



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”**

ESCUELA DE POSTGRADO

**IMPACTO DEL PROGRAMA SOCIAL JUNTOS EN LA
REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL DE
MARCARÁ-CARHUAZ, 2011**

**Tesis para optar el grado de Maestro
en Políticas Sociales
Mención en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales.**

TANIA LIBERTAD ANTUNEZ GUIMARAY

Asesora: Dra. CONSUELO TERESA VALENCIA VERA

Huaraz – Ancash – Perú

2019

Nº Registro: T0692



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA A OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de
Investigación – RENATI. Resolución del Consejo Directivo de
SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: **ANTUNEZ GUIMARAY TANIA LIBERTAD**

Código de alumno: **10.1815.0AD**

Teléfono: **942073696**

Correo electrónico: tantunez@hotmail.com

DNI O Extranjería: **31667066**

2. Modalidad de trabajo de investigación:

Trabajo de investigación

Trabajo académico

Trabajo de suficiencia profesional

Tesis

3. Título Profesional:

Bachiller

Título

Segunda especialidad

Licenciado

Magister

Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

**IMPACTO DEL PROGRAMA SOCIAL JUNTOS EN LA REDUCCIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL DE MARCARÁ-CARHUAZ, 2011**

5. Facultad de:

**6. Escuela, Carrera o Programa: Maestría en Políticas Sociales con Mención en
Gerencia de Proyectos y Programas Sociales**

7. Asesor:

Apellidos y Nombres **VALENCIA VERA CONSUELO TERESA**

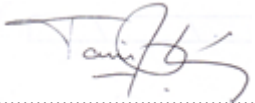
Teléfono: **943621404**

Correo electrónico: tvalenciavera@yahoo.es

DNI o Extranjería: **31678026**

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: 

D.N.I.:

FECHA:

MIEMBROS DEL JURADO

Magister Edgar Brito Gonzales

Presidente

Doctora Rocío del Pilar Mercedes Pajuelo Villarreal

Secretaria

Doctora Consuelo Teresa Valencia Vera.

Vocal

ASESORA

Doctora Consuelo Teresa Valencia Vera

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo por la oportunidad que se me brindó para continuar con mi desarrollo personal y profesional.
- A mi asesora por su ayuda valiosa e incondicional en la elaboración y resultados de esta tesis.
- A la Licenciada en Enfermería Gladys Flores por su colaboración incondicional en la ejecución del proyecto y conclusiones.
- A mis amigas y familiares, especialmente la asistencia valiosa, entusiasta y solícita de mi hijo Reiner Franco Armas Antúnez en la elaboración y ejecución de esta Tesis.

Dedicada con mucho cariño, respeto y gratitud a mi familia.

ÍNDICE

	Página
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1 - 4
Objetivos	3
Hipótesis	4
Variables	4
II. MARCO TEÓRICO	5 - 27
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases Teóricas	9
Programa Social Juntos	12
Criterios de elegibilidad	13
Componentes	14
Co-responsabilidades	15
2.3. Definición de términos	18
III. METODOLOGÍA	28 - 33
3.1. Tipo y diseño de Investigación	28
3.2. Plan de recolección de la información y/o diseño estadístico	28
- Población	28
- Unidad de análisis	29
- Muestra	29
3.3. Instrumentos de recolección de la información	31
3.4. Plan de procesamiento y análisis estadístico de la información	33

IV.	RESULTADOS	34 - 42
V.	DISCUSIÓN	43 - 48
VI.	CONCLUSIONES	49
VII.	RECOMENDACIONES	50
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	51 - 52
	ANEXOS	53 - 60

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el Impacto del Programa Social JUNTOS en la reducción de la desnutrición infantil de Marcará-Carhuaz, 2011. **Metodología:** Para ello se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, prospectivo; el diseño no experimental y longitudinal. La muestra estuvo formada por 74 niños menores de 5 años beneficiarios del programa social JUNTOS, el instrumento utilizado fue la ficha de evaluación, cuyos datos obtenidos fueron valorados utilizando la tabla de valoración nutricional antropométrica de niños menores de 5 años protocolizado por el MINSA, comparándose los datos de ingreso al programa y al término de un año. **Resultados:** el 9.5% de la población infantil presentaban desnutrición y el 90.5% estaban con un estado nutricional normal al ingresar al programa, el 35% de los niños menores de un año presentaban desnutrición y el 65% un estado nutricional normal al ingresar al programa, los niños de 1 a 5 años presentaron un estado nutricional normal al ingresar al programa, el 100% de la población con desnutrición fueron niñas menores de un año. **Conclusión:** El estado nutricional de la población infantil beneficiaria fue normal al término de un año, siendo superada la desnutrición en las niñas menores de un año, comprobando de esta manera que el Programa social JUNTOS tiene un impacto positivo en la reducción de la desnutrición infantil.

Palabras Clave:

Programa JUNTOS, Estado nutricional, población infantil.

ABSTRACT

The present research work aimed to evaluate the impact of the Social Program JUNTOS on the reduction of child malnutrition from Marcará-Carhuaz, 2011.

Methodology: The methodology used for it, was a quantitative, descriptive and prospective investigation; not experimental and longitudinal design. The sample was made up of 74 children under 5 years old, beneficiaries of the Social Program JUNTOS. The instrument used was the tab of evaluation, whose data were valued using the table of anthropometric nutritional assessment of children under 5 years old registered by the Health Ministry -MINSA- comparing data in the Program from the beginning and at the end of a year. Results: 9.5% of the child population presented malnutrition and the 90.5% presented a normal nutritional status upon entering the program. 35% of children under one year old showed malnutrition and 65% a normal nutritional status upon entering the program, Children 1 to 5 years showed a normal nutritional status upon entering the program, 100% of the population with malnutrition were girls under the age of one year. Conclusion: The nutritional status of the target child was normal at the end of a year, being surpassed malnutrition in children under one year old, making certain in this way, that the social program JUNTOS, has a positive impact on the reduction of child malnutrition.

Key Words: Social Program JUNTOS, Nutritional Status, Child population

I. INTRODUCCIÓN

Dos de cada cinco niños en el Perú nacen en condiciones de pobreza y pobreza extrema y uno de cada tres niños menores de 5 años viven en hogares con ingresos insuficientes para cubrir la canasta básica de consumo. La pobreza es un factor determinante del desarrollo del niño en tanto limita su potencial de crecimiento a través de una inadecuada nutrición, lo expone a un ambiente con riesgo de contraer enfermedades desde edades tempranas, restringe el acceso a servicios básicos de salud y educación, entre otros causantes (Almond y Currie 2010) Citado en Diaz y Saldarriaga (2013). p. (2)

Estas limitantes generadas por la pobreza pueden condicionar el bienestar del niño en el mediano y largo plazo, causando efectos adversos en la escolaridad, empleo y condiciones de salud en la etapa de adultez. Los Programas de Transferencias Monetarias surgen para aliviar los efectos adversos que puede generar la pobreza en el desarrollo de los niños. En los últimos años, el Programa Nacional de Ayuda Directa a los Más Pobres, JUNTOS, ha sido el foco de atención tanto de la opinión pública como también de la academia en el Perú. Los resultados positivos que han sido puestos en evidencia por diversos estudios en cuanto a la reducción de los índices de pobreza, incremento en la matrícula, asistencia escolar y reducción de la desnutrición crónica infantil, han generado un clima de confianza en cuanto al buen funcionamiento y cumplimiento de los objetivos del Programa. Este hecho se manifiesta claramente en el incremento en la cobertura y gasto público destinado a la ejecución del mismo. Actualmente, el Programa se encuentra presente en más de 1,090 distritos (casi el 60% del territorio nacional),

beneficiando a más de 650 mil hogares en condición de pobreza y pobreza extrema, en comparación con los 70 distritos y 22 mil hogares beneficiarios en septiembre del año 2005, cuando el Programa iniciaba su ejecución. Del mismo modo, el gasto público destinado a la ejecución del Programa se ha incrementado de S/. 116 millones en el año 2005 a S/. 910 millones en el año 2013, representando cerca del 25% del gasto total en Promoción y Asistencia Social y el 12% del gasto total en programas orientados al alivio de la pobreza realizado por el gobierno central en el año 2012, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Las políticas de lucha contra la pobreza en América Latina, en particular a partir del nuevo milenio, tienen como principal protagonista a los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTC), que en el Perú se denomina JUNTOS. Dichos programas tienen como propósito fundamental la erradicación de la pobreza mediante el otorgamiento de transferencias monetarias, condicionadas al cumplimiento de determinadas reglas de conducta relativas a la utilización de los servicios de educación y salud, orientadas a la ruptura del proceso de transferencia inter-generacional de las condiciones de pobreza mediante la formación de capital humano.

Sin embargo, dichos programas han sido implementados por lo general de una manera pragmática, aprovechando el contexto a partir del nuevo siglo y la propuesta de los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas, dichos programas en su implementación denotan la falta de transparencia en el diseño de sus mecanismos de operación, lo que conlleva a la manifestación de agudos

problemas de gestión al momento de evaluar sus avances y resultados, así como para desarrollar sus contenidos cuando se trata de optimizar su gestión operativa para la precisión en los alcances de sus intervenciones.

Los programas muestran la ausencia de mecanismos y criterios que sustentan el logro de sus resultados y propósitos, los cuales deberían ser parte integrante y conformante de un modelo de intervención que permita mostrar la dinámica de su desarrollo y poder evaluar de manera más orgánica el avance de sus resultados, así como poder realizar los reajustes y modificaciones necesarios para garantizar el alcance de sus objetivos estratégicos sin desvirtuar el carácter fundamental de las intervenciones.

En este contexto la investigación analiza la intervención del Programa de Transferencia Condicionada de Dinero denominado JUNTOS en el Perú, en la mejora de la nutrición de los niños menores de Cinco años de la ciudad de Marcará en el 2011.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto del Programa social JUNTOS en la reducción de la desnutrición infantil de Marcará-Carhuaz, 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el estado nutricional de la población infantil beneficiaria al ingresar al programa social JUNTOS.

- Describir el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de acuerdo al peso para la edad, al ingresar al programa social JUNTOS,
- Analizar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de acuerdo al peso para la talla, al ingresar al programa social JUNTOS.
- Identificar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años del programa social JUNTOS al término de un año
- Comparar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años al ingresar al programa social JUNTOS y al término de un año.

HIPÓTESIS

El Programa Social JUNTOS tiene un impacto positivo en la reducción de la desnutrición infantil de Marcará- Carhuaz, 2011.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

PROGRAMA SOCIAL JUNTOS

VARIABLE DEPENDIENTE:

DESNUTRICIÓN INFANTIL

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación:

Las transferencias monetarias condicionadas, son subvenciones estatales otorgadas a la población beneficiaria de un programa o proyecto, a manera de incentivo para que las personas modifiquen sus comportamientos y participen y apoyen determinada política social, sujeto al cumplimiento de determinadas exigencias en términos de actividades complementarias a los fines de cada programa o proyecto específico.

“Estos programas tienen un doble impacto. A corto plazo, la transferencia en efectivo ayuda a aliviar la situación de pobreza de los hogares (vista como una situación de insuficiencia de ingresos). A mediano y largo plazo, el impacto de las condicionalidades sobre los niños y niñas, especialmente en educación y salud, favorece el desarrollo de sus capacidades, que a su vez inciden sobre la expansión de sus oportunidades productivas futuras, y por esta vía, en la ruptura del ciclo inter-generacional de la pobreza.”
(SAUMA, 2007, P. 11)

A nivel internacional los programas de transferencias condicionadas de efectivo en América Latina y el Caribe, son múltiples, por ejemplo, en Brasil, “la bolsa escolar” siendo el monto de la transferencia entre \$6 y \$19, por familia, cuyo objetivo, es incrementar los logros educacionales de los niños pobres en edad escolar, reducir la pobreza y mejorar la salud; después de dos años su impacto es favorable, según el Banco Mundial, está

mejorando las condiciones de vida de 8 millones de familias pobres. Draibe (2010, p. 139)

El Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (2009, p. 23-26) indica que midió y pesó a casi 17 000 niños en la región del seminario noreste, encontró resultados positivos de las transferencias condicionadas en la reducción de la desnutrición infantil. Verificó que si los niños de entre 6 y 11 meses de edad no fuesen atendidos por el programa tendrían mayor probabilidad de presentar desnutrición crónica (62.1%), registrando también la reducción del riesgo nutricional de 28.3% en niños de 1 a 3 años, y de 25,7% en la población infantil en la faja etaria de 3 a 5 años.

El Ministerio de Salud del Brasil (2010, p. 45-48) señala que más del 75% del beneficio está en la compra de alimentos, además; el 82.4% declararon que la alimentación de la familia mejoró después de recibir el beneficio.

En Colombia el programa Familias en acción (2008, p. 13) concluye que el impacto del programa en nutrición y salud de los niños es haber disminuido la desnutrición crónica en los niños de 0 a 2 años en las zonas rurales en un 10%.

La experiencia de México nos revela que el programa PROGRESA (2009, P. 34) indica que éste fue concebido como una estrategia para apoyar a la población que vive en condiciones de extrema pobreza en las áreas rurales, utilizando un enfoque en el cual se considera causas de la pobreza y focalizando los beneficios hacia las familias cuyas condiciones son más precarias, el objetivo se estructura en tres componentes, educación, salud y

nutrición, y ha tenido un impacto significativo en el aumento del crecimiento infantil y en la reducción de la probabilidad de afrontar el crecimiento en el rango de edad crítico de los 12 a los 36 meses, la estimación indica un aumento en el crecimiento medio anual de aproximadamente 16%.

En el Perú, Perova y Renos (2010, p. 45) realizaron un estudio sobre el impacto y potencial del programa juntos en el Perú, manifiesta que los resultados de esta evaluación indican que el uso de servicios de salud para los niños menores de cinco años, tuvo un incremento significativo en todos los indicadores disponibles de la ENAHO, por ejemplo, los niños de hogares beneficiados tienen una probabilidad 37 puntos más altas de tener chequeos médicos, una probabilidad de 22 puntos porcentuales más alta de recibir atención médica, si es que tuvieran alguna enfermedad, y 7 puntos porcentuales más altos de ser vacunados. Además; el gasto mensual per cápita se incrementó en casi todas las categorías alimentarias como pan y cereal, mantequilla y aceite, vegetales, frutas, granos, azúcar y tubérculos con respecto a la población no beneficiaria. Los impactos de Juntos indican que los incrementos en el gasto de algunos grupos alimenticios más nutritivos, son mayores con el tiempo. Por ejemplo el consumo de leche, queso y huevos es cuatro veces mayor en hogares que han estado en el programa por más de un año, estos resultados sugieren que los hogares de Juntos, no solo consumen más, sino que también consumen calorías de valor nutricional más altos.

El programa JUNTOS es consistente con otros programas de Transferencias Monetarias Condicionadas, ya que muestra un número de impacto positivo en los datos de salud: incremento en el uso de los servicios y mejora en la alimentación; también existe evidencia de mejoría de la salud de los niños¹

El informe compilatorio del programa JUNTOS (2010, P. 45-49), establece que los estudios muestran que la transferencia de 100 soles en efectivo-equivalente a 10 días de trabajo de 8 horas, con un jornal de s/.10 soles al día, tiene un efecto en la mejora de las condiciones de vida de las familias. Es decir, específicamente se incrementa el consumo de alimentos con alto contenido proteico (huevos, carnes y leche). Esto ha hecho que disminuya en 9 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil (de 25% a 16%), así este documento revela que el gasto mensual per cápita se incrementa en casi todas las categorías de alimentos, el gasto en pan y cereales sube de s/.8.15 a S/. 10.15 y en otros alimentos como azúcar, vegetales, aceites, tubérculos y frutas sube ligeramente (en menos de 1 sol del gasto mensual per cápita) en todos los casos.

Según la evidencia de los resultados, los entrevistados refieren que desde que están en el programa Juntos destinan una mayor parte de su producción a su propia familia, especialmente en lo relativo a la crianza de animales menores y producción de huevos para la venta y autoconsumo, esto evidencia un mayor consumo de carne y leche entre los niños de los hogares atendidos por el programa, además, señala que los hogares que

¹<http://www.juntos.gob.pe/images/noticias/2011/01/El-Impacto-Potencial-de-JUNTOS-Banco-Mundial.pdf>

participan de Juntos destinan toda su producción doméstica al auto consumo. El subsidio del programa parece tener así un efecto sustitutorio a la venta de esos productos.

En el estudio “La pobreza rural y el programa juntos” se señala que la transferencia de Juntos no alcanza para lograr sacar a los hogares más pobres de su condición de pobreza, pero sí logra acercarlos a la línea de pobreza (reduce la brecha de la pobreza), y favorece un mayor consumo de bienes claves para mejorar las condiciones de vida de las familias más pobres: alimentos y salud. En el caso de la sierra rural, donde se concentra la pobreza extrema más dura, el programa Juntos sería responsable de una parte importante de la reducción de la pobreza extrema. Citado en (Trivelli & Díaz, 2010).

En el artículo “Análisis de la implementación del Programa Juntos en las regiones de Apurímac, Huancavelica y Huánuco” se indica que con esto se busca llegar a dos metas principales: favorecer a los más pobres a través de las transferencias de dinero y, en un plazo más largo, aumentar el bienestar de la sociedad promoviendo mejoras en el capital humano, salud, educación y nutrición, beneficiando también a las futuras generaciones (Rawlings y Rubio 2003). Citado en (Ramón, D., Huber, Madalengoitia, O., Saldaña, & Trivelli C., 2009)

2.2. Bases teóricas:

En relación a la fundamentación teórica, para el estudio se ha considerado **La teoría del capital humano**, dicha concepción nace de la Escuela de

Chicago, con el aporte de los economistas Theodore Schultz y Gary Becker, quienes reconocieron a la educación y al conocimiento como factores relevantes del desarrollo económico.

Theodore Schultz desarrolla un análisis de la productividad en la agricultura de los EE.UU, hallando que “la productividad de la tierra de aquellos agricultores con mayor instrucción superaba a la de aquellos con menor nivel educativo” (URIBE, 2008:78). Asimismo, dicho autor destacó la importancia de la disposición de capacidades y habilidades adquiridas mediante el proceso educativo y del acceso de la población a los servicios de educación y salud, como variables explicativas del diferente potencial para generar ingresos en el futuro.

Por su parte Gary Becker, destaca el aporte de la formación especializada. Asimismo, los enfoques que privilegian la inversión en capital humano, para que se garanticen mayores niveles de consumo tanto en el presente como en el futuro se sustentan en la optimización microeconómica de los gastos en vistas de maximizar el bienestar, expresado este en mejores niveles de consumo, que discriminan y optimizan comparando el consumo presente versus el consumo futuro, en modelos denominados del “ciclo de vida”, que explican cómo las familias asignan no sólo los ingresos sino fundamentalmente el tiempo, tomando la disponibilidad del trabajo infantil dentro de su lógica de razonamiento. Como lo manifiesta Gentilini (2007, p. 7) citado en Salinas y Castañeda (2011, p. 22): “Dos elementos principales del análisis económico han contribuido a la investigación sobre el impacto

que las transferencias en especie y las transferencias en dinero tienen en el consumo de alimentos. El primer elemento se basa en la obra de Engel que, teniendo en cuenta los gastos ordinarios de las familias, introdujo una “ley”, simple pero fundamental, sobre el consumo de alimentos: cuanto más pobre es la familia, tanto mayor es la proporción de los gastos totales que ésta ha de invertir en la alimentación. El segundo elemento se basa en la teoría neoclásica del consumidor. Los hogares se consideran unidades económicas guiadas por preferencias, limitadas por los recursos de que disponen y constantemente empeñadas en un proceso de selección entre distintas posibilidades para lograr el mayor beneficio posible.”

Por tanto los Programas de Transferencia Condicionada, para asegurar la elevación de los niveles de consumo en el corto plazo, deben seleccionar a las familias según sus niveles de ingreso, de forma tal que mientras más bajos sean los mismos mayor sea el porcentaje de gasto que se destine a la compra de alimentos de primera necesidad. Sin embargo, como ocurre en la mayoría de los PTC analizados (VILLATORO, 2007), la selección de beneficiarios incluye además del ingreso per cápita los criterios de disponibilidad de activos y de necesidades básicas insatisfechas (NBI) para discriminar entre quienes son extremadamente pobres y quienes no lo son, mediatizando la aplicación del criterio de los ingresos disponibles. La consecuencia de no tomar como criterio fundamental la disponibilidad de ingresos radica en que se pierde la relación causa-efecto entre ingresos y consumo, abriendo la posibilidad de transferir ingresos a familias cuyos ingresos no los calificarían como extremadamente pobres, pero que

disponen de pocos activos y carecen de al menos una necesidad básica insatisfecha, estableciendo indicadores de los niveles o grados de pobreza, de lo cual se deriva como consecuencia la aplicación de la transferencia directa de dinero para gastos de consumo no prioritario, como lo reportan la mayoría de evaluaciones realizadas por ejemplo al PTC Oportunidades.

Programa Social Juntos.

Creación y expansión

El Programa Nacional de Ayuda Directa a los Más Pobres - JUNTOS - fue creado en abril de 2005. Originalmente, el Programa fue adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros y fue financiado con recursos del Tesoro Público, donaciones y cooperación técnica internacional (ver Decreto Supremo N° 032-2005-PCM). Sin embargo, en el año 2012 con la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) el Programa se transfiere dicha institución como Unidad Ejecutora (ver Resolución Suprema N° 004-2012-PCM y Ley N° 29792). En términos de priorización, el Programa JUNTOS se enfocó en distritos rurales donde la presencia de extrema pobreza era mayoritaria y existía un bajo nivel de acceso a servicios del Estado. Asimismo, JUNTOS fue creado con el objetivo de facilitar a las familias beneficiadas con prestaciones de salud, nutrición, educación e identidad orientadas a asegurar la salud y nutrición preventiva materno-infantil, escolaridad sin deserción y el registro e identificación de la población participante. En cuanto a su cobertura, hacia el año 2012 JUNTOS beneficiaba alrededor de 650 mil hogares o 1.6 millones de personas en condiciones de pobreza y pobreza extrema,

habiendo llegado a más de mil distritos en 14 regiones. Inicialmente el Programa fue desplegado en 70 distritos en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huánuco y Huancavelica. Sin embargo, el éxito relativo del Programa originó a una rápida expansión, desplegándose en 638 distritos en los años 2007 a 2009 y alcanzando los 1,000 distritos en el año 2012.

Criterios de elegibilidad

JUNTOS es un programa que focaliza su intervención en base a criterios de pobreza de los hogares. Inicialmente, la selección de los hogares beneficiarios consistía en tres pasos. El primero de ellos se relaciona a la elección de distritos participantes. Esta elección se realiza en base a cinco criterios: (1) exposición al terrorismo durante la década de 1980 e inicios de la década de 1990; (2) nivel de pobreza, medido a partir de la proporción poblacional con necesidades insatisfechas; (3) brecha de la pobreza; (4) porcentaje de niños menores de 5 años en condición de desnutrición crónica; y (5) proporción de pobreza monetaria extrema. El segundo paso consistió en un censo de todos los hogares en los distritos previamente asignados como elegibles, el cual fue llevado a cabo por el INEI. La elegibilidad del hogar se hizo en base a una fórmula de aproximación del nivel de pobreza. Únicamente hogares con la presencia de niños menores de 15 años (actualmente incluye a niños menores de 19 años), mujeres embarazadas o padres viudos son considerados como población elegible. Finalmente, el tercer paso consistió en validación comunal. Esta fue realizada en asambleas públicas llevadas a cabo por autoridades locales y que contaban con la presencia de representantes del Ministerio de Educación y Ministerio de

Salud con el propósito de minimizar errores de inclusión y exclusión. El criterio de elegibilidad fue posteriormente reemplazado (cuando el Programa fue adscrito al MIDIS) por el cálculo del Índice de Focalización de Hogares a partir del algoritmo creado por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). Dicho algoritmo se calcula, en términos generales, como un promedio ponderado de indicadores de calidad de vida, ingresos y gasto en servicios básicos de la vivienda (agua potable, luz eléctrica, etc.). Del mismo modo, el criterio de elegibilidad fue también expandido hasta cubrir a hogares con la presencia de niños menores de 19 años. Una vez que el hogar ha sido elegido como beneficiario del Programa, los estipendios son transferidos periódicamente a la madre del hogar de acuerdo a un cronograma de pagos estipulado por JUNTOS. La madre del hogar firma el compromiso de cumplimiento de co-responsabilidades, al mismo tiempo que elige el centro de salud de su conveniencia donde asistirá para realizar las revisiones médicas de los niños y los controles pre-natales en caso de ser madre gestante.

Componentes

El monto de la transferencia fue inicialmente establecido en 100 Nuevos Soles y transferido mensualmente a través de depósitos en cuenta bancaria o entregado directamente a los hogares a través de camiones blindados en distritos donde no existía una agencia del Banco de la Nación u otras entidades financieras. Sin embargo, desde el año 2010 se produjo un cambio en la periodicidad de la transferencia, que pasó a realizarse cada dos meses por un monto de 200 Nuevos Soles (el monto anual transferido no fue

alterado). El cambio en la periodicidad se implementó debido a los bajos niveles observados de retiros bancarios, pues los beneficiarios debían de viajar largas distancias para obtener el dinero. La transferencia es una de las más generosas en comparación con otros países de la región, representando poco más del 30% del ingreso per cápita anual del hogar. El proceso de incorporación al Programa establece que la inscripción del hogar tiene una duración de 1 año, renovable por un máximo de permanencia de 4 años, siempre y cuando se acredite la condición de pobreza del hogar y se renueve anualmente el compromiso de participación. En caso que el hogar permanezca en situación de pobreza, éste podrá permanecer hasta por un plazo máximo de 4 años adicionales, con una reducción de 20% del subsidio. Asimismo, la suspensión temporal del subsidio se hace efectiva cuando se verifica el incumplimiento de las condicionalidades, en cuyo caso se suspende la entrega del subsidio por un plazo de 3 meses. Finalmente, la suspensión definitiva de la transferencia se hace efectiva cuando: (1) el menor de los niños ha cumplido 15 años (19 años en la actualidad o haya culminado sus estudios secundarios, lo que ocurra primero), (2) el beneficiario ha sido suspendido temporalmente por tres veces, (3) cuando el hogar no cumple con las condiciones de pobreza o (4) cuando existe retiro voluntario.

Co-responsabilidades

En general, el Programa no impone ninguna condición en cuanto al uso del dinero, de tal manera que los hogares son libres de elegir cómo gastar el

monto transferido de la manera más conveniente. Sin embargo, todos los hogares beneficiarios deben cumplir las siguientes condicionalidades: (1) los niños de 6 a 14 años (desde el año 2011 se incluye al grupo de niños entre 15 y 18 años) deben asistir al menos al 85% de clases en el año escolar; (2) regularidad de visitas al establecimiento de salud por parte niños menores de 5 años (monitoreo periódico de estatura y peso, serie completa de vacunas, suplementos de hierro y vitamina A y antiparasitarios); (3) las mujeres gestantes deben asistir a los centros de salud para su revisión de salud pre-natal rutinaria (vacunas contra el tétano, suplementos de hierro y ácido fólico y chequeos antiparasitarios); y (4) las mujeres lactantes deben asistir a los centros de salud para su revisión de salud post-natal rutinaria. Adicionalmente, el Programa facilita el acceso al Documento Nacional de Identidad de los representantes del hogar (quien es titular de la cuenta bancaria para efectivizar el incentivo monetario). De mayor importancia para el presente estudio son las co-responsabilidades que deben cumplir las madres gestantes. El Programa establece que “las madres embarazadas deberán acudir al establecimiento de salud [indicado al momento de la inscripción al Programa] para el control prenatal mensual”

Ello implica que existen dos requisitos que las madres deben de cumplir: (1) asistir a un centro de salud, centro o puesto médico (aquél indicado al momento de la inscripción al Programa) para el control pre-natal y (2) esta asistencia debe ser mensual. Esto es, se debe observar, en un embarazo regular, entre 8 y 9 visitas al establecimiento de salud. De otro lado, JUNTOS sigue el protocolo de atención pre-natal establecido por el

MINSA. El protocolo señala que en cada control pre-natal, la gestante debe ser pesada, se debe medir su presión arterial, se debe evaluar su estado nutricional a partir del Índice de Masa Corporal, escuchar los latidos del bebé, verificar el crecimiento intra-uterino, entre otros. Del mismo modo, se debe aplicar las dosis necesarias de la vacuna antitetánica y se debe dar suplementación de hierro a las gestantes, esto último dependiendo del nivel de anemia. Finalmente, se deben realizar exámenes de laboratorio (orina y sangre), al igual que exámenes de mamas y pezones, sífilis, y VIH/SIDA (voluntario). De acuerdo al esquema operativo de JUNTOS, son los sectores salud y educación los responsables de certificar el cumplimiento de las co-responsabilidades por parte de los hogares beneficiarios. Para el caso de salud y nutrición, es el responsable del centro de salud quien se encarga de registrar los controles médicos de cada miembro del hogar. La ficha de control correspondiente es luego asignada a los promotores locales (personal de JUNTOS) cada vez que le sea requerido. Para el caso de educación, los registros de asistencia diaria a la escuela son utilizados para alimentar la ficha de cumplimiento de co-responsabilidades. Esta información es también recolectada por los promotores locales, quienes se encargan de reportar periódicamente a la administración del Programa acerca del cumplimiento de los compromisos de los hogares. La falta de un sistema integrado de seguimiento de los compromisos, sin embargo, hace que este procedimiento sea laxo. De acuerdo a los datos oficiales del Programa, en el último trimestre del año 2013 el 95% de los hogares beneficiarios

cumplieron con sus co-responsabilidades en salud y educación, lo cual da cuenta de una alta tasa de conformidad con los compromisos.

2.3. Definición de términos:

Programa Social.

Los programas sociales son acciones concretas cuya finalidad es la contribución directa (impacto positivo) sobre la calidad de vida y el modo de vida de una población o sociedad². Los programas sociales abordan a la calidad y el modo de vida de una población por ser ellos indicadores del bienestar social, en cuanto a la disponibilidad de servicio y bienes como de la satisfacción de las necesidades individuales y sociales.

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población de niños cada mil, durante un periodo de tiempo determinado³, generalmente un año. Tradicionalmente la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, pero se ha hecho también usual medirla sobre niños menores de 5 años.

Morbilidad infantil

Es el estudio de los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

²<http://www.monografias.com/trabajos11/proso/proso.shtml>

³<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR135/08Chapter8.pdf>

Calorías.

Energía para realizar funciones. En los humanos, a diferencia del resto de seres vivos, esta energía procede de la oxidación en sus células del carbono y del hidrógeno contenido en los **alimentos**⁴.

Desnutrición

Es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. Puede ser primaria que también puede ser llamada desnutrición leve o desnutrición secundaria; la cual si llega a estar muy grave puede llegar a ser otra patología como el cáncer o tuberculosis.

Sobrepeso.

Es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura⁵.

Controles de CRED.

Es el control de crecimiento y desarrollo del niño según tabla de medición antropométrica estructurada⁶

⁴<http://alimentacion.interbusca.com/alimentos/calorias/>

⁵<http://es.wikipedia.org/wiki/Sobrepeso>

⁶<http://es.wikipedia.org/wiki/Sobrepeso>

⁶Portal web. <http://www.juntos.gob.pe/?p=12564>

Estado Nutricional:

El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar mala nutrición.

El estado nutricional es considerado uno de los principales componentes para alcanzar una salud óptima y garantizar una buena calidad de vida, es el factor que más influye en el crecimiento y desarrollo del infante, por lo que al hacerse deficitaria se produce un retardo y detención del crecimiento y la maduración del niño.

El estado de nutrición es consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social, tal diversidad obliga a ser específicos cuando se trata de valorar el estado de nutrición, por lo tanto, este viene a ser el ejercicio clínico en el que se recogen en los pacientes indicadores o variables de diverso tipo (clínicas / antropométricas / bioquímicas / dietéticas) que, cuando se analizan integralmente, brindan información sobre su estado nutricional, y permiten diagnosticar el tipo y grado de la mala nutrición.

A través de diversos métodos se pueden conocer las causas e implicancias del estado nutricional existente. Así tenemos los siguientes métodos:

- a) **Indirectos:** predicen el estado nutricional pero no la miden verdaderamente, por ejemplo los indicadores de disponibilidad y consumo de alimentos; socioeconómico y de morbimortalidad.

- b) **Directos:** reflejan el actual estado de nutrición del individuo, midiendo su magnitud e intensidad. Estas se clasifican en indicadores que pueden ser:

Indicadores antropométricos, La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas, son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos y los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición. Estos son:

- a) **Peso para la edad:** Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global, permite discriminar entre el niño adelgazado o de escasa estatura o casos combinados de adelgazamiento y retardo del crecimiento. Este indicador es útil para predecir el riesgo de morir en menores de cinco años, por lo cual es de suma utilidad en los programas de vigilancia nutricional en este grupo de edad. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra.
- b) **Talla para la edad:** Es un indicador del crecimiento lineal y detecta la desnutrición crónica, al restringirse la alimentación, la velocidad del crecimiento, tanto el peso como la talla disminuyen, sin embargo el

peso puede recuperarse rápidamente al reanudarse una adecuada alimentación, pero la talla es mucho más lenta de recuperar.

- c) **Peso para la talla:** Es un indicador de crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado, detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso. La mayor parte de los individuos definen la presencia de obesidad de acuerdo con el peso corporal; el problema básico que implican estas medidas es que el peso guarda una relación estrecha con la talla.

- d) **Medición de circunferencia de cintura-cadera:** La de relación cintura/cadera se ha propuesto en fecha reciente a la evaluación antropométrica del estado de nutrición y es un indicador útil en la descripción de la distribución del tejido adiposo. Así como buena predictora de alteraciones secundarias a la obesidad.

- e) **Índice de masa corporal (IMC):** Es el Quetelet, también conocido como índice de masa corporal (IMC), que fue descrito y publicado por L. Adolph Quetelet en 1871. Se basa en la observación de que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal de individuos de uno y otro sexo es proporcional al valor de la estatura elevada al cuadrado: peso en kg/ (estatura en m)² . Una de las principales ventajas del IMC es que no requiere del uso de tablas de referencia.

Indicadores bioquímicos: Las pruebas bioquímicas permiten medir el nivel hemático (sanguíneo) de vitaminas, minerales y proteínas e identificar la carencia específica de éstos. Su importancia radica en detectar estados de

deficiencias subclínicas por mediciones de las consecuencias de un nutrimento o sus metabolitos, que reflejen el contenido total corporal o el tejido específico más sensible a la deficiencia y en el apoyo que representan para otros métodos de evaluación nutricional. Los indicadores bioquímicos demuestran los cambios físicos que responden a una mala nutrición, y permiten identificar signos y síntomas de las deficiencias o exceso de nutrimentos y aquellos relacionados con una enfermedad.

Definición de riesgo nutricional

Situación que compromete el estado nutricional de los niños , debido a diversos factores como la ingesta insuficiente de alimentos y la falta de una atención adecuada que le brinde la madre, entre otros; evidenciado por carnet de control de crecimiento y desarrollo. Se utilizaran los siguientes indicadores. Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos. El estándar mas empleado proviene de las tablas de crecimiento del NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos). Esta referencia es la empleada por la Organización Mundial de la Salud globalmente. La OMS

define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos que desnutrición se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, retardo del crecimiento se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2DE de la mediana. En tanto el riesgo de desnutrición lo conceptualiza como aquel niño que se encuentra entre las desviación estándar de -1DE a -2DE de la mediana de las curvas de referencia.

Evaluación del crecimiento y estado nutricional valoración antropométrica: peso, longitud / talla y perímetro cefálico.

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos:

- El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.
- Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.
- Evaluación y monitoreo del crecimiento: Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). La evaluación y monitoreo

del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento. A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia. El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño. El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

a. Crecimiento adecuado: Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b. Crecimiento inadecuado: Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (+ 2 DE)

Definición de desnutrición:

La organización mundial de la salud (OMS) define la desnutrición como el estado proteico originado por el consumo deficiente de alimentos y de una ingestión energética inferior a los requerimientos durante periodos prolongados. También define desnutrición como un trastorno nutritivo potencialmente reversible, que se manifiesta por un retardo pondoestatural, facilidad de sufrir procesos infecciosos y alteraciones del desarrollo neuropsíquico y de la conducta. Es un síndrome multicausal, pues reconoce la acción combinada o aislada de múltiples factores. Respecto a la desnutrición infantil podemos decir que es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas en los niños.

La desnutrición infantil tiene diversas causas como una dieta pobre de nutrientes, entre los factores que afectan el estado nutricional tenemos:

- Seguridad alimentaria
- Necesidad de alimentos
- Situación de disponibilidad de alimentos
- Acceso a alimentos
- Condición de vida
- Densidad de la población
- Atención a la familia
- Falta de educación nutricional

- Falta de programas que controlan el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas
- Falta de información sobre la nutrición en mujeres embarazadas y en la lactancia.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo de investigación:

Según el enfoque investigativo el estudio es CUANTITATIVO.

De acuerdo al tiempo en que se aplicó el estudio es PROSPECTIVO.

Por su alcance la investigación es DESCRIPTIVA, porque se describen las variables de estudio tal como se manifiestan en el contexto de la investigación

Diseño de la investigación:

El diseño que se empleó en el estudio fue NO EXPERIMENTAL, de tipo LONGITUDINAL. Al respecto (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010) manifiesta que en un estudio no experimental, se observa situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza, es decir las variables no se manipulan, y la investigación es longitudinal porque los datos han sido recolectados en un período de tiempo.

3.2. Plan de recolección de la información

- Población:

La Población estuvo constituida por la totalidad de los niños menores de cinco años beneficiarios del Programa social JUNTOS del Distrito de Marcará, provincia de Carhuaz, departamento de Ancash, con un

total de 650 niños, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión:

- Todos los niños menores de 5 años inscritos en el programa social JUNTOS que han permanecido regularmente en el programa.
- Niños menores de 5 años cuyas madres acepten participar en el estudio voluntariamente.

b) Criterios de exclusión

- Niños menores de 5 años que no han permanecido regularmente en el programa.
- Niños menores de 5 años cuyas madres no acepten participar en el estudio.

- Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada uno de los niños menores de 5 años beneficiarios del programa social JUNTOS del distrito de Marcará, provincia de Carhuaz, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

- Muestra:

La muestra objeto del presente estudio estuvo constituida por los niños menores de 5 años beneficiarios del programa social JUNTOS del distrito de Marcará, provincia de Carhuaz, que cumplieron con los criterios de inclusión, para lo cual se realizó la

siguiente fórmula estadística correspondiente al muestreo aleatorio simple:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

n: es el tamaño de la muestra;

Z: es el nivel de confianza =1.96

P: es la variabilidad positiva =0.50

Q: es la variabilidad negativa = 0.50

N: es el tamaño de la población = 650

E: es la precisión o el error = 5%

a) Tamaño inicial o sin ajustes

$$\eta_0 = \frac{Z^2 * P * Q * N}{E^2 (N-1) + Z^2 * P * Q}$$

$$\eta_0 = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 650}{0.1^2 (650-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$7.4504$$

$$\eta_0 = 84.$$

b) Tamaño definitivo de la muestra o muestra ajustada

$$\eta = \frac{84}{1 + \frac{84}{650}}$$

$$\eta = 74. \text{ Fichas de evaluación.}$$

Por lo tanto, El tamaño de la muestra del estudio estuvo constituido por 74 niños menores de 5 años, beneficiarios del programa social JUNTOS, del distrito de Marcará, provincia de Carhuaz, distribuidos de la siguiente manera:

20 niños menores de 1 año

10 niños entre 1 y 2 años

14 niños entre 2 y 3 años

15 niños entre 3 y 4 años

15 niños entre 4 y 5 años

3.3. Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de datos, se utilizó como instrumento una ficha de evaluación (Anexo N° 01), donde se registraron el peso y la talla de cada uno de los niños menores de 5 años beneficiarios del programa social JUNTOS.

El instrumento está estructurado en cuatro partes diseñado de acuerdo al problema y los objetivos de la investigación; según se detalla a continuación:

Primera parte: Datos Generales: Aborda los aspectos relacionados con la edad, sexo, tiempo de permanencia en el programa JUNTOS.

Segunda Parte: Estado Nutricional al ingreso del programa, consta de 02 ítems.

Tercera Parte: Estado Nutricional al término de un año, consta de 02 ítems.

Cuarta Parte: Valoración del Estado Nutricional, consta de 02 ítems.

Para determinar el estado nutricional de los niños se procedió en primer lugar a registrar el peso y talla de los niños al ingresar al programa JUNTOS, los cuales fueron obtenidos de la tarjeta de crecimiento y desarrollo emitida por el MINSa con que cuenta cada niño.

En segundo lugar se procedió a evaluar el peso y talla de los niños al término de un año. Acto seguido, se procedió a realizar la valoración del estado nutricional de los niños según la edad y el sexo, utilizando para ello la tabla de valoración nutricional antropométrica de niños menores de 5 años (Anexo N° 2) establecido como protocolo por la Organización Panamericana de la Salud. Por último se compararon el estado nutricional de la población infantil al ingresar al programa JUNTOS y al término de un año de iniciado el estudio.

Los parámetros para la valoración fueron los siguientes:

Grado de desnutrición de acuerdo al peso para la edad:

Si el peso es:	Clasificación
< al peso correspondiente a -2 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	
Sobrepeso	

Grado de desnutrición de acuerdo al peso para la talla:

Si el peso es:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
> o = al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
< o = al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
>al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

Para la validez del instrumento de recolección de datos se sometió a Juicio de expertos a través de una matriz de constructo (Anexo N° 01), para lo cual se consultó a profesionales en nutrición, un médico y una enfermera.

3.4. Plan de procesamiento y análisis estadístico de la información

Con la información obtenida a partir del instrumento, se estableció una base de datos haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 22.0, luego se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables y para la presentación de los resultados se diseñaron tablas unidimensionales y bidimensionales, así como gráficos y cuadros.

Para la contrastación de la hipótesis de la investigación se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5% ($p > 0.005$).

IV. RESULTADOS

Tabla N° 01: Estado Nutricional de la población infantil beneficiaria al ingresar al programa social JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

ESTADO NUTRICION AL	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición	7	17%	0	0%	7	9.5%
Normal	34	83%	33	100%	67	90.5%
Sobrepeso	0	0%	0	0	0	0%
TOTAL	41	100%	33	100%	74	100%

$X^2 = 6,223$ g.l. = 1 P = 0,13 P < 0,05

FUENTE: Ficha de Evaluación

Se observa que del total de la población infantil beneficiaria, al ingresar al programa social JUNTOS; el 9.5% estaba desnutrido, mientras que el 90.5% estaba en el rango de normal, destacándose que mientras que en el grupo de los niños el 100% estaban en el rango de normal, no sucedió así con las niñas en el cual el 17% estuvieron desnutridas.

Tabla N° 2: Estado nutricional de los niños menores de un año, de acuerdo al peso para la edad, al ingresar al programa JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS MENORES DE 1 AÑO				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición	7	70%	0	0%	7	35%
Normal	3	30%	10	100%	13	65%
Sobrepeso	0	0%	0	0	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%	20	100%

$X^2 = 10,769$ g.l. = 1 P = 001 P < 0,05

FUENTE: Ficha de Evaluación

De acuerdo a la evaluación del peso para la edad, los resultados evidencian que al ingresar al programa social JUNTOS el 35% de los niños menores de 1 año tuvieron un estado nutricional de desnutrición y el 65% estuvieron valorados como normal. Del total de las niñas menores de un año el 70% estuvieron con desnutrición y el 30% como normal, mientras que el 100% de los niños fueron valorados como normal.

Tabla N° 3: Estado nutricional de los niños de 1 a 5 años, de acuerdo al peso para la edad, al ingresar al programa JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS DESDE 1 A 5 AÑOS DE EDAD				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	31	100%	23	100%	54	100%
Sobrepeso	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	31	100%	23	100%	54	100%

FUENTE: Ficha de Evaluación

En relación al estado nutricional de acuerdo al peso para la edad al ingresar al programa JUNTOS, se aprecia que en la población infantil de 1 a 5 años, el 100% de las niñas y niños fueron evaluados como normal.

Tabla N° 4: Grado de desnutrición de los niños menores de un año, de acuerdo al peso para la talla, al ingresar al programa JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

GRADO DE DESNUTRICIÓN	NIÑOS MENORES DE 1 AÑO				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición severa	0	0%	0	0%	0	0%
Desnutrido	7	70%	0	0%	7	35%
Normal	3	30%	10	100%	13	65%
Sobrepeso	0	0%	0	0%	0	0%
Obesidad	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%	20	100%

$X^2 = 10,769$ g.l. = 1 P = 001 P < 0,05

FUENTE: Ficha de Evaluación

Referente al grado de desnutrición de acuerdo al peso por la talla de niños menores de un año, se puede observar que el 70% de las niñas ingreso al programa JUNTOS como desnutrido y solo un 30% de ellas fueron evaluadas como normal, mientras que el 100% de los niños fueron evaluados como normal.

Tabla N° 05: Estado Nutricional de la población infantil beneficiaria al término de un año de permanencia en el programa social JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	41	100%	33	100%	74	100%
Sobrepeso	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	41	100%	33	100%	74	100%

FUENTE: Ficha de Evaluación

Con respecto al estado nutricional de los niños menores de 5 años, del programa JUNTOS, evaluado al término de un año, se puede observar que el 100% de niñas y niños aparecen como normal, evidenciándose que no hay ningún niño menor de 5 años con desnutrición.

Tabla N° 6: Estado nutricional de los niños menores de un año, de acuerdo al peso para la edad, al término de un año de permanencia en el programa JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS MENORES DE 1 AÑO				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	10	100%	10	100%	20	100%
Sobrepeso	0	0%	0	0	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%	20	100%

FUENTE: Ficha de Evaluación

En relación al estado nutricional de los niños menores de un año, de acuerdo al peso para la edad, evaluado al término de un año, podemos indicar que el 100% de niñas y niños están en la categoría de normal, evidenciándose que la desnutrición que existía en este grupo ha sido superada.

Tabla N° 7: Estado nutricional de los niños de 1 a 5 años, de acuerdo al peso para la edad, al término de un año de permanencia en el programa JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS DESDE 1 A 5 AÑOS DE EDAD				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	31	100%	23	100%	54	100%
Sobrepeso	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	31	100%	23	100%	54	100%

FUENTE: Ficha de Evaluación

En relación al estado nutricional de los niños entre uno y cinco años, de acuerdo al peso por la edad, beneficiarios del programa JUNTOS, evaluado al término de un año, podemos indicar que el 100% de niñas y niños permanecen como normal, es decir que su estado nutricional se ha mantenido.

Tabla N° 8: Grado de desnutrición de los niños menores de un año, de acuerdo al peso para la talla, al término de un año de permanencia en el programa JUNTOS, Marcará-Carhuaz, 2011.

GRADO DE DESNUTRICIÓN	NIÑOS MENORES DE 1 AÑO				TOTAL	
	NIÑAS		NIÑOS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desnutrición severa	0	0%	0	0%	0	0%
Desnutrido	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	10	100%	10	100%	20	100%
Sobrepeso	0	0%	0	0%	0	0%
Obesidad	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%	20	100%

FUENTE: Ficha de Evaluación

En relación al estado nutricional de los niños menores de un año, de acuerdo al peso para la talla evaluados al término de un año, podemos indicar que el 100% de niñas y niños aparecen como normal, evidenciándose que la desnutrición que existía en este grupo ha sido superada.

Tabla N° 09: Comparación del Estado Nutricional de la población infantil beneficiaria al ingresar al programa social JUNTOS y al término de un año, Marcará-Carhuaz, 2011.

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS							
	AL INGRESAR				AL AÑO			
	NIÑAS		NIÑOS		NIÑAS		NIÑOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desnutrición	7	17%	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	34	83%	33	100%	41	100%	33	100%
Sobrepeso	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	41	100%	33	100%	41	100%	33	100%

$$X^2 = 7,348$$

$$g.l. = 1$$

$$P = 0,007$$

$$P < 0,05$$

FUENTE: Ficha de Evaluación

Al comparar el estado nutricional de la población infantil beneficiaria de acuerdo al peso para la edad y el peso para la talla, al ingresar al programa JUNTOS y al término de un año, se observa que ha habido una disminución significativa en la reducción de la desnutrición de las niñas menores de un año, quienes ingresaron al programa con desnutrición y al año de la evaluación se les encontró en la categoría de normal; en tanto se observa que los niños que ingresaron al programa como normal de acuerdo al peso para la edad y peso para la talla, permanecen igual, es decir mantienen su estado nutricional.

Al aplicar el Chi cuadrado se comprobó que el Programa Social JUNTOS tiene un impacto positivo en la reducción de la desnutrición infantil debido a que el valor de $P = 0,007$ es menor a 0,05.

V. DISCUSIÓN

Se evaluó a un total de 74 niños y niñas menores de 5 años pertenecientes al Programa JUNTOS del distrito de Marcara – Carhuaz, se le dividió en rangos de edad y sexo a fin de identificar los grupos más vulnerables a los diferentes tipos de desnutrición, se evaluaron las medidas antropométricas de peso, edad, talla y/o longitud para construir los indicadores que permiten hacer el diagnóstico del estado nutricional.

Al entrar al programa se encontró un porcentaje del 9.5 % de desnutrición en los menores evaluados y solamente en el grupo de niñas menores de 1 año, vale decir 7 niñas, de los 74 niños y niñas evaluadas, es el único grupo que presenta desnutrición, ya que los demás grupos de un año hasta cinco años de edad entre niños y niñas que ingresaron al programa con peso normal permanecen igual o mantienen su estado nutricional, al año de la evaluación que se les realizó.

Los datos obtenidos para el indicador peso para la edad en los niños menores de un año, reflejan que el 70 % de la población evaluada presentó desnutrición, datos que coinciden con la etapa de inicio de la alimentación complementaria y en algunos casos con el destete, lo que conlleva a una dieta pobre en nutrientes dependiente en la mayoría de los casos de la condición económica y de los conocimientos de las buenas prácticas de introducción de alimentos y alimentación complementaria, por parte de la madre o encargada. En los otros grupos de edad el indicador peso para la edad presenta nutrición normal. Así mismo al salir del programa el grupo niñas de menores de 1 año, superó el estado

de desnutrición en que se encontraban, evidenciándose que el programa JUNTOS mejora la nutrición de los niños.

Para el indicador peso para la edad, que determina la desnutrición global, que nos permite diferenciar si los casos identificados de desnutrición se deben a desnutrición crónica debida a factores estructurales, o a desnutrición aguda principalmente debida a un déficit moderado o severo de energía y nutrientes. Se encontró al salir del programa un 100.0% de nutrición normal para todos los grupos de edad. Es importante remarcar que este indicador se utiliza para monitoreo de crecimiento y que se evidencia una vez más la importancia de promover la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y el tema de alimentación complementaria adecuada.

Para el indicador de retardo del crecimiento o peso para la Talla, se encontró que las 7 niñas evaluadas con déficit en el peso para la edad, también tenían retardo en cuanto al peso para la talla, las cuales al salir del programa que el 100.00 % presentó crecimiento normal. Es decir de ambos cuadros se puede observar que la mejora en el estado nutricional de las niñas menores de un año inicialmente encontradas con desnutrición superaron el problema de desnutrición y ya se encontraban en la clasificación de Normal en cuanto su peso y talla, en cuanto a los niños y niñas de uno a cinco años, no se observa ningún tipo de desnutrición, es importante enfatizar que el retardo de crecimiento, se refleja en una estatura baja respecto a la edad, se acentúa a medida que pasan los años, afectando a las futuras generaciones, con daños físicos y cognitivos irreversibles, lo que afecta su

salud y bienestar en el presente repercutiendo en el progreso social y económico de toda la sociedad.

La información presentada describe que en los niños menores de 5 años incluidos en el programa JUNTOS no se evidencia graves problemas de hambre y pobreza, evidenciándose así que el programa JUNTOS ha contribuido a mejorar la nutrición de éstos niños.

Los valores antropométricos de los niños evaluados nos permiten concluir que en el grupo de niños menores de 1 año el nivel de desnutrición ha disminuido desde 70 % a la entrada al programa hasta 0.00% a la salida del programa, por otro lado el nivel de nutrición normal ha mejorado y / o se ha mantenido en todas la edades por lo que se puede afirmar que el programa JUNTOS sí ha contribuido a mejorar los niveles de nutrición de los beneficiarios, estos resultados coinciden con la investigación de Trivelli y Díaz cuando afirma que el impacto en salud del programa es inmediato y, por lo tanto, se puede observar mejoría. Hemos observado durante el trabajo de campo que en general sí se están cumpliendo las metas establecidas por JUNTOS. Se ha producido un acercamiento significativo entre la población pobre y el sector Salud. Además, el porcentaje de beneficiarios que ha tomado conciencia de la importancia de los servicios de salud no ha cesado de aumentar desde la implantación del programa. Hasta donde hemos podido observar la vacunación y desparasitación se cumplen a cabalidad en todos los distritos visitados. Además, gracias a las charlas de sensibilización realizadas por los promotores del programa, encontramos que, ahora, la mayoría de casas en zonas rurales tienen una letrina. En los centros de salud, se da particular

importancia al control pre- y post-natal así como, a los partos institucionales. En ambos aspectos se han reportado avances importantes. En la mayoría de centros visitados, como en Acoria-Huancavelica, por ejemplo, el control pre-natal, según el médico, se cumple ahora en un 80%, mientras antes sólo 10% de las gestantes acudían al centro de salud. Los partos institucionales también han aumentado de manera significativa a pesar de no ser una condición impuesta por JUNTOS. De igual forma coincide con la investigación del programa Familias en acción (2008, p. 13) de Colombia cuando concluye que el impacto del programa en nutrición y salud de los niños es haber disminuido la desnutrición crónica en los niños de 0 a 2 años en las zonas rurales en un 10% y concuerda con la investigación del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (2009, p. 23-26) Verificó que si los niños de entre 6 y 11 meses de edad no fuesen atendidos por el programa tendrían mayor probabilidad de presentar desnutrición crónica (62.1%), registrando también la reducción del riesgo nutricional de 28.3% en niños de 1 a 3 años, y de 25,7% en la población infantil en la faja etaria de 3 a 5 años. Y con los resultados del Ministerio de Salud del Brasil (2010, p. 45-48) cuando señala que más del 75% del beneficio está en la compra de alimentos, además; el 82.4% declararon que la alimentación de la familia mejoró después de recibir el beneficio. De igual forma los resultados concuerdan con los del programa Mexicano PROGRESA (2009, P. 34) cuando señala un aumento en el crecimiento medio anual de aproximadamente 16% de los niños beneficiados, por otro lado en el Perú los resultados de Perova y Renos (2010, p. 45) respaldan esta investigación cuando manifiestan que el uso de servicios de salud para los niños menores de cinco años, tuvo un incremento significativo en todos los indicadores disponibles de la

ENAH0, por ejemplo, los niños de hogares beneficiados tienen una probabilidad 37 puntos más altas de tener chequeos médicos, una probabilidad de 22 puntos porcentuales más alta de recibir atención médica, si es que tuvieran alguna enfermedad, y 7 puntos porcentuales más altos de ser vacunados. Además; el gasto mensual per cápita se incrementó en casi todas las categorías alimentarias como pan y cereal, mantequilla y aceite, vegetales, frutas, granos, azúcar y tubérculos con respecto a la población no beneficiarias. Los impactos de JUNTOS indican que los incrementos en el gasto de algunos grupos alimenticios más nutritivos, son mayores con el tiempo. Por ejemplo el consumo de leche, queso y huevos es cuatro veces mayor en hogares que han estado en el programa por más de un año, estos resultados sugieren que los hogares de JUNTOS, no solo consumen más, sino que también consumen calorías de valor nutricional más altos. El programa JUNTOS es consistente con otros programas de Transferencias Monetarias Condicionadas, ya que muestra un número de impacto positivo en los datos de salud: incremento en el uso de los servicios y mejora en la alimentación; también existe evidencia de mejoría de la salud de los niños y finalmente coincide con los resultados del informe compilatorio del programa JUNTOS (2010, P. 45-49), cuando establece que los estudios muestran que la transferencia de 100 soles en efectivo-equivalente a 10 días de trabajo de 8 horas, con un jornal de s/.10 soles al día, tiene un efecto en la mejora de las condiciones de vida de las familias. Es decir, específicamente se incrementa el consumo de alimentos con alto contenido proteico (huevos, carnes y leche). Esto ha hecho que disminuya en 9 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil de 25% a 16%, así este documento revela que el gasto mensual per cápita se incrementa en casi todas las

categorías de alimentos, el gasto en pan y cereales sube de s/.8.15 a S/. 10.15 y en otros alimentos como azúcar, vegetales, aceites, tubérculos y frutas sube ligeramente (en menos de 1 sol del gasto mensual per cápita) en todos los casos.

Los resultados encontrados respaldan la hipótesis propuesta.

VI. CONCLUSIONES

- El programa social JUNTOS, contribuye a disminuir la desnutrición de los niños menores de 5 años del distrito de Marcará-Carhuaz.
- El estado nutricional de la población infantil en su gran mayoría fue normal y una pequeña parte de los niños presentaron desnutrición al ingresar al programa social JUNTOS.
- Del total de la población infantil, solamente los niños menores de un año presentaron desnutrición, mientras que los niños de 1 a 5 años presentaron un estado nutricional normal al ingresar al programa JUNTOS.
- Del total de niños que presentaron desnutrición al ingresar al programa todas fueron niñas.
- El estado nutricional de la totalidad de la población infantil beneficiaria fue normal al término de un año.
- Los niños de 1 a 5 años con un estado nutricional normal, se mantuvieron igual al término de un año.
- Al comparar el estado nutricional de la población infantil beneficiaria al ingresar al programa social JUNTOS y al término de un año, se aprecia que la desnutrición existente en las niñas menores de un año se ha superado en su totalidad, comprobando de esta manera el impacto positivo del programa social JUNTOS en la reducción de la desnutrición infantil en el distrito de Marcará provincia de Carhuaz.

VII. RECOMENDACIONES

- Ampliar la cobertura del programa JUNTOS a los niños menores de 5 años que aun no acceden a este beneficio social.
- Profundizar el estudio a fin de conocer si la mejora nutricional impacta en el rendimiento académico de los niños beneficiarios del programa JUNTOS.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe Final sobre los Efectos del Programa de Transferencias Condicionadas JUNTOS en el Peso al Nacer de los Niños en el año 2014.
Cita en el texto: (Díaz y Saldarriaga, 2013, p.1)
2. OIT/PEC. (2007). “*Trabajo Infantil y los programas de transferencias en efectivo condicionadas en América Latina*”. San José. OIT. **Cita en el texto:** (Sauma, 2007, p.5)
3. Draibe, S. (2010). Brasil: “*Bolsa escolar y Bolsa Familiar*”. Recuperado de <http://www.renda.nepp.unicamp.br/sistema/files/Brasil/> . **Cita en el texto:** (La Bolsa Escolar, 2010, p.6)
4. Ministerio de Education de Colombia. (2009) “*Informe familias en acción*”. Colombia. Recuperado de http://www.google.com/#sclient=psy&hl=es&source=hp&q=Colombia+el+programa+%E2%80%9CFamilias+en+Acci%C3%B3n%E2%80%9D&aq=&aql=&oq=&pbx=1&bav=on.2,or_r_gc.r_pw.&fp=4a2eded93a68d7ec&biw=1366&bih=677. **Cita en el texto:** (En Colombia el programa Familias en acción. 2008, p.6)
5. Shmada, B. (2011). “*Impacto de los programas de transferencias de ingresos condicionados en la nutrición*”. México. Recuperado de <http://www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/ingreso3/pdf/foreg.pdf>.
Cita en el texto: (PROGRESA, 2009, p.6)

6. JUNTOS. (2011). “*El Impacto y potencial de JUNTOS*”. Lima. Recuperado de <http://www.juntos.gob.pe/images/noticias/2011/01/>. **Cita en el texto:** (Perova y Renos, 2010, p.7)
7. Trivelli, C., & Díaz, R. (2010). “*La pobreza rural y el programa juntos*”. Lima: Instituto de estudios peruanos. **Cita en el texto:** (Trivelli & Díaz, 2010. p.9)
8. Ramón, D., Huber, L., Madalengoitia, O., Saldaña, R., & Trivelli, C. (2009). “*Análisis de la implementación del Programa Juntos en la regiones de Apurímac, Huancavelica y Huanuco*”. *Economía y Sociedad*, CIES, 32-37. **Cita en el texto:** (Ramón, D., Huber, L., Madalengoitia, O., Saldaña, R., & Trivelli, C., 2009. p.9)
9. Salinas y Castañeda, C. (2014). “*Análisis comparativo de los mecanismos de intervención considerados en los programas de transferencia condicionada de dinero en México, Brasil y Perú, en el contexto del nuevo milenio*”. Lima: PUCP. **Cita en el texto:** (Gentilini (2007), p.11)
10. UNICEF. (2007) “*El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia*”. Lima: Programa Juntos – UNICEF. **Cita en el texto:** (Villatoro, 2007, p.11)
11. Perova, E., & Vakis, R. (2010). “*El Impacto y Potencial del Programa Juntos en Perú#*”. Evidencia de una evaluación No-Experimental. Lima: Programa Nacional Juntos. **Cita en el texto:** (Perova y Renos, 2010, p.16)

ANEXOS

ANEXO 1:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

FICHA DE EVALUACIÓN

Esta ficha será aplicada a los niños y niñas de 0 a 5 años de edad beneficiarios del programa JUNTOS en el distrito de Marcará, de la provincia de Carhuaz, del departamento de Ancash, con el objeto de registrar información relacionada con el impacto en la reducción de la desnutrición infantil.

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO

EDAD:

< de 1 año.....

Entre 1 y 2 años.....

Entre 2 y 3 años.....

Entre 3 y 4 años.....

Entre 5 años.....

SEXO:

1. M () 2. F ()

FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA

.....

II. ESTADO NUTRICIONAL AL INGRESO DEL PROGRAMA:

PESO REGISTRADO EN EL CARNET PERINATAL

TALLA REGISTRADA EN EL CARNET PERINATAL

III. ESTADO NUTRICIONAL AL TERMINO DE UN AÑO:

PESO ACTUAL

TALLA ACTUAL

IV. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

GRADO DE DESNUTRICIÓN DE ACUERDO AL PESO PARA LA

EDAD:

DESNUTRIDO.....

NORMAL.....

SOBREPESO.....

GRADO DE DESNUTRICIÓN DE ACUERDO AL PESO PARA LA

TALLA:

DESNUTRIDO SEVERO.....

DESNUTRIDO.....

NORMAL.....

SOBREPESO.....

OBESIDAD.....

ANEXO 2:

TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTROPOMETRICA PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

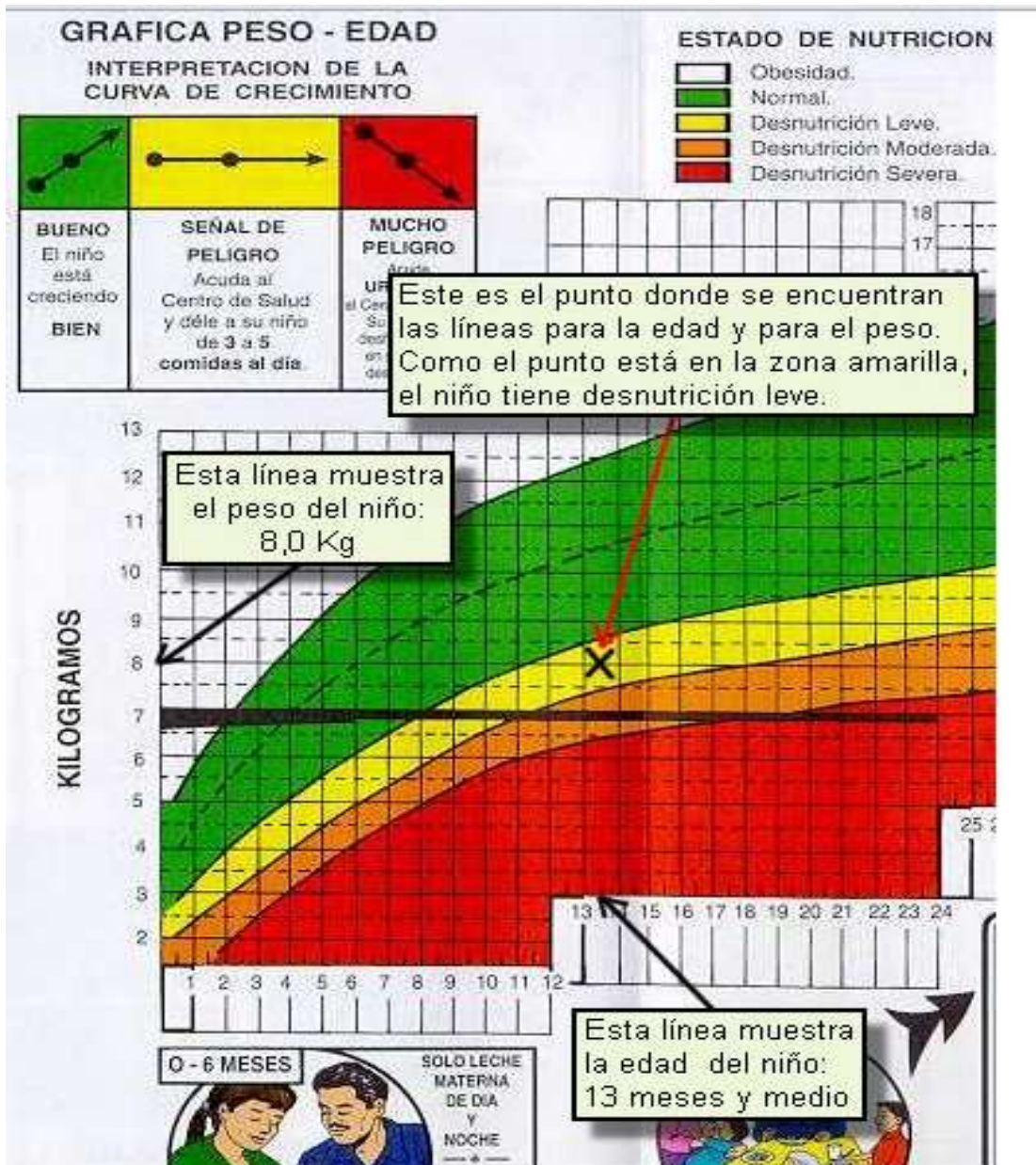


TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA EDAD

PESOS (kg)		TALLA (cm) (longitud/estatura)	
Desnutrido Severo	NORMAL	Desnutrido	NORMAL
< -2DE	≥ -2DE y < 2DE	< -2DE	≥ -2DE y < 2DE
> 2DE	> 2DE	> 2DE	> 2DE

TALLA PARA EDAD

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

1. Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
2. Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar.

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -2DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	Sobrepeso*

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

1. Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
2. Compare la longitud o talla del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar.

Longitud o talla:	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja severa
≥ a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

DE / Dirección Ejecutiva < | menor > | mayor > | mayor o igual Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre ≥ -2DE y < -1DE

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)			
	Desnutrido Severo	Desnutrido	NORMAL	Sobrepeso (Obesidad)
< -3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	< 1DE	≥ 2DE
> 3DE	> 3DE	> 3DE	> 3DE	> 3DE

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

1. Ubique en la columna de la Talla, la talla del niño.
2. Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar.

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≥ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

DE / Dirección Ejecutiva < | menor > | mayor > | mayor o igual Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ -2DE y < -1DE
- Peso > 1DE y ≤ 2DE

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11264

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry 8265 S. Urb. Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Cajon Ripariano 1400, Jesús María, Lima, Perú.
Tel. 0051-1-4719920 Fax 0051-1-4719179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Jr. Tarma y Saenz 276 Jesús María,
Barridos 0001-1-4680318 Fax 001-1-4628017
Lima, Perú, 2007. 3ª Edición

Distribución: La Merced Contreras Rojas

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)							
	Desnutrido severo	Desnutrido	NORMAL		Sobrepeso	Obesidad		
	< -3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Talla, la talla de la niña.
- Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≤ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

DE: Desviación Estándar
<: Menor >: mayor ≥: mayor o igual ≤: menor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ -2DE y < -1DE
- Peso ≥ 1DE y ≤ 2DE

Registro en el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11769

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry esquina E. con Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Cajalupatzen 1450, Jesús María, Lima, Perú
Tel. 3047-4-471-0420 Fax 0051-1-471-0179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Av. Tarma y Sucre 276, Jesús María
Lima, Perú. T. 460-0214 Fax 0051-1-4602817
Lima, Perú, 2007. 1ª Edición

Edición: J. M. Wanda Contreras Rojas

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA EDAD

TALLA PARA EDAD

Edad (años)	PESO (kg)		Edad (años)	TALLA (cm) (longitud / estatura)						
	Normal	Severo		Seg. Severo	Seg.	Normal	Alto			
	< -2DE	≥ -2DE	≥ 2DE	≤ -3DE	≥ -3DE	> 2DE	-1DE	1DE	≥ 2DE	≥ 3DE

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -2DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	Sobrepeso*

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare la longitud o talla de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Longitud o Talla:	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja severa
≥ a la talla correspondiente a -2 DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

DE: Desviación Estándar <: menor >: mayor ≥: mayor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre ≥ -2DE y < -1DE

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA							
	PESO (kg)							
	N O R M A L							
	<-3DE	-2DE	-1DE	1DE	2DE	3DE	>3DE	
45	1,9	2,1	2,3	2,7	3,0	3,3		
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,2	3,5		
47	2,2	2,4	2,6	3,1	3,4	3,7		
48	2,3	2,5	2,7	3,3	3,6	4,0		
49	2,4	2,6	2,9	3,5	3,8	4,2		
50	2,6	2,8	3,1	3,7	4,0	4,5		
51	2,8	3,0	3,3	3,9	4,3	4,8		
52	2,9	3,2	3,5	4,2	4,6	5,1		
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,9	5,4		
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,2	5,7		
55	3,5	3,8	4,2	5,0	5,5	6,1		
56	3,7	4,0	4,4	5,3	5,8	6,4		
57	3,9	4,3	4,6	5,6	6,1	6,8		
58	4,1	4,5	4,9	5,9	6,5	7,1		
59	4,3	4,7	5,1	6,2	6,8	7,5		
60	4,5	4,9	5,4	6,4	7,1	7,8		
61	4,7	5,1	5,6	6,7	7,4	8,2		
62	4,9	5,3	5,8	7,0	7,7	8,5		
63	5,1	5,5	6,0	7,3	8,0	8,8		
64	5,3	5,7	6,3	7,5	8,3	9,1		
65	5,5	5,9	6,5	7,8	8,6	9,5		
66	5,6	6,1	6,7	8,0	8,8	9,8		
67	5,8	6,3	6,9	8,3	9,1	10,0		
68	6,0	6,5	7,1	8,5	9,4	10,3		
69	6,1	6,7	7,3	8,7	9,6	10,6		
70	6,3	6,9	7,5	9,0	9,9	10,9		
71	6,5	7,0	7,7	9,2	10,1	11,1		
72	6,6	7,2	7,8	9,4	10,3	11,4		
73	6,8	7,4	8,0	9,6	10,6	11,7		
74	6,9	7,5	8,2	9,8	10,8	11,8		
75	7,1	7,7	8,4	10,0	11,0	12,2		
76	7,3	7,8	8,6	10,2	11,2	12,4		
77	7,4	8,0	8,7	10,4	11,5	12,6		
78	7,5	8,2	8,9	10,6	11,7	12,9		
79	7,7	8,3	9,1	10,8	11,9	13,1		
80	7,8	8,5	9,2	11,0	12,1	13,4		
81	8,0	8,7	9,4	11,3	12,4	13,7		
82	8,1	8,8	9,6	11,5	12,6	13,9		
83	8,3	9,0	9,8	11,8	12,9	14,2		
84	8,5	9,2	10,1	12,0	13,2	14,5		
85	8,7	9,4	10,3	12,3	13,5	14,9		
86	8,9	9,7	10,5	12,6	13,8	15,2		
87	9,1	9,9	10,7	12,8	14,1	15,5		
88	9,3	10,1	11,0	13,1	14,4	15,9		
89	9,5	10,3	11,2	13,4	14,7	16,2		
90	9,7	10,5	11,4	13,7	15,0	16,5		
Estatura (metros de pie)								
80	7,8	8,6	9,4	11,2	12,3	13,8		
81	8,1	8,8	9,6	11,4	12,6	14,1		
82	8,3	9,0	9,8	11,7	12,8	14,1		
83	8,5	9,2	10,0	11,9	13,1	14,5		
84	8,6	9,4	10,2	12,2	13,4	14,8		
85	8,8	9,6	10,4	12,5	13,7	15,1		
86	9,0	9,8	10,7	12,7	14,0	15,4		
87	9,2	10,0	10,9	13,0	14,3	15,8		
88	9,4	10,2	11,1	13,3	14,6	16,1		
89	9,6	10,4	11,4	13,6	14,9	16,4		
90	9,8	10,6	11,6	13,8	15,2	16,8		
91	10,0	10,9	11,8	14,1	15,5	17,1		
92	10,2	11,1	12,0	14,4	15,8	17,4		
93	10,4	11,3	12,3	14,7	16,1	17,8		
94	10,6	11,5	12,5	14,9	16,4	18,1		
95	10,8	11,7	12,7	15,2	16,7	18,5		
96	10,9	11,9	12,9	15,5	17,0	18,8		
97	11,1	12,1	13,2	15,8	17,4	19,2		
98	11,3	12,3	13,4	16,1	17,7	19,5		
99	11,5	12,5	13,7	16,4	18,0	19,9		
100	11,7	12,8	13,9	16,7	18,4	20,3		
101	12,0	13,0	14,2	17,0	18,7	20,7		
102	12,2	13,3	14,5	17,4	19,1	21,1		
103	12,4	13,5	14,7	17,7	19,5	21,6		
104	12,6	13,8	15,0	18,1	19,9	22,0		
105	12,8	14,0	15,3	18,4	20,3	22,5		
106	13,1	14,3	15,6	18,8	20,8	23,0		
107	13,4	14,6	15,9	19,2	21,2	23,5		
108	13,7	14,9	16,3	19,6	21,7	24,0		
109	13,9	15,2	16,6	20,0	22,1	24,5		
110	14,2	15,5	17,0	20,5	22,6	25,1		
111	14,6	15,8	17,3	20,9	23,1	25,7		
112	14,8	16,2	17,7	21,4	23,6	26,2		
113	15,1	16,6	18,0	21,8	24,2	26,8		
114	15,4	16,8	18,4	22,3	24,7	27,4		
115	15,7	17,2	18,8	22,8	25,2	28,1		
116	16,0	17,5	19,2	23,3	25,8	28,7		
117	16,3	17,8	19,6	23,8	26,3	29,3		
118	16,6	18,2	19,9	24,2	26,9	29,9		
119	16,9	18,5	20,3	24,7	27,4	30,6		
120	17,3	18,9	20,7	25,2	28,0	31,2		

Fuente: OMS 2000

Peso (kg)	PESO PARA EDAD				TALLA PARA EDAD							
	NORMAL				TALLA (cm) (longitud estatura)							
	NORMAL				N O R M A L							
	<-3DE	-2DE	2DE	>2DE	<-3DE	-2DE	-1DE	1DE	2DE	>2DE		
2,4	4,2	0:0		43,6	45,4	47,3	51,0	52,9				
3,2	5,5	0:1		47,8	49,6	51,7	55,6	57,6				
3,9	6,6	0:2		51,0	53,0	55,0	59,1	61,1				
4,5	7,5	0:3		53,5	55,6	57,7	61,9	64,0				
5,0	8,2	0:4		55,6	57,8	59,9	64,3	66,4				
5,4	8,8	0:5		57,4	59,6	61,8	66,2	68,5				
5,7	9,3	0:6		58,9	61,2	63,5	68,0	70,3				
6,0	9,8	0:7		60,3	62,7	65,0	69,6	71,9				
6,3	10,2	0:8		61,7	64,0	66,4	71,1	73,5				
6,5	10,5	0:9		62,9	65,3	67,7	72,5	75,0				
6,7	10,8	0:10		64,1	66,5	68,9	73,9	76,4				
6,9	11,2	0:11		65,2	67,7	70,3	75,3	77,8				
7,0	11,5	1:0		66,3	68,5	71,4	76,6	79,2				
7,2	11,8	1:1		67,3	70,6	72,0	77,8	80,5				
7,4	12,1	1:2		68,3	71,6	73,7	79,1	81,7				
7,6	12,4	1:3		69,3	72,6	74,8	80,2	82,8				
7,7	12,6	1:4		70,2	73,6	75,8	81,4	84,2				
7,9	12,9	1:5		71,1	74,6	76,8	82,5	85,4				
8,1	13,2	1:6		72,0	75,6	77,8	83,6	86,6				
8,2	13,5	1:7		72,8	76,8	78,8	84,7	87,6				
8,4	13,7	1:8		73,7	77,7	79,7	85,7	88,7				
8,6	14,0	1:9		74,5	78,5	80,6	86,7	89,8				
8,7	14,3	1:10		75,2	79,4	81,3	87,7	90,8				
8,9	14,6	1:11		76,0	79,2	82,3	88,7	91,9				
Estatura (metros de pie)												
9,0	14,8	2:0		76,8	79,3	82,5	89,9	92,2				
9,2	15,1	2:1		77,6	80,8	83,3	90,9	93,1				
9,4	15,4	2:2		77,5	80,8	84,1	90,8	94,1				
9,5	15,7	2:3		78,1	81,3	84,9	91,7	95,0				
9,7	16,0	2:4		78,8	82,2	85,7	92,5	96,0				
9,8	16,2	2:5		79,5	82,9	86,4	93,4	96,9				
10,0	16,5	2:6		80,1	83,6	87,1	94,2	97,7				
10,1	16,8	2:7		80,7	84,3	87,9	95,0	98,4				
10,3	17,1	2:8		81,3	84,9	88,6	95,8	99,4				
10,4	17,3	2:9		81,9	85,6	89,3	96,6	100,3				
10,5	17,6	2:10		82,5	86,2	89,9	97,4	101,1				
10,7	17,8	2:11		83,1	86,8	90,6	98,1	101,9				
10,8	18,1	3:0		83,6	87,4	91,2	98,9	102,7				
10,8	18,4	3:1		84,2	88,0	91,9	99,6	103,4				
11,1	18,7	3:2		84,7	88,6	92,5	100,3	104,2				
11,2	19,0	3:3		85,2	89,2	93,1	101,0	105,0				
11,3	19,2	3:4		85,8	89,8	93,8	101,7	105,7				
11,5	19,5	3:5		86,3	90,4	94,4	102,4	106,4				
11,6	19,8	3:6		86,8	90,9	95,0	103,1	107,2				
11,7	20,1	3:7		87,4	91,5	95,6	103,8	107,9				
11,8	20,4	3:8		87,9	92,0	96,2	104,5	108,6				
12,0	20,7	3:9		88,4	92,5	96,7	105,1	109,3				
12,1	20,9	3:10		88,9	93,1	97,3	105,8	110,0				
12,2	21,2	3:11		89,3	93,6	97,9	106,4	110,7				
12,3	21,5	4:0		89,8	94,1	98,4	107,0	111,3				
12,4	21,8	4:1		90,3	94,6	99,0	107,7	112,0				
12,6	22,1	4:2		90,7	95,1	99,5	108,3	112,7				
12,7	22,4	4:3		91,2	95,6	100,1	108,9	113,3				
12,8	22,6	4:4		91,7	96,1	100,6	109,5	114,0				
12,9	22,9	4:5		92,1	96,6	101,1	110,1	114,8				
13,0	23,2	4:6		92,6	97,1	101,6	110,7	115,2				
13,2	23,5	4:7		93,0	97,6	102,2	111,3	115,9				
13,3	23,8	4:8		93,4								