión bibliográfica no contempló los principios éticos de Belmont, dado que la investigadora no trabajó con seres humanos. Sin embargo, se aplicó los principios éticos de confidencialidad y el rigor de la verdad al momento de recopilar, procesar y analizar la información. Además, se obtuvo la autorización del Ministerio de Salud para realizar la investigación, al facilitar la información solicitada.

RESULTADOS

Después de la recolección y procesamiento de la información, los resultados fueron presentados en tablas y figuras estadísticas para su respectivo análisis e interpretación.

Figura 1: Prevalencia de desnutrición crónica infantil, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017).

En la figura 1 se aprecia que la prevalencia de niños menores de cinco años con desnutrición crónica, a nivel nacional, presenta un descenso de 15,4% en el 2016 en comparación al año 2008, la tendencia regresiva es significativa en los últimos años. Así mismo se observa una significativa reducción en los años 2008 al 2009, alcanzando un 4,7% de reducción. Sin

embargo se observa una leve disminución de 0.2% en el periodo 2014 al 2015.



Tabla 1: Prevalencia de desnutrición crónica infantil, a nivel regional en el período 2008 al 2016.

Región/Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Sig.	Tendencia	Ranking 2016
Tacna	6.3	2.1	3	3.7	3.1	2.9	3.7	2.6	2.3	0.222	Regresiva	1
Moquegua	9.5	5.1	5.7	5.7	4.4	4.1	4.2	3.5	4.5	0.010	Regresiva	2
Lima y Callao	11.4	8.6	8.9	8	6.3	5.1	4.8	5.9	5.1	0.001	Regresiva	3
Arequipa	12.4	12.2	12.3	9	7.3	8.7	7.3	7.5	6.3	0.000	Regresiva	4
Ica	13	10.3	10.3	8.9	7.7	7.7	6.9	6.7	7.1	0.000	Regresiva	5
Tumbes	12.2	13.2	12.8	11	10.1	9.1	8.3	9.1	7.4	0.000	Regresiva	6
Madre De Dios	15.7	12.5	11.9	11.9	12.1	11.6	9.8	10.2	8.3	0.001	Regresiva	7
Lambayeque	20.1	18.2	17.8	16.2	14	14.2	14.3	14.1	11.8	0.000	Regresiva	8
San Martín	25.1	28.2	26.8	22.8	16.8	15.5	16	16.3	12.1	0.000	Regresiva	9
La Libertad	31.2	27.2	26.1	23.2	21	22.1	19.9	15.9	12.2	0.000	Regresiva	10
Cusco	36.9	38.4	35.4	29.9	24.3	20	18.2	16.7	14.6	0.000	Regresiva	11
Piura	29.6	23	22.9	20.9	21.7	24.9	21.7	20.3	15.3	0.017	Regresiva	12
Puno	36.7	27.3	25.5	21.5	20	19	17.9	14.5	16.4	0.000	Regresiva	13
Ancash	38.6	28.2	28.6	26.9	24.7	22	20.5	18.7	17.1	0.000	Regresiva	14
Ayacucho	42.2	41.4	38.8	35.3	29.5	28	26.3	21.7	18.9	0.000	Regresiva	15
Huánuco	49.4	39.2	37.4	34.3	30.9	29	24.8	24.2	19.2	0.000	Regresiva	16
Amazonas	37.4	26.8	25.2	27.5	29.2	27.1	30.8	22.7	19.3	0.046	Regresiva	17
Apurímac	41.7	34.8	38.6	39.3	32.2	29	27.3	22.3	20	0.000	Regresiva	18
Junín	31.9	33.7	30.4	26.7	24.4	24.2	22.1	19.8	20.5	0.000	Regresiva	19
Loreto	32.3	29.1	31	34.2	32.3	27.7	24.6	23.2	23.6	0.008	Regresiva	20
Pasco	39.5	38.4	32.6	24.8	26	26.5	24.9	22.4	24.8	0.002	Regresiva	21
Ucayali	30.5	29.9	31.6	31.4	24.7	24.5	26.1	24	24.8	0.007	Regresiva	22
Cajamarca	46.6	39.8	40.5	37.6	34.2	35.6	32.2	23.9	26	0.000	Regresiva	23
Huancavelica	59.2	53.6	54.6	54.2	50.2	42.4	35	34	33.4	0.000	Regresiva	24

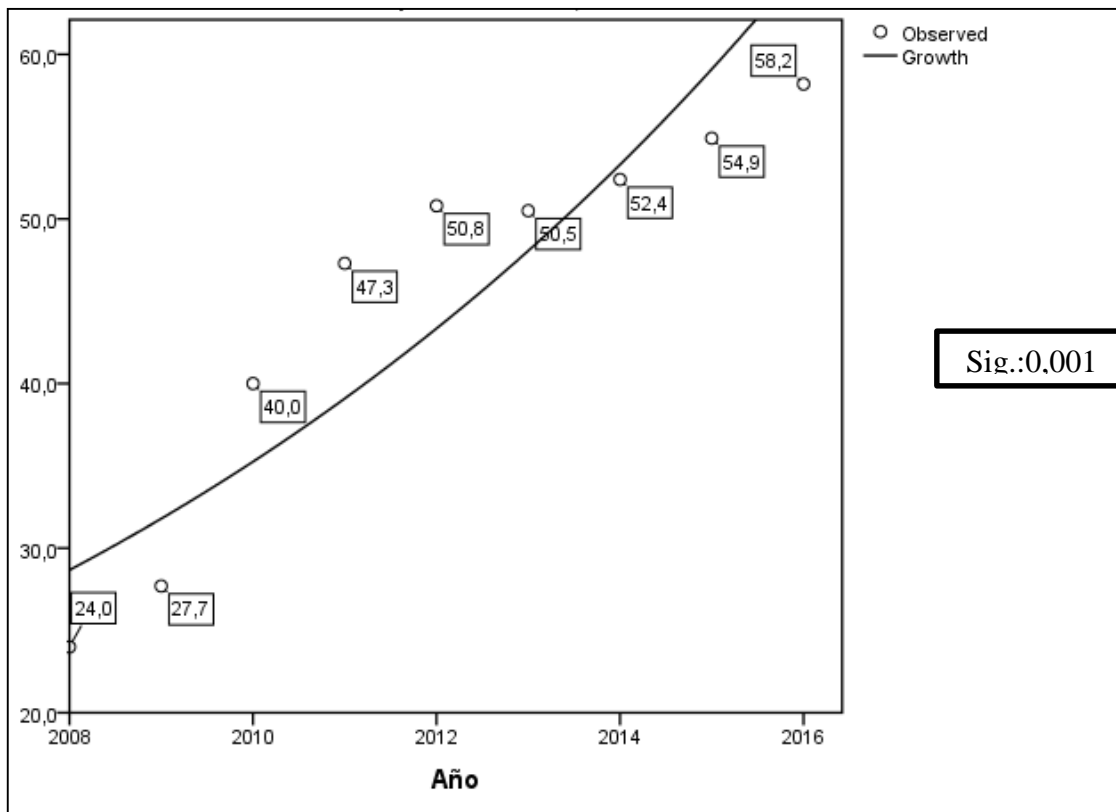
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la tabla 1 se puede observar que la prevalencia de la desnutrición crónica infantil es regresiva de manera significativa en todas las regiones del país, el nivel de significancia es menor a 0.05%, a excepción de la Región Tacna donde se observa que los indicadores han permanecido por debajo del 5% en los últimos años, y por ello no se aprecia una tendencia de disminución significativa. Además según el ranking 2016, los cinco primeros lugares están ocupados por las regiones de Tacna, Moquegua, Lima y Callao, Arequipa e Ica, con porcentajes que oscilan entre 2.3% a 7.1%. A diferencia

de las regiones de Loreto, Pasco, Ucayali, Cajamarca y Huancavelica, que ocupan los últimos lugares, con porcentajes mayores al 23%.



Figura 2: Menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017).

En la figura 2 se aprecia que la proporción de niños menores de treinta y seis meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, a nivel nacional, presenta un ascenso de 34,2% en el 2016 en comparación al año 2008, la tendencia progresiva es significativa en los últimos nueve años.

Tabla 2: Menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, a nivel regional en el período 2008 al 2016.

Región/Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Sig.	Tendencia	Ranking 2016
Huancavelica	20.9	15.5	38.7	73.6	77.2	75.8	66.8	75.5	76.9	0.009	Progresiva	1
Huánuco	24.1	47.8	69.9	72.3	68.9	69.3	72.6	74.4	74	0.03	Progresiva	2
Pasco	13.4	27.5	51.1	59.9	62.6	58.1	62.4	65.8	72.7	0.009	Progresiva	3
Moquegua	28.4	26.9	51.5	53	57.2	59.5	48.7	67.7	70.7	0.004	Progresiva	4
San Martín	24.8	22	45.3	46.6	54.3	60.3	69.5	70.4	69.9	0.001	Progresiva	5
Cusco	20.8	32.5	50.5	63.5	64	58.8	50.6	60.9	69.8	0.015	Progresiva	6
Ancash	31.8	41.6	54.7	65.8	71.2	67.8	64.8	69.6	69.1	0.008	Progresiva	7
Tacna	26.9	25.1	42.9	59.4	54.2	56	49.2	61.7	69.1	0.004	Progresiva	8
Junín	10.7	14.5	37.4	53.1	57	56.3	61.4	68.5	68.4	0.003	Progresiva	9
Cajamarca	27.9	37.6	56.3	71.5	68.6	68.3	68.5	64.9	66.8	0.019	Progresiva	10
Amazonas	17	29.2	38.7	52.5	60.2	59.8	68.4	70.1	64.3	0.002	Progresiva	11
La Libertad	19.4	14.2	25.4	36.5	42.6	62.5	56.8	58.2	63.5	0.000	Progresiva	12
Piura	18.4	23.7	30.2	43.1	44.8	47.3	62.2	57.9	63.3	0.000	Progresiva	13
Arequipa	26.1	27.5	36.7	44.6	46.7	49.1	50.1	53.5	62.9	0.000	Progresiva	14
Tumbes	22.8	16.6	41.6	49.2	42.4	56.4	52.4	57.6	62.9	0.004	Progresiva	15
Ayacucho	19.5	42.3	52.3	61.1	68.6	62	55.4	61.8	62.7	0.036	Progresiva	16
Apurímac	48.6	58.5	62.2	51.1	56	57.4	60	60.9	60.0	0.124	Progresiva	17
Puno	19.1	18.5	40.2	47	62.7	66.2	55.4	54.8	58.5	0.008	Progresiva	18
Madre de Dios	21	26.9	29.8	41.1	42.9	46.1	35.4	51.6	55.1	0.001	Progresiva	19
Loreto	9	8.2	24.8	35.7	41.4	41.6	44	47.4	53.8	0.002	Progresiva	20
Lima y Callao	29.5	30.4	35.7	37.4	41.1	39.9	43.8	46.8	50.0	0.000	Progresiva	21
Ica	14.1	22.2	26.9	40.8	40.7	30	37.3	48.4	48.5	0.003	Progresiva	22
Lambayeque	21.9	31.4	38.6	36.5	41.1	40.9	45.3	39.8	44.4	0.009	Progresiva	23
Ucayali	24.1	24.4	37.3	45.5	39.1	34.5	37.2	37.1	43.9	0.045	Progresiva	24

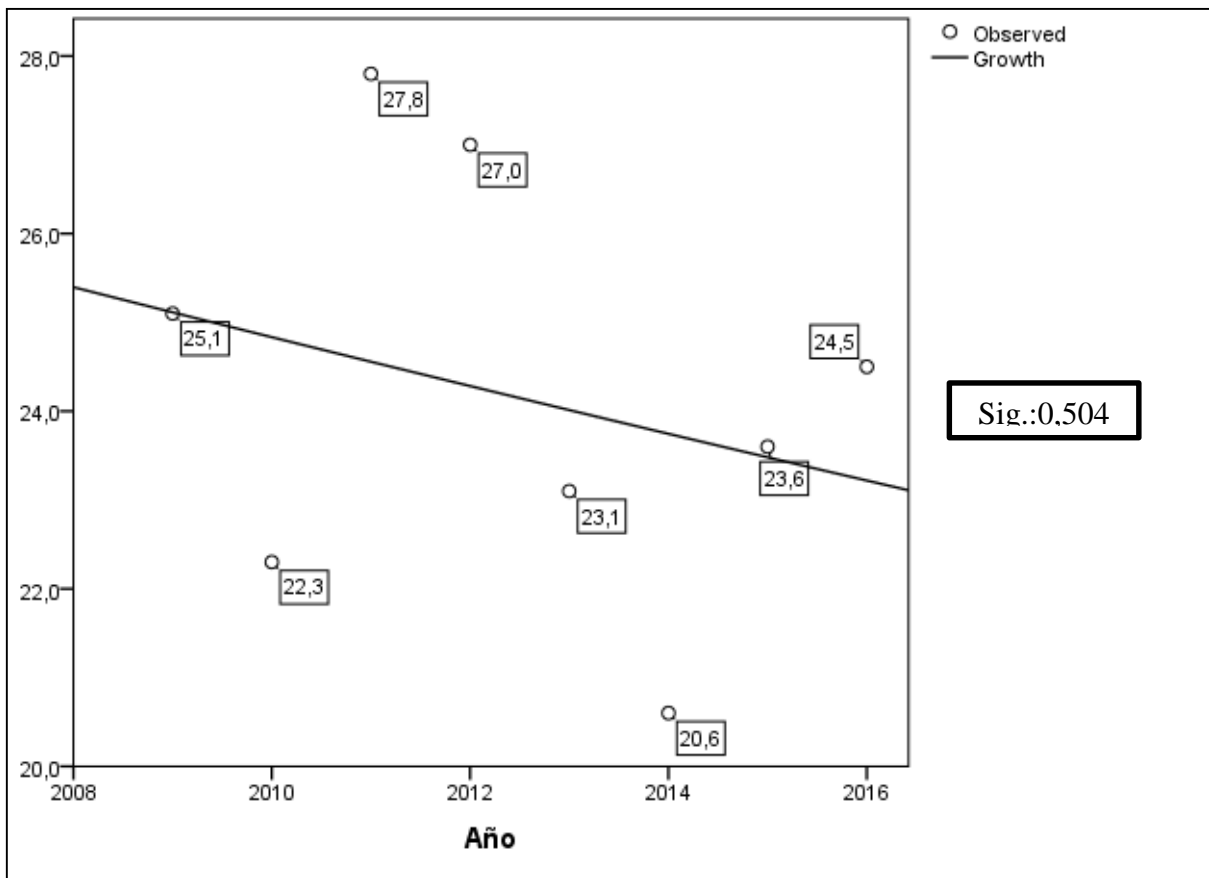
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la tabla 2 se puede observar que la proporción de niños menores de treinta y seis meses con control de crecimiento y desarrollo completo a nivel de todas las regiones presenta una tendencia progresiva significativa (nivel de significancia menor a 0.05%), a excepción de la Región Apurímac donde se aprecia un incremento de 11.4% en el año 2016 en comparación al año 2008, sin embargo la tendencia progresiva no es significativa en los últimos nueve años. Además según el ranking 2016, los cinco primeros lugares están

ocupados por las regiones de Huancavelica, Huánuco, Pasco, Moquegua y San Martín, con porcentajes mayores a 69%. A diferencia de las regiones de Loreto, Lima y Callao, Ica, Lambayeque y Ucayali, que ocupan los últimos lugares, con porcentajes menores al 54%.



Figura 3: Menores de 36 meses con vacunas básicas completas, a nivel nacional en el período 2009 al 2016.



*Vacunas Básicas Completas incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis contra la Poliomielititis, 2 dosis contra la Influenza, 1 dosis SPR, 1 dosis Antiamarílica y 1 dosis Refuerzo DPT.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la figura 3 se aprecia que la proporción de menores de treinta y seis meses con todas sus vacunas básicas completas, a nivel nacional, presenta un descenso de 0.6% en el 2016 en comparación al año 2009, la tendencia es regresiva, aunque no significativa.

Tabla 3: Menores de 36 meses con vacunas básicas completas, a nivel regional en el período 2009 al 2016.

Región/Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Sig.	Tendencia	Ranking 2016
Huánuco	23.6	25.6	31.3	34.2	32.5	26.5	29.8	32.8	0.164	Progresiva	1
Ancash	29.5	24.9	32.2	28	29.8	25.5	26.7	31.5	0.902	Progresiva	2
Junín	19.5	21.5	33.8	28.7	22.8	18.8	23	29.9	0.663	Progresiva	3
Moquegua	28.3	19.3	31.8	29.2	27.5	17.3	23.9	28.3	0.795	Estacionaria	4
Apurímac	32.2	23.4	28.8	31	30.8	27.1	28.8	28	0.929	Progresiva	5
Pasco	18.6	29.1	26.9	29.1	20.5	29.1	23.4	27	0.574	Progresiva	6
Amazonas	29.1	20.3	18.6	20.4	18.6	22.9	27.8	26.4	0.585	Regresiva	7
Ayacucho	31.7	24.9	30.2	29.7	20.2	25.8	25.6	26	0.286	Regresiva	8
Cusco	34	26.5	29.5	27.7	24.6	20.9	24.9	25.9	0.058	Regresiva	9
Cajamarca	26	22.6	29.1	25.4	29.2	22.5	24.5	25.6	0.814	Regresiva	10
Tumbes	33.6	26.9	23.7	31.9	24.1	28.4	25.2	25.4	0.254	Regresiva	11
Lambayeque	32.4	17	26.2	28.1	26	22.1	21.9	25.3	0.708	Regresiva	12
Madre De Dios	27.3	28.3	23.7	25.2	21.3	19.3	23.6	25	0.170	Regresiva	13
Ica	28.2	21.6	25.1	24.6	21.1	21.3	22.6	24.9	0.368	Regresiva	14
San Martín	19.6	27	27.8	23.3	21.4	16.7	21.5	24.9	0.661	Progresiva	15
Tacna	17.7	22.1	33.9	21.2	31.9	30.8	26.2	24.5	0.301	Progresiva	16
Lima y Callao	25.7	24	25.8	26.4	21.4	20.4	25.2	23.6	0.333	Regresiva	17
Huancavelica	30.4	24.1	31.8	34.7	29.5	29.3	25.6	23.5	0.322	Regresiva	18
Piura	21	20.9	27.5	27	21.5	23.7	23.4	23.3	0.687	Progresiva	19
Loreto	14.1	11.8	26.3	20.6	22.5	17.1	21.7	23.2	0.143	Progresiva	20
Arequipa	25.9	21.9	33.2	27	21.7	16.9	24.8	22.6	0.350	Regresiva	21
La Libertad	23.1	20.2	29.8	29.8	21.5	11.8	17.7	20.7	0.269	Regresiva	22
Ucayali	32.7	19.9	27.6	29.8	22.9	17	16.5	20.2	0.061	Regresiva	23
Puno	20.4	18.6	22.9	27.3	18.2	16.2	16.7	19.9	0.371	Regresiva	24

*Vacunas Básicas Completas incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis contra la Poliomielitis, 2 dosis contra la Influenza, 1 dosis SPR, 1 dosis Antiamarílica y 1 dosis Refuerzo DPT.

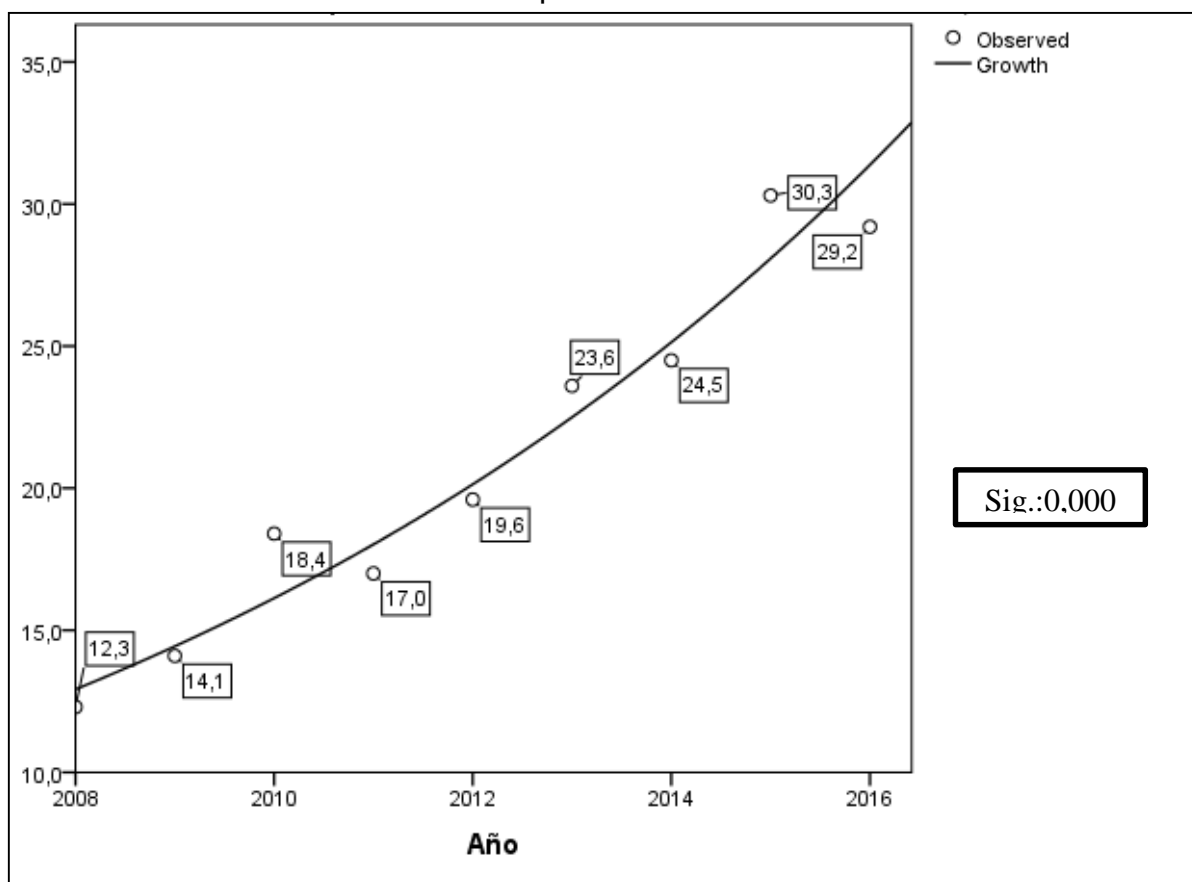
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la tabla 3 se puede observar que la proporción de niños menores de treinta y seis meses con todas sus vacunas básicas para su edad presenta una tendencia regresiva en 14 regiones del país, es decir las coberturas han disminuido aunque no conlleva a una reducción significativa. La Región Moquegua presenta una tendencia estacionaria con un 28.3%, al comparar los años 2009 y 2016. Sólo las regiones Ancash, Apurímac, Huánuco, Junín, Loreto, Pasco, Piura, San Martín y Tacna presentan una tendencia progresiva pero no significativa (nivel de

significancia mayor a 0.05%), en los últimos diez años. Al observar el ranking 2016, las regiones de Huánuco, Ancash, Junín, Moquegua y Apurímac ocupan los primeros lugares con porcentajes superior o igual a 27%. Los últimos lugares del ranking están ocupados por Loreto, Arequipa, La Libertad, Ucayali y Puno con porcentajes inferiores a 23%.



Figura 4: Menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la figura 4 nos indica que a nivel nacional la proporción de niñas y niños menores 36 meses que recibieron suplemento de hierro presenta una tendencia progresiva significativa en los últimos diez años, con un nivel de significancia de 0.000, existe un aumento de 16.9% en el 2016 en comparación al año 2008.

Tabla 4: Menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro a nivel regional en el período 2008 al 2016.

Región/Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Sig.	Ranking 2016
Apurímac	32.1	38.5	59.3	38.1	39.5	45.5	40.1	46.7	46.2	0.318	1
Ayacucho	21.4	19.6	33.3	37.5	32.2	34.1	30,9	41.3	42.5	0.009	2
Tumbes	14	25.8	22.1	22.2	35.6	27.6	29.5	46.2	40.2	0.003	3
Huancavelica	21.7	28	58.4	46	24.5	33.9	41.3	41	38.7	0.350	4
Moquegua	4.1	5.5	11.5	10.3	10.5	24.1	19,5	27.5	37.9	0.000	5
Ancash	15.6	12.5	19.9	23	19.1	36	23,5	37.7	34.8	0.003	6
Cusco	10.5	16.5	30.7	18.8	38.8	47	20,7	37.9	34.8	0.042	7
Amazonas	6.2	9.9	9.7	15.6	9.5	12.1	30.2	37.3	34.6	0.001	8
La Libertad	6	7.2	9.4	11.3	13.51	17.2	18,3	30.3	33.5	0.000	9
Piura	8.4	7.7	18.7	6.6	22.2	23.4	40.3	43.1	32.6	0.004	10
Arequipa	12.9	16.5	23.2	12.4	19	21,3	17,1	27.8	31.7	0.027	11
Junín	5.6	13	13.8	16.5	17.5	26,8	27,5	35.3	30	0.000	12
San Martín	13.8	5.9	3.5	15.6	13.5	20,0	17,6	34.7	29.4	0.022	13
Tacna	8.2	7.8	5.3	16.3	13.4	12,6	11,0	28.7	29.4	0.008	14
Huánuco	15.1	25.3	39.8	25.2	14.3	33.2	31.8	33.1	29.1	0.262	15
Pasco	12.9	25.1	22.8	17.8	22.5	40.4	19,3	31.4	28.9	0.091	16
Lima y Callao	10.6	12.8	13.9	15	15.4	17.8	20.8	25.2	26.9	0.000	17
Loreto	17.1	19.6	8.6	14.4	17.5	19,3	30.2	26.6	26.8	0.054	18
Cajamarca	14.4	16.6	23.1	26.4	41.3	37.8	34.2	30.3	26.5	0.040	19
Ica	6.7	4.8	9.7	7.8	7.8	10.5	16.2	21.1	24.8	0.000	20
Ucayali	13.4	14.5	14.6	10.6	8.7	8,9	17.8	22.5	22.3	0.214	21
Lambayeque	10.9	20	21.5	13.2	18.5	23,9	23.4	25.5	21.6	0.047	22
Madre De Dios	14	29.9	13.3	13.1	17.7	19,7	18,5	23.1	21.5	0.384	23
Puno	5.1	6.6	8	10.1	15.8	28.2	20,7	25.6	21.5	0.000	24

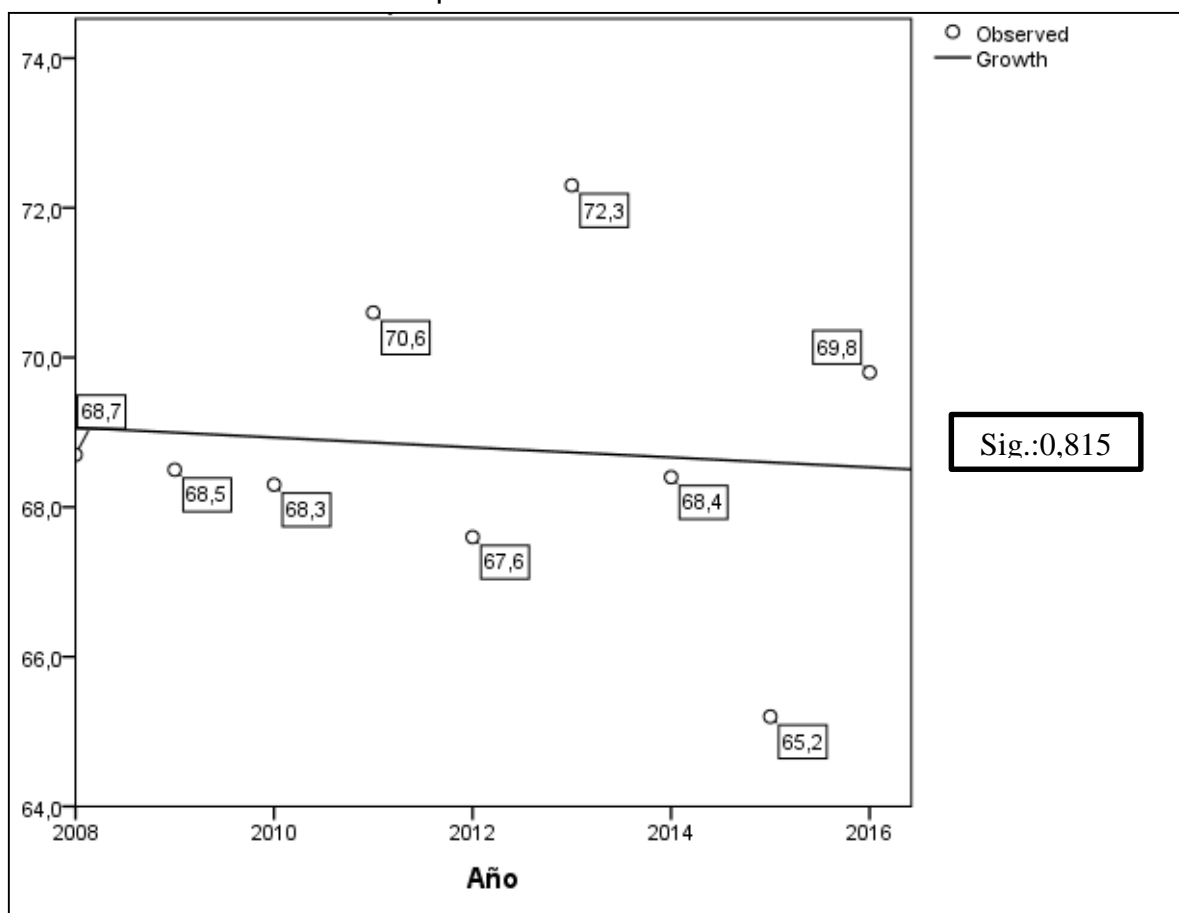
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la tabla 4 se puede observar que la proporción de niñas y niños menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, presenta una tendencia progresiva significativa en 18 regiones del país. Sin embargo, en las regiones de Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Madre de Dios, Pasco y Ucayali presentan una tendencia progresiva no significativa (nivel de significancia mayor a 0.05%), en los últimos diez años. Al apreciar el ranking 2016, observamos que las regiones que ocupan los cinco primeros lugares están liderados por Apurímac, Ayacucho, Tumbes,

Huancavelica y Moquegua sucesivamente, con porcentajes superiores a 37%. Por otro lado, las regiones de Ica, Ucayali, Lambayeque, Madre De Dios y Puno ocupan los últimos lugares con porcentajes inferiores a 25% en el año 2016.



Figura 5: Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la figura 5 nos indica que a nivel nacional la proporción de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva presenta una tendencia progresiva no significativa en los últimos nueve años, con un nivel de significancia de 0.815, existe un aumento de 1.1% en el 2016 en comparación al año 2008.

Tabla 5: Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, a nivel regional en el período 2008 al 2016.

Región/Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Sig.	Tendencia	Ranking 2016
Huancavelica	84.6	89	94.7	86.5	89.8	90.6	93.3	86.9	100	0.133	Progresiva	1
Pasco	79.6	77.8	78.5	79.5	71.6	85.4	87.7	79.4	94.6	0.093	Progresiva	2
Apurímac	74	90.8	86.3	92.6	86.1	90.7	92.9	94.5	88.3	0.094	Progresiva	3
Loreto	79.2	82.3	63	69.6	76.5	85.5	80.8	78.8	85.3	0.289	Progresiva	4
Puno	73.7	70.8	97.3	82.1	79.5	83.7	79.1	77.9	85.1	0.545	Progresiva	5
Ayacucho	93.1	77.6	82	82.6	84.6	80.2	95.3	84.5	84.9	0.781	Regresiva	6
Cusco	86.3	83.4	82.3	84.9	85.2	87.9	93.7	77.4	84.9	0.991	Regresiva	7
Cajamarca	70.3	77.7	77.7	79.8	64.5	86	92.1	78.9	79.8	0.25	Progresiva	8
Junín	71.1	80.4	91.5	97.2	81.4	86.4	74.6	79.8	78.6	0.86	Progresiva	9
Amazonas	70.2	86.1	72.7	82.7	76.4	86.5	77.2	83.9	77.1	0.46	Progresiva	10
Huánuco	76	74.3	83.4	79.5	74.3	97	74.8	82.1	76.8	0.659	Progresiva	11
La Libertad	54.4	78.4	76.6	72.4	85.1	69.6	51.4	67.6	74.9	0.998	Progresiva	12
Ucayali	79.6	84.5	87.2	77	46.7	81.3	82.3	80	74.2	0.753	Regresiva	13
San Martín	74.2	73.9	76.7	80.5	76.6	72	62.5	68	69.7	0.077	Regresiva	14
Ancash	62.8	60.2	69.1	77	73.6	88.5	79.6	64.4	69.2	0.322	Progresiva	15
Piura	58.7	63	43.4	53.2	71	74.5	71.6	53.1	67.6	0.349	Progresiva	16
Lambayeque	62.9	42.4	52.5	81.9	64.5	39.4	69.4	55.8	65.6	0.683	Progresiva	17
Lima y Callao	55.2	59.1	55	61.7	76.7	59.8	55.8	56.1	61.6	0.752	Progresiva	18
Moquegua	34.8	77.6	72.9	41.3	84.3	69.4	40.9	69.9	61.4	0.633	Progresiva	19
Arequipa	57.8	38.5	66.7	48.6	55	78.2	76.9	65.7	59.3	0.168	Progresiva	20
Tacna	65.6	56.7	72.5	62	48.1	65.1	66.4	61.2	57.6	0.678	Regresiva	21
Madre De Dios	52.7	58.5	58	63.8	61.8	65.4	51.9	47.7	45.3	0.171	Regresiva	22
Ica	43.2	64	43.7	57	61.3	50.5	47.4	31.7	40.6	0.196	Regresiva	23
Tumbes	47.2	45.2	47.4	62.8	75.3	42.8	40	42.1	29.6	0.191	Regresiva	24

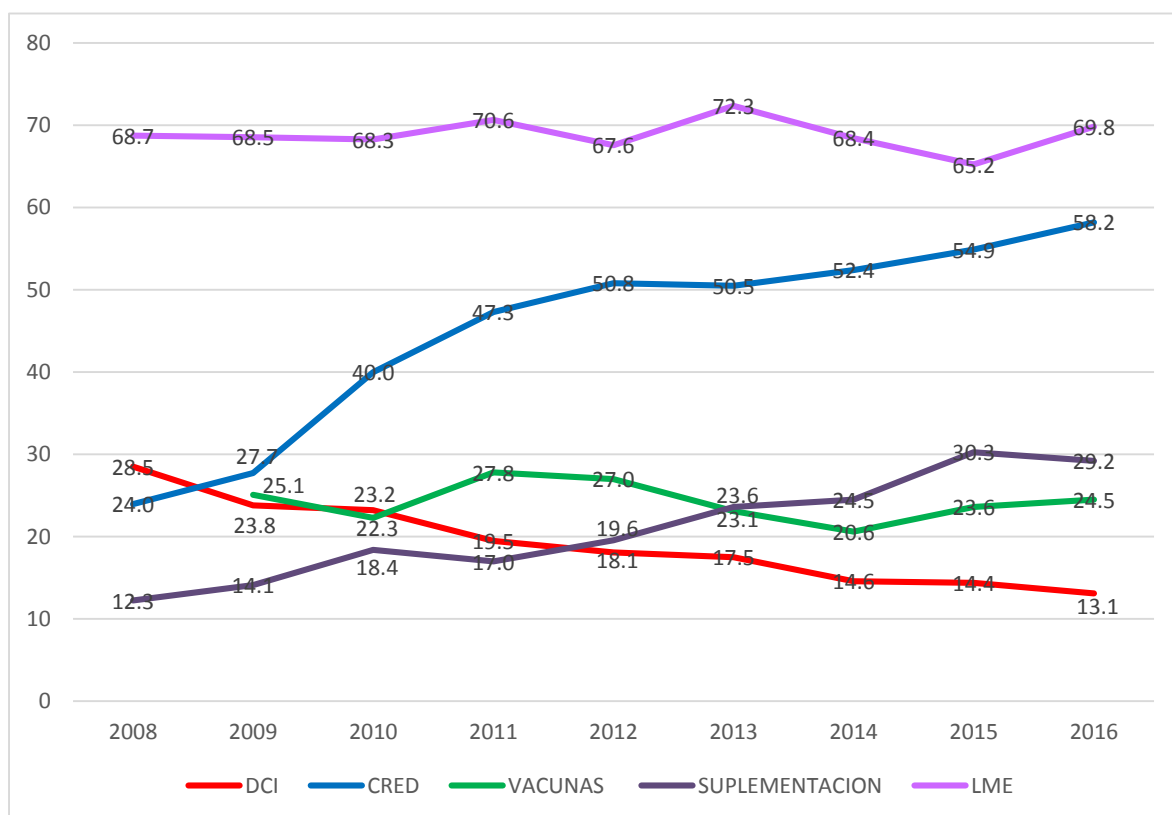
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la tabla 5 se puede observar que la proporción de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva presenta una tendencia progresiva, no significativa, en 16 regiones del país. Sin embargo, en las regiones de Ayacucho, Cusco, Ica, Madre De Dios, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali presentan una tendencia regresiva, no significativa, en los últimos nueve años. La región Huancavelica lidera el ranking 2016 con un porcentaje de 100%, le siguen las

regiones de Pasco, Apurímac, Loreto y Puno con porcentajes superiores a 85%. Sin embargo, las regiones de Arequipa, Tacna, Madre De Dios, Ica y Tumbes ocupan los últimos lugares del ranking, con porcentajes inferiores o iguales a 59.3%.



Figura 6: Impacto del Programa Articulado Nutricional y los indicadores de resultado, a nivel nacional en el período 2008 al 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008-2016. Elaboración propia (Octubre, 2017)

En la figura 6 se puede apreciar el impacto del Programa Articulado Nutricional en la desnutrición crónica infantil a partir de su implementación en el año 2008, la prevalencia de esta afectación ha disminuido en un 15.4% en los últimos nueve años. En el 2008 ascendía a 28.5% y en el 2016 ha descendido a 13.1%. Se observa la reducción de más de 1 punto porcentual por año hasta el 2014, sin embargo, a partir de ese año la reducción es inferior a ese porcentaje. De acuerdo a los resultados obtenidos es en el período 2008-2009 donde se ha logrado disminuir en mayor porcentaje la prevalencia de la desnutrición crónica logrando una significativa reducción de aproximadamente 5 puntos porcentuales. Así mismo

se observa los significativos avances en los indicadores de resultado del PAN, producto de las intervenciones dirigidas a la población infantil, según el gráfico se puede apreciar que mientras la prevalencia de la desnutrición crónica infantil ha disminuido los indicadores de resultado presentan significativos avances. Existe el progresivo aumento en los controles completos para su edad, 34.2 puntos porcentuales, y suplementación de micronutrientes, 16.9%. Sin embargo, en cuanto a vacuna completa y lactancia materna exclusiva han mantenido sus porcentajes en estos últimos años.



DISCUSIÓN

A partir de la implementación del Programa Articulado Nutricional en el año 2008, existe una disminución significativa de 15.4 puntos porcentuales de la prevalencia de la desnutrición crónica en los últimos nueve años a nivel nacional. A nivel regional se evidencia también un patrón regresivo significativo. La desnutrición crónica infantil puede originarse, según el modelo conceptual de Urban Jhonson y adaptado por UNICEF, debido a factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos y la salud del individuo. Se plantea que para lograr y mantener el bienestar nutricional en los niños y niñas es preciso actuar en torno a los siguientes campos: 1) acceso a alimentos; 2) adecuadas prácticas de cuidado materno infantil; y 3) adecuados servicios de salud, abastecimiento de agua segura y saneamiento ambiental.⁽¹⁵⁾ Todos estos factores están siendo trabajados por el Programa Articulado Nutricional, así como por otros programas estratégicos a cargo de otros ministerios. Esto ha contribuido a lograr la disminución de más de 10% en los primeros 6 años de implementación del PAN, sin embargo, a partir del año 2014 existe un descenso anual menor a 1 punto porcentual.

Según el indicador de resultado: menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, presenta un incremento progresivo y significativo a nivel nacional en los últimos nueve años, sin embargo no sobrepasa el 60% de cobertura. Esto quiere decir que aproximadamente 4 de cada diez niños no están siendo controlados, esta situación podría repercutir en el estado de salud de los niños y niñas al no recibir un tratamiento oportuno debido al diagnóstico tardío de alteraciones en su salud, originando altos índices de anemia, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, y por

ende la desnutrición crónica infantil; de acuerdo al marco lógico del PAN, además de problemas en el desarrollo del niño. En un estudio realizado en las regiones de Amazonas, Loreto y Pasco en el año 2012 se encontró que uno de los factores relacionados con las bajas coberturas son las múltiples funciones que deben desarrollar la enfermera que labora en los consultorios de crecimiento y desarrollo, de esta manera se pierden oportunidades de atención al niño.(16)

Otro indicador de resultado del PAN es la vacunación básica a los menores de 36 meses. La Organización Mundial de la Salud señala que para que una población esté protegida de enfermedades inmunoprevenibles debe tener coberturas de vacunación mayor o igual a 95% en cada distrito por cada tipo de vacuna, sin embargo, al observar las coberturas de vacunas básicas para los niños y niñas menores de 3 años en el Perú en los últimos nueve años, aún no se logra alcanzar ese porcentaje, y al comparar dichos valores se ha evidenciado una disminución discreta de 0.6% en relación al año 2007.(17) Según los resultados obtenidos en la investigación se aprecia una tendencia regresiva, aunque no significativa, en los últimos nueve años. Dichos resultados han sido evaluados en el informe de alarma emitido por el Equipo de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza en el 2013.(17) Posteriormente, en el año 2015 se realizó un reporte de la situación de la vacunación a los menores de 36 meses, evidenciando un progreso en las coberturas aunque no significativas.(18) Así también, en el año 2014, la Organización Panamericana de la Salud, en respuesta a una solicitud realizada por el Ministerio de Salud, evaluó la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y halló estas cifras

desalentadoras. Esta situación se descentraliza en las regiones donde se evidencia la tendencia regresiva, en el último año evaluado ninguna región llega al 30% de cobertura. En general, las bajas coberturas de vacunación en nuestro país, que no logran niveles óptimos, son el resultado de múltiples factores, entre los que destacan: La pérdida de rectoría del Ministerio de Salud que ha generado debilidad en las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación así como una frágil coordinación entre los diferentes niveles, organización inadecuada de los servicios de salud (ej. horarios reducido, días específicos para vacunar, falta de seguimiento a esquemas incompletos faltantes, insuficiente ejecución de actividades extramurales), problemas en la gestión de suministros que conlleva al desabastecimiento temporal de algunas vacunas a nivel local, conocimientos y actitudes de los cuidadores (ej. Temor a la simultánea de vacunas, temor a las reacciones adversas), problemas relacionados con el personal de salud (ej. Insuficiencia, alta rotación, multifuncionalidad, falta de capacitación, actitudes inadecuadas, etc.)(19) Asimismo, la carencia de liderazgos estatales nacionales pero también la poca atención de los Gobiernos Regionales y la débil participación de otros actores entre ellos el Colegio de Enfermeros y otras organizaciones de la sociedad civil.(17)

El indicador de resultado: menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, a nivel nacional, de acuerdo a los resultados comparados, reporta una tendencia progresiva significativa en los últimos nueve años de 16.9%. Se puede deducir que las diversas políticas implementadas a través del tiempo estarían constituyendo un factor primordial en este aumento.(20) En todas las regiones, exceptuando Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Madre

de Dios, Pasco y Ucayali, se aprecia el incremento significativo. Sin embargo, es importante recalcar que aun cuando las coberturas de suplementación han ido en aumento, no se ha registrado un descenso notorio de la anemia en el país, pues todavía afecta al 43.6% de nuestros niños y niñas, convirtiéndose en un problema de salud pública.

El indicador de resultado: lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida protege a los recién nacidos y lactantes contra la enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad y promueve el desarrollo sano del niño.(21) El Perú ocupa el primer lugar a nivel de Sudamérica en cuanto a lactancia materna exclusiva,(22) sin embargo al comparar los datos estadísticos, no existe un incremento significativo en los últimos nueve años, el aumento sólo alcanza un 1.1%,. por el contrario se observa un descenso en períodos intermedios, situación que ha sido reportada como causal en el incremento de la anemia en los niños.(23). Esto se debería a la agresiva mercadotecnia de fórmulas lácteas, la inserción de las mujeres al mercado laboral y el rechazo de las mismas a amamantar. Esto socava los éxitos alcanzados en las últimas décadas.(24) Estas tasas son más bajas en las regiones de la costa.

En periodos anteriores, en nuestro país, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil se mantenía alta y relativamente constante con valores por encima del 30%.(25) De acuerdo al análisis realizado, existe una disminución significativa de la desnutrición crónica infantil a partir de la implementación del Programa Articulado Nutricional en el año 2008. Los indicadores de resultado que más coberturas han alcanzado durante el periodo de estudio son los

controles de crecimiento y desarrollo completos para la edad y la suplementación de hierro. Esto es concordante con el modelo propuesto por Martínez R. y Palma A. para erradicar la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes, en donde señala que las intervenciones específicas como suplementación con micronutrientes y una adecuada educación que promueva la lactancia materna exclusiva y prácticas adecuadas de ablactancia contribuyen a la disminución de la desnutrición crónica.(8)

Además estos resultados son similares con la investigación de Jaillita S. donde señala que existe una relación negativa entre los controles de crecimiento y desarrollo y la desnutrición crónica infantil.(9) Asimismo en el estudio realizado por Cruzado señala que se reduce la probabilidad de ser desnutrido si el niño tiene controles de crecimiento y desarrollo(10). Sin embargo, los indicadores de resultado: vacunación básica y lactancia materna exclusiva han mantenido sus coberturas a través del tiempo por lo que se infiere que no ha contribuido en la disminución de la desnutrición crónica infantil o también su contribución es discreta, estos resultados son similares a los hallado por Jaillita A. donde señala que la relación entre el producto vacuna completa y desnutrición es negativa pero no significativa.(9)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se concluye que:

1. La prevalencia de la desnutrición crónica infantil en el Perú en los últimos nueve años ha disminuido y tiene una tendencia regresiva significativa.
2. Existe un aumento progresivo significativo del indicador resultado: menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos, en los últimos nueve años.
3. Se evidencia una disminución discreta del indicador de resultado: menores de 36 meses con vacunas básicas completas, existe una tendencia regresiva, no significativa.
4. El indicador de resultado: menores de 36 meses con suplemento de hierro registra un incremento significativo durante el periodo de estudio. Tiene una tendencia progresiva significativa.
5. El indicador de resultado: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses a nivel nacional registra un aumento progresivo no significativo, en comparación con el año 2008, con registros de leve disminución en períodos intermedios.
6. Existe un impacto positivo en la disminución de la desnutrición crónica infantil a partir de la implementación del Programa Articulado Nutricional.

5.2. Recomendaciones

Se realiza las siguientes recomendaciones:

A las jefaturas de Enfermería:

- Sensibilizar al profesional de enfermería que labora en los consultorios de crecimiento y desarrollo con la finalidad de mejorar la calidad de atención a la población infantil, así como gestionar la contratación de recurso humano, el abastecimiento de insumos, mejoramiento de infraestructura y equipamiento de los consultorios de crecimiento y desarrollo de acuerdo al nivel operativo del establecimiento de salud, finalmente facilitar la capacitación técnica- científica-humanística que permita fortalecer al personal de salud.
- Reconocimiento social a los profesionales de enfermería que implementen estrategias exitosas que contribuyen en la reducción de la desnutrición crónica infantil, además realizar la difusión masiva de estas experiencias.
- Promover la investigación en relación al tema tratado.

A los Enfermeros y enfermeras del Perú:

- Realizar una autoevaluación del trabajo que se viene realizando en los diferentes espacios de lucha contra la desnutrición crónica infantil: familias, comunidades, municipios e instituciones en general, y a partir de ello implementar planes de mejora continua que permitan mayor éxito en el cumplimiento de objetivo.
- Realizar investigaciones en relación al tema tratado que genere evidencia científica para la toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Datos y cifras clave sobre nutrición. [cited 2017 Sep 6]; Available from:https://www.unicef.org/lac/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Nutrition_ESP.pdf
2. UNICEF. UNICEF América Latina y el Caribe - QUÉ HACEMOS - Poner fin a las muertes infantiles [Internet]. [cited 2017 Sep 6]. Available from: https://www.unicef.org/lac/overview_34185.html
3. GHO | By category | Global and regional trends by WHO Regions, 1990-2016 -Stunting. WHO [Internet]. [cited 2017 Sep 6]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.NUTWHOREGIONS?lang=en>
4. Organización de la Naciones Unidas para Alimentación y Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe: Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición, 2016. Us11 [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 6]; Available from: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud. » Sistema de información del estado nutricional - Instituto Nacional de Salud [Internet]. [cited 2017 Sep 6]. Available from: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c2/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/sistema-de-informacion-del-estado-nutricional>
6. Arambulo Carlos. Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012 [Internet]. [cited 2017 Sep 9]. Available from:http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5046/ARAMBULO_QUIROZ_CARLOS_MARTIN_LUCES.pdf?sequence=1

7. Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Presupuestal Programa Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. 2017; Available from: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO NUTRICIONAL.pdf
8. Martínez R, Palma A. Cerrando la brecha Modelo para estimar el costo de erradicar la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes. [cited 2017 Sep 16]; Available from: http://200.9.3.98/bitstream/handle/11362/38234/S1500452_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Jaillita Vicente SS. Análisis del Programa Articulado Nutricional en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2014 [cited 2017 Sep 16]. Available from: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/593076#>
10. Cruzado V. Análisis del impacto del Programa Presupuestal Aarticulado Nutricional sobre la desnutricion cronica en niños menores de cinco años. 2012 [cited 2017 Sep 9]; Available from: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/estudios/PAN_final_fusionado.pdf
11. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niñas y el niño menor de 5 años. Lima; 2017. p. 133.
12. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunización [Internet]. Lima; 2016. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_651-2016_MINSA.pdf
13. Ministerio de Salud (MINSA). Directiva Sanitaria N° 068 - 2016 MINSA 2016

- Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses [Internet]. 2016. Available from:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_055-2016-MINSA.pdf
14. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. Cuarta edi. McGraw-Hill, editor. Metodología de la investigación. Mexico; 2006. 1-851 p. Available from: https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
 15. El Grupo Impulsor de la Iniciativa Inversión en la Infancia. Desnutrición crónica infantil cero en el 2016:Una meta alcanzable. 2012; Available from: http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/10_desnutricion_resumen.pdf
 16. Gonzales-Achuy EE, Huamán-Espino L, Aparco JP, Pillaca J, Gutiérrez C. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco [Internet]. Vol. 33, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016. p. 224–32. Available from:<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2187/2231>
 17. Equipo de Seguimiento Concertado a la Nutricion Infantil - Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Situación de la vacunación a los menores de 3 años. 2013;1–12. Available from:https://www.unicef.org/peru/spanish/ALERTA_Vacunas.pdf
 18. Equipo de Seguimiento Concertado a la Nutricion Infantil - Mesa de

- Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Situación de la Cobertura de Vacunas para los Menores de 3 años, Septiembre 2015. 2015;1–16. Available from: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/10/reporte_sobre_vacunas-oct2015.pdf
19. Ministerio de Salud (MINSA). 2014 Informe Evaluación Internacional De La Estrategia Sanitaria Nacional De Inmunizaciones Del Perú-Dirección General de Salud de las Personas. 2015; Available from:<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ESNI2014.pdf>
 20. Huamani NH. La Gestión por Resultados y el Presupuesto por Resultados en las Intervenciones de Salud El Presupuesto por Resultados en el contexto de la Gestión Pública actual. Available from: <http://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2017/05/La-Gestión-por-Resultados-y-el-Presupuesto-por-Resultados-en-las-Intervenciones-de-Salud.pdf>
 21. Unicef. Retomando El Tema De La Lactancia Materna En La Region De America Latina Y El Caribe- Un Compromiso De Unicef. 2009;5. Available from: http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf
 22. UNICEF. Estado Mundial De La Infancia 2016 [Internet]. 2016. 184 p. Available from: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SO WC_2016_Spanish.pdf
 23. Ministerio de Salud (MINSA). La anemia y la desnutrición crónica infantil como prioridad de la política pública en el Perú . 2016; Available from: <http://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2017/05/Plan-Nacional-de-Reduccion-y-Control-de-la-Anemia-en-la-Poblacion-Materno-Infantil-en-el-Peru-2017-2021.pdf>
 24. Organización Mundial de la salud. OMS | Protección de la lactancia materna

en el Perú [Internet]. Who. 2013. Available from: http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/

25. Lanata de las Casas C, INEI. La Transición Nutricional en el Perú. 2007;56. Available from:http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0700/Libro.pdf



ANEXOS

Anexo 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	Indicador de Resultado Impacto del PAN	Niño menor de 36 meses con CRED completos	Niño con vacunas básicas completas	Niño con suplemento de hierro	Niños que reciben lactancia materna exclusiva
Indicador	Prevalencia de la desnutrición crónica infantil (según OMS)	Proporción de niños menores de 36 meses con controles completos	Proporción de Niño menores de 36 meses con vacuna básicas completas	Proporción de Niños de 6 a 35 meses suplementados con hierro	Proporción de Niños menores de 6 meses que recibe lactancia materna exclusiva
2008					
2009					
2010					
2011					
2012					
2013					
2014					
2015					
2016					

**ANEXO 02: AUTORIZACION Y ENTREGA DE INFORMACIÓN DEL
MINISTERIO DE SALUD**



YVANY TAFUR HUAYAN <yvanytafur@gmail.com>

Solicitud de información N° 17-002057

1 mensaje

SAIP - OGEI <saip_ogei@minsa.gob.pe>

10 de abril de 2017, 15:17

Para: "YVANYTAFUR@GMAIL.COM" <YVANYTAFUR@gmail.com>

Señorita

YVANY JANINA TAFUR HUAYAN

Distrito de Miraflores

En atención a su solicitud recibida a través del Sistema de Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública, estamos poniendo a su alcance la información del programa presupuestal articulado nutricional sobre los siguientes temas:

- a) Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad de los años 2007-2016.*
- b) Proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses que consumieron suplemento de hierro de los años 2011-2016.*
- c) Proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva de los años 2011-2016.*
- d) Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad de los años 2011-2016.*
- e) Proporción de menores de 36 meses con todas sus vacunas básicas para su edad de los años 2011-2016.*

Cordiales saludos

Marco P. Bardales Espinoza

Oficina General de Tecnologías de la Información

 **DATOS.xls**
314K

Solicitud de información N° 17-0006827

1 mensaje

SAIP - OGEI <saip_ogei@minsa.gob.pe>

23 de octubre de 2017, 18:23

Para: "YVANYTAFUR@GMAIL.COM" <YVANYTAFUR@gmail.com>

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Señorita**YVANY JANINA TAFUR
HUAYAN****Distrito de Miraflores**

En atención a su solicitud recibida a través del Sistema de Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública, estamos poniendo a su alcance un reporte estadísticos de la Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS) por años, según departamentos de los años 2007, 2009-2016. Los datos provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Cordiales saludos

Marco P. Bardales Espinoza**Oficina General de Tecnologías de la Información**

2 archivos adjuntos

image001.jpg
25K DATOS.xls
104K