

INFORME DE EVALUACIÓN



Evaluación de impacto del proyecto de prevención y reducción de la anemia en gestantes y niñas y niños menores entre 6 y 36 meses "Anemia Cero" en el distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión, La Libertad - Fase: Línea de base.

INFORME DE EVALUACIÓN

Título

Evaluación de impacto del proyecto de prevención y reducción de la anemia en gestantes y niñas y niños menores entre 6 y 36 meses “Anemia Cero” en el distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión, La Libertad – Fase: Línea de base.

Elaboración:

Prisma
Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE) del MIDIS.

Año de elaboración:

2018

Eje de política:

Nutrición infantil

Resumen ejecutivo:

El objetivo del estudio es elaborar la Línea de base del Proyecto de prevención y reducción de anemia en gestantes y niñas y niños menores de 18 meses en el distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión, La Libertad. El presente estudio fue de tipo transversal y descriptivo, sirviendo para determinar los valores basales del proyecto. La población objetivo correspondió a todos los niños y niñas menores de 18 meses que se encuentran en los 16 caseríos del distrito de Curgos. La recolección de datos se realizó aplicando una encuesta elaborada por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS. Dicho instrumento tuvo 223 preguntas distribuidas en 11 módulos que se aplicaron a las madres cuidadoras; previamente se realizó la toma de muestra de hemoglobina para determinar su nivel. De la línea de base se obtuvieron resultados sobre las características sociodemográficas y sobre los principales indicadores en salud de los menores. Según estos resultados el 82.1% en Curgos vive en la pobreza extrema (gasto de 0 a 156 soles per cápita).

Respecto a la salud de los menores, el estudio muestra que la desnutrición crónica afecta a poco más de la tercera parte de los menores de 12 meses de edad y llega al 45% al analizar a los menores de 18 meses.

Supervisión:

Leslie Miranda, Diego Rossinelli, Christian Cisneros (DGSE-MIDIS). Con la revisión y aportes del Programa JUNTOS.

Reservados algunos derechos:

Este documento ha sido elaborado por el equipo de profesionales de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del MIDIS. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del MIDIS, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

Cita de fuente:

El documento debe citarse de la siguiente manera: MIDIS (2018). “Evaluación de impacto del Proyecto de prevención y Reducción de Anemia en Gestantes y Niñas y Niños Menores entre 6 y 36 meses “Anemia Cero” en el distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión, La Libertad - Fase Línea de base”. Informe de evaluación. Elaborado por Prisma, Lima, Perú.

**Unidad de Coordinación de Cooperación Técnica y Financiera - UCCTF
Ministerio de Economía y Finanzas - MEF**

Banco Mundial

“Asistencia Técnica para el Apoyo al Programa de Gestión de Resultados para la Inclusión Social”

Contrato de Préstamo N° 8222-PE

Componente 3 “Fortalecimiento de la orientación por resultados y de la capacidad de monitoreo y evaluación del MIDIS”

“Levantamiento de información de Línea de Base del Proyecto de prevención y reducción de anemia en gestantes y niñas y niños menores entre 6 y 36 meses “Anemia Cero” en el distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión, La Libertad”.

**Consultor: Asociación Benéfica PRISMA
Contrato N° S-013-0-8222**

Entregable: 3 de 3

Lima, 28 de marzo de 2018

CONTENIDO

TÍTULO DE LA CONSULTORÍA:	4
ANTECEDENTES.....	4
I. OBJETIVO DE LA CONSULTORÍA	6
1.1. Objetivo general	6
1.2. Objetivos específicos	6
II. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	7
2.1. Marco conceptual de la intervención	7
2.2. Modelo causal de la anemia en el Perú	13
2.2. Indicadores a ser medidos	14
III. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Tipo de estudio	18
3.2. Población de estudio.....	18
3.3. Unidades de estudio	18
3.3. Estrategia de muestreo.....	18
3.4. Trabajo de campo	18
3.5. Procesamiento y control de calidad de la información	19
3.6. Análisis de la información	19
IV. INSTRUMENTO	20
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	21
5.1. Resultados generales del operativo de campo.....	21
5.1.1. Hogares identificados	21
5.1.2. Hogares que brindaron información.....	21
5.1.3. Hogares elegibles.....	22
5.1.4. Menores de 18 meses identificados	22
5.1.5. Encuestas realizadas	23
5.1.6. Factores que dificultaron el recojo de información y estrategias utilizadas para superarlas	23
5.2. Características sociodemográficas generales	25
De los miembros del hogar	25
Características de las viviendas y del hogar.....	29

5.3. Análisis de los principales indicadores.....	31
5.3.1. Indicadores de resultado final	31
5.3.2. Indicadores de resultado intermedio	33
5.3.3. Indicadores de resultado inmediato.....	41
VI. ANEXOS	48
6.1. Matriz de monitoreo de campo por caserío y anexos (en digital)	
6.2. Instrumento (en digital)	
6.3. Manual (en digital)	
6.4. Tabulados (en digital)	
6.5. Base de datos (en digital)	
6.6. Diccionario de datos (en digital)	
6.7. DOFile (en digital)	
6.8. Programación de indicadores en Stata (en digital)	

**TÍTULO DE LA CONSULTORÍA:
LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROYECTO DE PREVENCIÓN Y
REDUCCIÓN DE ANEMIA EN GESTANTES Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES ENTRE 6 Y 36 MESES
“ANEMIA CERO” EN EL DISTRITO DE CURGOS, PROVINCIA DE SÁNCHEZ CARRIÓN, LA
LIBERTAD”.**

ANTECEDENTES

Según información del INEI, el Distrito de Curgos, ubicado en la Provincia de Sánchez Carrión de La Libertad, es el “distrito más pobre a nivel nacional”¹, es decir es el distrito con mayor incidencia de pobreza monetaria² en el Perú. Distrito donde el 96.7% de la población de este distrito (8,345 personas en 2,471 hogares) tiene clasificación socioeconómica (CSE) de pobreza (33.7 %) y de pobreza extrema (63.2%)³.

Son evidentes las restricciones que tiene la población de Curgos, y se trata de un distrito que tiene contrastes, así “Hace 12 años que Curgos tiene agua entubada, la misma que actualmente recibe cloración y hace 12 años también que hay servicio de desagüe (parcial). La luz de Hidrandina llegó hace 13 años”⁴. Según el mismo informe, la situación del agua no es regular en todos los caseríos y centros poblados, muchos tienen limitaciones del servicio de agua (no cuentan con el servicio - lo cual implica movilizarse hacia puquios, captaciones y otras formas de dotación de agua, que conlleva tiempo de caminata en su búsqueda-; y otros caseríos y centros poblados, desde hace pocos años tienen el servicio, pero sin continuidad las 24 horas del día o por semanas). Asimismo, se destaca la precariedad en los servicios higiénicos, donde en casi todos los centros poblados se tiene principalmente pozos ciegos y otros no cuentan con dicho servicio.

Curgos tiene su principal vínculo social, económico y comercial con Huamachuco (Distrito y Capital de la Provincia de Sánchez Carrión), y con Trujillo (capital del Departamento de La Libertad). El acceso a Huamachuco desde Curgos es a través de una trocha. Según el Instituto del Perú: “En Huamachuco hay un paradero del que salen los colectivos a Curgos. Una persona puede embarcarse a cualquier hora del día, siempre hay movilidad. (...) La distancia entre Huamachuco y Curgos es de aproximadamente 40 minutos a través de una trocha en correcto estado que existe desde hace 43 años”⁵

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013. Publicado en Setiembre 2015. Página 51.

² Op. Cit.: “Se define como pobres monetarios a aquellos individuos que residen en hogares cuyo gasto per cápita mensual está por debajo del valor de una canasta de productos (líneas de pobreza) que permite satisfacer las necesidades mínimas. La estimación del gasto considera tanto los gastos monetarios, como los no monetarios (autoconsumo, auto-suministro, donaciones y transferencias en especie y en dinero sean de origen privado o público)”. Página 12.

³ Fuente: INFOMIDIS al 18 de octubre de 2017.

⁴ Notas de la visita realizada por el Instituto del Perú de la Universidad de San Martín de Porres CURGOS: Del 1 al 4 de octubre del 2015. Ver: <http://usmp.edu.pe/idp/curgos/>

⁵ Instituto del Perú. CURGOS: Del 1 al 4 de octubre del 2015. Página 3.

Así, la conectividad vía terrestre es precaria dentro del distrito de Curgos y sus caseríos y centros poblados, se cuenta con caminos (de tierra) y trochas para el acceso dentro del distrito, donde la población se moviliza a pie y en “combis” o camionetas.

El distrito de Curgos, con sus caseríos y centros poblados, observa que en los últimos años ha habido intervenciones que ha permitido mejoras en los servicios de agua y desagüe, en la conectividad terrestre, telefónica y de internet, en los servicios educativos y de salud; sin embargo, estos avances son limitados frente a las necesidades de la población.

Uno de los problemas más serios de la población del distrito de Curgos, al igual que de mucha población del área rural en el Perú, es la presencia de la anemia, que “en menores de 6 a 35 meses es un problema severo de salud pública y de desarrollo. En 2016, afectó a 43,6% de este grupo etario a nivel nacional y a 35.7% en la región La Libertad”⁶.

La anemia infantil es uno de los problemas de salud más severos del país, se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite y se debe principalmente a la deficiencia de hierro en el organismo, la cual se presenta a consecuencia de múltiples factores entre los cuales destaca de manera directa, la ingesta inadecuada de hierro en la dieta, así como, la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. Tiene un gran impacto en el desarrollo social, emocional, cognitivo y motor de las niñas y niños menores de 36 meses.

Ante ello, en el marco del Decreto Supremo N° 285-2012-EF que aprueba la operación de endeudamiento externo entre el Gobierno Peruano y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), que mediante el Contrato de Préstamo N° 8222-PE para financiar el proyecto “Asistencia Técnica para el Apoyo al Programa de Gestión por resultados para la Inclusión Social”, mediante el cual se busca fortalecer los sistemas y capacidades del MIDIS para la mejora del desempeño de los programas sociales bajo su responsabilidad y así como el monitoreo de la política de inclusión social.

Y dentro de la Estrategia Nacional de Reducción de la Anemia y de la Desnutrición Crónica Infantil en niños y niñas menores de 36 meses de edad, el MIDIS el 22 de Junio de 2017 aprueba mediante Resolución Ministerial N° 112-2017, el “Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021”, por lo que los programas nacionales del MIDIS, sus actividades e intervenciones, así como sus órganos y unidades orgánicas, deberán realizar acciones previstas para lograr reducir la Desnutrición Crónica Infantil y la Anemia en dicha población infantil.

Así el préstamo, el Plan, los Programas Sociales y el MIDIS se alinean a las prioridades nacionales en torno a la anemia y la DCI; y allí es donde el MIDIS, en el marco de su función de protección social a la población que vive en condiciones de pobreza y vulnerabilidad y en apoyo al cumplimiento de los indicadores emblemáticos del Gobierno, decide el apoyo al distrito de Curgos en la reducción sostenida y sostenible de anemia en los niños en la primera infancia.

⁶ ENDES-2016, INEI 2016.

I. OBJETIVO DE LA CONSULTORÍA

1.1. Objetivo general

Realizar el levantamiento de información de Línea de Base del Proyecto de prevención y reducción de anemia en gestantes y niñas y niños menores de 18 meses en el distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión, La Libertad.

1.2. Objetivos específicos

- Determinar las características socioeconómicas del hogar y características de la vivienda de los niños y niñas menores de 18 meses de edad.
- Identificar el nivel de hemoglobina en los niños y niñas menores de 18 meses de edad.
- Recoger la información del peso y talla de la cartilla CRED de los niños y niñas menores de 18 meses de edad.
- Recoger información de indicadores de cobertura de servicios e indicadores de salud materno infantil.
- Recoger información sobre el acceso a servicios públicos (salud, agua segura, saneamiento)
- Recoger información sobre participación y vigilancia comunitaria.

II. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

2.1. Marco conceptual de la intervención⁷

El MIDIS, en contribución al cumplimiento de los indicadores emblemáticos del Gobierno, bajo su rol articulador y por sus competencias en materia de políticas de desarrollo e inclusión social encaminadas a reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos sociales, se ha propuesto apoyar al distrito de Curgos, a través del proyecto piloto de intervención articulada de gestión local para la prevención y reducción de anemia en gestantes y niños y niñas entre 6 y 36 meses del distrito de Curgos, provincia Sánchez Carrión, La Libertad.

La propuesta destaca el capital social que puede potenciar el resultado de intervenciones, a partir de las relaciones de confianza, reciprocidad y cooperación que sostienen sus organizaciones sociales existentes, como:

- Junta Vecinal, liderada por el alcalde, es la responsable de coordinar las acciones del distrito; actualmente hay dos coordinaciones distritales (en la capital del distrito y en el Caserío de Calvario).
- Comité de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza.
- Comité Distrital de Seguridad Ciudadana.
- Comité de Coordinación Local (CCL), responsable de proponer el presupuesto participativo.
- Consejo Distrital de Salud, conformado por representantes de la Microred de Salud, el alcalde y delegados municipales.
- Central de Rondas Campesinas, que coordina las acciones de 16 bases de rondas campesinas ubicadas en los distintos caseríos.
- Comités de Vaso de Leche, organizados por caseríos.
- Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento - JAAS, organizadas a nivel de caseríos (la principal fuente de agua son los manantiales y el agua de lluvia).

Asimismo, el MIDIS desarrolla en el distrito los siguientes programas sociales:

Programa Social	Intervención	Cobertura
Cuna Más	Acompañamiento a Familias	294
FONCODES	Hogares Haku Wiñay – Proyectos en ejecución	791
Juntos	Hogares abonados	1067
Pensión 65	Usuarios/as	463
Qaly Warma	Número de IIEE atendidas	41
	Número de niños y niñas atendidos	1769

Fuente: INFOMIDIS, información oficial al cierre de mayo 2018

Así entonces, el MIDIS plantea la propuesta que implementará una estrategia participativa con enfoque intercultural, basada en acciones y actividades sostenibles que responden a la

⁷ Piloto de prevención y reducción de anemia en gestantes y niñas y niños menores entre 6 y 36 meses “Anemia Cero”; Distrito de Curgos, Provincia de Sánchez Carrión – La Libertad.

biodiversidad del territorio, a fin de mejorar la atención en salud durante la primera infancia, la disponibilidad y consumo de alimentos ricos en hierro y la disponibilidad de agua segura; tomando como elementos clave la participación de la comunidad y el liderazgo del Gobierno Local.

La finalidad y objetivos de la intervención son las siguientes:

- **Finalidad:** Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en condición de pobreza y vulnerabilidad.
- **Objetivo General:** Reducir la anemia en gestantes y niños y niñas entre 6 y 36 meses del distrito de Curgos.
- **Objetivos específicos:**
 - Mejorar la participación y vigilancia comunitaria para la prevención y reducción de la anemia infantil en gestantes y niños entre 6 y 36 meses.
 - Promover la implementación de acciones efectivas y sostenibles para la seguridad alimentaria con énfasis en la disponibilidad y consumo de alimentos.
 - Mejorar las condiciones de salud de gestantes y niños entre 6 y 36 meses.

Para ello, plantea tener una población objetivo compuesta por:

- **Población Objetivo Directa:** Familias con gestantes y niños y niñas entre 6 y 36 meses del distrito de Curgos.
- **Población Objetivo Indirecta:**
 - Municipalidad de Curgos.
 - Establecimientos de Salud de Curgos.
 - Organizaciones de Base de Curgos (rondas campesinas, clubes de madres, entre otras).

Estrategia de la Intervención

El MIDIS ha propuesto el diseño e implementación de intervenciones articuladas con los sectores salud, educación, agricultura, vivienda y desarrollo e inclusión social en los tres niveles de gobierno y con los agentes locales.

La estrategia de intervención busca lograr la reducción de anemia en gestantes, niñas y niños menores de 36 meses en el distrito de Curgos. De acuerdo a lo revisado en la literatura relacionada con la causalidad de la Anemia, la estrategia se basa en el modelo conceptual de determinantes de la anemia propuesto por Balarajan et al. (2011)⁸, el cual identifica cinco determinantes: i) acceso a diversas fuentes de alimentos, ii) acceso a alimentos fortificados, iii) acceso a servicios de salud e intervenciones (por ejemplo, suplementación con hierro, desparasitación), iv) acceso a conocimientos y educación sobre anemia, y v) acceso a agua limpia y saneamiento.

Dado el estado situacional de Curgos, se ha identificado que para alcanzar el objetivo del piloto (la intervención) resulta necesario impulsar resultados vinculados a cada uno de los determinantes de la anemia, que son complementarios entre sí.

⁸ Balarajan, Yarlina, Usha Ramakrishnan, Emre Ozaltin, Anuraj H Shankar, S V Subramanian (2011), "Anaemia in low-income and middle-income countries", Lancet 2011; 378: 2123-35.

Así, para asegurar el acceso a diversas fuentes de alimentos se requiere que la población cambie patrones de manejo de su producción agrícola y pecuaria que coadyuven a lograr ingresos de manera autónoma y sostenida, a fin de asegurar la disponibilidad y consumo de alimentos que contribuyan a la prevención de anemia en sus hogares.

También se busca mejorar en simultáneo la cobertura de los servicios de salud a los grupos objetivos del piloto para la atención preventiva, el diagnóstico y tratamiento oportuno frente a la anemia. En tal sentido, la estrategia propone mejorar la atención en salud a las gestantes y menores de 36 meses con pertinencia cultural.

Asimismo, se requiere prever también el acceso a agua y saneamiento en los hogares para contribuir a mejorar prácticas saludables de alimentación en el hogar y reforzar así los mensajes brindados por los múltiples agentes promotores de la salud en la comunidad.

Para el acceso a conocimientos y educación sobre la anemia es un factor determinante y transversal para el logro de todos los resultados y del objetivo de la intervención, lo cual requiere de la transmisión efectiva de mensajes que orienten el cambio de comportamiento de las madres y gestantes para la prevención y reducción de anemia. Es por ello, que la estrategia propone intervenciones en las escuelas y en la comunidad; en el primer espacio a través de acciones de educación en salud y alimentación que se desarrollen con participación de la comunidad educativa y en el segundo espacio a través de la participación y vigilancia comunitaria para la prevención y reducción de anemia en los grupos vulnerables en el distrito.

Para el éxito del proyecto piloto, todas estas intervenciones que se desarrollan como parte de los componentes de acción más adelante, deben ser gestionadas desde el liderazgo del Gobierno local con participación activa de las instituciones y organizaciones sociales locales. Por lo tanto, promover la institucionalidad de la gestión local para la reducción de anemia en las gestantes y menores de 36 meses en el distrito será una acción necesaria e implícita en la implementación del piloto.

Cabe señalar que, para alcanzar los resultados esperados, el rol y compromiso asumido por cada uno de los actores involucrados en el piloto debe cumplirse, así también, el piloto debe institucionalizarse bajo las normativas respectivas en cada una de las instituciones vinculadas, a fin de que la implementación del mismo trascienda a los posibles cambios de gestión.

Se destaca así los aspectos claves de la gestión social que implica:

1. Articulación

La articulación territorial busca la sostenibilidad de la estrategia propuesta, para lo cual se requiere contextualizar las intervenciones al ámbito local y fortalecer las redes de trabajo conjunto entre actores locales institucionales y comunitarios para asegurar la adecuada prestación de servicios en correspondencia a las necesidades de las personas. Para esto, es necesario fomentar una mayor interacción y generación de compromisos entre los responsables de la gestión local y la población usuaria de los servicios y prestaciones del Estado.

Asimismo, la articulación de los actores involucrados también promoverá la transparencia y rendición de cuentas a la población respecto a las intervenciones y servicios prestados en el marco del piloto.

Los actores involucrados en el piloto se identifican en dos grupos: a) institucionales y b) comunitarios.

La articulación de los actores involucrados para la implementación del piloto se dará sobre la plataforma institucional del Consejo Distrital de Salud del distrito de Curgos, a fin de fortalecer esta instancia de concertación y acción. Bajo este marco, se propone como instrumento de gobernanza la emisión de una Ordenanza Municipal que reconozca como prioridad la implementación del Piloto de prevención y reducción de anemia en gestantes y niños y niñas entre 6 y 36 meses en el distrito de Curgos, que a su vez sea refrendada por normativas correspondientes en las instituciones locales y regionales.

2. Rol del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

El MIDIS en su rol rector y en el marco la intervención, contribuirá a establecer las orientaciones y prioridades de intervención para mejorar la calidad de vida de la población en condición de pobreza y vulnerabilidad en el distrito de Curgos, con énfasis en la reducción de anemia en gestantes y menores de 36 meses. Así mismo, dará soporte al Gobierno local para llevar a cabo el seguimiento de cumplimiento de plazos de intervenciones priorizadas y logro de metas establecidas.

En tal sentido, facilitará la articulación de las acciones de los sectores promoviendo los espacios y mecanismos de coordinación en el territorio, en simultáneo a la implementación de las prestaciones sociales de los programas del MIDIS.

Para esto, promoverá los espacios de coordinación en instancias de articulación regional y local, con los actores directamente responsables del logro de resultados del proyecto.

En el marco del piloto el MIDIS cumple el rol de coordinación para las siguientes acciones transversales:

- Mejora continua del proyecto piloto.
- Asistencia técnica para la implementación de las intervenciones del piloto.
- Definir los mecanismos de articulación intersectorial e intergubernamental para la implementación de las intervenciones.
- Alinear las intervenciones bajo la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social y los lineamientos denominados “Primero la Infancia”⁹.
- Conducir el seguimiento y evaluación de la Estrategia.

3. Componentes de acción

El MIDIS facilitará las acciones transversales de articulación respecto de los cinco componentes de la intervención. Así mismo, promoverá la asistencia técnica al Gobierno Local para liderar los espacios de articulación interinstitucional desde un enfoque territorial y fortalecer sus capacidades en la programación y ejecución de los programas presupuestales relacionados a los componentes del piloto.

Las intervenciones que se desprenden de estos componentes incorporan el concepto de comunicación para el cambio de comportamiento: “proceso interactivo para desarrollar mensajes y enfoques a través de una mezcla de canales de comunicación con el objetivo de fomentar y preservar comportamientos positivos y adecuados”.

Todas las intervenciones consideran como responsable de la gestión de las mismas al Gobierno local, con el acompañamiento y asistencia técnica del MIDIS y aliados estratégicos de la

⁹ Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a promover el Desarrollo Infantil Temprano.

cooperación internacional y ámbito de la investigación, así como, con la participación de todos los actores involucrados en el territorio.

Los componentes del piloto son:

a. Participación y vigilancia comunitaria

La participación comunitaria tiene como objetivo fortalecer la capacidad de la comunidad y de sus líderes y agentes comunitarios para tomar decisiones y movilizar sus esfuerzos y recursos dirigidos a mejorar la nutrición de las gestantes y niños y niñas.

Se desarrollarán acciones para promover y demandar la atención de salud y de los programas sociales, acompañar a las familias a través de visitas domiciliarias, tener sesiones de capacitación y reflexión sobre la problemática, promover redes de apoyo, entre otras. La participación comunitaria es un elemento clave para asegurar la sostenibilidad de los resultados en la mejora de la nutrición de los niños y las niñas.

b. Educación para la salud y alimentación en las Instituciones Educativa

Las acciones educativas para contribuir con la prevención y atención de la anemia están orientadas a mejorar las prácticas de cuidado y alimentación de las gestantes y de las niñas y niños menores de 36 meses: el lavado de manos con agua y jabón, la suplementación con micronutrientes, las inmunizaciones y la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia (IRA EDA, parasitosis intestinal, entre otras); mediante actividades como sesiones educativas dirigidas a alumnos de educación secundaria y a los padres de familia dentro de las escuelas.

c. Atención de calidad en salud a gestantes y niños menores de 3 años, con enfoque intercultural

Se promoverá la articulación y coordinación con el Sector Salud a fin de mejorar la capacidad de atención de los servicios de salud bajo el enfoque intercultural que permita la adecuación de los mismos, lo cual implica mejorar los conocimientos y habilidades del personal de salud, especialmente para la consejería, visita domiciliaria y el desarrollo de sesiones educativas, contar con el abastecimiento adecuado de los establecimientos de salud en cuanto a equipos e insumos para los controles CRED, vacunación, diagnóstico y atención de anemia; así como, con los micronutrientes en cantidad suficiente y distribución oportuna para la población infantil bajo las normas del Ministerio de Salud que contribuyen a la prevención y recuperación frente a la anemia en gestantes y niños y niñas entre 6 y 36 meses.

d. Seguridad Alimentaria

El acceso y disponibilidad de los alimentos en las familias cuyas economías son predominantemente de subsistencia y cuyos activos y recursos son precarios, requieren de alimentos biofortificados, así como la asistencia técnica para la diversificación de sus productos (innovaciones de los sistemas agrícolas,

incluyendo la calidad de las semillas, selección de variedades, resiliencia al cambio climático, entre otros). Acciones como la mejora en la crianza de animales menores (cuyes, aves de corral) y el mayor consumo de los nutrientes provenientes de ellos contribuyen en la seguridad alimentaria de los hogares.

e. Acceso a agua segura y saneamiento

Se requiere el trabajo articulado entre los tres niveles de gobierno para la implementación de proyectos que incluyan, infraestructura y capacitación en la operación y mantenimiento de los servicios de agua y saneamiento para las familias. Asimismo, impulsar la constitución de Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS), permite la sostenibilidad de los mismos. En esta dinámica de trabajo articulado el Ministerio de Salud (MINSA) tiene un rol importante para asegurar el control de la calidad del agua, así como para realizar las acciones educativas de higiene y consumo de agua segura.

Seguimiento y Evaluación

El seguimiento del piloto será abordado bajo dos enfoques, uno relacionado con la cobertura y resultados obtenidos y otro relacionado con la implementación en sí de la intervención. Ambos enfoques se basan en la cadena de valor de la intervención, que describe la cadena lógica causal de como los insumos previstos, las actividades y productos relacionados directamente con el piloto interactúan y establecen las vías por las que se logran los resultados.

El **seguimiento de la implementación del piloto** incluye el trabajo programado e incluye los insumos, actividades y productos. Depende directamente del(los) ejecutor(es), por lo que se trata de aspectos que serán supervisados directamente por el(los) organismo(s) ejecutor(es) para medir el desempeño del proyecto o intervención. Generalmente se alimenta de los registros administrativos del implementador. Este seguimiento será realizado por la DGPE del MIDIS que hace las veces de implementador o articulador de los esfuerzos de la intervención.

El **seguimiento de los resultados** incluye los resultados a corto, mediano y largo plazo en la cadena de valor. No depende solo del piloto sino también de otros factores y condiciones que influyen en el ámbito de intervención. Este seguimiento y el de los productos de la intervención serán realizados por la DGSE del MIDIS. Considerando el vínculo que hay entre seguimiento y evaluación a través de la cadena de valor, la información de seguimiento deberá facilitar el proceso de evaluación.

Actualmente se dispone de algunas herramientas como los tableros de control o reportes MIDIStrito que permitirán monitorear los avances de los indicadores priorizados en el piloto. Es necesario considerar adicionalmente que los procesos de articulación y coordinación intrasectorial e intersectorial deben incluir la disponibilidad de información oportuna y confiable para toma de decisiones intergubernamentales e intersectoriales a través del Repositorio Digital de Información Multisectorial en materia de intervenciones sociales-REDinforma.

En el marco del seguimiento de indicadores se prevé también el diseño e implementación de una herramienta de seguimiento nominal de los usuarios de los programas sociales, mediante un registro nominal de usuarios (Nombres, apellidos y DNI) que permitirá cruzar información con diferentes sectores.

Evaluación

La Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE) del MIDIS implementará una evaluación de impacto del piloto para medir la efectividad del piloto en la reducción de la anemia en niños menores de 36 meses. Para ello, en una primera etapa y de acuerdo al marco lógico del piloto se levantará información de línea de base de hogares con gestantes y niños menores de 2 años con respecto a los siguientes temas:

- Características socioeconómicas del hogar y de la vivienda.
- Aplicación de prácticas saludables de cuidado infantil y alimentación en el hogar para la prevención de la anemia (niños menores de 2 años y gestantes)
- Cobertura de prestaciones de servicios de salud materno infantil.
- Información del estado nutricional de la población objetivo del piloto
- Prevalencia de enfermedades infecciosas (EDA e IRA)
- Disponibilidad y acceso a alimentos, calidad de la dieta e ingesta calórica del niño
- Actividades agropecuarias desarrolladas por los hogares.
- Acceso a servicios públicos: prestaciones de salud, agua clorada, saneamiento, electricidad, entre otros
- Información relacionada a la capacidad de gestión de los gobiernos locales en temas vinculados a la prevención y tratamiento de anemia en niños y gestantes.

2.2. Modelo causal de la anemia en el Perú

La anemia por déficit de hierro representa la principal deficiencia nutricional, afecta el estado nutricional y compromete la capacidad intelectual, reproductiva y productiva de los niños en su vida adulta.

Son múltiples los factores que explican la anemia, un primer nivel de causalidad son la disminución de la producción de eritrocitos o incremento de la pérdida de estos. La disminución de la producción de eritrocitos se debe al déficit de hierro, ácido fólico y algunas vitaminas (B12, A y C); dado que estos micronutrientes son necesarios para la producción de los glóbulos rojos (eritrocitos) durante la eritropoyesis, la disminución de estos nutrientes resulta en anemia crónica. La carencia de estos micronutrientes se debe principalmente a que las personas tienen una dieta que contiene cantidades insuficientes de éstos, o porque hay una malabsorción de ellos en el sistema digestivo.

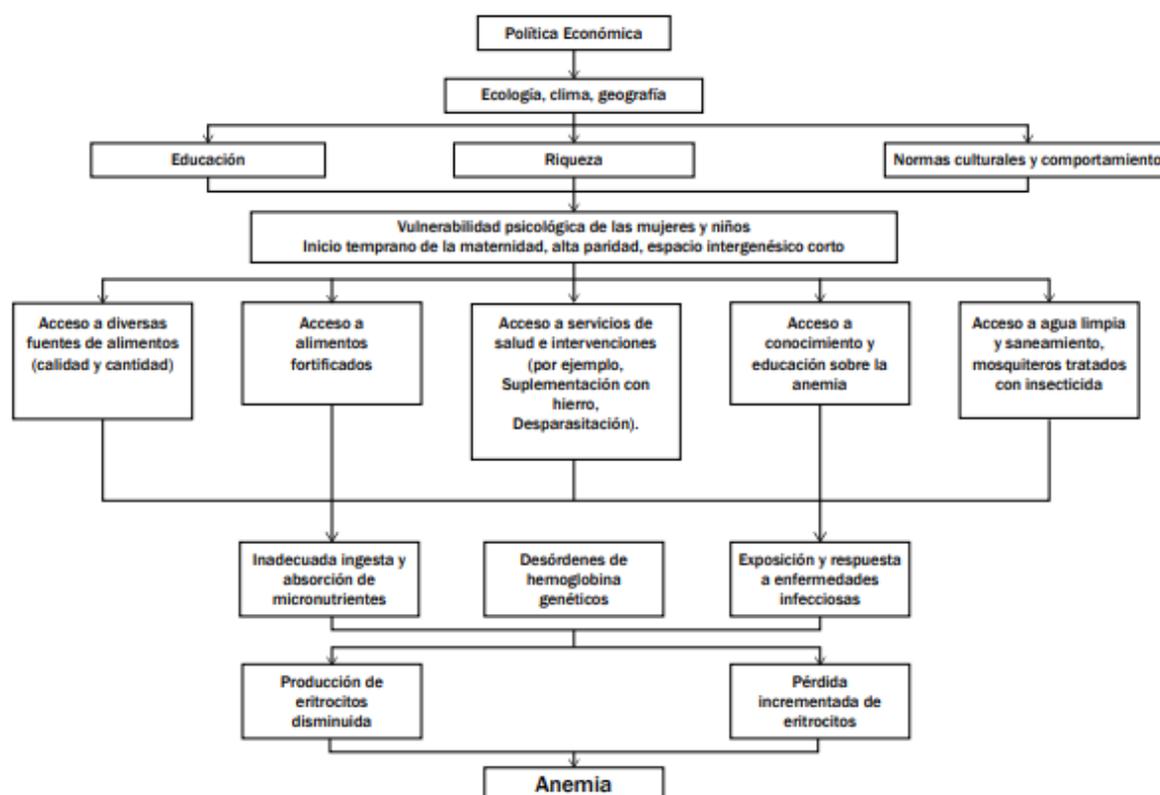
La pérdida de eritrocitos se debe a un incremento de la velocidad de destrucción de eritrocitos (hemólisis) y por pérdidas de sangre (hemorragias). En los menores de 5 años, la hemólisis es la causa predominante de anemia sobre las hemorragias.

Otras causas inmediatas de la anemia son la alta morbilidad por infecciones como la diarrea, parasitosis, malaria, etc. Esta situación está asociada a inadecuadas prácticas de higiene y limitado acceso a agua segura y saneamiento básico.

En este sentido, es clara la necesidad de asegurar una buena alimentación con consumo adecuado de hierro y micronutrientes y una buena salud, desde la gestación y durante los primeros 24 meses. Asimismo, es necesario evitar el bajo peso al nacer y la prematuridad. Los recién nacidos de gestantes que han padecido anemia durante el embarazo, carecerán de las reservas necesarias de hierro, y tienen el riesgo de nacer prematuros o de bajo peso, con demandas aún mayores de

hierro. Finalmente, es importante reducir la incidencia de las infecciones respiratorias y la duración y severidad de las diarreas para garantizar un buen crecimiento y desarrollo infantil temprano.

Gráfico 1
Modelo causal de la anemia en el Perú



Fuente: Balarajan Yarlini, Lancet 2011; 378: 2123–35

2.2. Indicadores a ser medidos

Indicador	Definición
INDICADORES DE RESULTADO FINAL	
Porcentaje de menores de 1 año con desnutrición crónica infantil ¹⁰	Menores de 12 meses con talla baja para la edad según patrón de referencia OMS
Porcentaje de menores de 1 año con anemia	Menores de 12 meses con valor de hemoglobina ajustada por debajo de lo normal ¹¹

¹⁰ Según último peso y talla registrada en tarjeta CRED.

¹¹ Los puntos de corte de clasificación de la anemia en concentración de hemoglobina utilizados son los establecidos en la Guía Técnica: Procedimientos para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobímetro portátil del Ministerio de Salud / Instituto Nacional de Salud.

Porcentaje de niños de 6 a 11 meses con anemia leve	Niños de 6 a 11 meses con valor de hemoglobina ajustada entre 10 – 10.9 g/dL
Porcentaje de niños de 6 a 11 meses con anemia moderada	Niños de 6 a 11 meses con valor de hemoglobina ajustada entre 7 – 7.9 g/dL
Porcentaje de niños de 6 a 11 meses con anemia severa	Niños de 6 a 11 meses con valor de hemoglobina ajustada < 7 g/dL
INDICADORES DE RESULTADO INTERMEDIO	
Porcentaje de madres que aplican por lo menos 4 prácticas saludables de las 6 promovidas por el plan	Madres de menores de 1 año que aplican al menos 4 de 6 prácticas saludables: Práctica 1: Lactancia exclusiva hasta los 6 meses Práctica 2: Asistencia a controles CRED Práctica 3: Suplementación con hierro o micronutrientes a niños de 4 a 11 meses Práctica 4: Alimentación complementaria a partir de los 6 meses se continua con lactancia materna hasta los 11 meses Práctica 5: Lavado de manos con agua y jabón Práctica 6: Consumo de agua segura
Porcentaje de madres que tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo	Madres de menores de 1 año que tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo
Porcentaje de madres que consumen agua segura	Madres de menores de 1 años que consumen agua hervida o clorada
Porcentaje de madres que se lavan las manos en momentos clave	Madres de menores de 1 año que se lavan las manos en al menos 3 momentos clave
Porcentaje de menores de meses que reciben lactancia materna exclusiva	Menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna
Porcentaje de niños de 6 a 8 meses que reciben alimentación complementaria	Niños de 6 a 8 meses que reciben alimentos aplastados, picados o de consistencia sólida
Porcentaje de menores de 12 meses con controles CRED completos para su edad	Menores de 12 meses con controles CRED completos para su edad ¹²
Porcentaje de niños de 4 a 11 meses que reciben suplementación con hierro	Niños de 4 a 11 meses que hierro en cualquier presentación como prevención o tratamiento
INDICADORES DE RESULTADO INMEDIATO	
Madres de menores de 12 meses que conocen al menos 4 de las 6 prácticas saludables promovidas por el plan	Madres de menores de 1 año que conocen al menos 4 de 6 prácticas saludables: Práctica 1: Madres conocen los beneficios de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses Práctica 2: Madres que consideran que el control CRED es importante y motivos Práctica 3: Madres que consideran que dar suplementos de hierro al niño a partir de los

¹² Según NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años.

	<p>4 meses de edad evita que el niño tenga anemia</p> <p>Práctica 4: Madres que consideran que los niños deben recibir leche materna hasta los 2 años y a partir de los 6 meses, los niños deben comer otros alimentos además de la leche materna</p> <p>Práctica 5: Madres que consideran que lavarse las manos antes y después de atender al niño, cocinar e ir al baño puede evitar que un niño tenga anemia</p> <p>Práctica 6: Madres que consideran que consumir agua clorada o hervida puede evitar que un niño tenga anemia</p>
Porcentaje de madres que reconocen los síntomas de la anemia	Madres de menores de 1 año que reconocen al menos un signo o síntoma de la anemia infantil
Porcentaje de madres usuarias que reconocen los síntomas de la desnutrición crónica infantil	Madres de menores de 1 año que reconocen al menos un síntoma de la desnutrición crónica infantil
Porcentaje de madres que reconocen posibles causas de la anemia infantil	Madres de menores de 1 año que reconocen al menos una causa de la anemia infantil
	Madres de menores de 1 año que reconocen al menos tres causas de la anemia infantil
Porcentaje de madres que reconocen los beneficios de la lactancia materna exclusiva	Madres de menores de 1 año que reconocen al menos un beneficio de la lactancia materna exclusiva
Porcentaje de madres que reconocen la importancia de los controles CRED	Madres de menores de 1 año que reconocen al menos un beneficio de los controles CRED
Porcentaje de menores de 12 meses con atenciones CRED de acuerdo a su edad	Menores de 12 meses con controles CRED de acuerdo a su edad ¹³
Porcentaje de menores de 12 meses con vacunas de rotavirus y neumococo	Menores de 12 meses con vacunas de rotavirus y neumococo de acuerdo a su edad ¹⁴
Porcentaje de menores de 12 meses con DNI	Menores de 12 meses que cuentan con DNI según referencia de la madre
Porcentaje de menores de 12 meses con suplementación de micronutrientes de acuerdo a su edad	Menores de 12 meses que consumen hierro en cualquier presentación todos los días como prevención o tratamiento de anemia

¹³ Según NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años.

¹⁴ Según NTS N° 080-MINSA/DGIESP V.04. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.

Porcentaje de menores de 12 meses con DNI, vacuna contra rotavirus y neumococo, CRED completo y consumo de micronutrientes	Menores de 12 meses que cuentan con DNI, vacuna contra rotavirus y neumococo, CRED completo y consumen micronutrientes de acuerdo a su edad
Porcentaje de madres de menores de 12 meses que reconocen los efectos de la anemia	Madres de menores de 12 meses que reconocen al menos un efecto de la anemia infantil
Porcentaje de madres de menores de 12 meses que reconocen los alimentos fuente de hierro	Madres de menores de 12 meses que reconocen al menos 3 alimentos fuente de hierro

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Estudio transversal y descriptivo para determinar los valores basales del Proyecto de prevención y reducción de anemia en gestantes y niñas y niños entre 6 y 36 meses “Anemia Cero” en el distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión – La Libertad.

3.2. Población de estudio

La población objetivo corresponde a todos los niños y niñas menores de 18 meses que se encuentran en los 16 caseríos del distrito de Curgos.

3.3. Unidades de estudio

La unidad de estudio la conforman los hogares de los niños y niñas menores de 18 meses, cuyas unidades de observación son:

- Hogar
- Vivienda
- Niños y niñas de 18 meses
- Madres de niños y niñas menores de 18 meses

3.3. Estrategia de muestreo

Barrido censal para identificar los hogares con menores de 18 meses.

3.4. Trabajo de campo

Personal responsable

El equipo de campo estuvo conformado por profesionales vinculados a la salud y nutrición con habilidad demostradas para el trabajo de campo.

- 01 supervisor: Encargado de realizar las coordinaciones locales, asignación de la carga de trabajo a cada encuestador y la organización del trabajo de campo. Responsable del recojo de información en los establecimientos de salud y líderes de caseríos.
- 13 encuestadores: Profesionales en ciencias de la salud encargados del desarrollo de las encuestas en los hogares de los menores de 18 meses de edad.

Recolección de la información

La recolección de los datos se llevó a cabo del 10 al 23 de marzo del presente año. El trabajo de campo inició con los jefes de cada caserío y consistió en la presentación del equipo evaluador y socialización de las actividades a realizar en cada caserío. Posteriormente, se identificaron todos los hogares con niños menores de 18 meses, para luego aplicar las encuestas y realizar la toma de muestra para la determinación de hemoglobina.

Supervisión del trabajo de campo

La supervisión de campo estuvo a cargo del supervisor de campo, quien se encargó de verificar la correcta aplicación de las encuestas. Para ello supervisó presencialmente la aplicación de una muestra de encuestas, para asegurarse del adecuado performance de los trabajadores de campo.

Por otro lado, el equipo técnico central tuvo constante comunicación con el supervisor y encuestadores con el fin de constatar que la aplicación de las encuestas se realiza de acuerdo a la metodología establecida.

3.5. Procesamiento y control de calidad de la información

El control de calidad es un proceso continuo que se inicia desde la definición de los instrumentos, la capacitación al personal de campo y el desarrollo del aplicativo para el recojo de información. Éste sigue durante la aplicación de las encuestas y durante el proceso de digitación de las mismas.

El aplicativo elaborado para el recojo de información de la consultoría “Levantamiento de información de línea de base del proyecto de prevención y reducción de anemia en gestantes y niñas y niños menores entre 6 y 36 meses”, contiene todos los valores críticos y validaciones establecidos en la encuesta y asegurar la consistencia de la información en cada una de las preguntas de los módulos que conforman la encuesta.

Posteriormente, al término del recojo de información, se realizó un control adicional de calidad de la base haciendo un análisis descriptivo en busca de valores fuera de rango o información inconsistente.

3.6. Análisis de la información

La información fue analizada con el paquete estadístico el SPSS y Stata.

IV. INSTRUMENTO

La recolección de datos se realizó aplicando la encuesta construida por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS. El instrumento aplicado tuvo 223 preguntas distribuidas en 11 módulos como se presenta en la tabla siguiente.

Tabla N° 1
Número de preguntas de la encuesta según módulo

MÓDULO	NÚMERO DE PREGUNTAS
A: Muestra de hemoglobina	1
B: Documentación a solicitar a la madre	5
C: Características sociodemográficas de los miembros del hogar	22
D: Estado de salud y cuidado del niño	108
E: Características de la madre	20
F: Actitudes y percepciones de la madre	19
G: Prácticas saludables	14
H: Características de la vivienda y el hogar	14
I: Gastos e ingresos del hogar	3
J: Participación comunitaria	16
K: Recontacto de la informante	1
Total	223

La técnica básica de recojo de información utilizada fue la entrevista y para el caso del módulo B y C además se realizó la verificación documentaria del DNI/Partida de nacimiento y carnet CRED respectivamente.

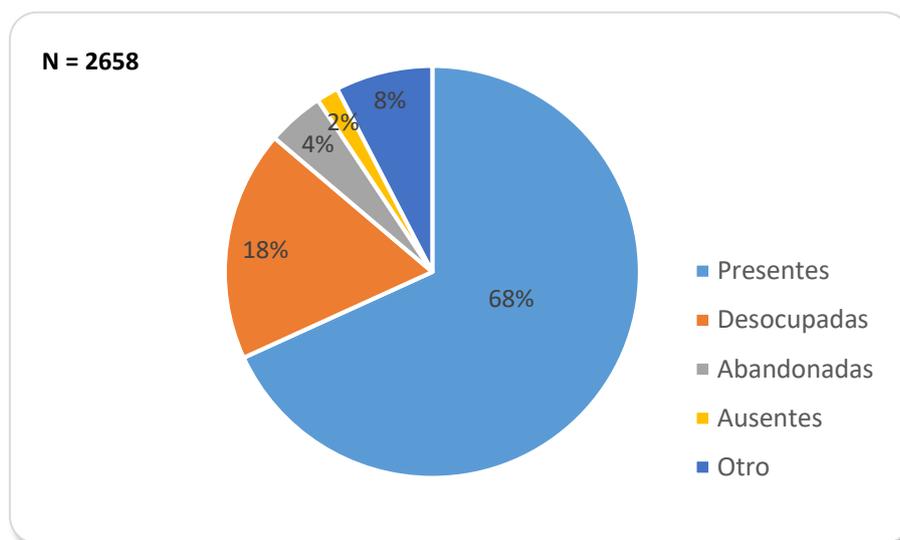
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Resultados generales del operativo de campo

5.1.1. Hogares identificados

En el distrito de Curgos se han identificado en total 2,626 viviendas en las cuales se encontraron 2,658 hogares. En el 68% de estos hogares se encontró a algún miembro que pueda informar sobre la presencia en el hogar de algún menor de 18 meses, en el 18% de los hogares su vivienda no estaba habitada al momento de realizar el listado, en el 4% los miembros se encontraban fuera de la vivienda por un período prolongado de tiempo y nadie pudo dar razón de ellos y el 2% estuvieron ausentes durante la permanencia del equipo en la zona.

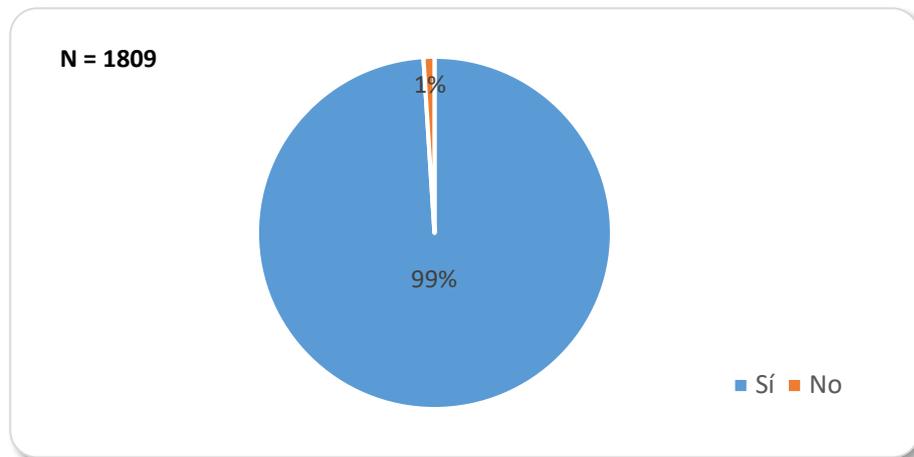
Gráfico 2
Distribución de hogares identificados en el distrito de Curgos según resultado de la visita a su vivienda



5.1.2. Hogares que brindaron información

El 99% de los hogares identificados y con al menos un miembro presente, aceptaron brindar información sobre el número de hogares en la vivienda, nombre del jefe del hogar y presencia de menores de 18 meses en el hogar.

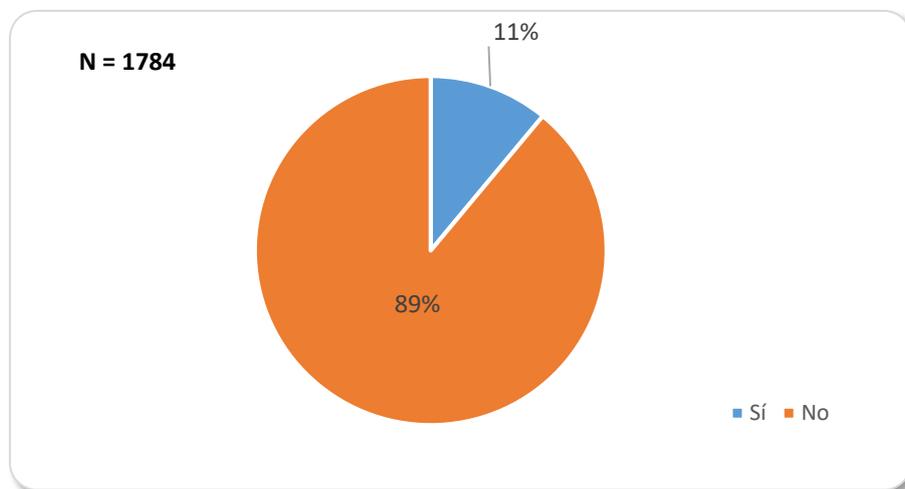
Gráfico 3
Distribución de hogares con miembros presentes según aceptan brindar información



5.1.3. Hogares elegibles

En los hogares que aceptaron brindar información se identificaron 193 (11%) hogares elegibles, es decir, en estos hogares se encontró al menos a un niño menor de 18 meses.

Gráfico 4
Hogares elegibles



5.1.4. Menores de 18 meses identificados

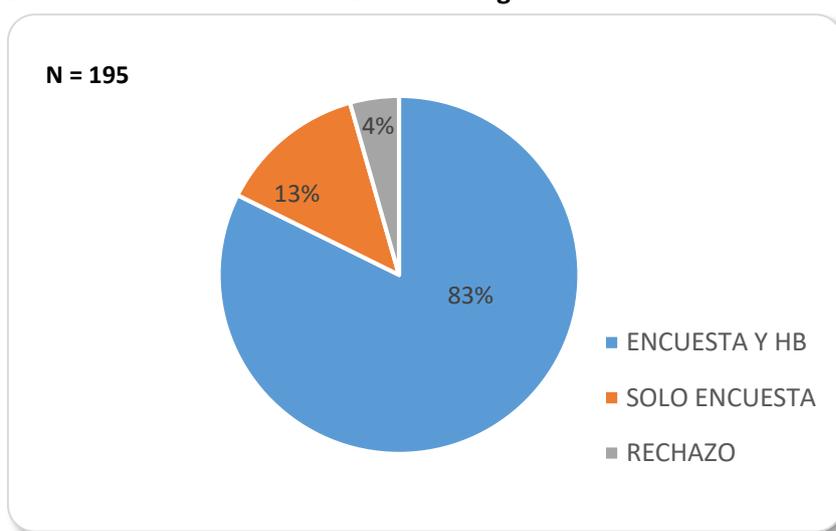
Para identificar a la población objetivo del estudio se solicitó al informante la fecha de nacimiento del menor y además algún documento (DNI, partida de nacimiento u otro documento) en donde se pueda verificar la fecha de nacimiento del menor. En los hogares elegibles se identificaron 195 menores de 18 meses¹⁵.

¹⁵ En un hogar se identificó a 2 menores de 18 meses.

5.1.5. Encuestas realizadas

Al 83% de los menores de 18 meses identificados se les aplicó la encuesta en forma completa, es decir, se les aplicó la encuesta y además se les realizó el dosaje de hemoglobina. Al 13% solo se les aplicó la encuesta pues sus madres rechazaron el dosaje de hemoglobina. Se tuvieron 8 casos (4%) de madres que rechazaron participar en el estudio.

Gráfico 5
Distribución de menores de 18 meses según resultado de la encuesta



5.1.6. Factores que dificultaron el recojo de información y estrategias utilizadas para superarlas

5.1.6.1. Población ausente

El operativo de campo inició domingo en la zona urbana de Curgos, esperando encontrar a la población en sus viviendas; sin embargo, el día en que comenzó el recojo de información la población se encontraba bebiendo, en estado de ebriedad, asistiendo a un velorio y entierro. Estas situaciones generaron que se programen 2 días más de recojo de información en la zona Urbana de Curgos.

5.1.6.2. Dificultades climatológicas

El factor climático, específicamente intensas lluvias y densa neblina obligaron, en más de una oportunidad, a que el equipo de campo pare sus actividades hasta que las condiciones mejoren y no representen un riesgo para su seguridad. Durante estas situaciones el equipo se concentró en visitar en la zona urbana a las viviendas cuyos miembros se encontraron ausentes durante el listado de viviendas.

De otro lado, la densa neblina dificultaba realizar la georreferenciación de las viviendas, en estas situaciones se culminaba con la encuesta y posteriormente la supervisora retornaba a la vivienda para realizar la georreferenciación a través de un aplicativo telefónico que se elaboró debido a los casos reportados.

5.1.6.3. Información de anexos desactualizada

La relación de caseríos y anexos elaborados en la reunión del 27/02 con líderes y representantes comunitarios no era la definitiva, durante el operativo de campo se fueron identificando nuevos anexos que tuvieron que incluirse en la ruta de campo. Esta situación generó que el aplicativo para el recojo de información se modifique con los nuevos anexos y permita el ingreso de nuevos anexos para que el trabajo de campo se desarrolle sin ningún inconveniente.

5.1.6.4. Viviendas dispersas

En muchos de los caseríos de las zonas rurales, las viviendas se encontraban muy dispersas entre sí, llegando a ser hasta un aproximado de 30 minutos de caminata de una a otra vivienda, situación que enlenteció el avance en el recojo de información. Ante esta situación, se armaron subgrupos de manera que el listado de viviendas y encuesta a la población objetivo se trabajaban en forma paralela.

5.1.6.5. La población no tenía conocimiento de la realización del estudio

Desconocimiento de las actividades que se realizarían por parte de algunos líderes y autoridades de los caseríos, pese a un compromiso de difusión ofrecido por el gobierno local. La metodología de trabajo incluía que el contacto inicial sea con la autoridad o líder de caserío, y durante este contacto además de verificar con ellos los límites de su caserío, cantidad aproximada de viviendas y disposición de las mismas, se les solicitaba que comunicasen a sus vecinos sobre la realización del estudio y los días que el equipo estaría recogiendo información y brinden las facilidades para el desarrollo de las actividades.

5.1.6.6. Viviendas sin numeración

No todas las viviendas visitadas tenían culminada la numeración que iban a colocar los promotores de salud, de acuerdo a lo coordinado en la reunión sostenida el 27/02, de acuerdo al compromiso asumido por el Gerente Municipal. Los 2 primeros días de campo se priorizó la capital (que se encontraba enumerada); sin embargo, sus alrededores no. Se comunicó esta situación al Gerente Municipal y se continuó con las rutas programadas estén o no enumeradas las viviendas.

5.1.6.7. Superposición de eventos

El pago del Programa JUNTOS, generó gran ausencia en los caseríos debido a que la población, específicamente las madres junto a sus menores hijos, bajan a la capital del distrito para hacer efectivo su pago. Ante esta situación se programó la salida a campo a las 5:30 a.m. para encontrar en sus viviendas a las madres.

De otro lado, durante la visita de reconocimiento al caserío Huayllagual (19/03) el equipo se encontró con la Sra. Rosmery, representante del Programa Juntos, quien solicitó se le informe sobre las actividades que el equipo de PRISMA estaba realizando en la zona, para luego mencionar: "Que le preocupaba los casos de los niños que salieran con diagnóstico de anemia, pues a ellos les darían plazo solo hasta junio para salir de ese estado (anemia) caso contrario serían retirados del programa". Este comentario también lo escucharon los encuestadores de algunas madres, como explicación por el rechazo del dosaje de hemoglobina en sus menores hijos.

5.1.6.8. Zonas con difícil acceso

Debido al mal estado de la carretera y mal tiempo se tuvo dificultad para visitar algunos caseríos y anexos:

- Caserío de Anamuella, en donde la única forma de acceder es a pie (3 horas aproximadamente). La visita a este caserío se reprogramó para el final del operativo de campo y se contrató a un guía para que acompañe a los encuestadores asignados a esta zona.
- Anexo La Penca que pertenece al Caserío Huamanzaña, este anexo se encuentra ubicado en una pendiente a cuál no llega ningún tipo de transporte, y el camino debido a las lluvias de la temporada se ha hecho más accidentado. A través de la población se sabe que cuenta con un aproximado de 14 viviendas, pero gran parte de los pobladores no suelen permanecer en ellas, viven en otros anexos y solo acuden para el pasteo de sus animales. Se reprogramó el ingreso a este caserío hasta en dos oportunidades, y fue imposible que el personal llegue a la zona razón por la cual no se visitó este anexo.

5.2. Características sociodemográficas generales

De los miembros del hogar

Número de miembros del hogar

Según la encuesta se ha determinado en 4.8 el promedio de miembros del hogar del estudio, un mínimo 2 y máximo de 10 miembros.

Edad

Con relación a la variable edad se encontró que el promedio de edad de los miembros del hogar es 18 años. Respecto a esta variable, de acuerdo a la Tabla N° 1, se observa que alrededor de la mitad de los hogares encuestados están conformados por el grupo de niños y adolescentes (0-14 años), mientras el grupo de jóvenes (15-29) y adultos (30-64) representan la mitad restante.

Tabla N° 2
Miembros de hogar según grupo de edad

	N	%
Niños y adolescentes (0 – 14 años)	438	49.0%
Jóvenes (15 – 29 años)	228	25.5%
Adultos (30 – 64 años)	220	24.6%
Adultos mayores (65 a más años)	7	0.8%
Total	893	100.0%

Género

De otro lado, en cuanto a la distribución por género de los miembros del hogar, según la tabla siguiente se aprecia una mayor proporción del género femenino.

Tabla N° 3
Miembros del hogar según género

	N	%
Masculino	439	49.1%
Femenino	454	50.9%
Total	893	100.0%

Seguro de salud

Con relación a la tenencia de seguro de salud en los miembros del hogar, los resultados obtenidos muestran que 9 de 10 miembros del hogar tiene algún seguro de salud.

Tabla N° 4
Miembros del hogar según tenencia de seguro de salud

	N	%
Si	815	91.3%
No	78	8.7%
Total	893	100.0%

De los miembros del hogar con algún seguro de salud, el 96.6% tiene el Seguro Integral de Salud (SIS), 3.2% cuenta con Seguro Social (EsSalud) y el 0.2% cuenta con seguro de las Fuerzas Armadas o Policiales.

Tabla N° 5
Miembros del hogar que tienen seguro de salud según tipo de seguro

	N	%
Seguro Integral de Salud (SIS)	787	96.6%
ESSALUD/IPS	26	3.2%
Fuerzas Armadas o Policiales	2	0.2%
Total	815	100.0%

Participación en programas sociales

Alrededor del 80% de los hogares tiene al menos un miembro que participa en algún programa social. Alrededor del 49% de los miembros del hogar participan en el programa Vaso de Leche y poco más del 30% en Cuna Más y Juntos.

Tabla Nº 6
Hogares que tienen al menos un
miembro que participa en algún
programa social

	N	%
Si	146	78.9%
No	39	21.1%
Total	185	100.0%

Tabla Nº 7
Miembros del hogar que participan en algún
programa social según programa en el que
participan

	N	%
Vaso de leche	155	48.7%
Cuna Más	99	31.1%
Juntos	96	30.2%
Qali Warma	51	16.0%
Comedor popular	5	1.6%
Haku Wiñay	3	0.9%
Pensión 65	2	0.6%
Otro	1	0.3%

Educación

El 84% de los miembros del hogar de 15 años a más refirió saber leer y escribir. De otro lado, solo el 3.9% de los miembros del hogar de 17 años a más cuenta con educación secundaria completa

Tabla Nº 8
Miembros del hogar de 15 años
a más que saben leer y escribir

	N	%
Si	381	83.7%
No	73	16.0%
NS/NR	1	0.2%
Total	686	100.0%

Tabla Nº 9
Miembros del hogar de 17 años a más con al menos
secundaria completa

	N	%
Si	17	3.9%
No	408	92.9%
NS/NR	14	3.2%
Total	439	100.0%

Con relación al nivel educativo alcanzado por los padres del menor de 18 meses, los resultados muestran que en general los padres de los menores de 18 meses han alcanzado el nivel de educación primaria principalmente.

Tabla N° 10
Nivel educativo del jefe del hogar del menor de 18 meses

	N	%
Inicial	1	0.5%
Primaria	113	61.1%
Secundaria	53	28.6%
Superior no universitaria	3	1.6%
Universitaria	1	0.5%
Ninguno	7	3.8%
NS/NR	7	3.8%
Total	185	100.0%

Tabla N° 11
Nivel educativo de la madre del menor de 18 meses

	N	%
Primaria	111	60.7%
Secundaria	45	24.6%
Superior no universitaria	7	3.8%
Universitaria	1	0.5%
Ninguno	19	10.4%
Total	183	100.0%

Ocupación de la madre

Con respecto a las características del empleo de la madre del menor de 18 meses, los resultados muestran que el 15% de las madres realizó algún trabajo en los últimos 7 días previos a la encuesta, 85% se encontraba realizando los quehaceres del hogar y 1.9% no trabajó, pero tenía un trabajo fijo.

Tabla N° 12
Madres de menores de 18 meses según han realizado algún trabajo además del trabajo del hogar en los últimos 7 días

	N	%
Si	28	15.0%
No	159	85.0%
Total	187	100.0%

Tabla N° 13
Madres de menores de 18 meses según
han realizado algún trabajo por paga, en
pequeños negocios familiares o empresas
de la familia en los últimos 7 días

	N	%
Si	5	3.1%
No	154	96.9%
Total	159	100.0%

Tabla N° 14
Madres de menores de 18 meses según
que no trabajaron en los últimos 7 días por
licencia, enfermedad, vacaciones u otro

	N	%
Si	3	1.9%
No	151	98.1%
Total	154	100.0%

Características de las viviendas y del hogar

Material predominante de las viviendas

En el presente estudio, las condiciones de vida de la población y la vivienda ocupan un lugar importante, pues la calidad del material de la vivienda, la disponibilidad de los servicios y de su equipamiento, entre otros, lleva a relacionarlos con la calidad de vida y salud. Respecto al material de las viviendas, como se muestra en la tabla siguiente, en general las viviendas de Curgos con menores de 18 meses tienen sus paredes de adobe, los pisos de tierra y los techos de tejas.

Tabla N° 15
Características de las viviendas

Material de las paredes	N=185
Adobe	73.0%
Tapia	17.3%
Ladrillo o bloque de cemento	7.6%
Otro	2.2%
Material de los pisos	N=185
Tierra	83.8%
Cemento	14.1%
Madera	2.2%
Material de los techos	N=185
Tejas	56.2%
Planchas de calamina	18.9%
Madera	12.4%
Concreto armado	5.4%
Otro	7.0%

Servicios básicos

Con relación al servicio de agua los resultados muestran que el 95% de las viviendas se abastecen de agua de río, acequia, manantial u otro similar; y el 66% cuenta con pozo ciego o negro como servicio higiénico.

Tabla N° 16
Servicios básicos en las viviendas

Abastecimiento de agua	N=185
Pilón o grifo de uso público	3.8%
Río, acequia o manantial	95.1%
Pozo	1.1%
Servicio higiénico	N=185
Letrina	20.5%
Pozo ciego o negro	65.9%
No tiene	9.7%
Otro	3.8%

Pobreza

Se considera como pobres monetarios a las personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.). Son pobres extremos aquellas personas que integran hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos¹⁶; para el presente estudio se ha utilizado la línea de pobreza extrema para sierra rural correspondiente al año 2017, equivalente a S/. 156 soles per cápita, obteniendo una tasa de 82.1% de hogares pobres extremos; lo cual equivale a un total de 151 hogares con 767 personas pobres extremos. Para el caso de pobres utilizando la línea de pobreza correspondiente a sierra rural 2017 obtenemos una tasa de 9.2% de hogares pobres. Esta incidencia de pobreza obtenida es consistente con la información reportada por el INEI de acuerdo al Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013.

Tabla N° 17
Incidencia de pobreza según línea de pobreza

	N	%
Pobreza extrema (Gasto de 0 a 156)	151	82.1%
Pobre (Gasto mayor a 156 hasta 250)	17	9.2%
No pobre (Gasto mayor a 250 a más)	16	8.7%
Total	184	100.0%

Pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas

El 36.8% de la población del estudio tiene al menos una necesidad básica insatisfecha y el 18.4% tiene 2 o más. De los 5 indicadores de necesidades básicas insatisfechas calculados, los hogares con hacinamiento y con niños entre 6 y 12 años de edad que no asisten a la escuela son las de

¹⁶ INEI. Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2017. Informe técnico. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/cifras_de_pobreza/informe_tecnico_pobreza_monetaria_2007-2017.pdf

mayor incidencia.

Tabla N° 18
Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas

	%
	N=185
Sin NBI	44.9%
Con 1 NBI	36.8%
Con 2 o más NBI	18.4%
Hogares con características físicas inadecuadas	2.2%
Hogares con viviendas hacinadas	37.3%
Hogares sin servicio higiénico	9.7%
Hogares con niños que no asisten a la escuela	20.5%
Hogares con alta dependencia económica	7.6%

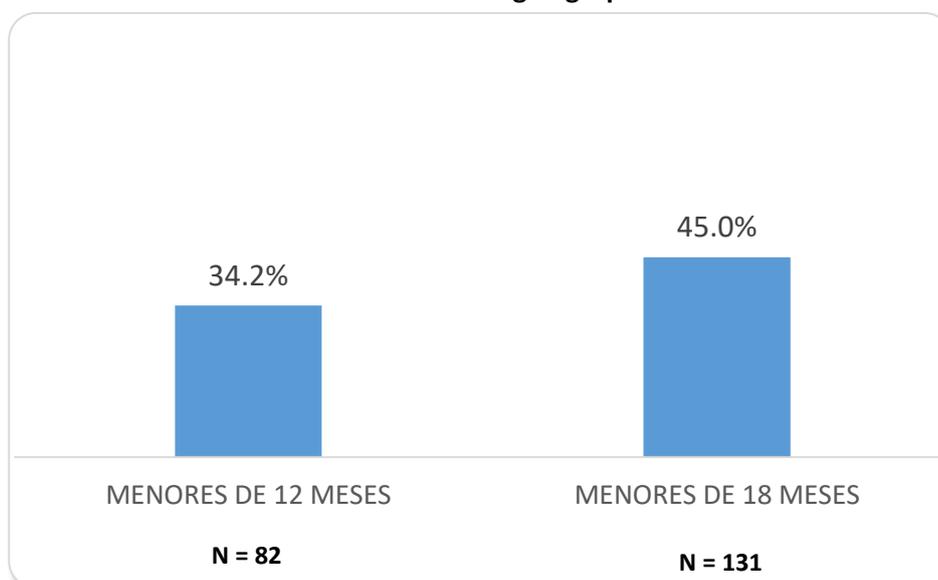
5.3. Análisis de los principales indicadores

5.3.1. Indicadores de resultado final

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia, refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación y de episodios repetitivos de enfermedades. Los niños y niñas con desnutrición crónica sufren discapacidad irreversible en su desarrollo mental y físico, lo que produce un rendimiento bajo en la escuela y reduce su productividad física para el resto de sus vidas. Como se aprecia en el gráfico siguiente, utilizando el patrón de referencia de la OMS, la desnutrición crónica afecta a poco más de la tercera parte de los menores de 12 meses y llega a 45% al analizar a los menores de 18 meses.

Gráfico 6
Desnutrición crónica según grupo de edad

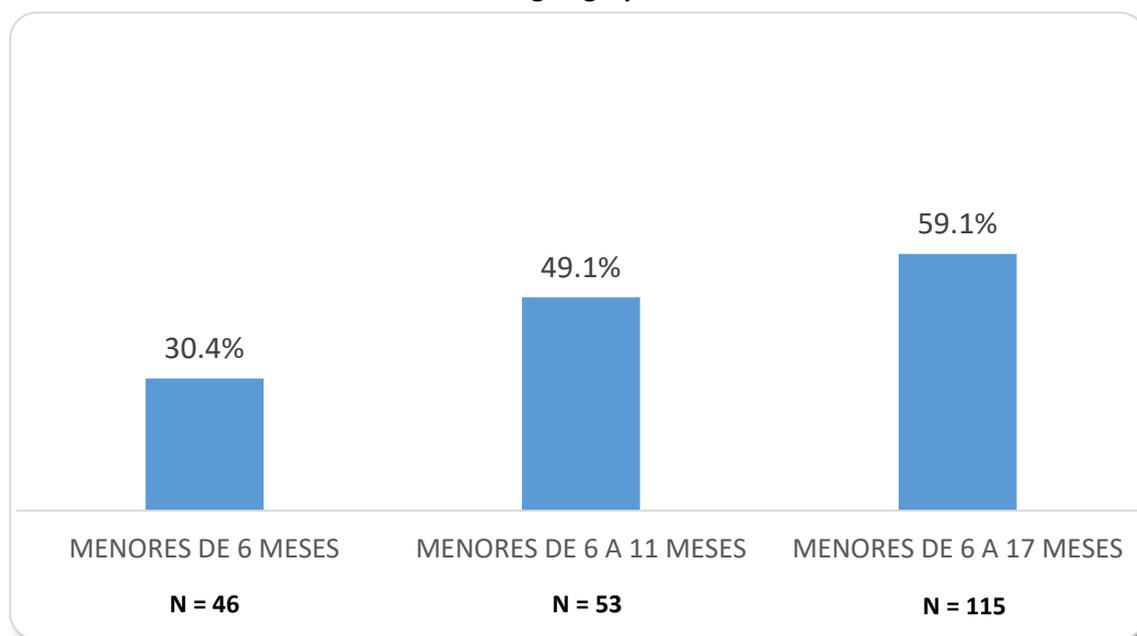


Anemia

La anemia es una condición en la cual la concentración de hemoglobina en sangre es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud¹⁷. Es considerada uno de los problemas más importantes de salud pública infantil. Si bien existen muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades suficientes de hierro en la alimentación diaria, constituye la principal.

En el gráfico 7 se observa que el 49.1% de los menores de 6 a 11 meses tiene anemia, cifra que llega a 59.1% en los menores de 6 a 17 meses. Por tipo¹⁸, en los menores de 6 a 11 meses, el 28.3% tuvo anemia leve, 18.9% anemia moderada y 1.9% anemia severa; en los menores de 6 a 17 meses, el 35.7% tuvo anemia leve, 22.6% anemia moderada y 0.9% anemia severa (Gráfico 8).

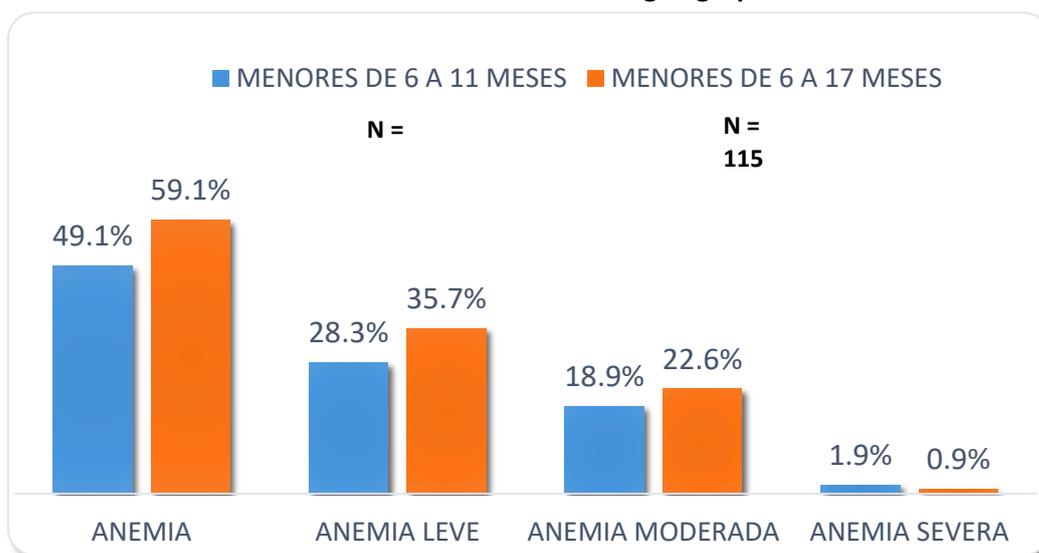
Gráfico 7
Anemia según grupo de edad



¹⁷ Definición de anemia según grupo de edad: 0-1 m < 13.5 g/dL, 2-5 m < 9.5 g/dL y 6-17 m < 11 g/dL.

¹⁸ Puntos de corte de Hb para niños de 6 a 59 meses: Normal: ≥ 11 g/dL, anemia leve: 10-10.9 g/dL, anemia moderada 7-9.9 g/dL y anemia severa: < 7 g/dL

Gráfico 8
Clasificación de anemia según grupo de edad



5.3.2. Indicadores de resultado intermedio

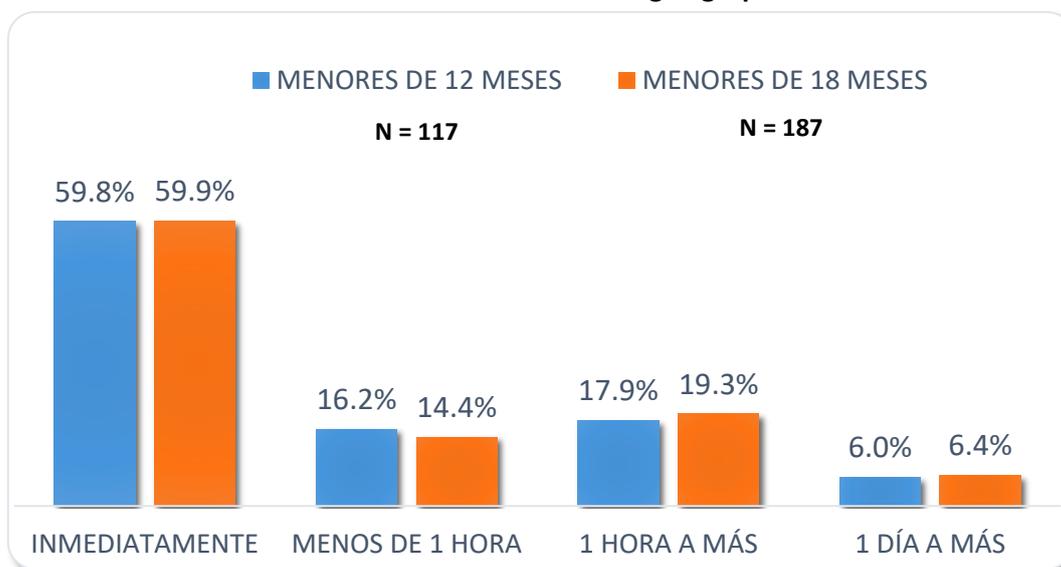
Lactancia

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

Lactancia inicial

La totalidad de menores de 18 meses han lactado alguna vez según referencia de la madre. El 76% de los menores de 12 meses empezó a lactar dentro de la primera hora de nacidos mientras que para los menores de 18 meses disminuye a 74.3%.

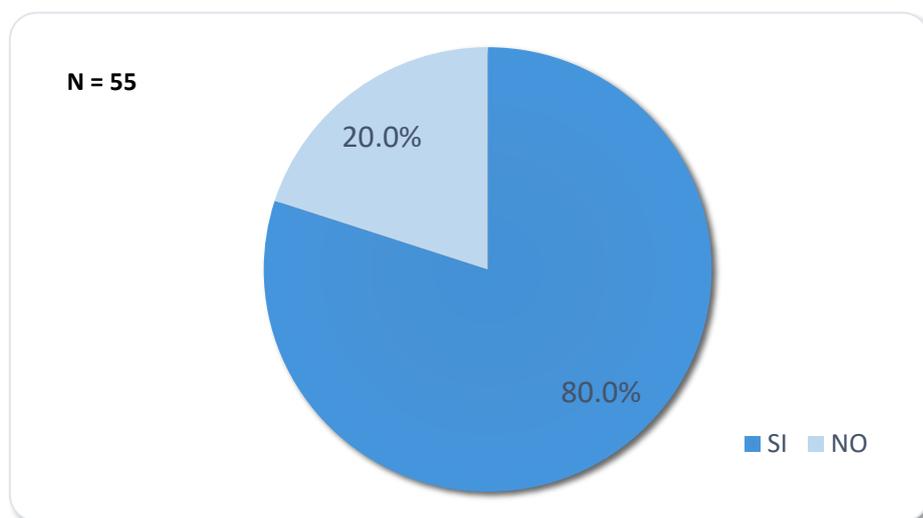
Gráfico 9
Iniciación de la lactancia según grupo de edad



Lactancia materna exclusiva

Durante los seis primeros meses de vida los niños y niñas, la lactancia materna exclusiva provee de nutrientes adecuados sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos. Los resultados de la línea de base muestran que el 80% (mejor que el promedio nacional de 69.8%) de los menores de seis meses de edad de Curgos son alimentados exclusivamente con leche materna.

Gráfico 10
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses



Alimentación complementaria

A partir de los 6 meses, cuando la lactancia materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los niños y niñas, se necesita añadir otros alimentos a su dieta, es decir, se inicia la alimentación complementaria.

Los resultados obtenidos muestran que la totalidad de niños de 6 a 8 meses (N=29) de Curgos reciben alimentación complementaria, es decir, continúan recibiendo leche materna y además reciben alimentos aplastados, picados o de consistencia sólida desde los 6 meses de edad.

Controles de crecimiento y desarrollo

El control de crecimiento y desarrollo comprende un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en el estado de salud de los niños y niñas hasta los 9 años, a través del seguimiento adecuado de su crecimiento y desarrollo.

Primer control del niño

En Curgos el 93.2% y 94.1% de los menores de 12 meses y 18 meses tuvieron un control CRED durante el primer mes de nacidos respectivamente (ver Gráfico 10). Al indagar sobre el número de controles recibidos, los resultados muestran que poco más de la mitad de los menores tuvieron

más de dos controles, mientras que alrededor de la tercera parte solo recibieron 2 controles durante el primer mes de nacidos (ver gráfico 11). Respecto al lugar donde le hicieron los controles, en el gráfico 12 observamos que la totalidad de recién nacidos tuvieron sus controles CRED en un establecimiento de salud público o privado.

Gráfico 11
Menores que durante el primer mes de nacidos tuvieron al menos un control de crecimiento y desarrollo según grupo de edad

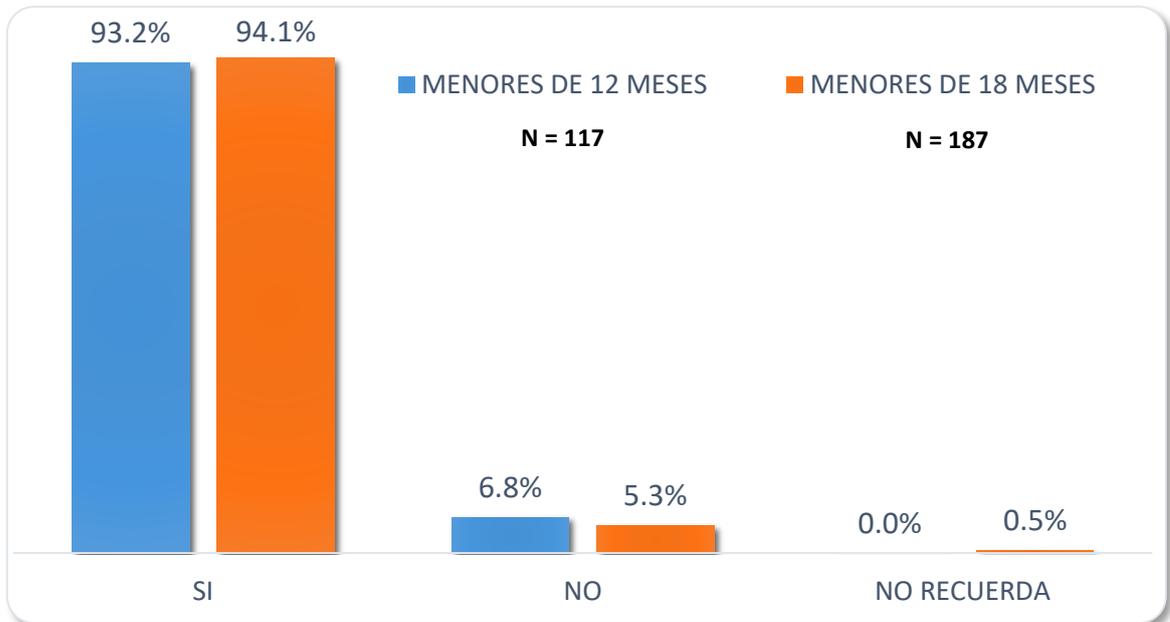


Gráfico 12
Número de controles de crecimiento y desarrollo durante el primer mes de nacidos según grupo de edad

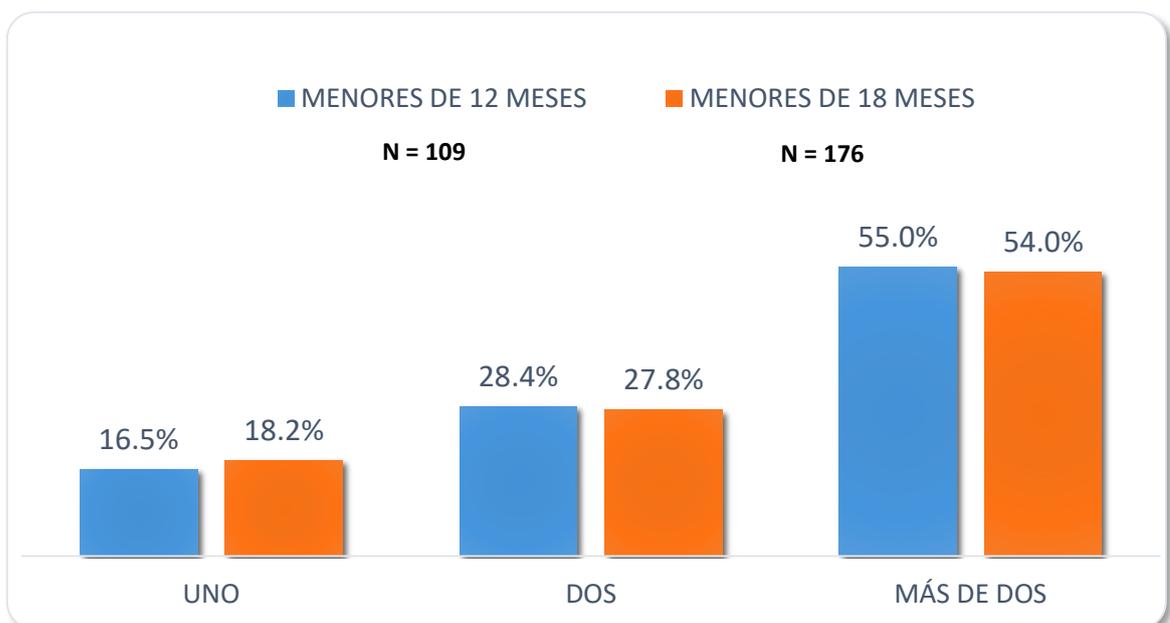
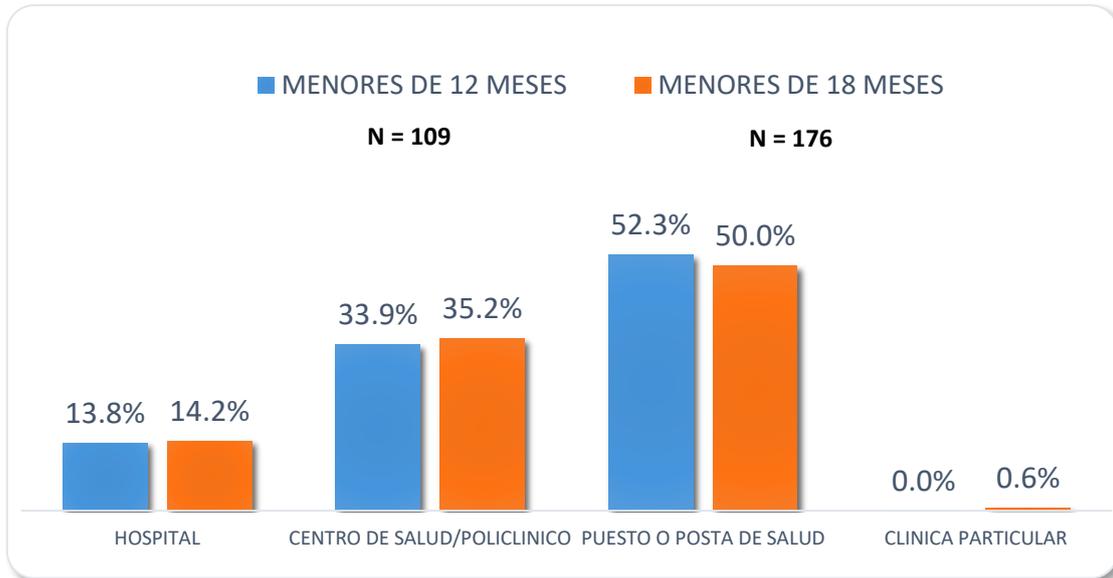


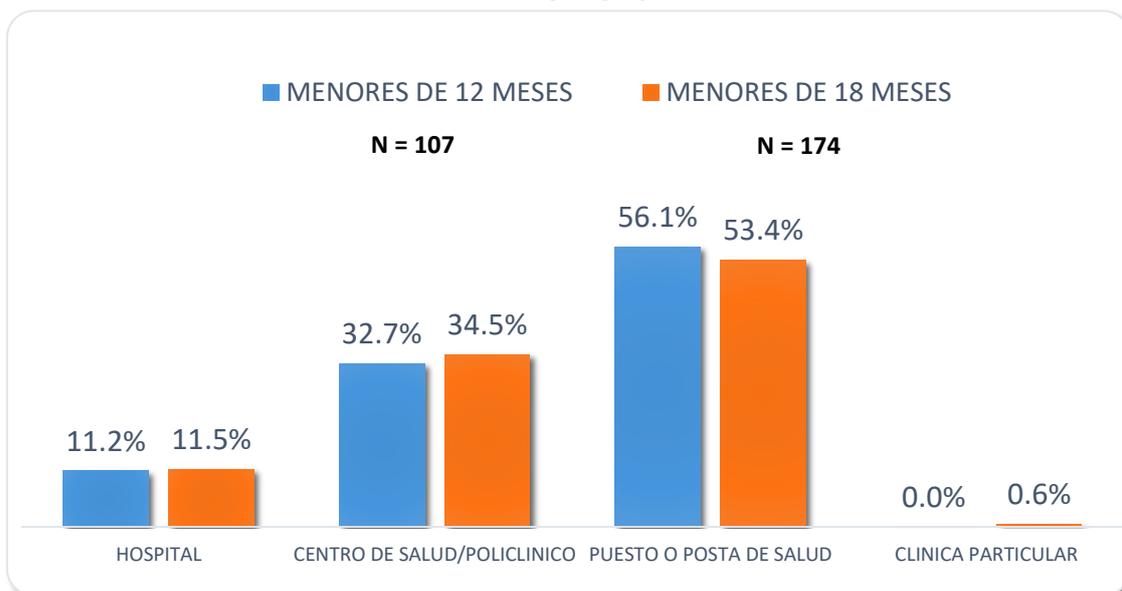
Gráfico 13
Lugar donde realizaron los controles de crecimiento y desarrollo durante el primer mes de nacidos según grupo de edad



Controles del niño después del primer mes de nacidos

Desde el nacimiento, los menores de 12 meses tienen en promedio 8 controles CRED y los menores de 18 meses 10 controles. En este sentido, en ningún grupo de edad los menores cumplen con tener los controles CRED completos para su edad. Igual que con el primer control, la totalidad de menores tuvieron sus controles CRED en un establecimiento de salud público o privado.

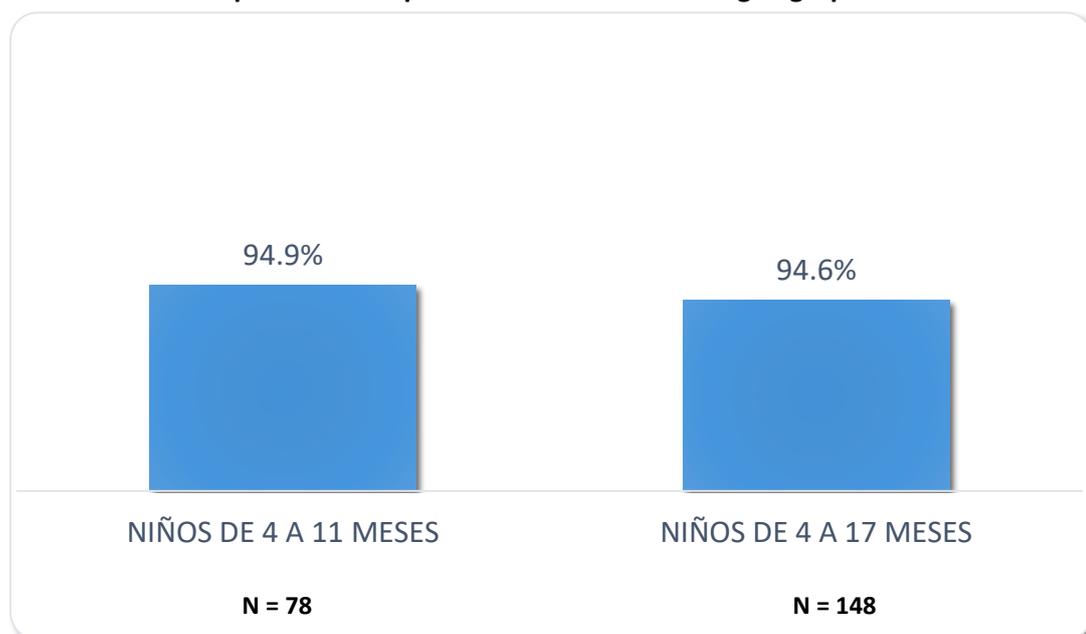
Gráfico 14
Lugar donde realizaron los controles de crecimiento y desarrollo después del primer mes de nacidos según grupo de edad



Suplementación con hierro

La suplementación con hierro busca asegurar un suministro en los menores para asegurar niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento. En Curgos, el 95% de los menores a partir de los 4 meses consume hierro (por prevención o tratamiento de anemia) en cualquier presentación.

Gráfico 15
Niños que reciben suplementación con hierro según grupo de edad

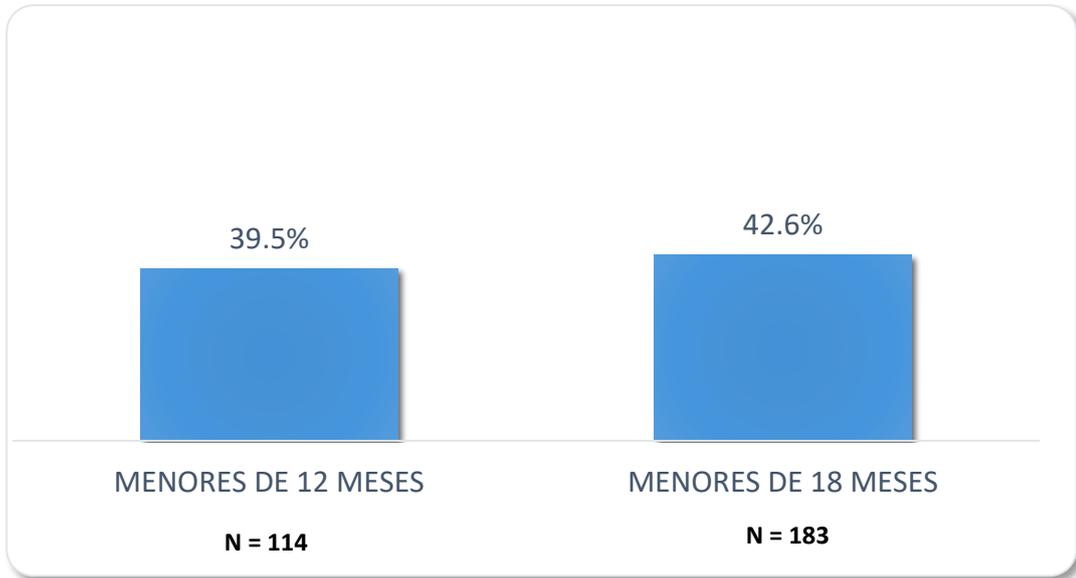


Control prenatal

El control prenatal se define como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que puedan condicionar morbilidad materna perinatal, incluye también la preparación física y psíquica de la madre para el parto y cuidado del recién nacido. Al respecto, los resultados obtenidos nos muestran que casi la totalidad de las madres tuvo al menos un control prenatal durante su embarazo. Con relación al personal que la atendía generalmente este fue el médico u obstetra y el personal profesional o técnico de enfermería.

El 40% de las madres de los menores de 12 meses recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo. Porcentaje que llega a 43% para el grupo de madres de los menores de 18 meses. En promedio, las madres de los menores de 12 meses tuvieron su primer control prenatal a los 3.5 meses y las madres de los menores de 18 meses a los 3.3 meses.

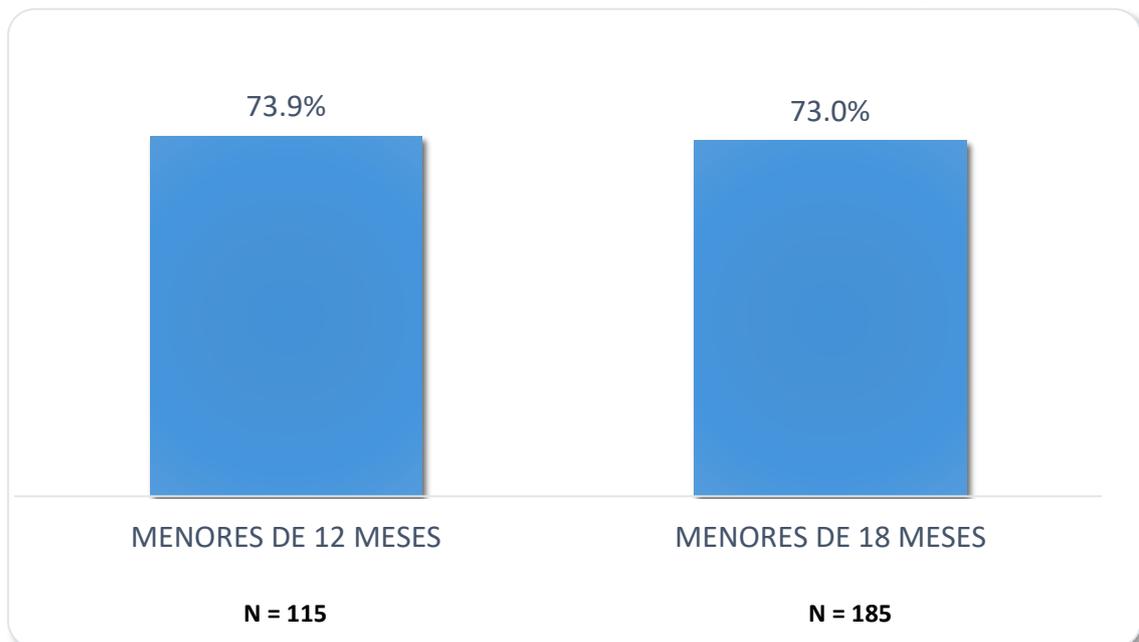
Gráfico 16
Madres que tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre según grupo de edad



Lavado de manos

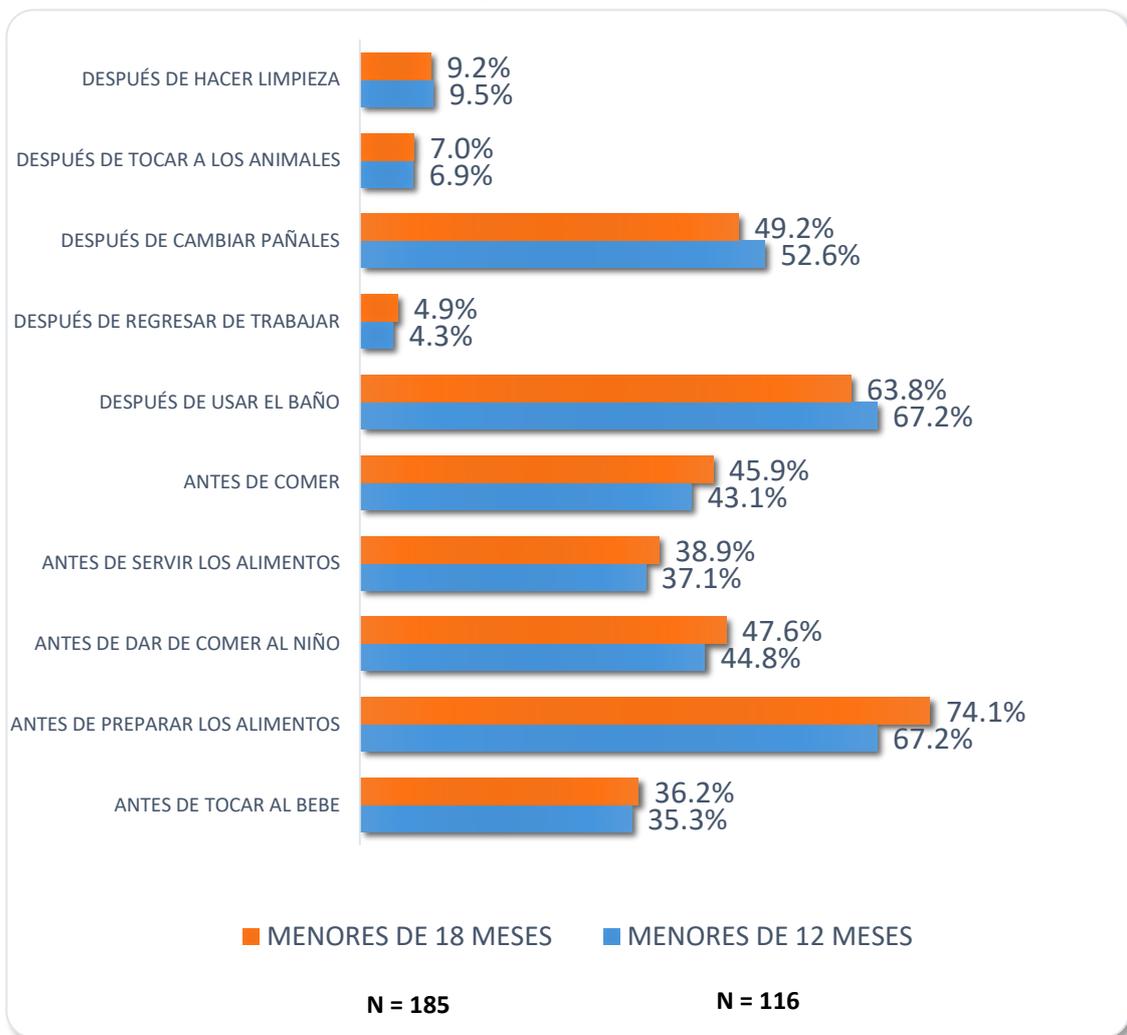
El lavado de manos en momentos clave es una práctica que se promueve para prevenir enfermedades infecciosas, en especial las diarreas en los niños. Las madres de Curgos, refieren lavarse las manos normalmente, y el 73% de ellas refiere lo hace al menos en 3 momentos clave, no se observa diferencia significativa entre grupo de edades.

Gráfico 17
Madres que se lavan las manos en al menos 3 momentos clave según grupo de edad



Al desagregar los momentos de lavado de manos, las madres refieren lavarse las manos principalmente antes de preparar los alimentos, después de usar el baño y después de cambiar los pañales.

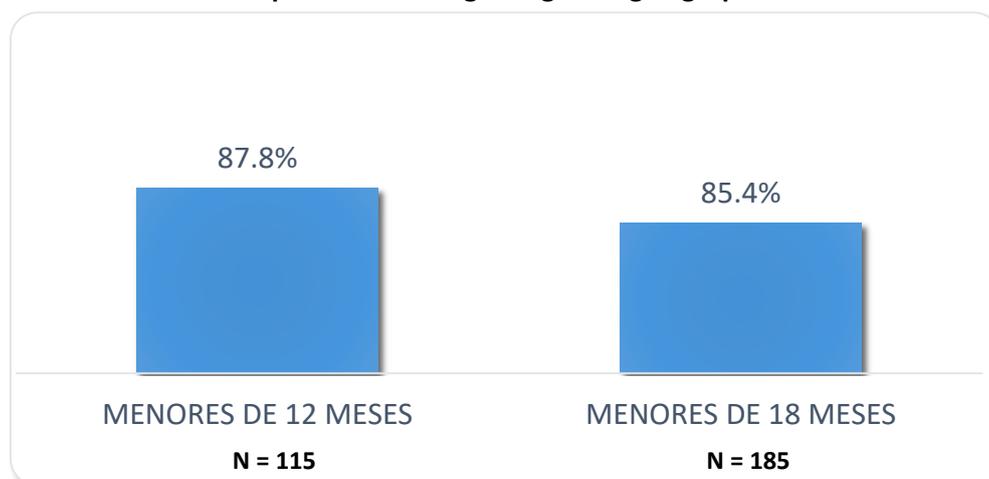
Gráfico 18
Madres según momentos referidos en los que necesariamente se lavan las manos según grupo de edad



Aqua segura

Se indagó en las madres de los menores la forma de consumo del agua en sus hogares, al respecto más del 85% refirieron que en sus hogares no consumen el agua tal como viene del caño, es decir, antes le dan algún tipo de tratamiento. El tratamiento que mayormente le dan al agua es hervirla antes de consumirla.

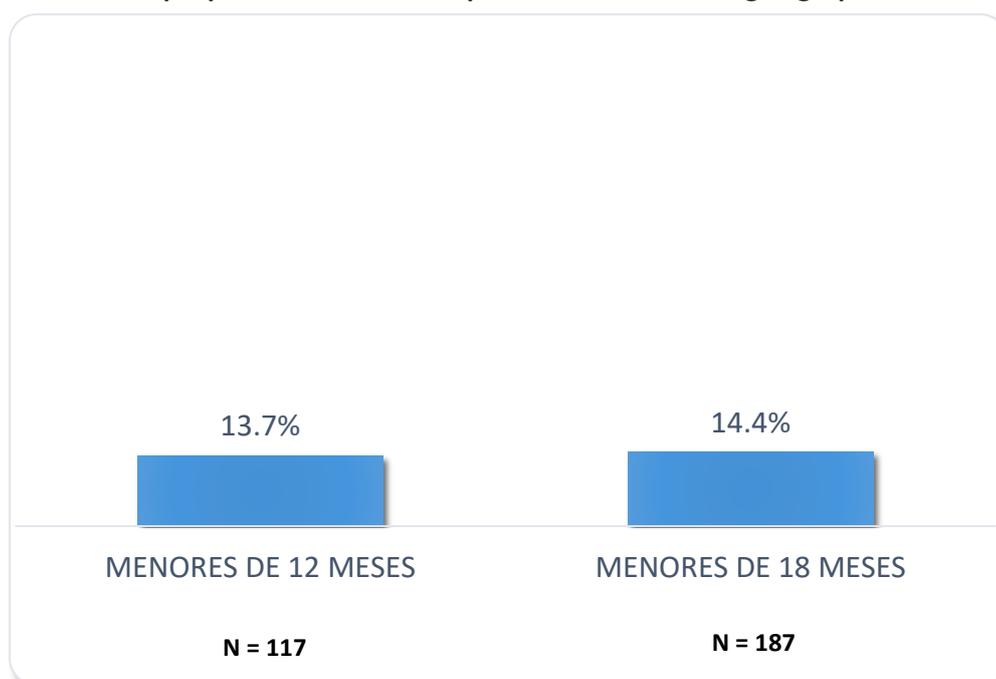
Gráfico 19
Madres que consumen agua segura según grupo de edad



Prácticas saludables

Considerando las prácticas saludables: (i) Lactancia exclusiva hasta los 6 meses, (ii) Asistencia a controles CRED, (iii) Suplementación con hierro o micronutrientes, (iv) Alimentación complementaria a partir de los 6 meses se continúa con lactancia materna, (v) Lavado de manos con agua y jabón y (vi) Consumo de agua segura; se estimó la proporción de madres que practican al menos 4 de ellas. Al respecto, alrededor del 14% de madres cumplen con al menos 4 de las practicas saludables promovidas.

Gráfico 20
Madres que practican al menos 4 prácticas saludables según grupo de edad



5.3.3. Indicadores de resultado inmediato

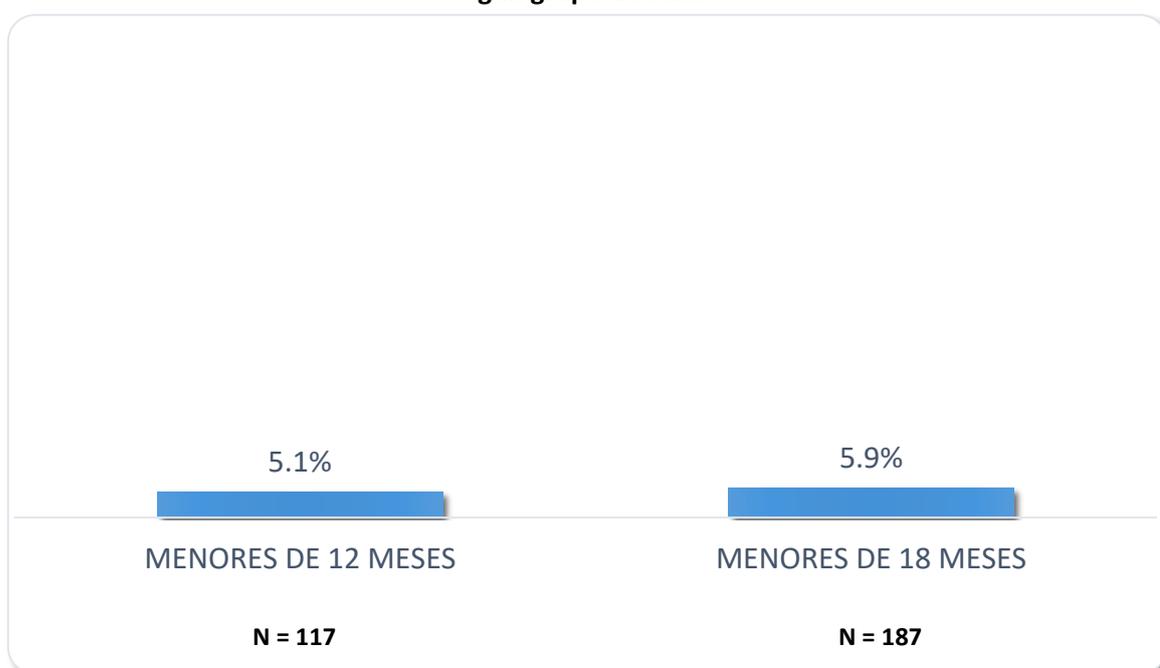
Conocimiento de las madres

Se indagó en las madres el conocimiento que tienen sobre desnutrición crónica infantil, anemia, lactancia materna y controles de crecimiento y desarrollo.

Sobre desnutrición crónica infantil

Sobre desnutrición crónica infantil, se consultó a las madres si conocen los efectos a largo plazo de la desnutrición en los niños, al respecto los resultados muestran que poco más del 5% de ellas reconoce al menos un efecto a largo plazo.

Gráfico 21
Madres que reconocen los efectos a largo plazo de la desnutrición crónica infantil según grupo de edad



Sobre anemia

De acuerdo al gráfico 22 poco más del 9% de las madres refirió reconocer los signos y síntomas de la anemia en los niños. Al consultar sobre las causas de la anemia, los resultados muestran que el 12.8% y 14.4% de madres de menores de 12 meses y 18 meses respectivamente reconocen al menos 3 causas (ver gráfico 23). De otro lado, el 19% de madres reconocen al menos una práctica para prevenir la anemia infantil (ver gráfico 24). De acuerdo al gráfico 24, el 8% de las madres reconoce al menos un efecto de la anemia y el 35% de madres reconoce al menos 3 alimentos fuente de hierro (ver gráfico 26).

Gráfico 22
Madres que reconocen los signos y síntomas de la anemia según grupo de edad

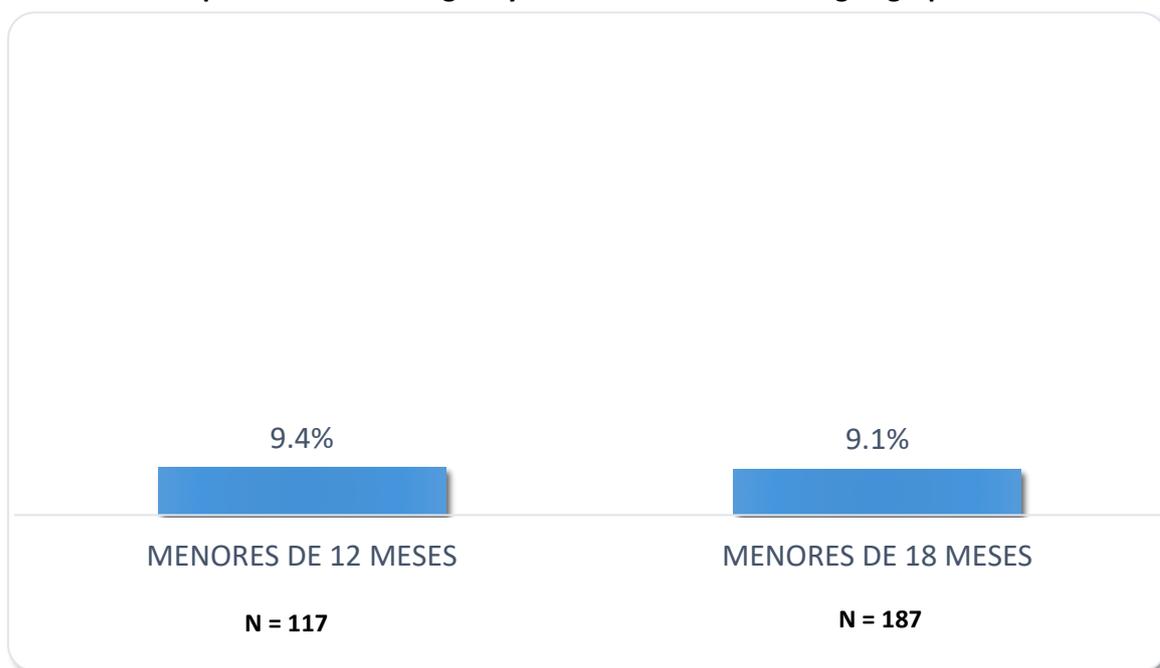


Gráfico 23
Madres que reconocen al menos tres causas de la anemia infantil según grupo de edad

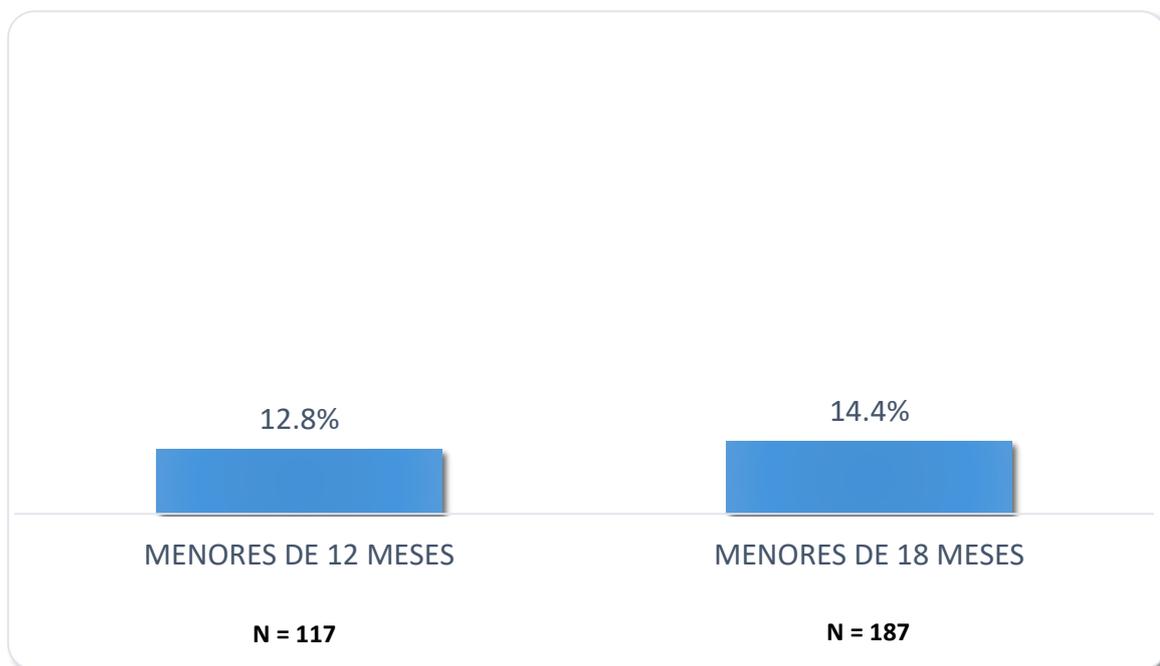


Gráfico 24
Madres que reconocen al menos una práctica para prevenir la anemia infantil según grupo de edad

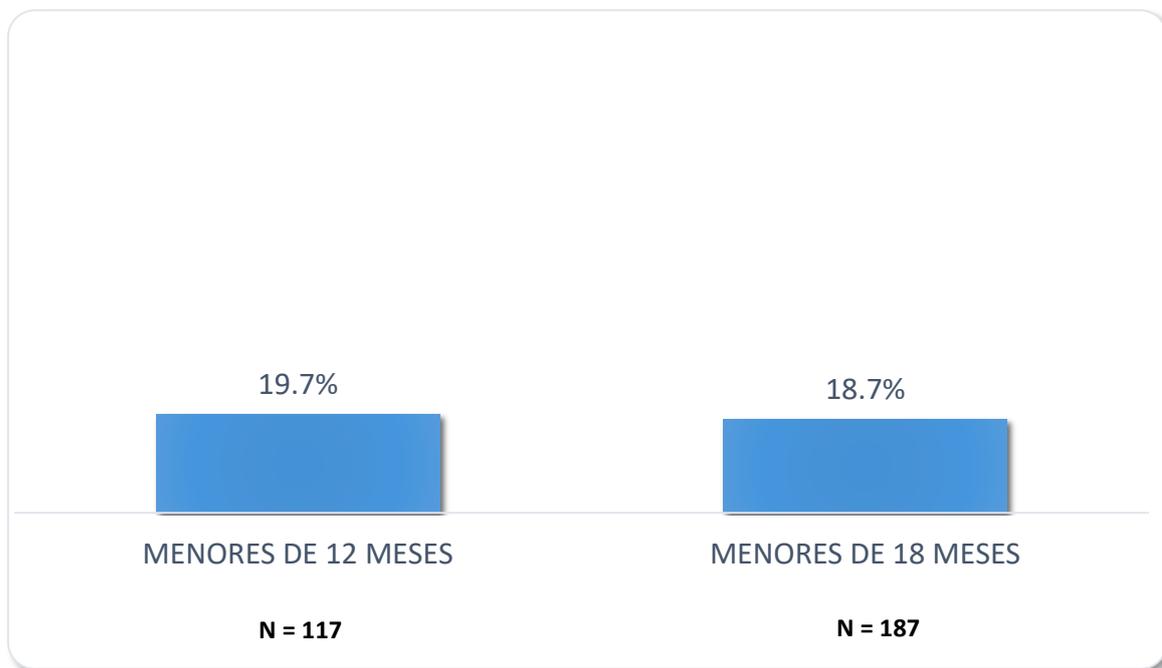


Gráfico 25
Madres que reconocen los efectos de la anemia infantil según grupo de edad

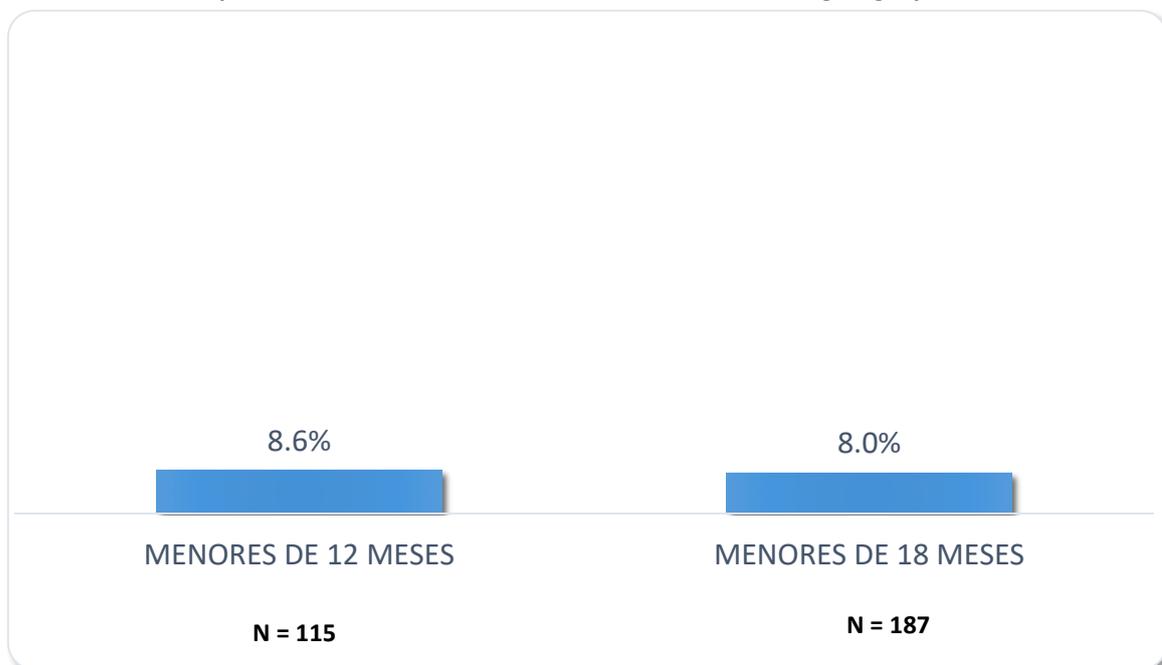
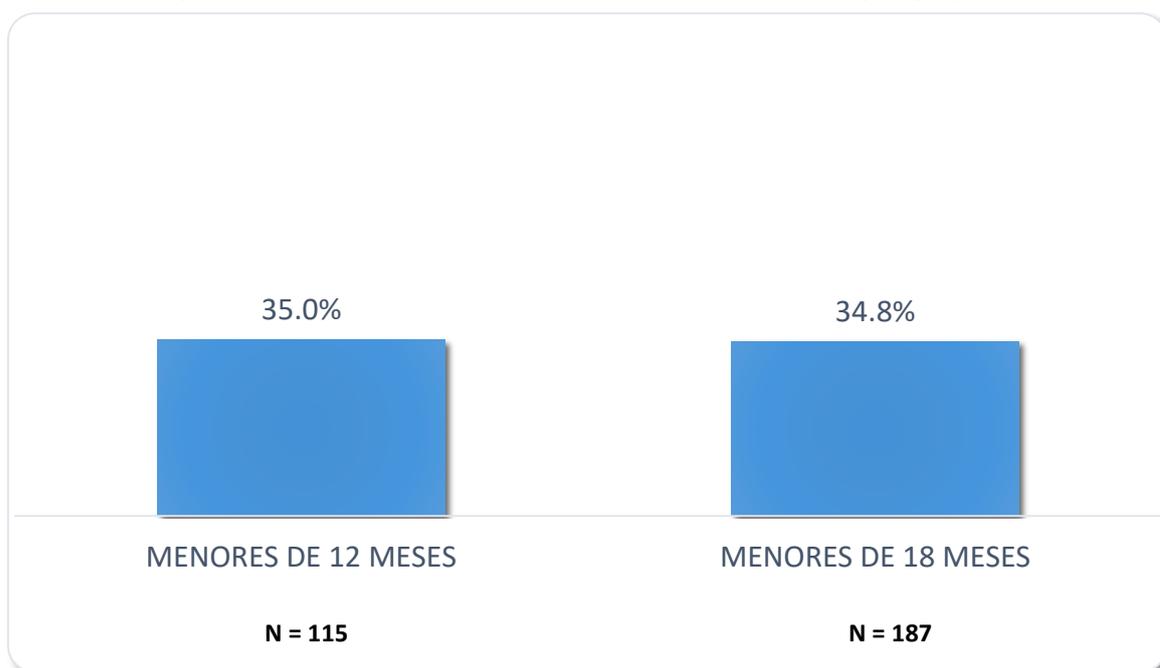


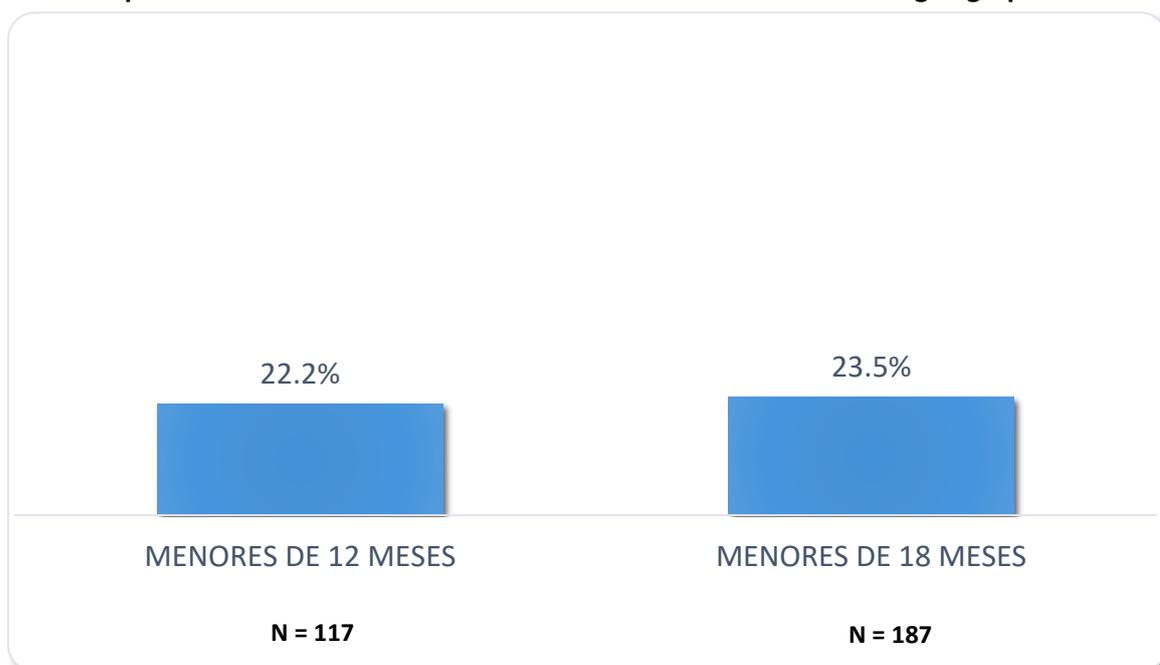
Gráfico 26
Madres que reconocen al menos 3 alimentos fuente de hierro según grupo de edad



Sobre lactancia materna

El 22.2% y 23.5% de madres de menores de 12 y 18 meses respectivamente reconocieron al menos un beneficio de la lactancia materna para el bebé.

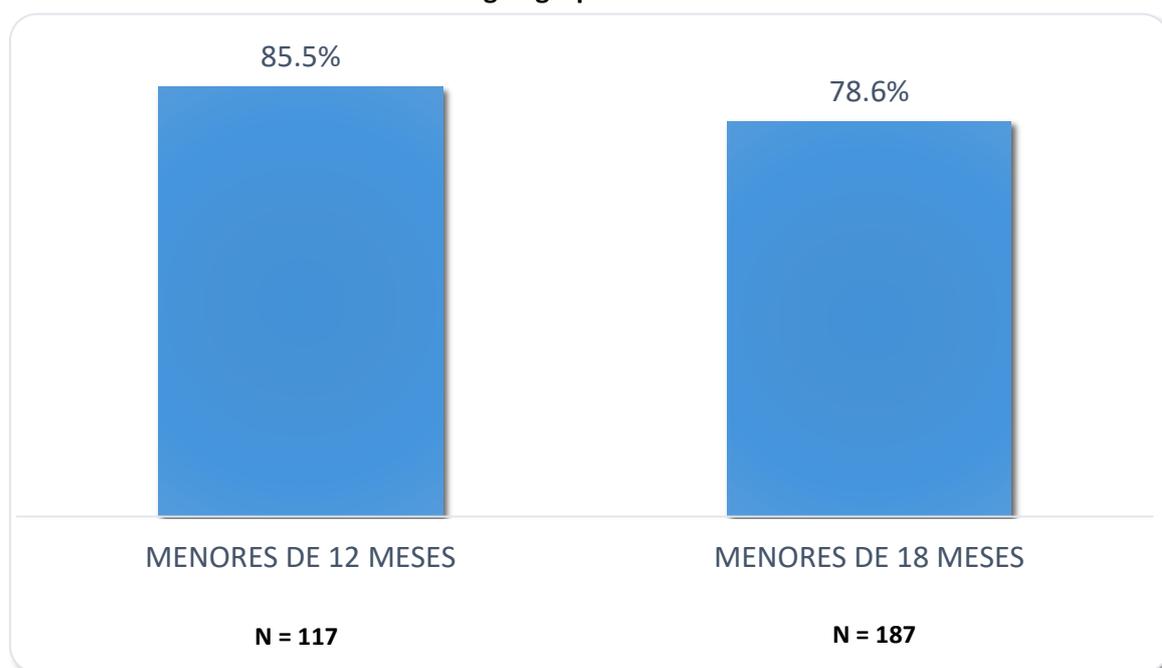
Gráfico 27
Madres que reconocen los beneficios de la lactancia materna exclusiva según grupo de edad



Sobre controles de crecimiento y desarrollo

El 85.5% de las madres de menores de 12 meses reconoció la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo para su hijo, cifra que disminuye a 78.6% en el grupo de madres de menores de 18 meses.

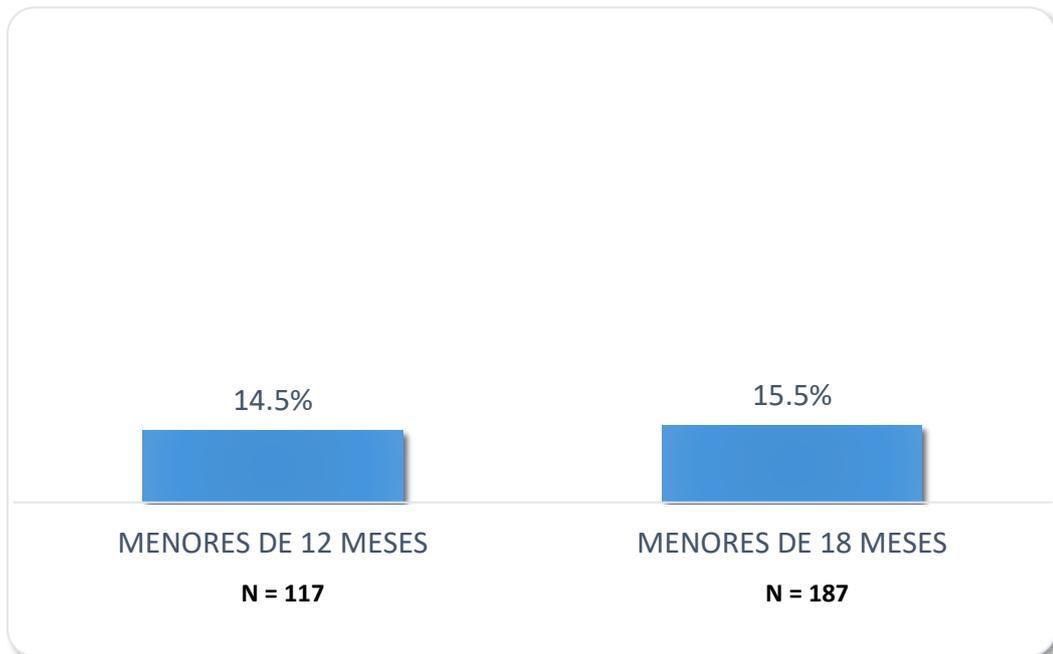
Gráfico 28
Madres que reconocen la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo según grupo de edad



Sobre prácticas saludables

Considerando el conocimiento de las madres sobre las prácticas saludables: (i) Lactancia exclusiva hasta los 6 meses, (ii) Asistencia a controles CRED, (iii) Suplementación con hierro o micronutrientes, (iv) Alimentación complementaria a partir de los 6 meses se continúa con lactancia materna, (v) Lavado de manos con agua y jabón y (vi) Consumo de agua segura; se estimó la proporción de madres que practican al menos 4 de ellas. Al respecto, el 15% de madres conocen al menos 4 de las 6 practicas saludables promovidas.

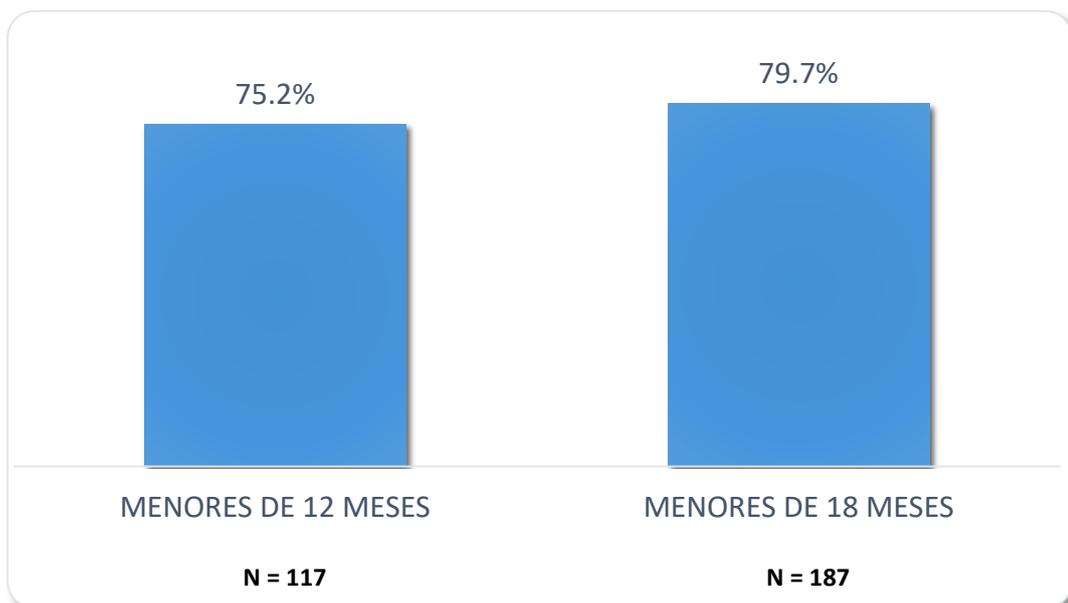
Gráfico 29
Madres que conocen al menos 4 prácticas saludables según grupo de edad



Vacunas de rotavirus y neumococo

El rotavirus es la causa más común de la diarrea grave en lactantes y niños pequeños y el neumococo es una infección de transmisión respiratoria que puede ocasionar otitis, sepsis, meningitis y neumonías graves en niños menores de 5 años. El 75% de los menores de 12 meses cuenta con la vacuna de rotavirus y neumococo según el esquema correspondiente a su edad, mientras que para los menores de 18 meses la prevalencia de estas vacunas llega a 80%.

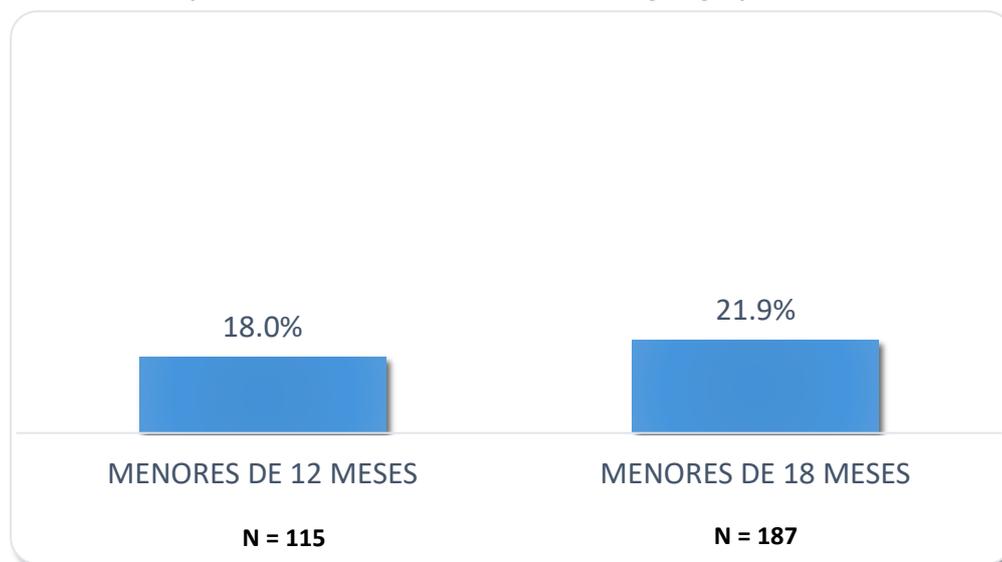
Gráfico 30
Vacuna de rotavirus y neumococo según grupo de edad



Suplementación con micronutrientes

El 18% de los menores de 12 meses reciben hierro en cualquier presentación como prevención o tratamiento de la anemia y lo consumen diariamente, proporción que llega a 22% en los menores de 18 meses.

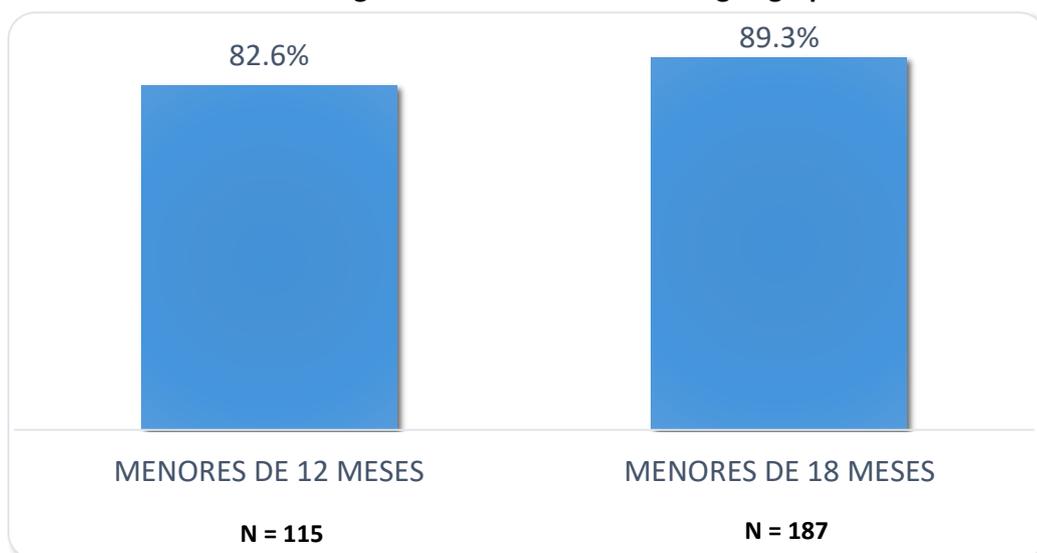
Gráfico 31
Suplementación con micronutrientes según grupo de edad



Tenencia de DNI

Según referencia de las madres, el 83% de los menores de 12 meses cuentan con DNI y en los menores de 18 meses esta cifra llega a 89%.

Gráfico 32
Tenencia de DNI según referencia de la madre según grupo de edad



VI. ANEXOS