

DIAGNÓSTICO

DE LOS DETERMINANTES

DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

EN LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN



DIAGNÓSTICO DE LOS DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN
CRÓNICA INFANTIL EN LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN

Primera edición
Julio 2012

FUNDACIÓN ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE

Calle Francisco del Castillo 235, 2.º piso
Urb. San Antonio - Miraflores
Teléfonos: 6282836 / 6282835

Elaboración de contenidos:

Luis Espejo Alayo
Alejandro Vargas Vásquez
Bronwen Margaret Giliespie
Jaime Silva García
Ángel Fernández

Corrección de estilo y cuidado de la edición:

José Luis Carrillo Mendoza

Diseño y diagramación

www.digitalworldperu.com

Este diagnóstico ha sido realizado en el marco del Proyecto de Desnutrición Crónica Infantil del Convenio 10-COI-064, "Seguridad alimentaria y nutricional en Perú y Paraguay", financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la cofinanciación de la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Navarra

DIAGNÓSTICO

DE LOS DETERMINANTES

DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

EN LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN



Presentación

Este documento muestra las condiciones en las que nacen y crecen los niños de la provincia de Vilcashuamán ubicada en la sierra central de la región Ayacucho, Perú, y que los sitúa en mayor desventaja para alcanzar condiciones de salud y nutrición óptimas para su desarrollo biológico y psicológico y para su interacción social.

El contenido de este diagnóstico está organizado en cuatro secciones. En la primera se presenta la situación de la desnutrición crónica infantil en América Latina y su evolución en el Perú. En la segunda, que contiene el diagnóstico de la provincia de Vilcashuamán, se abordan los aspectos metodológicos del trabajo, se muestran las características de la citada provincia y se indica la situación de las Municipalidades, de la seguridad alimentaria, del agua y saneamiento, de los servicios y la situación de salud y nutrición materno-infantil, así como los aspectos socioculturales. En la tercera sección se exponen algunas conclusiones y recomendaciones. Y finalmente, en la cuarta, se incluyen los anexos con las tablas de información y los instrumentos de recolección.

Para la realización de este trabajo se utilizaron fuentes de información como encuestas directas, observaciones, grupos focales, entrevistas a profundidad y semiestructuradas, y etnografías. Los informantes fueron las madres y los padres con niños menores de 3 años; agricultores; miembros de las Juntas Directivas Comunales; miembros de organizaciones sociales de base (OSB) de hombres y mujeres; miembros de las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento; funcionarios y trabajadores de las municipalidades, de los servicios de salud, de la Agencia Agraria y Agrorural; y personal de las instituciones no gubernamentales.

El documento brinda información que puede contribuir a una mejor implementación de acciones, proyectos y políticas públicas orientadas a la disminución de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Vilcashuamán, de modo que haga posible el despliegue de mejores condiciones para el desarrollo de los niños en un marco de ejercicio de sus derechos.

Íñigo Lasa Hernández
Director de la Fundación Acción Contra el Hambre-Perú



Agradecimientos

A las familias de las comunidades de la provincia de Vilcashuamán, por acogernos en sus hogares, así como a los representantes de las Juntas Directivas Comunales, de las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento, de los agentes comunitarios de salud y de las organizaciones sociales de base de hombres y mujeres, por su paciencia, confianza y apertura con la que nos recibieron y permitieron conocer su entorno familiar y las características de sus comunidades.

A los funcionarios y trabajadores de las ocho municipalidades de la provincia de Vilcashuamán, de los servicios de salud, de la Agencia Agraria y de Agrorural, por su participación y apoyo en este diagnóstico.

A los funcionarios del Ministerio de Salud, del Gobierno Regional de Ayacucho, de la Dirección Regional de Salud y de la Micro Red de Salud Centro, por su participación en la validación de los instrumentos y la metodología del diagnóstico.

A la doctora Nelly Zavaleta y a la licenciada Graciela Respicio, del Instituto de Investigación Nutricional, por su trabajo en la Línea de Base de Salud y Nutrición.

A los docentes y estudiantes de la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Escuela de Formación Profesional de Antropología Social de la Universidad San Cristóbal de Huamanga (Ayacucho), que participaron e hicieron posible el levantamiento de información.



ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	10
-------------------	----

INTRODUCCIÓN	12
--------------	----

I. LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN AMÉRICA LATINA Y EN EL PERÚ	14
---	----

II. DIAGNÓSTICO DE LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN	18
---	----

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS	19
---------------------------	----

2. LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN	24
---------------------------------	----

2.1 Reseña histórica	24
----------------------	----

2.2 Caracterización territorial	26
---------------------------------	----

2.3 Aspectos sociodemográficos	27
--------------------------------	----

2.4 Aspectos socioeconómicos	28
------------------------------	----

2.5 Infraestructura	29
---------------------	----

3. LA SITUACIÓN DE LOS GOBIERNOS LOCALES	30
--	----

3.1 La gestión municipal	32
--------------------------	----

3.2 Presupuesto municipal	38
---------------------------	----

4. LA SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA	41
---	----

4.1 La disponibilidad de alimentos a nivel local	42
--	----

4.2 Acceso a los alimentos	50
----------------------------	----

4.3 Consumo de alimentos	58
--------------------------	----

5. LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE AGUA Y SANEAMIENTO	64
---	----

5.1 Acceso a los servicios de agua y saneamiento en la provincia de Vilcashuamán	65
--	----

5.2 Calidad del servicio de agua	65
----------------------------------	----

5.3 Tratamiento de los residuos sólidos	66
---	----

5.4 Responsabilidad para el agua y saneamiento	66
--	----

6. LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	68
---	----

6.1 Los servicios de salud en la provincia de Vilcashuamán	69
--	----

6.2 Gestión de los servicios de salud	71
---------------------------------------	----

6.3 Capacitación al personal de salud	74
---------------------------------------	----

6.4 Promoción de la salud	75
---------------------------	----

7. LA SITUACIÓN DE LA SALUD Y NUTRICIÓN MATERNO-INFANTIL	79
--	----

7.1 Salud materna	79
-------------------	----

7.2 Salud infantil	82
--------------------	----

7.3 Alimentación infantil	86
---------------------------	----

8. LA SITUACIÓN SOCIOCULTURAL	109
-------------------------------	-----

8.1 Impacto del modo de vida agrícola en la situación nutricional	109
---	-----

8.2 “Comer bien” y alimentación infantil	109
--	-----

8.3 Violencia familiar	109
------------------------	-----

8.4 Nuevas influencias	110
------------------------	-----

8.5 Relación con los programas del Estado	111
---	-----

8.6 Organización comunal	111
--------------------------	-----

III A MODO DE CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	112
--	-----

1. CONCLUSIONES	114
-----------------	-----

2. RECOMENDACIONES	119
--------------------	-----

IV ANEXOS	124
-----------	-----

1. ANEXO A: TABLAS	125
--------------------	-----

2. ANEXO B: INSTRUMENTOS	170
--------------------------	-----

Resumen Ejecutivo

A lo largo de los últimos años (2000-2011) se ha observado un cambio en la tasa de desnutrición crónica infantil en el Perú. Y aunque se trata de un cambio positivo para la población socioeconómica media y alta, los más pobres aún presentan altas tasas de desnutrición crónica. Este trabajo intenta dar luz acerca de los determinantes de la desnutrición crónica en la provincia de Vilcashuamán a partir de un análisis de la situación de las Municipalidades, la seguridad alimentaria, los servicios de agua y saneamiento, los servicios de salud, la situación de salud y nutrición de las madres y sus niños menores de 3 años, así como de sus características socioculturales.

El análisis revela que persiste una elevada prevalencia de desnutrición crónica infantil en los menores de 3 años de la provincia de Vilcashuamán, y que se mantiene asimismo una inusual prevalencia de desnutrición aguda superior a los promedios nacionales. La situación identificada se enmarca en las limitaciones de las Municipalidades para la gestión eficiente de los recursos orientados a mejorar la situación nutricional, una alta vulnerabilidad de la seguridad alimentaria en las familias, un deterioro de los sistemas de agua potable, prácticas inadecuadas de higiene y manipulación de alimentos, y la alta prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en los niños menores de 3 años. Por otro lado, gracias al impulso del Programa Juntos, el acceso de los niños, niñas y sus madres a los servicios de salud es adecuado, pero éstos son aún de calidad inapropiada y su organización no es la más idónea para la prestación de servicios preventivo-promocionales en el contexto sociocultural de la población. A ello se suman las malas prácticas de alimentación infantil y el inadecuado consumo de proteínas, energía y micronutrientes.

Ante esta situación, resulta necesario integrar esfuerzos y recursos entre todas las organizaciones para desarrollar acciones que mejoren la gestión de las Municipalidades, la seguridad alimentaria, el saneamiento, la salud y nutrición (estimulación del niño y enfrentamiento de la violencia en el hogar), así como la generación de ingresos. Todo lo cual involucra los aspectos socioculturales y demanda la participación de las madres y padres en el cuidado de la salud y nutrición de sus hijos e hijas.

Introducción



En consonancia con los esfuerzos del Perú para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (objetivo 1, meta 2), Acción Contra el Hambre (ACH) llevó a cabo, en agosto del 2008, una misión exploratoria en la cual se sentaron las bases para el desarrollo de una estrategia de trabajo de la organización a largo plazo en el país, tratando de concentrarse, en especial, en las provincias más vulnerables de la sierra. Como resultado de este trabajo de partida, ACH elaboró un programa de actuación en materia de desnutrición infantil en la zona, que se viene ejecutando desde julio del 2009 con el apoyo de la cooperación internacional (AECID, Gobierno de Navarra y Generalitat Valenciana), y cuyo propósito es “combatir la desnutrición infantil, construyendo evidencia, midiendo impacto y evaluando el coste-efectividad, a través de experiencias operativas que ayuden a un buen *scaling up* de buenas prácticas por parte de los tomadores de decisiones y creadores de políticas”.

La desnutrición es el mayor contribuyente a la carga mundial de enfermedad, y ha venido siendo abordada en el Perú a través de una serie de intervenciones que han permitido una reducción sostenida de 8,3 puntos porcentuales entre 1975 y 1996, ritmo que bajó a 0,2 puntos porcentuales entre 1996 y el 2005² y llegó a los 9 puntos porcentuales entre el 2007 y el 2011.³ Sin embargo, la desnutrición crónica infantil en la población de extrema pobreza se mantiene elevada (43,5%)⁴ según los patrones de la Organización Mundial de la Salud

(OMS). Resulta entonces necesario profundizar nuestra comprensión de los factores que están influyendo a que esta situación se mantenga y, así, se pueda incorporar intervenciones sobre las “causas de las causas” y reducir estas inequidades que obedecen a las condiciones imperantes en la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, y que se conocen como determinantes sociales de la salud.

Si bien la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud previstas en los Objetivos del Milenio.

En este marco, el Programa Sumaq Kawsay, y que se implementa en los ocho distritos que conforman la provincia de Vilcashuamán, región Ayacucho, desarrolló en su primer año un diagnóstico exhaustivo de la situación de las Municipalidades, de su seguridad alimentaria, de los sistemas de agua y saneamiento, de los servicios de salud, de la salud y nutrición de las madres, los niños menores de 3 años, y de algunos aspectos socioculturales. Los hallazgos de la información cuantitativa y cualitativa de este diagnóstico nos permiten profundizar nuestra comprensión de los determinantes de la situación nutricional en la provincia y, así, poder definir mejor las estrategias de intervención y gestión para la reducción de la desnutrición infantil.

La información recopilada fue presentada y analizada con la participación de diferentes actores comunales, distritales y provinciales: alcaldes y funcionarios de las Municipalidades; representantes, directivos y personal de los sectores Salud y Agricultura; autoridades comunales, dirigentes de organizaciones sociales de base (OSB), representantes de las ONG locales, entre otros. Asimismo, se contó con la presencia del Consejero Regional del Gobierno Regional y del Director Regional de Salud de la provincia de Vilcashuamán.

1 PELLETIER, D. *et al.*: “Estableciendo la agenda de nutrición, la formulación de políticas y la ejecución: Las lecciones de la Iniciativa para la Integración de Nutrición”. *Health Policy and Planning Advance Access*, 3 de febrero del 2011.

2 PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS: *El costo del hambre: Impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Perú*. Lima: PMA, s.a.

3 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: *Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES Continua): Perú: Indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2010*. Lima: INEI, febrero del 2011.

4 *Idem.*



La Desnutrición Crónica en América Latina y el Perú



La situación nutricional de los niños es fundamental para su desarrollo físico y cognoscitivo. La evidencia muestra que la subnutrición no solo afecta el desarrollo del niño y sus habilidades cognoscitivas en el corto plazo, sino también su productividad, con impactos económicos mensurables⁵ en su vida adulta.

La estatura baja para la edad (retraso en el crecimiento) refleja el efecto acumulativo de los eventos nutricionales y del crecimiento lineal. En el 2005 se estimó que el 32% de los niños menores de 5 años en los países en desarrollo —es decir, 178 millones— tenían retrasos en el crecimiento. Este retraso en el crecimiento lineal, junto con la emaciación, las restricciones al crecimiento intrauterino que provocan bajo peso al nacer y las deficiencias de vitamina A y de zinc, producen 3,1 millones de muertes por año en niños menores de 5 años.⁶

Se ha estimado que la desnutrición crónica infantil y el retardo del crecimiento intrauterino, en conjunto, contribuyen con 2,2 millones de muertes y el 21% de la discapacidad ajustada por años de vida (DALY) para los niños menores de 5 años. Las deficiencias nutricionales de vitamina A, zinc, hierro y yodo, así como la lactancia materna subóptima, juntas, son responsables de aproximadamente el 35% de las muertes infantiles y del 11% de la carga mundial de la mortalidad total.⁷

5 RUEL, Marie y John HODDINOTT: "Inversión en nutrición durante la primera infancia". International Food Policy Research Institute (IFPRI). *Perspectiva de políticas alimentarias* 8, noviembre del 2008.

6 *Ibidem*

7 BLACK, Robert *et al.*: "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences". *The Lancet*, vol. 371, 19 de enero del 2008.

En promedio, el 56% de las muertes infantiles (menores de 5 años) en 53 países en desarrollo son atribuibles directa o indirectamente a deficiencias nutricionales en los niños, y, a su vez, es solo una de las consecuencias del costo que puede tener la desnutrición.⁸

En América Latina, para el año 2006 había 194 millones de pobres, de los cuales 71 millones eran pobres extremos o indigentes. Entre el 2001 y el 2003, alrededor de 52 millones de personas (9,9%) no tenían acceso a la cantidad adecuada de alimentos para cubrir sus requerimientos calóricos mínimos, aun cuando la producción regional supera largamente las necesidades. Hacia los años 2002-2006, 4 millones (7,0%) de niños menores de 5 años de la región tenían un peso bajo para la edad, y 8,7 millones (15,4%) mostraban baja talla,⁹ situación que se concentraba particularmente en las poblaciones pobres e indígenas.¹⁰

En el caso del Perú, la evolución de la desnutrición crónica infantil va en descenso:¹¹ del 28,5% del año 2007 a 19,5% para el año 2011, según el reporte de la ENDES 2010 (OMS). Aunque estos resultados parecen alentadores, se puede encontrar aún muchos distritos con altos niveles de vulnerabilidad y elevadas prevalencias de desnutrición crónica, lo que refleja las inequidades al interior del país.

Según los reportes de la ENDES 2011, los cinco departamentos que tienen los más altos índices de desnutrición crónica infantil son Huancavelica (54,2%), Apurímac (39,3%), Cajamarca (37,6%), Ayacucho (35,3%) y Huánuco (34,3%). Este problema es mayor entre los niños de 6 a 11 meses de edad (17,3%) y entre los residentes en las zonas rurales (37%).

Asimismo, se presentó una diferencia de 1,2% entre niños (20,1%) y niñas (18,9%). También afectó más a niños de madres sin educación (54%) que a los de aquellos con madres con mayor nivel educativo: secundaria (12,9%) o superior (5,4%). Además, presentaron una mayor proporción de desnutrición crónica los niños ubicados en el quintil inferior de riqueza (43,5%) y aquellos que residen en el área rural (37%).



8 PELLETIER, D., E. FRONGILLO, D. SCHROEDER y J. HABICHT: "The Effects of Malnutrition on Child Mortality in Developing Countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 1995: 73(4), 443-448.

9 MARTÍNEZ, Rodrigo: *Impacto social y económico de la desnutrición infantil*. Disponible en: <...>, AÑO

10 PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS-OFCINA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: *La desnutrición crónica en América Latina y el Caribe*. (<pma.latinoamerica.arobawfp.org>), 2007.

11 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: *Encuestas Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*. Lima: INEI, 2005, 2007, 2008, 2009 y 2010.



Diagnóstico de la provincia de Vilcashuamán



1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En el cuadro que sigue se muestran los aspectos metodológicos de los diferentes estudios realizados para el levantamiento de información cuantitativa y cualitativa de fuentes primarias y secundarias en el diagnóstico de la provincia de Vilcashuamán.

ESTUDIO	OBJETIVO	POBLACIÓN OBJETIVO / INFORMANTES	DISEÑO DEL ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	INSTRUMENTOS	PERIODO DEL ESTUDIO	UBICACIÓN ZONA DE ESTUDIO
Gobernabilidad	Conocer las capacidades y condiciones organizativas e institucionales de Las Municipalidades de la provincia de Vilcashuamán.	Representantes de las Municipalidades Distritales	Descriptivo con entrevistas y revisión de información secundaria.	100% Municipalidades Distritales de la provincia de Vilcashuamán	<ul style="list-style-type: none"> Fichas de información municipal Análisis de documentación existente (PDC, PDI, POI, PIA, ROF, MOF, CAP, PPC, RUOS, PDCAP) Guías de entrevista estructuradas 	Octubre 2010 a mayo 2011	Provincia Vilcashuamán y sus 8 distritos: Vilcashuamán, Accomarca, Carhuanca, Concepción, Huambalpa, Independencia, Saurama y Vischongo
Seguridad alimentaria	Elaborar diagnóstico para determinar las características de los factores relacionados con inseguridad alimentaria y nutricional.	Personal de Agencia Agraria Vilcashuamán y productores agropecuarios	Estudio descriptivo a través de entrevistas al personal de Agencia Agraria Vilcashuamán y productores agropecuarios, entrevistas a los intermediarios en Vilcashuamán.	8 distritos de la provincia de Vilcashuamán	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de información agropecuaria, provincia de Vilcashuamán Sistema de información del mercado 	Enero 2011 a junio 2011	8 distritos: Vilcashuamán, Accomarca, Carhuanca, Concepción, Huambalpa, Independencia, Saurama y Vischongo
Agua y saneamiento	Realizar una aproximación a la situación en la que se encuentran los sistemas de agua potable, la cobertura del servicio, las características de la gestión y el comportamiento sanitario de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Representantes de la Municipalidad Autoridades de cada una de las comunidades seleccionadas Representantes JASS 	Descriptivo con entrevistas y revisión de información secundaria.	8 distritos de la provincia de Vilcashuamán	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta sobre la gestión municipal Encuesta sobre la gestión de los sistemas de agua potable por parte de las JASS del distrito. 	Octubre 2010 a junio 2011	Provincia Vilcashuamán y sus 8 distritos: Vilcashuamán, Accomarca, Carhuanca, Concepción, Huambalpa, Independencia, Saurama y Vischongo
Servicios de salud	Identificar los niveles de implementación de aspectos de organización y gestión en los Establecimientos de Salud. Conocer los mecanismos de implementación de la atención integral, promoción de la salud, gestión de la calidad y del aseguramiento universal en los Establecimientos de Salud.	Personal de Salud de la Micro Red de Salud Vilcashuamán	Estudio descriptivo a través de entrevistas al personal de salud y recolección de información de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.	19 establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Vilcashuamán de la Red de Salud Centro de la Dirección Regional de Salud Ayacucho	<ul style="list-style-type: none"> Guía 1: Gestión Institucional y Sanitaria de los Establecimientos de Salud. Guía 2: Percepción del personal de salud sobre la organización y gestión de los servicios de salud para el trabajo comunitario e interinstitucional. 	Octubre 2010 a marzo 2011	19 Establecimientos de Salud de la Micro Red de Salud Vilcashuamán: Puestos de Salud: San Antonio de Cocha, Huambalpa, Pomatambo, Accomarca, San Antonio de Astanya, Carhuanca, Patahuasi, Pomacocha, San Francisco de Pujas, Huarcas, Palccacancha, Chiribamba, Pacchahuayhua, Pongococha, Concepción Centro de Salud. Vilcashuamán, Vischongo.

ESTUDIO	OBJETIVO	POBLACIÓN OBJETIVO / INFORMANTES	DISEÑO DEL ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	INSTRUMENTOS	PERIODO DEL ESTUDIO	UBICACIÓN ZONA DE ESTUDIO
Salud y nutrición	Determinar la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 3 años, y de sus determinantes en la familia.	Padres y sus niños menores de 3 años de edad, que residen en forma permanente	Probabilístico, estratificado y por conglomerados	50 conglomerados, 500 niños y 500 viviendas con niños menores de 3 años. Nivel de confianza de 95%, efecto de diseño 1.2, y un error máximo de 5.08%	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario individual • Antropometría: peso y talla • Encuesta consumo de Alimentos. 	Octubre 2010 a marzo 2011	Provincia de Vilcashuamán
Sociocultural	Identificar las características de la organización comunitaria, las características generales de la cultural local, y los roles de género que parecen jugar un papel relevante en la desnutrición infantil. Identificar los aspectos socioculturales que se quieren estudiar en profundidad, con el ánimo de definir las preguntas de investigación para una segunda fase del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Madres de menores de 3 años • Ancianos y ancianas • Padres jóvenes de menores de 3 años • Representantes de organizaciones activas en la comunidad 	Investigación etnográfica	Cuatro comunidades fueron seleccionadas dentro de la provincia de Vilcashuamán	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo focal: una entrevista grupal abierta • Entrevistas semi-estructuradas • Observación participante: acompañamiento a los miembros de la comunidad en sus actividades diarias, viendo sus prácticas y hábitos 	Septiembre 2010 a febrero 2011	Cuatro comunidades fueron seleccionadas dentro de la provincia de Vilcashuamán por incluir dos diferentes pisos ecológicos y variación en nivel de aislamiento: Cocha, Vischongo; Yunguay de Ocopa, Carhuanca; Raymina, Huambalpa; Quihuas, Independencia



2. LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN

2.1 RESEÑA HISTÓRICA

Antes de ser conquistados por los incas, los aimaras poblaban el territorio de Vilcashuamán. Aunque luego fueron desalojados por los chankas, su continuidad marcó profundamente la historia regional. Ya en el Incanato, Vilcashuamán se convertiría en un importante centro económico, militar y político que se extendía desde Uranmarca y Andahuaylas hasta Acos, en Jauja. Correspondió a Pachacútec Inca Yupanqui fundar este centro administrativo, en razón de la vieja rivalidad entre incas y chankas. Dicho centro contaba con una guarnición que superaba los 30 mil soldados y un Acla Wasi de aproximadamente mil mujeres que rendían culto al Sol y a la Luna.

Su estratégica ubicación era un punto de enlace entre diversos pueblos del Tawantinsuyo: de allí partían –y por él pasaban– caminos hacia los cuatro suyos, con lo que se convertía en un lugar de obligatorio tránsito para autoridades imperiales y viajeros, por lo que se levantaron tambos y tambillos como los de Uranmarca, Vilcas, Chupas, Pukaray, Sangaro, Parcos, Picos y Acos, a imagen y semejanza de la capital imperial.

Cuando el territorio fue conquistado por los españoles, estos pueblos fueron encomendados y el excedente tributario pasó así a manos de la nueva clase dominante. En la segunda mitad del siglo XVI (1569) la región se dividió en corregimientos, y éstos, a su vez, en repartimientos. El corregimiento de Vilcashuamán tenía 11 repartimientos: Vilcashuamán, Cangallo, Huaylla, Huancapi, Huancaraylla, Totos, Paras y Chuschi, entre otros. A puertas del año 1609 fue designada provincia del Obispado de Huamanga, y se convirtió en un importante centro de producción de tejidos (obraje de Pomacocha). Tras la guerra de independencia otorgaron a Cangallo la categoría de provincia, jurisdicción política a la que perteneció Vilcashuamán hasta antes del 24 de septiembre de 1984, fecha en que fue creada como provincia mediante Ley 23930.

El conflicto armado ocurrido entre 1980 y 1990 dejó un saldo de 1.300 personas desaparecidas, el 97% de ellas entre 1982 y 1993.¹² Entre 1981 y 1985 fueron atacados los puestos policiales de Vischongo

y Vilcashuamán, el local municipal y la minicentral hidroeléctrica de Vischongo, y la Central Eléctrica de Vilcashuamán. También sufrieron ataques las comunidades de Llocclapampa (Accomarca), Umaro, Bellavista, Huampalpa, Carhuanca, Pujas, Vilcashuamán, Vischongo y Cangallo, ofensivas que dejaron muertos y heridos entre autoridades, líderes y miembros de la comunidad.

La migración masiva y generalizada¹³ de la población (solo se quedaron las familias más pobres y los ancianos), la drástica caída de la producción y la descapitalización del agro, la destrucción de la infraestructura social y productiva, la pérdida de importante patrimonio cultural,¹⁴ la desmembración de la institucionalidad y del tejido social, la inseguridad, la violación de los derechos humanos, el repliegue de las instituciones públicas y privadas, y la inexistencia de inversiones, dieron pie para el surgimiento, en la segunda mitad de la década de 1980, del Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR), que motivó y facilitó el retorno de migrantes organizados desde Lima a sus lugares de origen, así como la reconstrucción de viviendas y la restitución de la vida comunal, como ocurrió en Huambalpa en 1986.

El esfuerzo, sin embargo, no tuvo buenos resultados. Los conflictos entre “residentes” y “retornantes” por el acceso a los limitados recursos (agua y suelo) y al apoyo del Estado persisten hasta hoy en Añaycancha, Patahuasi, Umaro y Ccachubamba (Vischongo); Raymina (Huambalpa); Ccachubamba, Añaycancha, Patahuasi y Pomacocha (Vischongo); Astanya y Santa Rosa de Ccochamarca (Concepción); Chito, Colpapampa, Churia, Tía y Huancapuquio (Vilcashuamán), y Yananaco (Independencia), son los centros poblados que han logrado un mayor crecimiento,¹⁵ debido a factores locales y al emprendimiento de sus pobladores.

El proceso de recuperación, reconstrucción y reactivación en la provincia iniciado por el Estado, las entidades privadas y cooperantes, así como por las comunidades, se centró en construir y mejorar la infraestructura y los servicios de educación, salud, transportes, agricultura, vivienda y saneamiento básico.

12 | COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN: *Informe final*. Lima: CVR, 2003.

13 | Sobre todo de adolescentes y jóvenes.

14 | La iglesia Santa Ana, en Huambalpa, sufrió varios robos.

15 | GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO-GERENCIA REGIONAL DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y ACONDICIONAMIENTO TERRITORIAL: “Diagnóstico y zonificación territorial de la provincia de Vilcashuamán”. Ayacucho, febrero del 2009.

2.2 CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL

La característica principal del territorio de la provincia de Vilcashuamán es su accidentada topografía. Ubicada en la parte centro-este del departamento de Ayacucho, goza de un clima variado con altitudes que oscilan entre los 2.000 msnm y los 4.000 msnm, y con una superficie de 1.178,16 km².

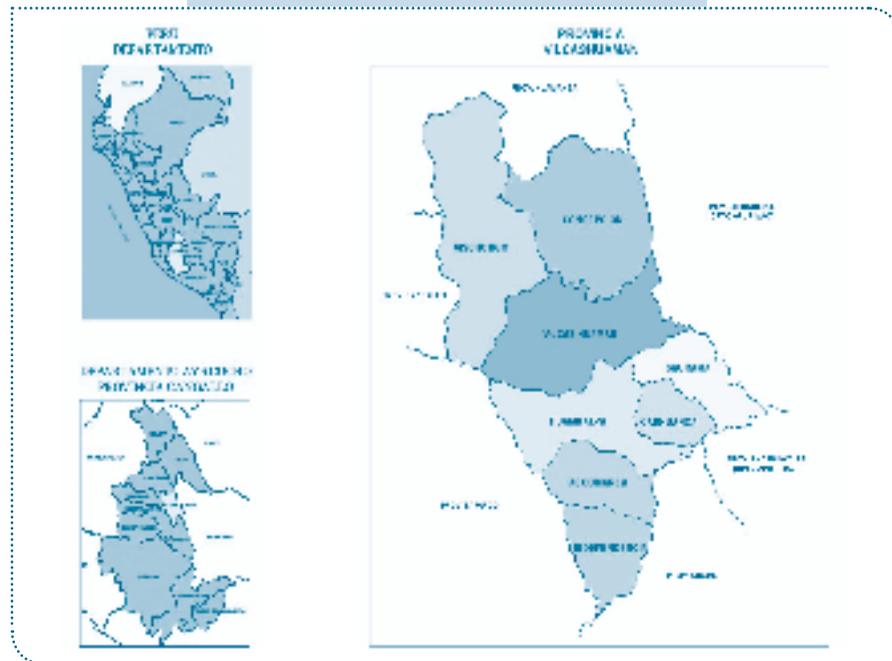
La provincia de Vilcashuamán cuenta con las siguientes zonas de vida:

- Bosque húmedo montano subtropical.
- Bosque seco montano bajo subtropical.
- Estepa espinosa montano bajo subtropical.
- Monte espinoso subtropical.
- Páramo muy húmedo subalpino subtropical.

Es una de las 11 provincias del departamento de Ayacucho y su territorio es el 2,6% de la extensión superficial del departamento. La provincia está dividida en ocho distritos (figura 1) y tiene 207 centros poblados. Los límites distritales son solo referenciales, sin respaldo de información cartográfica oficial. Solo Independencia y Saurama tienen sus límites definidos. La capital provincial está ubicada a 3.448 msnm, en las coordenadas 13°51'39" de Latitud Sur y 73°53'03" de Longitud Oeste.

Figura 1

Mapa político de la provincia de Vilcashuamán



2.3 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La población total de la provincia es de 23.471 habitantes,¹⁶ lo que representa el 4% de la población total del departamento; de ellos, el 48,7% son hombres y el 51,3% mujeres. La población femenina en edad fértil (entre 15 y 49 años) asciende a 4.963. Los niños menores de 3 años son 1.787 (tabla adjunta).

En la distribución poblacional predomina la población entre 15 y 64 años de edad (52,7%), seguida del grupo entre 0-14 años (35,5%) y del de 65 a más años de edad (11,8%). El 68,3% de la población está ubicada en el área rural y el 31,7% en la urbana, con una densidad poblacional de 20 hab./km².

Población según distrito de la provincia de Vilcashuamán - Ayacucho, Perú

Provincia	Distritos	Población total	Mujeres 15-49 años	Niños y niñas menores de 3 años
Vilcashuamán	Vilcashuamán	8.361	1.878	566
	Accomarca	1.173	249	76
	Carhuanca	1.085	221	104
	Concepción	2.997	635	261
	Huambalpa	2.195	404	188
	Independencia	1.711	332	102
	Saurama	1.383	266	99
	Vischongo	4.566	978	391
TOTAL	8	23.471	4.963	1.787

Fuente: Ministerio de Salud, <<http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>>, 2011.

16 | MINISTERIO DE SALUD: <<http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>>, 2011.

2.4 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

La provincia de Vilcashuamán tiene un índice de extrema pobreza monetaria de 50,2%. Carhuanca es el de menor pobreza (29,1%) y Saurama el más pobre (59,1%). (anexo A, tabla 1). La tasa de actividad de la población económicamente activa (PEA) provincial es del 38,3%. Los hombres tienen una tasa del 61%, mientras que las mujeres muestran una del 17,4%. El 63% de la PEA se dedica a la actividad agropecuaria.

a. Actividad agrícola

Solo el 12% de la superficie total corresponde a tierras aptas para la agricultura (4% está bajo riego y 8% bajo secano). El 53% es pasto natural y el 25% montes y bosques. El 10% restante son tierras eriazas. Los cultivos más importantes son: papa, quinua, maíz amiláceo, olluco, trigo, cebada, avena y haba, que generan el 85% del valor bruto de la producción (VBP) del total de la provincia.

b. Actividad pecuaria

Para el año 2009,¹⁷ la actividad pecuaria provincial contaba con un capital en ovinos de 25.190 cabezas; vacunos, 16.404; porcinos, 12.689; y caprinos, 11.361 cabezas.

c. Comercio

La comercialización de los productos se realiza en ferias semanales que congregan a productores locales y comerciantes foráneos. En ellas los comerciantes locales ofertan productos de panllevar, carne y frutas, mientras que los foráneos traen productos agroindustriales como azúcar, arroz, aceite, leche en tarro, sal, frutales y hortalizas (anexo A, tabla 2).

17 | Fuente: INEI-Dirección de Estadística e Informática y Estudios Socioeconómicos.

2.5 INFRAESTRUCTURA

a. Infraestructura productiva

Existen en la provincia 36 canales y 29 reservorios georreferenciados de concreto para riego,¹⁸ que en su mayoría requieren mantenimiento por fallas y rajaduras. En algunos casos las fuentes de agua han desaparecido, y en otros se utiliza la misma captación para conducir agua para consumo humano.

b. Vías

La provincia está comunicada por una carretera departamental y una red de 70 caminos vecinales que suman 421,59 km. De ellos se encuentran en estado regular 72,835 km, y en mal estado, 225,98 km, cuyo mantenimiento es esporádico. El servicio de transporte que conecta a la capital provincial con sus distritos y diferentes centros poblados es deficiente.

c. Vivienda

El 91,4% de las viviendas de la provincia son de adobe: 82% en las zonas urbanas y 95% en las rurales. Lo son también el 100% de las casas de Independencia y Saurama y el 80% de las de Vischongo. El 76,9% de los hogares posee piso de tierra; en Independencia, Concepción y Saurama, todos los hogares tienen este tipo de piso. El 90% de los techos son de tejas o calamina.

d. Electricidad

El servicio de energía eléctrica es suministrado por Electrocentro, y proviene de la Central Hidroeléctrica del Mantaro, con una subestación en la ciudad de Cangallo; pero la cobertura es deficiente. En promedio, el 72,3% de los hogares tiene electricidad. Por áreas, cuenta con este servicio el 75,1% de los hogares urbanos y el 71,1% de los rurales.¹⁹

18 | MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES-PROVÍAS: *Plan de Infraestructura Económica Provincial (PIEP)*. Lima: PROVÍAS, 2007.

19 | INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN NUTRICIONAL: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay en la Provincia de Vilcashuamán, diciembre del 2011.

e. Comunicaciones

En Vilcashuamán hay señal de telefonía móvil (Movistar y Claro), telefonía fija y radio-comunicación.²⁰ Existen también 11 cabinas públicas de Internet; la más extendida es la del Proyecto Huascarán. Hay además 39 cabinas públicas de telefonía de las operadoras de FTEL, Telefónica y Gilat. Con excepción del Establecimiento de Salud de Saurama, todos los demás poseen radio-comunicación.

3. SITUACIÓN DE LA GOBERNABILIDAD LOCAL

Las acciones más relevantes de las políticas orientadas a la disminución de la desnutrición crónica infantil en el Perú están contenidas en el “Marco macroeconómico multianual” (MMM), el documento más importante del Gobierno peruano en materia económica (2012-2014),²¹ que establece en uno de sus lineamientos la reducción de la desnutrición crónica infantil. Lineamiento que también forma parte de la décimo quinta política del Acuerdo Nacional,²² así como de la visión de los Lineamientos Básicos de la Política de Desarrollo e Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).²³ A esto se suma el incremento progresivo de los recursos asignados a los programas sociales focalizados que apoyan las intervenciones contra la desnutrición infantil crónica, como el Programa de Transferencias Condicionadas Juntos, el Programa Agua para Todos, el Programa Integral de Nutrición (PIN), Cuna Más, el Programa Agrorural, el Programa Nacional de Ayuda Alimentaria (PRONAA), entre otros.

A ello se agrega la continuidad del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI), orientado a atender la problemática de la deficiencia en la prestación de servicios públicos e infraestructura, y cuyo propósito es contribuir con el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las Municipalidades a reducir la desnutrición infantil crónica.

Las Municipalidades tienen el deber de asegurar que estas dimensiones del bienestar humano se vean realizadas. En el lado económico, esto comprende los servicios para la salud, la educación, la salubridad y otros determinantes de la buena nutrición, que con frecuencia son incipientes en muchos distritos y están fuera del alcance de los pobres.

20 Fuente: Fichas de información municipal-LdBGM/ACH 2010.

21 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS: “Marco macroeconómico multianual”, revisado 2012-2014 (aprobado el 24 de agosto del 2011).

22 <<http://acuerdonacionalperu.tripod.com/index.html>>.

23 MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL: “Lineamientos básicos de la política de desarrollo e inclusión social”. Lima: MIDIS, s.f.

“Acá dentro. El Estado está dentro de nosotros mismos. Nosotros mismos somos [...] Claro, nosotros somos Estado [...]. Todo es Estado [...] Justamente el pueblo, [los] peruanos, ellos, pues.”

(Independencia: Entrevista con una autoridad municipal, 2010.)

“Para ellos [comunidad], el Estado está todavía en los niveles de gobierno más alto.”

(Vilcashuamán: Entrevista con un funcionario municipal, 2010.)

La Ley Orgánica de Municipalidades (LOM, 27792) define en su título preliminar a los Gobiernos Locales como las “[...] entidades básicas de la organización territorial del Estado y canales inmediatos de participación vecinal en los asuntos públicos que institucionalizan y gestionan con autonomía los intereses propios de las colectividades”. Precisa que su finalidad “[...] es representar al vecindario, promover la adecuada prestación de los servicios públicos locales y el desarrollo integral sostenible y armónico con la finalidad de lograr el desarrollo sostenible del país”.

“[...] tenemos un Plan de Desarrollo Concertado, pero el problema es que muy poco se utiliza. Se ha hecho como dos, tres planes de desarrollo concertado provincial, pero esto ya los alcaldes no lo toman en serio y lo han archivado. Por desconocimiento, posiblemente. No saben la importancia que podría tener estos documentos de gestión [...] Y ahí, por ejemplo, ellos [alcaldes] dicen que son eminentemente prácticos y esos [documentos] son altamente teóricos, y eso [el plan] muy poco da aportes para el desarrollo de la comunidad.”

(Vilcashuamán: Entrevista con funcionario municipal, 2010.)

Las autoridades elegidas, nuevas en la gestión municipal a excepción de la del distrito de Accomarca, asumieron sus cargos desde enero del 2011. Esta etapa de posicionamiento institucional se aúna a la ejecución del presupuesto del año 2011, así como al desarrollo del proceso de planeamiento del Presupuesto Participativo 2012,²⁴ que es su instrumento de administración y gestión en concordancia con los Planes de Desarrollo Concertado sustentados en un presupuesto participativo orientado a la obtención de resultados.

24 Fuente: Fichas de información municipal-LdBGM/ACH 2010.

La LOM señala que los vecinos tienen derecho de coparticipar, a través de sus representantes, en la gestión administrativa y de gobierno municipal, por intermedio del Consejo de Coordinación Local (CCL) y de los Comités de Gestión establecidos por Resolución Municipal para la ejecución de obras y gestiones de desarrollo económico. Existen otros espacios participativos, como el Comité de Vigilancia y Control del Presupuesto y la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza. Para entender mejor la interrelación anteriormente señalada, el Informe sobre Desarrollo Humano plantea “[...] definir el servicio estatal al público como una interacción estratégica bidireccional con la sociedad”.²⁵

En este marco, es indispensable la implementación de un sistema de información, monitoreo y evaluación para la gestión municipal. Asociadas a la escasa capacidad para el desarrollo e implementación de sus procesos de planeamiento, las municipalidades de la provincia de Vilcashuamán tienen limitaciones para implementar y sostener sistemas de información para la toma de decisiones.

“Claro, se debe destinar su Presupuesto Participativo, casi nunca se ha destinado, la gente misma más quiere obras, lo que es infraestructura [...] A pesar que la desnutrición es muy importante, pero ellos más van para obras, quieren tener una infraestructura moderna en sus comunidades, pero poca importancia le dan a la alimentación, entonces se debe hacer gestiones, un estudio y destinar [un] monto, para coadyuvar en coordinación con el sector Salud.”

(Vischongo: Entrevista con la autoridad municipal, 2010.)

3.1 LA GESTIÓN MUNICIPAL

La Ley Orgánica de Municipalidades considera que el proceso de planeación local²⁶ es integral, permanente y participativo, y articula a las municipalidades con sus vecinos. Tal proceso se encarga de establecer las políticas públicas en el ámbito local, para lo cual se deben elaborar

25 | PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO: *Informe sobre Desarrollo Humano. Perú 2009*. Lima, PNUD, 2010.

26 | Artículo IX del título preliminar de la LOM.

y actualizar diversos instrumentos de gestión como el Plan de Desarrollo Concertado, el Plan de Desarrollo Institucional, el Reglamento de Organización y Funciones, el Texto Único de Procedimientos Administrativos, entre otros. También debe fortalecer el desarrollo económico productivo, el ordenamiento territorial, el desarrollo humano y social, la cultura y el turismo, y vigilar la ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de proyectos de acuerdo con las necesidades que se planteen.

a. Instrumentos de planificación estratégica (anexo A, tabla 3)

El Plan de Desarrollo Concertado (PDC) es el principal instrumento de gestión de las municipalidades. El PDC Provincial fue aprobado el 17 de agosto del 2010.²⁷ Cinco de las ocho Municipalidades Distritales cuentan con PDC pero no los utilizan para la formulación de los documentos de gestión institucional y operativa. Solo tres de ellos incluyen como objetivo estratégico la reducción de la desnutrición infantil, pero no han sido socializados ni tienen correlato presupuestal. Las Municipalidades tampoco cuentan con un Plan de Desarrollo Institucional (PDI) que conduzca al cambio organizacional de la Municipalidad, orientado a asegurar los soportes internos para mejorar sus procesos de gestión y desempeño en el marco del PDC. Tampoco tienen un Plan Operativo Institucional (POI) que desagrega el PDI en programas, actividades, metas y proyectos, coherentes con los objetivos estratégicos y las políticas definidas por la gestión municipal. Los documentos de planificación operativa anual son el POI, el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) y el Presupuesto Institucional Modificado (PIM), documentos vinculados con la programación y la ejecución presupuestal y relacionados con las actividades y proyectos para un determinado año presupuestal (figura 2). Por otro lado, cinco municipalidades refieren tener Planes Integrales de Reparación (PIR),²⁸ aunque padecen dificultades de financiamiento para su ejecución (anexo A, tabla 3).

27 | Ordenanza N.º 010-2010-MPVH/A.

28 | Recomendaciones del Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2003).

Figura 2



b. Instrumentos normativos y de organización interna

Las Municipalidades Distritales disponen de estructuras complejas que no toman en cuenta la dimensión de los entornos rurales; su personal es escaso (12 trabajadores en promedio), a excepción de la Provincial. El 70% de sus trabajadores son contratados, y el personal permanente (30%) tiene un bajo nivel educativo, por lo que se ven obligados a contratar asesores y personal externo para cubrir los vacíos. Sin embargo, han aprobado estructuras orgánicas que no responden a esta realidad.

“Sí, a veces no sabemos nuestra función [...] Sí, por ejemplo, en los anexos los agentes [municipales] que nombramos no saben su función; gobernador, no sabe; gestor comunal, no sabe.”

(Huambalpa: Entrevista con una autoridad municipal, 2010.)

Es rescatable que algunas Municipalidades fortalezcan sus áreas de desarrollo social y económico para gestionar su territorio. El 50% de ellos cuenta con un Área de Desarrollo Social (Vilcashuamán, Carhuanca, Concepción y Huambalpa); el 12,5% tiene un área orientada al Desarrollo Económico-Agrario y del Ambiente (Vilcashuamán), y un 37,5% cuenta con una Unidad de Agua y Saneamiento Básico (Vilcashuamán, Huambalpa y Saurama).²⁹

Las Municipalidades Distritales de Vilcashuamán cuentan con su Reglamento de Organización y Funciones (ROF), aunque en algunos casos ellos están desactualizados o carecen de aprobación formal, por lo que no sirven como referentes para formular los demás instrumentos de gestión como el Manual de Organización y Funciones (MOF) y el Cuadro de Asignación de Personal (CAP).

El MOF es un documento normativo que describe las funciones específicas por cargos o puestos de trabajo, desarrollados a partir de la estructura orgánica y funciones generales establecidas en el ROF, o con base en los requerimientos de cargos considerados en el CAP. Cinco de las ocho Municipalidades cuentan con MOF (Vilcashuamán, Accomarca, Huambalpa, Saurama y Vischongo).

Un documento importante para el Concejo Municipal es su Reglamento Interno (RIC), que precisa las competencias que la Ley establece, el ámbito de atribuciones de sus miembros, el desarrollo de las sesiones y el funcionamiento de las comisiones de trabajo, y es aprobado mediante Edicto Municipal. Las Municipalidades Distritales que disponen de este instrumento son: Vilcashuamán, Accomarca, Huambalpa y Vischongo. La ausencia de los RIC dificulta la labor legislativa y de fiscalización. Esta falta de documentos de planificación, normativos y de organización produce dificultades en la direccionalidad de la gestión municipal en la mayoría de ellas, así como para la implementación de programas de inversión y para el logro de impactos en el marco del desarrollo local, y se genera así el predominio de los proyectos de infraestructura.

c. Instrumentos de gestión para la participación, coordinación y articulación interinstitucional

Ninguna Municipalidad cuenta con el Plan de Participación Ciudadana, ni con Registros Únicos de Organizaciones Sociales (RUOS). La Municipalidad Provincial de Vilcashuamán dispone solo de un acta del RUOS sin implementar. La única oportunidad que tienen las OSB de acceder a algún registro es la que anualmente se repite para fines del Presupuesto Participativo. En tal virtud, no hay ningún documento de gestión municipal que permita promover y desarrollar capacidades en las OSB para el ejercicio de su derecho a la participación, con lo que esta participación ciudadana en la gestión municipal se reduce, por lo general, al cofinanciamiento de la mano de obra no calificada en la ejecución de proyectos.

Los mecanismos de coordinación y concertación son informales y no cuentan con reconocimiento legal municipal; es el caso de las Asambleas Multisectoriales, normalmente presididas por el Alcalde, que sirven básicamente para tomar acuerdos sobre temas de coyuntura o recoger demandas sociales de la ciudadanía. También existen mecanismos de coordinación y concertación ejercidos por las comunidades campesinas, como son las Asambleas Comunales, basadas en la Ley de Comunidades Campesinas. Y subsiste el Rimanacuy como mecanismo de participación “ancestral” en el distrito de Independencia (anexo A, tabla 4).

No hay cultura para impulsar los mecanismos de participación ciudadana referidos en la LOM y otros dispositivos legales. En la provincia se hace referencia a cinco Mesas de Concertación, una Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza para la implementación de la Estrategia Crecer Wari y un Consejo de Coordinación Local, pero ninguna tiene constancia de creación, de tal manera que el poder se concentra en la gestión municipal (el Alcalde), en desmedro de los pueblos del interior, principalmente de las comunidades campesinas. La Municipalidad solo promueve la participación ciudadana en la capital distrital (anexo A, tabla 4).

“Crecer Wari ha venido pero no está cumpliendo, no sé cuál será su plan de trabajo, no lo están cumpliendo a cabalidad, eso hay que ser sincero [...] Solamente muy rápido han dado vuelta, diciendo que ‘estamos recogiendo para información de línea de base, recopilación de datos’, y nada más; de ahí nos ha hecho llamar a una ceremonia en Huamanga para entregarnos el resultado; inclusive el otro, creo que no has mandado por vía correo.”

(Accomarca: Entrevista con la autoridad municipal, 2010.)

La poca participación también está condicionada por las distancias existentes entre las localidades y el limitado acceso a transporte, la poca credibilidad de las autoridades ediles por el incumplimiento de compromisos, la no ejecución de las obras y su pérdida de liderazgo. Solo tres Municipalidades Distritales (las de Accomarca, Carhuanca e Independencia) incorporan en su estructura orgánica a los Comités de Vigilancia Ciudadana, con el objetivo de monitorear la formulación y ejecución de los Presupuestos Participativos. La coordinación de las instituciones con la Municipalidad no es permanente; no se alude a un trabajo en conjunto, y mucho menos al liderazgo institucional de la Municipalidad.

“Necesitamos que todos los actores de la sociedad contribuyan, no podemos hacer un desarrollo solamente la autoridad, ni una institución. Necesitamos que todos los actores contribuyan en el desarrollo del distrito. Bueno, el desarrollo en todas las áreas, como de enantes [sic] decía, en agricultura, en educación, social, salud, en todo.”

(Accomarca: Entrevista con autoridad municipal, 2010.)

d. Instrumentos para el desarrollo de capacidades

Las municipalidades de la provincia de Vilcashuamán no cuentan con Plan de Desarrollo de Capacidades de los trabajadores, y hay dificultades tanto para definirlo como para mejorar el desempeño laboral de éstos. Sin embargo, al ser entrevistadas las autoridades municipales, los trabajadores y funcionarios resaltan como temas de capacitación: funciones y gestión municipal, gestión de obras, tributación, adquisiciones, desarrollo humano, entre otros.

e. Políticas relacionadas con la promoción del desarrollo local

Dentro de la producción legislativa de la Municipalidad de Vilcashuamán, solo 6 (11%) de las 50 ordenanzas emitidas durante el periodo 2004-2010 hacen alusión a la seguridad alimentaria y la desnutrición infantil en forma unilateral o asociada a otros temas.

h. Sistemas de información para la toma de decisiones.

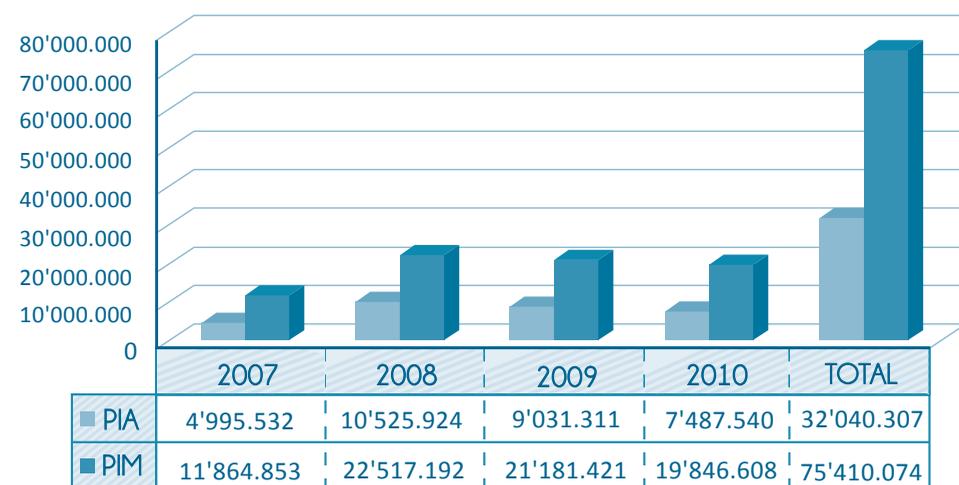
Vinculado a la débil capacidad en el desarrollo e implementación de los procesos de planeamiento, no existe en la actualidad un sistema de información municipal para la toma de decisiones en la gestión de las Municipalidades de la provincia de Vilcashuamán. Éstos, a su vez, deberían responder a los sistemas de información administrativa para la inversión pública normados por el MEF, como el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) y el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). A ello se suma una estructura orgánica administrativa municipal condicionada a la “disponibilidad económica y los límites presupuestales asignados para gasto corriente”.³⁰ Situación que se agrava en municipalidades con limitada capacidad instalada y presupuestal.

3.2 PRESUPUESTO MUNICIPAL

Es la previsión de ingresos y gastos debidamente equilibrada que las Municipalidades aprueban para un periodo anual. Las Municipalidades Provinciales y las Municipalidades Distritales son pliegos presupuestarios cuyo titular es el Alcalde. Las Municipalidades se rigen por Presupuestos Participativos anuales,³¹ que forman parte del sistema de planificación.

Gráfico 1

Presupuesto histórico anual de la provincia de Vilcashuamán
2007-2010* (nuevos soles)



30 | Ley Orgánica de Municipalidades- Ley N° 27972, artículo 28.

31 | Ley Orgánica de Municipalidades- Ley N° 27972, artículo 53.

a. Fuentes de financiamiento del Presupuesto Municipal

El presupuesto de las Municipalidades proviene de los recursos ordinarios directamente recaudados, recursos de operaciones oficiales de crédito, donaciones y transferencias, y recursos determinados.

b. Evolución de los ingresos municipales

La asignación presupuestal se duplicó del año 2007 al 2008,³² con una posterior tendencia descendente entre los años 2008 y 2010 (gráfico 1). En ese mismo periodo, las Municipalidades de la provincia de Vilcashuamán recibieron S/.75'410.074. La capacidad de gasto ha sido, además, ascendente en este periodo: de 54,3% en el 2007 a 78,7% en el 2010.

“[...] como los canales de riego, más que nada todos los canales estoy acabando al cien por ciento, y lo que es el agua potable y la luz eléctrica; y todo lo que es saneamiento básico, agricultura, justamente con la agricultura es donde que nosotros pues recibimos la alimentación, o de esa manera [...] estamos viendo con una mira de exportar ya incluso o sacar adelante nuestros productos, de esa manera poder obtener un lucro, como campesinos que somos. ¿Y de qué manera nosotros vamos a sostener nuestro hogar? Justamente, lo que sembramos, lo que tenemos en nuestras chacras, lo que producimos.”

(Carhuanca: Entrevista con autoridad municipal, 2010.)

Los porcentajes de gasto para el funcionamiento municipal se han mantenido alrededor del 30%, pero los destinados a salud y saneamiento, protección y previsión social, y transporte, disminuyeron aproximadamente 50%. Por otro lado, se observa un incremento –hasta tres veces mayor al porcentaje inicial en este periodo– destinado a la actividad agraria, educación-cultura y ambiente.

“Sí, sí, así es. También, no conocemos. Si ahorita usted pregunta a muchos de los trabajadores en la Municipalidad, posiblemente desconocen. ¿Por qué? Porque no ha habido una información, no ha habido un análisis participativo de este dinero: ¿para qué viene?, ¿para qué sirve? Simplemente, dos o tres personas manejan y punto. Prácticamente, la Municipalidad se podría decir una caja negra, nadie sabe lo que pasa adentro, ni siquiera los mismos trabajadores.”

(Entrevista con funcionario municipal, 2010.)

32 | En el 2007 no figura el registro presupuestal de los distritos de Carhuanca y Saurama.

En el periodo 2007-2010, las Municipalidades de la provincia de Vilcashuamán también han captado recursos del Programa de Modernización Municipal³³ (PMM) y del Plan de Incentivos para la Mejora de la Gestión Municipal (PI)³⁴, creados con la finalidad de impulsar reformas que permitan el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local y la cualificación de la gestión, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad. El objetivo principal consiste en incentivar a las Municipalidades para que se modernicen y avancen hacia un enfoque por resultados. Entre las metas están la reducción de la desnutrición crónica infantil, la mejora de los servicios públicos y la infraestructura, y la simplificación de trámites en los municipios.

"[...] entonces eso justamente en esta gestión hemos realizado, lo que es obras, casi cementos nada más."

(Saurama: autoridad municipal, 2010.)

"Bueno, nuestra fortaleza... de repente, haber avanzado a nivel de infraestructura, sí; hemos hecho muchos sistemas de riego; infraestructura educativa."

(Accomarca: Entrevista con autoridad municipal, 2010.)

En el caso de las Municipalidades de Vilcashuamán, la captación de recursos en el 2010 provenientes del Programa de Modernización Municipal ascendió a S/.528.340, parte de los cuales se han invertido en equipamiento municipal: compra de equipos de cómputo, transmisora y repetidora de señales de TV, entre otros. Sin embargo, esta información no ha sido difundida a todos los funcionarios y trabajadores de las Municipalidades.

Por su parte, estas Municipalidades captaron fondos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal por un monto de S/. 1'414.079, de los cuales la Municipalidad Provincial recibió el 38%.

33 | Decreto Supremo N.º 002-2010-EF.

34 | *Ibidem.*

Todas las Municipalidades cuentan con una Oficina de Programación de Inversiones (OPI), que las faculta para viabilizar sus proyectos de inversión pública en forma autónoma; pero el personal profesional de las OPI tiene más experiencia en la formulación de proyectos de infraestructura que en proyectos sociales, por lo que la gestión municipal es identificada principalmente con obras de infraestructura.

4. LA SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

En 1974, los 182 gobiernos participantes en la Conferencia Mundial de la Alimentación proclamaron que "[...] todos los hombres, mujeres y niños tienen derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus facultades físicas y mentales".³⁵

Durante el decenio de 1970 la situación de la inseguridad alimentaria empeoró en el Perú,³⁶ pero luego esta situación ha ido mejorando progresivamente. Entre los años 2007 y 2010 se ha logrado disminuir la desnutrición crónica en 5,3 puntos porcentuales (patrón OMS). El desafío consiste, ahora, en cerrar la brecha de desnutrición crónica entre los niños no pobres (5,2%) y los pobres extremos (44%),³⁷ mantener un ritmo de mejoras en la reducción de la pobreza y el hambre, y extender los beneficios a las regiones más pobres del país.³⁸ Un ejemplo de ello es el éxito de China en la obtención de una reducción sustancial de la prevalencia de la pobreza, el hambre y la desnutrición que está directamente ligada a su capacidad para aumentar la producción agrícola, que a su vez se ha beneficiado de sus estrategias y políticas de desarrollo agrícola y rural.³⁹

En este acápite del diagnóstico de la provincia de Vilcashuamán pretendemos desarrollar una aproximación a las características de la seguridad alimentaria en esta zona, que permita tomar decisiones orientadas a optimizar la seguridad alimentaria y nutricional que contribuyan a mejorar la situación de salud y nutrición de las personas, especialmente de los niños, así como de las madres gestantes.

35 | <http://www.fao.org/wfs/index_es.htm>.

36 | FAO: *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*. Jacob Skoet y Kostas Stamoulis. Roma: FAO, 2006.

37 | INEI-ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES CONTINUA): *Perú: Indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2010, op. cit.*

38 | *Idem.*

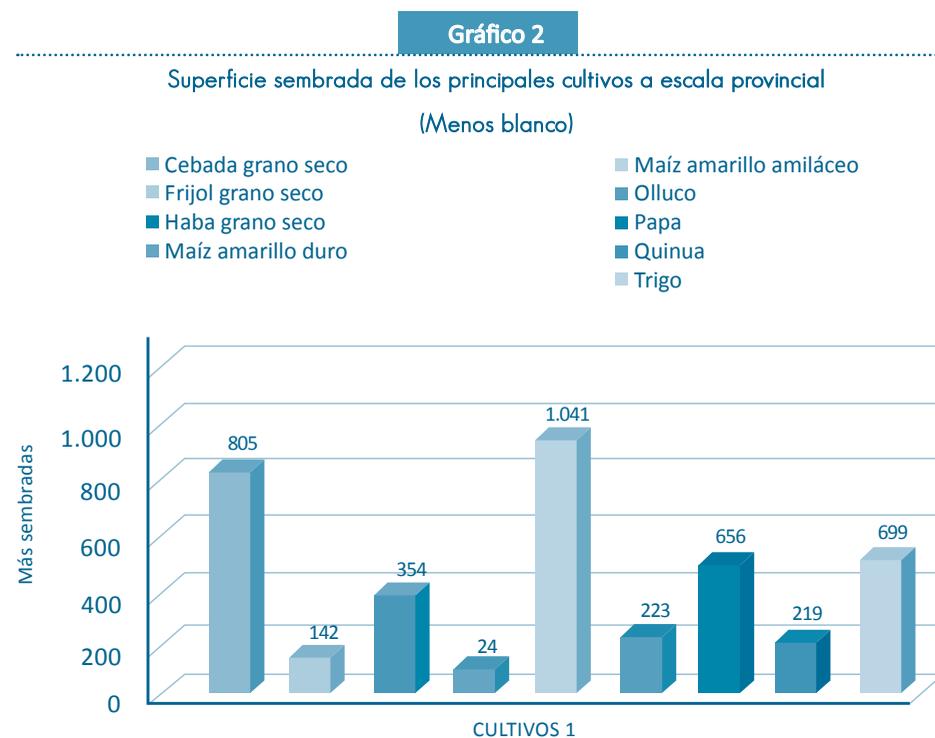
39 | BRYCE, Jennifer et al.: "Maternal and Child Undernutrition: Effective Action at National Level". *The Lancet*, vol. 371, 19 de enero del 2008.

4.1 LA DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS EN EL ÁMBITO LOCAL

a. Producción

i. Agrícola

La dieta de las familias varía de acuerdo con los productos agrícolas producidos en las diferentes épocas del año y las condiciones agroecológicas las parcelas familiares. La producción agrícola de la provincia se sustenta principalmente en nueve productos: papa, mashua, olluco, maíz, cebada, trigo, haba, arveja y quinua. Los más importantes por extensión de siembra son el maíz amiláceo, la cebada, el trigo y la papa. Los rendimientos promedio de estos



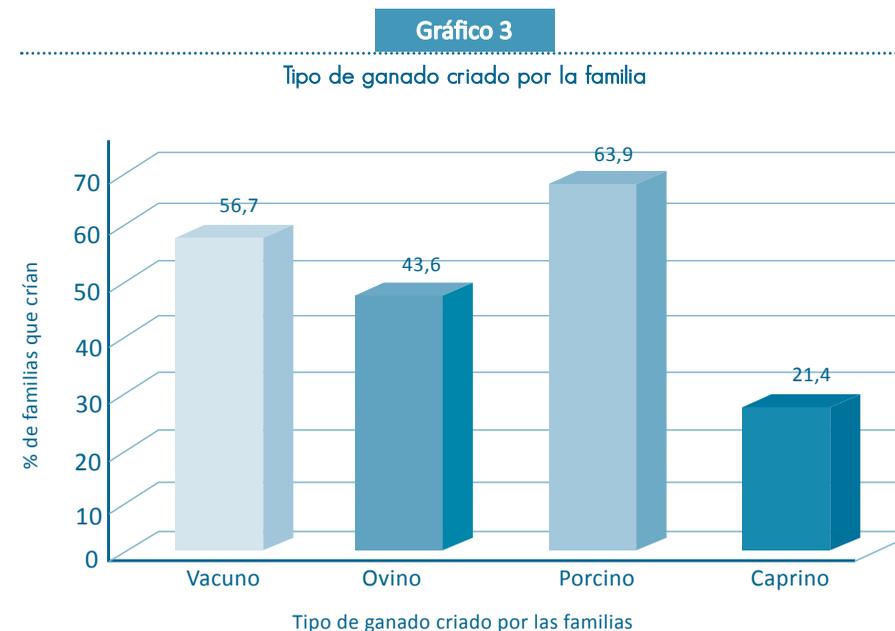
Fuente: Agencia Agraria Vilcashuamán, campaña agrícola 2008-2009.

8 cultivos principales se encuentran por debajo de los promedios nacionales. Así, la papa, el principal producto de la dieta de las familias, tiene un rendimiento promedio local menor en un 23,97% con respecto al promedio nacional; en relación con el trigo, esta diferencia es del orden del 34,05%. La menor diferencia en los rendimientos la encontramos en el cultivo de la quinua, con un 7,31%, seguida del maíz amiláceo, con 19,22% (anexo A, tabla 5).

ii. Pecuaria

Crianza de animales mayores

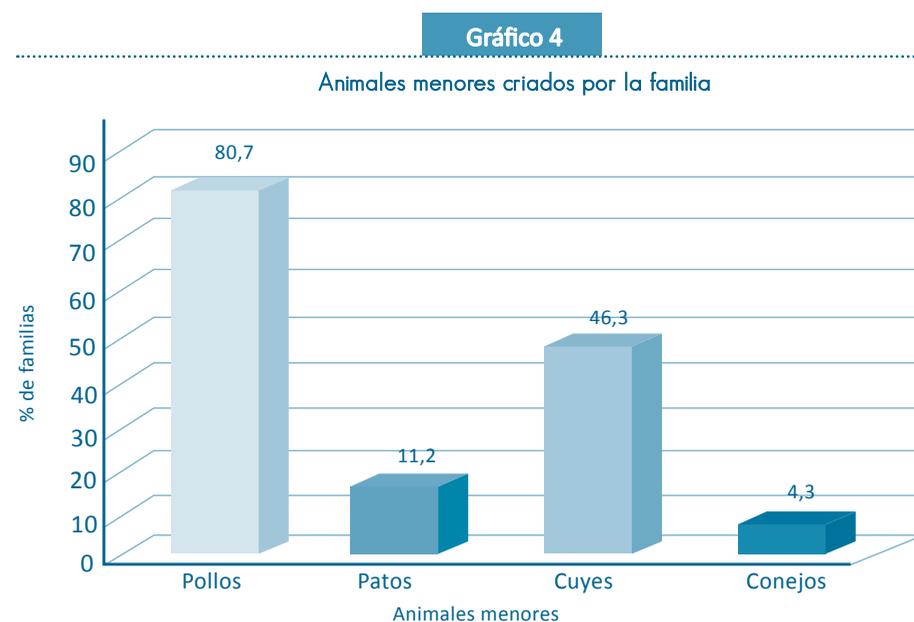
Los activos animales o capital en semovientes de las familias se componen principalmente de cuatro tipos de animales mayores. El gráfico 3 muestra que el 63,9% de las familias cría ganado porcino, el 56,7% ganado vacuno, el 46,3% ganado ovino y el 21,4% ganado caprino. Como se ve, la crianza del ganado porcino es la más difundida entre las familias, lo que obedece a la rusticidad del animal y a los pocos requerimientos para esta crianza. Las familias evaluadas cuentan con al menos una cabeza de estos tipos de ganado; la mayoría tiene menos de 5 cabezas de cada uno de estos tipos de ganado, con lo cual se tipificarían como familias no dedicadas a la ganadería.



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria. Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Crianza de animales menores

El gráfico 4 muestra que los animales menores que son criados preferentemente son pollos y/o gallinas y cuyes, con 80,7% y 46,3% respectivamente. En menor proporción crían patos (11,2%) y conejos (4,3%).



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay. Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

b. Medios de producción

I. Tenencia de tierra

Uno de los principales medios para garantizar la producción de las familias rurales es la tenencia de la tierra, marcada por cuatro características fundamentales: el número de parcelas que conforman esta unidad productiva familiar, el tamaño de las parcelas, su ubicación-distribución y el acceso al riego. En las familias evaluadas (N = 393) se identificó que 91,4% (n = 359) cuentan con tierras de cultivo y el 8,6% no las tienen. De aquellos que poseen tierras, el número de parcelas varía entre 1 y 8 por unidad productiva: el 22,3% tiene entre una y 2 parcelas, el 45% cuenta con unidades productivas con 3 y 4 chacras, 27,2% con 5 a 6 chacras, y el 5,5% posee entre 7 y 8 chacras. Las extensiones de estas unidades productivas familiares varían de 20 metros cuadrados a 3 hectáreas: el 40,6% de las familias tienen una extensión de terreno entre 20 y 3.000 m², el 47,1% entre >3.000 y 10.000 m², y el 12,2% restante áreas cultivadas entre >10.000 y 30.000 m².

De las familias con tierras de cultivo (n = 359), 30,6% dependen exclusivamente de la lluvia para sostener su unidad productiva; 22,8% tienen casi la totalidad de sus terrenos (90% y 100%) bajo riego; las áreas cultivadas de 46,4% de las familias están distribuidas bajo riego y en secano en porcentajes variables.

Las familias indican que tienen las tierras de cultivo repartidas en tres diferentes zonas de producción: alta, media y baja. La mayoría de estas familias (el 41,2%, n = 148) tienen sus tierras de cultivo principalmente en la zona media, y las complementan con pocas en la zona alta. Solo el 16,2% cuentan con tierras en la zona baja.

II. Agua

En relación con la condición del riego por distrito y por familia, en 7 de los 8 distritos (87,50%) tienen áreas bajo riego agrícola menores de una hectárea por familia (Saurama, 0,01; Accomarca, 0,07; Vilcashuamán, 0,33; Vischongo, 0,78; Carhuanca, 0,79; Independencia, 0,87; Huambalpa, 0,97). Únicamente el distrito de Concepción supera mínimamente a las demás, con 1,08 Ha/fam.

III. Insumos

El uso de fertilizantes químicos está poco difundido. Solo un pequeño porcentaje (4,5%) de familias que cultivan (n = 359) recurre a estos productos, principalmente en el cultivo de papa. La fertilización está asociada al nivel de importancia del cultivo para la familia, y se aplica sobre todo en papa, maíz, trigo, cebada, haba y quinua.

Un conjunto de técnicas también son usadas para controlar el daño por plagas o por animales. Así, se utilizan plantas como cercos vivos (72,4%), se aplica ceniza durante la siembra (51%), se recurre a espantapájaros (49,9%) y, en menor cuantía, al uso de plaguicidas (5,6%).

IV. Tecnología-prácticas para el mejoramiento de la producción

Entre las familias que cultivan (n = 359), encontramos que implementan hasta 12 técnicas para mejorar la producción. El 4,5% utilizan de 1 a 3 técnicas, el 46,8% de 4 a 6, y el 48,7% de 7 a 10 (Anexo A, tabla 6).

De estas técnicas, 6 van dirigidas a mejorar el nivel de fertilidad de los suelos. La más utilizada es la incorporación de guano de corral (90,5% de las familias emplea esta práctica). La incorporación de compost y/o abono jairo durante la siembra es otra técnica que empieza a ser usada (11,4% de las familias la viene practicando).

Ambas técnicas se basan en el uso de productos orgánicos como el estiércol y los restos de cosecha procesados naturalmente.

El 74,4% de las familias realiza la siembra del mismo cultivo, en la misma parcela, durante varios años seguidos. Esta práctica atenta contra la fertilidad del suelo, puesto que la extracción continua de nutrientes a una misma profundidad termina por debilitar la capa arable. Como estrategia para diversificar su producción en una misma chacra recurren a la siembra asociada de varios cultivos.

c. Almacenamiento y conservación

I. Técnicas de almacenamiento

Se han identificado hasta 11 técnicas de almacenamiento de alimentos usadas por las familias que cultivan y almacenan alimentos (n =359), pero son 4 las más practicadas: almacenamiento en baldes, marcas, costales y trujes (anexo A, tabla 7). En dichas familias, el uso de costales (86,6%), de baldes, ollas y vasijas (51,3%) y la *pirwa* (9%) son las técnicas de almacenamiento más comunes en los cultivos de trigo, haba, cebada, arveja y quinua.

La marca (terrado), con un 81,9%, es utilizada sobre todo para la conservación de los cultivos de maíz, mashua y oca. Para el almacenamiento y conservación de los cultivos como papa, mashua, oca y olluco, el 40,9% de familias señala el truje (depósito en forma cilíndrica tejido a partir de paja de trigo o cebada) como una de las técnicas usadas, seguido de las tarimas (6,4%) y, finalmente, del tapado en tierra (2,8%). Con relación a la conservación de forraje, solo el 9,5% (34) de familias realiza el proceso de henificación.

II. Técnicas de conservación de alimentos

Otra de las estrategias para generar mejores condiciones de seguridad alimentaria es el uso de técnicas de conservación (anexo A, tabla 8). Se han identificado hasta 10 técnicas usadas por las familias (n =359) para la conservación de sus alimentos, las cuales se sustentan, sobre todo, en el remojo, deshidratado bajo el sol y cambios de temperatura. De este modo, el 8,6% de las familias utiliza solamente de 1 a 3 técnicas; el 53,2%, de 4 a 6; y un 37,3%, de 7 a 10 técnicas; es decir, el 100% de familias usan por lo menos una técnica de conservación de alimentos.

Las técnicas usadas varían de acuerdo con el producto; así: tenemos que:

- Para la conservación de carnes, el 79,9% de las familias recurren a la preparación del charqui.
- Para la conservación de la papa las familias utilizan dos técnicas: la más usada (82,5%) es la preparación de cocopa o papa seca, y, en menor proporción, el chuño de papa (10,3%).
- Para la conservación de granos como el maíz, el 94,2% realiza el pelado usando ceniza, y el 92,5% de familias prepara chochoca para conservarlo (tostado y molido). En el caso del trigo también se usa el pelado con ceniza.
- Para la conservación del olluco se realiza el chulqui o deshidratado (65,7%). Una técnica similar denominada caya (8,1%) es usada para la conservación de la oca.
- El secado de hierbas bajo sombra es para el 49,3% de las familias una de las técnicas utilizadas para la conservación de hierbas como el atajo, el sisanyuyo y los berros, los cuales se recolectan durante su periodo de mayor abundancia (en la temporada de lluvias) y se deshidratan para luego ser usados entre abril y junio.
- El lavado y secado de quinua, y el secado del queso, son dos técnicas utilizadas solo por el 5,3% de las familias.

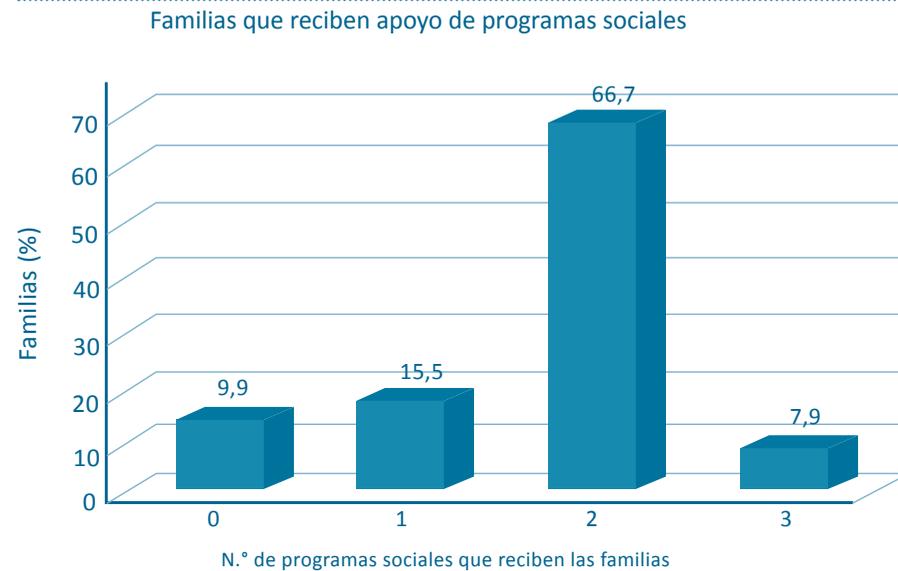
d. Ayuda alimentaria

Las familias tienen acceso a hasta tres tipos de asistencia alimentaria: Vaso de Leche, PIN y Comedores Populares. Como se observa en el gráfico 5, un 66,7% del total de familias con menores de 3 años que fueron evaluadas (N = 393) accede a dos programas, mientras que el 15,5% tiene acceso a uno de ellos, y el 9,9% no es favorecido por ninguno.

El 85,2% de las familias reciben apoyo del Programa del Vaso de Leche, el 77,1% la canasta del Programa Integral de Nutrición (PIN), y solo un 6% recibe apoyo de los Comedores Populares.

La distribución de la atención de estos programas no es equitativa. Un 10% de estas familias no tienen acceso a ninguno de ellos, y un 15% accede a uno de los programas de asistencia.

Gráfico 5



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

e. Carencia de alimentos poscosecha

I. Duración de los alimentos producidos hasta la siguiente cosecha

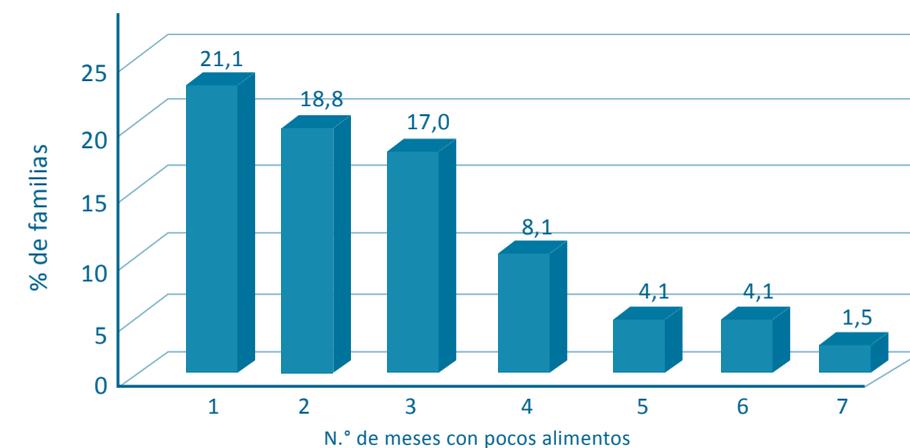
Para estimar cuántos cultivos producidos por las familias (n =359) les alcanzan para su alimentación hasta el periodo de la siguiente cosecha, se las ha agrupado de acuerdo con el número de cultivos que les alcanzan para su alimentación. Así, el 71% tiene solo 3 cultivos, mientras el 27,3% cuenta con 4 a 8 (anexo A, tabla 9) que les alcanzan hasta la siguiente cosecha. Los cultivos que alcanzan al mayor porcentaje de familias hasta la siguiente cosecha son: maíz, 80,1% de familias; trigo, 79,7%; cebada, 76,6%; haba, 60,6%; y quinua, 63%. En el caso de la arveja, solo al 47,5% de familias que la plantaron les alcanzó hasta la siguiente cosecha. Finalmente están los tubérculos como el olluco, la mashua, la oca y la papa, que alcanzan a menos del 20% de familias que los siembran hasta la próxima cosecha. Así, pues, son cinco los productos que alcanzan a más del 50% de familias (maíz, trigo, cebada, haba y quinua).

II. Escasez de alimentos

El 25,2% del total de familias evaluadas con menores de 3 años (N =393) señalan que no padecen escasez de alimentos en ningún momento del año. Sin embargo, el 74,8% manifiestan que por lo menos un mes al año tienen pocos alimentos en casa. El gráfico 6 muestra que el 21,1% de estas familias pasa por lo menos un mes con escasos alimentos, un 35% de familias entre 2 y 3 meses, el 12,2% entre 4 y 5 meses, y, finalmente, un 5,6% de familias pasan entre 6 y 7 meses –más de la mitad del año– con escasos alimentos.

Gráfico 6

Porcentaje de familias según número de meses con pocos alimentos en casa

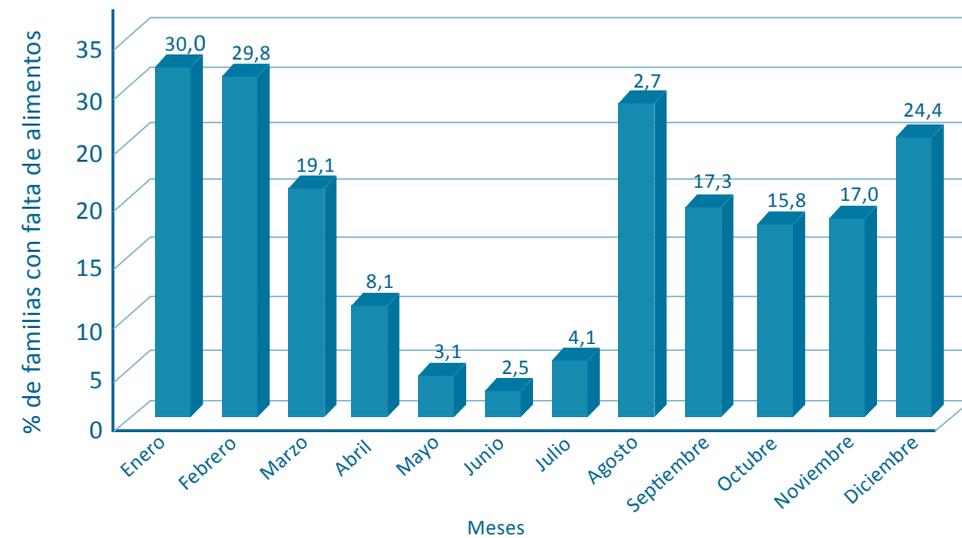


Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Asimismo, las familias señalan los meses de diciembre (24,4%), enero (30%), febrero (29,8%) y agosto (26,7%) como los de mayor escasez de alimentos. Como se aprecia en el gráfico 7, en todos los meses del año alguna familia menciona que tiene pocos alimentos en casa. El mes de junio, cuando concluyen las cosechas, se asumiría, lógicamente, como un periodo de gran abundancia de alimentos; sin embargo, junio es percibido por 10 familias como un mes en el cual también tienen pocos alimentos. Esto podría estar indicando la prevalencia del hambre permanente en un pequeño grupo de familias (2,5%).

Gráfico 7

Disponibilidad de alimentos de las familias por meses del año



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

4.2 ACCESO A LOS ALIMENTOS

a. Acceso mediante la actividad agrícola

La principal actividad económica de la familia es la agrícola, y el ingreso en efectivo que perciben por realizarla es muy bajo, pues la casi totalidad de la producción es dedicada al autoconsumo y el nivel de comercialización depende básicamente de los índices de producción y del cultivo sembrado. Así, de las 359 familias que cultivaron productos en el año agrícola 2009-2010, 317 cosecharon maíz; de ellas, el 62,8% destinan la mayor parte de su producción al autoconsumo; similar es el destino de la producción del trigo, la cebada, el haba y la arveja.

En el caso del cultivo de papa, el 40,2% (80) destinan su producción prioritariamente para el autoconsumo. Las familias restantes utilizan la papa en diferente producción para el autoconsumo, mercado, pago y semilla. Esto puede deberse a que no es posible almacenar por mucho tiempo, por su alto contenido de humedad que la hace susceptible de mayores pérdidas en almacén si permanece periodos prolongados.

Son 12 los cultivos sembrados por las familias, pero solo 5 los más importantes: maíz (88,6%), papa (58,5%), trigo (57,7%), habas (54,6%) y cebada (47,6%), que son cultivados por más del 50% de las familias.

Cultivos como la quinua (23,7%), la arveja (22,6%), el olluco (21,4%), la mashua (19,2%), la oca (14,8%), la avena (7,2%) y el frijol (6,1%) también están presentes, pero en menor proporción.

La diversidad o número de cultivos guarda estrecha relación con la distribución de las parcelas en las diferentes zonas de producción. Una familia tiene mayor opción a una producción diversificada de cultivos cuanto más chacras posee en las diferentes zonas productivas antes mencionadas. De los 12 cultivos citados, el 23,7% de familias siembran 2; el 33,7%, entre 3 y 4; el 23,1%, entre 5 y 6; entre 7 y 8 cultivos, el 15%; y entre 9 y 12, el 4,5%.

Como una actividad complementaria para mejorar la seguridad alimentaria, las familias cuentan con huertas. Del total de familias con menores de 3 años que fueron evaluadas, el 71% (n =279, N =393) tienen huertas. El 72,8% (N =203) de dichas familias poseen huertas que no sobrepasan una extensión de 100 m²; son áreas pequeñas dedicadas a la horticultura. Los cultivos más sembrados en las huertas son 6: cebolla china (86%), cebolla cabezona (84%), zanahoria (79,9%), col (79,2%) y lechuga (65,9%). Siguen en importancia la beterraga (54,5%), el ajo (49,1%), la calabaza (47,7%), la acelga (41,6%), la sachacol (41,6%). La espinaca (26,9%) y el zapallo (16,1%) son los menos cultivados.

El 70,6% (n =279) de las familias siembran por lo menos entre 5 y 10 hortalizas; el 11,1%, entre 3 y 4; y solamente el 2,2%, entre una y 2. La decisión acerca de qué sembrar es tomada mayoritariamente por ambos padres (54,5%), por el padre (24,7%), solamente por la madre (9,2%), y por los abuelos (5,6%).

b. Intercambio de alimentos

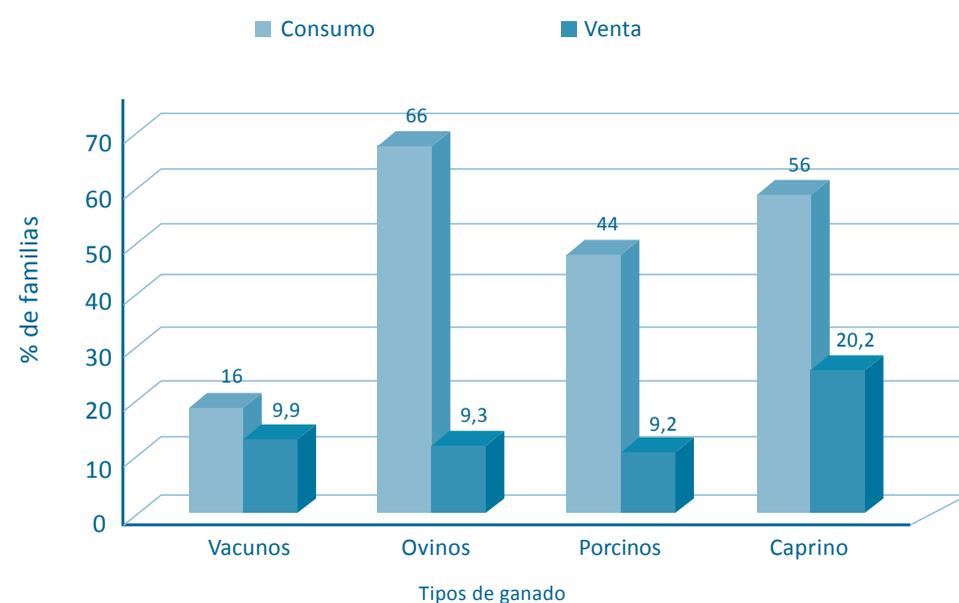
Ésta es una estrategia usada solo por el 26,2% de las familias con menores de 3 años que cultivan alimentos (n =359). El maíz es uno de los cultivos más usados para el intercambio de productos. De las 316 familias que lo sembraron, 30 (9,5%) lo intercambiaron por otro producto; de las 197 familias que sembraron cebada, solo 18 (9,1%) la usó para intercambiarla; y de las 199 familias que sembraron papa, únicamente 13 (6,5%) la utilizaron para intercambiarla por otro producto. Otros cultivos, como trigo y habas, solo fueron usados por 10 familias para el intercambio. El resto de los cultivos sembrados son muy poco utilizados para el intercambio. Los productos que se reciben a cambio de los cultivos señalados son frutas (65,3%), papa (11,2%), verduras (7,1%) y maíz (3,1%).

c. Ingresos por la venta de ganado mayor

La actividad pecuaria de las familias está constituida básicamente por la crianza de cuatro tipos de ganado: ovino, caprino, porcino y vacuno. Los niveles o porcentajes de venta son variables; como se observa en el gráfico 8, el ganado más comercializado por las familias es el caprino, con un 20,2%; luego están los vacunos, con 9,9%, y los ovinos y porcinos, con 9,2% y 9,3% respectivamente. Esto confirma que la producción pecuaria –como la agrícola– se destina sobre todo al autoconsumo.

Gráfico 8

Porcentaje de familias según el destino que le dan a su ganado por tipo de especie



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

El número de animales vendidos por las familias oscila entre 1 y 2 cabezas por año. De las familias que crían ganado vacuno, el 80,5% tienen entre 1 y 5 cabezas, y el 15,4%, entre 6 y 10. De este total, solo 16% sacrifica animales para su consumo, y el 9,9% es destinado a la venta. De las familias que crían ganado ovino, el 59,3% posee entre una y 5 cabezas, el 17,5% entre 6 y 10, y el 23,2% entre 11 y 20. De este total de familias, el 66% sacrifica animales para su consumo (entre 1 y 2), mientras que un 9,3% lo dedica a la venta (venden entre 1 y 2). A su vez, de las familias que crían ganado porcino, el 90% tiene

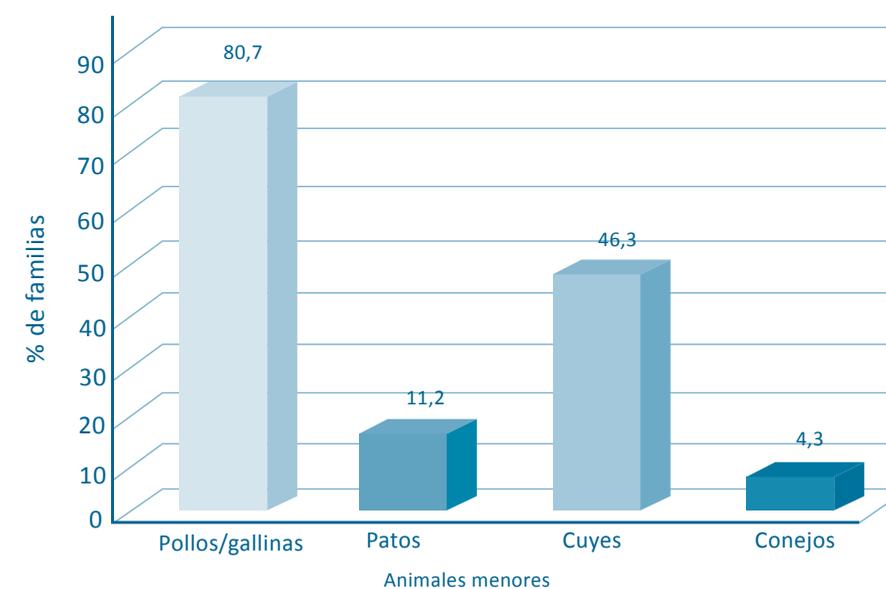
entre una y 5 cabezas, el 5,5% entre 6 y 10, y el 2,5% entre 11 y 15. De este total, apenas el 44% sacrifica animales para su consumo (entre 1 y 2), mientras el 9,2% lo dedica a la venta (venden entre 1 y 2). Finalmente, de las familias que crían ganado caprino, el 44,6% tienen entre una y 5 cabezas, el 22,9% entre 6 y 10, y el 29,3%, entre 11 y 20. De este total, el 56% sacrifica animales para su consumo (entre 1 y 2) y el 20,2% lo dedica a la venta (venden entre 1 y 2).

d. Ingresos por la venta de animales menores

La cría de animales menores se compone de pollos/gallinas, cuyes, patos y conejos. El 80,7% del total de familias con menores de 3 años evaluados (N =393) cría pollos y gallinas, el 46,3%, cuyes, y un menor porcentaje cría patos y conejos (gráfico 9). Como ocurre con los cultivos y la crianza de animales mayores, las crías menores se destinan sobre todo al autoconsumo. Entre 5% y 18% de familias comercializan o venden pollos/gallinas, cuyes, conejos y patos. Las especies más vendidas son los pollos o las gallinas (entre uno y 2 al año por familia) y los cuyes (entre 3 y 4 al año por familia). Las familias que vendieron animales menores destinaron el dinero obtenido principalmente a la compra de alimentos y, en segundo lugar, a gastos de educación de los hijos.

Gráfico 9

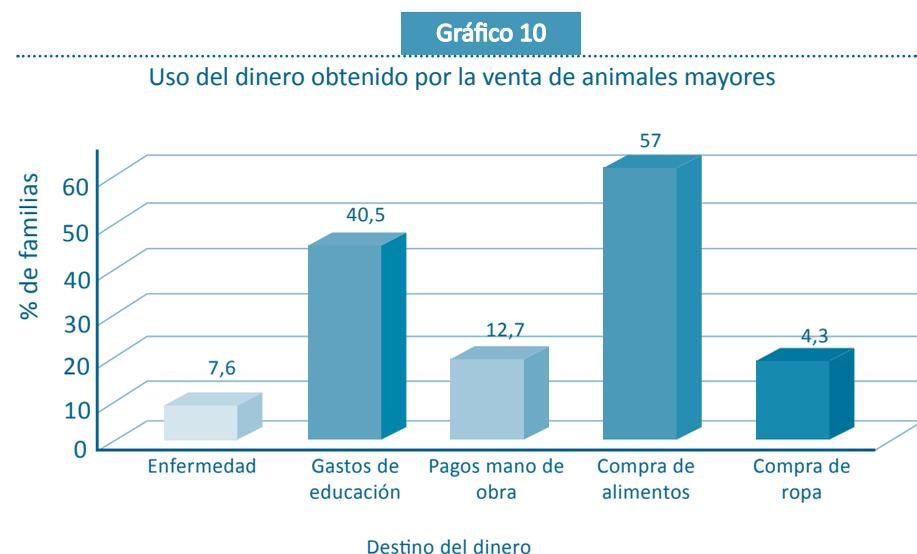
Porcentaje de familias que crían animales menores



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

e. **Uso del dinero obtenido por la venta de los animales mayores**

Como se observa en el gráfico 10, los principales destinos de los ingresos que se perciben por la venta de animales mayores son la compra de alimentos (57%), la educación de los hijos (40,5%), la compra de ropa (15,2%), el pago de mano de obra en la chacra o construcción de la casa (12,7%) y gastos de salud ocasionados por alguna enfermedad (7,6%).



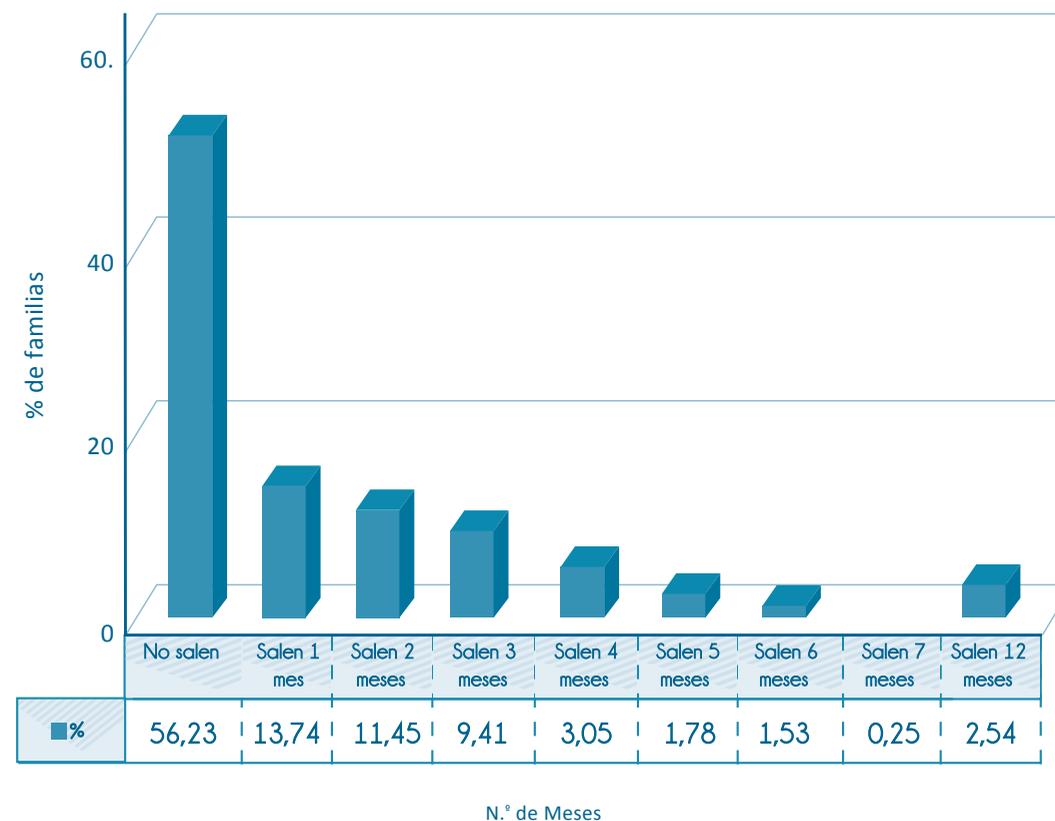
Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

f. **Trabajo asalariado y migración**

La búsqueda de trabajo fuera del predio familiar es otra de las estrategias usadas por el 43,8% de las familias con niños menores de 3 años que fueron evaluadas (N =393) para complementar sus ingresos. El 56,2% restante menciona que no sale a buscar trabajo en ningún mes del año. Las familias que salen a trabajar fuera indican que están lejos de sus hogares por lo menos entre uno y 2 meses. En el gráfico 11 se puede apreciar que en el 18,5% de las familias uno de sus miembros permanece fuera por periodos que sobrepasan los 3 meses.

Gráfico 11

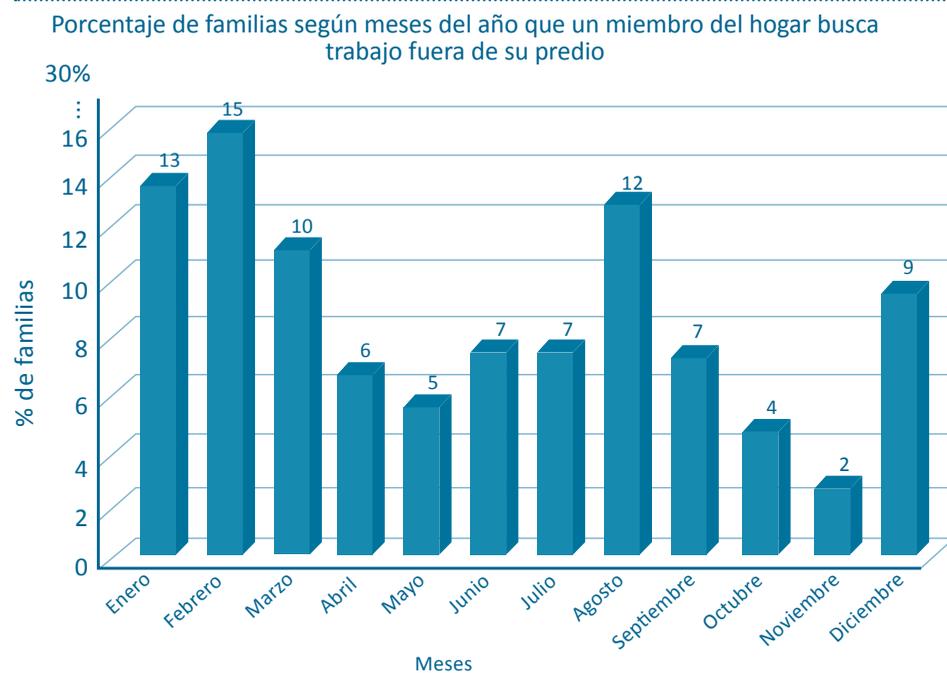
Porcentaje de familias según el número de meses que un miembro de la familia trabaja fuera del predio del hogar



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

La búsqueda de trabajo fuera de la unidad familiar es constante a lo largo del año, pero son los meses de enero, febrero, marzo y agosto los de mayor movimiento fuera de la provincia. Es el padre quien principalmente sale (86,0%), pero también lo hacen las madres y otros miembros del núcleo familiar, aunque en menor proporción (14,0%).

Gráfico 12



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Aunque se pensaba que el periodo comprendido entre enero y marzo mantenía a la gente en sus predios, y que la etapa de mayor migración era la que va de julio a octubre, encontramos que el 43,8% de las familias sale en búsqueda de trabajo en los meses de mayor demanda de mano de obra para labores de cultivo en los sembríos, como se observa en el gráfico 12.

g. Trabajo de la madre

Durante el desarrollo de la Línea de Base, el 19,6% de las madres de la provincia estaba trabajando en el periodo de la encuesta; el mayor porcentaje de estas madres estaba en el grupo de edad de mayores de 45 años, en las zonas urbanas, divorciadas y con educación superior (anexo A, tabla 10).

Respecto de la relación entre el nivel educativo de las madres y el trabajo actual, de las madres que no habían trabajado en los últimos 12 meses el mayor porcentaje era el de las madres sin ningún nivel educativo (33,3%); y, a la inversa, el menor porcentaje (17,3%) se ubicaba en el grupo de madres con mayor nivel educativo. Del total de madres de la provincia, la ocupación más frecuente es “comerciante” (28,6%). Les siguen las jornaleras (26,5%) y las agricultoras (11,7%) (anexo A, tabla 11).

En relación con el estado civil, la actividad más frecuente de las mujeres casadas era la de comerciante, mientras las solteras y las divorciadas eran sobre todo jornaleras. En lo que concierne al nivel de escolaridad, el mayor porcentaje de mujeres que realizaban trabajos de agricultura tenían educación primaria; en el grupo de jornaleras/peones contaban con primaria o ningún nivel de escolaridad, y en el grupo con educación secundaria o superior la mayoría eran empleadas. En los distritos de Vilcashuamán, Saurama y Vischongo, la actividad principal era comerciante; y en Accomarca, Concepción y Huambalpa, jornalera (anexo A, tabla 11).

h. Acceso a los alimentos por compra

Los alimentos que son comprados por las familias de los menores de 3 años (N =393) pueden ser agrupados, según el mayor porcentaje de familias que los compra, de la siguiente manera:

- Primer grupo: Azúcar (98,7%), aceite (97,2%), arroz (93,4%), fideos (85%), menestras (84,7%) y carnes/vísceras (80,2%).
- Segundo grupo: Hortalizas tipo cebolla (67,9%), zanahoria (66,7%), beterraga (46,6%), lechuga (43,3%), col (42,7%), cebolla china (39,7%), espinaca (37,2%), acelga (28%) y calabaza (22,9%).
- Tercer grupo: Leche (20,4%), queso (14,2%), pescado (14,2%) y huevo (8,9%).
- Cuarto grupo: Frutas como plátano (9,7%), manzana (8,1%) y mango (3,6%).

Las gaseosas y las golosinas son compradas en un 46,1% y 41,7%, respectivamente, por las familias. (Este gasto puede ser redistribuido para algo alimenticio.) Casi el 100% de las familias adquiere cinco productos básicos para su alimentación: azúcar, aceite, arroz, fideos y menestras. La presencia en la dieta familiar de arroz y fideos es un indicador de la transformación sufrida por la dieta tradicional de los pobladores.

i. Persona que decide los gastos del hogar

En la tabla 12 del anexo A se muestra que, en el 51% de los casos, las decisiones de los gastos en el hogar se toman en pareja; en el 39,1% las toma la madre, y solo en un 5% lo hace el esposo o la pareja. Cuando se trataba de mujeres casadas o convivientes, el 58% refirió que ambos deciden; en el caso de las solteras, un 33% indicó que las decisiones las toma alguien más; y en el 93,5% de las viudas, separadas o divorciadas, las decisiones las toman ellas mismas.

En todos los grupos de edad las decisiones del hogar las toma, en la mayoría de los casos, la pareja. En el caso de mujeres con educación primaria y secundaria predominó la respuesta de que ambos deciden. Tanto en la zona rural como en la urbana, la mayoría de las decisiones se toman en pareja. Respecto de la distribución por distritos, en Carhuanca y Saurama más del 60% refirió que las decisiones las toman ellas.

j. Persona que toma las decisiones específicas del hogar

Con respecto al cuidado de la salud, la mayoría de madres refieren que ellas deciden. También deciden las compras diarias y lo que se va a comer cada día. En cuanto a las compras grandes, la mayoría dijo que la pareja decide, como ocurre también cuando se trata de las visitas a familiares o amigos. En lo que atañe a la decisión de quién cuida al niño cuando ellas salen, el 59% respondió que llevan al niño consigo y 37% que lo cuida el esposo, los hijos mayores o familiares (anexo A, tabla 13). Es la madre quien toma casi todas las decisiones, la gran mayoría de las veces y en todos los grupos etarios. Cuando se trata de mujeres mayores de 25 años, más del 90% de las veces decide la madre; y en las menores de 20 años, el 64% de las veces. El nivel de escolaridad parece no ser importante, pues de todas formas es ella quien toma las decisiones específicas del hogar. Este porcentaje es menor entre aquellas con educación superior (anexo A, tabla 14).

4.3 CONSUMO DE ALIMENTOS EN LA FAMILIA

En este acápite se describe la frecuencia de consumo de alimentos de las familias con niños menores de 3 años, residentes habituales o permanentes en los 8 distritos de la provincia de Vilcashuamán. El momento estacional del calendario agrícola en que se realizó el acopio de esta información fue entre febrero y marzo del 2011. Este periodo se caracteriza por la escasez de la mayoría de alimentos, dado que hay una sola campaña agrícola como resultado de la ausencia de sistemas de riego tecnificado. No obstante, se aprecia una presencia constante de forraje para la producción pecuaria.

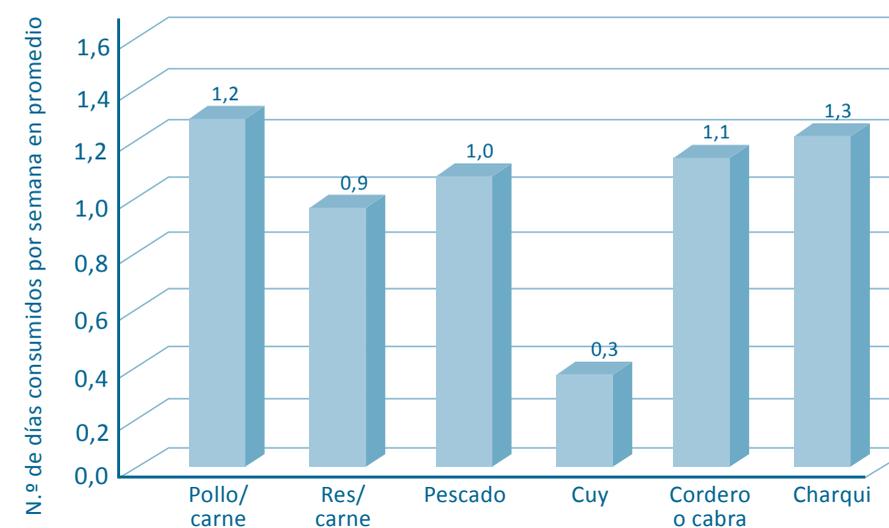
a. Consumo de carnes y pescados

Durante el periodo señalado las familias consumieron pollo en primer lugar, cordero y charqui, y menos pescado. La frecuencia promedio de consumo semanal fue de 1,2, 1,1 y 1,3 veces por semana, respectivamente (gráfico 13). En cuanto al consumo por área de residencia, es mayor el de pollo en la zona urbana que en la rural; mientras que se observa un consumo ligeramente mayor de res y charqui en la zona rural.

El pescado, proveniente de la costa, se adquiere en los mercados locales. Se consume una vez por semana, sin diferencias entre el área urbana y la rural. Muy pocas familias señalan haber comido carne de cuy y carne de choncho.

Gráfico 13

Frecuencia de consumo de carnes y pescado



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

b. Consumo de vísceras

Las vísceras que se consumen en la provincia son, sobre todo, hígado de pollo o de res, con una frecuencia de 0,7 veces por semana, con una tendencia ligeramente mayor en las familias del área urbana (0,9 veces por semana) que en la rural (0,5 veces por semana). Este nivel es aún muy bajo considerando que los niños deben consumir diariamente alimentos ricos en hierro, lo que podría estar asociado a la alta incidencia de anemia ferropénica en menores de 3 años.

c. Consumo de huevos

Éste es el alimento de origen animal de mayor consumo, tanto en el área urbana como en la rural. El consumo promedio es de 3,8 veces por semana, algo mayor en las zonas urbanas (3,7 veces) que en las rurales (3,7 veces). No se establecieron diferencias entre los huevos de diversas especies de aves.

d. Consumo de lácteos

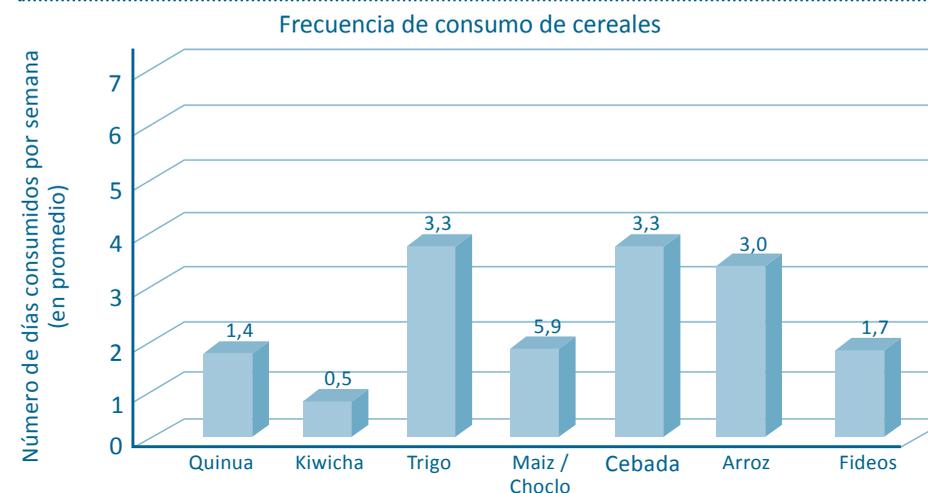
La leche es consumida en las familias con una frecuencia de 3,7 veces por semana, con valores similares en la zona urbana y la rural. El consumo de queso alcanza 3,5 veces por semana, constante para las zonas geográficas urbana y rural.

e. Consumo de cereales

Los cereales de mayor consumo fueron el maíz, el trigo, la cebada y el arroz, los cuales presentan una frecuencia de consumo semanal de 5,9, 3,3, 3,3 y 3,0 veces respectivamente. El consumo mayoritario de maíz responde a que la denominación incluye el maíz seco o "cancha", ampliamente consumido en las zonas andinas. Como ya se mencionó, el consumo de arroz y cebada también resaltan en este grupo; el primero de producción local, y el segundo, foráneo. En relación con las frecuencias de consumo entre la zona rural y la urbana, observamos las siguientes diferencias: maíz, 5,5 en la urbana y 6,1 en la rural; arroz, 3,8 y 2,6; y cebada, 2,8 y 3,5.

La avena se consume dos veces por semana y difiere en relación con la zona: es mayor en el área urbana (2,3 veces por semana) que en la zona rural (1,8 veces por semana). En muchos reportes se muestra que en la producción de avena se registra por lo general la avena forrajera, que sirve de alimento para el ganado. Sorprende ver el desplazamiento de productos locales y oriundos como la quinua, el trigo y la cebada, que son consumidos en menor cantidad cada semana, quizá en razón del periodo agrícola en el que encontramos a las familias. El gráfico 14 muestra los resultados en este grupo de alimentos.

Gráfico 14

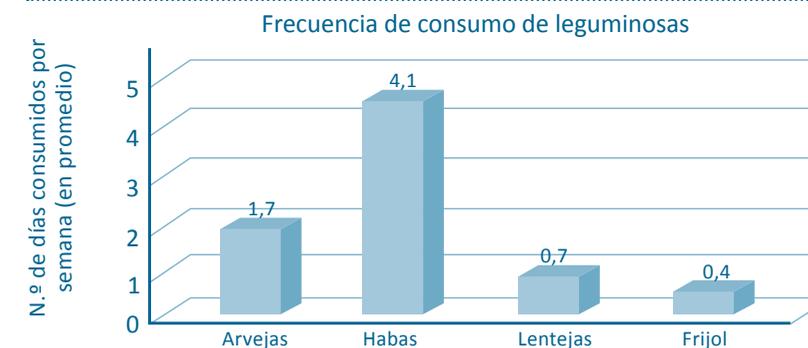


Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

f. Menestras o leguminosas

El consumo de este grupo de alimentos es muy escaso. La frecuencia alcanza 2 veces por semana con las habas (4,1), en especial en la zona rural, donde se incrementa a 4,3 días a la semana, muy posiblemente por la cosecha de la producción en fresco conocida como "haba fresca". El segundo alimento es la arveja (1,7), que, como las habas, se consumen más en la zona rural que en la urbana (1,9 y 1,3 veces a la semana, respectivamente). El gráfico 15 describe las frecuencias de consumo de este grupo de alimentos. Se pueden observar, además, los consumos mínimos de otras leguminosas.

Gráfico 15



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

g. Consumo de grasas

El consumo promedio de margarina o mantequilla en las familias es de 0,5 veces por semana, valor que difiere según zona geográfica: mientras en la zona urbana se consume una vez por semana, en la zona rural este consumo es de 0,3 veces por semana. Las principales fuentes de consumo de grasas provienen del aceite, la manteca o el cebo, que son consumidos casi a diario (6,3 días a la semana), sin diferencias entre las zonas urbanas y rurales.

h. Consumo de azúcares.

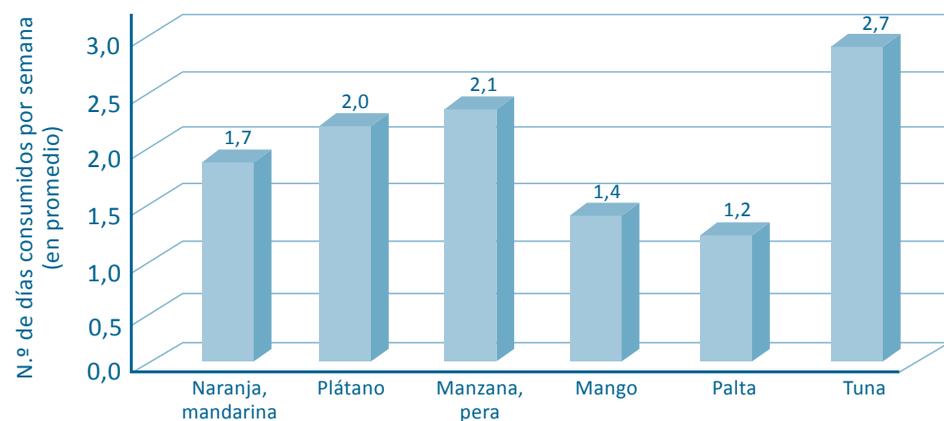
El azúcar, la miel huarapo de cabuya o chancaca, tienen un consumo familiar de 6,3 veces por semana, sin diferencias por zona geográfica.

i. Consumo de frutas

Como se observa en el gráfico 16, las familias consumen tuna con una frecuencia de 2,7 veces por semana: 2,9 en las zonas urbanas y 2,5 en las rurales, siendo esta fruta la de mayor frecuencia de consumo. Esta ingesta está asociada al periodo de cosecha, que coincidió con el momento en que se levantó la información. Salvo por la tuna, el plátano, la manzana y la pera, consumidos dos o más veces por semana, no existe otra fruta de consumo amplio durante este periodo del año. Las diferencias por zonas urbana y rural no son significativas.

Gráfico 16

Frecuencia de consumo de frutas



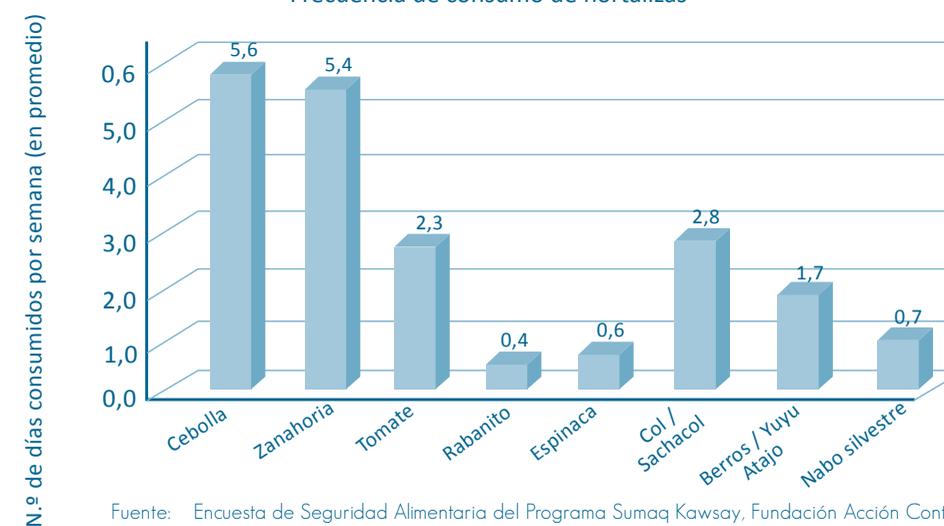
Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

j. Consumo de hortalizas

La cebolla y la zanahoria son consumidas 5,6 y 5,4 días a la semana respectivamente, sin diferencias entre la zona urbana y la rural; en un segundo conjunto están el tomate y la sachacol, con consumos superiores a los 2 días por semana. Y aunque el periodo de lluvias ayuda a la producción de este grupo de alimentos, no se observa en esta época un consumo representativo (gráfico 17).

Gráfico 17

Frecuencia de consumo de hortalizas



Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

k. Consumo de tubérculos

Se observa un amplio consumo de papa y chuño (5,7 veces por semana), con iguales valores para la zona urbana y la rural. El resto de tubérculos no tiene un consumo significativo. Por un lado, porque la papa es el alimento que permanece mayor tiempo en los almacenes familiares de la zona andina; y, por otro lado, porque la papa que se ofrece en las ferias locales proviene de los valles de la costa, donde la producción tiene como mínimo dos campañas al año.

5. AGUA Y SANEAMIENTO

Un estudio de Prüss-Ustün y Corvalán⁴⁰ para la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma que alrededor de la cuarta parte de la carga mundial de morbilidad y, concretamente, más de un tercio de la carga de morbilidad infantil, es consecuencia de factores ambientales totalmente modificables. Asimismo, señala que la carga de morbilidad causada por estos factores es mucho más elevada en el mundo en desarrollo que en los países desarrollados, a excepción de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares y cáncer). Los autores indican también que la población infantil es la más afectada por las enfermedades provocadas por factores ambientales, como la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias agudas, el paludismo y la desnutrición conexas, que causan cada año la muerte de 4 millones de niños, principalmente en países como el nuestro. Estas conclusiones resaltan la inminente necesidad de tomar acción sobre los factores ambientales en países como el Perú, donde los estudios han revelado carencias de servicios de saneamiento en agua potable y disposición de excretas y residuos.

Se calcula que el agua no apta para el consumo y la falta de saneamiento básico y de higiene cuestan la vida, todos los años, a más de 1,5 millones de niños menores de 5 años por causa de la diarrea. Esta situación pone en relieve la necesidad de cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre agua y saneamiento, que busca reducir a la mitad, para el año 2015, la proporción de personas que no tienen acceso sostenible al agua potable ni al saneamiento básico.

En el Perú, son las Municipalidades Provinciales y las Municipalidades Distritales las que prestan los servicios de saneamiento en el ámbito de su jurisdicción. Ellas tienen la facultad de otorgar el derecho de gestión de estos servicios a las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) en ciudades pequeñas (de 2.000 a 15.000 habitantes). En el ámbito rural, para poblaciones menores de 2.000 habitantes la administración de los servicios de saneamiento está a cargo de las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS). Y el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Ambiental (Digesa), es responsable de ejercer la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y de la normatividad sobre saneamiento ambiental.

De ahí la importancia de identificar la cobertura de los servicios de agua y saneamiento, su calidad y gestión, para orientar los recursos locales a mejorar estos servicios asegurando a la población de la provincia de Vilcashuamán un acceso a agua segura y a servicios de saneamiento básico.

5.1 ACCESO A LOS SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO EN LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN

El 74,2% de las viviendas de los niños menores de 3 años cuentan con instalación de agua (anexo A, tabla 15), con un porcentaje superior en las zonas urbanas en relación con las rurales. Según ENDES 2011, este porcentaje es similar al de la región Ayacucho, donde el 74,5% de las viviendas posee este servicio; sin embargo, es superior al promedio nacional (69,8%). Al observar los porcentajes de cobertura entre los distritos de las viviendas con instalación de agua, se advierte una gran variación: mientras que el 100% de las viviendas de Accomarca tiene este servicio, en Saurama solo cuenta con él el 25% (anexo A, tabla 16).

5.2 CALIDAD DEL SERVICIO DE AGUA

De las 99 localidades que cuentan con infraestructura de sistemas de agua, solo el 20,8% es clorada por las JASS. Con respecto al tratamiento del agua en el hogar antes de beberla, el 96% de las madres refiere que hierve el agua antes de tomarla.

5.3 TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS

a. Servicios higiénicos o sanitarios

Como se muestra en la tabla 16 del anexo A, el 73% de las viviendas de la provincia tienen letrina, porcentaje que es mayor en las zonas rurales (85%) que en las urbanas (45%). En los distritos de Independencia y Saurama, el 91% de las viviendas cuentan con letrinas. Solo el 11% de los hogares en la provincia cuentan con servicios higiénicos dentro de la vivienda y, de ellos, 35% están en la zona urbana y 0,5% en la rural. El 25% de viviendas en el distrito de Accomarca y el 18% en Vilcashuamán tenían esta instalación. Ninguna de las viviendas evaluadas en Carhuanca, Independencia y Saurama posee servicios higiénicos dentro de la vivienda.

40 PRÜSS-ÜSTÜN, A. y C. CORVALÁN: *Ambientes saludables y prevención de enfermedades: Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente*. Lima: OMS, 2006.

b. Eliminación de la basura

El 12% de los hogares emplea el camión municipal para la eliminación de residuos sólidos (39% de los hogares urbanos y 0,9% de los rurales). Asimismo, el 22% de las familias de la provincia arroja la basura a campo abierto. En el distrito de Vilcashuamán, el 25% de los hogares emplea camión municipal, y en Vischongo lo hace el 14%. Ningún hogar de los distritos de Carhuanca y Saurama utilizaba el camión municipal. La manera más común de eliminar la basura es lo que los pobladores denominan “microrrelleno sanitario”, una forma de acumulación y entierro de la basura que aprendieron de una ONG local y que empleaban el 41% de los hogares de la provincia (20,5% en la zona urbana y 50,1% en la rural). En el ámbito distrital, más del 50% de hogares de Accomarca, Concepción, Independencia, Saurama y Vischongo contaban con microrrelleno sanitario. En Huambalpa, el 70,4% de los hogares enterraba la basura, mientras que el 24,7% de los hogares de la zona urbana la arrojaba al campo abierto (anexo A, tabla 17).

5.4 RESPONSABILIDAD PARA EL AGUA Y SANEAMIENTO

a. Provisión de servicios formales

Solo la capital de la provincia de Vilcashuamán cuenta con una unidad de gestión de agua y saneamiento, incorporada en la Gerencia de Desarrollo Social, la cual se hace cargo de la gestión del agua y saneamiento de la capital provincial. Los sistemas de agua potable de las localidades rurales de la provincia son gestionados por las JASS.

b. Las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento

De los 99 poblados que cuentan con sistemas de agua potable, solo 37 tienen JASS activas. Los distritos con el mayor porcentaje de estas Juntas son Huambalpa (81,2%), Independencia (70%), Vischongo (68%) y Vilcashuamán (64%), siendo los dos últimos los de mayor población. Esta situación ha llevado al deterioro de los sistemas de agua y a la pérdida de la calidad del agua para consumo humano.

Las limitaciones más importantes para la adecuada gestión de los sistemas de agua potable se concentran en el bajo costo de la cuota familiar, que no permite cubrir los costos de operación y mantenimiento (entre S/0,5 y S/2,00), y la falta de una cultura de pago. En varias comunidades solo se aporta cuando el sistema requiere de alguna

pequeña refacción; cuando la refacción demanda montos mayores, simplemente el sistema deja de funcionar.

El Programa evaluó 26 sistemas de agua haciendo uso del índice de sostenibilidad (anexo A, tabla 18), que define como sistema sostenible a un:

[...] sistema que cuenta con una infraestructura en buenas condiciones, que permite brindar el servicio en óptimas condiciones de calidad, cantidad y continuidad, con una cobertura que evoluciona según el crecimiento previsto en el expediente técnico; una directiva con el total de sus miembros, incluyendo una o varias mujeres, operando eficientemente y que recibe mantenimiento periódico.⁴¹

- Cuota familiar menor de 3 nuevos soles: La cuota se establece por acuerdo comunal en el 100% de las comunidades; ninguna cuota familiar se fija tomando en consideración parámetros técnicos (operación, mantenimiento, reposición).
- Falta de cloración del agua: Argumentan dos razones para no realizarla: no les alcanza el dinero para la compra de cloro, y cuando tienen el dinero suficiente no saben dónde adquirirlo.
- Mantenimiento del sistema irregular de la red de abastecimiento: Este mantenimiento se realiza de manera eventual y cuando la comunidad considera que debe hacerse; no se hace de acuerdo con los plazos técnicamente establecidos, lo que ocasiona un deterioro progresivo.

Es total la ausencia de las Municipalidades en la gestión de la disposición de excretas de las familias en la zona rural. Su participación se ha concentrado solo en la implementación física de letrinas, actividad que no ha estado acompañada de una adecuada sensibilización y capacitación en prácticas de higiene y saneamiento básico.

41 | CARE PERÚ-REGIONAL CAJAMARCA/DIRECCIÓN REGIONAL DE VIVIENDA, CONSTRUCCIÓN Y SANEAMIENTO-DRVCS/GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA: Compendio: Sistema de Información Regional en Agua y Saneamiento SIRAS. Cajamarca, 2010.

6. LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las inequidades sanitarias son política, social y económicamente inaceptables, y pueden ser evitadas; y la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, que, a su vez, puede contribuir a la paz y la seguridad. Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad, en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como “determinantes sociales de la salud”.⁴²

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la prestación de estos servicios tiene que mejorar. Unicef señala que la desnutrición, o la condición de estar mal nutrido, es consecuencia de una combinación de muchos otros factores, como las carencias nutricionales, las frecuentes enfermedades e infecciones, las prácticas deficientes de cuidado y alimentación, la falta de servicios de salud adecuados y la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres.⁴³

En Brasil, uno de los mayores países de la región, hubo mejoras sustanciales en la cobertura de la atención primaria de la salud, servicios de agua y saneamiento y educación de la mujer, con la consiguiente disminución de la desnutrición crónica. Estas mejoras parecen haber ocurrido a pesar del estancamiento económico y las pérdidas importantes en el poder adquisitivo –especialmente entre los más pobres– que se produjo en el mismo tiempo.⁴⁴

El fortalecimiento de las capacidades de los trabajadores de la salud en Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), el apoyo del sistema de salud y las prácticas familiares y comunitarias, se traducen en un aumento de atención sanitaria para las enfermedades. En las zonas donde se implementaron estas acciones, más niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva en comparación con aquellas donde no se ejecutaron (76% vs. 65%), y la prevalencia de talla baja en niños de 24-59 meses disminuyó más rápidamente.⁴⁵

Un estudio realizado en el Perú muestra que la mejora de la educación nutricional entregada a través de los servicios de salud puede disminuir la prevalencia de retraso en el crecimiento de la infancia en las zonas donde el acceso a la alimentación no es un factor limitante.⁴⁶ Por ello, el diagnóstico de los servicios de salud en la provincia de Vilcashuamán servirá para establecer las brechas que existen en el acceso, la prestación y la gestión de tales servicios y, así, poder brindar una atención de calidad en el primer nivel con énfasis en acciones preventivo-promocionales de salud y nutrición para la población.

6.1 LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE VILCASHUAMÁN

a. Establecimientos prestadores de servicios de salud en la provincia

El sistema público del Ministerio de Salud del Perú está conformado por direcciones regionales, hospitales, institutos especializados, redes y microrredes de salud. La Dirección Regional de Salud Ayacucho está compuesta por 7 Redes de Salud y 30 Micro Redes. Una de ellas es la de Vilcashuamán, con jurisdicción en toda la provincia e integrada por 19 Establecimientos de Salud debidamente reconocidos y distribuidos en los 8 distritos (anexo A, tabla 19). En estos Establecimientos de Salud (EESS) trabajan 121 personas, de las cuales 117 son personal de salud, en su mayoría técnicos de enfermería (n = 51).

La población atendida por los servicios de salud es de 23.471 habitantes; de ellos, 4.963 son mujeres en edad fértil y 1.787 niños menores de 3 años. En el Perú, el 26% de los hogares son liderados por una mujer (ENDES 2011); en Vilcashuamán este porcentaje es del 9%, con una tendencia ligeramente mayor en el contexto urbano (11,9%) frente al rural (7,7%). El número promedio de miembros del hogar es de 5,2 habitantes, muy similar en la zona urbana y en la rural.

La jefatura del hogar por distritos se muestra en la tabla 20 del anexo A, donde se observa que Accomarca y Huambalpa tienen más del 11% de hogares liderados por mujeres, en contraste con Vischongo, donde solo el 6% de hogares son dirigidos por mujeres.

42 | “Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud”. Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre del 2011.

43 | <http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_bigpicture.html>.

44 | BRYCE, Jennifer, *et al.*: “Maternal and Child Undernutrition: Effective Action at National Level”. *Lancet*, febrero del 2008.

45 | ARIFEEN, S. *et al.*: “Effect of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy on Childhood Mortality and Nutrition in a Rural Area in Bangladesh: A Cluster Randomised Trial”. *The Lancet*, vol. 374(9687): 393-403, agosto del 2009.

46 | PENNY, M.: “Effectiveness of an Educational Intervention Delivered through the Health Services to Improve Nutrition in Young Children: a Cluster-Randomised Controlled Trial”. *The Lancet*, 365(9474): 1863-1872, mayo del 2005.

b. Accesibilidad geográfica a los servicios de salud

Entenderemos por accesibilidad geográfica la distancia/tiempo que necesita un poblador para llegar al Establecimiento de Salud: 42,9% de comunidades son de fácil accesibilidad (menos de 5 km), mientras que 57,1% se encuentran a más de 5 km de las comunidades. La distancia “adecuada” también depende de factores culturales, de la percepción del trayecto, de las posibilidades de optimización del tiempo, de los medios de transporte y de la calidad misma del servicio. Las comunidades de los EESS de Carhuanca, Patahuasi y San Antonio de Astanya son de fácil acceso. Lo opuesto ocurre en los Puestos de Salud (PS) Huambalpa y Pomatambo, y con el Centro de Salud (CS) Vilcashuamán, que tienen un alto número de comunidades con dificultades de acceso.

M.: “Caminamos dos a tres horas; a veces vamos y no quieren atendernos.”

D.: “Cuando llevamos a los niños con fiebre más nos demoramos y peor los hacemos enfermar; es por eso que a veces no los llevamos –está bien lejos–. Preferimos darles yerbas caseras, porque nos demoramos 2 horas en ir, hasta que nos atiendan pasa una hora, y la vuelta de 3 horas. Y si les llevamos a Vilcas nos dicen ‘ustedes no pertenecen aquí’; tampoco nos atienden.”

(Fuente: Estudio Sociocultural ACH-E Perú, 2010.)

6.2 GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

a. Instrumentos de gestión en los servicios de salud

El principal instrumento de gestión de los servicios de salud es el Plan de Salud Local (utilizado por los EESS CLAS), o el Plan Operativo Institucional (uzado por los EESS No CLAS) (anexo A, tabla 21). En estos planes se definen los objetivos y resultados en salud y nutrición, así como las actividades asistenciales, preventivas y promocionales que deben ser desarrolladas con un uso eficiente de los recursos y promoviendo una alta participación social para lograr una cogestión en salud y nutrición. En el 2010, 6 de los 19 EESS tenían planes: Concepción, CS Vischongo, CS Vilcashuamán, PS Chiribamba, PS San Francisco de Pujas y PS Carhuanca, realizados a partir de diagnósticos locales, de evaluaciones anteriores o con base en la priorización de los problemas de salud en la zona. Los insumos para elaborar el PSL son básicamente el censo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI),⁴⁷ el Plan Operativo Institucional (POI) y el Análisis de la Situación de Salud (ASIS). El 68% de los EESS (12) mencionaron que cuentan con ASIS desde los años 2009 y 2010. Participa en su elaboración sobre todo personal de los EESS, especialmente los responsables de los programas. En los PS de Astanya y Chiribamba participan también las autoridades locales, y en el PS de Astanya lo hacen además las organizaciones sociales de base. Existen otros instrumentos para mejorar la gestión de los servicios de salud, como aquellos que definen la estructura organizacional en el servicio de salud, la existencia de documentos normativos que establezcan las funciones por cumplir por el personal de salud en sus unidades de atención, o instrumentos que permitan reconocer el ámbito jurisdiccional asignado al ES. Tal como se muestra en la tabla 21 del anexo A, algunos EESS no están implementando dichos instrumentos.

b. Organización de los servicios de salud

Los EESS desarrollan un conjunto de actividades organizativas para la implementación de las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud. Con respecto a la atención integral, se observa que el mayor avance es la organización de las Áreas de Admisión según familia y sector en el 100% de los EESS, seguido por un ligero progreso en la

47

Anteriormente, el 84% de los EESS levantaban su propio censo poblacional, para realizar una planificación más cercana a la realidad.

implementación de la estrategia de sectorización, en la que 53% de los EESS han designado sectores entre el personal de salud. Además, el 74% de los EESS han distribuido sus ambientes en Unidades de Atención Integral (anexo A, tabla 22).

c. Sistema de información, monitoreo y evaluación para la toma de decisiones

En los EESS se realizan atenciones por morbilidades o acciones de prevención y promoción de la salud. Estas atenciones se inscriben en el HIS/MIS,⁴⁸ que es la fuente de registro de atenciones del Minsa, y en los registros de atención integral e historias clínicas. Los EESS de la Micro Red Vilcashuamán remiten esta información el día 28 de cada mes a los puntos de digitación del Sistema de Información Estadístico HIS/MIS del Minsa en la Micro Red. La mayoría de los EESS revisan la información (quincenal o mensualmente), para su correcto ingreso al Sistema.

La información se analiza periódicamente para presentar los informes y evaluar el avance de los indicadores. Solo el PS de Huambalpa reportó que no realiza seguimiento a la información estadística del HIS. En los EESS, esta información es visualizada en la sala situacional, espacio dedicado a la exhibición de información procesada con la finalidad de fortalecer su análisis sistemático para la toma de decisiones. En la Micro Red Vilcashuamán, sin embargo, solo 5 EESS han implementado esta sala. Por otro lado, es política de Estado atender la demanda de servicios de salud, por lo que resulta necesario identificarla; se encontró, así, que 16 EESS habían realizado un censo poblacional y que la información es actualizada periódicamente por el personal de salud con base en los registros de nacimientos y defunciones; sin embargo, son las proyecciones del INEI para cada año el insumo básico que se emplea para la programación de las coberturas de atención por EESS.

La población en situación de pobreza de la jurisdicción es afiliada y atendida a través del Aseguramiento Universal en Salud (AUS); no obstante, solo 3 EESS (16%) realizan el seguimiento a las afiliaciones y el monitoreo de los reembolsos del SIS. Ello significa que se podría estar subutilizando este seguro público gratuito, con lo que se afecta el derecho de la población a acceder a los servicios de salud. Por otro lado, el 58% de los EESS cuentan con directorio o base de datos de ACS (n = 11 EESS), y, en menor porcentaje, con un archivo de informes de ACS (21%; n = 4 EESS); 21%

tienen un directorio de Juntas Directivas Comunales (n = 4 EESS), y solo 11% de los EESS monitorean las capacitaciones de los ACS (n = 2 EESS). El monitoreo de los planes (PSL o POI) se realiza a través de reuniones mensuales, trimestrales o semestrales convocadas por los jefes de los EESS con la participación del personal de salud, para evaluar el avance de las metas. De los 6 EESS con planes, solo Carhuanca ha realizado reuniones de monitoreo.

d. Calidad de atención de los servicios de salud: Satisfacción de los usuarios internos y externos

Para evaluar la calidad de la atención, el Minsa utiliza la encuesta de satisfacción de usuarios internos (personal de salud) y externos (pacientes). En la Micro Red Vilcashuamán solo 3 EESS (Pallcacancha, Vilcashuamán y Vischongo) aplican encuestas periódicas a los usuarios externos para evaluar su percepción sobre la calidad de atención; aunque se observó que 12 EESS cuentan con un buzón de sugerencias para que los pacientes depositen sus quejas o propuestas, no hay una revisión y utilización sistemática de tales quejas. Tampoco se habían realizado encuestas de satisfacción de usuario interno (personal de salud) en ningún Establecimiento de Salud.

A pesar de ello, en 4 EESS (Carhuanca, Patahuasi, Pallcacancha y Vilcashuamán) se han implementado acciones para mejorar la calidad de la atención, la información y comunicación con las comunidades, y para tener más recursos humanos en los días de mayor demanda. El personal entrevistado de estos 4 EESS menciona que con la implementación de dichas acciones ha incrementado la confianza y han mermado las quejas sobre el ES.

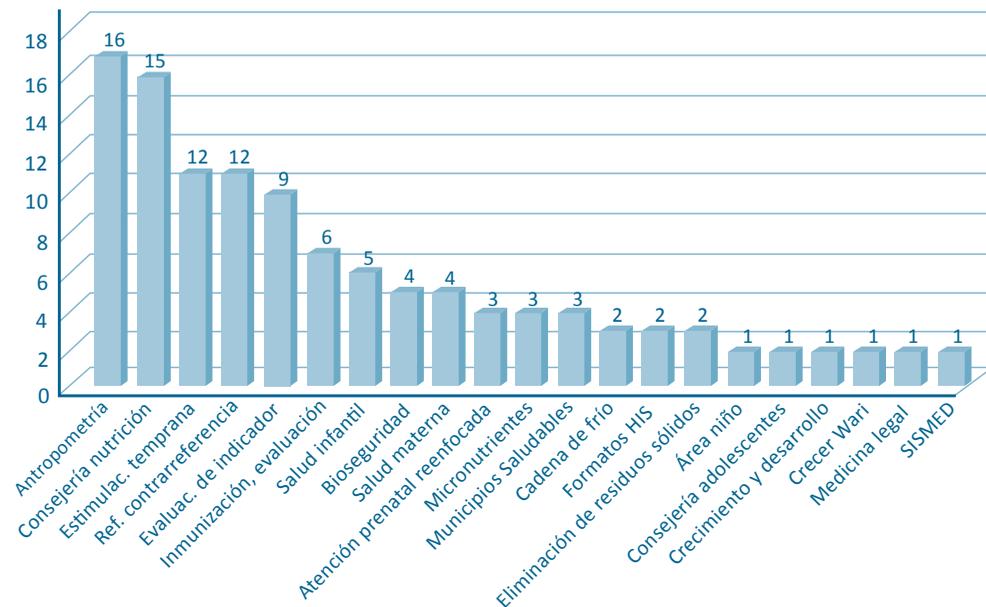
Un alto porcentaje del personal entrevistado (68,4%) menciona que la principal dificultad para brindar atención es la poca comprensión de la cultura local y el poco respeto por las costumbres (en los EESS de San Antonio de Cochas, Huambalpa, Astanya, Vilcashuamán, Huarcas y Pongocha no han tenido dificultades). Otros motivos que han dificultado la atención son las diferentes religiones, el idioma y la falta de confianza en el sexo opuesto a la hora de entablar una relación profesional, aunque el 100% del personal de salud entrevistado afirmó que brinda una buena atención a niños y adultos sin diferencias en el trato por género.

6.3 CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD

El personal de salud ha sido capacitado en temas de salud materna, alimentación y nutrición, estimulación temprana y salud infantil, y reconoce la importancia de la capacitación para reforzar conocimientos y actualizarse y estar en capacidad de ofrecer una mejor atención y una mejor orientación y consejería a las familias y comunidades. Se han identificado 21 temas de capacitación recibidos por el personal de salud, pero son antropometría y consejería nutricional lo más difundidos (16 y 15 EESS respectivamente). Suplementación con multi-micronutrientes (MMN), saneamiento básico, estrategia Crecer Wari y Municipios Saludables son los de menos relevancia, tal como se observa en el gráfico 18.

Gráfico 18

Número de trabajadores de salud según temas de capacitación recibidos hasta el 2010 en la provincia de Vilcashuamán



Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

La organización y el desarrollo de estas capacitaciones fueron promovidos sobre todo por el Ministerio de Salud (75% de las capacitaciones) y por Unicef. El personal entrevistado manifestó que para mejorar las capacitaciones debe existir una buena organización y convocar al personal de salud con antelación. Las capacitaciones deben ser constantes y con contenidos actuales, y debe haber seguimiento al cumplimiento de los compromisos que se establecen. Destaca la sugerencia de varios entrevistados que manifiestan la necesidad de contar con expositores experimentados y competentes.

Cinco EESS han identificado las necesidades de capacitación de su personal (PS Accomarca, PS Pomacocha, PS Patahuasi, PS Huambalpa y CS Vilcashuamán), pero ninguno de los 19 EESS tiene planes de capacitación. Solo el PS Chiribamba cuenta con personal de salud capacitado como facilitador/tutor.

Con respecto al protocolo de atención para el niño/niña y para la mujer, éstos se encuentran disponibles en 15 EESS; los EESS de Accomarca, Huaracas, Chiribamba y Pongococha no cuentan con estos protocolos ni se han realizado en ellos evaluaciones para establecer la aplicación de estos protocolos en la atención a los pacientes.

6.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD

a. Actividades preventivo-promocionales que realizan los servicios de salud

Las actividades preventivo-promocionales que usualmente se realizan son las siguientes: sesiones demostrativas de alimentos, sesiones educativas, ferias, pasacalles, perifoneo, visitas domiciliarias de seguimiento a niños y gestantes (señalan que inciden en el uso adecuado de las "chispitas nutricionales"), vigilancia y capacitación en saneamiento básico y campañas de vacunación (anexo A, tabla 24). El personal de salud percibe que las actividades que se realizan en las comunidades tienen buena aceptación y que la población pide que sean más constantes. En ellas participa principalmente el personal de salud, con el acompañamiento ocasional de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Algunas instituciones públicas apoyan a los EESS en estas actividades. Los EESS Pomacocha, Pacchahayhua, Saurama y Vischongo mencionan un trabajo coordinado con las Municipalidades, las Instituciones Educativas y el Programa Juntos, mientras que Chirapaq y CARE son las instituciones privadas que apoyan desde sus respectivas zonas de intervención. En el nivel comunal se recibe el apoyo de los dirigentes y líderes comunitarios.

Hay que recalcar que 9 EESS (Pomacocha, Pujas, Astanya, Saurama, Chiribamba, Pomacocha, Concepción, Pacchayhuayhua y Pongococha) señalan que reciben apoyo de las autoridades comunales.

Con respecto al trabajo con ACS, todo el personal de salud entrevistado manifiesta la importancia de llevarlo a cabo, porque su apoyo es valioso para: a) referencia de pacientes; b) mediación entre el personal de salud y la población; c) mejora de la convocatoria de los EESS en las comunidades y la sensibilización de la población; y, d) monitoreo de grupos vulnerables y vigilancia comunitaria. No se mencionó ninguna desventaja de trabajar con ACS; sin embargo, se señala que debe haber más capacitación del ACS para promover su involucramiento más activo. De las 107 comunidades de la provincia de Vilcashuamán (anexo A, tabla 23), solo 41 (43,87%) tienen promotor de salud, con un total de 54 promotores.

Con relación a las estrategias comunitarias que vienen implementando los EESS (anexo A, tabla 24), se han impulsado los Comités de Desarrollo Comunal (Codeco), la vigilancia en salud y nutrición y los Comités de Evacuación de Emergencias Obstétricas y Neonatales. Los Codeco son organizaciones comunales conformadas para promover el desarrollo integrando a la Junta Directiva con las demás autoridades y líderes comunales. El personal de salud indicó que el 15% de las comunidades cuentan con estos Codeco. Además, 10,3% realizan vigilancia en salud y 5,6% vigilancia nutricional en el nivel comunal. El Comité de Evacuación de Emergencias Obstétricas y Neonatales, a su vez, es una forma de organización que se activa con el fin de facilitar el traslado de gestantes y neonatos hacia los EESS para que reciban atención y poder evitar los decesos, pero solo existen en 11 comunidades (10,3%). La convocatoria para el trabajo comunitario se hace en coordinación con el Programa Juntos, y en segundo lugar con las autoridades locales. En el segundo caso se coordina además con los promotores de salud, y en menor escala con las escuelas de la comunidad. Respecto de las visitas comunitarias, el personal de salud entrevistado señala que usualmente se priorizan las comunidades más cercanas y de mayor tamaño poblacional; de igual manera, las comunidades menos visitadas son las más alejadas o con poca población. En los PS Patahuasi y Saurama se indicó que visitan más a las comunidades más alejadas porque sus pobladores casi no van al ES.

b. Disponibilidad de materiales y equipos para el trabajo comunitario

Los materiales y equipos para llevar a cabo actividades educativo-comunicacionales y realizar trabajo comunitario permanente son fundamentales en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención (anexo A, tabla 25). La mayoría de EESS cuentan con materiales educativos referidos a lactancia materna y alimentación infantil (carecen de estos materiales el CS Vilcashuamán y el CS Vischongo). Todos los EESS cuentan con *kits* de sesiones demostrativas y de lavado de manos –además de materiales educativos sobre salud materna–, pero solo 42% poseen materiales de salud mental en una zona posconflicto.

La implementación para el trabajo comunitario es un aspecto crítico: 89% de los EESS carece de ponchos impermeables para la lluvia, 84% no cuenta con linternas, y 68% no tiene camillas (literas) para el traslado de pacientes. Con respecto a otros materiales y equipos de apoyo también hay deficiencias: 42% de los EESS no cuenta con motos, 16% no posee equipo de radio, 21% no tiene computadoras, a 95% le faltan equipos de sonido, y 47% no cuenta con TV ni sistema de video. La provisión de formatos e instrumentos para los ACS (hojas de referencia, fichas de informes, fichas de supervisión) es irregular en todos los EESS, con excepción de algunos (47%) que cuentan con fichas de seguimiento a madres y niños.

c. Capacitación a los ACS

En el año 2010, solo el 37% de los EESS ofrecieron capacitación a los ACS (Vilcashuamán, Concepción, Pujas, Pomacocha, Pongococha, Chiribamba y Accomarca), concentrados en salud y nutrición infantil (vigilancia nutricional, alimentación infantil, estimulación temprana, IRA, EDA, vacunas, suplementación con MMN y lavado de manos) y primeros auxilios. Aunque los EESS mencionados agrupan a 25 ACS, no hay medios de verificación que permitan precisar el número de ACS capacitados.

d. Relaciones interinstitucionales entre los servicios de salud con las Municipalidades y los programas sociales

Solo los EESS de Patahuasi y Pacchahuayhua indican que trabajan coordinadamente con sus Municipalidades en actividades en salud y nutrición. En los demás casos el apoyo/coordinación con las

Municipalidades se establece de forma esporádica y específica para apoyar el mejoramiento de la infraestructura del ES o el saneamiento básico en algunas comunidades. Cuatro EESS han asistido a reuniones de Presupuesto Participativo en el 2010, y han logrado la aprobación de sus proyectos: 3 orientados a mejorar la infraestructura y uno (del CS Vilcashuamán) a la ejecución de actividades preventivas y promocionales.

“El Programa Juntos exige a las madres que sus hijos deben ser controlados (CRED y vacunas). Por este motivo, todas las madres lo traen por miedo o la suspensión y asisten a las capacitaciones.”

(Testimonio personal de salud.)

Los programas sociales con mayor presencia en la zona de intervención son Juntos y el Programa Integral de Nutrición (PIN) del Pronaa. El primero es considerado “de gran utilidad” para mejorar las coberturas de atención de los EESS debido a la condicionalidad que establece dicho Programa; dos terceras partes de los entrevistados señalan que Juntos contribuye a disminuir la desnutrición infantil, dado que la transferencia monetaria y las condicionalidades permiten a las familias diversificar su alimentación y acudir a los controles. Pocos entrevistados indican que el dinero no es invertido adecuadamente, y que se debe buscar que acudan a los EESS sin la condición monetaria.

El PIN es valorado por casi todo el personal de salud, pues la distribución de los alimentos es aprovechada para hacer el control de los niños. Solo dos entrevistados indicaron que genera más trabajo para el personal de salud. Menos de la mitad de los entrevistados dijeron conocer la estrategia Crecer Wari, así como sus objetivos y acciones.

7. LA SITUACIÓN DE LA SALUD Y NUTRICIÓN MATERNO-INFANTIL

El daño provocado por la desnutrición en los primeros dos años de vida es en gran medida irreversible, y este mal, a su vez, está vinculado con un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la vida adulta, tales como diabetes, cardiopatías coronarias y obesidad.⁴⁹ La desnutrición crónica infantil no es solo el resultado de la inseguridad alimentaria, sino también de la alimentación y la atención inapropiadas de los lactantes, del acceso deficiente a los servicios de atención de salud y de las malas condiciones de saneamiento. En muchos países donde la desnutrición está muy difundida, la producción de alimentos no es el factor más limitante, excepto en casos de hambruna. Los factores más importantes son, en primer lugar, el insuficiente conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, las prácticas de alimentación complementaria y la función de los micronutrientes; y, en segundo término, la falta de tiempo de que disponen las mujeres para atender correctamente a sus bebés y cuidarse a sí mismas durante el embarazo.⁵⁰

Los efectos más perniciosos de la desnutrición se producen durante el embarazo y los dos primeros años de vida, y las consecuencias de esos daños tempranos para la salud, el desarrollo cerebral, la inteligencia, las posibilidades de beneficiarse de la educación y la productividad son, en gran medida, irreversibles.⁵¹ En esta parte del diagnóstico exploraremos estos aspectos, lo que nos permitirá identificar las actitudes y las prácticas de las madres con niños menores de 3 años con el fin de sacar conclusiones que orienten posteriormente las acciones del Programa.

7.1 SALUD MATERNA

a. Edad materna

El promedio de edad de las madres en la provincia de Vilcashuamán era de 28,9 años, con una desviación estándar de más-menos 7,5 años. La mayoría de ellas (66,7%) estaba en el rango de 20 a 34 años. Las madres menores de 20 años representaban el 9,4%; el 22,2% de ellas estaba en el rango de 35-44 años, y el 1,7% tenía 45 años o más.

49 RUEL, Marie y John HODDINOTT: “Inversión en nutrición durante la primera infancia”. *Perspectiva de políticas alimentarias* n.º 8, noviembre del 2008.

50 BANCO MUNDIAL: *Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo: Estrategia para una intervención en gran escala*. Bogotá: Banco Mundial, 2006.

51 *Idem*.

b. Tiempo de residencia de las madres en la zona

El 31,3% de las madres entrevistadas tenía un tiempo de residencia en la zona de 5 ó menos años, y el 17,3% (86), entre 6 y 10 años. La mediana del tiempo de residencia en la zona fue de 11 años.

c. Idioma que más habla en el hogar

Frente a entrevistadores quechuahablantes, el 31,7% de las madres entrevistadas afirmó que en su hogar se habla más quechua; 45,4% refirió que en su casa se habla quechua y castellano por igual, 6% que se habla solo castellano, mientras 14,9% dijo que se habla quechua pero prefiere comunicarse en castellano.

d. Nivel de escolaridad de las madres

La tabla 26 del anexo A muestra el nivel de escolaridad de las madres de la provincia según zona (urbana o rural), grupos de edad y distritos. El 41,7% de las madres de la zona urbana tenía educación primaria, 52,5% educación secundaria y 5,8% educación superior. Mientras, en el área rural, el 0,8% no tenía ningún nivel educativo, 59,5% tenía primaria, 38,6% secundaria y 1,1% superior. La mediana de escolaridad fue de 6 y 8 años en la zona rural y la urbana, respectivamente.

El 1,8% de las madres del distrito de Vilcashuamán no tenían ningún nivel educativo, 53,4% contaban con educación primaria y 41,2% con secundaria. En el caso de Vischongo, el 49% de las madres contaban con educación primaria y un porcentaje similar tenía educación secundaria. En los distritos de Concepción, Huambalpa, Carhuanca e Independencia la mayoría de las madres tenía solo educación primaria. En toda la provincia de Vilcashuamán, el 73% de las madres menores de 20 años tenía educación secundaria. En general, las madres más jóvenes contaban con un mayor nivel educativo.

e. Cuidado prenatal

La atención prenatal por personal especializado en los Establecimientos de Salud se ha incrementado en los últimos años en todo el país. Según la ENDES 2011, el 98,2% de los nacimientos a escala nacional fueron controlados, cifra notablemente superior al 83,8% encontrado en el año 2000. En la tabla 27 del anexo A se describen los porcentajes de atención prenatal que proporcionó este control según el número de hijos de la madre. En promedio, el 87,5% de las madres de la provincia recibieron atención prenatal por personal de salud calificado, siendo mayor el

porcentaje entre mujeres menores de 20 años (94,2%). También hubo un alto porcentaje en las primíparas (95,7%).

Casi la totalidad de las madres (95,4%) que habitan en la zona urbana recibieron atención prenatal, y en la zona rural la recibió el 84,2%. En los distritos de Huambalpa, Independencia, Saurama y Carhuanca, el 100% de las madres tuvieron controles prenatales; en el 59% de los casos fue la obstetriz quien brindó atención; en el 16,6%, la enfermera; y el médico en un 11,9%.

Respecto del lugar donde se llevó a cabo el control prenatal, el 96,6% de las madres se atendieron en establecimientos del Ministerio de Salud, el 2,6% en el Seguro Social y un 0,8% en centros particulares.

f. Suplementos de hierro para las madres

Las madres que refieren haber recibido sulfato ferroso son el 91,6%. El mayor porcentaje de ellas son mayores de 35 años (94%), tienen un promedio de 2-3 hijos (96%) y cuentan con educación primaria (94%). Según distritos, se observó que el 100% de las madres de Carhuanca recibieron sulfato ferroso, el 98% en Saurama, el 96% en Accomarca, el 94% en Concepción y el 92% en Vilcashuamán.

g. Lugar de atención del parto

El 94% de las madres entrevistadas manifestaron que quien atendió su parto fue personal de salud calificado; 98% en el área urbana y 92% en el área rural. Los mayores porcentajes de atención de parto por personal calificado fueron los de madres menores de 20 años, con instrucción secundaria o superior y primíparas. El menor porcentaje se registró en madres mayores de 35 años, múltiparas y sin nivel educativo.

Los distritos de Independencia y Saurama tuvieron una atención del 100%; en todos los demás la atención de parto en un establecimiento fue igual o mayor de 90%, excepto en Accomarca, donde las atenciones llegaron al 88%. El 44% de los partos fueron atendidos por médicos, el 47% por obstetrices y el 3% por enfermeras.

h. Situación nutricional de la madre

La estatura representa el potencial genético de crecimiento, así como los factores que influyen para alcanzar ese potencial; también refleja de manera indirecta el entorno, con lo que constituye la suma del potencial genético y medioambiental. El promedio de la talla de la madre (150,6 cm) y su distribución se muestran en la tabla 28 del anexo A. El 14,4%

de las madres son de talla corta (<145 cm), lo que representa un riesgo obstétrico para el embarazo y el parto.

Se percibe una tendencia a mayor estatura en madres jóvenes, con nivel de educación secundaria o superior, del área urbana de los distritos de Huambalpa y Saurama.

i. **Sobrepeso y obesidad**

El 60,3% de las madres tiene un índice de masa corporal normal, mientras que el 28,7% muestra sobrepeso y el 10,2% obesidad. El índice de masa corporal promedio fue 24,6 kg/m² (anexo A, tabla 29). Se observa mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en madres con mayor edad; con educación primaria; en Carhuanca, Independencia y Accomarca, y en las zonas urbanas.

7.2 SALUD INFANTIL

La salud del niño es determinante en su estado nutricional. Las enfermedades prevalentes de la infancia, como la diarrea y las infecciones respiratorias frecuentes, deterioran el estado nutricional y disminuyen su estado inmunológico, incrementando el riesgo de enfermar; de esta manera se crea un círculo vicioso de desnutrición-infecciones-desnutrición.

a. **Peso al nacer**

Las madres entrevistadas de la provincia que refieren haber pesado al niño dentro de los primeros 3 días del nacimiento son 99,8%; 35,3% de ellas tenía registrado el peso en el carné de salud, 64,5% lo recordaba. El promedio de peso al nacer fue de 3.050 g en los casos registrados en el carné y 3.100 g en los referidos por la madre. Cuando se evaluó a los niños, se apreció que el 11% tuvo bajo peso al nacer (<2,5 kg), 8,1% en la zona urbana y 12,2% en la zona rural (anexo A, tabla 30). Según la ENDES 2011, a escala nacional el 6,5% y en la región Ayacucho el 7,2% de los niños tuvieron bajo peso al nacer (BPN). Los resultados también muestran que los hijos de madres menores de 20 años y mayores de 35 años tienen las prevalencias más altas de BPN (15%). Asimismo, se encontraron altas prevalencias de BPN en los hijos de mujeres con educación primaria en comparación con las madres con educación secundaria y superior.

Los distritos de Concepción y Vischongo mostraron las más altas prevalencias de BPN –15% y 16%, respectivamente–, mientras que

Independencia y Saurama tuvieron 1,3% y 5,3% de BPN. El 51,6% de las madres consideraron que el tamaño de su niño era promedio, 30% que su niño fue muy pequeño o pequeño, y 18,5% grande o muy grande.

b. **Inmunizaciones**

El 83,3% de los niños tienen en su carné de vacunas el registro de BCG; 77,3% y 83,2% tienen registrada la primera dosis de la vacuna pentavalente y de polio, respectivamente, y 43,2% la vacuna triple viral de los 12 meses (anexo A, tabla 31). También se observa el tipo y dosis de vacunas, orden de nacimiento del niño, nivel educativo de la madre y lugar de residencia. Se aprecia que en los distritos de Huambalpa, Independencia y Saurama el 100% de los niños menores de 3 años cuentan con carné de vacunaciones; en Carhuanca, el 54,2% tiene inmunizaciones completas, mientras que en Huambalpa y en Accomarca la tienen 4,2% y 7,4%, respectivamente.

Como el esquema de vacunaciones se completa en los primeros meses de vida, la tabla 32 del anexo A muestra las dosis y tipo de vacuna según la edad del niño. Allí se observa que en el grupo de niños de 18 a 35 meses el 97% tiene carné de vacunaciones, el 46,3% cuenta con sus vacunas completas y el 13% no tiene ninguna vacuna. El 10% de madres entrevistadas refirieron que algunas vacunas de sus niños no fueron registradas en el carné de salud.

c. **Asistencia al CRED**

El 93,9% de los niños tienen carné de Crecimiento y Desarrollo (CRED). Además, el 95,9% ha asistido a los controles del CRED en los últimos 6 meses. En la mayoría de los casos (78%) el CRED fue realizado por una enfermera, y con menor frecuencia (23,6%) por una técnica de enfermería. Las madres más jóvenes, primerizas, con mayor nivel educativo, residentes en los distritos de Concepción y Huambalpa y en el área urbana, son las que más asisten al CRED. El 97,1% de los controles del CRED se han hecho en el Minsa y el 2,9% en EsSalud.

d. **Molestias respiratorias**

La tabla 33 del anexo A muestra que el 51,7% de los niños tenía alguna molestia respiratoria en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Ésta es una prevalencia muy alta comparada con el nivel nacional (16,4%) según ENDES 2011, y el 11,7% de Ayacucho. A pesar de que en nuestra encuesta los niños eran menores de 3 años, mientras que los de la ENDES

son menores de 5, esta diferencia es muy alta. Es probable también que la temporada de lluvias, época en que se realizó la encuesta, haya tenido cierta influencia. Los niños tenían más molestias respiratorias que las niñas, así como los hijos de madres con menor nivel educativo, y los residentes en Concepción, Vilcashuamán y el área rural. Asimismo, buscaron más atención del personal de salud las madres de niños varones, con edades mayores de 6 meses, del área rural, con menor nivel educativo y residentes en Concepción, Saurama y Vischongo.

e. Prevalencia de diarrea

El 15% de los niños tuvieron un episodio de diarrea en las dos últimas semanas antes de la encuesta (anexo A, tabla 34), cifra ligeramente superior al 12% de la región Ayacucho y al 13,9% nacional de la encuesta ENDES 2011 en niños menores de 5 años. La prevalencia es más alta en niños de 6-11 meses de edad, en varones (19,6%), en madres con secundaria y educación superior, en zonas urbanas y en los distritos de Vilcashuamán, Concepción, Saurama y Vischongo. El 7,7% de los niños presentaron diarrea con sangre, y ésta fue mayor en niños de 6-11 meses, hijos de madres con educación superior en Vilcashuamán y Vischongo.

f. Tratamiento de la diarrea

Para el tratamiento de los episodios de diarrea, 14,3% de las madres emplea sales rehidratantes, 76,3% otros líquidos y 63,9% leche materna. En todos los distritos –excepto Vischongo, Carhuanca y Saurama–, más de la mitad de las madres acuden a un proveedor de salud para la atención de sus hijos con diarrea.

En Accomarca y Huambalpa se reporta que 7,5% de las madres dieron a sus hijos antibióticos durante la diarrea; en este rubro, el mayor porcentaje se registró en los varones (10,9%) y en madres con educación superior (35%). Por el contrario, en los distritos de Carhuanca, Concepción, Saurama, Independencia y Vischongo no emplearon antibióticos. El uso de estos remedios es mayor en la zona urbana. Si se comparan estas cifras con las de diarrea con sangre que requieren el empleo de antibióticos, se constata un uso excesivo de antibióticos en algunas poblaciones.

Respecto del empleo de jarabes para la diarrea, se observó que 34% de las madres los usan, con mayor porcentaje en niñas de 12-23 meses y madres sin educación, en Vilcashuamán, Concepción, Saurama y en las zonas urbanas.

g. Alimentación durante la diarrea

El 64,7% de las madres suele ofrecer más líquido durante los episodios de diarrea, 20,7% ofrece la misma cantidad de líquidos, y 3,7% mucho menos o nada de líquidos. El 3,9% de las madres ofrece más alimentos, 14,8% la misma cantidad, y 47,2% mucho menos o nada. Esto último se observa más en las niñas, las madres de niños mayores de 12 meses con educación superior, residentes en Concepción, Huambalpa y Saurama.

h. Lavado de manos

En relación con el conocimiento de las madres sobre el lavado de manos, se aprecia que 22,7% de las madres de 25-29 años, de educación superior, separadas/divorciadas, residentes en Carhuanca, Huambalpa y Accomarca, son quienes mejor conocen los cuatro momentos de ese lavado. Durante el día se verificó esta práctica en diferentes momentos: antes de preparar la comida se lavan las manos el 75% de las madres con niños de 6-11 meses y el 69% de madres del grupo de 12-23 meses. Además, se observó que el lavado de manos antes de dar de comer alcanzó el 54,2% en las madres con niños entre 6-11 meses y el 42,3% entre las madres con niños de entre 12 y 23 meses (anexo A, tabla 35).

Menor porcentaje registra el lavado de manos después de cambiar el pañal: solo lo hicieron el 37,5% de las madres con niños de 6-11 meses y el 19,2% de aquellas con niños de 12-23 meses. Solo la mitad de las madres observadas se lavaron las manos luego de ir al baño, y lo mismo hicieron 42,3% de las del grupo de niños de 12-23 meses. Un detalle interesante de esta práctica es que, por lo general, solo usan agua.

i. Seguro de salud

Un 94% de las familias de los niños menores de 3 años cuenta con seguro de salud. De este grupo, el 96% corresponde al Seguro Integral de Salud.

j. Situación de la nutrición infantil

De acuerdo con el estudio “Desnutrición infantil y determinantes de la pobreza”, realizado el 2009 por el Consejo Regional de Lucha Contra la Pobreza y Desnutrición Infantil de Ayacucho, en la provincia de Vilcashuamán se muestran niveles de desnutrición crónica en menores de 36 meses que oscilan entre 45,7% y 18,8% según los distritos (anexo A, tabla 37). Son tres los distritos más afectados: Huambalpa, Saurama y Carhuanca. Con respecto al ámbito provincial, en el 2009 se calculó que la prevalencia era de 30,6%, mientras que una nueva estimación realizada en el 2011 estableció un 31,5%.

Los indicadores de desnutrición de los niños menores de 3 años se muestran en la tabla 37 del anexo A: 31,5% de los niños de la provincia menores de 3 años tienen una talla menor de -2 desviaciones estándar (DE) de la población de referencia. Apreciamos que, a los 6 meses, el 12,3% de los niños tiene una talla corta y que esta prevalencia se incrementa con la edad, de tal manera que es mayor de 40% en niños entre 2 y 3 años de edad. La desnutrición crónica alcanza 12,8 puntos porcentuales y es mayor en niños que en niñas, en hijos de mujeres sin educación o con educación primaria.

La desnutrición aguda (peso/talla) en la provincia es 4,0%, más elevada en niños entre 1-2 años de edad, hijos de madres con educación superior, y en varones del distrito de Huambalpa. La desnutrición global (peso/edad) en niños menores de 3 años en la provincia es 12%, mayor en niños varones a partir del primer año y en hijos de madres sin educación y con educación superior, en Huambalpa y Accomarca.

7.3 ALIMENTACIÓN INFANTIL

La alimentación del niño en los dos primeros años es fundamental para asegurar un buen estado nutricional y un crecimiento y desarrollo saludables. Como la velocidad de crecimiento se incrementa en esta etapa de la vida, lo mismo ocurre con las necesidades nutricionales del niño. Es importante, pues, conocer los niveles de consumo y adecuación nutricional para estar en condiciones de ofrecer las recomendaciones de alimentación necesarias en el contexto de la realidad local.

a. Lactancia materna

La leche materna es un alimento de altísimo valor, que contiene todos los nutrientes que el niño y la niña necesitan durante sus primeros 6 meses de vida; además, protege su salud, favorece y fortalece el vínculo con la madre y permite un mejor desarrollo emocional para el bebé. Por ello, se recomienda la lactancia materna exclusiva en esta edad. El 99,2% de las madres ha amamantado a su hijo alguna vez, sin diferencias por sexo o nivel educativo (anexo A, tabla 38). El 84% ha iniciado la lactancia dentro de la primera hora después del parto, y el 93,4% en el primer día después del parto. Las madres que iniciaron tempranamente la lactancia fueron las que dieron a luz en Establecimientos de Salud, de educación primaria y de los distritos de Saurama, Huambalpa, Concepción y Vischongo.

La tabla 39 del anexo A muestra la situación de la lactancia materna y la ingesta de otros alimentos según edad: 96,5% de los menores de 4 meses

lacta exclusivamente, pero esta cifra disminuye al 86% en los niños de 4 a 5 meses de edad. Entre los 6 y 9 meses, el 6,8% de niños todavía recibe lactancia materna exclusiva, a pesar de que a esta edad ya debe empezar a comer sólidos. El 93,6% inició la alimentación complementaria entre los 6-9 meses de edad, y un 6,4% recibió alimentación complementaria entre los 4-6 meses. Entre los 12 y 17 meses de edad el 7,6% ya no lacta, y entre los de 18 a 23 meses el 19% no recibe lactancia materna, aunque las normas recomiendan continuarla en este periodo.

b. Frecuencia de la lactancia

La frecuencia promedio con que el niño lacta es 4,5 veces en el día y 3,1 veces en la noche. Lactan más veces las niñas, seguidas de los niños de madres con educación primaria y secundaria. Por distritos, las madres de Concepción, Huambalpa y Saurama son las que dan de lactar con mayor frecuencia a sus hijos e hijas (anexo A, tabla 40).

c. Alimentos líquidos y sólidos consumidos por el niño

En los menores de 4 meses hay un gran porcentaje de lactancia materna exclusiva; solo un 7,5% consume líquidos (anexo A, tabla 41). A partir del cuarto mes empiezan a consumir frutas, cereales, otras leches y otros líquidos que disminuyen la frecuencia de la lactancia materna exclusiva, de tal manera que al sexto mes más de la mitad consumen otras leches u otros líquidos. Todos los niños menores de 9 meses recibieron lactancia materna. Al año de edad, la mayoría de niños ingieren alimentos de diferentes grupos.

d. Alimentos consumidos en las últimas 24 horas

El 86,5% de los niños consumieron alimentos distintos a la leche materna. En bebés de 6-23 meses, los más frecuentes fueron maíz y cebada. Un alto porcentaje (aproximadamente 60%) ha consumido lácteos y pescados y/u otras carnes. También se observa un alto consumo de otros alimentos: papa, verduras, frutas, queso y harina de trigo fortificada (anexo A, tabla 42).

e. Consumo de hierro y micronutrientes

El porcentaje de niños que consume hierro y micronutrientes, en jarabe y en polvo, es 79,1% (anexo A, tabla 43). De esta proporción, 98,7% corresponde al suplemento en polvo conocido como "chispitas": el 15% no consumió las chispitas en la semana anterior a la encuesta, un 31,7% las consumió día por medio y el resto entre 1 y 6 días durante la semana.

Solo un 2% de los niños recibieron jarabe de hierro en la última semana previa al sondeo. El promedio de dosis de chispitas consumidas en la última semana fue de 3 sobres, y 4 en el caso de los jarabes. El 71% de los niños recibió papillas fortificadas de los programas sociales (Pronaa), pero 31,5% no las consumió, mientras 25% lo hizo diariamente.

f. Resultados del estudio de consumo alimentario en una submuestra de niños de 6 a 23 meses

A continuación se presentan los resultados de consumo con base en las observaciones realizadas en una submuestra de niños del estudio (n = 50), con edades que fluctúan entre los 6 y los 23 meses. La anemia por insuficiencia de hierro es un serio problema en el Perú, y se debe a su bajo consumo y/o biodisponibilidad, así como al requerimiento elevado en la población infantil menor de 3 años y en las mujeres de edad fértil (18).

El hierro contenido en los alimentos se presenta como hierro hemínico (Fe-Hem) en las carnes, o como hierro no hemínico (Fe-No Hem) en los alimentos de origen vegetal, sales minerales y otros de origen animal, como la leche y los huevos.⁵² El hierro hemínico es una fuente importante de hierro dietético absorbido más eficientemente que el hierro no hemínico. Su absorción oscila entre 5% y 35%, mientras que la del hierro no hemínico puede variar entre el 2% y 20%, dependiendo del estado de hierro del individuo y de la presencia de inhibidores y promotores de su absorción en la dieta.⁵³

Durante la alimentación complementaria el alimento de origen animal es sin duda de especial importancia, sobre todo las carnes rojas y las vísceras como el hígado, el bazo, la sangrecita, el riñón y el bofe, por ser fuentes de hierro (Fe-Hem) y de zinc, nutrientes por lo general escasos en la dieta que se brinda a los niños pequeños (anexo A, tabla 44).

La tabla 45 resume las fuentes de hierro hemínico en las recetas preparadas en los hogares de los niños participantes del estudio y en el porcentaje de los niños que llegaron a consumir por lo menos 1 g de estos alimentos. Podemos destacar que solo en el 48% de los casos la receta preparada contenía algún alimento con Fe-Hem; de

éstos, apenas el 32% alcanzaba a consumir este alimento, porcentaje que se distribuye en forma muy similar según grupo de edad.

Otro grupo de alimentos presente en la dieta infantil son las verduras. Aunque se reporta una extensa lista, se las puede considerar en dos formas de uso: como ingrediente y como condimento. Así, entre los ingredientes están la acelga, el apio, los berros, la col, las hojas de nabo, el yuyo, el zapallo, la calabaza, el sauco y la zanahoria; mientras que los utilizados como condimentos fueron el ají, el ajo, la cebolla china y cabezona, el tomate, el culantro, la hierba buena, el huacatay, la chicchimpa y el perejil.

La zanahoria, el zapallo, las hojas de nabo y el apio destacan por su frecuencia de uso en las preparaciones ofrecidas a los niños. Otros elementos utilizados para dar sabor a las comidas y que no dejan de tener importancia son los sazónadores, como sal yodada, aji-no-moto, orégano, canela, entre otros.

Los niños pequeños son un grupo de atención prioritaria en el país. La provincia de Vilcashuamán cuenta con diversos programas alimentarios dirigidos a este grupo de edad que buscan complementar su ingesta y contribuir con su nutrición. En efecto, el 41,7% de los niños de 6-11 meses de edad consumen alimentos entregados por los programas alimentarios del Estado; pero, a diferencia de lo que ocurre con las frutas y alimentos de origen animal reportados anteriormente (en los que a mayor edad mayor porcentaje de niños que reciben comidas con estos alimentos), solo el 23% de los niños de 12-23 meses han recibido raciones con estos alimentos de los programas sociales. Los productos recibidos fueron: hojuela de cereal azucarada precocida, entregada por el Programa del Vaso de Leche; mezcla fortificada de cereales y leguminosas del subprograma escolar Mindes-Pronaa, y papilla del programa PIN Pronaa (anexo A, tabla 46). Es preciso anotar que solamente en un caso se reportó la chispita como parte de la alimentación de estos niños.

Cuando les son ofrecidos, los alimentos con alto contenido de azúcar suelen ser preferidos por los niños. Considerando que estos alimentos no contribuyen a la buena alimentación, y que el aprendizaje y la adopción de los hábitos alimentarios se producen durante los primeros años de vida, es importante conocer si los dulces y las bebidas artificiales son parte de la alimentación de los niños en esta zona.

Para los fines de esta encuesta se incluyó en la categoría “dulces” el consumo de caramelos, chicles, chocolates y bocaditos del tipo chizitos, chips, entre otros. Como refrescos artificiales se consideraron

52 | GAITÁN, Diego, Manuel OLIVARES, Miguel ARREDONDO y A. F. PIZARRO: “Biodisponibilidad de hierro en humanos”. *Revista Chilena de Nutrición*, vol. 33, n.º 2, 2006.

53 | O'DONNELL, A., F. VITERI y E. CARMUEGA: *Deficiencia de hierro: Desnutrición oculta en América Latina*. Buenos Aires: CESNI, 1997.

las gaseosas, los refrescos en polvo y los líquidos envasados. Los resultados muestran que a los niños de 6-11 meses no se les ofrecieron ninguno de estos productos, lo que resulta positivo. A partir del primer año (en el grupo entre los 12 y 23 meses), se observa que 23% recibieron algún dulce y también alguna bebida artificial envasada, según muestra la tabla 47 del anexo A.

g. Preparaciones ofrecidas

Una característica importante en la alimentación de los niños pequeños es el tipo de preparaciones que se les brindan, y la manera en que se utilizan los alimentos para dárselos de comer. La comida ofrecida a niños de entre 6 y 23 meses de edad de la provincia de Vilcashuamán proviene básicamente de la olla familiar que consume toda la familia. Una de las preparaciones características del país, con recetas muy populares en todas las regiones pero sobre todo en el área rural, es la sopa. Vilcashuamán no escapa de esta tradición. La sopa es una preparación líquida compuesta por ingredientes variados que se cocinan en el caldo. Su consistencia y su nombre varían en función de la cantidad de líquido: a más caldo, menor cantidad de ingredientes. Así, tenemos los caldos de gallina y de cabeza. Algo más espesas son las sopas de morón, de maíz y de fideos. Finalmente encontramos las llamadas cremas: de arvejas, de zapallo, de cebolla, pero en todas se mantiene su característica común: líquidas o semilíquidas.

Las sopas pueden llevar alimentos nutritivos, pero su contenido de agua hace que éstos se diluyan y tengan bajas concentraciones de energía y de nutrientes.⁵⁴ Para que el personal pudiera calificar *in situ* la consistencia de las sopas ofrecidas a los niños del estudio –independientemente de si las llamaban caldo, sopa o crema–, se observó siempre el plato servido al niño, no la preparación de la olla en general, pues pudiera suceder que se cocina una sopa de consistencia normal para servir al niño lo más espeso, o viceversa. De tal manera, el calificativo corresponde a lo que se ofreció en el plato del niño. Igualmente, se hizo una estandarización para calificar el puré aguado y espeso.

La tabla 48 del anexo A presenta una lista del tipo de preparaciones que se ofrecen durante el desayuno. Destacan las sopas de consistencia normal o muy líquida, las preparaciones bebibles a base de cereales con leche, el pan, la galleta y los alimentos donados por los programas alimentarios como la hojuela de cereal azucarada precocida, la mezcla fortificada de cereales y leguminosas y la papilla del programa PIN-Pronaa. Los alimentos donados se utilizan por lo general en preparaciones bebibles con leche, incluyendo la papilla, que, como su nombre lo dice, debería corresponder a una preparación espesa (tipo puré o mazamorra) y se da como agua de papilla. Se percibe también una preferencia en el uso de estos alimentos, sobre todo en niños menores de un año.

Las preparaciones sólidas, ideales para los niños de esta edad, no son muy frecuentes: un segundo (12%), huevo cocido (18%), habas sancochadas (8%), junto con los purés que prácticamente no se reportan, y las mazamoras que no tuvieron presencia durante el desayuno, constatación que merece una reflexión con respecto a lo más apropiado para este momento del día.

Las comidas ofrecidas a los niños durante el almuerzo se detallan en la tabla 49 del anexo A. Destacan los segundos como una de las preparaciones que el 52,2% de los niños recibió en este momento del día: a 46 de un total de 50 se les dio un almuerzo sin diferencia por los grupos de edad.

Entre los segundos, las recetas con guisos fueron las más frecuentes: de legumbres, de leguminosas, de verduras o con algún tipo de carne; estofados, picantes, purés, locros, tacu-tacu, cau-cau, chanfainita, tallarines, entre otros, lo que indica que se conoce de preparaciones de este tipo. Nuevamente se presentan las sopas de consistencia normal, ofrecidas durante el almuerzo (33,3%), sobre todo en el grupo de 12-23 meses de edad. Siguen en la lista los alimentos sancochados a base de cereal, tubérculos o leguminosas, ofrecidos al 15,2% de los niños que alcanzaron a recibir almuerzo; estos alimentos son de especial trascendencia, pues resultan prácticos para llevar a la chacra. Durante el almuerzo los niños también consumen frutas, aunque en un pequeño porcentaje.

El almuerzo es una comida que suele compartirse a partir del medio día, justamente en horarios en los que gran parte de la población se encuentra trabajando en el campo, lo que podría ser un impedimento para poder disfrutar de un almuerzo como corresponde, especialmente a los niños pequeños, ya que la mayoría de madres acostumbra

54 | WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Complementary Feeding: Family Foods for Breastfed Children*. Génova: WHO/NHD/00.1; WHO/FCH/CAH/00.6, 2000.

llevarlos fuera de casa cuando están trabajando. Puesto que se trata de una población con alto riesgo de desnutrición, es necesario considerar opciones para que el niño no pierda esta comida principal.

La tercera comida principal es la cena –que, al igual que el almuerzo, no es necesariamente ofrecida a los niños–, probablemente porque se prepara al final de la tarde, y, dependiendo del tiempo invertido en su preparación, el niño pudiera no permanecer despierto para consumirla. De los 50 niños, 35 alcanzaron a recibirla, es decir, el 70% del total (anexo A, tabla 50). En la cena se repiten las sopas de consistencia normal (40% de los niños tuvo oportunidad de contar con esta comida). Los segundos siguen en la lista con un 22,9% de niños que cenaron. También se ofrecieron alimentos lácteos, básicamente la leche, al 17,1%; no faltaron las infusiones a base de hierbas de la región, ni las mazamoras preparadas sin leche (11,4%). Esta comida resulta ser una de las más deficientes, además de que no todos los niños la reciben. El tipo de preparaciones ofrecidas no estaría contribuyendo necesariamente al mejor aporte nutricional en la alimentación de estos niños. Es importante destacar que la designación de comida como desayuno, almuerzo, cena o entrecomida se registró siempre considerando el parecer de la madre para los diferentes eventos alimenticios.

Todos los alimentos que el niño o niña recibió fuera del horario de las comidas principales y que no fueron catalogados como tales se registraron como “entrecomidas”. Dada la capacidad gástrica de los niños de esta edad, este momento es importante para completar los requerimientos nutricionales del día. La consistencia diluida genera, sin embargo, un serio problema para que efectivamente pueda ser así. La energía es uno de los componentes más difíciles de cubrir, junto con el hierro;⁵⁵ ofrecer alimentos con más energía entre las comidas principales es una buena forma de contribuir a completar las necesidades energéticas, como lo es también brindar alimentos que provean otros nutrientes. Las comidas adicionales, sin embargo, no reemplazan a las principales.

Casi todos los niños evaluados (96%) llegaron a recibir algo entre las comidas. Los alimentos predominantes en esos momentos fueron las

frutas, sobre todo en el grupo de 12-23 meses de edad. En segundo lugar encontramos los productos de panadería (pan, galletas), seguidos de los alimentos sancochados (cereal, papa y habas) y, finalmente, de lácteos como la leche, el queso y, en un solo caso, el yogurt (anexo A, tabla 51).

Aunque se lo prepara para ese momento, el segundo es otra comida ofrecida a un 20,8% de los niños, generalmente como parte de una de las comidas principales o el resto que sobró de su comida anterior. Las infusiones también se ofrecen entre las comidas: manzanilla, muña, hierba luisa, *paico*, *wawillay*, cocoa y café en un solo caso. Los alimentos de los programas sociales, que pudieran gozar de mayor aceptación debido a su rápida preparación, también fueron ofrecidos al 16,7% del total de niños, sobre todo a los más pequeños.

h. Frecuencia de consumo de alimentos en niños de 6 a 23 meses

Tan importante como contar con una alimentación variada en los primeros años de vida es la frecuencia con la que los niños reciben alimentos a lo largo del día. La OMS recomienda que la alimentación complementaria para los niños entre 6 y 8 meses de edad comprenda 2 a 3 comidas por día, que se incrementarán conforme aumente la edad; así, los niños de entre 9 y 11 meses deberán recibir entre 3 y 4 comidas al día; lo mismo para los niños entre los 12 y 23 meses de edad, incluyendo 1-2 entrecomidas nutritivas cada día.⁵⁶

Hay que precisar que el aporte nutricional dependerá del número de comidas que se brinden al niño o niña de esta edad, de la consistencia de la preparación y de la cantidad consumida. La frecuencia de la alimentación y la densidad de energía de estos alimentos guardan relación con la cantidad de energía que los niños consumen.⁵⁷

En el Perú, los lineamientos de alimentación infantil establecen 2 comidas al día a partir de los 6 meses, para continuar con 3 comidas diarias entre los 7 y 8 meses. Conforme el niño crece, deberá recibir un refrigerio –además de las 3 comidas principales– entre los 9 y 11 meses. Por último, se recomienda que entre los 12 y 24 meses reciba 3 comidas principales y 2 refrigerios, además de continuar con la lactancia materna.⁵⁸

55 | WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Infant and Young Child Feeding Counseling: An Integrated Course. Participant's Manual*. Génova: WHO, 2006.

56 | *Idem*.

57 | WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge*. Génova: WHO/NUT/98.1, 1998.

58 | MINSA/CENAN/INS: “Lineamientos de nutrición infantil”. Resolución Ministerial N.º 126-2004/MINSA. Lima, 2004.

La tabla 52 del anexo A describe la frecuencia con la que los niños de la provincia de Vilcashuamán reciben los alimentos complementarios. Entre los 6 y 11 meses consumen de 2 a 4 comidas diarias, conforme a los lineamientos establecidos para este grupo de edad. Sin embargo, los niños comprendidos entre los 12 y 23 meses están comiendo entre 3 y 4 veces al día, cuando en realidad deberían ser 5.

Aunque la frecuencia con la que se brinda alimentos a los niños está muy cerca de lo establecido, no es éste el único criterio que se ha de tener en cuenta: también dependerá del tipo de preparación que recibe en cada comida, de su densidad y de la cantidad que se le da. Diecisiete niños (de un total de 50) no consumen el número de comidas señaladas en los lineamientos del Minsa (anexo A, tabla 53).

La comida de los niños se distribuye durante el día en desayuno, almuerzo y cena, además de las entrecomidas. La primera comida del día la reciben todos los niños, el almuerzo un poco más del 90%, y la cena disminuye a un 75% de los niños entre los 6 y 11 meses y a un 65,4% entre los de 12 a 23 meses de edad. Hay que recordar que la definición de las comidas principales estuvo sujeta a lo que las madres señalaban cuando ofrecieron los alimentos a los niños en los diferentes tiempos de comida (anexo A, tabla 54).

En relación con los alimentos ofrecidos y que no fueron considerados como una comida principal, se halló que el 91,7% de los niños entre los 6 y 11 meses de edad reciben alguna entrecomida, mientras que el total de los niños de 12 a 23 meses de edad vienen consumiendo alguna preparación o alimento durante la entrecomida.

En general, los niños toman el desayuno. En cuanto al almuerzo, un 8% no consumió esa comida como tal el día de la visita; un 30% no recibió cena, y un 4% no tomó entrecomida durante el día. Al parecer, el momento más descuidado en la alimentación de los niños sería la hora de la cena. Aunque es posible que muchos niños estén recibiendo algún alimento o preparación a esta hora, la madre no lo califica como una cena propiamente dicha.

Los resultados evidencian un déficit en la frecuencia de consumo de alimentos en los niños a partir de los 7 meses, hecho que se hace más evidente al año de edad. El desayuno fue una constante en todos los casos, y, por lo general, también alguna entrecomida.

Aunque los niños de 12 a 23 meses de edad parecen ser los que menos comidas reciben en el día, el número aceptable de comidas para los niños de la zona indica que no se está cumpliendo con las recomendaciones.

i. Práctica de lactancia materna continua

La alimentación óptima del recién nacido se inicia con la lactancia, que protege a los niños contra las infecciones y reduce la mortalidad, beneficia su desarrollo intelectual y motor, lo protege del posterior riesgo de enfermedad crónica y contribuye con la salud materna.⁵⁹ Una recomendación mundial de salud pública⁶⁰ es que durante los 6 primeros meses de vida solo se dé a los niños leche materna, para asegurar el crecimiento, el desarrollo y una óptima salud. Cumplidos los 6 meses se debe incorporar la alimentación complementaria y continuar con lactancia materna hasta los 2 años de edad o más.

Según la ENDES 2011,⁶¹ el Perú reporta como duración mediana de la lactancia materna 21 meses a escala nacional, y 23,1 meses para la región Ayacucho. En Vilcashuamán se encontró que el total de niños del estudio entre los 6 y 11 meses de edad continuaba tomando leche materna. Solo en un caso del grupo de entre 12 y 23 meses de edad una madre comentó que hacía unos meses que le había dejado de dar leche materna a su niño (tabla 55 del anexo A).

El promedio y frecuencia de los momentos de lactancia que se reporta en la ENDES 2011⁶² es de 4,7 veces en el día y 7,2 en la noche. Para fines de este estudio, el registro se hizo el día anterior a través de la observación directa en el hogar de casi todos los niños, puesto que el personal permaneció en las casas registrando el consumo de los alimentos. La lactancia nocturna se tomó en el marco de la encuesta de recordatorio de consumo de alimentos de 24 horas, y se registró a primera hora del día siguiente.

En la tabla 56 del anexo A se reporta el número de veces que lactaron los niños en el día y en la noche. Durante el día (6 a.m. a 6 p.m.) los niños de entre 6 y 8 meses lactaron 10 veces, los que tienen entre 9 y 11 meses 8 veces, y los de 12 a 23 meses 10 veces, con lo que se obtuvo un promedio de 9 sesiones de lactancia durante el día. La lactancia nocturna registra un menor número de veces: así, el grupo

59 LEÓN-CAVA N., ROSS, J. LUTTER CH. y L. MARTIN L.: *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia*. Washington, D. C.: OPS, 2002.

60 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estrategia mundial de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS, 2003.

61 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011)*, op. cit.

62 *Idem*.

de 6 a 8 meses lacta 5 veces; y los de 9 a 11 meses y 12 a 23 meses, 4 veces. Los eventos se registraron cada vez que la madre ofreció el pecho y el bebé reaccionó succionando. Los juegos o ademanes de estar lactando no se consideraron en el registro.

j. Niveles de consumo de energía y nutrientes de los alimentos complementarios

La nutrición es uno de los determinantes primordiales del estado de salud. Las prácticas adecuadas de cuidado del niño en los primeros años son decisivas para que alcance un buen crecimiento, un apropiado desarrollo físico y mental y sienta las bases de una vida sana y productiva en la edad adulta (a partir de los 24 años). La medición de la ingesta nutricional es básica en este periodo de vida para determinar si la alimentación ofrecida cubre las necesidades de energía y nutrientes e identificar las posibles deficiencias.

En este estudio se combinó el pesado directo de los alimentos (método prospectivo) con el recordatorio de consumo de alimentos de 24 horas (método retrospectivo). La aceptación y las facilidades concedidas en los hogares seleccionados permitió que la mayor parte de la información se pudiese tomar a través del pesado directo de alimentos, método que asegura una mayor exactitud y precisión de los datos.

Otro componente importante para evaluar la ingesta de nutrientes es el uso de tablas de composición de alimentos. En este caso se contó con la tabla de composición del Instituto de Investigación Nutricional (IIN), que contiene información de la tabla peruana de composición de alimentos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y la provista por otras tablas —sobre todo para micronutrientes—, que no cuentan con los datos de aquella, además de análisis propios, lo que garantiza el cálculo de los diversos nutrientes de los alimentos consumidos por la población estudiada.

La valoración de la ingesta también requiere el uso de referencias sobre los requerimientos nutricionales de energía, proteínas, vitaminas y minerales, para establecer los puntos de corte de las comparaciones. En este análisis se han utilizado las referencias internacionales vigentes para estas estimaciones (12-16). Los niños evaluados en este estudio están comprendidos entre los 6 y 23 meses, cuando se inicia la alimentación complementaria; esto quiere decir que la estimación de la energía y los nutrientes requeridos de los alimentos complementarios debe tomar en cuenta la situación de lactancia materna de este grupo. No se cuenta con información del volumen de leche materna

que consumen estos niños. Por ello este análisis considera dos niveles de ingesta de leche materna: un consumo promedio y un consumo bajo.^{63, 64}

Aunque el volumen de leche materna consumido disminuye con la introducción de los alimentos complementarios, ella continúa siendo una fuente importante de nutrientes para los infantes; sin embargo, no existen evidencias del consumo real de leche materna en niños de poblaciones rurales del país, por lo que el análisis contempla estos dos escenarios para su comparación.

La distribución de los macronutrientes de la alimentación complementaria de los niños de entre 6 y 23 meses de edad se muestra en los gráficos 19, 20 y 21, calculados con el aporte promedio de carbohidrato, proteína, grasa y energía, registrados para cada grupo de edad. Los rangos de distribución adecuados de macronutrientes (AMDR) se han establecido para niños a partir del año de edad.⁶⁵ OPS/OMS⁶⁶ establece el porcentaje de energía a partir de los alimentos complementarios que se debe proporcionar en forma de grasa según grupo de edad y nivel de ingesta de leche materna. Por tanto, los comentarios sobre distribución de macronutrientes se referirán al aporte de grasa en la alimentación.

Los resultados evidencian una proporción de calorías provenientes de las grasas de 15%, 34% y 21% para los niños de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 12 a 23 meses de edad respectivamente, valores que se ubican en rangos aceptables considerando un consumo de lactancia promedio, que recomiendan 0-34%, 5-38% y 17-42% para cada grupo de edad; mientras que los consumos de leche materna baja estarían por debajo del límite recomendado para los niños de 6 a 8 meses y 12 a 23 meses de edad, cuyos rangos adecuados van de 19-42% para el primer grupo de edad y de 28-44% para los mayores de un año.

En este estudio, la fuente principal de grasa en la alimentación complementaria es el aceite que se usó para aderezar las comidas. También proviene de las carnes (en cantidades mínimas), cuando

63 WHO/UNICEF: *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge*. Ginebra: World Health Organization, WHO/NUT/98.1, 1998.

64 DEWEY, K. G. y K. H. BROWN: "Update on Technical Issues Concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs". *Food Nutr Bull*, 24(1): 5-28.

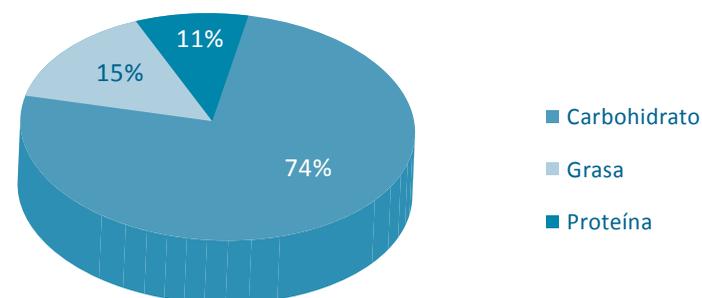
65 DIETARY DRI REFERENCE INTAKES: *The Essential Guide to Nutrient Requirements*. OTTEN, J., J. PITZI HELWIG y L. MEYERS (editores). Washington, D. C.: Institute of Medicine of the National Academics, 2006

66 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington, D. C.: OPS/OMS, 2003.

tuvieron oportunidad de consumirlas, aunque también les ofrecen el pellejo del chancho, además de las leches evaporadas. No se observó la práctica de agregar aceite o mantequilla a la comida de los niños.

Gráfico 19

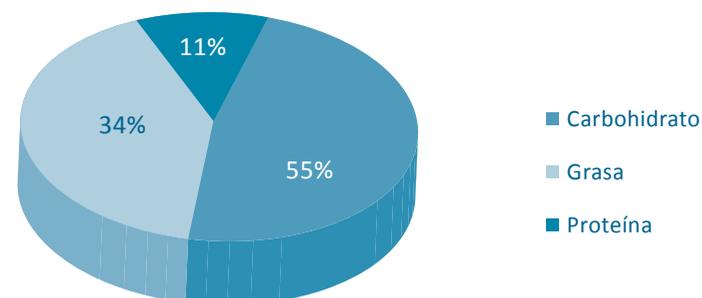
Provincia de Vilcashuamán: Distribución de macronutrientes de los alimentos complementarios de los niños de 6 a 8 meses de edad



Fuente: Línea de base del Programa Sumaq Kawsay. Fundación Acción Contra el Hambre, 2011

Gráfico 20

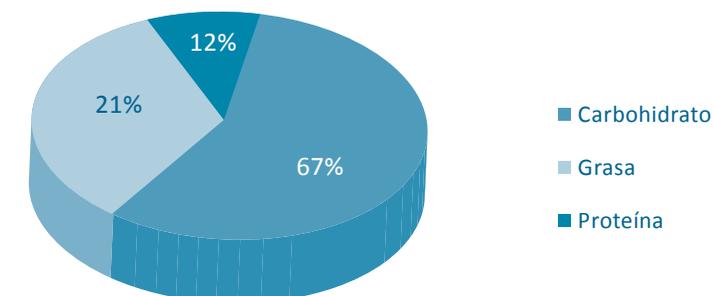
Provincia de Vilcashuamán: Distribución de macronutrientes de los alimentos complementarios de los niños de 9 a 11 meses de edad



Fuente: Línea de base del Programa Sumaq Kawsay. Fundación Acción Contra el Hambre, 2011

Gráfico 21

Provincia de Vilcashuamán: Distribución de macronutrientes de los alimentos complementarios de los niños de 12 a 23 meses de edad



Fuente: Línea de base del Programa Sumaq Kawsay. Fundación Acción Contra el Hambre, 2011

La grasa provee ácidos grasos esenciales, permite la absorción de las vitaminas liposolubles y contribuye a lograr una mejor densidad energética de las comidas, por lo que se las considera importantes en la alimentación de los niños pequeños.

En la tabla 57 del anexo A se especifica el promedio de ingesta de energía, macronutrientes, vitaminas y minerales aportados por los alimentos complementarios, y en el gráfico 22 se presenta el porcentaje de niños que no llega a cubrir los requerimientos de energía y nutrientes según los estándares de referencia y nivel de ingesta de leche materna. Este análisis se basa en la comparación individual del consumo versus su requerimiento establecido según el grupo etario. No se usan los promedios de ingesta. En energía se aprecia que el 62% de los niños no alcanza a cubrir sus necesidades cuando su ingesta de leche materna es considerada como media. Este valor se incrementa cuando el consumo de leche materna es bajo, y alcanza hasta un 94% de niños que no llegan a cubrir este requerimiento, cifra preocupante por tratarse de una población infantil. Cuando la ingesta de energía es baja, el cuerpo se adapta reduciendo la actividad física y disminuyendo la velocidad del crecimiento, lo que conduce a una pérdida de peso que trae serias consecuencias para su salud y calidad de vida futura.

Durante este periodo de edad, las fuentes de energía son los alimentos consumidos a lo largo del día y la ingesta de leche materna. Sin embargo, no es suficiente ofrecer alimentos variados si éstos no se preparan con una

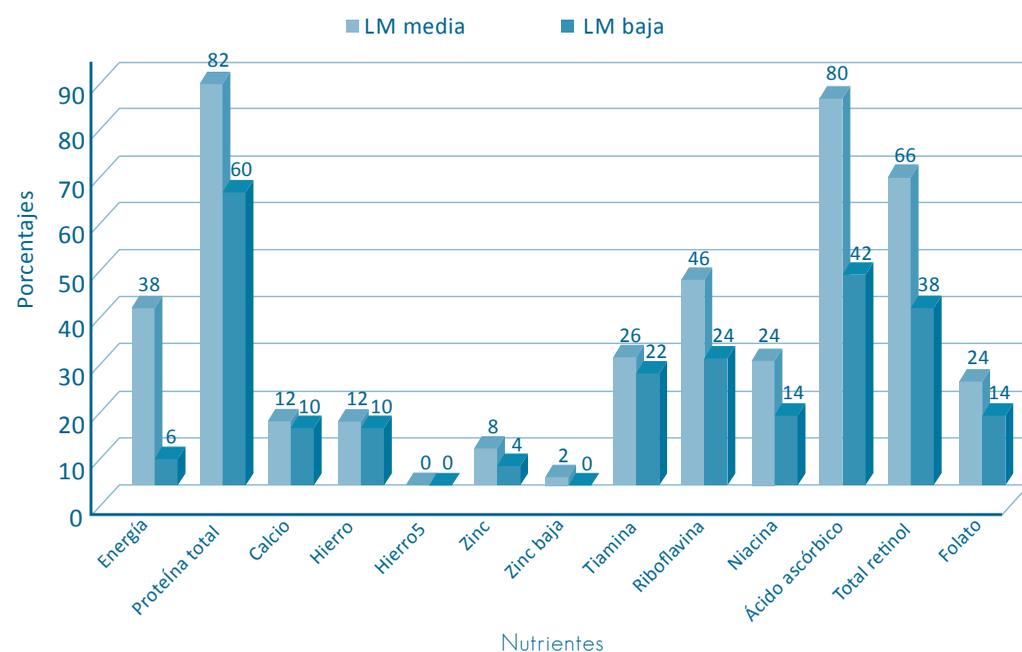
consistencia adecuada, si la cantidad que se consume es muy reducida, y si las veces que se los brinda es limitada. Debemos resaltar que este estudio se llevó a cabo durante el periodo de lluvias, cuando probablemente hubo una mayor escasez de alimentos en la zona.

En Vilcashuamán se ha observado que más de la mitad de los niños recibe 4 ó más comidas al día, pero no todos llegan a consumir un almuerzo ni una cena, lo que indica que estarían ingiriendo más alimentos entre comidas que comidas principales. Entre las preparaciones que han predominado se encuentran, además, las sopas, los bebibles, los segundos, el pan y los alimentos sancochados, pero todo indica que la porción que se consume no es suficiente, según se muestra en los niveles de ingesta de energía y nutrientes.

El número de veces que un niño de este grupo de edad debe recibir alimentos para cubrir sus necesidades energéticas dependerá de la densidad energética y de la cantidad que consume en cada comida. Papillas, purés, segundos, mazamoras con leche y alimentos sólidos son ideales, porque aportan densidades a partir de 0,8 Kcal/g.

Gráfico 22

Provincia de Vilcashuamán: Porcentaje de niños que cubren las necesidades de energía y nutrientes de 6 a 23 meses según nivel de ingesta de leche materna



En relación con la proteína, encontramos que un 18% y un 40% de los niños con lactancia media y baja, respectivamente, no alcanzan a cumplir con las recomendaciones de este nutriente. Un componente esencial para la función y estructura de todas las células del cuerpo está constituido por las proteínas. Las células necesitan renovarse de tiempo en tiempo, y para ello es indispensable el aporte de este componente. Aunque el consumo de proteínas de los niños del estudio pareciera estar mejor que su consumo energético, es importante precisar que si los carbohidratos y la grasa de la alimentación no pueden proveer una cantidad adecuada de energía, es la proteína la que se utiliza para suministrarla, quedando menos proteína disponible para el crecimiento, la reposición celular y otras necesidades metabólicas.⁶⁷ Tratándose de un grupo que está en etapa de crecimiento, resulta de especial importancia asegurar un buen aporte de energía y proteínas.

Un 33% del total de la proteína consumida por los bebés de entre 6 y 11 meses de edad del estudio proviene de fuentes de origen animal, porcentaje muy similar al del grupo de niños mayores de un año (35%). Merece destacarse que los alimentos de origen animal constituyen una importante fuente de micronutrientes.

Con respecto a los alimentos de origen animal que llegaron a consumir durante el estudio, no podemos afirmar que se brindan en la frecuencia y cantidad adecuadas.

Respecto de las vitaminas, se ha analizado el consumo de un grupo del complejo B, como tiamina, riboflavina, niacina y folato, así como también el aporte de vitamina C y de vitamina A. La tiamina o vitamina B1 se reporta con el 74% y 78% de inadecuación para ingestas de leche materna promedio y leche materna baja, respectivamente. Esta cifra resulta muy alta, considerando que esta vitamina cumple un rol esencial en el suministro de energía a los tejidos, actuando como una coenzima en el metabolismo de los carbohidratos y de los aminoácidos de cadena ramificada.

Ya que la tiamina no se almacena en el cuerpo, es la ingesta habitual de alimentos ricos en esta vitamina lo que permitirá cubrir el requerimiento diario. Los alimentos con mayor contribución de tiamina son los granos enteros y los productos derivados de éstos, el germen de trigo, las vísceras, las carnes magras, las leguminosas y los alimentos fortificados.

67 | LATHAM, Michael C.: "Nutrición humana en el mundo en desarrollo". Colección FAO: Alimentación y nutrición n.º 29. Roma: FAO, 2002

En la zona de estudio se ha reportado el uso de granos como el maíz, el trigo, la quinua, la cebada y las arvejas. Los niños tendrían además otras fuentes, como la papilla y la mezcla fortificada de cereales y leguminosas, pero la realidad es que las cantidades consumidas y la frecuencia no estarían siendo suficientes.

La riboflavina o vitamina B2 se presenta con una inadecuación de 54% con lactancia media, incrementándose cuando se compara con los requerimientos para una ingesta baja de leche materna hasta 76%. Esta vitamina es crucial para la producción de energía: participa en el metabolismo de las proteínas y de otras vitaminas como el ácido fólico y la vitamina K, con lo que ayuda a preservar la salud de la piel.

Los alimentos que habrían contribuido con el aporte de esta vitamina en la alimentación de los niños fueron el huevo, los productos lácteos –sobre todo la leche y el queso–, las carnes, los frijoles y los alimentos fortificados.

La situación de la niacina también muestra una gran brecha por cubrir. Un 76% de niños con ingesta promedio de leche materna no llegaría a completar su aporte diario, mientras que con ingestas de leche materna baja, un 86% tendría inadecuación para esta vitamina. Al igual que la tiamina y la riboflavina, los requerimientos de niacina están asociados con el gasto energético, con una participación en diversas reacciones biológicas, además de la síntesis de ácidos grasos.

Las principales fuentes de niacina entre los productos de origen animal son las carnes y el pescado. En Vilcashuamán se encontraron preparaciones a base de carnero, aunque su consumo fue inadecuado. Otros alimentos que habrían aportado niacina a la alimentación de los niños serían las leguminosas y los alimentos enriquecidos de los programas alimentarios del Estado.

El folato es otra vitamina que ha cobrado importancia en la nutrición humana. Pudimos observar que la alimentación de los niños durante el periodo evaluado tampoco los ha favorecido en este sentido, pues se reportan 80% y 88% de niños que no alcanzaron las recomendaciones de folato para ingestas de leche materna media y baja, respectivamente. El hígado es una buena fuente de folato, no obstante lo cual su consumo se presentó en casos muy específicos. Otra fuente disponible en la zona son las hojas de color verde oscuro, las leguminosas y los productos fortificados que brindan los programas sociales. Debemos advertir que la ingesta inadecuada y prolongada de folato tiene como consecuencia la anemia macrocítica.

La vitamina C (ácido ascórbico) se muestra como uno de los nutrientes que más presencia tuvo en la alimentación de los niños, por lo menos

cuando se compara sobre la base de ingestas de leche materna media. Un 20% de los niños no alcanzó a cubrir este requerimiento, proporción que se incrementa a un poco más de la mitad (58%) para ingestas de leche materna bajas. Es importante resaltar el efecto promotor de la vitamina C en la absorción de hierro, siendo de gran significancia en las poblaciones cuyo hierro dietético proviene principalmente de fuentes vegetales.

La ingesta de vitamina A recomendada fue alcanzada por las tres cuartas partes de los niños del estudio, considerando un consumo promedio de leche materna. Pero el 58% tuvo una ingesta inapropiada si se la compara con un consumo bajo de leche materna. Es muy probable que gran parte del aporte de estas vitaminas provenga de las frutas y de algunas verduras ofrecidas a los niños a lo largo del día. Aunque los alimentos de origen animal –como el hígado– son fuentes muy ricas en vitamina A, su consumo fue escaso durante el estudio.

Entre los minerales que se analizaron están el calcio, el hierro y el zinc, esenciales para la vida y la salud. En las evaluaciones de consumo de alimentos normalmente el calcio se presenta como uno de los nutrientes difíciles de alcanzar. En este estudio la situación no es diferente, ya que se han reportado ingestas inadecuadas de calcio en el 88% y 90% de los niños con consumos de leche materna media y baja, respectivamente. Las principales fuentes de este mineral se encuentran en los productos lácteos, y aunque la leche y el queso son alimentos que se reportan entre las preparaciones ofrecidas a los niños, no alcanzan a proporcionar lo suficiente.

Los hallazgos de este estudio indican que el consumo de alimentos de origen animal, fuentes de hierro hemínico, alcanzaron al 32% de los niños. La ingesta de estos alimentos en el grupo de 6 a 11 meses de edad tuvo una mediana de 7,5 g, mientras que para los mayores de un año fue de 13 g, que proceden esencialmente de carnes de gallina, carnero y cerdo. Con esta consideración, y contando con que el uso de estos alimentos no se da en forma habitual, el análisis tomó en consideración las recomendaciones por niveles de hierro biodisponible de 10% y 5%.

Los porcentajes de inadecuación para hierro con ingestas media y baja son bastante críticos. Para hierro dietario, con 10% de biodisponibilidad, se halló que el 88% y el 90% de los niños tienen ingestas inadecuadas para este mineral. Comparado con hierro dietario de 5% de biodisponibilidad, el 100% de los niños presenta un consumo inadecuado. Es de conocimiento general que la deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional, asociada también a alteraciones del sistema inmunológico y al bajo rendimiento escolar. Ésta es una situación alarmante respecto de la cual hay que tomar medidas.

El zinc es otro elemento vital en el crecimiento y desarrollo, y, como el hierro, su biodisponibilidad está condicionada a los componentes de la dieta, siendo las de mayor biodisponibilidad las dietas con contenido de carnes, hígado, huevo y mariscos. Por tanto, en este análisis se han considerado dos categorías para comparar su ingesta: con niveles de biodisponibilidad moderada y baja. Para este mineral, las inadecuaciones se presentan con un 92% y 96% para ingestas de leche materna media y baja, con zinc dietario de moderada biodisponibilidad, y 98% y 100% de inadecuación con el nivel de biodisponibilidad baja para ingestas de leche materna media y baja, respectivamente.

Otro elemento de análisis que se presenta para evaluar los nutrientes de los alimentos complementarios de los niños de estos grupos de edad es la densidad de nutrientes.^{68,69,70} En la tabla 58 del anexo A se muestran las densidades de nutrientes de los alimentos complementarios según nivel de ingesta de leche materna bajo. Se debe tener en cuenta que estos cálculos se han trabajado con los promedios de ingesta para cada nutriente, y así se ha notado, para calcio, hierro y zinc, densidades por debajo de las recomendadas según el nivel de ingesta de leche materna bajo.

Estos hallazgos, que revelan la situación de la alimentación de los niños de entre 6 y 23 meses de edad en la provincia de Vilcashuamán, señalan claramente las deficiencias reales de seguridad alimentaria encontradas en el periodo de estudio.

INDICADORES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL DE LA OMS

I. Lactancia materna exclusiva de menores de 6 meses

Las tablas 59 y 60 del anexo A muestran la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en niños menores de 6 meses. Como se observa en la primera de esas tablas, al inicio la LME es bastante buena (96%), y se mantiene así hasta el tercer mes, pero al cuarto disminuye al 66,7%.

68 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-PROPAN: *Proceso para la promoción de la alimentación del niño*. Washington, D. C.: OPS, 2004.

69 WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF: *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge*. Génova: WHO/NUT/98.1, 1998.

70 *Idem*.

II. Mínima diversidad de la dieta

En la tabla 61 del anexo A aparece la mínima diversidad de la dieta de niños. Según la encuesta de consumo y observación en el hogar, el 100% de los niños de 18-23 meses tiene una mínima diversidad de la dieta, y entre los niños menores de un año ese porcentaje es de 75%.

III. Frecuencia mínima de comidas sólidas

En la tabla 62 del anexo A se puede apreciar la frecuencia mínima de alimentos sólidos ingeridos por niños amamantados. El 58% de los niños menores de un año consumen una frecuencia mínima de comidas sólidas, mientras que en el caso de los niños mayores de 18 meses lo hace el 100%.

IV. Dieta mínima aceptable

La tabla 63 del anexo A muestra la dieta mínima aceptable de los niños. Se observa que el 100% de los niños mayores de 18 meses tienen una dieta mínima aceptable, mientras solo la mitad de los niños menores de un año (54%) la tienen.

V. Consumo de alimentos ricos en hierro

La tabla 64 del anexo A muestra el consumo de alimentos ricos en hierro. Ninguno de los grupos etarios alcanza el 100%; es más: a diferencia de los otros indicadores, en éste solo un tercio de los niños mayores de 18 meses consume estos alimentos, y de los niños menores de un año lo hace el 46%.

VI. Diversidad alimentaria mínima

En las tablas 65 y 66 del anexo A se puede ver la diversidad alimentaria mínima de los niños de 6-23 meses de edad según la encuesta de consumo y la encuesta general respectivamente. Ambas reportan porcentajes similares de diversidad alimentaria mínima (consumen 4 ó más grupos de alimentos).

k. Prácticas de cuidado del niño en el hogar

Otro aspecto evaluado mediante observación directa en el hogar fue el referente al comportamiento de la madre al momento de alimentar al niño, la práctica del lavado de manos y su interacción con el infante.

En la tabla 67 del anexo A podemos observar que una práctica poco usada por las madres en el grupo de 6 a 11 meses es el lavado de manos del niño al momento de comer. Solo el 33,3% lava las manos al niño en algún momento del día, mientras que en el grupo de 12 a 23 meses este porcentaje aumenta a 57,7%. Esta práctica es muy importante, ya que a esta edad los episodios de enfermedades diarreicas son recurrentes, lo que se puede prevenir con un adecuado lavado de manos.

El 79,2% de madres del grupo de 6-11 meses y el 69,2% de las del grupo de 12-23 meses le sirve la comida primero al niño; práctica interesante, porque deja ver que la madre privilegia al niño quizá porque lo considera más pequeño, o para que se enfríe la comida, o porque considera que es la hora a la que debe comer, etcétera. El 100% y 96,2% de madres de los grupos de 6-11 meses y de 12-24 meses, respectivamente, sirven la comida al niño en plato propio. Esto indica que el niño es percibido como un miembro más de la familia, y que no comparte la comida con la madre o cuidadora. Más del 90% de los niños come cerca de sus madres, práctica muy importante sobre todo para que la madre o cuidadora pueda estar atenta y ver si el niño la consume toda o bota una parte, si desea más comida, si se atora, etcétera.

Comer con otros miembros de la familia es una práctica importante para los niños pequeños, debido a que esta interacción motiva y estimula su proceso de aprendizaje para comer. El 79,2% y el 69,2% de madres con niños de 6-11 meses y de 12-23 meses, respectivamente, realiza esta práctica.

Preparar una comida especialmente para el niño no es algo que se observó en la población estudiada, pero sí se notó que algunos alimentos se ofrecieron únicamente al pequeño –por lo general huevo, pero también sucedió con la leche, la fruta y, muy específicamente, el hígado–.

La práctica de no dar al niño el alimento o las preparaciones que come el resto de la familia se observó en el 66,7% y el 53,8% de las madres con niños de 6-11 meses y de 12-23 meses respectivamente, tal vez porque consideran que la comida de los

adultos no es adecuada para el niño. Entre los alimentos que no se ofrecieron se encuentran el mote, el charqui, la carne de cerdo, la cancha tostada y las bebidas gaseosas.

La práctica de animar verbalmente al niño para que coma la realiza el 91,7% de las madres con niños de 6-11 meses y el 96,2% de las madres con niños de 12-23 meses (anexo A, tabla 68). Los gestos o juegos como forma de animación solo son utilizados por algo más de la mitad de las madres observadas: 54,2% de los niños de 6-11 meses y 53,8% de las de niños de 11-23 meses. Ésta podría ser una práctica que se debe reforzar.

Hemos observado que al niño no se le obliga a comer, al menos en el grupo de 6-11 meses. Solo 2 madres con niños de 12-23 meses forzaron al niño a comer, quizá porque estaban siendo observadas o porque realmente estaban muy preocupadas de que sus hijos comieran todo. Esta práctica podría ser trabajada para que desistan de este comportamiento.

Ofrecer más comida al niño no es frecuente: lo hizo solo el 16,7% de madres con niños de 6-11 meses y el 26,9% de madres con niños de 11-23 meses. Todas las madres observadas en ambos grupos prestan atención a sus niños durante el tiempo de las comidas, lo que revela la preocupación de las madres por sus hijos.

La totalidad de las prácticas observadas responden a lo que se considera alimentación responsiva, un componente importante de la alimentación de los niños pequeños, dado que contribuye a una adecuada nutrición y desarrollo. La OMS/OPS recomienda que la alimentación sea responsiva, es decir, que atienda las acciones y señales del niño. Como parte de los principios de la práctica de la alimentación responsiva o interactiva se considera:

- Alimentar a los niños pequeños y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus señales de hambre y satisfacción.
- Alimentar despacio, pacientemente y alentando sin forzar; si los niños rechazan varios alimentos, se debe experimentar con otras combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.

- Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor.
- Hablar y mantener el contacto visual con los niños.^{71,72}

De las prácticas de alimentación responsiva o interactiva, dos deberían ser trabajadas con las madres: ofrecer más comida al niño y motivarlo a comer con gestos o juegos.

Cuidado del niño

Con respecto a las prácticas de cuidado del niño, en la tabla 69 del anexo A se observa que elogian a sus niños el 70,8% de las madres cuyos hijos tienen entre 6 y 11 meses, y el 61,5% de aquéllas que tienen niños de entre 12 y 23 meses, con lo que alcanza un promedio de 66% de madres observadas que realizan esta práctica.

El uso de palabras cariñosas se detectó en el 79,2% de madres con niños del grupo de 6-11 meses y en el 80,8% de madres del grupo de 12-23 meses. El porcentaje de quienes cantan a la hora de darles de comer es el 29,2% en madres con niños de 6-11 meses y el 19% de las del grupo de 12-23 meses. Hay que señalar que el hecho de ser observadas puede inhibirlas de cantar.

Realizar caricias al niño es practicado por el 83,3% de las madres con niños de 6-11 meses y por el 80,8% de aquéllas del grupo de niños de 12-23 meses. Abrazar al niño, a su vez, es una costumbre ejercida por el 91,7% de madres con niños de 6-11 meses y el 73,1% de madres del grupo de 12-23 meses. Besan al niño al momento en que ingiere sus alimentos el 70,8% de madres del grupo de niños de 6-11 meses y el 73,1% de las del grupo de 12-23 meses.

Los resultados de todos estos comportamientos son parte del desarrollo infantil temprano; de ahí que sea de vital importancia reforzarlos sostenidamente. Los niños crecen y aprenden más rápidamente cuando reciben atención, afecto y estímulos, además de una buena nutrición y un adecuado cuidado de su salud. Alentar a los niños a observar y expresarse por su cuenta, a jugar y explorar, los ayuda en su aprendizaje y en su desarrollo social, físico e intelectual.⁷³

71 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington, D. C.: OPS/OMS, 2003.

72 WORD HEALTH ORGANIZATION: *Guiding Principles for Feeding Non-Breastfed Children 6-24 Months of Age*. Washington, D. C.: WHO, 2005.

73 *Idem*.

8. SITUACIÓN SOCIOCULTURAL

8.1 IMPACTO DEL MODO DE VIDA AGRÍCOLA EN LA SITUACIÓN NUTRICIONAL

El modo de vida agrícola define la situación alimenticia de la familia, así como la rutina y el estilo de vida de los niños. Dentro del sistema de producción para el autoconsumo imperante en la zona rural, la disponibilidad de alimentos está fuertemente vinculada al calendario agrícola, con una época de variedad seguida de una de comida abundante pero monótona y de los meses de escasez o "época crítica".

La atención que se brinda a los niños también varía mucho con las estaciones, ya que las madres tienen que priorizar su trabajo de campo, intenso durante la siembra y la cosecha. El piso ecológico determina en gran parte el tipo de actividad agropecuaria de la familia, y define, así, la rutina diaria del trabajo, que tiene muchas implicaciones para el cuidado infantil. Con el ganado, por ejemplo, es común que la madre pase el día entero fuera de casa. Las madres están acostumbradas a pasar largas horas en el campo sin mucha comida, ni siquiera para sus hijos e hijas, en el caso de que las acompañen. La producción para venta es muy escasa, y la cantidad de comida comprada, poca. Aun con el trueque, que persiste en ciertas regiones y da cierta diversidad a la comida, en general lo que la comunidad produce se ve limitado por su situación climática y de acceso a riego. La falta de proteína animal es generalizada, y la población comenta que la escasez de carne no existía en el pasado. También hablan de una falta de lluvia año tras año, menos pasto, animales delgados y menos cosecha para autoconsumo, lo que, en general, crea una situación más precaria. Los animales representan "ahorros" y cubren gastos específicos; comerlos es un lujo al alcance de muy pocas familias.

8.2 "COMER BIEN" Y ALIMENTACIÓN INFANTIL

Se encuentra un fuerte orgullo de la calidad de sus productos, de la comida y de la producción natural versus la química: una visión muy positiva de la calidad de producción del pasado. Su concepto de "comer bien" tiene que ver con un buen consumo de carne, e incluye sus platos tradicionales. Solo se "come bien" durante las fiestas; el resto del tiempo se come para llenarse. En algunos casos los investigadores estaban preocupados al notar la falta de apetito de los niños; el lamento de la madre, que ya no sabía qué darles, pues la monotonía hace que no se aprecie la comida como algo

para disfrutar. Es interesante apreciar que las madres jóvenes que han tenido más contacto con la vida fuera de la comunidad muestran más prácticas de estimulación y más atención a una comida infantil variada.

8.3 VIOLENCIA FAMILIAR

Los niveles de violencia y alcoholismo han bajado en comparación con el periodo del conflicto armado interno; sin embargo, hay secuelas que persisten como una presencia dominante, con un impacto destructivo sobre la alimentación y el cuidado infantil. Se ha observado que los niños que viven con miedo a su padre no comen tranquilamente, y una madre ha contado cómo ella y sus hijos tenían que esconderse para evitar el abuso. Nuestro corto estudio nos deja la impresión de que el abuso de alcohol es algo que afecta a muchas familias, haciendo difíciles las condiciones de cuidado infantil.

8.4 NUEVAS INFLUENCIAS

La población cree que estar menos aislados ha traído como consecuencia nuevos gastos y, como resultado, menos consumo de carne. La llegada de la carretera y la electricidad ha introducido el gasto de luz y televisión. Existe una fuerte migración temporal, incremento de medios de comunicación y mayores vínculos con la ciudad que influyen en los gustos y hábitos. También los mensajes institucionales, los mismos medios de comunicación y el sistema educativo han tenido un impacto en las relaciones de género e intergeneracionales (esto ha cambiado en parte debido a la violencia sociopolítica), lo que ha contribuido a la fuerte prioridad que se otorga ahora a la educación. Muchas familias nombran “la educación” como su gasto más significativo. En general, la población caracteriza su vida como “sufrimiento”, y su visión del futuro tiene que ver con tener un hijo o hija profesional que sepa aprovechar las oportunidades que se encuentran fuera de su comunidad. Los mayores informan que los jóvenes y las jóvenes están poco preparados o interesados en aprovechar el conocimiento tradicional.

La generación de mujeres jóvenes está comenzando su vida familiar en un contexto más abierto; cuenta con más educación formal, y hay jóvenes esposos que por lo menos tienen un discurso de igualdad entre varones y mujeres, aunque no siempre lo pongan en práctica. El conocimiento del concepto “derechos de la niñez” es generalizado: hasta los abuelos han oído que ya no se puede pegar a los niños y las mujeres.

8.5 RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS DEL ESTADO

El sistema educativo cumple un gran papel en la vida comunal. El Sistema de Salud y el Programa Juntos también influyen mucho en la situación de las familias; aun así, es difícil oír algo positivo sobre la relación entre las mujeres y los Puestos de Salud, o con Juntos, ya que todos los comentarios tienen que ver con la obligación de ir tan lejos cargando a sus niños (tanto para reuniones como para recibir atención médica), el maltrato y la horrible experiencia de dar a luz en el hospital. Sin embargo, varios agradecen al Centro, que les ha enseñado a “cuidarse”. Es extraordinario cómo en una sola generación se ha modificado el hábito de tener una docena de hijos, y la percepción de este hecho como algo de lo que hay que sentirse orgullosos y no avergonzados. Aquí es de relevar la utilidad del Programa Juntos y la relación con los Centros de Salud, ya que un claro beneficio de ello ha sido el nuevo liderazgo de las mujeres y su participación pública. La relación con los Establecimientos de Salud parece depender mucho de la personalidad específica de los empleados y empleadas de dichos establecimientos. En lo que concierne a Juntos, la existencia del Programa ha dado lugar a más compra de pescado, pollo y otros alimentos. A la vez, las mujeres han aprendido mucho en las sesiones nutricionales, al punto que algunas ya vinculan la alimentación balanceada con la inteligencia. En algunos casos, tener un bebé de buen peso y talla se ve como fuente de orgullo para la madre.

8.6 ORGANIZACIÓN COMUNAL

En general, las Juntas Directivas y las organizaciones formales de la comunidad no tienen ni la capacidad ni la autoridad para movilizar a la gente, incluyendo el buen uso de recursos naturales, o para tratar aspectos relativos a la nutrición infantil, debido a conflictos o al debilitamiento por falta de interés o confianza de la propia población. Un caso notablemente diferente existe en Ocopa, modelo de organización, trabajo comunal y reciprocidad entre familias. Según el equipo local, su tradición de participación política, su nivel de educación, la baja población y las influencias externas positivas han incidido en su buena organización. Sin embargo, en Ocopa no hay ninguna mujer en la Junta Directiva. En las otras comunidades estudiadas hay mujeres con un papel en la Junta, pero sin mayor poder de decisión. En parte, las comunidades establecen un vínculo entre la alta migración laboral por estacionalidad y el fracaso de la organización comunal. Otros aluden al revanchismo, la envidia o el monopolio de muchos recursos en manos de pocos.



||| A Modo de Conclusiones y Recomendaciones



Los datos de alta prevalencia de desnutrición crónica infantil encontrados en el diagnóstico de la provincia de Vilcashuamán están por encima de los valores hallados a escala nacional (encuesta ENDES 2011) y que se mantienen iguales desde el 2008. También se ha descubierto una inusual y elevada prevalencia de desnutrición aguda y desnutrición global.

Ante esta situación, quedan en evidencia las limitaciones de las Municipalidades para afrontar una gestión eficiente de los recursos del Estado destinados a mejorar la situación nutricional infantil. A ello se suma la vulnerabilidad de la seguridad alimentaria de las familias, con un bajo consumo de alimentos de origen animal o de alto valor biológico, que se agudiza durante los meses de diciembre, enero, febrero y agosto.

Otros determinantes de la desnutrición crónica infantil presentes en la provincia son el deterioro de los sistemas de agua potable, que, a pesar de su alta cobertura, no aseguran un suministro de agua apta para consumo humano, además de las prácticas inadecuadas de higiene y manipulación de alimentos y la escasa calidad de la vivienda (casi todas cuentan con piso de tierra y en ellas se crían animales). Todo esto condiciona la alta prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en los niños menores de 3 años. Asimismo, la desnutrición hace a los niños más vulnerables a las infecciones diarreicas y respiratorias y la recuperación se hace más lenta, perpetuándose de esta manera el círculo vicioso malnutrición-infecciones-malnutrición.

La asistencia de los niños y sus madres a los servicios de salud es casi universal, como consecuencia de la condicionalidad establecida a los beneficiarios del Programa Juntos; sin embargo, no se ha mejorado la calidad de la atención, por la débil incorporación de los aspectos socioculturales locales, las dificultades en la organización y la gestión integral de los servicios, la deficiente capacitación del personal de salud, el precario equipamiento de los Establecimientos de Salud, la carencia de personal y el desabastecimiento de medicamentos.

Entre los determinantes de la desnutrición crónica infantil están también las malas prácticas de alimentación descritas en el capítulo de consumo. Casi todos los niños evaluados menores de 3 años tienen un consumo inadecuado de energía y nutrientes, que no alcanzan las recomendaciones nutricionales requeridas para sostener la alta velocidad de crecimiento y desarrollo en este periodo de edad. A diferencia de otros grupos poblacionales, en este caso se ha encontrado una alta inadecuación de energía, vitaminas y minerales, así como de proteínas, en la dieta de estos niños.

Ante este contexto, se plantean un conjunto de conclusiones y recomendaciones para cada uno de los determinantes analizados.

1. CONCLUSIONES

1.1 EN GOBERNABILIDAD LOCAL

- a. Los Planes de Desarrollo Concertado son importantes herramientas que orientan la gestión de las Municipalidades para el desarrollo de sus localidades. Sin embargo, solo la mitad de ellas cuentan con este instrumento, y las que lo tienen no lo emplean para su gestión. Por ello, las acciones que se ejecutan no responden a una visión de desarrollo integral y de largo plazo.
- b. Las estructuras organizativas de las Municipalidades son complejas, y no corresponden a su capacidad operativa (municipalidades pequeñas), sus Planes de Desarrollo Concertado y su contexto rural.
- c. Las Municipalidades han emitido 57 ordenanzas municipales entre el 2007 y el 2010, de las cuales 11% están relacionadas con mejorar la salud y nutrición; pero no se han realizado acciones para su implementación.

- d. Los trabajadores municipales no se perciben como actores estatales; para ellos el Estado se encuentra en Lima, y consideran que el éxito de la gestión municipal se mide por la ejecución de obras de infraestructura. Percepciones que limitan su involucramiento y responsabilidad en el desarrollo local.
- e. El Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal, que el Ministerio de Economía y Finanzas impulsa, viene siendo implementado en todas las Municipalidades de la provincia de Vilcashuamán, pero con limitada eficiencia.
- f. Se cuenta con espacios de concertación y coordinación distritales y provinciales, con el liderazgo de las Municipalidades; sin embargo, su funcionamiento es irregular: reuniones esporádicas, débil participación institucional y comunal y sin reconocimiento formal.

1.2 EN SEGURIDAD ALIMENTARIA

- a. La actividad agrícola local es de autoconsumo y subsistencia; y se desarrolla en parcelas con extensiones pequeñas (87,7% de las unidades productivas de 1 Ha o menos). A su vez, la actividad pecuaria complementa a la agrícola, y no tiene un carácter comercial sino más bien de ahorro o consumo.
- b. Las familias aplican estrategias de producción, comercialización, conservación de productos, venta de fuerza laboral y de redes de ayuda para alcanzar su seguridad alimentaria y contar con los recursos suficientes para cubrir sus necesidades. Estas redes son usadas en función de las características propias de cada familia, pero resultan insuficientes.
- c. El trabajo asalariado y la migración son practicados por el 43,8% de las familias para complementar sus ingresos, y los realiza sobre todo el esposo y durante todo el año. Esto ocasiona que la mujer quede a cargo de las actividades del hogar, y se produce así una recarga de actividades que puede estar afectando el cuidado de los hijos menores de 3 años.
- d. Los meses de diciembre, enero, febrero y agosto son los de mayor déficit de alimentos en el hogar, con lo que se convierten en periodos de mayor inseguridad alimentaria en las familias de la provincia de Vilcashuamán.

- e. El consumo de alimentos de origen animal o de alto valor biológico es bajo; apenas en tres productos el consumo está por encima de tres veces al día: huevos, queso y leche. De ahí que el consumo de proteína animal es deficitario. Aunque no se debe perder de vista que el estudio se realizó en periodo de lluvia, lo que desencadena un incremento del forraje natural para el ganado, no se ha visualizado un aumento del consumo de carnes, debido a que en los periodos de saca (matar animales) no llueve, lo que podría influir en su consumo.
- f. La ingesta de micronutrientes (vitaminas y minerales) provenientes de frutas y verduras es limitada. Solo la manzana y la tuna (esta última en época de cosecha) tienen un consumo promedio mayor de dos días por semana. En el caso de las hortalizas destaca el consumo de cebolla y zanahoria, producto, este último, muy importante por su contenido de vitamina A.

1.3 EN AGUA Y SANEAMIENTO

.....

- a. Se cuenta con una alta cobertura de infraestructura de sistemas de agua potable; sin embargo, resulta difícil evitar el deterioro continuo de los sistemas y mejorar la cloración del agua para consumo humano.
- b. Las Municipalidades carecen de un enfoque integral en saneamiento básico.
- c. Si bien se cuenta con algunas JASS en las comunidades, éstas se dedican al manejo de los sistemas de agua pero no participan en la vigilancia del uso adecuado de las letrinas y en la promoción de prácticas de higiene y salud. Asimismo, ni las Municipalidades ni los Establecimientos de Salud realizan acciones de acompañamiento técnico.

1.4 EN LA SITUACIÓN DE LA SALUD Y LA NUTRICIÓN

.....

En el ámbito de los servicios de salud

- a. Se incrementó la utilización de los servicios de salud como consecuencia de la condicionalidad establecida a los beneficiarios del Programa Juntos; sin embargo, no se ha mejorado la calidad de la atención, por la débil incorporación de los aspectos socioculturales locales, la deficiente capacitación del personal de salud, el pobre equipamiento de los Establecimientos de Salud, la falta de personal de salud y el deficiente abastecimiento de medicamentos.
- b. Se reconoce la importancia de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS) para promover la participación comunitaria en esta área; sin embargo, está ausente el fortalecimiento de la gestión de los Establecimientos de Salud (los CLAS) y la expansión de este modelo de gestión a los demás EESS de la provincia.
- c. Se identificaron dificultades en la organización y la gestión integral de los servicios de salud para el trabajo intra- y extramural. Estos aspectos debilitan la implementación de la atención integral. Es preciso destacar, además, que existe un significativo avance en el ordenamiento de las áreas de Admisión a través del archivo de historias familiares.
- d. Se reconoce la importancia de trabajar con los Agentes Comunitarios de Salud; sin embargo, los avances son limitados y han comprendido solo acciones específicas, y no se han fortalecido sus roles y funciones para un trabajo articulado entre la comunidad y los servicios de salud.
- e. Se aprecian limitados avances en la implementación de acciones que fortalezcan la organización comunal, la vigilancia de la nutrición y la salud, así como la promoción de la salud para el cambio de comportamiento.
- f. Se identificó falta de equipamiento y suministro de materiales en los Establecimientos de Salud para desarrollar las acciones comunitarias orientadas a mejorar la nutrición y la salud.

En la población

- a. La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 3 años residentes en la provincia de Vilcashuamán es del 31,5%; y ella es mayor en los hijos de mujeres con menor nivel educativo (primaria o menos) y en niños varones. La desnutrición aguda en menores de 3 años es de 4,0%, y la global, 12%. Estas cifras son más elevadas que el promedio nacional.
- b. La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es 85,9%, y los niveles de consumo de la mayoría de los niños de 6-23 meses no alcanzan las recomendaciones de energía, hierro, zinc, calcio, tiamina y niacina.
- c. Los niños menores de 3 años de Vilcashuamán tenían, en las dos semanas previas a la encuesta, una prevalencia de 15,9% de diarrea y 57% de molestias respiratorias, cifras que están por encima de los promedios nacionales. Esta carga de enfermedad los hace más vulnerables a la desnutrición.

1.5 EN LOS ASPECTOS SOCIOCULTURALES

- a. La desnutrición infantil no se debe solo a la falta de conocimiento, sino que es también consecuencia de no poner en práctica los consejos nutricionales ya conocidos, debido en parte a los retos del modo de vida agrícola, que se hacen más evidentes en los momentos de escasez de alimentos. Estos hechos nos permiten apreciar suficientemente la necesidad de invertir tiempo y recursos específicos en la alimentación y el cuidado infantil.
- b. La organización comunal tiene un impacto importante en el manejo de los recursos en las comunidades. En general, la organización es débil y fragmentada, no obstante se la acepta como autoridad. Solo algunas están organizadas y reconocidas. Las organizaciones de base a veces existen solo en el papel, y no tienen mucha autoridad. La presencia de mujeres en las OSB (salvo en el Vaso de Leche y Juntos) es escasa y simbólica.
- c. Se han dado rápidos cambios culturales a partir del acercamiento a la realidad urbana que la guerra aceleró. Uno de esos cambios concierne a los hábitos de alimentación, aunque prevalece fuertemente la valoración de lo "natural" ligado a sus atributos saludables (lo mismo que convertir a sus hijos en profesionales urbanos).

2. RECOMENDACIONES

2.1 PARA LA GOBERNABILIDAD LOCAL

- a. Las ocho Municipalidades deben contar con Planes de Desarrollo Concertado actualizados de manera participativa, legalmente aprobados, masivamente difundidos y concertadamente implementados, que incorporen objetivos orientados a la disminución de su DCI.
- b. Es preciso impulsar la organización de las Municipalidades para responder al cumplimiento de los Planes de Desarrollo Concertado.
- c. Urge promover la emisión de Ordenanzas Municipales con sus respectivos Reglamentos, para disminuir la DCI, y difundirlos a todos los actores sociales, con énfasis en las Comisiones de Trabajo de las Mesas de Concertación.
- d. Resulta necesario fortalecer las capacidades municipales para mejorar la eficiencia del gasto de los "incentivos municipales" y otras fuentes de financiamiento orientadas a la disminución de la DCI, con la participación de las instituciones públicas y privadas y de la comunidad en la identificación de los problemas, la búsqueda de alternativas de solución, y en la implementación de las acciones de los proyectos.
- e. Hay que promover e institucionalizar la participación ciudadana y fortalecer el capital social a través de la constitución o reactivación formal de las Mesas de Concertación y otros espacios de coordinación distrital y provincial, en el marco de la Estrategia de Intervención Articulada de Lucha Contra la Pobreza y la Desnutrición Infantil/ Crecer-Wari, tomando en cuenta experiencias locales en el trabajo multisectorial.

2.2 PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

- a. Urge incorporar infraestructura de riego que permita mantener una producción en época de sequía y, de esta manera, optimizar las pequeñas extensiones de suelo de las familias. De la misma manera, es clave la incorporación de tecnologías productivas como la fertilización, la selección de cultivos, los fitotoldos, la siembra escalonada, los cercos vivos, entre otros, para la producción intensiva de cultivos que complementen la dieta alimentaria de las familias en forma permanente.

- b. Es necesario incorporar en las familias tecnología productiva que incluya los conocimientos y habilidades locales, a partir de procesos de capacitación e instalación en temas como:
- Abonamiento y promoción de abonos orgánicos de bajo costo (biol, jairo).
 - Introducción de procesos de selección y mejora de las semillas.
 - Sistemas de siembra de cultivos asociados para hacer un uso intensivo del suelo.
 - Variedades de cultivo con mejores características de producción, resistencia y valor nutritivo (papas nativas biofortificadas).
 - Estrategias de crianza de ganado ovino con mejores ventajas de producción de carne y lana, acordes con las características locales.
- c. Es preciso fomentar las técnicas de conservación y almacenamiento artesanales, y promover técnicas eficientes.
- d. Hay que desarrollar un plan de mejora de capacidades de los productores, que contemple la implementación de un sistema de apoyo entre el sector Agricultura, las Municipalidades y los productores locales, para la mejora de la producción y el acceso a mercados.
- e. A partir de los procesos de capacitación, sería recomendable fomentar las bondades nutricionales de la producción en comparación con los productos externos, con la finalidad de disminuir la dependencia de éstos.
- f. Es preciso incorporar en los programas de ayuda alimentaria el criterio de estacionalidad de la producción y disponibilidad de alimentos de las familias, de tal manera que permitan reforzar el contenido proteico de su dieta alimenticia en los periodos de escasez de alimentos.
- g. Por lo observado, el desarrollo de las estrategias para abordar la seguridad alimentaria no debe diferenciar los espacios rurales y urbanos.
- h. Por otro lado, se debe promover el desarrollo de sistemas agropastoriles para la crianza de animales mayores; en el caso de los animales menores (gallinas y cuyes), habría que tecnificar su crianza por ser una fuente de proteína para la alimentación familiar.

- i. Urge fomentar el uso de biohuertos para la producción de hortalizas principalmente, ya que su producción y consumo permitirá diversificar la ingesta de alimentos y, en el caso de las hortalizas, contribuirá a un incremento del aporte de vitaminas y minerales.

2.3 PARA EL AGUA Y SANEAMIENTO

- a. Se recomienda impulsar la constitución de Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento (JAAS) en el ámbito comunal para el manejo y sostenibilidad de los sistemas de agua existentes; las primeras acciones de las JAAS serían la cloración del recurso hídrico y el mantenimiento de los sistemas de agua.
- b. Hay que desarrollar las capacidades de las Municipalidades para la gestión planificada del saneamiento integral en su territorio, así como integrarlas con los diferentes actores involucrados en el saneamiento de los distritos, a través de las instancias de concertación local, para abordar la educación sanitaria de las familias, orientada a fortalecer hábitos adecuados de salud e higiene acordes con su realidad local.
- c. Resulta necesario fortalecer las capacidades de las JASS para atender el saneamiento integral de sus comunidades (manejo de excretas y residuos sólidos, y promoción de los hábitos de higiene y salud), así como en el tratamiento del agua que asegure su calidad para el consumo humano, con énfasis en los distritos de Vilcashuamán, Vischongo e Independencia, que tienen la mayor cantidad de pobladores. Y establecer un sistema de información de la calidad del agua y del saneamiento que haga posible una provisión adecuada y continúa del cloro hacia las JASS. Por otro lado, las JAAS, junto con el sector Salud, deben promover prácticas y actitudes que mejoren la higiene y la salud.

2.4 PARA LA SITUACIÓN DE LA SALUD Y LA NUTRICIÓN

En los servicios de salud

- a. Urge fortalecer la integración de los servicios de salud con las comunidades y las instituciones públicas y privadas; para ello es preciso insertarse en los espacios de concertación y los mecanismos de participación ciudadana para una acción conjunta que promueva la disminución de la desnutrición crónica infantil.

- b. Es necesario potenciar la cogestión de los servicios de salud y la comunidad en los CS CLAS Vilcashuamán y CS CLAS Vischongo, para mejorar la participación comunitaria y orientarla a la disminución de la desnutrición crónica infantil y establecer un modelo de trabajo para la provincia y la región.
- c. Hay que fortalecer las capacidades del personal de salud y del equipo de gestión para la organización del servicio de salud de la Micro Red de Vilcashuamán, sobre la base de un análisis de necesidades de capacitación e incorporando el contexto sociocultural.
- d. Urge implementar acciones sostenibles para el trabajo con los ACS entre los Establecimientos de Salud, las comunidades y las instituciones locales, en el marco de la atención integral y la promoción de la salud.
- e. Se recomienda potenciar los avances en la implementación de los sistemas de vigilancia comunal en salud y nutrición, con participación activa de la organización comunal y con herramientas, instrumentos y metodologías construidas participativamente. En la promoción del cambio de comportamiento, incorporar mensajes desarrollados con la propia población.
- f. Resulta necesario mejorar el equipamiento y el suministro de materiales y medicamentos en los Establecimientos de Salud para implementar adecuadamente la atención integral y la promoción de la salud.

Con la población

Se recomienda mejorar las prácticas de alimentación infantil, cuidado y estimulación del niño, a partir del uso de alimentos locales, considerando los siguientes aspectos:

- a. Mejorar el aporte de energía, la calidad de la proteína, y la ingesta de vitaminas, hierro y zinc.
- b. Considerar en la alimentación complementaria las papillas de los programas alimentarios y una mayor aceptabilidad de éstos, y evitar que se comparta con otros miembros del hogar.
- c. Fortalecer la suplementación con multimicronutrientes o papilla fortificada, debido a la alta deficiencia de micronutrientes en la dieta.

- d. Este fortalecimiento debe incluir mensajes educativos culturalmente apropiados, y se debe hacer un monitoreo y evaluación del impacto.
- e. Sensibilizar a los padres, cuidadores, maestros, autoridades y líderes de la comunidad sobre la importancia de una buena nutrición en la infancia, y fortalecer estrategias articuladas en esta provincia para proteger el crecimiento y el desarrollo del niño.
- f. Es preciso mantener estrategias de comunicación que promuevan la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna en niños de entre 6 y 23 meses, por ser éste un alimento de alto valor biológico.
- g. Se requiere que los padres y madres de familia mejoren las prácticas de alimentación, cuidado y manejo de la diarrea e infecciones respiratorias. Para ello es preciso trabajar coordinadamente con el personal de salud.

2.5 PARA LOS ASPECTOS SOCIOCULTURALES

- a. Se recomienda fortalecer las capacidades de las líderes y trabajadoras de salud para apoyar a las mujeres en la búsqueda de soluciones locales. Y hay que hacerlo tratando de adecuar la educación y las alternativas de solución nutricional, no solo orientadas a los alimentos locales y tradicionales sino también a las prioridades y limitaciones de la estación productiva, por piso ecológico y actividad agrícola familiar.
- b. Es preciso explorar cómo valorizar la participación de la mujer en las organizaciones sociales de base, así como en la seguridad alimentaria.
- c. Urge entender de cerca la planificación y las decisiones dentro de la economía familiar, con la finalidad de identificar espacios para promover la crianza de animales menores, con poco valor comercial pero con gran valor para el consumo de proteína animal, dado que los animales mayores no sirven para el consumo sino que representan una fuente de ahorro familiar.
- d. Se precisa revalorizar las técnicas tradicionales válidas de conservación y procesamiento de alimentos, para prolongar el acceso y la disponibilidad de éstos. Esas técnicas han sido descuidadas debido a los cambios sociales.

Anexos

ANEXO A TABLAS

Tabla 1
Provincia de Vilcashuamán: Indicadores socioeconómicos generales

Indicador	Distritos								Provincia de Vilcashuamán	Departamento de Ayacucho	Perú
	Vilcashuamán	Accomarca	Carhuanca	Concepción	Huambalpa	Independencia	Saurama	Vischongo			
Porcentaje poblacional rural (%)*	64,7	23,4	44,5	87,3	80,4	66,4	77,7	74,2	68,6	42	24,1
Tasa de analfabetismo femenino (%)*	37,8	39,6	39,6	36,3	50,7	39,6	43,4	36,4	39,2	26,9	10,6
Índice de Desarrollo Humano (IH-2009)**	0,538	0,5374	0,5317	0,5337	0,5117	0,5407	0,5192	0,526	0,5315	0,5617	0,6234
Índice de vulnerabilidad a la DCI**	0,80132	0,78137	0,82252	0,89716	0,89567	0,86054	0,84573	0,8847	0,84832	0,5797	0,2735
Tasa de actividad de la PEA*	39,1	24,9	30,6	40	43,4	38,3	19,4	45,8	38,3	49,4	54,1
Tasa de actividad de la PEA mujeres*	18,8	9,2	19,1	15	16,4	11,3	4,6	25,8	17,4	32,6	37,7
Expectativa de vida en años	70,85	70,44	70,38	70,82	70,33	70,52	70,38	70,73	70,96	70,92	73,07
Pobreza extrema monetaria - 2007 (%)**	50,7	43,7	29,1	51,6	53,2	47,1	59,1	52,7	50,2	36,6	12,8
SERVICIOS BÁSICOS*											
Acceso a agua en la vivienda (%)*	30,8	57,1	37,4	15,2	34,8	3,3	1,3	26,8	27	40,3	54,8
Vivienda con servicio higiénico (%)*	52,4	77,1	48,8	45	64	14	70,9	65	55	60	76
Acceso a electricidad (%)*	23,3	25,1	24,7	9,8	17,8	21,4	6,5	15,4	18,7	51,2	74,1

Fuente: * INEI: Censo Nacional 2007.

** Mapa de Vulnerabilidad a la Desnutrición Crónica Infantil desde la Perspectiva de la Pobreza 2010. PMA.

Tabla 2

Ferias semanales por distritos

Distrito	Lugar	Días	Feriantes		Productos	
			Del lugar	De afuera	Del lugar	De afuera
Concepción	Concepción	Domingo	Ccocha Astanya Pacomarca Ayabamba	Vilcashuamán	Maíz, papa, frutas	Azúcar, arroz, aceite, hortalizas
Independencia	Pachchahuallhua	Domingo	Quihuas	Viscashuamán	Maíz, cebada, haba	Azúcar, arroz, aceite, hortalizas
Vilcashuamán	Vilcashuamán	Lunes y martes	Soquia, Vischongo, Independencia,	Huamanga	Cereales, tubérculos y carne	Azúcar, arroz, leche, sal, frutas.
Accomarca	Accomarca	Martes	Pongococha Huaracas Ponturco	Vilcashuamán	Maíz, cebada, trigo, haba	Azúcar, arroz, aceite, hortalizas
Carhuanca	Carhuanca	Martes	Ocopa Rayme Bellvista	Vilcashuamán	Frutas, maíz, papa, cebada, trigo	Azúcar, arroz, sal, aceite, hortalizas, ganado
Huambalpa	Huambalpa	Martes	Pacaypata Escornio Limarecc Aizarca Huanquispa Huamamarca	Vilcashuamán	Maíz, cebada, trigo, haba	Azúcar, arroz, aceite, hortalizas
Saurama	Saurama	Martes	Saurama Huallhua	Vilcashuamán	Maíz, cebada, trigo, papa	Azúcar, arroz, sal, aceite, leche, frutas
Vischongo	Vischongo	Martes	Paccha Huayrapata Patahusi Cocha Qachubamba	Huamanga	Maíz, cebada, trigo, haba, papa	Azúcar, arroz, aceite, hortalizas, frutales

Fuente: DRAA - Agencia Agraria Vilcashuamán 2011.

Tabla 3

Instrumentos de planificación estratégica presentes por distritos

Distrito	PDC	Objetivos estratégicos del PDC sobre DCI	PDI	POI	PIA	PIR
Vilcashuamán	2010-2021	No incorpora	No	No	Sí	Sí
Accomarca	2010-2021	Reducir los índices de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años	No	No	Sí	No
Carhuanca	No tiene	No tiene PDC	No	No	Sí	Sí
Concepción	2003-2007	Se plantea como resultado, en el eje temático de salud, la disminución de la desnutrición infantil	No	No	Sí	Sí
Huambalpa	2009-2018	Disminución de la desnutrición infantil	No	No	Sí	Sí
Independencia	2009-2018	Reducir la desnutrición infantil	No	No	Sí	No
Saurama	No tiene	No tiene PDC	No	No	Sí	Sí
Vischongo	No tiene	No tiene PDC	No	No	Sí	Sí
Total	0,625	0,375	0	0	1	0,75

Fuente: Fichas de información municipal-Estudio LdBGM/ACh.

Tabla 4

Espacios de coordinación y concertación por distritos

N.º	Distrito	Asambleas Multisectoriales	Mesas de Concertación	Comité de Lucha Contra la Pobreza-Crecer	CEL	Alternativos
1	Accomarca	x	-	-		
2	Huambalpa	x	x	-		
3	Carhuanca	x	x	-		
4	Independencia	x	x	-		Rimanacuy
5	Vilcashuamán	x	x	-	x	
6	Vischongo	x	x	-		
7	Concepción	x	-	x		
8	Saurama	x	-	-		
	Total (%)	100	62,5	12,5	12,5	12,5

Fuente: Fichas de información municipal - LdBGM/ACh-2010.

Tabla 5

Promedio de rendimiento de los principales cultivos

Cultivo	Kg/Ha Vilcashuamán*	Kg/Ha rdto. promedio Ayacucho**	Rendimiento promedio Kg/Ha nacional**	Diferencia porcentual de rendimiento entre Vilcashuamán y nacional
Arveja grano seco	785	948	999	-21,42
Cebada grano	880	1.026	1.266	-30,49
Haba grano seco	900	969	1.225	-26,53
Maíz amiláceo	1.000	986	1.238	-19,22
Olluco	3.866	4.355	5.862	-34,05
Papa	9.818	14.914	12.914	-23,97
Quinua	888	979	958	-7,31
Trigo	990	1.097	1.384	-28,47

* Agencia Agraria Vilcashuamán, campaña agrícola 2008-2009.

** Sistema de Estadística e Informática del MINAG, 2010.

Tabla 6

Técnicas de producción usadas por las familias

Técnica de producción	Nº	%
Incorpora guano de corral en la siembra	325	90,5
Incorpora humus, compost, jaro para su siembra	41	11,4
Utiliza abono foliar el biol (estiércol, restos de vegetales, hueso molido)	22	6,1
Incorpora abono isla en la siembra	5	1,4
Utiliza fertilizantes químicos para siembra	16	4,5
Incorpora purin (orines) en la siembra	1	0,3
En una misma chacra siembra varios productos	266	74,1
Utiliza piedras, chompas, etc. como cercos para evitar el daño de los animales	299	83,3
Coloca espantapájaros u otros animales para evitar el daño de los pájaros u otras aves en sus chacras	179	49,9
Utiliza plantas como cercos para la prevención de plagas	260	72,4
Utiliza ceniza para el control de plagas	183	51,0
Utiliza ceniza durante la siembra	129	35,9
Utiliza insecticida o pesticida químicos	20	35,9

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción contra el Hambre, 2011.

Tabla 7

Técnicas utilizadas por las familias para el almacenamiento de sus productos

Técnica de almacenamiento	Nº	%
Almacena en costales	311	86,6
Almacena en marca	294	81,9
Almacena en balde, ollas, vasijas, etc.	184	51,3
Almacena en truge	147	40,9
Familia elabora heno	34	9,5
Almacena en pirwa	33	9,2
Almacena en tarimas	23	6,4
Almacena tapado con tierra	10	2,8
Almacena en otros	6	1,7
Almacena en porongos	3	0,8

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción contra el Hambre, 2011.

Tabla 8

Técnicas utilizadas por las familias para la conservación de sus productos

Técnica de almacenamiento	Nº	%
Realizan pelado de maíz con ceniza	338	94,2
Preparan chococa (maíz)	332	92,5
Realizan pelado de trigo	312	86,9
Preparan cocopa o papa seca	296	82,5
Preparan charqui	287	79,9
Preparan chulqi (olluco)	236	65,7
Realizan secado de hierbas en la sombra (atajo, yuyu, berros)	177	49,3
Preparan chuño (papa)	37	10,3
Preparan caya (oca)	29	8,1
Realizan secado y lavado de quinua	19	5,3
Realizan secado de queso	8	2,2

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción contra el Hambre, 2011.

Tabla 9

Calificación de las familias según número de cultivos que les alcanzan hasta la siguiente cosecha

Niveles de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria	Criterio	Familias	
		N.º	%
Alta	< 4 cultivos	255	71,0
Media	4 a 8 cultivos	98	27,3
Baja	> 8 cultivos	6	1,7
Total		359	100,0

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción contra el Hambre, 2011.

Tabla 10

Madre que trabajó en los 12 últimos meses según edad, nivel de estudios, estado civil, área y distrito de residencia

Característica seleccionada	Actualmente empleada	Sin empleo actual	No empleada en los últimos 12 meses	Total
Grupo de edad				
15 - 19	18,6	51,4	30,1	100,0
20 - 24	13,1	51,5	35,4	100,0
25 - 29	16,4	48,4	35,1	100,0
30 - 34	22,2	41,6	36,2	100,0
35 - 39	30,9	38,6	30,5	100,0
40 - 44	19,1	43,9	37,0	100,0
45 a más	33,9	33,0	33,0	100,0
Nivel de estudios				
Sin educación	33,3	33,3	33,3	100,0
Primaria	18,1	44,0	37,9	100,0
Secundaria	20,9	50,2	28,9	100,0
Superior	53,8	28,9	17,3	100,0
Estado civil actual				
Casada/Conviviente	17,5	46,8	35,7	100,0
Soltera	37,1	40,3	22,6	100,0
Divorciada/Separada/Viuda	41,8	36,7	21,4	100,0
Área				
Urbana	24,6	40,9	34,5	100,0
Rural	17,5	48,2	34,3	100,0
Distrito				
Viscashuamán	30,8	40,8	28,4	100,0
Accomarca	43,0	36,1	21,0	100,0
Carhuanca	8,3	47,1	44,6	100,0
Concepción	19,5	51,0	29,5	100,0
Huambalpa	11,9	45,1	42,9	100,0
Independencia	9,8	59,5	30,6	100,0
Saurama	10,8	45,1	44,1	100,0
Vischongo	14,8	49,4	35,8	100,0
Total	19,6	46,0	34,3	100,0

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 11

Ocupación principal de las madres de la provincia de Viscashuamán según edad, nivel de estudios, estado civil, área y distrito de residencia

Característica seleccionada	Agricultora	Jornalera/Peón	Comerciante	Obrera	Trabajadora comunal	Empleada	Otro	Total
Grupo de edad								
15 - 19	2,3	28,1	14,3	17,9	0,0	19,3	17,9	100,0
20 - 24	16,1	38,1	16,7	7,4	0,0	8,9	12,9	100,0
25 - 29	5,6	26,0	28,8	9,2	4,1	15,4	11,0	100,0
30 - 34	15,2	21,9	40,6	0,0	0,0	2,9	19,5	100,0
35 - 39	17,5	10,4	39,8	8,3	0,0	9,0	14,9	100,0
40 - 44	3,9	42,2	37,7	0,0	0,0	12,8	3,4	100,0
45 a más	13,7	24,5	12,9	0,0	0,0	0,0	48,9	100,0
Nivel de estudios								
Sin educación	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Primaria	18,6	26,2	32,5	8,2	0,0	3,1	11,3	100,0
Secundaria	7,5	29,0	24,6	6,4	1,6	13,9	17,0	100,0
Superior	0,0	0,0	27,7	11,8	0,0	43,1	17,4	100,0
Estado civil actual								
Casada/Conviviente	11,0	25,4	32,6	6,6	1,0	8,9	14,5	100,0
Soltera	12,5	29,3	15,8	10,2	0,0	12,8	19,3	100,0
Divorciada/Separada/Viuda	20,6	36,0	0,0	8,9	0,0	25,6	8,9	100,0
Área								
Urbana	5,3	21,6	38,8	4,1	1,0	13,8	15,5	100,0
Rural	14,4	28,6	24,3	8,5	0,8	9,0	14,4	100,0
Distrito								
Viscashuamán	15,6	17,8	31,4	7,5	2,1	9,8	15,8	100,0
Accomarca	18,6	38,9	5,0	8,2	0,0	0,0	29,5	100,0
Carhuanca	0,0	0,0	74,4	0,0	0,0	12,8	12,8	100,0
Concepción	16,2	45,5	24,5	0,0	0,0	13,7	0,0	100,0
Huambalpa	9,6	33,8	14,9	21,5	0,0	0,0	20,2	100,0
Independencia	10,8	37,4	18,7	4,1	0,0	29,1	0,0	100,0
Saurama	0,0	0,0	33,9	11,9	0,0	54,2	0,0	100,0
Vischongo	0,0	26,1	39,1	8,7	0,0	0,0	26,1	100,0
Total	11,7	26,5	28,6	7,2	0,8	10,4	14,7	100,0

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción contra el Hambre, 2011.

Tabla 12

Persona que decide cómo gastar los ingresos del hogar según edad, nivel de estudios, estado civil, área y distrito de residencia

Característica seleccionada	De todo el dinero que recibe o gana en su hogar, ¿quién decide cómo se gasta?					Total
	Entrevistada decide	Esposo/Compañero	Ambos deciden	Alguien más decide	Junto con alguien	
Grupo de edad						
15 - 19	40,0	8,8	34,8	15,1	1,3	100,0
20 - 24	38,1	3,8	47,8	5,8	4,6	100,0
25 - 29	39,1	2,9	56,5	1,5	0,0	100,0
30 - 34	45,0	7,7	44,9	0,5	1,8	100,0
35 - 39	35,8	6,5	57,7	0,0	0,0	100,0
40 - 44	39,3	3,0	57,7	0,0	0,0	100,0
45 a más	18,5	0,0	81,5	0,0	0,0	100,0
Nivel de estudios						
Sin educación	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Primaria	36,5	4,6	55,3	1,9	1,7	100,0
Secundaria	42,6	5,3	46,2	4,2	1,7	100,0
Superior	36,0	5,7	35,1	23,1	0,0	100,0
Estado civil actual						
Casada/Conviviente	34,8	5,8	58,0	0,6	0,7	100,0
Soltera	57,7	0,0	0,0	33,3	9,0	100,0
Divorciada/Separada/Viuda	93,5	0,0	0,0	0,0	6,5	100,0
Área						
Urbana	41,3	5,7	50,4	2,6	0,0	100,0
Rural	38,1	4,8	51,2	3,6	2,3	100,0
Distrito						
Viscashuamán	38,2	4,2	55,9	0,8	0,8	100,0
Accomarca	33,1	13,6	47,5	5,8	0,0	100,0
Carhuanca	60,3	0,0	38,0	0,0	1,7	100,0
Concepción	54,2	4,9	36,7	4,2	0,0	100,0
Huambalpa	36,6	0,0	62,5	0,8	0,0	100,0
Independencia	36,2	1,5	53,4	1,5	7,5	100,0
Saurama	67,2	0,0	32,8	0,0	0,0	100,0
Vischongo	15,4	13,5	55,8	11,5	3,8	100,0
Total	39,1	5,1	51,0	3,3	1,6	100,0

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción contra el Hambre, 2011.

Tabla 13

Persona que toma las decisiones específicas en el hogar, según edad, nivel de estudios, estado civil, área y distrito de residencia

Característica seleccionada	Decisiones en su hogar: ¿Quién tiene la última palabra?					Tiene el marido la última palabra en las 5 decisiones					Total mujeres
	El cuidado de la salud	Hacer las compras grandes del hogar	Hacer compras para necesidades diarias del hogar	Visitar amigos o parientes	Qué comida se debe cocinar cada día	Ninguna de ellas	Una	Dos	Tres	Cuatro	
Grupo de edad											
15 - 19	163	9,2	4,0	9,6	11,5	74,5	13,4	10,6	0,0	1,5	1.172
20 - 24	199	27,6	1,9	13,9	0,0	51,7	35,5	10,5	2,3	0,0	3.331
25 - 29	217	26,0	4,2	14,2	2,3	50,1	37,0	9,7	1,0	2,3	2.781
30 - 34	107	26,0	1,6	10,2	0,7	60,0	32,8	5,0	2,2	0,0	2.405
35 - 39	209	19,5	1,0	9,0	0,0	59,0	31,6	9,4	0,0	0,0	2.111
40 - 44	250	3,5	0,0	4,2	0,0	69,1	29,1	1,8	0,0	0,0	974
45 a más	210	0,0	0,0	12,4	0,0	79,0	8,6	12,4	0,0	0,0	274
Nivel de estudios											
Sin educación	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	68
Primaria	23,4	19,6	3,5	12,0	1,2	53,3	36,5	8,3	1,0	0,9	6.761
Secundaria	13,2	24,4	0,9	10,8	0,3	62,7	27,2	8,0	1,7	0,3	5.346
Superior	10,0	10,0	0,0	5,7	0,0	84,3	5,7	10,0	0,0	0,0	311
Estado civil actual											
Casada/Conviviente	21,4	24,6	2,2	12,6	0,9	52,5	36,0	9,4	1,4	0,7	11.463
Soltera	0,0	0,0	3,2	3,2	0,0	96,8	0,0	3,2	0,0	0,0	1.060
Divorciada/Separada/Viuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	524
Área											
Urbana	20,9	15,9	2,8	10,9	0,9	61,5	27,5	9,8	0,8	0,5	3.870
Rural	18,0	24,1	2,0	11,6	0,7	56,5	33,4	8,0	1,4	0,7	9.178
Distrito											
Viscashuamán	14,7	23,2	2,1	13,7	0,9	62,6	23,2	11,7	2,1	0,4	4.152
Accomarca	25,3	16,9	3,8	7,5	0,0	61,6	25,1	11,5	1,8	0,0	727
Carhuanca	7,9	10,8	6,3	11,9	0,0	67,1	28,9	3,9	0,0	0,0	980
Concepción	9,0	23,6	0,0	3,3	0,0	65,3	33,4	1,3	0,0	0,0	1.490
Huambalpa	53,0	17,0	3,0	7,0	1,3	38,9	44,4	14,6	0,8	1,3	1.622
Independencia	7,3	22,7	0,0	4,0	0,0	66,0	34,0	0,0	0,0	0,0	999
Saurama	26,2	25,8	2,5	13,1	0,0	51,8	28,7	19,5	0,0	0,0	848
Vischongo	13,5	25,0	1,9	19,2	1,9	51,9	40,4	3,8	1,9	1,9	2.230
Total	18,8	21,6	2,2	11,4	0,8	58,0	31,6	8,5	1,2	0,6	13.048

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción contra el Hambre, 2011.

Tabla 14

Persona que tiene la última palabra en las decisiones del hogar

Decisiones en su hogar: ¿Quién tiene la última palabra?	Total	Entrevistada	Marido	Ambos	Alguien más	Entrevistada/ Alguien más	Nadie
El cuidado de la salud	100,0	47,5	18,8	30,5	2,0	0,9	0,2
Hacer las grandes compras del hogar	100,0	16,6	21,6	53,0	5,9	2,6	0,3
Compras para las necesidades diarias	100,0	77,8	2,2	13,0	3,7	3,2	0,0
Visitar al familiar, amigos o parientes	100,0	19,4	11,4	60,0	3,7	1,6	4,0
Qué se debe cocinar cada día	100,0	86,6	0,8	5,1	3,7	3,7	0,0

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 15

Principal fuente de abastecimiento de agua de los hogares en la provincia de Vilcashuamán

Característica seleccionada	Distrito								Área de residencia en la provincia		
	Vilcashuamán	Accomarca	Carhuanca	Concepción	Huambalga	Independencia	Saurama	Vischongo	Urbana	Rural	Total
Dentro de la vivienda	69,1	100,0	89,0	69,7	82,0	97,7	25,1	74,0	83,4	70,3	74,2
Pilón/Grifo público	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	8,6	2,0	1,9	2,6	2,4
Pozo en la casa/Patio/Lote	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3
Pozo público	0,8	0,0	0,0	1,3	1,4	0,0	8,1	0,0	1,4	1,0	1,1
Manantial (puquio)	9,0	0,0	2,3	21,5	9,6	0,0	58,2	10,0	8,6	13,7	12,2
Río/Acequia	7,4	0,0	2,5	1,7	7,0	0,0	0,0	4,0	1,9	5,3	4,3
Agua de lluvia	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3
Otro	7,8	0,0	6,3	5,9	0,0	0,0	0,0	10,0	2,7	6,4	5,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0	100,0	100,0
Número de viviendas	4.134	727	980	1.490	1.622	999	848	2.144	1.553	11.391	12.944

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 16

Provincia de Vilcashuamán: Servicios higiénicos con que cuentan las viviendas

Característica seleccionada	Distrito								Área de residencia en la provincia		
	Vilcashuamán	Accomarca	Carhuanca	Concepción	Huambalga	Independencia	Saurama	Vischongo	Urbana	Rural	Total
Dentro de la vivienda	17,7	24,7	0,0	8,3	8,6	0,0	0,0	10,0	35,4	0,5	10,7
Fuera de la vivienda	2,6	2,0	0,0	1,7	2,4	0,0	0,0	2,0	5,1	0,4	1,7
Pozo ciego o negro (letrina)	63,4	69,6	88,2	63,9	76,9	91,5	90,9	72,0	44,9	84,8	73,1
Río, acequia, canal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
No hay servicio (matorral/campo)	14,5	3,6	11,8	26,1	11,3	8,5	9,1	14,0	14,7	13,3	13,7
Otro	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,2	0,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0	100,0	100,0
Número de viviendas	4.134	727	980	1.490	1.622	999	848	2.144	1.553	11.391	12.944

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 17

Provincia de Vilcashuamán: Disposición de los residuos sólidos de los hogares

Característica seleccionada	Distrito								Área de residencia en la provincia		
	Vilcashuamán	Accomarca	Carhuanca	Concepción	Huambalga	Independencia	Saurama	Vischongo	Urbana	Rural	Total
Camión municipal	25,0	4,0	0,0	1,7	11,0	1,5	0,0	14,0	39,3	0,9	12,2
La quema	9,0	0,0	18,5	1,7	5,1	1,5	23,8	12,0	7,3	9,4	8,8
La entierra	14,4	3,6	9,5	2,1	65,6	0,0	8,8	6,0	9,0	18,5	15,7
La arroja a campo abierto	11,2	22,5	27,4	43,0	16,5	60,0	18,8	14,0	24,2	21,2	22,1
Otro	40,4	69,4	44,5	51,5	1,7	37,1	48,5	54,0	20,4	50,1	41,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0	100,0	100,0
Número de viviendas	4.134	727	980	1.490	1.622	999	848	2.144	1.553	11.391	12.944

Fuente: Encuesta de Seguridad Alimentaria del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 18

Provincia de Vilcashuamán: Clasificación según el Índice de Sostenibilidad de 26 SAP

Distrito	Condición de sostenibilidad de los sistemas de agua			
	Sostenible (3,1 a 4)	En proceso de deterioro (2,1 a 3)	En grave proceso de deterioro (1,5 a 2)	Colapsado (1 a 1,5)
Accomarca	Huarcas			
	Punturco			
	Pongococha			
Carhuanca	San Miguel de			
	Raime Alto			
Concepción	Chacari	Pirhuabamba		
Huambalpa	S.F. Raimina			
	Churiacucho			
Independencia	Upiray	Runcúa		
	Occochirura	Yananaco		
Vilcashuamán	Chito	Colpapampa	Estanciapata	
	Hercomarca	Chanen		
	Pomatambo	Sta. Rosa de Soquia		
Vischongo	Palleccacancha	Patahuasi		
		Ccachubamba		
		Ccollpacucho		
Saurama		Saurama (Huallhua,		
		Muchcapata,		
		Huascalca, Saurama)		
		Contay		
Total	14	11	1	

Fuente: Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 19

Provincia de Vilcashuamán: Número de Establecimientos de Salud y su población según distrito

Provincia	Distrito	N.º de Establecimientos de Salud	Población total	Mujeres de 15 a 49 años	Niños y niñas menores de 3 años
Vilcashuamán	Vilcashuamán	4	8.361	1.878	566
	Accomarca	3	1.173	249	76
	Carhuanca	1	1.085	221	104
	Concepción	2	2.997	635	261
	Huambalpa	2	2.195	404	188
	Independencia	1	1.711	332	102
	Saurama	1	1.383	266	99
	Vischongo	5	4.566	978	391
Total	8	19	23.471	4.963	1.787

Fuente: 1 Ministerio de Salud (<http://www.minsa.gob.pe/oei/servicios/ConsultaEstab.asp>), 2011.
 2 Ministerio de Educación, Padrón de Instituciones Educativas, 2010.
 3 Ministerio de Salud (<http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>), 2011.

Tabla 20

Jefatura de los hogares según distritos de la provincia de Vilcashuamán

Jefatura del hogar	Accomarca	Carhuanca	Concepción	Huambalpa	Independencia	Saurama	Vilcashuamán	Vischongo	Total
Hombre	88,7	92,7	90,2	85,6	97,7	91,4	90,4	94,0	91,1
Mujer	11,3	7,3	9,8	14,4	2,3	8,6	9,6	6,0	8,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 21

Número y porcentaje de Establecimientos de Salud que cuentan con instrumentos de gestión en el 2010

Instrumentos	N.º de EESS	%
Cuenta con Plan Operativo Institucional o Plan de Salud Local 2010	6	32
Cuenta con organigrama	11	58
Cuenta con Manual de Organización y Funcionamiento (MOF)	11	58
Cuenta con flujograma de atención visible	8	42
Cuenta con croquis de sectorización comunal e institucional	9	47
¿Tiene visible el mapa de jurisdicción con población, comunidades, distancias, etc.	9	47

Fuente: Estudio de organizaciones de los servicios de salud del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 22

Aspectos organizativos de los Establecimientos de Salud para la atención integral

Algunos aspectos evaluados	N.º de EESS	%
Cuenta con un comité o equipo de gestión conformado con responsabilidad de las Unidades de Atención Integral en Salud	1	5
El personal tiene un sector asignado para actividades integrales	10	53
Organización de la admisión por familia	19	100
Organización de la admisión por sector	19	100
Organización de la admisión por riesgo	9	47
Distribución de ambientes en Unidades de Atención Integral	9	47,4

Fuente: Estudio de organizaciones de los servicios de salud del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 23

Provincia de Vilcashuamán: Número de comunidades y promotores de salud por ES

N.º	Establecimiento de Salud	N.º de comunidades	N.º de promotores	N.º de comunidades que cuentan con promotores
1	PS Accomarca	3	4	3
2	PS San Antonio de Astanya	4	3	3
3	PS Carhuanca	6	7	6
4	PS San Antonio de Cochas	2	2	2
5	PS Huambalpa	12	1	1
6	PS Pacchahualihua	10	0	0
7	PS Patahuasi	2	2	2
8	PS Pomacocha	5	9	5
9	PS Pomatambo	10	3	3
10	PS San Francisco de Pujas	3	4	3
11	PS Huarcas	2	2	1
12	PS Palcacancha	3	3	2
13	PS Pongococha	3	1	1
14	PS Vilcashuamán	13	2	2
15	PS Vischongo	9	2	1
16	PS Concepción	7	4	2
17	PS Saurama	6	2	1
18	PS Huaccaña	2	2	2
19	PS Chiribamba	5	1	1
	Total	107	54	41

Fuente: Estudio de organizaciones de los servicios de salud del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 24

Estrategias de trabajo comunitario según ES

N.º	Establecimiento de Salud	N.º de comunidades	N.º de comunidades con Codeco	N.º de promotores que realizan vigilancia comunal de la salud	N.º de comunidades que realizan vigilancia nutricional en la comunidad	N.º de comunidades en las que existen espacios físicos para la estimulación del desarrollo infantil	N.º de comunidades en que existe Comité de Evacuación de Emergencias Obste. y Neonatales
1	PS Accomarca	3	0	1	0	0	0
2	PS San Antonio de Astanya	4	0	1	1	0	0
3	PS Carhuanca	6	6	0	0	0	0
4	PS San Antonio de Cochas	2	0	2	0	0	1
5	PS Huambalpa	12	0	0	0	0	0
6	PS Pacchahualihua	10	0	0	0	0	0
7	PS Patahuasi	2	0	1	0	0	0
8	PS Pomacocha	5	0	0	0	0	1
9	PS Pomatambo	10	0	0	0	0	0
10	PS San Francisco de Pujas	3	0	0	0	0	3
11	PS Huarcas	2	1	1	1	1	0
12	PS Palcacancha	3	2	2	1	2	2
13	PS Pongococha	3	2	1	1	2	2
14	PS Vilcashuamán	13	1	1	1	0	1
15	PS Vischongo	9	1	0	0	0	0
16	PS Concepción	7	2	1	1	1	1
17	PS Saurama	6	0	0	0	0	0
18	PS Huaccaña	2	0	0	0	0	0
19	PS Chiribamba	5	1	0	0	1	0
	Total	107	16	11	6	7	11
	%		15	10,30	5,60	6,50	10,30

Fuente: Estudio de organizaciones de los servicios de salud del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 25

Número y porcentaje de EESS con disponibilidad de materiales educativos por temas

Tema	N.º de EESS	% de EESS que cuentan con el recursos
Lactancia materna	14	74
Alimentación infantil	17	89
Sesiones demostrativas de alimentación	19	100
Sesiones demostrativas de lavado de manos	19	100
Salud mental	8	42
Salud bucal	4	21
Niño sano /enfermo (AICPI)	9	47
Diarrea infantil	15	79
Neumonía infantil	14	74
Salud perinatal	11	58
Salud materna	19	100

Fuente: Estudio de organizaciones de los servicios de salud del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 26

Nivel de educación de las madres de la provincia por área, estado civil, nivel de instrucción y edad.

Característica seleccionada	Nivel de estudios				Total	Número de mujeres	Mediana de años de estudio
	Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior			
Área de residencia							
Urbana	0,0	41,7	52,5	5,8	100,0	3.773	4,0
Rural	0,8	59,5	38,6	1,1	100,0	8.713	4,0
Grupo de edad							
15-19	0,0	27,0	73,0	0,0	100,0	1.172	4,0
20-24	0,0	42,3	56,8	0,9	100,0	3.331	5,0
25-29	0,0	55,4	41,8	2,8	100,0	2.711	4,0
30-34	3,0	65,0	28,2	3,8	100,0	2.280	4,0
35-39	0,0	60,8	34,0	5,3	100,0	1.907	4,0
40-44	0,0	77,6	20,3	2,1	100,0	863	3,0
45 a más	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	222	5,0
Distrito							
Vilcashuamán	1,8	53,4	41,2	3,7	100,0	3.826	4,0
Accomarca	0,0	46,0	48,2	5,8	100,0	727	5,0
Carhuanca	0,0	53,7	43,8	2,5	100,0	980	4,0
Concepción	0,0	53,4	45,5	1,1	100,0	1.450	4,0
Huambalpa	0,0	69,8	30,2	0,0	100,0	1.608	4,0
Independencia	0,0	55,6	42,9	1,5	100,0	976	5,0
Saurama	0,0	47,5	48,8	3,7	100,0	818	5,0
Vischongo	0,0	49,0	49,0	2,0	100,0	2.101	3,0
Total	0,5	54,1	42,8	2,5	100,0	12.486	4,0

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 27

Atención prenatal según edad, educación y residencia

Característica seleccionada	Persona que proporcionó la atención prenatal							Porcentaje que recibió atención prenatal de proveedor de salud calificado	Número de mujeres
	Total	Médico	Obstetriz	Enfermera	Sanitario / Promotor de salud	Otro	No se controló		
Edad de la madre al nacimiento									
Menos de 20	100,0	10,1	59,6	24,6	5,8	0,0	0,0	94,2	2.088
20-34	100,0	12,5	57,6	15,4	13,1	0,4	1,0	85,5	8.236
35-54	100,0	10,1	64,2	13,8	9,5	0,0	2,3	88,2	2.675
Orden del nacimiento									
Primer nacimiento	100,0	19,3	54,2	22,2	3,2	1,0	0,0	95,7	3.303
2-3	100,0	9,5	61,5	14,0	14,2	0,0	0,8	85,0	5.450
4-5	100,0	10,2	62,9	12,7	12,8	0,0	1,3	85,8	2.653
6 y más	100,0	5,4	56,3	20,1	14,4	0,0	3,8	81,7	1.592
Nivel de estudios									
Sin educación	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	68
Primaria	100,0	8,5	58,7	17,9	14,2	0,5	0,3	85,1	6.761
Secundaria	100,0	15,7	59,5	15,0	8,6	0,0	1,1	90,2	5.346
Superior	100,0	37,7	53,0	9,3	0,0	0,0	0,0	100,0	311
Distrito									
Vilcashuamán	100,0	17,4	52,5	15,7	12,3	0,8	1,3	85,6	4.152
Accomarca	100,0	1,8	23,1	26,2	48,9	0,0	0,0	51,1	727
Carhuanca	100,0	7,5	79,2	13,3	0,0	0,0	0,0	100,0	980
Concepción	100,0	25,4	52,2	17,5	4,9	0,0	0,0	95,1	1.490
Huambalpa	100,0	0,0	75,4	24,6	0,0	0,0	0,0	100,0	1.622
Independencia	100,0	4,0	88,3	7,7	0,0	0,0	0,0	100,0	999
Saurama	100,0	12,5	48,5	39,0	0,0	0,0	0,0	100,0	848
Vischongo	100,0	9,6	57,7	5,8	23,1	0,0	3,8	73,1	2.230
Área									
Urbana	100,0	11,4	68,5	15,5	3,2	0,0	1,4	95,4	3.870
Rural	100,0	12,0	55,1	17,1	14,5	0,4	0,9	84,2	9.178
Total	100,0	11,9	59,1	16,6	11,1	0,3	1,1	87,5	13.048

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 28

Talla materna como indicador del estado nutricional según características seleccionadas

Característica seleccionada	Talla promedio en cm	Porcentaje por debajo de 145 cm	Número de mujeres
Grupo de edad			
15-19	150,9	14,2	1.138
20-29	151,2	8,7	6.048
30-39	150,0	19,7	4.516
40-49	149,9	23,9	1.234
Nivel de estudios			
Sin educación	148,7	25,0	629
Primaria	50,1	18,6	6.680
Secundaria	151,5	8,5	5.346
Superior	150,5	4,5	294
Distrito			
Vilcashuamán	150,4	15,5	4.100
Accomara	150,5	11,6	727
Carhuanca	150,2	13,8	980
Concepción	150,4	22,7	1.490
Huambalpa	152,4	6,5	1.576
Independencia	150,0	9,3	999
Saurama	152,0	16,3	848
Vischongo	149,9	15,4	2.230
Área			
Urbana	151,0	11,6	3.805
Rural	150,5	15,6	9.144
Total	150,6	14,4	12.949

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 29

Atención prenatal según edad, educación y residencia

Característica seleccionada	IMC promedio	18,5-24,9 IMC normal	<18,5 Total delgada	17,0-18,4 Ligeramente delgada	<17 Moderada y severamente delgada	>=25,0 Total sobrepeso/obesa	25,0-29,9 solo sobrepeso	>=30 solo obesa	Número de mujeres
Grupo de edad									
15-19	22,6	84,5	4,7	4,7	0,0	10,9	8,9	2,0	1.138
20-29	24,3	63,2	0,9	0,9	0,0	35,9	25,6	10,3	6.048
30-39	25,3	54,1	0,0	0,0	0,0	45,9	31,8	14,1	4.516
40-49	25,0	46,8	0,0	0,0	0,0	53,2	50,4	2,8	1.234
Nivel de estudios									
Sin educación	24,6	67,0	0,0	0,0	0,0	33,0	27,6	5,4	629
Primaria	24,5	59,0	0,3	0,3	0,0	40,8	31,1	9,6	6.680
Secundaria	24,6	60,3	1,7	1,7	0,0	38,0	26,4	11,6	5.346
Superior	24,2	75,0	0,0	0,0	0,0	25,0	18,9	6,1	294
Distrito									
Vilcashuamán	24,3	64,6	1,7	1,7	0,0	33,7	25,6	8,1	4.100
Accomara	25,2	53,6	0,0	0,0	0,0	46,4	36,7	9,6	727
Carhuanca	25,9	35,1	2,32	,3	0,0	62,6	36,0	26,6	980
Concepción	23,8	67,0	1,3	1,3	0,0	31,7	25,4	6,3	1.490
Huambalpa	23,9	71,2	0,0	0,0	0,0	28,8	21,9	7,0	1.576
Independencia	25,6	44,8	0,0	0,0	0,0	55,2	41,2	14,0	999
Saurama	24,9	66,5	0,0	0,0	0,0	33,5	21,8	11,7	848
Vischongo	24,7	57,7	0,0	0,0	0,0	42,3	32,7	9,6	2.230
Área									
Urbana	25,3	57,2	0,6	0,6	0,0	42,2	28,5	13,7	3.805
Rural	24,3	61,5	1,0	1,0	0,0	37,5	28,8	8,7	9.144
Total	24,6	60,3	0,8	0,8	0,0	38,9	28,7	10,2	12.949

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 30

Peso y tamaño al nacer, según características seleccionadas.

Característica seleccionada	Peso del niño al nacer				Porcentaje que recibió atención prenatal de proveedor de salud calificado	Cuándo nació el bebé era:						Número de nacimientos		
	Total	No fue pesado	Menos de 2,5 kg	2,5 kg a más		No sabe	Total	Muy grande	Más grande que promedio	Promedio	Más pequeño que promedio		Muy pequeño	No sabe
Edad de la madre al nacimiento														
Menos de 20	100,0	0,0	14,8	76,7	8,5	91,5	100,0	2,1	14,2	57,3	14,3	12,1	0,0	298
20-34	100,0	0,0	8,4	81,8	9,9	90,1	100,0	1,7	17,4	53,2	17,1	10,5	0,1	1.197
35-54	100,0	0,8	15,2	70,9	13,1	86,1	100,0	3,2	15,3	43,2	20,2	18,1	0,0	390
Orden del nacimiento														
Primer nacimiento	100,0	0,0	9,1	79,6	11,4	88,6	100,0	1,0	20,1	51,5	14,4	12,7	0,3	488
2-3	100,0	0,0	11,8	81,9	6,3	93,7	100,0	2,8	11,9	55,8	19,1	10,4	0,0	782
4-5	100,0	0,0	13,1	76,8	10,0	90,0	100,0	3,2	20,6	47,5	14,3	14,5	0,0	389
6 y más	100,0	1,5	7,1	69,0	22,5	76,1	100,0	0,0	17,2	45,7	22,4	14,7	0,0	226
Nivel de estudios														
Sin educación	100,0	0,0	0,0	52,4	47,6	52,4	100,0	0,0	0,0	52,4	47,6	0,0	0,0	11
Primaria	100,0	0,3	13,6	72,0	14,0	85,6	100,0	2,5	14,4	48,8	19,7	14,6	0,0	962
Secundaria	100,0	0,0	7,3	89,3	3,5	96,5	100,0	2,0	20,6	54,5	15,0	7,8	0,2	787
Superior	100,0	0,0	5,1	94,9	0,0	100,0	100,0	0,0	8,9	61,2	18,9	10,9	0,0	43
Distrito														
Vilcashuamán	100,0	0,0	10,6	79,2	10,2	89,8	100,0	3,9	16,2	47,0	18,4	14,4	0,0	636
Accomarca	100,0	0,0	5,4	80,9	13,7	86,3	100,0	0,0	23,7	45,6	19,5	11,1	0,0	86
Carhuaca	100,0	0,0	12,4	83,6	4,0	96,0	100,0	3,4	10,7	65,5	16,9	3,4	0,0	97
Concepción	100,0	1,2	15,1	75,9	7,8	91,0	100,0	3,4	26,0	43,2	15,1	12,3	0,0	273
Huambalpa	100,0	0,0	8,3	71,2	20,6	79,4	100,0	0,9	19,6	41,0	11,6	26,9	0,0	198
Independencia	100,0	0,0	1,3	93,8	4,8	95,2	100,0	0,0	18,5	66,0	11,7	2,4	1,3	119
Saurama	100,0	0,0	5,3	71,5	23,3	76,7	100,0	0,0	9,6	65,5	12,5	12,4	0,0	124
Vischongo	100,0	0,0	16,3	78,3	5,4	94,6	100,0	0,0	9,0	59,8	24,2	7,0	0,0	359
Área														
Urbana	100,0	0,0	8,1	80,2	11,7	88,3	100,0	1,9	11,2	61,5	16,2	9,1	0,0	528
Rural	100,0	0,2	12,2	77,7	9,9	89,9	100,0	2,1	18,4	47,7	18,0	13,7	0,1	1.364
Total	100,0	0,2	11,0	78,4	10,4	89,4	100,0	2,1	16,4	51,6	17,5	12,4	0,1	1.892

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 31

Inmunizaciones según características seleccionadas

Característica seleccionada	BCG	Pentavalente			Pollo			Triple viral (12 meses)	Todas las vacunas	Ninguna	Porcentaje con tarjeta de vacunación	Número de niñas y niños
		1	2	3	1	2	3					
Edad de la madre al nacimiento												
Menos de 20	78,6	69,3	65,7	60,4	77,0	71,3	69,6	36,9	23,5	11,1	100,0	298
20-34	85,2	77,0	74,7	69,0	82,3	80,3	74,5	41,7	31,5	9,8	97,5	1.197
35-54	81,1	74,5	67,4	62,6	80,5	74,2	69,2	47,8	37,2	9,8	95,0	390
Orden del nacimiento												
Primer nacimiento	81,3	67,7	66,1	62,1	78,0	74,0	72,7	33,5	19,3	12,2	100,0	488
2-3	87,0	79,5	75,4	67,4	86,3	82,2	73,0	47,0	36,3	6,0	98,6	782
4-5	79,3	80,2	76,9	73,1	77,2	76,1	73,5	41,1	36,4	13,0	95,3	389
6 y más	81,9	68,4	62,7	60,2	76,2	72,0	69,9	46,6	32,4	13,9	90,9	226
Nivel de estudios												
Sin educación	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	47,6	100,0	11
primaria	83,7	73,5	70,4	64,7	81,8	79,4	73,2	46,2	34,2	11,1	96,6	962
secundaria	85,5	80,2	77,3	70,6	83,3	80,3	75,0	38,2	28,1	7,2	100,0	787
superior	77,4	49,3	49,3	49,3	56,2	56,2	56,2	49,4	37,2	17,3	94,7	43
Distrito												
Vilcashuamán	83,3	73,2	70,8	64,4	81,2	76,5	74,0	40,3	26,9	10,4	98,0	636
Accomarca	85,5	66,3	64,6	59,0	71,8	68,1	64,4	9,1	7,4	14,5	98,3	86
Carhuaca	85,3	85,3	80,2	78,0	85,3	80,2	78,0	55,9	54,2	10,7	98,3	97
Concepción	94,8	84,7	84,7	80,1	85,9	87,1	81,3	36,4	36,4	2,7	98,3	273
Huambalpa	75,7	47,5	42,3	35,0	72,2	69,4	58,4	29,3	4,2	19,3	100,0	198
Independencia	93,8	95,2	85,2	70,6	95,2	85,2	68,2	63,0	45,9	4,8	100,0	119
Saurama	67,5	91,1	91,1	89,3	91,1	91,1	86,8	71,3	46,3	5,4	100,0	124
Vischongo	79,5	74,3	68,3	64,5	74,7	71,0	67,3	44,9	39,8	12,1	92,0	359
Área												
Urbana	82,6	73,3	71,2	67,8	79,5	77,0	74,0	44,6	33,9	11,3	96,0	528
Rural	83,6	76,0	72,0	65,4	81,6	77,8	71,8	41,4	30,3	9,6	97,9	1.364
Total	83,3	75,2	71,8	66,1	81,0	77,6	72,4	42,3	31,3	10,1	97,4	1.892

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 32

Inmunizaciones según dosis por grupos etarios

Característica seleccionada	BCG	Pentavalente			Polio			Triple viral (12 meses)	Todas las vacunas	Ninguna	Porcentaje con tarjeta de vacunación	Numero de niñas y niños
		1	2	3	1	2	3					
<2	97,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	100,0	76
2-3	95,3	50,1	0,0	0,0	52,6	2,6	0,0	0,0	0,0	4,7	100,0	67
4-5	75,2	77,4	37,7	0,0	75,0	42,9	0,0	0,0	0,0	11,5	100,0	63
6-8	91,1	90,1	85,1	69,6	91,4	86,5	71,6	0,0	0,0	7,9	100,0	205
9-11	94,8	90,6	89,4	86,7	93,6	93,6	93,6	2,1	0,0	5,2	97,9	238
12-17	85,5	79,1	81,8	76,8	84,4	89,9	85,9	51,8	45,5	8,6	94,9	304
18-23	71,9	80,0	78,9	77,3	81,5	79,8	78,3	61,1	46,3	12,6	100,0	309
24-35	79,0	71,5	71,8	68,3	84,1	82,0	79,7	70,9	49,8	13,8	95,2	601
36	72,1	86,1	86,1	86,1	100,0	100,0	86,1	89,2	58,3	0,0	100,0	20
Total	83,3	75,2	71,8	66,1	81,0	77,6	72,4	42,3	31,3	10,1	97,4	1.892

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 33

Prevalencia y tratamiento de síntomas respiratorios

Característica solucionada	Porcentaje niños y niñas con síntomas respiratorios	Número de niñas y niños	Porcentaje buscó tratamiento de un proveedor de salud	Número de niñas y niños con síntomas
Grupos de edad en meses				
Menos de 6 meses	28,1	207	31,2	58
6-11	60,3	443	61,8	267
12-23	55,1	613	69,2	338
24-35	49,5	601	53,8	297
36	58,3	20	73,7	12
Sexo				
Hombre	56,9	895	61,7	482
Mujer	49,5	990	55,8	490
Distrito				
Vilcashuamán	59,6	836	56,8	379
Accomarca	42,9	636	58,8	379
Concepción	74,1	273	74,3	202
Huambalca	25,6	198	39,0	51
Independencia	51,9	119	50,6	62
Saurama	29,2	124	83,6	36
Vischongo	50,4	359	64,0	181
Área				
Urbana	44,6	528	58,2	235
Rural	54,4	528	58,2	235
Total	51,7	1.892	58,4	978

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 34

Prevalencia de diarrea, según características seleccionadas

Característica seleccionada	Diarrea	Diarrea con sangre	Número de niñas y niños
Grupo de edad en meses			
Menos de 6 meses	3,3	1,9	207
6-11	21,5	11,0	443
12-23	17,0	6,9	613
24-35	14,1	8,4	601
36	15,3	0,0	20
Sexo			
Hombre	20,2	9,0	895
Mujer	11,4	6,5	990
Nivel de estudios			
Sin educación	0,0	0,0	11
Primaria	12,4	6,8	962
Secundaria	20,6	8,7	787
Superior	19,4	12,2	43
Distrito			
Vilcashuamán	17,4	9,3	636
Accomarca	11,0	1,7	86
Carhuanca	10,2	2,3	97
Concepción	17,4	7,8	273
Huambalpa	12,5	6,0	198
Independencia	7,5	2,4	119
Saurama	18,1	5,3	124
Vischongo	18,8	11,1	359
Área			
Urbana	21,6	7,7	28
Rural	13,7	7,7	1.364
Total	15,9	7,7	1.892

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 35

Práctica de lavado de manos de la madre observadas en el hogar

Práctica observada	Grupo de edad				N.º	
	6 a 11 meses		12 a 23 meses		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Se lava las manos antes de preparar la comida	18	75	18	69,2	36	72,0
Se lava las manos antes de dar de comer	13	54,2	11	42,3	24	48
Se lava las manos después de ir al baño	12	50	11	42,3	23	46
Se lava las manos después de cambiar pañales	9	37,5	5	19,2	14	28

Fuente: Fichas de información municipal - LdBGM/WACH-2010.

Tabla 36

Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 36 meses de edad, 2009

Distrito	Prevalencia (%)
Huambalpa*	45,7
Saurama*	44,3
Carhuanca*	37
Concepción*	31,8
Independencia*	29,8
Vilcashuamán*	27,8
Vischongo*	23,4
Accomarca*	18,8
Provincial**	31,5

Fuentes: a) *Encuesta de línea de base de la desnutrición infantil y sus determinantes en la región Ayacucho, diciembre 2008-abril 2009-GRA.

b) **Estudio de Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay 2011.

Tabla 37

Indicadores de desnutrición para menores de 36 meses de edad

Característica seleccionada	Porcentaje con desnutrición crónica (talla para la edad)		Porcentaje con desnutrición aguda (peso para la talla)		Porcentaje con desnutrición global (peso para la edad)		Número de niñas y niños
	Severa	Total	Severa	Total	Severa	Total	
Grupo de edad							
Menos de 6 m.	8,8	16,1	3,3	3,3	1,6	10,1	210
6-8	0,8	12,3	0,0	0,0	0,0	2,2	205
9-11	2,8	18,2	1,2	3,3	1,2	5,7	236
12-17	14,0	33,8	1,4	3,9	0,9	10,7	312
18-23	5,3	38,8	0,9	8,9	2,4	19,1	319
24-35	5,0	40,4	0,3	3,4	2,3	14,5	689
36	13,9	86,8	0,0	0,0	0,0	29,7	20
Sexo							
Hombre	8,8	38,2	0,7	5,2	2,3	17,4	942
Mujer	4,0	25,4	1,1	2,8	1,0	7,2	1.049
Situación nutricional de la madre							
Desnutrida	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16
Normal	15,7	31,4	1,0	4,0	1,9	12,6	1.196
Sobrepeso/Obes.	6,5	31,5	0,8	4,1	1,2	11,5	769
Sin información	0,0	64,9	0,0	0,0	0,0	0,0	5
Nivel de educación							
Sin educación	16,9	57,8	0,0	14,5	5,2	30,6	115
Primaria	6,6	36,9	1,7	5,1	2,4	13,4	1.008
Secundaria	3,5	21,8	0,0	0,8	0,2	7,7	822
Superior	7,3	7,3	3,6	10,9	0,0	14,6	40
Distrito							
Vilcashuamán	6,7	38,1	0,4	4,8	1,2	15,5	669
Accomarca	7,2	22,4	1,7	6,0	1,8	16,5	88
Carhuanca	7,8	27,1	2,1	4,2	0,0	9,9	105
Concepción	3,8	21,1	1,2	4,0	1,7	3,9	276
Huambalpa	10,7	33,5	3,5	6,2	3,5	14,7	207
Independencia	3,7	25,6	0,0	0,0	0,0	8,6	122
Saurama	6,1	35,1	1,8	1,8	0,0	10,6	124
Vischongo	3,7	29,4	0,0	2,8	2,8	11,6	394
Área Urbana	6,0	29,6	1,1	4,2	1,9	11,1	550
Rural	6,3	32,2	0,9	3,9	1,5	12,4	1.441
Total	6,2	31,5	1,0	4,0	1,6	12,0	1.991

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 38

Inicio de la lactancia materna según características seleccionadas

Característica seleccionada	Porcentaje que le dio pecho alguna vez	Número de niños	Empezó dentro de la primera hora	Empezó durante el primer día de nacido
Sexo				
Hombre	98,4	895	80,8	89,7
Mujer	100,0	990	87,5	96,8
Atención del parto				
Profesional de la salud	99,2	1.776	84,1	93,7
Promotor de salud	100,0	32	74,1	74,1
Comadrona/Partera	100,0	8	61,6	100,0
Otro tipo de atención	100,0	66	87,4	92,3
Nadie	100,0	10	100,0	100,0
Nivel de estudios				
Sin educación	100,0	11	100,0	100,0
Primaria	99,4	962	86,7	93,7
Secundaria	98,9	787	83,4	93,4
Superior	100,0	43	54,6	93,1
Distrito				
Vilcashuamán	100,0	636	7,7	86,8
Accomarca	100,0	86	70,9	96,3
Carhuanca	100,0	97	87,6	97,7
Concepción	100,0	273	89,2	95,9
Huambalpa	96,9	198	89,4	91,8
Independencia	100,0	119	83,7	95,2
Saurama	100,0	124	91,1	98,2
Vischongo	97,7	359	88,4	100,0
Área				
Urbana	98,8	528	84,1	94,5
Rural	99,4	1.364	84,0	93,0
Total	99,2	1.892	84,0	93,4

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 39

Situación de lactancia materna según edad

Característica seleccionada	Total	No está lactando	Lacta exclusivamente	Lactan y reciben				Número de niñas y niños
				Solo agua	Líquidos (agua/jugos)	Leche no materna	Complementos	
Edad de 0-5 meses								
<4	100,0	0,0	96,5	0,0	3,5	0,0	0,0	143
4-5	100,0	0,0	86,0	0,0	4,6	2,4	6,9	63
Edad de 0-9 meses								
<6	100,0	0,0	93,3	0,0	3,9	0,7	2,1	207
6-9	100,0	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	93,2	316
Edad de 0-36 meses								
<2	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	76
2-3	100,0	0,0	92,5	0,0	7,5	0,0	0,0	67
4-5	100,0	0,0	86,0	0,0	4,6	2,4	6,9	63
6-8	100,0	0,0	10,5	0,0	0,0	0,0	89,5	205
9-11	100,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	94,3	238
12-17	100,0	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0	92,4	304
18-23	100,0	19,0	0,0	0,0	0,0	0,0	81,0	309
24-35	100,0	71,8	0,0	0,0	0,0	0,0	28,2	601

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 40

Frecuencia de la lactancia

Característica seleccionada	Porcentaje que le dio pecho alguna vez	Veces durante el día	Veces durante la noche	Número de niños
Sexo				
Hombre	98,4	4,3	3,0	895
Mujer	100,0	4,6	3,2	990
Nivel de estudios				
Sin educación	100,0	6,8	2,0	11
Primaria	99,4	4,6	3,0	962
Secundaria	98,9	4,3	3,2	787
Superior	100,0	2,7	2,8	43
Distrito				
Vilcashuamán	100,0	4,6	3,2	636
Accomrca	100,0	4,0	2,9	86
Carhuanca	100,0	4,5	2,9	97
Concepción	100,0	5,5	3,9	273
Huambalpa	96,9	4,9	3,7	198
Independencia	100,0	4,3	2,6	119
Saurama	100,0	5,9	3,5	124
Vischongo	97,7	3,0	2,3	359
Área				
Urbana	98,8	4,2	3,3	528
Rural	99,4	4,6	3,1	1.364
Total	99,2	4,5	3,1	1.892

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 41

Alimentos y líquidos recibidos por los niños de día o de noche

Edad en meses	Alimentos líquidos			Alimentos sólidos								N° de niños
	Fórmula infantil	Otra leche	Otro líquido	Alimentos a base de grano, trigo, cereal	Frutas/Vegetales	Alimentos hechos de tubérculos/raíces	Alimentos hechos de legumbres/nueces	Carne/Aves/Pescado/Huevo	Queso yogurt/ Otros productos lácteos	Alimentos hechos con aceite/ grasas / mantequillas	Alimentos azucarados	
Niñas y niños que aún están lactando												
Total	5,3	47,4	69,1	77,3	80,4	82,7	57,2	70,8	58,0	72,6	18,8	1,338
Edad de 0 - 36 meses												
<2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	76
2-3	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	67
4-5	0,0	2,4	11,5	4,2	4,2	6,9	0,0	4,2	4,2	0,0	0,0	63
6-8	4,1	40,1	64,0	67,8	80,3	88,1	36,8	70,9	59,9	61,7	9,7	205
9-11	5,4	45,9	77,9	93,6	98,8	97,7	71,1	90,9	62,3	89,1	10,6	225
12-17	5,2	61,9	86,9	98,8	98,8	100,0	71,5	84,0	74,2	91,5	38,9	281
18-23	11,2	70,6	86,5	98,0	98,0	100,0	78,8	86,3	70,8	92,4	25,4	250
24-35	5,0	56,9	85,6	93,7	96,5	100,0	77,9	83,7	73,4	92,2	20,6	170
Edad de 0 - 9 meses												
<4	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	143
4-5	0,0	2,4	11,5	4,2	4,2	6,9	0,0	4,2	4,2	0,0	0,0	63
6-9	2,7	38,7	69,3	77,5	86,3	92,3	54,4	78,5	53,7	70,9	10,0	316
Niñas y niños que aún están lactando												
Total	8,6	75,4	89,1	97,0	98,8	99,3	76,6	82,4	70,9	87,0	36,1	512
Edad de 0 - 36 meses												
<2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
2-3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
4-5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
6-8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
9-11	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	5
12-17	47,4	64,1	73,9	83,4	100,0	100,0	73,9	55,3	61,3	91,3	16,6	17
18-23	14,9	81,1	92,2	100,0	100,0	100,0	78,8	86,6	75,6	95,0	46,4	59
24-35	5,1	74,8	89,1	97,1	98,6	99,1	76,1	82,7	70,3	85,6	35,9	431
Edad de 0 - 9 meses												
<4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
4-5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
6-9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 42

Alimentos consumidos por los niños en las últimas 24 horas

Característica seleccionada	Cebada	Quinoa	Maíz	Kiwicha	Avena	Arvejas	Habas	Upada (siete semillas)	Cualquier comida hecha de cereal	Harina de trigo fortificada	Verduras	Frijol, lenteja, soja	Comida hecha de tubérculos o raíces	Frutas	Carne y/o pescado	Visceras	Queso o yogurt	Huevo	Cualquier comida hecha con aceite, mantequilla	Número de niños
Grupos de edad																				
<2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	76
2-3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	67
4-5	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	4,2	2,7	4,2	0,0	0,0	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	0,0	63
6-8	43,0	18,2	25,3	0,0	40,7	17,8	23,9	22,5	57,5	64,8	68,5	11,7	72,5	71,1	44,7	15,9	59,9	46,1	61,7	205
9-11	71,1	33,8	37,2	24,9	65,4	13,5	40,9	15,4	83,7	58,2	92,1	28,0	73,2	82,0	61,2	36,1	64,5	61,8	89,7	238
12-17	53,1	19,3	77,5	5,9	50,2	26,7	53,7	34,5	80,6	72,6	90,0	20,7	89,2	92,9	58,2	10,4	74,0	61,7	91,7	304
18-23	60,5	22,3	87,9	6,5	41,6	35,6	63,1	38,8	82,3	68,5	92,7	20,0	87,3	85,5	64,9	10,9	71,7	60,6	92,9	309
24-35	54,7	25,5	89,6	8,7	40,5	25,0	67,0	32,7	82,3	66,1	93,8	14,6	92,7	89,9	62,2	13,8	71,2	60,0	87,5	601
36	29,7	13,2	100,0	0,0	10,8	0,0	42,9	26,2	84,7	69,1	100,0	13,2	100,0	69,1	84,7	17,0	72,1	28,5	70,8	20
Sexo																				
Hombre	52,4	18,7	70,0	7,1	39,7	21,5	51,3	32,4	71,7	65,3	82,3	17,3	81,0	78,5	55,9	11,8	65,7	55,4	79,4	895
Mujer	48,0	23,7	58,6	8,6	41,5	22,0	46,2	22,2	69,6	53,9	77,8	15,3	72,5	75,0	51,4	16,9	58,6	49,5	74,4	990
Nivel de estudios																				
Sin educación	47,6	0,0	52,4	47,6	52,4	52,4	52,4	100,0	52,4	100,0	52,4	0,0	47,6	52,4	52,4	0,0	52,4	100,0	100,0	11
Primaria	55,9	22,1	69,9	5,5	43,0	24,4	53,1	27,0	71,0	58,8	80,2	17,7	79,6	77,3	52,8	12,2	67,5	53,3	77,4	962
Secundaria	45,0	22,7	59,1	9,9	40,0	18,8	43,8	24,6	72,7	59,9	83,8	16,5	74	98,0	58,3	18,4	57,1	54,2	78,9	787
Superior	35,0	24,7	61,3	13,6	19,1	27,4	50,7	38,7	66,6	73,5	56,2	0,0	73,5	62,9	40,2	12,2	52,0	59,3	68,2	43
Distrito																				
Vilcashuamán	58,0	24,5	57,9	9,7	49,4	22,7	55,2	31,6	68,5	57,9	81,0	12,1	78,8	79,5	49,6	11,8	66,8	56,4	77,3	636
Accomarca	30,9	18,2	63,4	3,9	36,4	25,9	37,9	44,0	70,2	23,3	73,3	18,3	71,2	69,5	41,8	21,0	59,7	66,0	62,3	86
Carhuanca	25,4	6,2	76,3	12,4	47,5	19,2	59,3	16,4	82,5	70,6	79,1	18,6	75,1	83,6	37,9	10,2	67,8	50,3	81,9	97
Concepción	67,3	30,9	57,7	20,8	59,8	25,1	43,6	19,4	72,5	49,5	84,1	29,8	66,9	80,9	57,7	29,3	52,1	65,6	83,1	273
Huambalpa	46,6	24,7	68,8	3,1	29,2	18,7	45,0	28,7	65,5	54,0	72,5	23,8	77,4	63,1	51,4	10,3	62,4	52,5	71,3	198
Independencia	38,2	34,2	78,6	5,1	27,1	16,1	42,0	31,0	70,3	66,9	80,2	3,7	81,0	77,8	56,5	14,5	51,9	43,0	83,4	119
Saurama	35,2	16,7	83,3	2,5	18,4	13,9	71,3	35,0	85,8	63,5	86,5	7,9	86,8	75,2	64,2	13,1	67,5	69,7	82,3	124
Vischango	46,1	9,7	61,7	0,0	29,6	23,7	37,8	18,1	68,3	72,4	79,0	14,6	76,3	76,0	60,3	11,5	61,9	30,2	72,4	359
Área																				
Urbana	38,5	19,3	70,5	5,1	38,6	17,3	49,7	23,6	70,8	64,2	78,0	14,2	76,2	77,2	56,3	10,8	64,0	55,2	70,3	528
Rural	54,8	22,4	61,3	9,0	41,8	23,5	48,5	28,2	70,7	57,1	80,8	16,9	76,8	76,5	52,3	16,2	61,4	51,4	79,4	1364
Total	50,3	21,5	63,9	7,9	40,9	21,8	48,8	26,9	70,7	59,0	80,0	16,2	76,6	76,7	53,4	14,7	62,1	52,5	76,8	1892

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 43

Suplementos de hierro y micronutrientes consumidos por el niño

Característica seleccionada	Niños entre 6-35 meses de edad					
	Su hijo está recibiendo actualmente hierro y vitaminas	Recibe jarabe	Recibe "chispitas"	Total niños	Días promedio que tomó jarabe en la última semana	Días promedio que tomó "chispitas" en la última semana
Hombre	71,8	1,6	99,0	818	4,9	2,9
Mujer	86,1	2,3	98,4	839	3,73,2	
Nivel de estudios						
Sin educación	100,0	0,0	100,0	11	,	3,0
Primaria	78,9	2,3	99,3	849	2,9	3,3
Secundaria	81,1	1,4	98,3	707	5,5	2,9
Superior	45,0	0,0	100,0	31	,	2,6
Distrito						
Vilcashuamán	76,9	2,5	97,5	566	5,9	2,7
Accomarca	85,9	0,0	97,3	67	,	3,1
Carhuanca	94,9	7,4	100,0	85	3,0	4,2
Concepción	81,7	3,8	97,7	240	3,4	2,9
Huambalpa	71,8	0,0	100,0	169	,	3,3
Independencia	77,5	0,0	100,0	110	,	3,4
Saurama	81,4	2,5	100,0	111	1,0	3,2
Vischongo	78,9	0,0	100,0	308	,	3,1
Área						
Urbana	75,6	2,9	97,9	464	3,5	3,4
Rural	80,4	1,7	99,0	1.194	4,5	2,9
Total	79,1	2,0	98,7	1.658	4,1	3,1

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 44

Alimentos de origen animal como ingrediente en las recetas y su consumo en niños

Grupo de edad (meses)	Alimento de origen animal en la receta		Alimento de origen animal consumido	
	N.º	%	N.º	%
6 a 11	16	66,7	14	58
12 a 23	21	80,8	20	76,9
Total	37	74	34	68

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 45

Alimentos fuentes de Fe-Hem en las recetas y su consumo en niños según grupo de edad

Grupo de edad (meses)	Alimento fuente de Fe-Hem en la receta		Alimento fuente de Fe-Hem consumido	
	N.º	%	N.º	%
6 a 11	11	45,8	8	33
12 a 23	13	50	8	30,7
Total	24	48	16	32

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 46

Alimentos de programas alimentarios en la comida de los niños según grupo de edad

Grupo de edad (meses)	Alimentos de programas alimentarios	
	N.º	%
6 a 11	10	41,7
12 a 23	6	23,1
Total	16	32

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 47

Consumo de dulces y refrescos artificiales en niños según grupo de edad

Grupo de edad (meses)	Dulces		Refrescos artificiales	
	N°	%	N°	%
6 a 11	0	0	0	0
12 a 23	6	23	6	23
Total	6	12	6	12

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 48

Preparaciones ofrecidas a los niños durante el desayuno según grupo de edad

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sopa de consistencia normal	8	33	11	42,3	19	38
Bebibles: cereal, harinas con leche	3	12,5	10	38,5	13	26
Pan, galletas	6	25	5	19,2	11	22
Alimentos de programas alimentarios	7	29,2	4	15,4	11	22
Sopa aguada	6	25	3	11,5	9	18
Alimentos sancochados (huevo, carne)	2	8,3	7	26,9	9	18
Segundos	1	4,2	5	19,2	6	12
Alimentos sancochados (cereal, tubérculo, habas)	0	0	4	15,4	4	8
Bebibles: cereal, harinas sin leche	2	8,3	2	7,7	4	8
Infusión, mate, agua	1	4,2	3	11,5	4	8
Lácteos	0	0	3	11,5	3	6
Frutas	1	4,2	1	3,8	2	4
Frituras	1	4,2	1	3,8	2	4
Sopa espesa	2	8,3	0	0	2	4
Puré aguado	1	4,2	0	0	1	2
Puré espeso	1	4,2	0	0	1	2

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 49

Preparaciones ofrecidas a los niños durante el almuerzo

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23		N°	%
	N°	%	N°	%		
Segundo	12	54,5	12	50	24	52,2
Sopa consistencia normal	3	13,6	8	33,3	11	23,9
Alimentos sancochados (cereal, tubérculo, habas)	3	13,6	4	16,7	7	15,2
Frutas	3	13,6	2	8,3	5	10,9
Lácteos	3	13,6	1	4,2	4	8,7
Infusión, mate, agua	2	9,1	2	8,3	4	8,7
Alimentos de programas alimentarios	2	9,1	1	4,2	3	6,5
Verdura	0	0	3	12,5	3	6,5
Alimentos sancochados (huevo, carne)	0	0	3	12,5	3	6,5
Refrescos naturales	0	0	2	8,3	2	4,3
Frituras	2	9,1	0	0	2	4,3
Sopa aguada	1	4,5	1	4,2	2	4,3
Sopa espesa	1	4,5	0	0	1	2,2
Puré espeso	0	0	1	4,2	1	2,2
Mazamorra sin leche	1	4,5	0	0	1	2,2
Mazamorra con leche	0	0	1	4,2	1	2,2
Bebibles: cereal, harinas sin leche	1	4,5	0	0	1	2,2
Refrescos artificiales	0	0	1	4,2	1	2,2

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 50

Preparaciones ofrecidas a los niños durante la cena según grupo de edad

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sopa consistencia normal	6	33,3	8	47,1	14	40
Segundo	3	16,7	5	29,4	8	22,9
Lácteo	4	22,2	2	11,8	6	17,1
Infusión, mate, agua	3	16,7	1	5,9	4	11,4
Mazamorra sin leche	2	11,1	2	11,8	4	11,4
Frituras	1	5,6	2	11,8	3	8,6
Alimentos de programas alimentarios	2	11,1	1	5,9	3	8,6
Alimentos sancochados (cereal, tubérculos, habas)	2	11,1	0	0	2	5,7
Frutas	0	0	1	5,9	1	2,9
Bebibles: cereal, harinas con leche	1	5,6	0	0	1	2,9
Sopa aguada	1	5,6	0	0	1	2,9
Sopa espesa	1	5,6	0	0	1	2,9
Puré aguado	1	5,6	0	0	1	2,9
Puré espeso	1	5,6	0	0	1	2,9

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 51

Preparaciones ofrecidas a los niños durante la entremesa según grupo de edad

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Frutas	11	50	23	88,5	34	70,8
Pan, galletas	9	40,9	13	50	22	45,8
Alimentos sancochados (cereal, tubérculo, habas)	4	18,2	12	46,2	16	33,3
Lácteos	4	18,2	9	34,6	13	27,1
Segundos	6	27,3	4	15,4	10	20,8
Infusión, mate, agua	3	13,6	7	26,9	10	20,8
Alimentos de programas alimentarios	6	27,3	2	7,7	8	16,7
Dulces	0	0	6	23,1	6	12,5
Refrescos artificiales	0	0	6	23,1	6	12,5
Sopa consistencia normal	2	9,1	4	15,4	6	12,5
Alimentos sancochados (huevo, carne)	2	9,1	2	7,7	4	8,3
Bebibles: cereal, harinas con leche	1	4,5	2	7,7	3	6,3
Sopa aguada	2	9,1	1	3,8	3	6,3
Verduras	1	4,5	0	0	1	2,1
Mazamorra sin leche	2	9,1	0	0	2	4,2
Puré espeso	1	4,5	1	3,8	2	4,2
Frituras	1	4,5	0	0	1	2,1
Bebibles: cereal, harinas sin leche	1	4,5	0	0	1	2,1
Sopa espesa	1	4,5	0	0	1	2,1
Mazamorra con leche	1	4,5	0	0	1	2,1

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 52

Número de comidas consumidas por los niños

Grupo de edad (meses)	Frecuencia de consumo (comidas/día)							
	2 veces		3 veces		4 veces		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
6	1	20	1	20	3	60	5	10
7 - 8			2	28,6	5	71,4	7	14
9 a 11	1	8,3	3	25	8	66,7	12	24
12 a 23			11	42,3	15	57,5	26	52

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 53

Número y porcentaje de niños que consume el número de comidas recomendadas para su edad

Grupo etario	50	N.º de comidas principales				N.º de entrecomidas		Recom. OMS	Recom. Minsa
		2	%	3	%	n	%		
6 meses	5	2	40.0%	3	60.0%	4	80.0%	2-3 cp +	2 cp
7 a 8 meses	7	2	28.6%	5	71.4%	7	100.0%	1-2 ec	3 cp
9 a 11 meses	12	4	33.3%	8	66.7%	11	91.7%	3-4cp +1-2 ec	3p + 1 ec
12 a 23 meses	26	11	42.3%	15	57.7%	26	100.0%	3-4cp +1-2 ec	3p + 2ec

*cp (comidas principales), ec (entrecomidas).

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 54

Número y porcentaje de niños que consume comidas principales y entrecomidas según grupo de edad

Grupo de edad (meses)	Comidas principales						Entrecomida	
	Desayuno		Almuerzo		Cena		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
6 a 11	24	100	22	91,7	18	75	22	91,7
12 a 23	26	100	24	92,3	17	65,4	26	100
Total	50	100	46	92	35	70	48	96

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 55

Práctica de lactancia materna continua en niños según grupo de edad.

Grupo de edad (meses)	Lacta		No lacta	
	N.º	%	N.º	%
6 a 11	24	100	0	0
12 a 23	25	96,2	1	3,8
Total	49	98	1	2

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 56

Número de lactadas durante el día y la noche según grupo de edad

Grupo de edad (meses)	N.º de lactadas		
	De día	De noche	Total
6 a 8	10	5	15
9 a 11	8	4	12
12 a 23	10	4	14
Total	9	4	14

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 57

Ingesta de energía y nutrientes de los alimentos complementarios

Grupo de edad	6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 23 meses
Energía y nutrientes	Promedio y DS	Promedio y DS	Promedio y DS
Energía (Kcal)	186 ± 97,3	310 ± 186	517 ± 196,1
Proteínas (g)	5,54 ± 3,2	9,2 ± 5,8	15,61 ± 6,4
Grasa (g)	3,10 ± 1,58	12,37 ± 9,78	12,51 ± 7,8
Carbohidrato (g)	35,09 ± 19,4	45,9 ± 32,85	88,77 ± 40,53
Vitamina A (ER)	525,6 ± 1058,6	252,8 ± 267,7	320,8 ± 264,2
Tiamina (mg)	0,12 ± 0,1	0,19 ± 0,1	0,34 ± 0,2
Niacina (mg)	2,04 ± 1,9	1,8 ± 1,1	4,03 ± 2,6
Riboflavina (mg)	0,2 ± 0,2	0,2 ± 0,2	0,4 ± 0,25
Folato (µ)	31,9 ± 28,8	45,2 ± 29,2	78,6 ± 38,2
Vitamina C (mg)	11,4 ± 7,4	16,8 ± 13,6	31,3 ± 34,2
Calcio (mg)	54,5 ± 28,4	114,8 ± 121,3	180,4 ± 171,7
Hierro (mg)	1,79 ± 0,95	2,56 ± 1,3	4,4 ± 1,97
Zinc (mg)	0,88 ± 0,6	1,6 ± 1,0	2,4 ± 1,5

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 58

Densidad de nutrientes de alimentos complementarios según grupo de edad y nivel de ingesta de leche materna baja

Grupo de edad (meses)	6 a 8		9 a 11		12 a 23	
	Recomendación de densidad	Densidad Vilcashuamán	Recomendación de densidad	Densidad Vilcashuamán	Recomendación de densidad	Densidad Vilcashuamán
Proteína (g)	1,8	2,9	1,5	3,1	1,4	3,02
Vitamina A (ug RE)	53,8	124	49,9	73	38,9	83
Calcio (mg)	74,4	35	61,3	49	59,09	34
Hierro (mg) 10% biod	2,3	1	1,7	1,1	0,71	0,9
Hierro (mg) 5% biod	4,7	1	3,5	1,1	1,4	0,9
Zinc (mg) biod mod	0,9	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5
Zinc (mg) biod baja	2,01	0,5	1,5	0,6	1,01	0,5
Rivoflavina (mg)	0,08	0,09	0,06	0,08	0,05	0,07
Tiamina (mg)	0,05	0,07	0,04	0,07	0,06	0,07
Niacina (mg)	0,75	0,9	0,76	0,6	0,75	0,8
Folato (ug)	12,06	17	10,78	17	18,03	16
Vitamina C (mg)	3,8	7	3,6	7	2,9	7

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 59

Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses*

		Grupo 0-5meses
Lacta exclusivamente	Recuento	61
	%	85,90
Lacta+agua+jugo	Recuento	2
	%	2,80
Lacta+leche no materna	Recuento	1
	%	1,40
Lacta+complementos	Recuento	7
	%	9,90
Total	Recuento	71
	%	100,00

* Datos de la encuesta general a la madre.
Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 60

Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses según edad*

		Grupo 0 - 5 meses			Total
		0 - 1	2 - 3	4 - 5	
Lacta exclusivamente	Recuento	30	15	16	61
	%	96,80	93,80	66,70	85,90
Lacta+agua+jugo	Recuento	0	1	1	2
	%	0,00	6,30	4,20	2,80
Lacta+leche no materna	Recuento	0	0	1	1
	%	0,00	0,00	4,20	1,40
Lacta+complementos	Recuento	1	0	6	7
	%	3,20	0,00	25,00	9,90
	Recuento	31	16	24	71
	%	100,00	100,00	100,00	100,00

* Datos de la encuesta general a madres.
Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 61

Mínima diversidad de la dieta de niños según grupo de edad

Indicador	%	Total de niños
Proporción de niños de 6 - 23 meses que recibieron alimentos de 4 ó más de los 7 grupos de alimentos	86	43
Proporción de niños de 6 - 11 meses que recibieron alimentos de 4 ó más de los 7 grupos de alimentos	75	18
Proporción de niños de 12 - 17 meses que recibieron alimentos de 4 ó más de los 7 grupos de alimentos	94,1	16
Proporción de niños en 18 - 23 meses que recibieron alimentos de 4 ó más de los 7 grupos de alimentos	100	9

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 62

Frecuencia mínima de comidas sólidas o espesas para niños amamantados según grupo de edad*

Indicador	%	Total de niños
Proporción de niños amamantado de 6 - 11 meses que recibieron comidas sólidas o espesas el mínimo número de veces o más	58,3	24
Proporción de niños amamantados de 12 -17 meses que recibieron comidas sólidas o espesas el mínimo número de veces o más	70,6	17
Proporción de niños amamantados de 18 - 23 meses que recibieron comidas sólidas o espesas el mínimo número de veces o más	100	8

* Encuesta de consumo.
Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011,

Tabla 63

Dieta mínima aceptable para niños amamantados según grupo de edad *

	6-11 meses Porcentaje del grupo	12-17 meses Porcentaje del grupo	18-23 meses Porcentaje del grupo	Porcentaje respecto al total de niños 6-23 meses
Dieta mínima aceptable (%)	54,2	64,7	100	66
N.º	13	11	9	33
Total niños	24	17	9	50

* De la encuesta de consumo.
Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011,

Tabla 64

Diversidad alimentaria mínima*

Grupo de alimentos		Edad (meses)			Total
		6-11	12-17	18-23	
Alimento rico en hierro o fortificado	N.º	101	89	78	268
	%	96,20	100,00	98,70	98,20
Total	N.º	105	89	79	273
	%	100,00	100,00	100,00	100,00

* Encuesta general.
Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011,

Tabla 65

Diversidad alimentaria mínima*

Grupo de alimentos		Edad (meses)			Total
		6-11	12-17	18-23	
1 a 3	N.º	6	1	0	7
	%	25,00	5,90	0,00%	14,00
4 a +	N.º	18	16	9	43
	%	75,00	94,10	100,00	86,00
Total	N.º	24	17	9	50
	%	100,00	100,00	100,00	100,00

* Encuesta de consumo (50) niños.
Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011,

Tabla 66

Diversidad alimentaria mínima en niños de 6-23 meses*

Grupo de alimentos		Edad (meses)			Total
		6 - 11	12 - 17	18 - 23	
1 a 3 grupos	N.º	23	13	7	43
	%	21,90	14,60	8,90	16,80
4 a + grupos	N.º	80	76	72	228
	%	76,20	85,40	91,10	83,50
Total	N.º	105	89	79	273
	%	100,00	100,00	100,00	100,00

* Encuesta general.
Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011,

Tabla 67

Prácticas de la madre durante el momento de ofrecer comida al niño

Práctica observada	Grupo de edad (meses)				N.º	
	6 a 11		12 a 23		N.º	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Le lava las manos al niño	8	33,3	15	57,7	23	43
Le sirve la comida primero al niño	19	79,2	18	69,2	37	74
Le sirve la comida en plato propio	24	100	25	96,2	49	98
El niño come cerca de la madre/cuidadora	23	95,8	24	92,3	47	94
El niño come con otros miembros de la familia	19	79,2	18	69,2	37	74
Recibe alimento o preparación solo para él	6	25	14	53,8	20	40
No le ofrecen alimento o preparación que come el resto de la familia	16	66,7	14	53,8	30	60

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 68

Prácticas de la madre durante el momento de comer del niño

Práctica observada	Grupo de edad (meses)				N.º	
	6 a 11		12 a 23		N.º	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Anima verbalmente al niño a comer	22	91,7	25	96,2	47	94
Motiva al niño a comer con gestos, juegos	13	54,2	14	53,8	27	54
El niño es forzado a comer	0	0	2	7,7	2	4
Le ofrece más comida al niño	4	16,7	7	26,9	11	22
Presta atención al niño	24	100	26	100	50	100

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

Tabla 69

Prácticas de la madre durante el cuidado del niño

Práctica observada	Grupo de edad (meses)				N.º	
	6 a 11		12 a 23		N.º	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Elogia a su niño	17	70,8	16	61,5	33	66
Emplea palabras cariñosas	19	79,2	21	80,8	40	80
Le canta a su niño	7	29,2	5	19,2	12	24
Acaricia a su niño	20	83,3	21	80,8	41	82
Abraza a su niño	22	91,7	19	73,1	41	82
Besa a su niño	17	70,8	19	73,1	36	72

Fuente: Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay, Fundación Acción Contra el Hambre, 2011.

ANEXO B INSTRUMENTOS

Ficha 1: Recajo de información de la gestión municipal

El presente instrumento de recajo de información, denominado ficha de información secundaria, tiene el propósito de recopilar datos sobre aspectos referidos a la gestión municipal, con la finalidad conocer la situación actual del Gobierno Municipal Distrital.

I. Información general

1.1. Ubicación política y geográfica, y extensión

Departamento	
Provincia	
Distrito	
Altitud (msnm)	
Extensión	

1.2. Municipalidad

Distrital de

Alcalde	
Regidores	

1.3. Teléfono

1.4. Correo electrónico

1.5. Página web

1.6. Oficina de enlace

Dirección	
Teléfono	
Persona de contacto	

1.7. Oficina de programación de inversiones

Existe: ()

Responsables:

No existe: ()

¿Quién asume la responsabilidad?:

1.8. Localidades, altitud, categoría y representante

N.º	Nombre	Altitud (msnm)	Categoría	Autoridad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.9. Indicadores de población			
Ítem.	Indicadores	Total	%
1	Población total		
1.1	• Varones		
1.2	• Mujeres		
2	Alfabetismo		
2.1	• Analfabetismo		
2.2	• Madres con escolaridad básica concluida		
3	Tasa de crecimiento poblacional		
4	Tasa global de fecundidad		
5	Servicios básicos de vivienda		
5.1	• Sin agua		
5.2	• Sin luz		
5.3	• Sin desagüe o letrinas		
6	Desnutrición crónica infantil		
7	Anemia en gestantes		
8	Esperanza de vida al nacer		
8.1	• Varones		
8.2	• Mujeres		
9	Ranking distrital/Vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil		

1.10 Actividad económica	Descripción
Agricultura	
Pecuaría	
Ferías	

1.11. Infraestructura	
Tipo	Descripción
Productiva (riego, otros)	
Vial	
Telefonía fija	
Telefonía móvil	
Radio comunicación	

1.12. Servicios básicos	
Tipo	Descripción
Agua (potable, entubada)	
Saneamiento (desagüe, alcantarillado, letrinas, rellenos sanitarios, lavaderos)	
Electrificación	
Vivienda	

1.13. Servicios en general	
Tipo	Descripción
Salud	
Educación	
Restaurantes	
Hoteles/Albergues	

Fuente: _____

1.14. Turismo

.....

.....

.....

.....

1.15. Afectación por la violencia sociopolítica (1980-1990)

Variables	Cantidad
Muertos	
Desaparecidos	
Viudas	
Huérfanos	
Autoridades muertas	
Autoridades desaparecidas	
Organizaciones afectadas	

Fuente: _____

Grado de afectación (marque X)	Bajo	Medio	Medio-alto	Alto	Muy alto

II. Organización municipal

2.1. Ubicación política y geográfica, y extensión

PDC	Descripción ¹
Visión	
Ejes de desarrollo	
Objetivos estratégicos	

Observaciones (fecha de formulación y actualización):

.....

.....

Instrumentos de planificación estratégica	Descripción de contenido (visión, misión, ejes, objetivos, acciones, fecha de formulación y actualización)
PDI	No cuenta con dicho documento.
PIR	Sí cuenta con el plan, formulado en el 2008 por el Centro de Estudios y de Investigación Social Andinos (CEISA). Sin embargo, no se cuenta con el documento en físico. Para la identificación de los proyectos para las reparaciones colectivas no se tomó en cuenta el PIR.
Plan de manejo forestal	Se hace mención, pero no se ubica el documento en físico.

¹ La relación de proyectos contemplados en el PDC se describe en el anexo 1.

2.2. Planificación operativa

Instrumentos de planificación operativa	Descripción de contenido							
POI -2010								
PIA: 2010 y 2011	2010 (S/.)				Anteproyecto 2011 (S/.)			
	2010 (S/.)				Anteproyecto 2011 (S/.)			
	Ingresos	%	Egresos	%	Ingresos	%	Egresos	%

Fuente: _____

2.3. Organización interna

Instrumentos	Descripción de contenido y detalle de la fecha de formulación y actualización
Estructura orgánica y funcional ²	
ROF	
MOF	
RIC	

Fuente: _____

² Anexar la estructura orgánica.

2.4. Promoción de la participación ciudadana

Instrumentos	Descripción de contenido y detalle de la fecha de formulación y actualización
PPC	
RUOS	

Fuente: _____

2.5. Fortalecimiento y desarrollo de capacidades

Instrumentos	Descripción de contenido y detalle de la fecha de formulación y actualización
PDCAP	

Fuente: _____

2.6. Políticas de gestión municipal

Documentos	Descripción de contenido
Ordenanzas	
Resoluciones	
Acuerdos	
Otros (indique)	

Observaciones:

.....

III. Recursos institucionales y/o humanos

3.1. Autoridades municipales

N.º	Nombre de la autoridad municipal	Cargo	Grado de instrucción/Profesión
01		Alcalde	
02		Regidor	
03		Regidora	

N.º	Nombre de la comisión	Responsable (S)	Observación
01			
02			
03			

Observaciones:

.....

.....

3.2. Recursos humanos

Personal	Cant. (2010)	Detalle del cargo
N.º personal nombrado		
N.º personal contratado-permanente		
Eventuales		

Personal	Cant. (2010)	Detalle del cargo
N.º personal profesional ³		
N.º personal técnico		
Otros (secundaria completa, incompleta)		
Total de personal		

Observaciones:

.....

.....

3.3. Fortalecimiento y desarrollo de capacidades

Actividades de capacitación realizadas para el personal interno	Año	Responsable de la capacitación
Registro Civil	2010	RENIEC
Presupuesto por Resultados	2010	MEF
Transferencia de Gestión Municipal	2010	CEISA/PRODES

3.4. Implementación municipal 2010

Concepto	Cantidad	Detalle
N.º de computadoras operativas		
N.º de vehículos operativos		

3.5. Planes de gobierno

Periodo	Detalle (ejes/políticas sectoriales)
2007-2010	
2011-2014	

3 | Se considera personal profesional a partir del grado de bachiller.

IV. Presupuesto municipal

4.1. Ingresos

2010	
Fuente de financiamiento	Monto (S/.)
Total	

Fuente: _____

4.2. Egresos

2010	
Genérica de gasto	Monto (S/.)
Total	

Fuente: _____

Observaciones:

.....

Histórico anual

Año	Fuentes	Monto (S/.)
2000		
	Total	
2001		
	Total	
2002		
	Total	
2003		
	Total	
2004		
	Total	
2005		
	Total	
2006		
	Total	



2007		
	Total	
2008		
	Total	
2009		
	Total	

Observaciones:

.....

.....

4.3. Relación de ideas-proyectos según acta del Presupuesto Participativo PP-2010

N.º	Ideas de proyecto ⁴	Monto (S/.)
	Por zonas x comunidad	No precisa
1		
2		

4 | Las ideas del proyecto se transcriben textualmente del acta de PP-2010.

Impacto x distritos

3		
4		

Impacto x provincias

5		
6		
Total de techo presupuestal para gastos de capital		

Fuente:

Observaciones:

.....

.....

4.4. Avance en la ejecución del presupuesto municipal

Presupuesto 2010	%	Ejecutado a octubre del 2010	%

4.5. Orientación presupuestal 2007-2010

Programa	Monto asignado (S/.)	%

4.6 Otros financiamientos			
Rubro	Monto (S/.)	Proyecto/actividad ejecutada	Observaciones
Reparaciones colectivas			
Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal			
Programa de Modernización Municipal			

V. Mecanismos de participación, coordinación y articulación interinstitucional

5.1. Participación ciudadana y espacios de concertación			
Espacios	Año de constitución	Responsables de la constitución	Situación actual
Mesa de Concertación			
Instancias de articulación ⁵			
Comités de Vigilancia			
Comités de Gestión			
Núcleos Ejecutores ⁶			
CCL			
Otros (indique)			

5 Instancias impulsadas en el marco de la EN Crecer.

6 Según el Decreto de Urgencia 085-2009, con la finalidad de financiar la ejecución de proyectos de inversión pública y mantenimiento de infraestructura a través de Núcleos Ejecutores.

Espacios	Actividades desarrolladas

Observaciones:

.....

.....

5.2. Sistemas de información para la toma de decisiones

Instrumentos	Funciones

Observaciones:

.....

.....

Seguridad alimentaria

FUNDACIÓN ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE / KUSI WARMA

VILCASHUAMÁN - AYACUCHO

A. IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO DE ENTREVISTADA (ID)

1. Segmento N.º
2. Vivienda N.º
3. Hogar
4. Dirección de la vivienda: _____
5. Distrito: _____
6. Comunidad
7. Área Urbana = 1 Rural = 2
8. Área de muestreo
9. Nombre de la madre/entrevistado _____
10. Nombre del niño o niña _____
11. Sexo (marque con x) Masculino Femenino
12. Fecha de nacimiento (escriba las fechas correspondientes) Día Mes Año
13. Religión que profesa la familia (católica, pentecostal, evangélica, adventista, jesuita, israelita, mormona) _____

B. DETALLE DE LAS VISITAS

	1.º	2.º	3.º	Visita final
Fecha				Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año
Entrevistador				
Resultado*				Código entrevistador <input type="text"/>
Hora de inicio				Resultado* <input type="checkbox"/>
Hora terminación				Número visitas <input type="checkbox"/>
* Códigos de resultado				
Completa	1	Ausente no recuperable	5	
Rechazo	2	Incompleta	6	
Ausente momentáneo	3	Otro _____	7	
Ausente temporal	4			
Códigos	Supervisora <input type="text"/>		Digitado por <input type="text"/>	
	Nombre _____		Nombre _____	
Fecha				

C. ENCUESTA

PRODUCCIÓN AGROPECUARIA Y DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS		
1.	¿Usted siembra productos agrícolas?	Sí _____ 1 No _____ 2
2.	¿Cuántas chacras tiene su familia? (marque con un aspa la respuesta)	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 g. 7 ó más

3. ¿Cuántas chacras fueron sembrados el año pasado (campaña agrícola 2010 a 2011)?								
N.º	Nombre de chacra	¿Cuánto mide su chacra ...?			¿Tienen riego?	¿La chacra es propia, arrendada o prestada?	¿Qué productos sembró Ud. en esa chacra?	¿Dónde está ubicado la chacra?
		m ²	Ha	Yugadas				
1								
2								
3								
4								
5								
Leyenda: m ² = metros cuadrados; Ha = hectareas ; Una yugada, equivale a 2.500 m ² Una hectárea equivale a 10.000 m ²					Sí :1 No :0	* Propia = 1 Arrendada = 2 Prestada = 3		Alta : 1 ; Media : 2 ; Baja: 3

4. Ahora le haré algunas preguntas sobre la cosecha del año pasado (campaña 2009 - 2010)											
¿Cosechó (nombre del producto) el año pasado?	Sí :1 No :0	¿Cuánto fue la producción de (producto)? Cantidad/ (kg)	De esa producción, ¿Ud. destinó (nombre del producto) para (tipo de uso)?					Otros indique: cuál(es)	¿Qué cantidad de (nombre del producto) fue destinada para (tipo de uso)?	¿Qué cantidad de (nombre del producto) fue destinado para (tipo de uso)? Cantidad/ (kg)	El/La (nombre producto) ¿le alcanzará hasta la siguiente cosecha? Sí = 1 ; No = 0
			Consumo	Mercado	Intercambio /Trueque	Pago en productos	Semilla				
Maíz											
Papa											
Oca											
Trigo											
Cebada											
Habas											
Arveja											
Quinoa											

Leyenda
* Unidad: Saco (S), arroba(A), carga®, marlo (m) u otro que mencione la entrevistada.
Se utilizaron además otras medidas (en menor número): Vaneja, manta, pirwa.

5. ¿Me puede indicar las técnicas que utiliza para la producción de alimentos?

Lista de técnicas (ejemplos)	Si utiliza la técnica marque Sí=1 No = 0	¿En que cultivos está esta técnica?
¿En una misma chacra siembra varios productos?		
¿En una misma chacra siembra solo un producto?		
¿En una chacra siembra el mismo producto cada año?		
¿Utiliza abono foliar "el biol" (estiércol, restos de vegetales, hueso molido)?		
Otras técnicas de producción		

6. ¿Me puede indicar las técnicas que utiliza para el almacenamiento de alimentos?

Lista de técnicas (ejemplos)	Sí = 1 No = 0	¿En que cultivos está esta técnica?
¿En su familia almacena en costales?		
¿En su familia almacena en truje?		
¿En su familia almacena en balde, ollas, vasijas, etc.?		
Otras técnicas de almacenamiento		

7. Ahora, ¿me puede indicar las técnicas que utilizan para la conservación de alimentos?

Lista de Técnicas (ejemplos)	Sí = 1 No = 0
¿En su familia preparan charqui?	
¿En su familia hacen chuño (papa)?	
¿En su familia hacen chochoca (maíz)?	
Otras técnicas de conservación	

8. En su familia, ¿quién decide qué productos sembrar? (marque todos los que menciona)

Padre	a.
Madre	b.
Ambos padres	c.
Abuelos	d.
Otros _____	e.

9. ¿Su familia tiene huerta ?

Sí tiene huerta	1
No tiene huerta	2

10. ¿Por qué no tiene huerta? (marque todos los que menciona)

Falta de semilla	a.] Pose a pregunta 14
Falta de tierra	b.	
Falta de agua	c.	
No le interesa	d.	
Otros _____	e.	

11. ¿Cuántas huertas tiene su familia? (marque con un aspa la respuesta)

A	1
B	2

12. ¿De que tamaño son las huertas de su familia?

N.º	Nombre de huerta	m ²
1		
2		

13. ¿Qué cultivos siembra Ud. en su(s) huerta(s)? (marque todos los que menciona)

(Las plantas aromáticas no se consideran: orégano, hierba buena, culantro, perejil, menta, wakatay, etc.)

Cebolla	a.
Zanahoria	b.
Cebolla china	c.
Lechuga	d.
Ajo	e.
Acelga	f.
Col	g.
Beterraga	h.
Espinaca	i.
Sachacol	j.
Calabaza	k.
Zapallo	l.
Jawinca/Kalpara/Quachu	m.
Durazno	n.
Palta	o.
Naranja	
Tuna	
Manzana	
Otros	

14.	Generalmente, ¿qué alimentos compra su familia? (marque todos los que menciona)	Arroz	1
		Azúcar	2
		Aceite	3
		Fideos	4
		Golosinas	5
		Gaseosas	6
		Rocoto	7
		Cebolla	8
		Zanahoria	9
		Cebolla china	10
		Lechuga	11
		Ajo	12
		Acelga	13
		Col	14
		Beterraga	15
		Espinaca	16
		Sachacol	17
		Calabaza	18
		Zapallo	19
		Jawinca/kalpara/quachu	20
		Carnes y/o vísceras	21
		Menestras	22
		Queso	23
		Leche	24
		Pan	25
		Huevo	26
		Pescado	27
		Plátano	28
		Manzana	29
		Mango	30
		Otros	32
		15.	¿En que mes(es) tiene pocos alimentos en su casa? (marque todos los que menciona)	Enero	1
Febrero	2		
Marzo	3		
Abril	4		
Mayo	5		
Junio	6		
Julio	7		
Agosto	8		
Septiembre	9		
Octubre	10		
Noviembre	11		
Diciembre	12		
Siempre tenemos alimentos	13		

16.

¿Qué tipo de animales mayores cría?	Sí :1 No :0	¿Cuántos tiene actualmente?	Por favor, vamos a hablar de los últimos 6 meses (desde septiembre 2010 a la fecha)			
			¿Ha matado para consumir?			
			Sí :1 ¿Cuántos?		No :0 ¿Por qué no mata para consumo?	
Ninguno → (pase a la preg. 18)						
Vacuno						
Ovino						
Porcino						
Caprino						
Otros						

¿Qué tipo de animales mayores cría?	Sí :1 No :0	Por favor, vamos a hablar de los últimos 6 meses (desde septiembre 2010 a la fecha)					
		¿Ha vendido?			¿Ha intercambiado (trueque) por otros productos?		
		Sí :1 ¿Cuántos?		No :0	Sí :1 ¿Cuántos?		No :0	Sí :1 ¿Con que cambia?
Ninguno → (pase a la preg. 18)							
Vacuno							
Ovino							
Porcino							
Caprino							
Otros							

17.	Sobre el dinero obtenido por la venta de los animales mayores, ¿para qué lo utiliza principalmente? (marque solo 3 opciones)	No vende animales mayores a. Enfermedad b. Gastos de educación c. Pago de peón construcción casa/chacra d. Compra de alimentos h. Compra de ropa i. Otros _____ j.
-----	--	--

18.

¿Qué tipo de animales menores cría?	¿Cuántos tiene actualmente?	Por favor, vamos a hablar de los últimos 6 meses (desde setiembre 2010 a la fecha)			
		Cantidad	¿Ha matado para consumir?		
Sí :1 No :0			Sí :1	No :0	
		¿Cuántos?	¿Por qué no mata para consumo?		

Ninguno → (pase a la preg. 20)

Patos								
Cuyes								
Otros								

¿Qué tipo de animales menores cría?	Sí :1 No :0	Por favor, vamos a hablar de los últimos 6 meses (desde septiembre 2010 a la fecha)					
		¿Ha vendido?		¿Ha intercambiado (trueque) por otros productos?			
		Sí :1	No :0	Sí :1	No :0	Sí :1	
		¿Cuántos?		¿Cuántos?		¿Con que cambia ?	

Ninguno → (pase a la preg. 20)

Patos								
Cuyes								
Otros								

19.	El dinero obtenido por la venta de los animales menores, ¿para qué lo utiliza principalmente? (marque solo 3 opciones)	No vende animales menores a. Gastos de educación b. Compra de alimentos c. Otros _____ d.
-----	--	--

20.	¿En qué meses del año algún miembro de la familia busca trabajo fuera? (marque todos los que menciona)	Enero	1
		Febrero	2
		Marzo	3
		Abril	4
		Mayo	5
		Junio	6
		Julio	7
		Agosto	8
		Septiembre	9
		Octubre	10
		Noviembre	11
		Diciembre	12
		Todos los meses	13
		Ningún mes	14

(pase a pregunta 22)

21.	¿Qué miembro(s) de su familia sale(n) a buscar trabajo fuera? (marque todos los que menciona)	Padre a. Madre b. Otros _____ c.
-----	---	--

22.	Actualmente, ¿en su familia reciben alimentos de alguna institución o programa? (marque todos los que menciona)	No recibe a. Vaso de Leche b. Canasta PIN (Pronaa) c. Comedores Populares d. Otros e.
-----	---	---

1. Información general

Municipalidad: _____

1.1 Datos de la persona entrevistada

Nombre : _____

Cargo: _____

Tiempo en el cargo: _____

1.2 Referencia general-Jurisdicción territorial

Indicar ubicación y límites de la jurisdicción : _____

Indicar extensión territorial (en km² o Ha): _____

Indicar la población por tipo de área rural o urbana:

Área	Hombres	Mujeres	Total
Urbana			
Rural			
Total			

Indicar los centros poblados y comunidades bajo su jurisdicción

2. Instrumentos de gestión institucional Municipalidad

2.1 ¿La Municipalidad cuenta con una unidad a cargo de la gestión del agua potable y del saneamiento del distrito? Indique cuál (nombre de la persona a cargo)

2.2 ¿La Municipalidad tiene un diagnóstico situacional del saneamiento a nivel distrital? Sí () No ()

2.3 ¿La Municipalidad cuenta con un plan de saneamiento distrital? Sí () No () Si lo tiene, ¿para cuánto tiempo está formulado?

2.4 ¿El área u oficina a cargo de la gestión del agua potable y del saneamiento del distrito cuenta con un plan de trabajo anual? Sí () No (). Si lo tiene, indique las principales acciones programadas.

3. De la operatividad del servicio

3.1 ¿Cuál es la cobertura de agua potable a nivel distrital? Indique cuáles son los centros poblados que cuentan con sistema de agua potable y/o entubada.

N.º	Centro poblado/ Comunidad	Sistema de agua potable ¹	Disposición de excretas ²	Estados ³	N.º de familias atendidas
1					
2					
3					

1 Si tiene sistema de agua, marcar con aspa (x).

2 Indique medio utilizado: alcantarillado domiciliario (D), letrinas (L), pozo ciego; ninguno (N).

3 Si está en funcionamiento, colocar "operativo"; si no, "inoperativo".

3.2 ¿La Municipalidad cuenta con un sistema de cobranza para el consumo de agua? Detallar.

3.3 ¿Cómo determina el valor de la tarifa del servicio? Detallar.

3.4 ¿Cuál es el nivel de morosidad en el pago del servicio de abastecimiento de agua potable? (Explique por qué).

3.6 ¿Considera usted que existen problemas en el manejo del agua potable y del saneamiento en su distrito? Indique cuáles.

3.7 ¿Cuáles considera usted que son las principales limitaciones para dar solución a los problemas en el manejo del agua potable y del saneamiento en su distrito? Indique cuáles.

3.8 ¿Cómo cree que la Municipalidad puede mejorar el saneamiento del pueblo y las comunidades de su distrito?

4. Indicar proyectos de saneamiento desarrollados en su territorio durante los últimos 5 años (agua potable, manejo de residuos sólidos, alcantarillado, medio ambiente)

Proyecto	Periodo de ejecución	Beneficiarios/localidad	Objetivo/metás alcanzados	Financiamiento*

* Indicar fuente de financiamiento: Recursos propios (Foncomún, Presupuesto Participativo), Gobierno Regional, Gobierno Provincial, otros.

5. Indicar los proyectos de saneamiento programados en su territorio para los años siguientes (agua potable, manejo de residuos sólidos, alcantarillado, medio ambiente)

Proyecto	Periodo de ejecución	Beneficiarios/localidad	Objetivo/metás alcanzados	Financiamiento*

* Indicar fuente de financiamiento: Recursos propios (Foncomún, Presupuesto Participativo), Gobierno Regional, Gobierno Provincial, otros.

6. Capacidad operativa. Se refiere a la capacidad de la unidad operativa de la institución a nivel personal, equipo y vehículos motorizados

Cargo	N.º	Estado*
Personal		
Profesional		
Administrativos		
Técnico-administrativos		
Profesional operativo		
Técnicos operativos		
Otros		

Información de gestión sanitaria del Establecimiento de Salud

Equipos operativos	
Teodolito	
Nivel topográfico	
Miras, jalones	
GPS	
Otros	
Vehículos motorizados	
Automóvil	
Camionetas	
Motocicletas	
Otros	

* Se aplica solo para equipos y vehículos motorizados (operativo si se encuentra en buenas condiciones; inoperativo, deteriorado o en desuso).

7 Gestión concertada / Participación en espacios de coordinación

7.1 ¿Se articula o coordina con las dependencias de Salud local para realizar el seguimiento de la calidad del agua? Sí () No (). ¿Por qué? Explique brevemente.

7.2 ¿Desarrolla acciones de promoción del saneamiento e higiene hacia la colectividad? Sí () No (). ¿Por qué? Explique brevemente.

Nombre del ES: _____

Micro Red: _____

Nombre de la Red: _____

Diresa: _____

Fecha: _____

Personas entrevistadas	Cargo

CATEGORÍA Y DEPENDENCIA DEL ES

1. Categoría de ES: _____

2. Dependencia asistencial (referencia de emergencias): _____

POBLACIÓN ASIGNADA 2010

3. ¿El establecimiento de salud ha realizado un censo de las comunidades de su jurisdicción?

Sí () No ()

Si la respuesta es "sí", ¿podría explicarnos cuándo y cómo lo han realizado?

4. Población por grupo etario:

Grupo etario	Datos último censo local (Año.....).	Pob. INEI 2010 (llenar en oficina)
< 1 año		
1		
Gestantes		
MEF		
Recién nacido		
Población total		

5. ¿De qué manera se ha solucionado el problema de la validez de la información censal?

- No se ha podido solucionar hasta el momento.
- Con actualización de la información de manera anual.
- El ES ha renunciado a la información del censo para preparar su programación.
- La Diresa ha reconocido como válida la información del censo del ES.
- Se han elaborado dos programaciones y se rinden dos informes: uno con la población reconocida por la Diresa y otro con la obtenida por el censo.
- Se ha solicitado asesoría técnica a la oficina local del INEI y/o a la Dirección de Estadística de la Diresa para que valide la información del censo comunal.

ACCESO DEL ESTABLECIMIENTO

6. Número total de comunidades en la jurisdicción del ES

7. Número de comunidades ubicadas dentro de los primeros 5 km desde el ES:

8. Número de comunidades ubicadas a una hora del ES utilizando medios locales de transporte:

9. Horario de trabajo del ES:

Lunes a viernes _____

Sábado _____ Domingo _____

¿Se han establecido horarios para la atención de emergencias nocturnas?:

INFORMACIÓN AL PÚBLICO SOBRE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS

10. ¿El ES tiene letrero visible con logo del Minsa y el nombre del ES? Sí () No ()

11. ¿Están visibles las tarifas de atención? Sí () No ()

12. ¿Está visible el rol de turnos del personal? Sí () No ()

13. ¿Tiene visible su población por grupo etario de la jurisdicción? Sí () No ()

14. ¿Tiene visible el mapa de jurisdicción con población, comunidades, distancias, etcétera? Sí () No ()

ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA SALUD EN SU ÁMBITO

15. ¿Tiene su ASIS (Análisis Situacional de Salud)? ¿De qué año? (...).
Sí () No ()

16. ¿Cuáles son los 5 motivos de consulta más frecuentes en niños menores de 5 años?

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____

17. ¿Cuáles son los 5 motivos de consulta más frecuentes en MEF?

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____

TRABAJO CON LAS COMUNIDADES

18. ¿Qué estrategias utilizan para trabajar con las comunidades?

19. ¿Cómo se han organizado para el trabajo comunitario?

20. ¿Cuentan con materiales y formatos para el trabajo comunitario? Sí () No (). Si la respuesta es "sí", ¿con cuáles?

(¡Ojo!: No olvidar solicitar los formatos que se utilizan.)

21. ¿Cuentan con objetivos y metas para el trabajo comunitario en el presente año? Si la respuesta es "sí", ¿cuáles son éstos?

22. ¿Podría darme información sobre las salidas comunitarias realizadas en el último trimestre del presente año?

	Julio 2010	Agosto 2010	Septiembre 2010
Salidas programadas			
Salidas realizadas			

23. ¿Tienen un registro con información de cada una de las comunidades? Sí () No (). Si es "sí", ¿con qué información cuentan? ¿Cómo ha organizado y almacena la información de cada una de las comunidades?

24. ¿Tienen un registro de las actividades que se realizan en las salidas comunitarias? Sí () No (). En caso sea "sí", ¿qué información se detalla? ¿Quiénes manejan dicho registro? ¿Qué hacen con esa información?

25. ¿Realizan visitas domiciliarias? Sí () No (). En caso sea "sí", ¿a quiénes? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué motivos?

26. ¿Tiene plan para las visitas domiciliarias? Sí () No (). Si su respuesta es "sí", ¿cómo se planifican?

Y ¿tienen plan de visitas comunitarias? Sí () No (). En caso sea "sí", ¿cómo se planifican?

¿Cuáles son las comunidades menos visitadas? ¿Por qué?

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA

27. ¿Cómo realiza la formulación del POI/PSL? (detalle)

29. ¿Participan las autoridades de la comunidad y de las organizaciones sociales de base en la elaboración del POI/PSL? Sí () No (). En caso sea "sí", ¿qué comunidades participan? ¿Qué organizaciones sociales de base participan? ¿Cómo es la participación?

30. ¿En qué mes fue elaborado el POI/PSL 2010?

31. ¿Qué documento(s) utiliza para la elaboración del POI/PSL?

32. ¿Existió el apoyo técnico para la elaboración del POI/PSL? Sí () No (). Si lo hubo, ¿de quién? _____

¿Qué estrategias se realizan para el cumplimiento del POI/PSL?

- () Se desagrega el POI/PSL en programaciones mensuales y/o trimestrales en las que se establecen las metas periódicas que deben alcanzarse.
- () Cada trabajador recibe por escrito las metas que le corresponden.
- () Se prepara el rol de turnos de trabajo, de descanso y de vacaciones para el personal del establecimiento.
- () Se preparan gráficos y tablas para medir el avance semanal o mensual de la ejecución del programa de salud local.
- () Simplemente se procura mejorar la productividad de cada personal, con lo cual las metas se alcanzan sin necesidad de los procedimientos.

Otros:

33. ¿Cómo realizan el monitoreo del POI/PSL? (detallar):

- () Principalmente se monitorea las metas de los programas de salud.
- () Cada profesional o trabajador realiza el seguimiento de las metas de sus programas y lo reporta en sus informes.
- () El encargado de estadística del Establecimiento realiza el monitoreo.
- () La Diresa es la que realiza el monitoreo del avance.

Otros:

34. ¿Con qué frecuencia se realiza el monitoreo?

35. ¿Existe alguna reunión para evaluar el avance del POI/PSL? Sí () No ().
¿Con qué frecuencia? ¿Quiénes participan?

36. ¿Cómo se realiza la evaluación del POI/PSL? (¿Quién la organiza? ¿Cuándo se realiza? ¿Quiénes participan? ¿Cómo se realiza?)

37. ¿Qué aspectos de la prestación de servicios se evalúan?

- () La cobertura de los programas.
- () El porcentaje de ejecución de las metas.
- () La extensión de uso de los servicios del establecimiento.
- () Las principales causas de morbilidad.
- () Otros:

SISTEMA DE INFORMACIÓN

38. Historias clínicas

- Las atenciones se registran en:

Fichas de atención: Sí () No ()

Formatos de atención integral: Sí () No ()

- ¿Y cómo se archivan?:

- Historias individuales enumeradas ()
- Historias individuales/sector ()
- Historias individuales/riesgo ()
- Historias individuales/sector/riesgo ()
- Historias individuales/comunidad/riesgo ()
- Historias familiares enumeradas ()
- Historias familiares/sector ()
- Historias familiares/riesgo ()
- Historias familiares/sector/riesgo ()
- Historias familiares/comunidad/riesgo ()

39. ¿En qué formatos se reportan las actividades de promoción de la salud que realiza el ES?

	Informes para programas o actividades de promoción de la salud	¿A quién se reporta?	¿Cada cuánto tiempo se reporta?	Indique la última fecha de entrega
1				
2				
3				

(¡Ojo!: No olvidar solicitar los formatos que se utilizan.)

40. ¿Se realiza el análisis de su información estadística de HIS o SIS? Sí () No (). En caso su respuesta sea "sí", ¿con qué frecuencia? ¿Cuál es el procedimiento que emplean?

41. ¿El ES cuenta con una sala situacional? Sí () No ()
¿La información está actualizada? Sí () No ()

42. Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA):

La notificación del VEA es semanal: Sí () No ()

Tiene archivadas las notificaciones VEA: Sí () No ()

¿Cómo obtienen la información para la notificación?

GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

43. ¿Qué mecanismos se han implementado para obtener la opinión de los usuarios y mejorar la calidad de los servicios? (Lea la lista.)

() Se conversa con los pacientes durante la consulta o cualquier otra atención para averiguar sus impresiones y recibir sugerencias.

() ¿Se realizan encuestas a los usuarios? ¿Cada cuánto tiempo?

() ¿Se han establecido protocolos, normas o guías de atención elaborados en el Establecimiento y que son cumplidos por todo el personal?

() ¿Se han elaborado listas de verificación con las cuales el jefe hace una inspección periódica de diferentes aspectos de la atención?

() ¿Se recibe asesoría de la Diresa sobre las medidas por ejecutar?

() ¿Se cuenta con buzón de sugerencias?

() ¿Se han establecido reuniones de grupos para discusión, análisis y toma de decisiones con los pacientes/usuarios?

() Otros: _____

44. ¿Y se han implementado estrategias de mejora de la calidad con base en la información obtenida?

45. ¿Han obtenido resultados al implementar dichas estrategias? ¿Cuáles?

46. ¿En la implementación de la estrategia han tenido algún nivel de participación los miembros del CLAS? Sí () No () No hay CLAS ()

¿Quiénes específicamente? _____

47. ¿Considera importante la participación de los miembros del CLAS en la mejora de la calidad de los servicios? Sí () No () No hay CLAS (). ¿Por qué? _____

48. ¿Existe alguna estrategia para mejorar y garantizar la atención de la población indigente? Sí () No (). Si la respuesta es "sí", ¿cuáles son?:

() Empadronamiento de la población indigente utilizando los datos del censo comunal.

() Participación del CLAS y de los promotores de salud en la identificación de la población indigente.

() Visitas domiciliarias para identificación de población indigente.

() Realización de entrevistas sociales.

() Organización de un fondo permanente para atención al indigente.

() Gestión con la Iglesia u otras instituciones para obtener apoyo a casos especiales.

() Otros.

49. Organización del Establecimiento de Salud

	Variables de evaluación	Medios de verificación	Sí	No	¿Cuándo? (mes o año)
49.1	Herramientas para la gestión:				
	Cuenta con comité o equipo de gestión conformado	Libro de Actas			
	Cuenta con Manual de Organización y Funciones (MOF)	El documento			
	Cuenta con organigrama	El documento			
	Cuenta con Programa de Salud (PSL)	El documento			
	Cuenta con Plan de Comunicación para Cambio de Comportamiento (CCC)	El documento			
	Cuenta con reembolsos de SIS actualizados	Fichas de SIS actualizadas			
	Cuenta con censo poblacional actualizado	Tabulación del censo			
	Cuenta con flujograma de atención visible	Flujograma visible			
	Cuenta con croquis de sectorización comunal e institucional	Mapa o croquis			
	Cuenta con hoja de monitoreo de la capacitación al personal de salud	Hoja de monitoreo			
	Cuenta con registro de las actividades de promoción de la salud	Hoja de registro/ Libro de actas			
49.2	Adecuación de la organización del ES:				
	Cuenta con un comité o equipo de gestión, adecuado para la MAIS, promoción y calidad	Libro de Actas			
	Cuenta con flujograma de atención visible	Flujograma de atención			
	Sectorización del ES	Croquis visibles con rol de personal asignado			

	Organización de la admisión por familia	Fichas ordenadas			
	Organización de la admisión por sector	Fichas ordenadas			
	Organización de la admisión por riesgo	Fichas ordenadas			
	Difusión de signos de alarma en salud materna en admisión y triaje	Afiches visibles			
	Difusión de signos de alarma en recién nacido en admisión y triaje	Afiches visibles			
	Acciones educativas en lactancia materna en el ES	Afiches visibles			
	Acciones educativas en alimentación infantil en el ES				
	Difusión de signos de alarma de neumonía en el ES	Afiches visibles			
	Difusión de signos de alarma de deshidratación en el ES	Afiches visibles			
	Cuenta con sala situacional de salud	Ambiente con información sistematizada.			
	Cuenta con protocolos de atención integral del niño y de la mujer	Protocolos			
	Cuenta con facilitadores / tutores en los EESS	Certificados			
49.3	Adecuación de la infraestructura:				
	Redistribución de ambientes	Distribución según flujograma de atención			
	Señalización y colocación de rótulos en los ambientes	Señalización visible			
	Semáforos por ambiente	Semáforos visibles			
	Iluminación y ventilación de los ambientes	Ambientes			
	Mantenimiento y limpieza de los ambientes	Ambientes			

49.4 Articulación a las redes sociales:				
Directorio de Agentes Comunitarios de Salud (ACS)	El directorio			
Archivo de reportes de los ACS	El archivo			
Actas de reuniones con ACS y otros actores sociales	Libro de Actas			
Cuenta con hoja de monitoreo de la capacitación de ACS actualizada	Hoja de monitoreo			
Cuenta con sistema de referencia y contrarreferencia comunal	El archivo			
Realización de acciones de acompañamiento a los ACS	Registros/Actas			
Programación de reuniones mensuales con ACS	La programación			
Incorporación de la información de los ACS	El registro			
Cuenta con un directorio actualizado de las Juntas Directivas Comunales	El directorio			
Cuenta con suministro de fichas de referencia y contrarreferencia comunal	Formatos			
Cuenta con suministro de fichas de monitoreo a madres y niños	Formatos			
Cuenta con suministro de fichas para informes mensuales ACS	Formatos			
Cuenta con suministro de fichas para supervisión de ACS	Formatos			

(¡Ojo!: No olvidar solicitar los formatos que se utilizan.)

COBERTURAS DE ATENCIÓN (fuente de información del HIS)

50. Cobertura de protección contra enfermedades inmunoprevenibles DPT3

DPT	Año		
	2007	2008	2009
Población < 1 año			
Cobertura			

51. Cobertura de niños controlados con crecimiento y desarrollo (CRED) < 1 año

Crecimiento y desarrollo	Año		
	2007	2008	2009
Población < 1 año			
Cobertura			

52. Salud de la madre

Salud de la madre	Año		
	2007	2008	2009
Población de gestantes			
Cobertura gestantes controladas (6)			
Deserción gestantes controladas			
Número de partos esperados			
Cobertura de partos atendidos por personal de salud			
Cobertura de partos atendidos institucionalmente			

53. Seguimiento de niños con neumonía < 5 años

Neumonía	Año		
	2007	2008	2009
Población < 5 años			
Niños < 5 con IRA			
Niños < 5 con neumonía			
Cobertura de niños < 5 con seguimiento por neumonía			

54. Casos de diarrea en menores de 5 años

Diarrea	Año		
	2007	2008	2009
Niños < 5 con diarrea esperados/programados			
Niños < 5 con diarrea atendidos			

55. ¿Qué opina de que indicadores mencionados arriba sean reportados por sexo?

56. ¿Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) participan en la captación y seguimiento de las gestantes, niños, ancianos y enfermos? Sí () No (). ¿Cómo es su participación?

57. ¿Algunas otras organizaciones de la comunidad participan en la captación y seguimiento de las gestantes, niños, ancianos y enfermos? Sí () No (). ¿Cómo participan?

CAPACITACIÓN

58. ¿Existe alguna estrategia implementada para mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias del Agente Comunitario de Salud (ACS), de los dirigentes comunales y del personal de salud?

Para ACS

- () Han realizado análisis de necesidades de aprendizaje.
- () Cuentan con un plan de capacitación.
- () Están ejecutando el plan de capacitación.

Para personal de salud (PS)

- () Han realizado análisis de necesidades de aprendizaje.
- () Cuentan con un plan de capacitación.
- () Están ejecutando el plan de capacitación.

¿Conoce algún Centro de Desarrollo de Capacidades (CDC), Centro Modelo o Centro de Pasantía? Sí () No ()

¿Es propio o ajeno? _____

Si es ajeno, ¿dónde queda? _____

59. ¿El ES cuenta con un plan de certificación para ACS? () ¿Y para personal de salud? ()

60. ¿El ES cuenta con un plan de inducción para ACS nuevo? () ¿Y para personal nuevo? ()

61. ¿Existe un plan de evaluación del desempeño para el personal Minsa? Sí () No ()

62. ¿El responsable de capacitación reporta las capacitaciones realizadas (del ES a la Micro Red, o de la Micro Red a la RED)? Sí () No ()

62.1 Capacitaciones para promotores de salud en el 2010

Fechas (mes/año)		Temas	N.º de promotores capacitados	Horas lectivas y prácticas		Institución que proporcionó la capacitación
Inicio	Término			H.L.	H.P.	

62.2 Capacitaciones para personal de salud en el 2010

Fechas (mes/año)		Temas	Asistencia de personal de salud*					Horas lectivas y prácticas		Institución que proporcionó la capacitación	
Inicio	Término		1	2	3	4	5	6	7		H.L.	H.P.

* 1 = Gerente o Jefe de ES. 2 = Responsable de promoción de la salud. 3 = Responsable de la Unidad de Capacitación. 4 = Coordinadora de la mujer. 5 = Coordinadora del niño. 6 = Responsable de nutrición. 7 = Otro personal.

COMUNICACIONES PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO (CCC)

63. ¿Cuáles son sus principales estrategias de CCC implementadas? (por ejemplo: programas radiales).

64. ¿Con qué tipo de materiales de capacitación/educación cuenta el ES?

Tipo de material	Temas	¿Tiene?		¿Cuántos tiene?	¿Quién se los proporcionó?
		Sí	No		
Rotafolios y guías para educación sanitaria	Niño sano y niño enfermo (AIEPI)				
	Diarrea infantil				
	Neumonía infantil				
	Salud perinatal- Recién nacido				
	Salud de la mujer- Salud materna				
	Lactancia materna				
	Nutrición-alimentación infantil				
Otros:					
Protocolos	Atención integral del niño				
	Atención integral de la mujer				
	Planificación familiar				
	Lactancia materna y nutrición infantil				
	Otro:				
Otros materiales					

65. Equipamiento del establecimiento y del personal de salud para el trabajo comunitario.

Tipo	N.º	Estado operativo			Fuente de financiamiento	Recibe mantenimiento
		Bueno	Regular	Malo		
Motos						
Radios						
Computadoras						
TV						
VHS/DVD						
Literas						

66. Equipamiento para las actividades de crecimiento y desarrollo infantil en el Establecimiento de Salud.

Materiales y equipos	N.º	Estado operativo		
		Bueno	Regular	Malo

67. Equipamiento para las actividades de sesiones demostrativas de alimentación y lavado de manos.

Materiales y equipos	N.º	Estado operativo		
		Bueno	Regular	Malo

DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS/BIOLÓGICOS/MATERIALES

68. ¿Tiene disponibles los siguientes ítems? (Verificar su existencia durante la visita al establecimiento.)

Medicamentos/Biológicos/Materiales	Sí	No	¿Se agotó en el último mes?
Vitamina A			
Hierro			
Sales de rehidratación oral			
Antibiótico para disentería			
Cotrimoxazol			
Mebendazol			
Sulfato de magnesio			
Kit clave azul			
Kit clave roja			
Kit clave amarilla			

TRABAJO INTERINSTITUCIONAL

69. ¿El ES ha participado en el Presupuesto Participativo? Sí () No (). En caso lo haya hecho, ¿cómo fue su participación?

70. ¿El personal de salud ha sido capacitado para participar en el Presupuesto Participativo? Sí () No (). Si la respuesta es "sí", ¿cuántos han sido capacitados? ¿Qué institución los capacitó?

71. ¿Se ha presentado o aprobado algún proyecto en el Presupuesto Participativo? Sí () No (). En caso "sí", ¿cuáles fueron los proyectos? ¿En qué años ocurrió?

72. ¿Qué instituciones o programas sociales trabajan actualmente con el establecimiento?:

Institución	Sí		No		¿Se tiene convenio? (sí/no)	¿Qué actividades realizaron?
Pronaa						
CÁRITAS						
World Vision						
Intervida/Solaris						
Unicef						
Chirapaq						
Foncodes						
Municipalidad						
Pronamachcs/Agro Rural						
Juntos						
Creceer						
Universidad.....						
Ninguna						

73. Recursos comunitarios en el ámbito del Establecimiento de Salud

Nombre de la comunidad	N.º de promotores de salud activos		¿Existe Codeco* (o similar)?	¿Realizan la vigilancia comunal de la salud?	¿Realizan la vigilancia nutricional en la comunidad?	¿Existen espacios físicos para la estimulación del desarrollo infantil?	¿Existe comité de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales?
	Hombres	Mujeres					

* Codeco = Comité de Desarrollo Comunal.

74. Listado de Agentes Comunitarios de Salud por comunidad

Nombre del ACS	Sexo		Edad	Comunidad	Tipo de ACS*	Tiempo como ACS (años)	Implementos recibidos
	Hombres	Mujeres					

* PS = Promotor de Salud; ML = Mujer Líder; P = Partera; C = Consejera.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y LA NUTRICIÓN

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY

Sección 1. Características de la vivienda

Cód. entrevistada

1	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de	<p>RED PÚBLICA: Dentro de la vivienda .....11 <input type="checkbox"/> Pilón / grifo público .....13 <input type="checkbox"/></p> <p>AGUA DE POZO: Pozo en la casa/patio/lote .....21 Pozo público .....22</p> <p>AGUA DE SUPERFICIE: Manantial (puquio) .....31 Río/acequia .....32 Agua de lluvia .....41 Camión tanque /aguatero .....51 Otro .....96 (Especifique)</p>
2	¿El agua que utiliza para beber recibe algún tratamiento? (anotar 1 = SÍ; 2 = NO según corresponda)	Ninguno a <input type="checkbox"/> Hierve b <input type="checkbox"/> Cloración (tabletas de cloro) c <input type="checkbox"/> Tratada (comercial) d <input type="checkbox"/> Gotas de lejía e <input type="checkbox"/> Botellas al sol f <input type="checkbox"/> Otro .....96 <input type="checkbox"/> (Especifique)
3.A	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene el hogar? (que funciona)	<p>CONECTADO A RED PÚBLICA: HOGAR</p> Dentro de vivienda a <input type="checkbox"/> Fuera de vivienda b <input type="checkbox"/> Pozo ciego o negro (letrina) c <input type="checkbox"/> Río, acequia o canal d <input type="checkbox"/> No hay servicio (matorral / campo) e <input type="checkbox"/> Otro .....96 <input type="checkbox"/> (Especifique)
3.B	¿Qué hace con la basura? ¿Cómo elimina la basura?	Camión municipal a <input type="checkbox"/> La recoge el triciclo b <input type="checkbox"/> La quema c <input type="checkbox"/> La entierra d <input type="checkbox"/> La arroja a campo abierto e <input type="checkbox"/> Otro .....96 <input type="checkbox"/> (Especifique)

4.A	¿Tiene en su hogar lo siguiente?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sr</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Celular.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Radio.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Televisor.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Teléfono.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Refrigeradora.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cocina mejorada.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cocina a gas.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sr	No		Celular.....	1	2	<input type="checkbox"/>	Radio.....	1	2	<input type="checkbox"/>	Televisor.....	1	2	<input type="checkbox"/>	Teléfono.....	1	2	<input type="checkbox"/>	Refrigeradora.....	1	2	<input type="checkbox"/>	Cocina mejorada.....	1	2	<input type="checkbox"/>	Cocina a gas.....	1	2	<input type="checkbox"/>
	Sr	No																																
Celular.....	1	2	<input type="checkbox"/>																															
Radio.....	1	2	<input type="checkbox"/>																															
Televisor.....	1	2	<input type="checkbox"/>																															
Teléfono.....	1	2	<input type="checkbox"/>																															
Refrigeradora.....	1	2	<input type="checkbox"/>																															
Cocina mejorada.....	1	2	<input type="checkbox"/>																															
Cocina a gas.....	1	2	<input type="checkbox"/>																															
4.B	¿Cuál es el servicio de iluminación que tiene en su hogar?	<p>ELECTRICIDAD:</p> Instalación propia a <input type="checkbox"/> Conexión red pública b <input type="checkbox"/> Batería c <input type="checkbox"/> Lámpara d <input type="checkbox"/> Velas e <input type="checkbox"/> Otro96 <input type="checkbox"/> (Especifique)																																
5	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿cuántas habitaciones son de uso en su hogar?	Habitaciones <input type="text"/>																																
6	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar solo para dormir?	Dormitorios <input type="text"/>																																
7	¿Cuál es el material predominante de las habitaciones para dormir?	<p>PISO NATURAL: Tierra / arena 1 <input type="checkbox"/></p> <p>PISO RÚSTICO : Madera (entablados) 2</p> <p>PISO ACABADO: Parquet o madera pulida 3 Láminas asfálticas, 4 Vinílicos o similar 5 Losetas, terrazos o similares 6 Cemento / ladrillo 7 Otro96 <input type="checkbox"/> (Especifique)</p>																																

8	¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores de su vivienda? (elegir una opción)	Ladrillo o bloque de cemento	1	<input type="checkbox"/>	
		Piedra o sillar con cal o cemento	2		
		Adobe o tapia	3		
		Quincha (caña con barro)	4		
		Madera	5		
		Piedra con barro	6		
		Tripley	7		
		Estera	8		
Otro _____	96	(Especifique)			
9	¿Cuál es el material predominante en los techos de su vivienda? (elegir una opción)	Concreto armado	1	<input type="checkbox"/>	
		Madera	2		
		Tejas	3		
		Planchas de calamina, fibra de cemento o similares	4		
		Caña o estera con torta de barro	5		
		Paja, hojas de palmera, etc.	6		
		Otro _____	96		(Especifique)
10	Algún miembro de su hogar tiene:		Sr	No	<input type="checkbox"/>
		Bicicleta / triciclo	1	2	
		Motocicleta	1	2	
		Carro	1	2	
		Caballo	1	2	
		Otro _____	1	2		(Especifique)

EVALUACIÓN DE LINEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY															
Fundación Acción Contra el Hambre / Kusi Warma															
Sección 2A. Antecedentes de la entrevistada			Cód. entrevistada <input type="checkbox"/>												
11	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en este lugar?	Años Meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
12	¿En qué mes y año nació Ud.?	Mes No sabe el mes Años No sabe el año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
13	¿Cuántos años cumplidos tiene? (compare 26 y 27 y corrija si son inconsistentes)	Edad en años cumplidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
14	¿Alguna vez asistió a la escuela? (si la respuesta es "no", pase a la pregunta 32)	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/>												
15	¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?	Inicial / preescolar Primaria Secundaria Superior universitario Superior no universitario	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Circule nivel</th> <th>Anote año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Circule nivel	Anote año	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Circule nivel	Anote año														
0	<input type="checkbox"/>														
1	<input type="checkbox"/>														
2	<input type="checkbox"/>														
3	<input type="checkbox"/>														
4	<input type="checkbox"/>														
16	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/>												

17	Si la respuesta anterior es "no", ¿cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	Quedó embarazada	01	<input type="checkbox"/>
		Se casó	02	
		Tenía que cuidar a los niños más pequeños	03	
		La familia necesitaba ayuda en la chacra o en los negocios	04	
		No podían pagar la pensión	05	
		Enfermedad	06	
		Necesitaba ganar dinero	07	
		Se graduó/suficiente estudio	08	
		No aprobó examen de ingreso	09	
		No quiso estudiar	10	
		Escuela muy lejos / no había escuela	11	
		No había maestros en la escuela	12	
Otra _____ (Especifique)	96			
No sabe	98			
18	Generalmente, ¿usted escucha radio?	Sí 1	<input type="checkbox"/>	
		No 2		
19	Generalmente, ¿usted ve televisión por lo menos una vez por semana?	Sí 1	<input type="checkbox"/>	
		No 2		
20	¿Cuál es el idioma que más habla en el hogar?	Solo quechua	1	<input type="checkbox"/>
		Solo castellano	2	
		Domina quechua y castellano.	3	
		Domina castellano, habla quechua	4	
		Domina quechua y habla castellano	5	
21	¿Cuál es su estado civil actual? (si la respuesta es 3,4,5 ó 6, pase a la pregunta 36)	Casada	1	<input type="checkbox"/>
		Conviviente	2	
		Soltera	3	
		Viuda	4	
		Separada	5	
		Divorciada	6	

22	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o en otro sitio?	Vive con ella	1	<input type="checkbox"/>
		Vive en otro sitio	2	
23	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida.	Total hijos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		Hijas en casa	<input type="text"/>	
		Hijos en casa	<input type="text"/>	
		Si dijo ninguno, anote "00"		
24	¿Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted? (si la respuesta es "No", pase a la pregunta 39)	Sí 1	<input type="checkbox"/>	
		No 2		
25	¿Cuántas hijas e hijos no están viviendo con Ud.?	Hijas fuera	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		Hijos fuera	<input type="text"/>	
		Si dijo "ninguno", anote "00"		
26	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que solo vivió pocas horas o días?	Sí 1	<input type="checkbox"/>	
		No 2		
27	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto?	Hijas muertas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		Hijos muertos	<input type="text"/>	
		Si dijo "ninguno", anote "00"		

EVALUACIÓN DE LINEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY
Fundación Acción Contra el Hambre / Kusi Warma

Sección 2 B. Antecedentes del marido y trabajo de la mujer

Cód. entrevistada

28	Actualmente casada/o en unión libre <input type="checkbox"/> Separada/divorciada/ viuda <input type="checkbox"/> Nunca casada y nunca en unión <input type="checkbox"/>	
29	Verifique 35: Actualmente casada o en unión libre ¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero?; es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? Separada/divorciada/ viuda ¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero?; es decir, ¿qué hacía principalmente?	Agricultor 1 <input type="checkbox"/> Jornalero/peón 2 Comerciante 3 Obrero 4 Trabajador comunal 5 Empleado 6 Policía/militar 7 Estudiante 8 Otra _____ 96 <i>(Especifique)</i>
30	¿Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. está trabajando?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2
31	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses? (generando ingresos)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2
32	¿Cuál es su ocupación; es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) Ud. principalmente?	Agricultor 1 <input type="checkbox"/> Jornalero/peón 2 Comerciante 3 Obrero 4 Trabajador comunal 5 Empleado 6 Policía/militar 7 Estudiante 8 Otra _____ 96 <i>(Especifique)</i>
33	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especies por el trabajo que realiza(ba)? INDAGUE: ¿A Ud. le pagan por su trabajo?	Solo dinero 1 <input type="checkbox"/> Dinero y especies 2 Solo en especies 3 No le pagan 4
34	¿Es usted beneficiaria del Programa Juntos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2

35	De todo el dinero que usted generalmente recibe o gana en su hogar, ¿quién decide principalmente cómo se gasta?	Entrevistada decide 1 <input type="checkbox"/> Esposo/compañero decide 2 <input type="checkbox"/> Ambos deciden 3 Alguien más decide 4 Junto con alguien más 5																																																																								
36	De todos los ingresos de su hogar en el último año, ¿en qué se gastó el dinero que usted recibió (ganó)? Anote todo lo que corresponda. (En la columna derecha anotar el gasto mayor.) (Leer alternativas)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>Sí</th> <th>2</th> <th>No</th> <th>Gasto Mayor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alimentación del niño</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alimentos para la familia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Semillas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fertilizantes/abonos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Medicinas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ropa</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Coca/alcohol</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Educación</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Transporte</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vivienda</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otra _____</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <i>(Especifique)</i>		1	Sí	2	No	Gasto Mayor	Alimentación del niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos para la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fertilizantes/abonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ropa	<input type="checkbox"/>	Coca/alcohol	<input type="checkbox"/>	Educación	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	Vivienda	<input type="checkbox"/>	Otra _____	<input type="checkbox"/>																								
	1	Sí	2	No	Gasto Mayor																																																																					
Alimentación del niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Alimentos para la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Semillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Fertilizantes/abonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Coca/alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
37	¿Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Entrevistada</th> <th>Marido</th> <th>Ambos</th> <th>Alguien más</th> <th>Entrev. alguien más</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿El cuidado de su salud?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. ¿Hacer compras grandes del hogar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. ¿Visitar a familia, amigos o parientes?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. ¿Qué comida se debe cocinar cada día?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Entrevistada	Marido	Ambos	Alguien más	Entrev. alguien más	Nadie	a. ¿El cuidado de su salud?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>	b. ¿Hacer compras grandes del hogar?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>	c. ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>	d. ¿Visitar a familia, amigos o parientes?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>	e. ¿Qué comida se debe cocinar cada día?	1	2	3	4	5	5 <input type="checkbox"/>																														
	Entrevistada	Marido	Ambos	Alguien más	Entrev. alguien más	Nadie																																																																				
a. ¿El cuidado de su salud?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>																																																																				
b. ¿Hacer compras grandes del hogar?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>																																																																				
c. ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>																																																																				
d. ¿Visitar a familia, amigos o parientes?	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/>																																																																				
e. ¿Qué comida se debe cocinar cada día?	1	2	3	4	5	5 <input type="checkbox"/>																																																																				
38	¿Es usted beneficiaria del Programa Juntos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																								
39	¿Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR) cuando Ud. sale de la casa?	Entrevistada 1 <input type="checkbox"/> Esposo/compañero 2 <input type="checkbox"/> La niña mayor 3 El niño mayor 4 Otros parientes 5 Vecinos 6 Amigos 7 Empleada doméstica 8 Niño está en la escuela 9 Cuidado wawa wasi 10 Cuidado otra institución 11 Otra _____ 96 <i>(Especifique)</i>																																																																								

40

Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos e hijas, estén vivos o no, vivan o no con Ud., empezando con el primero que tuvo.

ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS EN 58 : LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LÍNEAS SEPARADAS.

SONDEE PARA SABER SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS Y, DE SER ASÍ, CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (nombre) fue parto múltiple o uno solo?	nombre ¿es hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació? (nombre) INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo(a)? (nombre) Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 62	SI ESTÁ VIVO ¿Cuántos años cumplidos tiene? Anote "00" para menor de un año	SI ESTÁ VIVO ¿Está (nombre) viviendo con Ud? Si la respuesta es "sí", pase a la pregunta 63	SI ESTÁ MUERTO ¿Qué edad tenía (nombre) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (nombre)? ANOTE: - Días, si menos de 1 mes - Meses, si menos de 2 años - Años, si es 2 ó más años,	Al año del nacimiento de (nombre) quítele el año del nacimiento anterior	¿Hubo algún otro nacimiento entre (nombre del nacimiento anterior) y (nombre)?
01 _____ (nombre)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	Sí..... 1 No..... 2 ↓ 219	Edad en años <input type="text"/> <input type="text"/>	Sí..... 1 No..... 2 Próximo nacimiento ←	Días.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> Meses...2 <input type="text"/> <input type="text"/> Años.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>		
02 _____ (nombre)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	Sí..... 1 No..... 2 ↓ 219	Edad en años <input type="text"/> <input type="text"/>	Sí..... 1 No..... 2 Pase a 220 ←	Días.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> Meses...2 <input type="text"/> <input type="text"/> Años.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>		Sí..... 1 No..... 2

ATENCIÓN ENCUESTADOR(A): VERIFICAR LO SIGUIENTE:

51	Del año de la entrevista (2011) reste el año del último nacimiento. ¿La diferencia es de 3 años o más? Si la respuesta es "sí", anule la encuesta	Sí.....1 <input type="text"/> No.....2	54	Verifique: Para cada nacimiento: → Si anotó el año del nacimiento Para cada hijo vivo: → Si anotó la edad actual Para cada hijo muerto: → Si anotó la edad al morir
52	¿Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? Si responde "sí", sondee y complete la historia de nacimientos.	Sí.....1 <input type="text"/> No.....2	55	Verifique y anote el número de nacimientos desde 02-2008 (peso y talla de los niños). <input type="text"/>
53	Compare total de nacimientos de pregunta 36 con el total de la historia de nacimientos y marque: <input type="text"/> Números diferentes <input type="text"/> → Indague y corrija			

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY

Fundación Acción Contra el Hambre / Kusi Warma

SECCIÓN 3. Embarazo, lactancia y alimentación infantil

Cód. entrevistada

56	Vea el número de orden de los nacidos desde febrero 2008 y anótelos en la columna correspondiente. (menores de 3 años)	Último nacido vivo <input type="text"/>
57	Vea en 55 el nombre y condición de sobrevivencia de cada niño desde febrero de 2008; luego anote dicha información en la columna respectiva.	Nombre _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>
58	Cuando Ud. estaba embarazada de (nombre del último hijo), ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? Si la respuesta es "sí", ¿con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más? Indague por el tipo de persona y anote a todas las personas que vio	Médico a <input type="checkbox"/> Obstetriz b <input type="checkbox"/> Enfermera c <input type="checkbox"/> Sanitario d <input type="checkbox"/> Promotor de salud e <input type="checkbox"/> Comadrona/partera f <input type="checkbox"/> No se controló g <input type="checkbox"/> Otra 96 <input type="checkbox"/> (Especifique)
59	¿Dónde acudió para recibir cuidado prenatal? Si el lugar es un Establecimiento de Salud, escriba el nombre; luego especifique el sector al que corresponde y circule el código o códigos apropiados _____ (nombre del establecimiento) ¿En algún otro lugar?	Establecimiento del Ministerio de Salud a <input type="checkbox"/> Seguro Social b <input type="checkbox"/> Centro particular c <input type="checkbox"/> Partera d <input type="checkbox"/> Promotor de salud e <input type="checkbox"/> Otra 96 <input type="checkbox"/> (Especifique)
60	Durante ese embarazo, ¿tomó hierro? (sulfato ferroso)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98
61	Durante todo el embarazo de (nombre del último hijo), ¿por cuántos días tomó hierro?	Número de días <input type="text"/> No sabe 998

62	¿Quién la atendió en el parto de (nombre)? ¿Alguien más? (trate de averiguar por la persona que la atendió y anote todas las personas que la asistieron)	Médico a <input type="checkbox"/> Obstetriz b <input type="checkbox"/> Enfermera c <input type="checkbox"/> Sanitario d <input type="checkbox"/> Promotor de salud e <input type="checkbox"/> Comadrona/partera f <input type="checkbox"/> Familiar g <input type="checkbox"/> No sabe/ no precisa 98 <input type="checkbox"/> Nadie 0 <input type="checkbox"/>
63	¿Pesaron a (nombre del último hijo) dentro de los tres días de nacido?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
64	¿Cuánto pesó (nombre del último hijo)? (solicite que le muestren el carné de nacimiento)	Gramos del carné 1 <input type="text"/> Gramos según 2 <input type="text"/>
65	Cuando (nombre) nació era: ¿Muy grande? ¿Más grande que el promedio? ¿El tamaño promedio? ¿Más pequeño que el promedio? ¿Muy pequeño?	Muy grande 1 <input type="checkbox"/> Más grande que promedio 2 <input type="checkbox"/> Promedio 3 <input type="checkbox"/> Más pequeño que promedio 4 <input type="checkbox"/> Muy pequeño 5 <input type="checkbox"/> No sabe/ no recuerda familiar 98 <input type="checkbox"/>
66	¿(nombre) fue inscrito en la Municipalidad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98
67	¿Tiene DNI?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
68	¿Le dio pecho (leche materna) alguna vez a (nombre del último hijo)? Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 89	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
69	¿Cuánto tiempo después de que nació (nombre del último hijo) empezó Ud. a darle pecho? Si menos de una hora, anote "00" Si menos de 24 horas, marque 1 y anote las horas Si más de 24 horas, marque 2 y anote en días	Inmediatamente 00 <input type="text"/> Horas 1 <input type="text"/> Días 2 <input type="text"/> No sabe/no recuerda 98 <input type="text"/>

70	Durante los primeros 3 días después del parto de (nombre del último hijo) le dio pecho?	Sí 1 No 2 No sabe/no recuerda 98	<input type="checkbox"/>
71	Si la respuesta anterior fue "sí", durante los primeros 3 días después del parto de (nombre del último hijo) le dio de beber algún otro líquido?	Sí 1 No 2 No sabe/no recuerda 98	<input type="checkbox"/>
72	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (nombre del último hijo)? Si la respuesta es "sí", pase a la pregunta 89	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/>
73	Si la respuesta anterior fue "no" ¿durante cuántos meses le dio Ud. pecho (leche materna) a (nombre)?	Meses No sabe/no recuerda 98	<input type="checkbox"/>
74	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (nombre del último hijo)?	Madre enferma / débil 1 Niño enfermo / débil 2 Niño murió 3 Problema succión niño 4 Problema succión pezón 5 No tenía leche 6 Madre trabajando 7 Niño rehusó 8 Edad de destete 9 Quedó embarazada 10 Empezó a usar anticonceptivo 11 Otra _____ 96 <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>
75	¿Recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (nombre)?	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/>
76	Verifique: ¿Niño vivo? Verifique si está lactando	<div style="text-align: center;"> <p>Vivo <input type="checkbox"/></p> <p>Lacta <input type="checkbox"/> No lacta <input type="checkbox"/></p> <p>(pase a 93)</p> </div>	
77	¿Cuántas veces le dio pecho a (nombre) durante el día de ayer? (6 a.m. a 6 p.m.) Si la respuesta no es numérica, indague para aproximar el número	Número de veces.	<input type="text"/>

78	¿Cuántas veces le dio pecho a (nombre) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m. a 6 a.m.) Si la respuesta no es numérica, indague para aproximar el número	Número de veces.	<input type="text"/>
79	¿En el día de ayer o anoche (nombre) tomó algo en biberón?	Sí 1 No 2 No sabe/no recuerda 98	<input type="checkbox"/>
80	Ayer, durante el día o la noche, ¿le dio a (nombre) purés, papillas, mazamoras o segundos?	Sí 1 No 2 No sabe/no recuerda 98	<input type="checkbox"/>
81	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (nombre) bebió el día de ayer. Si no tomó ese líquido, anote "0". Anote el número de veces; si no sabe, anote "98". a. ¿Agua sola (sin mezclar con nada)? b. ¿Leche en polvo para bebé? c. ¿Cualquier otra leche? d. ¿Jugo de fruta? e. ¿Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	En total, ayer cuántas veces durante el día o la noche le dio a (nombre): a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/>	
82	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (nombre) comió el día de ayer. Si no comió ese alimento, escriba "0" en el casillero correspondiente. Si comió, anote el número de veces, y si no comió ningún alimento escriba "0". Si no sabe, escriba "98". f. Cebada g. Quinua h. Maíz i. Kiwicha j. Avena k. Arvejas	f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/>	

82	l. Habas	l.	<input type="checkbox"/>
	m. Urpada (siete semillas)	m.	<input type="checkbox"/>
	n. Cualquier comida hecha de cereal (trigo, arroz)	n.	<input type="checkbox"/>
	ñ. Harina de trigo fortificada	ñ.	<input type="checkbox"/>
	o. Verduras	o.	<input type="checkbox"/>
	p. Frijol, lenteja, soya, etc	p.	<input type="checkbox"/>
	q. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, oca, yuca, camote)	q.	<input type="checkbox"/>
	r. Frutas	r.	<input type="checkbox"/>
	s. Carne o pescado	s.	<input type="checkbox"/>
	t. Vísceras	t.	<input type="checkbox"/>
	u. Queso o yogurt	u.	<input type="checkbox"/>
v. Huevo	v.	<input type="checkbox"/>	
w. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla	w.	<input type="checkbox"/>	
y. Golosinas/gaseosas	y.	<input type="checkbox"/>	
83	¿Su hijo está recibiendo actualmente hierro y vitaminas? Si la respuesta es "no", pasar a la pregunta 100	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/>
84	Si es "sí", marcar: SÍ = 1 NO = 2	Jarabe Chispitas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
85	¿Cuántos días tomó el suplemento en la última semana?	Jarabe Chispitas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
86	¿Su niño recibe papillas especiales para bebé/niño? Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 102	Sí 1 No 2 Especifique: _____	<input type="checkbox"/>
87	¿Cuántos días en la última semana consumio esta papilla?	Nº de días	<input type="text"/>

88	¿Usted ha recibido en el Establecimiento de Salud consejos sobre cómo alimentar a su hijo? Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 104	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/>
89	¿Ha cumplido con los consejos que recibió?	Sí 1 No 2 A veces 3	<input type="checkbox"/>
90	En la última semana, ¿el papá le ha dado de comer a su niño?	Sí 1 No 2 No aplica 8	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY			
Fundación Acción Contra el Hambre / Kusi Warma			
Sección 4. SALUD			
			Cód. entrevistada <input type="text"/>
91	/	Último nacido vivo Número de orden del niño <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre	
92	Por favor muéstreme el carné de CRED (nombre del último hijo)	Sí tiene carné 1 No tiene carné 2	<input type="checkbox"/>
93	En los últimos 6 meses (de julio a enero del presente año), ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de crecimiento y desarrollo (CRED)? Si la respuesta es "no" o "no sabe", pase a la pregunta 110	Sí 1 No 2 No sabe 98	<input type="checkbox"/>
94	¿Quién le controló el crecimiento y desarrollo? (anote lo que corresponde)	Médico a Obstetriz b Enfermera c Técnico de enfermería d Promotor de salud e Otra _____ 96 (Especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

95	¿Dónde se controló el crecimiento y desarrollo?	Establecimiento Minsa a <input type="checkbox"/> Seguro Social b <input type="checkbox"/> Particular c <input type="checkbox"/> Casa d <input type="checkbox"/> Local comunal e <input type="checkbox"/> Otra _____ 96 <input type="checkbox"/> (Especifique)																																																																																
96	Si tiene usted la tarjeta de vacunación de (nombre), ¿me permite verla por favor?	Sí, vista 1 <input type="checkbox"/> Sí, no vista 2 <input type="checkbox"/> Sin tarjeta 3																																																																																
97	1. Copie del carné las fechas de vacunación para cada vacuna 2. Escriba "44" en la columna día si la tarjeta muestra que se dio una vacuna pero no se anotó la fecha	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG (recién nacido)</td><td>BCG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hepatitis B (recién nacido)</td><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 0 (recién nacido)</td><td>PO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 1 (2 meses)</td><td>P1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 2 (4 meses)</td><td>P2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 3 (6 meses)</td><td>P3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Primera pentavalente (2 meses)</td><td>PV1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Segunda pentavalente (4 meses)</td><td>PV2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tercera pentavalente (6 meses)</td><td>PV3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Antiamarilica (15 meses)</td><td>A</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 1 (2 meses)</td><td>RV</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 2 (4 meses)</td><td>R2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 1 (3 meses)</td><td>N1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 2 (5 meses)</td><td>N2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 3 (12 meses)</td><td>N3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Triple viral (12 meses)</td><td>TV</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Refuerzo 1 DPT (18 meses)</td><td>RDPT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Refuerzo triple viral (4 años)</td><td>RTV</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Refuerzo 2 DPT (4 años)</td><td>RDPT2</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Día	Mes	Año	BCG (recién nacido)	BCG			Hepatitis B (recién nacido)	H			Polio 0 (recién nacido)	PO			Polio 1 (2 meses)	P1			Polio 2 (4 meses)	P2			Polio 3 (6 meses)	P3			Primera pentavalente (2 meses)	PV1			Segunda pentavalente (4 meses)	PV2			Tercera pentavalente (6 meses)	PV3			Antiamarilica (15 meses)	A			Rotavirus 1 (2 meses)	RV			Rotavirus 2 (4 meses)	R2			Neumococo 1 (3 meses)	N1			Neumococo 2 (5 meses)	N2			Neumococo 3 (12 meses)	N3			Triple viral (12 meses)	TV			Refuerzo 1 DPT (18 meses)	RDPT			Refuerzo triple viral (4 años)	RTV			Refuerzo 2 DPT (4 años)	RDPT2		
	Día	Mes	Año																																																																															
BCG (recién nacido)	BCG																																																																																	
Hepatitis B (recién nacido)	H																																																																																	
Polio 0 (recién nacido)	PO																																																																																	
Polio 1 (2 meses)	P1																																																																																	
Polio 2 (4 meses)	P2																																																																																	
Polio 3 (6 meses)	P3																																																																																	
Primera pentavalente (2 meses)	PV1																																																																																	
Segunda pentavalente (4 meses)	PV2																																																																																	
Tercera pentavalente (6 meses)	PV3																																																																																	
Antiamarilica (15 meses)	A																																																																																	
Rotavirus 1 (2 meses)	RV																																																																																	
Rotavirus 2 (4 meses)	R2																																																																																	
Neumococo 1 (3 meses)	N1																																																																																	
Neumococo 2 (5 meses)	N2																																																																																	
Neumococo 3 (12 meses)	N3																																																																																	
Triple viral (12 meses)	TV																																																																																	
Refuerzo 1 DPT (18 meses)	RDPT																																																																																	
Refuerzo triple viral (4 años)	RTV																																																																																	
Refuerzo 2 DPT (4 años)	RDPT2																																																																																	

98	¿(nombre) recibió vacunas que no estén registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en campañas nacionales de vacunación? Marque "sí" solo si la entrevistada menciona alguna de estas vacunas	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 No sabe 98
99	¿En las últimas 2 semanas (nombre) ha tenido alguno de estos síntomas o dolencias? (preguntar cada alternativa) Si comió, anote el número de veces; y si no comió ningún alimento, escriba "0" Si no sabe, escriba "98". a. Tos b. Nariz tapada/moco líquido c. Dolor de garganta d. Ronquera e. Dificultad para tragar o alimentarse f. Dolor de oídos o secreciones del oído g. Fiebre h. Respiración agitada i. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar	Sí 1 No 2 No sabe 98 a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/>
100	¿Buscó usted consejo o tratamiento para los problemas anteriores? Si la respuesta en "no", pase a la pregunta 116	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2
101	Dónde buscó usted consejo o tratamiento (anote todos los que mencione)	Centro de Salud a. <input type="checkbox"/> Promotor de salud b. <input type="checkbox"/> Particular c. <input type="checkbox"/> Botiquín popular d. <input type="checkbox"/> Farmacia/botica e. <input type="checkbox"/> Familiar/amigo f. <input type="checkbox"/> Otra _____ 96 <input type="checkbox"/> (Especifique)
102	¿(Nombre) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas? Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 124	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 No sabe/no responde 98

103	¿Durante la diarrea tuvo alguno de estos síntomas o dolencias? (preguntar cada alternativa) a. Moco y/o sangre en las deposiciones b. Piel reseca y/o arrugada c. Ojos hundidos y sin lágrimas d. Mollera hundida e. Labios secos f. Debilidad g. Vómitos	Sí 1 No 2 No sabe/no responde 98	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/>
104	Cuando su niño tuvo diarrea, ¿cuál es la cantidad de líquido que tomó en el día (24 horas)? Si menos, pruebe: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o solo un poco menos? (Incluye leche materna)	Mucho menos 1 Algo menos 2 Más o menos lo mismo 3 Más de lo usual 4 Nada de beber 5 No sabe 98	1 <input type="checkbox"/>
105	Cuando tuvo diarrea, (nombre), ¿Comió la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida? (en todo el día)	Solo lacta 1 Mucho menos 2 Algo menos 3 Más o menos lo mismo 4 Más de lo usual 5 Nada de comer 6 No sabe 98	1 <input type="checkbox"/>
106	Cuando tuvo diarrea, ¿le dio a (nombre): a. Un líquido preparado de un sobre especial (sales de rehidratación oral)? b. Suero otra marca? c. Leche materna? d. Un suero preparado en casa? e. Otros líquidos?	Sí = 1 No = 2 No sabe = 98 Suero a. <input type="checkbox"/> Suero otra marca b. <input type="checkbox"/> Leche materna c. <input type="checkbox"/> Otro suero en casa d. <input type="checkbox"/> Otros líquidos e. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/>
107	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea? Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 124	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/>

108	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? ¿En otro lugar? (señale todos los que mencione) Anote sí = 1 donde corresponda	Centro Salud Minsa a. <input type="checkbox"/> Posta EsSalud b. <input type="checkbox"/> Promotor salud c. <input type="checkbox"/> Particular d. <input type="checkbox"/> Botiquín popular e. <input type="checkbox"/> Farmacia/botica f. <input type="checkbox"/> Familiar/amigo g. <input type="checkbox"/> Otra _____ 96 <input type="checkbox"/> (Especifique)	
109	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea? ¿Algo más? Escriba todo lo que mencione	Jarabe para la diarrea a. <input type="checkbox"/> Antibiótico b. <input type="checkbox"/> Suero intravenoso c. <input type="checkbox"/> Remedios caseros d. <input type="checkbox"/> Otra _____ 98 <input type="checkbox"/> (Especifique)	
110	Lavarse las manos es importante. Mencione usted cuándo se lava las manos: a. Antes de preparar los alimentos b. Después de ir al baño c. Después de cambiar el pañal d. Antes de dar de comer al niño (No lea las alternativas; anote las respuestas)	Escriba Sí = 1 No = 2 Según respuestas	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
111	Algunas veces los niños tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un Establecimiento de Salud. ¿Cuáles síntomas harían que Ud. llevara al niño a un ES inmediatamente? ¿Algún otro síntoma? (marque todos los que mencione)	Si no puede beber o lactar a. <input type="checkbox"/> Si se pone más enfermo b. <input type="checkbox"/> Si le da fiebre/diarrea/vómito c. <input type="checkbox"/> Si tiene respiraciones rápidas d. <input type="checkbox"/> Si tiene dificultad para respirar e. <input type="checkbox"/> Si hace deposiciones con sangre f. <input type="checkbox"/> Si come o bebe poco g. <input type="checkbox"/> Otra _____ 96 <input type="checkbox"/> (Especifique) No sabe 98 <input type="checkbox"/>	
112	Si uno de sus niños enfermara gravemente, ¿podría Ud. decidir por sí misma si la niña/niño debe ser llevado a tratamiento médico?	Sí 1 No 2 No sabe 98	<input type="checkbox"/>

113	¿Usted ha escuchado hablar de la anemia? Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 131	Sí No No sabe	1 2 98	<input type="checkbox"/>
114	Si usted ha escuchado sobre la anemia, ¿me podría explicar en qué consiste? (Escriba la respuesta textual)	Explica Sí = 1 No = 2		<input type="checkbox"/>
115	¿Usted conoce alguna manera para no tener anemia? Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 131	Sí No No sabe	1 2 98	<input type="checkbox"/>
116	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, escriba la respuesta textual: (Debe mencionar alguna de las siguientes alternativas: carnes, vísceras, menestras, sangrecitas)	Explica Sí = 1 No = 2		<input type="checkbox"/>
117	¿Usted actualmente acaricia al niño, le habla, juega, canta?	Sí No	1 2	<input type="checkbox"/>
118	¿El padre actualmente le habla, le juega, le canta, le sonrío o acaricia a su hijo?	Sí No No sabe	1 2 98	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY Fundación Acción Contra el Hambre / Kusi Warma				
Sección 5. Peso y talla Cód. entrevistada <input type="checkbox"/>				
119	Verifique: Uno o más nacimientos desde febrero 2008	Ningún nacimiento desde enero 2008		TERMINE
Anote el número de orden de cada niño nacido desde febrero 2008 que aún esté vivo. Anote la fecha de nacimiento de los niños y anote talla y peso de sus hijos vivos. (Nota: Todos los niños menores de 3 años deben ser pesados, y si hay más de 3 hijos use cuestionarios adicionales.)				
		1 Entrevistada	2 Niño vivo más joven (menor)	3 Penúltimo niño vivo
		4 Anterior al penúltimo niño vivo		
120	N.º de orden ver pregunta 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121	Nombre de los niños según historia de nacimientos	(Nombre)	(Nombre)	(Nombre)
122	Fecha de nacimiento Verifique: El día del nacimiento	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
123	Talla (en centímetros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
124	¿Se le tomó la talla (tamaño) estando acostado o parado?	Acostado 1 <input type="checkbox"/> De pie 2 <input type="checkbox"/>	Acostado 1 <input type="checkbox"/> De pie 2 <input type="checkbox"/>	Acostado 1 <input type="checkbox"/> De pie 2 <input type="checkbox"/>
125	Peso (en kilogramos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
126	Fecha de: peso y talla	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
127	Resultado	Medida 1 <input type="checkbox"/> Embarazada 2 No presente 3 Rehusó 4	Niño medido 1 <input type="checkbox"/> Niño enfermo 2 Niño no presente 3 Niño rehusó 4 Madre rehusó 5	Niño medido 1 <input type="checkbox"/> Niño enfermo 2 Niño no presente 3 Niño rehusó 4 Madre rehusó 5
128	Nombre de la persona que midió: _____	Nombre de la asistente: _____		

Ahora me gustaría tener alguna información sobre las personas que generalmente viven en su hogar o que se alojan ahora con usted

Cod. entrevistada

N.º orden	Residentes habituales y visitantes	Relación con el jefe del hogar	Lugar de residencia		Sexo		Edad		
			¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene?			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
			Sr	No	Sr	No	H	M	En años
01		0 1	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
02		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
03		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
04		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
05		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
06		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
07		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
08		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
09		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
11		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
12		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
13		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>
14		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>

Solo para estar segura de que tengo una lista completa:

- ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado?
- ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí?
- ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche?

Cobertura de los seguros de salud	Para menores de 3 años						Elegibilidad			
	Supervivencia y residencia de los padres									
¿(NOMBRE) tiene seguro de salud?	¿El seguro de salud que tiene (NOMBRE) corresponde a: A. Es Salud B. Fuerzas Armadas o Policiales C. SIS - Seguro Universal D. Seguro privado Z. No sabe	¿Está viva la madre biológica de (NOMBRE)?	ESTÁ VIVA ¿Reside aquí la madre biológica de (NOMBRE)? Sí ¿Cuál es su nombre? Anote el n.º de orden de la madre No Anote 00	¿Está vivo el padre biológico de (NOMBRE)?	ESTÁ VIVO ¿Reside aquí el padre biológico de (NOMBRE)? Sí ¿Cuál es su nombre? Anote el n.º de orden del padre No Anote 00		Circule el número de orden de las personas elegibles para la entrevista Niños menores de 3 años			
(8 a)	(8 b)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)				
Sr	No	Sr	No	NS	Sr	No	NS			
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	01
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	02
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	03
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	04
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	05
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	06
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	07
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	08
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	09
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	10
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	11
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	12
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	13
1	2	<input type="text"/>	1	2	3	1	2	3	<input type="text"/>	14

- Sr Anote a cada uno en el cuadro
- Sr Anote a cada uno en el cuadro
- Sr Anote a cada uno en el cuadro

No

No

No

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY:

Encuesta de Consumo de Alimentos del Niño

Segmento: Vivienda: Hogar: Distrito:
 Madre: _____ Dirección de vivienda: _____

Comunidad:
 Teléfono: _____ Código: madre: encuestador

Urbano = 1 Rural = 2

		Tipo de Preparación			
1	Desayuno	3	Bebibles: cereal/harinas c/leche	10	Segundo
2	Almuerzo	4	Bebibles: cereal/harinas s/leche	11	Mazamorra c/leche
3	Cena	5	Caldos/sopa/crema aguada	12	Mazamorra s/leche
4	Entrecomida	6	Sopa/ crema normal	13	Frutas
5	Lactancia	7	Sopa/crema espesa	14	Verduras
		1	Agua/infusión, mate/té/ café	8	Puré aguado
		2	Leche, yogurt, queso	9	Puré espeso

Tipo de preparación	
15	Refrescos naturales
16	Refrescos artificiales
17	Alim. sancoch. (cereal, tubérculo, habas)
18	AOA sancochado solo (huevo, carne)
19	Pan, galleta, queque, biscocho
20	Fritura (pescado/carne/huevo/pollo/papa)
21	Dulces

Fecha nacimiento : niño
 Niño enfermo sí = 1 no = 2
 Fecha
 Día
 Hora de inicio
 Hora fin
 N.º de página de
 Es un día festivo sí = 1 no = 2

Tipo comida	Tipo prepa.	Hora	Receta: ingredientes alimento	Código	Alimento		Servido	
					Código	Tara (g)	Tara + Receta o Alimento (g)	

Servido	Sobra			Consumido	Factor	Observaciones
	Peso porción o alimento (g)	Tara (g)	Tara + Desperdicio (g)			

OBSERVACIONES : _____

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY

Segmento: Vivienda: Hogar: Distrito:
 Madre: Dirección de vivienda:

Tipo de preparación			
1	Desayuno	3	Bebibles: cereal/harinas c/leche
2	Almuerzo	4	Bebibles: cereal/harinas s/leche
3	Cena	5	Caldos/sopa/crema aguada
4	Entrecomida	6	Sopa/ crema normal
5	Lactancia	7	Sopa/crema espesa
		8	Puré aguado
		9	Puré espeso
		10	Segundo
		11	Mazamorra c/leche
		12	Mazamorra s/leche
		13	Frutas
		14	Verduras

Tipo comida	Tipo prepa.	Hora	Receta: ingredientes alimento		Alimento		Medida casera		Peso (g) Volumen cc Cm
			Código	Código	Código	Código	Porción alimento Servido		

OBSERVACIONES :

FUNDACIÓN ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE / KUSI WARMA. VILCASHUAMÁN - AYACUCHO

Encuesta de Consumo de Alimentos del Niño

Comunidad:
 Teléfono:
 Urbano = 1 Rural = 2

Tipo de preparación	
15	Refrescos naturales
16	Refrescos artificiales
17	Alim. sancoch. (cereal, tubérculo, habas)
18	AOA sancochado solo (huevo, carne)
19	Pan, galleta, queque, biscocho
20	Fritura (pescado/carne/huevo/pollo/papa)
21	Dulces
22	Alimento social

Fecha nacimiento : niño
 Niño enfermo sí = 1 no = 2
 Fecha
 Día
 Hora de inicio
 Hora fin
 N.º de página de
 Es un día festivo sí = 1 no = 2

Medida casera	Peso (g) Volumen cc Cm	Cantidad g neto		Factor	Observaciones
		Servido	Consumido		
Porción alimento Servido	Volumen cc Cm	Servido	Consumido	Factor	Observaciones

Con el apoyo financiero de:



“El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de Acción Contra el Hambre - Perú y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de AECID, el Gobierno de Navarra y la Generalitat Valenciana”

Fundación Acción Contra el Hambre
Calle Francisco del Castillo 235, 2.º piso
Urb. San Antonio – Miraflores - Lima, Perú
Tlf.: (51 1) 628 28 35 / (51 1) 628 28 36
acfe-pe@acf-e.org / www.accioncontraelhambre.org