

# **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

## **ESCUELA DE POSTGRADO**

### **TESIS**

RELACIÓN ENTRE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL, REGIÓN AMAZONAS, 2013 – 2017.

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA**  
EN GESTIÓN PÚBLICA

#### **AUTORA:**

Br. BECERRIL SOPLA, LLICELY YOVANY

#### **ASESOR**

Dr. CARLOS CHERRE ANTÓN

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**  
**PLANIFICACIÓN Y CONTROL FINANCIERO**

**CHICLAYO - PERÚ**

**2018**

**PAGINA DE JURADO**



-----  
Dra. Bertila Hernández Fernández

**PRESIDENTE**



-----  
Dr. Juan Delgado Alvarado

**SECRETARIO**



-----  
Dr. Carlos Cherre Antón

**VOCAL**

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Llicely Yovany Becerril Sopla, egresado del Programa de Maestría en Gestión Pública de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificada con DNI N° 47062291.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autora de la tesis titulada: **“Relación entre la ejecución presupuestal y los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región amazonas, 2013 – 2017.”** La misma que presento para optar el grado de: **Maestra en Gestión Pública**
2. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

e identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD Podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Chiclayo, 30 de Junio del 2018.

Firma:



Nombres y apellidos: LLICELY YOVANY BECERRIL SOPLA  
DNI: 47062291

## **DEDICATORIA:**

A mis padres: Wilmer Becerril y Neli Sopla, por su incondicional amor y apoyo. A mis hermanos Rony, Jelder y a todos mis amigos que intervinieron de alguna manera para hacer realidad este trabajo de investigación.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por la vida la salud y por todo lo que hace por mí a un sin merecerlo.

A mis padres por su incondicional amor y apoyo en todo momento de mi vida.

A Carlos Cherre, Clyde Muñoz, Renzo Gayoso, por su orientación, sugerencia, en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron con esta tesis.

Para todos ellos, mi agradecimiento.

## PRESENTACIÓN

Respetables señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: **“Relación entre la ejecución presupuestal y los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013 – 2017”**. Con fines de obtener el grado académico de Maestra en Gestión Pública.

Esta investigación presenta información acerca de la relación de la ejecución presupuestal en los indicadores de desempeño del programa presupuestal articulado nutricional (PAN) creado por el MINSA, en la Región de Amazonas de los años 2013 -2017.

Segura del reconocimiento y el aporte de este trabajo estaré presto a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de los pobladores de mí región, departamento con alto índice de anemia y DCI, además que toda investigación de este tipo contribuye a la mejora del servicio y de la calidad en las prestaciones de salud y la ejecución presupuestaria que manejan la DIRESA y las Redes de Salud de la región Amazonas.

Se espera señores miembros del jurado que ustedes otorguen la aprobación de la investigación realizada con mucha dedicación y esfuerzo llegando a la meta esperada con los resultados obtenidos en el proceso, siendo determinantes para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión Pública.

La autora

## ÍNDICE

PAGINA DE JURADO .....	ii
DECLARACIÓN JURADA .....	iii
DEDICATORIA:.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
PRESENTACIÓN .....	vi
ÍNDICE .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE FIGURA.....	x
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	xi
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	14
1.1.Realidad problemática .....	14
1.2.Trabajos previos.....	17
1.3.Teorías relacionadas al tema.....	23
1.3.1. Presupuesto por resultados .....	23
1.3.2. Programa presupuestal articulado nutricional.....	28
1.3.3. Desnutrición crónica .....	39
1.3.4. Anemia.....	42
1.4.Formulación del problema.....	43
1.5.Justificación del estudio .....	43
1.5.1. Justificación teórica y científica.....	43
1.5.2. Justificación práctica.....	44
1.5.3. Justificación Social.....	44
1.6 Hipótesis .....	45
1.7 Objetivos.....	45
1.7.1. Objetivo general.....	45
1.7.1. Objetivo específico.....	45
CAPITULO II METODO.....	46
2.1. Diseño de investigación .....	46
2.2. Variables operacionales.....	47

2.2.1. Operacionalización de variables .....	47
2.3 Población y muestra.....	49
2.3.1. Población.....	49
2.3.2. Muestra.....	49
2.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos. ....	50
2.5. Métodos de análisis de datos.....	55
2.6. Aspectos éticos.....	57
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	58
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	68
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES .....	77
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA .....	80
ANEXOS: .....	89
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	89
Anexo 2: Ejecución presupuestal según genérica de gastos del programa presupuestal articulado nutricional entre los años 2013 -2017, Amazonas.....	93
Anexo 3: Validación por expertos.....	94
Anexo 4: Autorización de publicación de tesis en el repositorio institucional UCV.....	99
Anexo 5: Acta de aprobación de originalidad de tesis. ....	100

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Operacionalización de variables.....	47
Tabla N° 2 Población de niños menores de cinco años en la Región Amazonas, 2013 – 2017. ....	49
Tabla N° 3 de prueba binomial .....	53
Tabla N° 4 Evaluación de la confiabilidad del instrumento .....	54
Tabla N° 5 Prueba ji- cuadrado.....	55
Tabla N° 6 Tipo de correlación .....	56
Tabla N° 7 Evolución de la ejecución presupuestal según productos del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013– 2017.....	58
Tabla N° 8 Evolución de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas 2013 – 2017. ....	62
Tabla N° 9 Relación entre la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional sobre la desnutrición crónica y anemia, región amazonas, 2013 – 2017. ....	66
Tabla N° 10 Matriz de correlaciones de la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional sobre la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 36 meses, región amazonas, 2013 – 2017.....	67

## ÍNDICE DE FIGURA

Figura N° 1 Etapas de la Ejecución Presupuestal .....	27
Figura N° 2 Modelo conceptual de la desnutrición crónica.....	30

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1: Evolución porcentual de la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013 – 2017.....	60
Gráfico N° 2: diferencias en la evolución porcentual de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, año 2017 con respecto al año 2013.....	63
Gráfico N° 3: diferencias en la evolución porcentual de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, año 2017 con respecto al año 2016.....	64

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue determinar la relación entre la ejecución presupuestal y el resultado de los indicadores de desempeño del Programa Articulado Nutricional en la región Amazonas, 2013 – 2017. Se desarrolló un estudio no experimental, descriptivo, correlacional, retrospectivo y longitudinal, recolectando datos del muestreo probabilístico, estratificado, bietápico, conglomerado e independiente de la región de amazonas realizado por ENDES para los años 2013-2017 y se empleó la ficha de recolección de datos para el portal de transparencia de seguimiento de la ejecución presupuestal del MEF. Se encontró que la ejecución presupuestal presenta una tendencia de crecimiento de 8.3%, en los últimos 5 años y una disminución en 2.7% en comparación con el año anterior. Sobre la evolución de los 12 indicadores de desempeño, se encontró que siete han mostrado avances. Al respecto de la relación entre la ejecución presupuestal del Programa Articulado Nutricional y la desnutrición crónica, se encontró que se ha reducido en 9.9% en los últimos 5 años; y en 2.1% en comparación al año anterior; existiendo una relación inversa considerable, se indica que el 48.22% de la variación de la desnutrición infantil está explicado por la ejecución presupuestal. En cuanto a la anemia en los últimos 5 años aumentó en 3.9 % y en relación al año anterior se incrementó en 6.5 %.

**Palabras claves:** ejecución presupuestal, programa articulado nutricional, indicador de desempeño.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine the relationship between the budget execution and the results of the performance indicators of the Nutritional Articulated Program in the Amazon region, 2013 - 2017. A non-experimental, descriptive, correlational, retrospective and longitudinal study was developed. , collecting data from the probabilistic, stratified, two-stage, conglomerate and independent sampling of the Amazon region carried out by ENDES for the years 2013-2017 and the data collection form was used for the transparency portal to monitor the budget execution of the MEF . It was found that budget execution shows a growth trend of 8.3% in the last 5 years and a 2.7% decrease compared to the previous year. On the evolution of the 12 performance indicators, it was found that seven have shown progress. Regarding the relationship between the budget execution of the Nutritional Articulated Program and chronic malnutrition, it was found that it has been reduced by 9.9% in the last 5 years; and in 2.1% compared to the previous year; There being a considerable inverse relationship, it is indicated that 48.22% of the variation of infant malnutrition is explained by budget execution. As for the anemia in the last 5 years, it increased by 3.9% and in relation to the previous year it increased by 6.5%

Keywords: budget execution, articulated nutritional program, performance indicator.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

“La meta de la administración pública es lograr que el Estado sea capaz de proveer de manera eficaz, eficiente y equitativa, los bienes y servicios que requiere la ciudadanía” (Cruzado, 2012). Así mismo el generar condiciones necesarias para el desarrollo humano y el poder lograr el bienestar individual y colectivo. (Sánchez, 2003)

Para lograr el desarrollo de un país “es fundamental el desarrollo humano y la construcción del capital social, que permitirá romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad” (MINSa, 2016). Por lo cual es vital la intervención durante la primera infancia, reduciendo indicadores de desnutrición crónica Infantil (DCI) y anemia. Favoreciendo de este modo el desarrollo humano de un país. (UNICEF, 2008)

Diversos estudios demuestran la importancia de la “intervención en el desarrollo infantil, pues en los primeros años de vida se forma la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social” (UNESCO, 1999). Por lo que lograr que el infante tenga un crecimiento y desarrollo adecuado debe ser el principal objetivo de la familia, los gobiernos, las comunidades y las organizaciones.

Combatir la desnutrición crónica y la anemia, es proteger el capital humano del país, pues los niños que tienen anemia y DCI no solo afectan su desarrollo físico, sino también el desarrollo intelectual, lo que a largo plazo, reduce la productividad de la persona, perjudicando directamente el crecimiento económico de la familia. Así mismo favorece el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles lo cual genera un mayor costo para el sistema de salud en el tratamiento del individuo, lo que implica menor desarrollo económico en el país y mayor gasto a nivel del sector de salud (MINSa, 2015).

La anemia infantil y la DCI, son enfermedades que aqueja a todo el mundo. A nivel mundial 154,8 millones (22.9%) de niños y niñas con menos de 5 años sufren de DCI, es decir uno de cada cinco niños. (FAO, 2017).

Los países con mayor presencia de DCI en niños menores de 05 años son Afganistán, Burundi, India, Timor Oriental, Malawi, Zambia y Guatemala pues

presentan cifras porcentuales que superan el 50% de niños con desnutrición crónica. Es decir de cada 2 niños uno tiene DCI. (World visión, 2014).

La desnutrición crónica es el principal problema nutricional de Guatemala. La prevalencia de este problema, medida según retardo de talla para la edad es de 49.3%, lo que sitúa a Guatemala como el país con mayor porcentaje de niños/as desnutridos crónicos en América Latina y en el cuarto lugar a nivel mundial. (UNDG, 2009)

Es decir que en Guatemala: “4 de cada 10 niños sufren de DCI y de esos, 8 de cada 10 niños son niños indígenas que residen en Guatemala”. (Gobierno de la república de Guatemala, 2016).

Según la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, realizada por Instituto Nacional de Estadística e Informática (ENDES)”. En el Perú el 12.9% de los niños de menores de 05 años, tienen DCI, siendo mayor la prevalencia en la zona rural (25.3%), que en la zona urbana (8.2%). (INEI, 2017). Es decir que “410 mil niños menores de 05 años presentan desnutrición crónica en el Perú”. (MINSALUD, 2016).

A nivel de las regiones, 15 regiones de las 25 que tiene el Perú, presentan un indicador de DCI por encima del promedio nacional, las cinco Regiones con mayor prevalencia de DCI son Huancavelica (31.2%), Cajamarca (26.6%), Loreto (23.8%), Pasco (22.8%) y Apurímac (20.9%). (INEI, 2017).

La región de Amazonas presenta una prevalencia de DCI de 17.1% entre niños y niñas menores de 05 años. Valores superiores al promedio nacional de DCI. (INEI, 2017). Sin embargo los números promedios esconden una triste realidad que aqueja a la región de Amazonas, sobre todo en la población indígena donde los niveles de desnutrición son alarmantes, tal es el caso de los distritos de Imaza (76.13%), Cenepa (74.29%), Río Santiago (66.79%) y Nieva (54.43%) (SIEN, 2017)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que a nivel mundial la anemia afecta a un 41.7% de niños con menos de 5 años. Los países que lideran el indicador de niños con anemia son: Bolivia (46.9%), Guayana (37.9%), Suriname (34.3%) y Perú ocupa el cuarto lugar con (31.9%) (OMS, 2017).

La OMS, clasifica la prevalencia de la anemia como problema de salud pública de acuerdo al siguiente esquema, teniendo en cuenta el indicador de prevalencia: valores inferiores al 5%, no representa un problema de salud pública; valores entre 5% a 19,9%, representan un problema de salud pública leve; valores de 20% a 39,9%, es considerado como un problema de salud pública moderado; finalmente los valores superiores al 40%, se determina que don un problema de salud pública grave. (OMS, 2008).

Según la ENDES 2017, en el Perú el 43.6% de los niños de 6 a 35 meses, tienen anemia, siendo mayor la prevalencia en la zona rural (53.3%), que en la zona urbana (40%). (INEI, 2017). “Es decir que en el Perú más de 620 mil niños menores de 3 años tienen anemia, siendo el grupo etario 6 a 18 meses el más afectado, donde 6 de cada 10 niños tienen anemia”. (MINSa, 2017). De acuerdo a la clasificación mencionada en el párrafo anterior para el Perú la anemia es un problema de salud pública grave.

Según regiones en el Perú, “15 regiones de las 25 que tiene presentan un indicador de anemia por encima del promedio nacional, las cinco Regiones con mayor prevalencia de anemia son Puno (75.86%), Loreto (61.55%), Ucayali (59.13%), Pasco (58.3%) y Madre de Dios (57.31%)”. (INEI, 2017).

La región amazonas presenta prevalencia de anemia de 51.2% entre niños y niñas de 6 a 35 meses (INEI, 2017). Prevalencia que supera los valores de la promedio nacional situación que demuestra el grave problema de salud pública que enfrenta la región de amazonas.

Frente a estos indicadores el estado peruano ha creado diversas políticas de intervención para lograr disminuir la DCI y la anemia, en ese sentido en el año 2008 el MINSa, creo el Programa presupuestal Articulado Nutricional (PAN), el cual tiene como objetivo principal reducir estos indicadores. Bajo esta premisa el estado Peruano, mediante la Ley 28927 – Ley del Presupuesto del Sector público para el año fiscal 2008:

Según Cruzado (2012) sostiene lo siguiente:

Inició la implementación de lo que se conoce como el Presupuesto por Resultados (PpR) con la finalidad, por un lado, de reemplazar la manera tradicional de formular el presupuesto del sector público, basada en la asignación histórica (incrementalismo), por una que persiga objetivos o

resultados bien definidos; y, por otro lado de cambiar la manera tradicional de tomar las decisiones en torno a líneas de gasto, insumos o procedimientos, de modo que esta centre, más bien, en la cobertura de bienes y servicios (productos en el glosario PpR) necesarios para alcanzar los resultados

Para lograr el proceso de presupuesto por resultado en materia de alimentación y nutrición saludable, el estado peruano emitió diversos documentos de lineamiento para la intervención.

En el año 2016, de acuerdo a lo planteado por el Ministerio de Salud tenemos:

Frente a los indicadores de anemia y desnutrición el estado peruano, por medio del Ministerio de Salud buscó la acción multisectorial para el abordaje de anemia incluyendo a los sectores de desarrollo e inclusión social, educación, agricultura, pesquería (Produce), agua y saneamiento (Vivienda), sector privado y la sociedad civil a nivel nacional. Para lo cual lanzó “el plan Nacional para la reducción de la anemia infantil 2017-2021” cuyo objetivo es contribuir, a nivel nacional con la “reducción y control de la anemia materna infantil y desnutrición crónica – DCI, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial”. (Minsa, 2017)

El plan nacional comprende intervenciones como el desarrollo de sesiones educativas y demostrativas de alimentos, consejerías mediante la visita domiciliaria y suplementación con hierro entre otras acciones de intervención con el fin de mejorar los conocimientos de la madre y por ende incidir en las actitudes y prácticas que ella pueda tener sobre las prácticas de alimentación infantil y la ingesta de alimentos ricos en hierro, entre otros. Con la meta de contribuir a la reducción de la anemia infantil a un 19% a nivel nacional para el año 2021. (Minsa, 2017)

## **1.2. Trabajos previos**

A continuación, estudios de investigación que contienen la misma temática de la investigación

Chuquimarca, Caicedo, & Zambrano (2017). Realizaron el trabajo titulado “Efecto del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia en

niños, Los Ríos-Ecuador; 2014-2015”, trabajo que realizó “con 318 niño con diagnóstico de anemia, para lo cual se usó como fuente de información la historia clínica, convirtiendo está investigación en un trabajo longitudinal, retrospectivo y observacional”. Encontrando que la suplementación con micronutrientes influye positivamente en el nivel de anemia y la mejoría del indicador talla/ edad de los niños con edad de 6 a 59 meses. “Debido a que se observó al inicio de la suplementación el 57% de niños tenía anemia y al finalizar el estudio solo tenía anemia el 17%. Este trabajo prueba la efectividad de la suplementación con micronutrientes siempre y cuando exista adherencia en los usuarios”.

Coronado (2014). En su trabajo de investigación titulado: “Factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años”, cuyo objetivo de investigación fue: “Describir los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del Valle del Palajunoj, Quetzaltenango Guatemala”, trabajo que realizo entre noviembre del 2012 y febrero del 2013 Trabajo realizado con 25 madres o cuidadoras de niños con diagnóstico de DCI. A las cuales se les aplicó un cuestionario de 23 preguntas. Encontrando como factores asociados a la desnutrición crónica los factores económicos familiares, socioculturales y educación de la madre.

Soria & Vaca (2012). En su trabajo de investigación titulado: “factores determinantes de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 05 años en la provincia de Cotopaxi” cuyo objetivo fue determinar los “factores determinantes de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 05 años en la provincia de Cotopaxi” mediante la metodología deductiva – inductiva. Cuya muestra estuvo conformada por 13536 viviendas, de las cuales 8028 viviendas fueron del área urbana y 5508 del área rural.

Los investigadores encontraron que el 42, 6% de niños y niñas con edad inferior a 5 años tenían DCI en Cotopaxi, convirtiéndole en la tercera provincia por mayor índice de DCI. Los índices más altos de DCI (59.8%) se encontró en los hogares indígenas.

Los factores determinantes de desnutrición identificados fueron, para el área rural: la edad del niño; de la madre se identificó que los factores determinantes

son: el grado de instrucción, el estado civil, la edad y que en caso del jefe del hogar también se determinó que la etnia del jefe del hogar es otro factor determinante.

Los factores determinantes identificado para el área urbana fueron: el peso al nacer de la niña, la desparasitación del menor en los últimos 12 meses; el porcentaje de niños en el hogar y los gastos del hogar.

Marcos & Amigo (2007) En el trabajo: “Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina”. Cuyo objetivo del trabajo fue “analizar el impacto de los programas destinados a mejorar el crecimiento de los menores de 5 años en América Latina”, Para la elaboración de este trabajo de investigación, realizaron una revisión bibliográfica de los informes de organismos internacionales publicados entre el año 1995 a 2005 en los siguientes buscadores: PUBMED, LILACS, SCIELO. Encontrando tres tipos de estrategias en los programas: el primero sobre transferencia Económica Condicionada (PTEC), el segundo, Alimentación Complementaria (PAC) y el tercero Seguridad Alimentaria (PSA).

Los resultados fueron que los niños y niñas que eran beneficiarios del PTEC lograron una ganancia de un centímetro en el grupo intervenido reduciendo de este modo la prevalencia de retardo en el crecimiento; los del PAC registraron impacto de reducción del retardo en el crecimiento sólo en los niños con clasificación de extrema pobreza, finalmente se encontró que los PSA no obtuvieron efectos demostrables sobre el indicador de DCI.

Valderrama (2017) en su trabajo de investigación “Programa articulado nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en menores de 36 meses, los olivos 2016.” Cuyo objetivo de trabajo fue conocer la influencia del PAN en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses. Para lo cual elaboro una encuesta que aplicó a 36 trabajadores de 11 establecimientos de salud que se encuentran en el distrito de los Olivos, Lima. Encontrando que la percepción de los trabajadores es que el PAN, tiene una eficacia del nivel medio (63.9%), Considerando que si hubo disminución de

anemia y DCI, en los niños del distrito de los Olivos. Sin embargo no se evidenció influencia significativa entre el PAN y la disminución de los indicadores antes mencionados.

Enrique (2017) en su investigación titulado “Impacto del programa presupuestal articulado nutricional en la desnutrición crónica infantil en menores de 05 años, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016.” Cuyo objetivo de investigación fue: “determinar el impacto Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la DCI en niños y niñas menores de 5 años, en la Unidad Ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 – 2016”. Cuya población de estudio fueron todos los niños menores de 05 años que viven en la región de Lambayeque”, encontrando que la región de Lambayeque “logró disminuir en 11.8% la DCI, sin embargo este resultado se encuentra por debajo de la reducción nacional de 12.3% del DCI. Concluyendo que el PAN, tiene un impacto positivo en la disminución de la desnutrición crónica”.

Jaillita (2014) en su informe de tesis titulado “Análisis del Programa Articulado Nutricional (PAN) en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas”. Cuyo objetivo “conocer los resultados obtenidos durante el 2007 hasta el 2012 por el Programa Articulado Nutricional, a través de dos productos del programa: Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y vacunas completas”. Encontrando como resultado que el “Programa Articulado Nutricional logró reducir la desnutrición crónica infantil en el país a pesar de la desarticulación que existió entre los sectores involucrados, además que la relación entre Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y desnutrición crónica infantil es negativa y la relación entre vacunas completas del niño y desnutrición crónica es negativa” (Jaillita, 2014).

Melgarejo (2014) en su trabajo de investigación titulado: “Eficacia del presupuesto por resultado en el marco de la planificación estratégica multianual” cuyo objetivo fue “conocer la eficacia del presupuesto por resultado en el marco de la planificación estratégica multianual” concluyendo que: “que la

sistematización de la administración financiera solo ha considerado cuatro grupos, debiendo incluir otros más y consideró que el Sistema Nacional de Planificación aún no se encuentra operativa desde su adscripción en la Presidencia de Consejo de Ministros imposibilitando la contundente aplicación del Presupuesto por Resultado”.

Arámbulo (2013) el autor en mención investigo sobre “Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional, Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012” cuyo objetivo fue: “realizar un análisis político institucional del Programa Articulado Nutricional en su fase de agendación (2000-2007) y puesta en marcha de la política pública (2008-2012)”

Cuya conclusión con respecto al articulado nutricional fueron que la implementación del Programa Articulado Nutricional ha contribuido a reducir, a un mayor ritmo, la desnutrición crónica infantil en el Perú. Así como que existe una correspondencia entre una mayor asignación de recursos públicos destinados al Programa Articulado Nutricional y su impacto en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú (Arámbulo, 2013)

Cruzado (2012). En el trabajo de “análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años”. Donde se estudio “los productos CRED y vacunas y la implicancia que tenían sobre la desnutrición crónica para lo cual se genero un grupo POOI de niños de la combinación de diferentes rondas de la encuesta ENDES (2009-2011)”.

Encontrando que el PAN reduce las probabilidades de desnutrición y aumenta el numero de los controles de CRED y Vacunas completas. Se encontró también que apartir del 2008 año que inicia el PAN, los niños que nacen posterior disminuyen la probabilidad de ser desnutridos en un 5% aproximadamente. A nivel de regiones se encontró que en Apurimac, el efecto del PAN permitió la reducción de la desnutrición en 3.5 puntos en la región de Apurimac y en La Región de Ayacucho en 1.5 puntos porcentuales. (Cruzado, 2012)

INS (2012). En el trabajo: “Evolución de los indicadores del Programa Articulado Nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia” cuyo objetivo de investigación fue “Describir la evolución de los indicadores nutricionales y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia en los niños menores de 36 meses”

Los resultados encontrados fueron:

Del 2000 al 2011, la prevalencia de la desnutrición crónica disminuyó en 7.3%, la anemia en 19.3%, la IRA en 3.5%, la EDA en 17.6% y el bajo peso al nacer en 7.1% en los niños menores de 36 meses. La proporción del control del CRED aumentó en 29.4%, el suplemento de hierro en 9.7%, las vacunas básicas en 8.4% en los niños menores de 36 meses. La proporción de hogares con acceso a agua segura aumentó en 8.9%, hogares con saneamiento ambiental en 11.7%, hogares rurales en 22.5%. Los factores asociados a la desnutrición crónica son el sexo masculino (OR=2), la condición de pobre (OR=2.63) y el bajo peso al nacer (OR=4.3) y los factores asociados a la anemia son la pobreza extrema (OR=1.8), pobreza (OR=1.4), la falta de control prenatal de la madre del niño (OR=1.4) y ser madre adolescente (OR=1.5) (INS, 2012)

El estudio concluyo que, “la prevalencia de DCI y la anemia han disminuido entre los años 2000 y 2011, también ha disminuido a prevalencia de infecciones respiratorias aguda, enfermedades diarreicas aguda y el bajo peso al nacer, además se evidencio un incremento en el porcentaje de menores de 06 meses que reciben lactancia materna exclusiva, control de crecimiento y desarrollo, suplementación de hierro y micronutrientes y vacunas”. (INS, 2012)

Tanak (2011). En su trabajo de tesis “influencia del presupuesto por resultado en la gestión presupuestal del ministerio de Salud”. Cuyo objetivo fue “Analizar la aplicación del presupuesto por resultado (PpR) en la gestión financiera presupuestal del MINSA, para determinar su eficiencia y eficacia en los Programas Estratégicos Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional en el periodo 2005-2008”

En contrando como resultado de la investigación que “el presupuesto es inerte, ya que año a año el MEF, asigna al sector salud el mismo presupuesto”. En cuanto a la ejecución presupuestal, se realiza priorizando la salud individual y colectiva. “Al mismo tiempo durante la investigación se observó una débil

articulación del planeamiento con el presupuesto desde una perspectiva de resultado” (Takama, 2011).

### **1.3. Teorías relacionadas al tema.**

#### **1.3.1. Presupuesto por resultados**

En el pasado, año por año las entidades públicas planificaban el presupuesto sin medir si el gasto realizado había mejorado la calidad de vida de la ciudadanía, el presupuesto se incrementaba anualmente, pero no lograba cambios en la ciudadanía, frente a ello el ministerio de economía y financia (MEF) en el año 2007 planteo cambiar la estrategia de la gestión presupuestal e implementar la estrategia de Presupuesto por Resultados (PpR), mediante los programas presupuestales. “De este modo se les asigna presupuesto (dinero) a las entidades públicas con el objetivo de que los recursos usados a bienes y servicios (programas presupuestales) generen resultados medibles en la población intervenida” (MEF, 2015)

Dentro de los pilares y ejes fundamentales de las políticas de modernización del estado peruano hacia el 2021, se establece que el objetivo del estado peruano es orientar que “el desarrollo de la función pública sea eficiente, democrata, transparente, descentralizado e interactivo, en el marco de una ciudadanía ejercida a plenitud por las personas”. (PCM, 2013)

“Un estado peruano democrático y descentralizado que funciona con eficacia eficiencia y articuladamente entre sus diferentes sectores y los tres niveles de gobierno al servicio de la ciudadanía y el desarrollo, garantizando la seguridad nacional”. (MEF, 2016)

Por lo cual la reforma del sistema presupuestal está orientada a conseguir tres objetivos:

- “Mantener la conducta fiscal
- Mejorar la eficacia en el repartimiento de los capitales

- Mejorar la calidad del egreso asegurando eficiencia y eficacia en las operaciones de todas las entidades y agencias en los tres niveles de gobierno”.

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), a través del presupuesto por resultado busca que los programas presupuestales:

- “Tengan una mayor articulación en los tres niveles de gobierno, así mismo estén enmarcados en las políticas públicas y prioridades nacionales.
- Que la intervención realizada obtenga un resultado, que mejore la característica de vida de la población. Para lo cual los sectores deberán evidenciar este impacto.
- Evaluar continuamente la ejecución presupuestal, ver si existe eficiencia, eficacia, transparencia en la entrega de servicios desde la entidad pública y el logro de los resultados esperados”. (PCM, 2013)

En marco de lo antes mencionado el Programas Articulado Nutricional (PAN), es un programa que tiene una intervención articulada del Estado entre sectores y niveles de gobierno, con el objetivo de “resolver un problema central, la disminución de la DCI y la anemia”. Mediante de intervenciones directas a las causas del problema con el uso de insumos, sub productos, productos, resultados inmediatos, intermedios y finales asociados a las definiciones operacionales que brinda el MINSA, para el desarrollo de las actividades (programación de la meta física y financiera, fuente de información, para evaluar el seguimiento y logro de los objetivos entre otros) a nivel de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), Redes de salud, Micro redes e Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS). (MINSA, 2016).

### **1.3.1.1. Instrumentos del Presupuesto por resultados**

De acuerdo a la revisión bibliográfica del MEF (2015) el PpR, tiene cuatro instrumentos:

- a) **Los programas presupuestales (PP):** viene a ser una unidad de programación de acciones (actividades), las cuales se orientan a proveer productos (bienes y servicios) con el objetivo que tras su ejecución se logren resultados específicos en beneficio de la población. “La ejecución de estas actividades puede ser con articulación territorial, es decir que bajo el mismo objetivo se involucre a los diferentes niveles de gobierno (nacional, regional, provincial, distrital) en el desarrollo de las acciones”. (MEF, 2015)
- b) **El seguimiento:** Es la evaluación continua de la ejecución y los resultados del programa presupuestal, mediante el análisis del desempeño, la ejecución financiera y las metas físicas. “Con el objetivo de conocer la realidad de la ejecución del PP y tomar decisiones que mejoren la gestión. Permitiendo corregir las fallas encontradas en el desarrollo de las actividades” (MEF, 2015)
- c) **Las evaluaciones independientes:** “Comprende el análisis metódico e imparcial del programa presupuestal, a fin de obtener información ventajosa y confiable para la toma de decisiones en la gestión y el presupuesto. Se realiza mediante dos evaluaciones una que evalúa el diseño y la ejecución presupuestal y la otra que evalúa el impacto”. (MEF, 2015)
- d) **Los incentivos a la gestión:** implica la asignación de un monto económico en función a los resultados y logros obtenidos por las entidades públicas. “Es decir a los diferentes niveles de gobierno se les establece metas que deben de cumplir durante un periodo de tiempo, en busca de la mejora de la gestión”. “De lograr el cumplimiento esta entidad pública hace acreedor a un presupuesto que servirá para financiar las intervenciones en la jurisdicción del gobierno”. (MEF, 2015)

### 1.3.1.2. Programación estratégica

Teniendo en cuenta lo planteado por el MEF (2010) en relación a la programación estratégica indica lo siguiente:

La Programación Presupuestaria Estratégica es un instrumento del Presupuesto por Resultados, que comprende un proceso sistemático de vinculación de resultados con productos y las acciones e insumos necesarios para su ejecución, sustentados sobre la base de la información y experiencia existente. Este proceso permite una construcción articulada de intervenciones y posibilita una mejora de los niveles de eficacia y eficiencia en el accionar del Estado. Al conjunto de intervenciones diseñadas bajo este proceso se le denomina Programa Estratégico.

La programación estratégica permite que, a nivel de los gobiernos, exista un conjunto de intervenciones articuladas con el objetivo de resolver un problema sobre una población determinada, este tiene las siguientes características:

- “Presenta un diseño de estrategia sustentado en evidencias, que se expresa a través de cadenas de resultados priorizadas” (MEF, 2010).
- “Permite establecer relaciones claras y precisas entre las intervenciones y los resultados generados por éstas, seleccionando a las intervenciones sobre la base de evidencias que sustenten su eficacia y/o costo efectividad” (MEF, 2010).
- “Presenta una articulación clara con la Estructura Funcional Programática a través de la relación a nivel de producto (intervención) con la meta presupuestaria” (MEF, 2010).

### 1.3.1.3 Ejecución presupuestal

#### Fase de Ejecución del gasto público

De acuerdo al MEF (2010), Comprende dos etapas, una de preparatoria y otra propiamente de ejecución del gasto público, de acuerdo al siguiente Figura:

Certificación de gasto	Compromiso	Devengado	Pagado Girado
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acto donde se constata que existe los créditos presupuestales para la atención de las obligaciones durante el año fiscal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con cargo al crédito presupuestario y hasta por el monto de la obligación total dentro del año fiscal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constatación de que el bien o servicio de ha realizado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Giro de los recursos Públicos para atender el gasto comprometido y devengado</li></ul>

Fuente: Directiva N°001- 2010- EF/76.01

Figura N° 1 Etapas de la Ejecución Presupuestal

#### a) Etapa iniciadora para la ejecución del gasto:

##### Certificación del crédito presupuestario.

Según el MEF (2010) el objetivo principal de esta etapa es:

Certificar que se cuente con el dinero disponible y sin afección, para comprometer un gasto en la cadena presupuestal estimada, de acuerdo a las específicas de gasto normadas. Quien realiza esta actividad es la oficina de Presupuesto o la que haga sus veces, quien emite la certificación del monto establecido en la cadena presupuestaria definida, dictando los procedimientos y lineamientos que deben llevar a cabo las áreas para lograr la certificación.

La certificación del gasto es otorgada a petición del responsable del área que ordene el gasto o de quien tenga delegado esta facultad, es susceptible a

modificación, anulación debidamente justificada. Así mismo resulta un requisito indispensable para cada vez que se requiera hacer un gasto.

## b) ***Etapas de ejecución de gasto público***

### **El Compromiso**

“Implica realizar el compromiso de un monto de dinero determinado para cubrir los gastos de un bien o servicio que previamente a cumplido con todos los trámites legales, no pudiendo exceder los créditos presupuestarios aprobados en el presupuesto institucional” (MEF, 2010).

### **El Devengado**

“Es el hecho mediante el cual se registra un compromiso de pago, cuyo egreso ya ha sido debidamente aprobado y comprometido, se realiza luego de la verificación documentaria de haberse realizado la prestación del bien o servicio. Se realiza en la cadena presupuestal determinada para la específica de gasto” MEF (2010),

### **Pago**

Es el acto mediante el cual se realiza la transferencia económica de forma parcial o total por el bien o servicio. El cual se formaliza mediante documentación.

## **1.3.2. Programa presupuestal articulado nutricional.**

De acuerdo a la revisión bibliográfica (MINSAs, 2016) considera que:

El PAN, es un programa presupuestal encaminado a disminuir la desnutrición crónica y la anemia en la población infantil, mediante 18 productos que comprenden actividades de: capacitaciones, consejerías, sesiones educativas, visitas domiciliarias de seguimiento, desarrollo de sesiones demostrativas en cuatro escenarios de intervención: la Familia, los municipios, las instituciones educativas y la comunidad mediante la capacitación de los actores sociales. Así mismo la intervención en los menores de cinco años con el control de crecimiento y Desarrollo (CRED), vacunas, suplementación con hierro y vitamina A, desparasitación, consumo de agua segura, atención de enfermedades diarreicas agudas (EDA) y en infecciones respiratorias agudas (IRA).

### **1.3.2.1 Inicio del programa presupuestal articulado nutricional.**

En los años ochenta el estado peruano inició la intervención en la población infantil, mediante políticas sociales orientadas a atender, la alimentación, educación y salud. Esta implementación no favoreció la reducción de pobreza en el estado peruano ya que los programas sociales no estaban articulados y no buscaban objetivos comunes o complementarios. (Estrada & Perea, 2008)

Los principales programas sociales de transferencia alimentaria que se desarrollaron durante los años ochenta y noventa fueron: “el programa de alimentación infantil, el programa vaso de leche y los comedores populares, estos dos últimos, que se mantienen hasta la actualidad. Para el desarrollo efectivo de estos programas sociales se necesitó la intervención de los gobiernos locales, centros educativos, postas médicas, etc” (Grupo Impulsor Inversiones En La Primera Infancia , 2012)

Durante el año 2006, el MEF estimó que “en los diez años anteriores se habían gastado más de 3.000 millones de dólares en los programas sociales, sin obtener resultados significativos en la reducción de la DCI, pues el indicador mostraba una prevalencia mayor al 25 %. Concluyendo que el estado peruano no había logrado tener un impacto sobre la disminución de este indicador, pues se había invertido mucho dinero sin resultados”. (Grupo Impulsor Inversiones En La Primera Infancia , 2012)

Con el objetivo de intervenir en las causas del DCI, se “identificó los principales causantes de DCI encontrando el deficiente estado de salud, la inadecuada alimentación, la inseguridad alimentaria, las inadecuadas prácticas de salud, el bajo peso al nacer, el tamaño estructural de la familia, la situación económica, la falta de atención en los establecimientos de salud” (Grupo Impulsor Inversiones En La Primera Infancia , 2012)

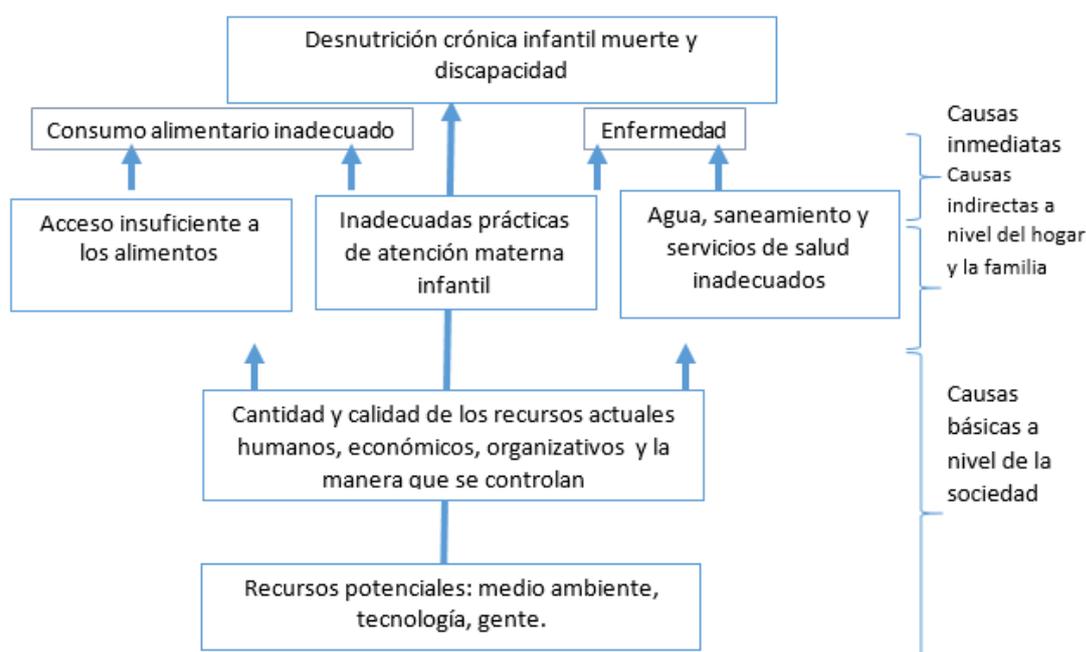
En el año 2007, el MEF implementó la ley N° 28927 “Ley de presupuesto por resultados (PPR), El Ministerio de Salud (MINSa), en solicitud a lo alerta durante el año 2008 inicia y fortalece dos programas presupuestales “Programa articulado nutricional (PAN)” y “Salud Materno Neonatal (SMN)”. (MINSa, 2016).

Cambiando la estrategia de entrega de alimentos por la intervención en las causas de DCI y anemia. Iniciando la intervención en lugares con mayor prevalencia de DCI. (Grupo Impulsor Inversiones En La Primera Infancia , 2012)

### 1.3.2.2 objetivo del programa articulado nutricional.

El objetivo del PAN es “reducir la prevalencia desnutrición crónica infantil en niños menores de 05 años y reducir la prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses, mediante intervenciones a los agentes causales, obteniendo como resultado intermedio la disminución del bajo peso al nacer, la reducción de la morbilidad por EDA, IRA, entre otras enfermedades prevalentes”. A mismo tiempo, perfeccionar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses mediante la educación a la madre de familia a través de sesiones educativas, consejería y sesiones demostrativas. Lograr que el gobierno nacional, regional y local, las instituciones educativas y la comunidad estén involucrada en el cuidado de la primera infancia.

### 1.3.2.3. Modelo conceptual de la desnutrición crónica:



Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 1998-Causas de la desnutrición infantil- Referencia Estado Mundial de la Infancia- UNICEF, 1998 – Pág. 24  
 Figura N°2 Modelo conceptual de la desnutrición crónica.

Este modelo lógico trata de identificar los orígenes de la desnutrición crónica infantil con el objetivo de trazar ejes temáticos de intervención desde el sector salud los cuales se definen en manual de definiciones operacionales que año a año el MINSA, hace llegar a cada uno de sus Establecimientos de Salud, para la programación y ejecución de la actividad operativa para la reducción de los indicadores de anemia y DCI.

#### **1.3.2.4. Productos del programa articulado nutricional, definiciones operacionales del PAN.**

Frente a las causas presentadas el MINSA, presenta ejes de intervención las cuales se encuentran plasmadas en sus definiciones operacionales.

De acuerdo a las definiciones operacionales del año 2016, dictadas por el MINSA, estos comprenden 18 productos que a su vez se dividen en sub productos, siendo los siguientes productos:

1. "Acciones comunes: comprende acciones de programación, monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal". (MINSA, 2016)
2. "Inspecciones a establecimientos que almacenan, preparan y distribuyen alimentos para programas sociales". (MINSA, 2016)
3. "Comunidades acceden a agua para el consumo humano" (MINSA, 2016)
4. "Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y DCI". (MINSA, 2016)
5. "Municipios saludables que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación". (MINSA, 2016)
6. "Comunidades saludables que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación". (MINSA, 2016)
7. "Instituciones educativas que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación". (MINSA, 2016)
8. "Familias saludables con conocimiento para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses". (MINSA, 2016)
9. "Vacunación contra rotavirus y neumococo". (MINSA, 2016)

10. “Niño con control de Crecimiento y desarrollo completo según edad”. (MINSa, 2016)
11. “Niño con suplementación de hierro y vitamina A”. (MINSa, 2016)
12. “Atención de infecciones respiratorias agudas”. (MINSa, 2016)
13. “Atención de enfermedades diarreicas agudas”. (MINSa, 2016)
14. “Atención de infecciones respiratorias agudas con complicaciones”. (MINSa, 2016)
15. “Atención de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones”. (MINSa, 2016)
16. “Atención de otras enfermedades prevalentes”. (MINSa, 2016)
17. “Gestante con suplemento de Hierro y ácido fólico”. (MINSa, 2016)
18. “Atención a niño con parasitosis intestinal” (MINSa, 2016)

#### **1.3.2.5. Indicadores del programa articulado nutricional.**

Los indicadores del programa presupuestal articulado nutricional permiten evaluar el avance de las actividades y su impacto en la población infantil, dotando de evidencia cuantitativa de una determinada situación.

De acuerdo a las definiciones operacionales 2016. Se establecen los indicadores en tres clases: de resultado inmediato, de resultado intermedio y de resultado final. Los cuáles serán tratados a continuación para mayor detalle: (MINSa, 2016)

#### **Indicadores de resultado final:**

El caso del PAN, el solo presenta un único indicador de resultado final que provee información cuantitativa del estado nutricional de los niños menores de 05 años a nivel regional.

#### **a) Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica.**

Todas las actividades programadas en el PAN están destinadas a reducir este indicador de desnutrición crónica en niños menores de 05 años, tema de salud pública que se tratará a mayor detalle en las siguientes páginas.

Al ser un indicador de resultado final, este indicador nos permite medir el impacto de ejecución presupuestal del PAN.

Así mismo la evolución de este indicador permite determinar la proporción de niños menores de 5 años que se han visto afectados por la desnutrición crónica en la región de Amazonas durante los años 2013 -2017, es decir es el porcentaje de niños que tienen una talla inferior a la estimada por las tablas de la OMS.

Este es un indicador cuya evolución esperada es de disminución entre año y año.

#### **Indicadores de resultado intermedio:**

Estos indicadores son considerados como causales directos de la desnutrición crónica, la evolución de estos permite conocer el grado de intervención en los factores causales del DCI, dentro del programa presupuestal articulado nutricional tenemos cinco indicadores intermedios los cuales son:

##### **a) Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.**

Este indicador permite conocer el porcentaje de niños menores de 06 meses que tienen lactancia materna exclusiva. Es decir niños que su único alimento es la leche materna y no se les ha introducido ningún otro producto o alimento.

Para poder intervenir en este indicador el equipo de Promoción de la Salud y el PAN de los EE.SS, realizan sesiones demostrativas en técnicas de lactancia materna, consejería durante la visita domiciliaria a madres gestantes del tercer trimestre y a madres con niños menores de 06 meses. Así mismo los EE.SS forman “grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna”, lugar donde la madre de familia acude para poder mejorar sus conocimientos y este grupo sirva de apoyo para que la madre efectúe la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna prolongada. (MINSa, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de aumento entre año y año, teniendo en cuenta lo planteado anteriormente.

**b) Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.**

Este indicador permite conocer el porcentaje de niños menores de 36 meses con diagnóstico de anemia ya sea esta leve, moderada o severa.

Para poder intervenir en este indicador, el personal de salud realiza un conjunto de actividades con el niño menor de 36 meses y la gestante, actividades que comprenden el desarrollo de sesiones demostrativas de alimento, consejería nutricional durante la visita domiciliaria, suplementación con hierro y micronutrientes. (MINSA, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de disminución entre año y año, tal como se indica en el acápite anterior.

**c) Prevalencia de EDA en menores de 36 meses.**

Este indicador permite conocer el porcentaje de niños menores de 36 meses que hayan presentado episodios de enfermedad diarreica aguda.

Para poder intervenir en este indicador el personal de salud, brinda intervenciones de diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos presentados en los EE.SS, con enfermedad diarreica aguda sin deshidratación; atendiendo de manera ambulatoria al paciente. (MINSA, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de disminución entre año y año.

**d) Prevalencia de IRA en menores de 36 meses.**

Este indicador permite conocer el porcentaje de niños menores de 36 meses que hayan presentado episodios de infección respiratoria aguda.

Para poder intervenir en este indicador el personal de salud, brinda intervenciones de diagnóstico y tratamiento oportuno a los casos presentados en los EE.SS, atendiendo de manera ambulatoria al paciente. (MINSA, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de disminución entre año y año.

#### **e) Incidencia de bajo peso al nacer.**

Este indicador permite conocer el número de recién nacidos con un bajo peso al nacer.

Este indicador refleja la “a experiencia intrauterina del nuevo ser y viene a constituirse en un buen indicador del estado de salud y nutrición de la madre” (MINSA, 2017). La OMS clasifica que un niño con bajo peso al nacer es aquel que pesa entre 2000 gramos a 2500 gramos. (MINSA, 2017)

Para intervenir en este indicador el personal de salud interviene con actividades se sesiones demostrativas, consejería durante la visita domiciliaria, suplementación a la gestante entre otras actividades con el objetivo de lograr recién nacidos con peso normal, un peso de 3000 gramos a 40000 gramos. (MINSA, 2017)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de disminución entre año y año.

#### **Indicadores de resultado inmediato:**

##### **a) Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad.**

Este indicador permite conocer el porcentaje de niños y niñas que cuentan con las vacunas correspondientes a la edad que tienen de acuerdo al esquema nacional de vacunación vigente.

De acuerdo con el MINSA, (2016) considera lo siguiente:

La intervención del sector salud, para lograr este indicador implica que el personal de enfermería de los EE.SS desarrolle actividades de orientación a la madre para sensibilizarla y lograr que ella se comprometa con que su menor hijo reciba las vacunas. Además el personal de enfermería deberá preparar y administrar las vacunas según edad y esquema de vacunación. Posterior a ello deberá registrar la actividad de manera oportuna en el sistema de información de inmunizaciones, en el carnet CRED, las hojas HIS e historia clínica. Finalmente deberá garantizar un adecuado almacenamiento de las vacunas y eliminación de los residuos finales de la vacuna. El objetivo final es tener un niño o niña protegida.

Este es un indicador cuya evolución esperada es de aumento entre año y año según lo descrito líneas arriba.

**b) Proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad.**

Este indicador permite conocer el porcentaje de niños menores de 36 meses con control completo de CRED.

Para abordar este indicador el personal de salud de enfermería brinda 1 control de crecimiento y desarrollo al mes a los niños y niñas en edad de 1 a 11 meses. Para los niños y niñas con edades de 12 a 23 meses el control es cada 2 meses, para los niños y niñas con edades de 24 a 35 meses el control es cada 3 meses. (MINSA, 2016)

Durante el control de crecimiento y desarrollo el personal de enfermería o médico identifica factores de riesgo sobre el crecimiento y desarrollo del niño, realiza el examen físico correspondiente mediante la medición del peso y la talla, que permite la detección de enfermedades físicas o prevalentes, ordena el descarte de anemia de acuerdo al esquema dictado por las normas vigentes de prevención y control de anemia, verifica y realiza el seguimiento de la suplementación con micronutrientes en base al esquema vigente. Realiza la profilaxis antiparasitaria y brinda consejería a la madre en base a los hallazgos encontrados y procede al registro de la actividad en la historia clínica, el carnet de

crecimiento y desarrollo, el formato de atención del SIS, el registro HIS, etc. (MINSA, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de aumento entre año y año.

**c) Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.**

Permite conocer el porcentaje de niños menores de 36 meses que reciben suplementación con hierro con el objetivo de realizar un suministro adecuado de hierro a las niñas y niños a fin de reducir la anemia infantil.

Para ello el personal de salud capacitado realiza la suplementación preventiva durante los 04 y 05 meses con hierro en gotas, y dentro de los 06 a 35 meses la suplementación con micronutrientes por el periodo consecutivo de un año. Adicional el personal de salud deberá brindar consejería a las madres de familia para poder promover la adherencia a la suplementación, finalmente el personal de salud deberá realizar el monitoreo y registro de la actividad en los formatos correspondientes. (MINSA, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de aumento entre año y año.

**d) Porcentaje de hogares con acceso a agua segura.**

Permite conocer el porcentaje de hogares que consumen agua inocua, la cual cumple con los requisitos de calidad que han sido establecidos en el Reglamento de la calidad del agua para el consumo humano.

Para poder intervenir en este indicador la DIRESA y las REDES DE SALUD intervienen en las MICRO REDES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (EE.SS), con un equipo técnico de saneamiento o inspectores sanitarios, los cuales evalúan los factores de riesgo mediante análisis bacteriológicos, parasitológicos,

físico químicos, de metales pesados de las fuente de agua y del agua que llega a los domicilios de las jurisdicciones de los EE.SS. Con la finalidad de proteger a la población consumidora del agua, al asegurar que consumen agua segura. De encontrar parámetros alterados, solicitan la inmediata intervención del gobierno local o a las Juntas Administradoras del Servicio de Saneamiento (JASS) o el sector privado o quien esté a cargo de la administración del agua a fin de que adopte las medidas correctivas pertinentes para asegurar agua inocua para el consumo humano (MINSA, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de aumento entre año y año.

**e) Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria.**

Permite conocer el porcentaje de hogares que cuentan con los servicios básicos sanitarios, es decir hogares que cuentan con agua y excretas con conexión a la red pública (fuera de la vivienda pero dentro de la edificación y los pilones de uso público). (INEI, 2014)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de aumento entre año y año.

**f) Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro.**

Mide el porcentaje de gestantes que reciben suplemento con hierro.

Para el desarrollo de esta actividad el personal de obstetricia o medico administra a la gestante 60 mg de hierro y 400 mcg de ácido fólico, desde las 14 semanas de gestación hasta 30 días post parto. Con la finalidad de prevenir la anemia durante la gestación y evitar la anemia en el niño. (MINSA, 2016)

Este es un indicador cuya evolución esperada es de aumento entre año y año.

### **1.3.3. Desnutrición crónica**

#### **1.3.3.1. Definición**

Según OMS (2017) considera a la desnutrición crónica presenta caracteres que se relacionan con otros elementos de la cual indica:

Establece que la desnutrición crónica tienen directamente que ver con la falta de acceso a la alimentos lo que provoca un régimen dietético insuficiente, lo cual asociado a la aparición de enfermedades como la diarrea, enfermedades respiratorias y la inseguridad alimentaria favorecen que el niño o niña tenga una talla insuficiente respecto a la edad, lo cual tiene implicancia en el adecuado desarrollo físico y cognitivo.

Para UNICEF (2012), define que la desnutrición crónica “es el retardo de talla para la edad. Asociada a situaciones de pobreza, que tienen implicancia sobre el aprendizaje y por ende sobre el desempeño económico en la vida adulta”.

Eleharo (2013). “La desnutrición es el desequilibrio entre el consumo de nutrientes y energía con los requerimientos energéticos y de micro y macro nutrientes del cuerpo para que puedan garantizar una homeostasis que favorezca el crecimiento, desarrollo, mantenimiento y la realización de funciones específicas del cuerpo humano”.

#### **1.3.3.2. Causas**

La desnutrición crónica es multifactorial, encontrándose como principales causas:

a) **Una impropia ingesta de alimentos**, por regímenes alimentarios inadecuada o insuficiente, en la que el cuerpo gasta más energía y nutrientes que lo que le aporta la dieta que consume. La extrema debilidad física provocada por la falta de alimento, es una forma de desnutrición.

La desnutrición también puede ocurrir por problemas en la absorción intestinal, es decir si una persona no tiene una adecuada digestión y absorción, así la dieta conste de los nutrientes adecuados para la persona en la dieta diaria, al no ser absorbidos correctamente provoca el desequilibrio entre necesidades y aporte lo que puede terminar produciendo DCI.

La inseguridad alimentaria del menor se ve favorecida por la pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos, la guerra, incluso epidemias, entre otros. (Tinoco, 2014)

b) **Enfermedades:** que pueden originar una mala absorción o dificultades en la alimentación causando así la DCI. “Algunas de las enfermedades más relacionadas con la desnutrición son: la bulimia, la anorexia nerviosa, coma, celiacía, depresión, diabetes mellitus, enfermedad gastrointestinal y vómitos constantes”.

Otro caso de patología médica puede ser una mala absorción, o resección intestinal que provoca una disminución del aporte dietético en macro y micro nutrientes. Así mismo un aumento en las necesidades nutricionales como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía, y una baja ingesta dietética favorece la DCI. (Tinoco, 2014)

c) **Circunstancias sociales y económicas,** La pobreza es la principal causa de desnutrición en el mundo. La condición social y económica de la familia, los factores ambientales pueden arrastrar a las personas a una desnutrición crónica. Por ejemplo, las hambrunas que pueden ser ocasionadas por, guerras, sequías, razones políticas, plagas, o múltiples motivos. (Tinoco, 2014)

d) **El peso al nacer:** Los recién nacidos con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de sufrir de desnutrición crónica. (Becerril, 2013). Además, que estos recién nacidos con bajo peso tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, pobre desarrollo cognitivo, deficiente crecimiento y desarrollo psicomotor reducido y al ser adultos aumenta el riesgo del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. (MINSA, 2015)

e) **Otros Factores:** Para cruzado (2012). La desnutrición crónica inicia durante la gestación. Un inadecuado régimen alimentario de la madre favorece un recién nacido con bajo peso que va a desarrollar DCI. Así mismo la autora establece que las madres que introducen formulas alimentarias, alimentos, agua en la dieta de su niño antes de los seis meses tienen más riesgo de sufrir

desnutrición crónica. En comparación con un niño menor de 6 meses alimentado con lactancia materna exclusiva.

Si la desnutrición no es superada durante los primeros años de vida, tendrá efectos irreversibles sobretodo en el desarrollo cerebral. Por esta razón, la mayoría de los programas o las intervenciones están destinados a prevenir y combatir la desnutrición durante el embarazo y los primeros años de vida. (Cruzado, 2012)

Finalmente otro factor de riesgo es el consumo de agua insegura, una mala higiene, practicas insalubres que pueden favorecer la presencia de enfermedades (IRA y EDA) en los niños, acarreando como consecuencia la desnutrición crónica.

### **1.3.3.3. Consecuencias**

Las principales consecuencias de la desnutrición crónica e según la Fundación Ibero Meses (2016) y Lifeder (2016) son:

- “Aumenta el riesgo de infecciones por diarrea y enfermedades respiratorias.
- Favorece la morbilidad y mortalidad infantil
- Afecta el desarrollo cerebral del niño provocando problemas en su capacidad cognitivas lo que afecta su aprendizaje.
- Favorece el bajo rendimiento escolar.
- A largo plazo la desnutrición crónica limita a los adultos insertarse en la vida laboral, debido a un deciente nivel académico y desarrollo de las capacidades intelectuales.
- Favorece el desarrollo de anemia, por deficiencia de hierro.
- Aumenta el riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles”.

### 1.3.4. Anemia

#### 1.3.4.1. Definición

“Es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, por debajo de los valores normales establecidos” (OMS, 2010)

“Es una enfermedad que se caracteriza por la depreciación de la masa eritrocitaria o glóbulos rojos que lleva a una baja concentración de hemoglobina” (Young, 2005)

“Disminución de glóbulos rojos o en los niveles de hemoglobina con respecto a los valores normarles” (Lecumberri, 2015)

#### 1.3.4.2. Causas

a) **Factor dietético:** una ingesta de alimentos con bajo aporte o sin aporte de hierro, ya que la disminución de concentración de hierro en la sangre, disminuye la formación de glóbulos rojo provocando así la anemia, otras deficiencias de micronutrientes relacionadas a la anemia es un bajo aporte en ácido fólico, vitamina B12 y vitamina C.

b) **Factores patológicos:** un aumento en la destrucción de glóbulos rojos, las diarreas e infecciones respiratorias, problemas hormonales, pueden favorecer el desarrollo de anemia.

c) **Pérdida de sangre:** por accidentes, entre otros casos u tratamientos.

d) **Medicamentosa,** existen algunos medicamentos que reducen la absorción de hierro, un ejemplo de esto son los antiácidos que se usa para el tratamiento de la gastritis los cuales reducen la absorción de este micronutriente.

e) **Factores socioeconómicos y culturales:** la educación de la madre, el ingreso económico, las costumbres y creencias tienen implicancia directa sobre el desarrollo de la anemia.

#### **1.3.4.3. Consecuencias**

- La disminución de la concentración de hierro en sangre, disminuye la actividad de las enzimas del ciclo de Krebs, lo cual disminuye la producción de energía, por lo cual es común ver a los niños con anemia cansada y sin ganas de desarrollar sus actividades de manera normal. (Forrellat, Défaix, & Fernández 2000)
- La capacidad de metabolizar toxinas se ve reducida, ya que la disminución de hierro afecta al citocromo 450, lo cual favorece el aumento de la toxicidad en la célula.
- Disminuye el desarrollo cognoscitivo, pues el hierro es responsable de la mielinización, lo cual al verse disminuido dificulta las conexiones nerviosas. (Sanchez & Vaquero, 2010)

#### **1.4. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre la ejecución presupuestal en los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013 – 2017?

#### **1.5. Justificación del estudio**

##### **Justificación teórica y científica**

El presente trabajo es importante y relevante, porque abordará la ejecución presupuestal, en el marco de presupuesto por resultados del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en la región de Amazonas y busca determinar el la relación entre los indicadores de desempeño, poniendo énfasis a los dos problemas de salud pública que aquejan a todo el mundo y sobre todo a nuestro país, la anemia y la desnutrición crónica, teniendo como principal afectado el grupo etario de niños menores de 05 años, convirtiéndose en el primer trabajo a nivel regional que describe y analiza el avance de la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional y sus indicadores de resultado, poniendo mayor

énfasis en los indicadores de resultado de DCI y anemia en niños menores de 05 años durante los años 2013 - 2017.

Así mismo, el estudio servirá de guía para trabajos posteriores, generar nuevas preguntas de investigación y nuevos conocimientos.

### **Justificación práctica.**

Los hallazgos de la presente investigación se darán a conocer a la DIRESA AMAZONAS, el Gobierno Regional de Amazonas, para ser un estudio de referencia que evidencia la relación entre la ejecución del programa presupuestal con sus indicadores de desempeño del Programa Presupuestal Articulado Nutricional.

También servirá de base a los coordinadores del Programa Articulado Nutricional de la DIRESA y la Redes de salud, para su estudio y análisis, así poder tomar decisiones informadas, adoptar estrategias que favorezcan el trabajo articulado para evitar la duplicidad de esfuerzos y alcanzar los objetivos trazados en el plan regional de disminución de anemia 2017 -2021.

### **Justificación Social.**

La desnutrición crónica y la anemia son dos problemas sociales que afectan a nuestro país, pues las secuelas del DCI y la anemia, afectan el crecimiento y desarrollo, aumentando el riesgo de padecer de diarreas, enfermedades respiratorias, etc.

Así mismo los niños que tienen anemia y desnutrición crónica ven afectado su desarrollo cognitivo, lo que genera un bajo rendimiento escolar y menor posibilidad de acceder a otros niveles de educación, generando un impacto en el desarrollo económico de un país.

Los resultados de la investigación ayudarán a los Coordinadores Regionales y de las Redes de Salud del programa presupuestal Articulado Nutricional, a la toma de decisiones informadas para la mejora de los procesos

de planificación y ejecución presupuestal. Ajustes que tendrán impacto en la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 05 años de la Región de Amazonas, mejorando de este modo la calidad de vida y el desarrollo económico de la Región.

## **1.6 Hipótesis**

H<sub>0</sub>: No Existe relación entre la ejecución presupuestal y los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013 – 2017

H<sub>1</sub>: Existe relación entre la ejecución presupuestal y los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013 – 2017

## **1.7 Objetivos.**

### **1.7.1. Objetivo general.**

Determinar la relación entre la ejecución presupuestal y el resultado de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013 – 2017.

### **1.7.1. Objetivo específico.**

- Valorar la evolución de la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional por producto en los años 2013 – 2017.
- Evaluar la evolución de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional en los años 2013 – 2017.
- Analizar la relación entre la ejecución presupuestal y dos indicadores de desempeño que constituyen prioridades de Estado: la desnutrición crónica y la anemia en el periodo 2013 – 2017.

## II METODO

### 2.1. Diseño de investigación

Para Hernandez, Fernandez , & Baptista. (2010). Es un **diseño no experimental** ya que no se manipulará las variables en estudio para ver el efecto que tiene la variable independiente sobre la dependiente.

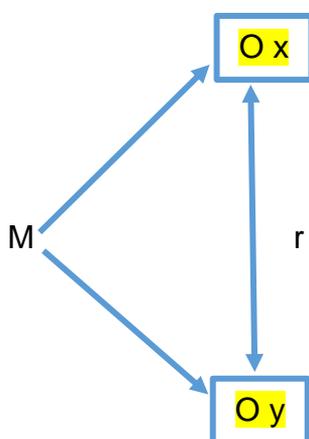
Es **descriptivo**, ya que, analizará las variables del estudio para determinar la relación que existe entre la ejecución presupuestal y los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional. “Los estudios descriptivos están hechos para describir con mayor precisión y fidelidad una posible realidad (...)” (Vara, 2015).

El tipo de diseño es y el alcance de los resultados es **Correlacional**, pues busca determinar el grado de relación entre variables, estas nos darían pistas para suponer o sospechar relaciones de causa, efecto (Vara, 2015).

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos investigados es una investigación **retrospectiva**, ya que se analizará a las variables con datos que han ocurrido en el pasado, para ser más específica en los últimos 5 años.

Según el número de mediciones a realizar es un trabajo de investigación **longitudinal**. Pues a las tres variables se tomó una medición anual.

El trabajo de investigación presenta el siguiente esquema:



## 2.2. Variables operacionales

Variable 1: Ejecución Presupuestal del programa articulado nutricional.

Variable cuantitativa.

Escala Nominal.

Variable 2: indicadores de desempeño.

Variable cuantitativa.

Escala Nominal.

### 2.2.1. Operacionalización de variables

Definiciones conceptuales:

Ejecución Presupuestal

Etapa del proceso presupuestario en la que se perciben los ingresos y se atienden las obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los presupuestos (MEF, 2017).

Indicadores de desempeño

Un indicador es una variable o gama de posibles valores medibles y alineados con el cumplimiento del objetivo del proceso. Debe implementarse y medirse periódicamente (SERVIR, 2016, p. 98).

*Tabla 1 Operacionalización de variables*

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Variable 1: Ejecución Presupuestal</b>	Se refleja en el porcentaje de ejecución del presupuesto asignado a la entidad en el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) en el año fiscal.	Girados.	Porcentaje de ejecución presupuestal por productos del Programa Articulado Nutricional.	Razón

<b>Variable 2: Indicadores de desempeño</b>	Medida cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos a través de su comparación con periodos anteriores o con metas o compromisos.	Indicadores de resultado final:	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica.	Razón
		Indicadores de resultado intermedio	1. Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.	Razón
			2. Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.	Razón
			3. prevalencia de EDA en menores de 36 meses.	Razón
			4. prevalencia de IRA en menores de 36 meses.	Razón
			5. incidencia de bajo peso al nacer.	Razón
		Indicadores de resultado inmediato	1. Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad.	Razón
			2. Proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad.	Razón
			3. Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.	Razón
			4. Porcentaje de hogares con acceso a agua segura.	Razón
			5. Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria.	Razón
			6. Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro.	Razón

Fuente: elaboración propia

## 2.3 Población y muestra

### 2.3.1. Población.

La población de estudio estuvo constituida por todos los niños menores de 05 años de la Región Amazonas, según las proyecciones de población que realiza el Instituto de Estadística e Informática – INEI al 30 de junio de cada año, constituyendo esta la base para el cálculo de la muestra de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, siendo esta la siguiente:

*Tabla N° 2 Población de niños menores de cinco años en la Región Amazonas, 2013 – 2017.*

<b>Año</b>	<b>Menores de 5 años</b>
2013	46´043
2014	45´188
2015	44´338
2016	43´868
2017	42´109

Fuente: Base de datos INEI 2013-2017.

### 2.3.2. Muestra.

Respecto a la muestra, al tratarse de un estudio de revisión documental, se hace referencia a la muestra calculada para la ejecución de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la cual es probabilística, estratificada, bietápica, conglomerada e independiente en cada departamento. En este sentido, se precisa que la ENDES ha trabajado con un marco muestral para el periodo 2012-2014, desarrollando un nuevo diseño para el con tres años de horizonte para el periodo 2015-2017, la que fue estimada en base información de estadística y cartografía del censo de población y vivienda del 2007 y la actualización realizada por el SISFOH 2012-2013 (ENDES, 2014).

## **2.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos.**

### **Técnica: Revisión de documentos grupales**

Para Hernández & Fernández y Batista (2010.). Un documento grupal es “Documentos generados con cierta finalidad oficial por un grupo de personas (como el acta constitutiva de una empresa para cubrir un requisito gubernamental), profesional una ponencia para un congreso), ideológica (una declaración de independencia) u otros motivos

Para el presente trabajo de investigación se emplearon fuentes secundarias, las cuales fueron:

### **Data sobre ejecución presupuestal:**

Para la obtención de esta información sobre la ejecución presupuestal por productos del Programa Articulado Nutricional del año 2013 al 2017 se obtuvo mediante la página web del MEF, a través del portal de transparencia de seguimiento de la ejecución presupuestal (consulta amigable). Que contiene:

Módulo del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), el Presupuesto Institucional Modificado (PIM), la ejecución de ingreso en la fase de Recaudado, y la ejecución de gasto en las fases de Compromiso, Devengado y Girado correspondiente a las Unidades Ejecutoras (UEs) del Gobierno Nacional, los Gobiernos Regionales y las municipalidades de los Gobiernos Locales. (MEF, 2018)

### **Datos sobre indicadores de desempeño del PAN:**

Esta información se obtuvo de la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), donde presenta los resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), que es la encuesta más importante que ejecuta de manera continua el INEI. Sus principales resultados se presentan en informes documentados año a año y se pone a disposición del público en general. Documento del cual se extrajo los resultados de la evolución de los 12 indicadores de desempeño del PAN de los años 2013 al 2017.

## **Instrumento: ficha de recolección de datos**

“Los estudios basados en la documentación no cuentan con instrumentos de recolección de medición, únicamente con una ficha de recolección de datos donde debemos copiar o trasladar la información previamente registrada” (Supo, 2012).

La ficha consta de dos partes:

### **La primera**

Permite recoger datos sobre ejecución presupuestal por productos del programa articulado nutricional, mostrando la ejecución final anual como Región Amazonas.

### **La segunda**

Permite la recolección de datos sobre el desempeño de los 12 indicadores de resultado final, intermedio e inmediato del programa presupuestal articulado nutricional, los cuales son:

1. Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica.
2. Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
3. Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.
4. Prevalencia de EDA en menores de 36 meses.
5. Prevalencia de IRA en menores de 36 meses.
6. Incidencia de bajo peso al nacer.
7. Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad.
8. Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad.
9. Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.
10. Porcentaje de hogares con acceso a agua segura.
11. Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria.
12. Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro.

## **Validez y confiabilidad de la ficha de recolección de datos**

La validez de la ficha de recolección de datos fue realizado por cinco expertos del instrumento de medición (todos profesionales que trabajaron en la coordinación de programas presupuestales estratégicos de la DIRESA Amazonas).

### **a) Evaluación de la validez del instrumento:**

La validez estadística del instrumento se evaluó mediante el juicio de expertos, conformado por cinco profesionales que laboran en la coordinación de programas presupuestales de la Dirección Regional de Salud Amazonas, binomial para los 10 ítems, escala dicotómica y Z de Gaus para aceptación del instrumento.

#### **1. Prueba binomial.**

Hipótesis estadística:  $H_0: P=50\%$  Vs  $H_a>50\%$

P = porcentaje de respuesta emitida por los jueces y que opinan que el ítem de la escala es adecuado.

Nivel de significancia: 0.05  
Nivel de confianza: 0.95

- Si la opinión de los expertos en su mayoría es favorable, se acepta la escala.
- Si la hipótesis nula es verdadera, la variable "X" tiene una distribución binomial con  $n=5$  y  $p =0.50$  (50%).
- Decisión: se rechaza a hipótesis nula si el valor de P ( $X \geq X$  cuando  $P=0.05$ ) es menor que  $\alpha=0.05$ .
- Valor calculado:  $P (X \geq X \text{ cuando } P=0.05) = \sum_k C^5_k (0.5)^5 (0.5)^{5-k}$

El cálculo de la probabilidad hacia la derecha, se obtiene de la tabla de distribución binomial:  $VC=8.8817$ .

#### **Decisión estadística:**

Se compara el valor de P con el valor de  $\alpha=0.05$ , en base a la regla para toma de decisión en la columna 6 se evalúa en la columna 7.

Tabla N° 3 de prueba binomial

ÍTEM	RESPUESTA DE LOS JUECES				P<=α	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%	0.03125	*
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8.8817</b>	

Fuente: base de datos spss

, Juicio de expertos.

\* significativo (P<0.05)

## 2. Prueba Z de Gauss proporciones.

Hipótesis estadística: Ho: P=50% Vs Ha>50%

P = porcentaje de respuesta emitida por los jueces y que califican el instrumento de medición como adecuado.

La hipótesis alternativa evalúa el instrumento como válido, se espera una calificación superior al 50% por parte de los jueces.

Nivel de significancia: 0.05

Nivel de confianza: 0.95

La prueba calcula los porcentajes para las categorías valido y no valido, teniendo una muestra de 50, la estadística que nos permitirá probar la hipótesis nula es la función norma Z de Gaus para porcentajes:

$$Z = \frac{p-P}{\frac{\sqrt{P(100-P)}}{n}} \quad N(0,1)$$

Z = Distribución normal estandarizada de media 0 y varianza 1.

P = porcentaje de respuestas como adecuada.

N = número de jueces.

Decisión:

Para el 95% de confianza estadística, se tiene un valor teórico de la distribución normal  $VT = 1.6449$ , en este sentido, la región de rechazo es  $RR$   $VC > 16449$  y aceptación  $RA < 16449$ .

**Valor calculado: 8.88178.**

**Evaluación:  $VC = 8.8178 > VT = 16449$**

**Se acepta la validez del instrumento.**

**c) Evaluación de la confiabilidad del instrumento:**

*Tabla N° 4 Evaluación de la confiabilidad del instrumento*

	N	Varianza
p1	10	0.267
p2	10	0.000
p3	10	0.456
p4	10	0.711
p5	10	0.400
p6	10	0.489
p7	10	0.489
p8	10	0.400
p9	10	0.500
p10	10	0.489
p11	10	0.000
p12	10	0.278
p13	10	0.100
p14	10	0.000
p15	10	0.178
p16	10	0.456
p17	10	0.178
p18	10	0.678
p19	10	0.000
p20	10	0.233
p21	10	0.100
p22	10	0.100
p23	10	0.233
p24	10	0.000
sumar	10	9.378
		5.292
N válido (según lista)	10	

$$K/K - 1 (1 - Vi/Vt)$$

$$10/10 - 1(1 - 9.378 / 5.292) = 0.8570$$

**Fuerte confiabilidad.**

## Prueba de Ji-Cuadrado

Tabla N° 5 Prueba ji- cuadrado

	valor	gl	Sig. Asintónica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,692	1	0.02
Razón de verosimilitudes	28,988	1	0.02
Asociación lineal por lineal	27,077	1	0.10
N de casos válidos	45	1	

Fuente: base de datos spss

### 2.5. Métodos de análisis de datos

Para analizar la evolución de la ejecución presupuestal, se evaluó el porcentaje de avance mediante la división del monto en soles ejecutado sobre el monto en soles programado por la específica de gasto. Para posterior a ello realizar la figura donde se pueda visualizar la evolución del porcentaje de ejecución presupuestal del programa articulado nutricional de la Región de Amazonas entre los años 2013 y 2017. Presentando tablas de frecuencias y gráficos.

Para el análisis la evolución de los indicadores de desempeño se evaluó teniendo en consideración si era un indicador cuya tendencia esperada entre año a año era de aumento o de disminución. Estimando la diferencia porcentual entre el año 2013 y 2017, de cada indicador presentando tablas de frecuencias y gráficos.

Para el análisis de la correlación entre los indicadores de desnutrición crónica infantil y anemia con la ejecución presupuestal se empleó la correlación lineal:

La correlación lineal sirve para analizar el grado de relación entre dos variables cuantitativas. Se denota por  $r$  y cuando el nivel de medición de las variables es por intervalos o razón.

Su valor varía entre  $-1$  y  $1$ , donde el signo indica la dirección de la correlación y el valor numérico la magnitud de la correlación. El coeficiente (índice) de correlación de Pearson:

$$r = \frac{Cov(X,Y)}{S_x S_y} \quad \text{ó} \quad r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{n(\sum X^2) - (\sum X)^2} \sqrt{n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2}}$$

Donde:

Cov(X,Y): Covarianza

Sx: Desviación estándar de X

Sy: Desviación estándar de Y

*Tabla N° 6 Tipo de correlación*

R	Correlación
-1.00	Negativa perfecta
-0.90	Negativa muy fuerte
-0.75	Negativa considerable
-0.50	Negativa media
-0.10	Negativa débil
0.00	No existe
0.10	Positiva débil
0.50	Positiva media
0.75	Positiva considerable
0.90	Positiva muy fuerte
1.00	Positiva perfecta

### **Coeficiente De Determinación**

Indica el porcentaje de variación de una variable en función de la otra, se calcula por:

$$r^2 \cdot 100\%$$

## **2.6. Aspectos éticos**

El presente trabajo no involucró la interacción con los niños de estudio, ya que la información utilizada fue recolectada de la base de datos del ENDES y del SIAF.

De acuerdo al principio ético de benevolencia, la presente investigación favorecerá a la región de Amazonas, pues los resultados podrán determinar si la ejecución presupuestal tuvo impacto en los indicadores de desempeño del PAN. A fin de poder reflejar si las inversiones realizadas en el PAN ejercen un efecto en la prevalencia de estas enfermedades que aquejan a nuestra población infantil.

El principio ético de credibilidad y confiabilidad se ve en este trabajo de investigación pues los datos usados no han sido manipulados, manteniendo la neutralidad como investigadora sobre las variables de estudio. Por lo que la información expuesta en la presente investigación es fiel a la encontrada al momento de recolectar los datos.

### III. RESULTADOS.

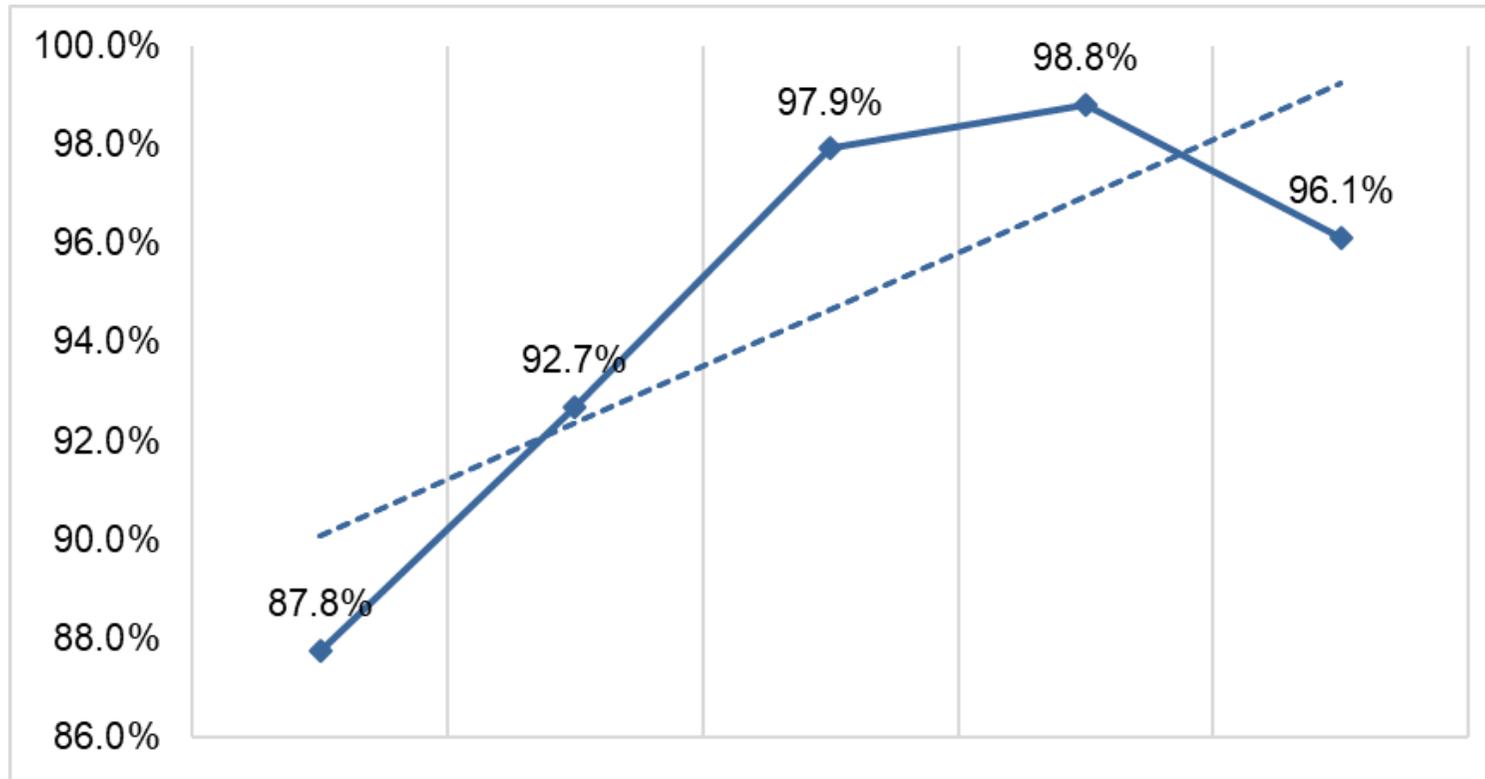
*Tabla N° 7: Evolución de la ejecución presupuestal según productos del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013– 2017.*

PRODUCTOS	Año 2013			Año 2014			Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%
3000001: Acciones comunes	S/. 7,133,697.0 0	S/. 6,613,340.0 0	92.7 %	S/. 8,892,805.0 0	S/. 8,092,989.0 0	91.0 %	S/. 10,674,072.0 00	S/. 10,191,219.0 00	95.5%	S/. 5,772,329.0 0	S/. 5,483,684.0 0	95.0%	S/. 5,548,199.0 0	S/. 5,366,885.0 0	96.7%
3000608: Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	S/. 0.00	S/. 0.00	0.0%	S/. 48,759.00	S/. 47,835.00	98.1 %	S/. 8,869.00	S/. 8,855.00	0.0%	S/. 25,300.00	S/. 25,293.00	100.0 %	S/. 164,688.00	S/. 148,946.00	90.4%
3000609: Comunidad accede a agua para el consumo humano	S/. 791,465.00	S/. 750,499.00	94.8 %	S/. 1,028,779.0 0	S/. 969,669.00	94.3 %	S/. 456,316.00	S/. 388,492.00	85.1%	S/. 558,951.00	S/. 502,134.00	89.8%	S/. 1,408,804.0 0	S/. 1,064,322.0 0	75.5%
3000733: Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil	S/. 0.00	S/. 0.00	0.0%	S/. 200,300.00	S/. 187,756.00	93.7 %	S/. 175,000.00	S/. 174,912.00	0.0%	S/. 175,000.00	S/. 174,389.00	99.7%	S/. 174,058.00	S/. 174,014.00	100.0 %
3033248: Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	S/. 21,900.00	S/. 18,935.00	86.5 %	S/. 18,260.00	S/. 17,661.00	96.7 %	S/. 23,760.00	S/. 22,262.00	93.7%	S/. 15,444.00	S/. 15,266.00	98.8%	S/. 11,825.00	S/. 11,821.00	100.0 %
3033249: Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	S/. 269,080.00	S/. 255,267.00	94.9 %	S/. 121,211.00	S/. 115,653.00	95.4 %	S/. 168,860.00	S/. 166,957.00	98.9%	S/. 51,400.00	S/. 51,386.00	100.0 %	S/. 33,543.00	S/. 33,527.00	100.0 %
3033250: Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	S/. 41,529.00	S/. 38,992.00	93.9 %	S/. 498,577.00	S/. 477,354.00	95.7 %	S/. 92,562.00	S/. 90,660.00	97.9%	S/. 77,972.00	S/. 77,964.00	100.0 %	S/. 51,374.00	S/. 51,369.00	100.0 %
3033251: Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	S/. 86,474.00	S/. 53,495.00	61.9 %	S/. 420,624.00	S/. 363,576.00	86.4 %	S/. 560,396.00	S/. 548,497.00	97.9%	S/. 380,965.00	S/. 379,454.00	99.6%	S/. 864,412.00	S/. 614,834.00	71.1%
3033254: Niños con vacuna completa	S/. 7,832,652.0 0	S/. 7,115,361.0 0	90.8 %	S/. 7,781,760.0 0	S/. 7,218,103.0 0	92.8 %	S/. 6,544,614.0 0	S/. 6,469,733.0 0	98.9%	S/. 8,550,744.0 0	S/. 8,524,341.0 0	99.7%	S/. 11,552,364.0 00	S/. 11,224,908.0 00	97.2%
3033255: Niños con CRED completo según edad	S/. 13,381,276.00	S/. 11,322,392.00	84.6 %	S/. 11,176,509.00	S/. 10,503,634.00	94.0 %	S/. 15,093,925.00	S/. 14,982,335.00	99.3%	S/. 16,423,214.00	S/. 16,327,441.00	99.4%	S/. 16,355,885.00	S/. 16,129,731.00	98.6%

3033256: Niños con suplemento de hierro y vitamina a	S/. 503,645.00	S/. 419,560.00	83.3 %	S/. 799,015.00	S/. 671,321.00	84.0 %	S/. 743,301.00	S/. 723,255.00	97.3%	S/. 5,812,590.00	S/. 5,809,701.00	100.0 %	S/. 5,956,790.00	S/. 5,842,572.00	98.1%
3033311: Atención de infecciones respiratorias agudas	S/. 2,363,126.00	S/. 2,068,404.00	87.5 %	S/. 2,638,288.00	S/. 2,553,004.00	96.8 %	S/. 3,027,465.00	S/. 2,960,401.00	97.8%	S/. 3,501,121.00	S/. 3,459,403.00	98.8%	S/. 3,072,386.00	S/. 2,921,634.00	95.1%
3033312: Atención de enfermedades diarreicas agudas	S/. 829,898.00	S/. 697,098.00	84.0 %	S/. 652,078.00	S/. 457,209.00	70.1 %	S/. 305,705.00	S/. 303,331.00	99.2%	S/. 824,896.00	S/. 817,479.00	99.1%	S/. 512,398.00	S/. 473,900.00	92.5%
3033313: Atención de infecciones respiratorias agudas con complicaciones	S/. 2,021,083.00	S/. 1,763,445.00	87.3 %	S/. 1,749,492.00	S/. 1,675,435.00	95.8 %	S/. 1,831,253.00	S/. 1,820,320.00	99.4%	S/. 1,631,537.00	S/. 1,623,315.00	99.5%	S/. 2,213,539.00	S/. 2,091,646.00	94.5%
3033314: Atención de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones	S/. 217,055.00	S/. 147,721.00	68.1 %	S/. 744,099.00	S/. 733,751.00	98.6 %	S/. 980,594.00	S/. 980,176.00	100.0 %	S/. 952,070.00	S/. 952,017.00	100.0 %	S/. 869,859.00	S/. 869,152.00	99.9%
3033315: Atención de otras enfermedades prevalentes	S/. 198,669.00	S/. 166,714.00	83.9 %	S/. 168,032.00	S/. 166,441.00	99.1 %	S/. 117,751.00	S/. 117,388.00	99.7%	S/. 98,963.00	S/. 98,426.00	99.5%	S/. 434,248.00	S/. 310,698.00	71.5%
3033317: Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	S/. 640,737.00	S/. 547,899.00	85.5 %	S/. 586,247.00	S/. 535,499.00	91.3 %	S/. 684,497.00	S/. 672,226.00	98.2%	S/. 210,543.00	S/. 205,128.00	97.4%	S/. 334,800.00	S/. 307,513.00	91.8%
3033414: Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	S/. 260,549.00	S/. 133,466.00	51.2 %	S/. 206,496.00	S/. 183,518.00	88.9 %	S/. 67,851.00	S/. 67,247.00	99.1%	S/. 133,955.00	S/. 130,958.00	97.8%	S/. 193,763.00	S/. 177,237.00	91.5%
<b>EJECUCION REGIONAL</b>	<b>S/. 36,592,835.00</b>	<b>S/. 32,112,588.00</b>	<b>87.8 %</b>	<b>S/. 37,731,331.00</b>	<b>S/. 34,970,408.00</b>	<b>92.7 %</b>	<b>S/. 41,556,791.00</b>	<b>S/. 40,688,266.00</b>	<b>97.9%</b>	<b>S/. 45,196,994.00</b>	<b>S/. 44,657,779.00</b>	<b>98.8%</b>	<b>S/. 49,752,935.00</b>	<b>S/. 47,814,709.00</b>	<b>96.1%</b>

Fuente: Base de datos SIGA-SIAF, extraído mediante consulta amigable. \*PIM: Presupuesto inicial modificado.

Gráfico 1: Evolución porcentual de la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional, región Amazonas, 2013 – 2017.



**Fuente:** Elaboración propia en base a la tabla 7.

**Descripción:**

- En el año 2013 el porcentaje de ejecución presupuestal fue del 87.8%.
- En el año 2014 el porcentaje de ejecución presupuestal fue del 92.7%.

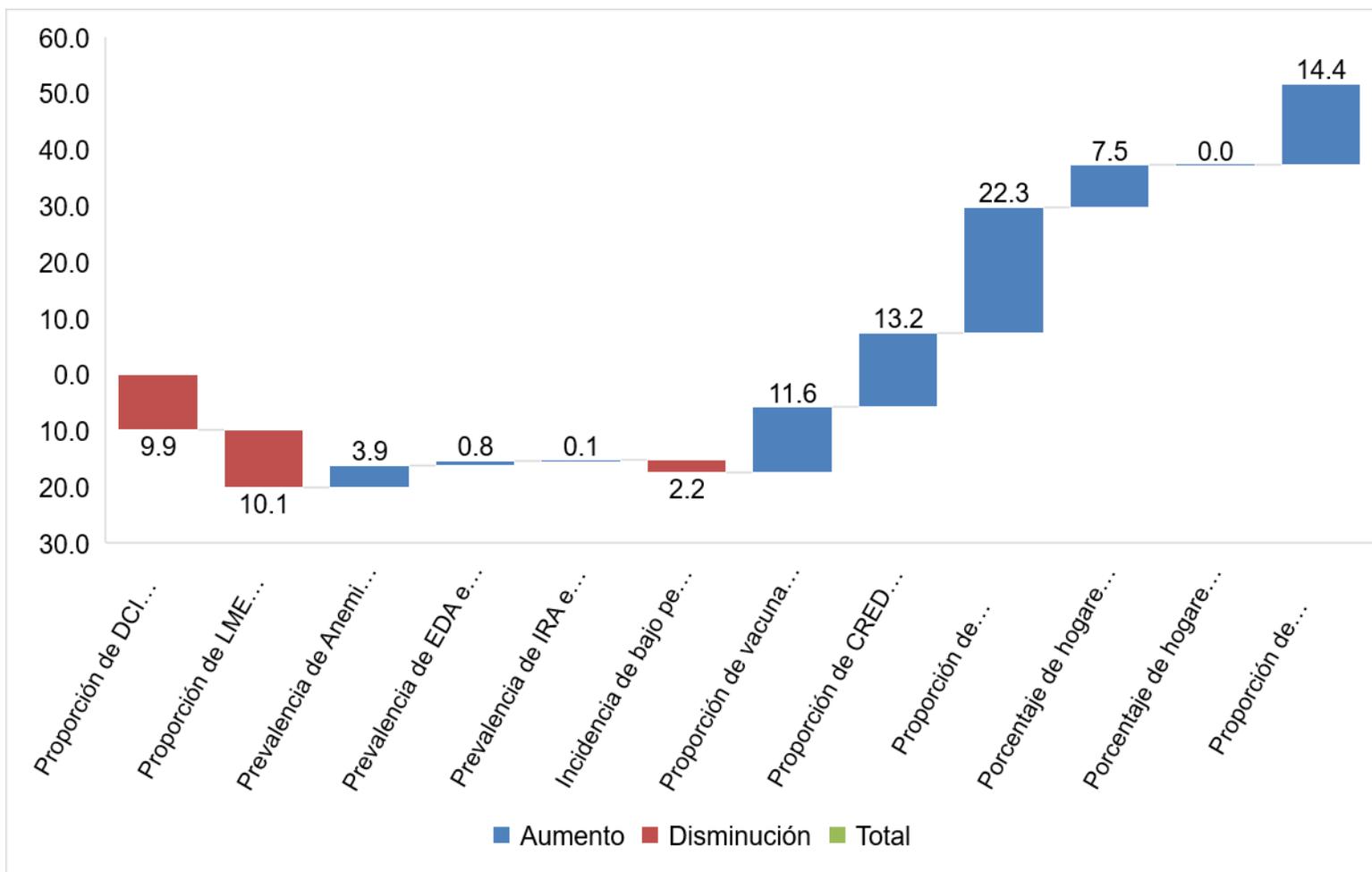
- En el año 2015 el porcentaje de ejecución presupuestal fue del 97.9%.
- En el año 2016 el porcentaje de ejecución presupuestal fue del 98.8%.
- En el año 2017 el porcentaje de ejecución presupuestal fue del 96.1%.

Tabla N° 8: Evolución de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas 2013 – 2017.

INDICADOR DE DESEMPEÑO	AÑO 2013			AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017			DIFERENCIAS	
	Valor estimado	Coefficiente de variación	Número de casos	Valor estimado	Coefficiente de variación	Número de casos	Valor estimado	Coefficiente de variación	Número de casos	Valor estimado	Coefficiente de variación	Número de casos	Valor estimado	Coefficiente de variación	Número de casos	2017/2013	2017/2016
<b>1) Indicadores de resultado final:</b>																	
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica.	27	10.9	848	30.8	11.5	783	22.7	10.5	1009	19.3	10.7	838	17.1	10.7	862	-9.9	-2.1
<b>2) Indicadores de resultado intermedio:</b>																	
1.1. Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.	86.4	8.3	27	77.2	9.5	27	83.9	5.1	77	77.1	7.6	61	76.3	7.4	72	-	-0.8
1.2. Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.	47.3	9.4	196	59.5	5.8	205	45.1	6.5	497	44.6	5.8	417	51.2	4.9	453	3.9	6.5
1.3. Prevalencia de EDA en menores de 36 meses.	15.1	15.8	225	22	16.1	226	14.5	9.5	571	16.2	12.4	472	15.9	13.5	511	0.8	-0.3
1.4. Prevalencia de IRA en menores de 36 meses.	13.6	20.7	225	19.2	19.2	226	17.5	9.9	571	16.1	13.1	472	13.7	14.6	511	0.1	-2.4
1.5. Incidencia de bajo peso al nacer.	10.1	19.2	335	7	23.9	340	7.7	11.7	890	7.7	15.9	725	7.9	13.5	772	-2.2	0.2
<b>3) Indicadores de resultado inmediato:</b>																	
1.1. Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad.	18.6	14.7	225	22.9	12.9	226	27.8	8.1	571	26.1	8.8	472	30.2	7.8	511	11.6	4.1
1.2. Proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad.	59.8	8.2	225	68.4	6.5	226	70.1	3.7	571	64.3	5.3	472	73	3.6	511	13.2	8.6
1.3. Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.	12.1	24.8	198	30.2	14.9	197	37.3	6.9	483	34.6	8.5	405	34.4	8.2	436	22.3	-0.2
1.4. Porcentaje de hogares con acceso a agua segura.	87	2.3	1010	88.5	2.1	996	88.3	2	1392	90	1.9	1364	94.5	0.8	1380	7.5	4.5
1.5. Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria.	91.2	1.5	1010	87.8	1.8	996	89.1	1.8	1392	92.3	1.4	1364	91.2	1.5	1380	0	-1.2
1.6. Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro.	80	3	276	90.6	1.9	299	89.8	1.3	788	90.3	1.3	669	94.4	1.1	686	14.4	4.1

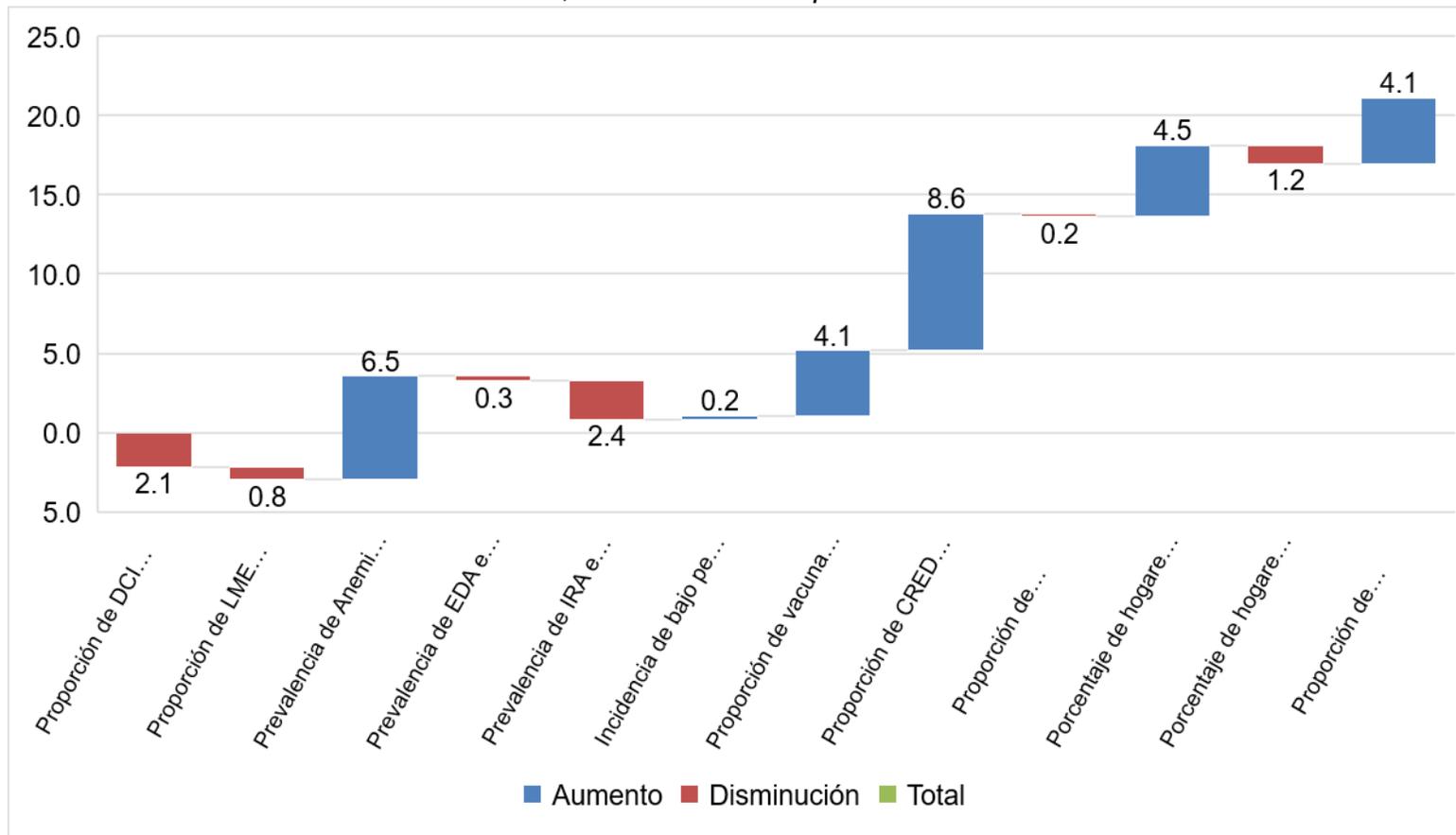
Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 2013-2017.

Gráfico N°2: diferencias en la evolución porcentual de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, año 2017 con respecto al año 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a la tabla 8.

Gráfico N°3: diferencias en la evolución porcentual de los indicadores de desempeño del programa articulado nutricional, región Amazonas, año 2017 con respecto al año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a la tabla 8.

### **Descripción de las diferencias entre los años 2017 con respecto a 2013:**

- Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica: se redujo en 9.9 puntos.
- Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses: disminuyo en 10.1 puntos.
- Prevalencia de anemia en menores de 36 meses: aumento 3.9 puntos.
- Prevalencia de EDA en menores de 36 meses: aumento 0.8 puntos.
- Prevalencia de IRA en menores de 36 meses: aumento 0.1 puntos.
- Incidencia de bajo peso al nacer: disminuyo 2.2 puntos.
- Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad: aumento 11.6 puntos
- Proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad: aumento 13.2 puntos
- Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro: aumento 22.3 puntos
- Porcentaje de hogares con acceso a agua segura: aumento 7.5 puntos
- Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria: se mantuvo.
- Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro: aumento 14.4 puntos.

### **Descripción de las diferencias entre los años 2017 con respecto a 2016:**

- Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica: disminuyo en 2.1 puntos.
- Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses: disminuyo en 0.8 puntos.
- Prevalencia de anemia en menores de 36 meses: aumentó 6.5 puntos.
- Prevalencia de EDA en menores de 36 meses: disminuyó 0.3 puntos.
- Prevalencia de IRA en menores de 36 meses: disminuyó 2.4 puntos.
- Incidencia de bajo peso al nacer: aumentó 0.2 puntos.
- Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad: aumento 4.1 puntos
- Proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad: aumento 8.6 puntos

- Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro: disminuyó en 0.2 puntos
- Porcentaje de hogares con acceso a agua segura: aumento 4.5 puntos
- Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria: disminuyó en 1.2 puntos.
- Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro: aumento 4.1 puntos.

*Tabla N° 9 Relación entre la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional sobre la desnutrición crónica y anemia, región Amazonas, 2013 – 2017.*

<b>Años</b>	<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</b>	<b>DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL</b>	<b>ANEMIA Proporción &lt; 36 meses</b>
	<b>%</b>	<b>Proporción &lt; 36 meses</b>	
2013	87.8	27	47.3
2014	92.7	30.8	59.5
2015	97.9	22.7	45.1
2016	98.8	19.3	44.6
2017	96.1	17.1	51.2

**Fuente:** Elaboración propia.

*Tabla N° 10: Matriz de correlaciones de la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional sobre la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 36 meses, región Amazonas, 2013 – 2017.*

	<i>Ejecución presupuestal</i>	<i>Desnutrición crónica infantil</i>	<i>Anemia</i>
<i>Ejecución presupuestal</i>	1		
<i>Desnutrición crónica infantil</i>	-0.69439	1	
<i>Anemia</i>	-0.38505	0.56536	1

**Fuente:** Elaboración propia.

**Descripción:**

- $r = - 0.69439$  lo que indica que una relación inversa considerable entre la ejecución presupuestal y la desnutrición crónica infantil en la región Amazonas. Esto quiere decir que a mayor ejecución presupuestal se tuvo menor porcentaje de desnutrición crónica infantil.
- $r = - 0.38505$  lo que indica que existe una relación inversa débil entre ejecución presupuestal y la anemia, región Amazonas.

Además, que el coeficiente de determinación indica que:

El 48.22% de la variación de la desnutrición infantil está explicado por la ejecución presupuestal.

#### **IV. DISCUSIÓN.**

En el periodo 2013 a 2017, la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional a toda fuente de financiamiento y en todas las específicas de gasto paso del 87.8% a un 96.1%, con un promedio de 94.2%, no lográndose el porcentaje óptimo del 100%, esto significa que la región ha revertido parte del presupuesto asignado para financiar intervenciones del programa al tesoro público. Este hecho puede estar relacionado con muchos factores, entre ellos, la asignación presupuestal para el financiamiento los Planes de Equipamiento de Establecimientos de Salud para Programas Presupuestales, donde el dinero no se logró ejecutar al 100 % por diferencias entre el costo de los equipos programados y los costos reales de mercado al momento de realizar las adquisiciones. (MINSa, 2017).

Otro factor relacionado con la ejecución presupuestal no óptima, son las transferencias financieras inoportunas realizadas por el Seguro Integral de Salud a los gobiernos regionales, para financiar los gastos de reposición de medicamentos e insumos, así como los gastos de gestión, que en todos los años realiza transferencia presupuestal de fuertes sumas de dinero en los últimos días de diciembre, cerca al cierre del año fiscal, haciendo imposible su correcta y óptima ejecución presupuestal. (MINSa, 2017)

Por otro lado, también se puede apreciar que, en contraste con lo observado por el Ministerio de economía y Finanzas que, en los últimos años, no solo ha existido un incremento sustancial del presupuesto sino también un cambio dentro de la composición del mismo. Por ejemplo, el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del año 2013 versus 2017(ver anexo2), las principales genéricas del gasto y por toda fuente de financiamiento para el año 2013, existe un claro predominio de las genéricas de bienes y servicios (2.3) lo que representa el 50.9%% del total presupuestado y personal y obligaciones sociales (2.1) lo que representa un 31.8% del presupuesto, Le sigue la genérica adquisición de activos no financieros (2.6) representando un 17% del presupuesto total. En cambio para el año 2017, la jerarquía se mantiene, aunque se presenta un incremento pronunciado en la genérica de personal y obligaciones sociales, la misma que

representa el 56.4% del total y luego la genérica de bienes y servicios con un 38%.(MEF, 2017).

Durante el año 2017, no se aprecia ningún incremento en los genéricos bienes y servicios. Esta situación es preocupante considerando que en esta genérica se realiza la adquisición de los dispositivos médicos, insumos y productos farmacéuticos, a fin de realizar la entrega integrada de los productos a la persona, familia y comunidad (MEF, 2017).

Respecto a los indicadores de desempeño del Programa Articulado Nutricional, se aprecia que cuenta con 12 indicadores de desempeño, 1 de resultado final, 5 de resultado intermedio y 6 de resultado inmediato. Entre los años 2013 a 2017, solo algunos indicadores han mostrado el logro del resultado esperado. A continuación detalle de los indicadores que se espera que se reduzcan:

- Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, Prevalencia de anemia en menores de 36 meses, Prevalencia de EDA en menores de 36 meses, Prevalencia de IRA en menores de 36 meses, Incidencia de bajo peso al nacer.

Por otro lado los indicadores de desempeño que se espera que se incrementen son:

- Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad, Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad, Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, Porcentaje de hogares con acceso a agua segura, Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria, Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro.

De los 5 indicadores de resultado que se esperaba su disminución, se redujo la proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica en 9.9 puntos porcentuales, y la Incidencia de bajo peso al nacer en 2.2 puntos porcentuales, los 3 indicadores restantes aumentaron el porcentaje. El aumento del indicador de anemia se discutirá más adelante, en cuanto al aumento de los indicadores de

prevalencia de EDA y IRA, como factores relacionados a su incremento son la falta de cobertura completa de vacunas y los problemas de saneamiento ya que las zonas con mayores prevalencia de EDAS y IRAS, son las que no cuentan con agua segura ni acceso a disposición sanitaria.

De los 7 indicadores que se espera logren un incremento, se encontró que se incrementó 5 de ellos siendo: la proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad se incrementó en 11.6 puntos porcentuales, al pasar de 18.6% en el 2013 a 30.2 en el 2017. La proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad, se incrementó en 13.2 puntos porcentuales, al pasar de 59.8% en el 2013 a 73.% en el 2017. La proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, se incrementó en 22.3 puntos porcentuales, al pasar de 12.1% en el 2013 a 34.4% en el 2017. El porcentaje de hogares con acceso a agua segura, se incrementó en 7.5 puntos porcentuales, al pasar de 87.% en el 2013 a 94.5% en el 2017. La proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro, se incrementó en 14.4 puntos porcentuales, al pasar de 80% en el 2013 a 94.4% en el 2017. Sin embargo, no se han logrado los estándares de cobertura esperados a la fecha; el caso más resaltantes de esto es la proporción de niños con vacunas completas cuya cobertura al años 2017 es del 30.2% y la proporción de menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad, cuya cobertura alcanzada es 73%, cuando la cobertura esperada es del 95% en ambos casos. (MINSa, 2017).

Por otro lado el indicador porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria, no experimento ninguna variación entre los años 2013 al 2017 al mantenerse en un 91.2%, sin embargo el indicador proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, experimentó una disminución en 10.1 puntos porcentuales al pasar de 86.4% en el 2013 a 76.3% en el 2017. Este fracaso en el indicador de lactancia materna exclusiva se debe principalmente al ingreso de la mujer al mundo laboral, siendo en algunos casos las principales sustentadoras del hogar, al aumento en la promoción de sucedáneos de la leche materna, a la separación de la madre con el hijo durante el parto e incluso por que el personal de salud no se encuentra capacitado para

facilitar el inicio oportuno de la lactancia materna y brindar la confianza necesaria a la madre (UNICEF 2016)

Respecto al análisis de los dos resultados de impacto del PAN, reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia, se pueden observar los siguientes resultados. En el periodo 2013 a 2017, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años ha pasado de 27 % a 17.1 %, con una disminución de 9.9 puntos porcentuales y 2.1 puntos en 2017 con respecto al año anterior (ENDES, 2017), esto concuerda con lo observado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, se aprecia que la proporción de niños con desnutrición crónica en los últimos años mostró una tendencia sostenible de disminución (CENAN, 2016), así como diversos estudios (Hernández y Tapia, 2016), (Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila y Alarcón, 2014).

Sin embargo el porcentaje de DCI en Amazonas supera el promedio nacional que es de 12.9% (INEI, 2017). Acontecimiento preocupante, pues a la fecha la DCI aún sigue siendo un problema de salud por las altas prevalencias en la sierra y selva, tal como es el caso de la Región Amazonas, pese a los esfuerzos del estado peruano en disminuirla (Hernández y Tapia, 2016).

Por otro lado, preocupa que no existe consistencia entre diversas fuentes de información del estado nutricional del niño, si bien es cierto que el estado utiliza como fuente oficial la encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES, también ha implementado el denominado Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN, cuyos datos no son congruentes con los mostrados por ENDES, según la fuente SIEN, la desnutrición crónica en Amazonas pasó de 32.35% en 2013 a 24.37 % en 2017, con una reducción de 7.98 puntos porcentuales. Por otro lado, en la evaluación de los convenios se observa que en el ámbito de la intervención EUROPAN como Amazonas, la reducción pasó de 37.6% a 27.4%, un total de solo 10.2 puntos porcentuales (EUROPAN, 2015).

Se han planteado diversos planes para lograr la reducción de la Desnutrición crónica infantil a nivel nacional, entre ellos: plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, que planteo reducir a 10 % la DCI a nivel país en 2016 (MINSa, 2014), no habiéndose logrado

la meta. Actualmente se encuentra vigente el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021, que plantea reducir la DCI a 11.4% en 2018 y a 6.4% en 2021 (MINSa, 2017), como región Amazonas también se ha elaborado el plan concertado para reducción de DCI, cuya meta para el 2021 es reducir la DCI al 8.8% (DIRESA AMAZONAS, 2017)

En el periodo 2013 a 2017, la anemia en niños con menos de 36 meses paso de 47.3% a 51.2%, representando un incremento de 3.9 puntos porcentuales, así mismo, en el año 2017 la anemia se incrementó en 6.5 puntos respecto al año anterior (ENDES, 2017).

En este indicador también existe controversia pues el SIEN, reporta que para el año 2013 a nivel de la región de Amazonas el 32.5% de niños menores de 36 meses tenían anemia, y para el año 2017 el porcentaje de anemia según SIEN fue de 28.53%, experimentando una reducción de 3.97%, en comparación con el año 2016, el porcentaje de anemia según SIEN disminuyó en 1.47 puntos porcentuales, información que no coincide con la de ENDES. (SIEN, 2017).

Las diferencias en los datos pueden estar relacionados con los siguientes factores, respecto a la fuente SIEN se puede mencionar que solo mide a los niños que acuden a los establecimientos de salud y se les realiza el tamizaje para anemia, pudiendo existir factores limitantes como el acceso geográfico, barreras culturales, capacitación del personal que realiza el examen, deficiente dotación de equipos e insumos; por otro lado, los datos que reporta la fuente del ENDES, se trata de un estudio poblacional, de representatividad nacional y regional, y con un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico cuyos resultados presentan gran confiabilidad.

Se han planteado diversos planes para lograr la reducción de la anemia a nivel nacional, entre ellos: el plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, que planteo reducir a 20 % en 2016 (MINSa, 2014), no habiéndose logrado. Actualmente se encuentra vigente el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia en el Perú: 2017-2021, que plantea reducirla a un 33.2% en 2018 y a 19% en 2021 (MINSa, 2017), en este sentido la meta del plan concertado regional para el 2021 es

reducir la anemia al 19.4% (DIRESA AMAZONAS, 2017), para lograr los resultados propuestos se requiere implementar la investigación en la región, para conocer las intervenciones efectivas y aquellas que no lo son a fin de lograr las metas y compromisos asumidos en diversos convenios de apoyo presupuestario.

En mi experiencia personal durante las supervisiones realizadas desde DIRESA a los IPRESS en el marco del plan regional de reducción de anemia 2017-2021, encontré que el personal de salud desconoce la normativa técnica para para la suplementación y tratamiento de anemia, brindando cantidades de hierro insuficientes o excesivas, lo cual puede estar relacionado con la falta de adherencia al suplemento. Al mismo tiempo encontré que el personal de salud no realiza la visita domiciliaria para realizar la consejería nutricional y hablar de los alimentos ricos en hierro y su consumo en el hogar de los niños menores de 36 meses, tampoco realiza el seguimiento del consumo del sulfato ferroso. En mi visita a los hogares encontré que las madres de familia no administran el suplemento o tratamiento con sulfato ferroso o micronutrientes, acciones que están directamente relacionadas con nuestro alto indicador de anemia en la región de Amazonas. Para cambiar esta realidad amerita la capacitación del personal de salud en la suplementación y tratamiento de anemia, en la consejería nutricional durante la visita domiciliaria. Por parte del personal de salud amerita el compromiso de éste para realizar la visita domiciliaria y el seguimiento de los niños suplementados o con tratamiento y finalmente el compromiso de la madre de familia para administrar el micronutriente o sulfato ferroso a sus hijos asegurando de este modo la reducción de la anemia.

El análisis de relación entre la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional y la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 05 años ha mostrado que en el caso de la DCI, muestra fuerte relación, esto puede estar relacionado con el hecho que los productos que se entrega en el programa articulado nutricional tienen alto impacto en la reducción de este problema, dentro de ellos podemos citar a las vacunas, los controles de crecimiento y desarrollo (Cruzado, 2012), estas son intervenciones que la población beneficiaria recibe directamente del prestador y no involucran participación directa del cuidador. Este resultado también se puede comparar con los estudios de Arámbula (2013)

quien en su trabajo también encontró que existe correspondencia entre una mayor asignación de recursos públicos destinados al Programa Articulado Nutricional y su impacto en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú. Al igual que Enrique (2017), quien también concluyó en su trabajo de investigación que el PAN, tiene un impacto positivo en la disminución de la desnutrición crónica.

Un estudio encontró que el significado que las madres tienen sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo en relación a la salud del niño de 1 a 4 años, estableciéndose que las madres consideran como eje central de la atención de CRED la aplicación de las vacunas, que es la principal motivación por la que acuden al establecimiento de salud con su niño (Jauregui, 2010). Por otro lado, se encontró también que uno de las condicionantes para la alteración de la curva de crecimiento en mayor porcentaje se encuentran las infecciones respiratorias agudas o IRA entre 1 a 3 episodios (Acha y Atoche, 2016) evento que se controla mediante la aplicación de vacunas Neumococo e influenza.

En la región de Amazonas se cuenta con el apoyo presupuestal de pago por desempeño denominado convenios de apoyo presupuestario como el cápita del SIS y CAD que han tenido efecto en una mayor cobertura de vacunas y menor DCI.

El análisis de relación entre la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional y la anemia en niños menores de 36 ha mostrado una relación débil, esto puede estar relacionado con el hecho de que los productos que se brindan a través del programa articulado nutricional como el suplemento de micronutrientes requieren una alta participación del cuidador, quien cuidara del niño, lo alimentara, preparara y entregara el suplemento, pudiendo suceder muchas deficiencias en la intervención que no favorecen los resultados esperados.

## **V. CONCLUSIONES.**

### **Sobre la valoración de la evolución de la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional.**

La ejecución presupuestal del programa articulado nutricional, se mide en sus diferentes etapas, comprendiendo la etapa de comprometido, devengado o girado, el porcentaje de ejecución presupuestal se establece en base al monto de dinero girado a término del año.

Los 18 productos del Programa Articulado Nutricional han mostrado una ejecución presupuestal por encima del 80% en promedio, superando la cifra a un 90% en el último año, en algunos productos se ha logrado una ejecución presupuestal del 100%.

El porcentaje de ejecución presupuestal se ha mantenido por encima del 90% en los últimos cuatro años, entre los años 2013 a 2017 presenta una tendencia creciente al pasar de 87.8 a 96.1 % al año 2017 con una aumento de 8.3%, sin embargo, esta cifra representa una disminución de 2.7 puntos respecto al año anterior.

### **Sobre la evaluación de la evolución de los indicadores de desempeño**

La proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad se incrementó en 11.6 puntos porcentuales, al pasar de 18.6% en el 2013 a 30.2 en el 2017.

La proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad, se incrementó en 13.2 puntos porcentuales, al pasar de 59.8% en el 2013 a 73% en el 2017.

La proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, se incrementó en 22.3 puntos porcentuales, al pasar de 12.1% en el 2013 a 34.4% en el 2017.

El porcentaje de hogares con acceso a agua segura, se incrementó en 7.5 puntos porcentuales, al pasar de 87% en el 2013 a 94.5% en el 2017.

El indicador porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria, no experimentó ninguna variación entre los años 2013 al 2017 al mantenerse en un 91.2%.

El Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro, se incrementó en 14.4 puntos porcentuales, al pasar de 80% en el 2013 a 94.4% en el 2017.

La prevalencia de EDA en menores de 36 meses, se incrementó en 0.8 puntos porcentuales, al pasar de 15.1% en el 2013 a 15.9% en el 2017.

La prevalencia de IRA en menores de 36 meses, se incrementó en 0.1 puntos porcentuales, al pasar de 13.6% en el 2013 a 13.7% en el 2017.

La incidencia de bajo peso al nacer, se redujo en 2.2 puntos porcentuales, al pasar de 10.1% en el 2013 a 7.9% en el 2017.

La proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, experimentó una disminución en 10.1 puntos porcentuales al pasar de 86.4% en el 2013 a 76.3% en el 2017.

El porcentaje de desnutrición crónica infantil en niños menores de 05 años de edad es un indicador de resultado final, constituye una prioridad de política nacional presenta una tendencia decreciente, pasando de reportar 27% en el año 2013 a 17.1% en el año 2017. Logrando una disminución de 9.9 puntos porcentuales en los últimos 05 años. Con respecto al año anterior (2016), la región de Amazonas ha logrado una reducción de 2.1 puntos porcentuales.

El porcentaje de anemia en niños menores de 36 meses de edad, es un indicador de resultado intermedio, constituye una prioridad de política nacional, presenta una tendencia al incremento, entre los años 2013 y 2017 al pasar de 47.3% a 51.2%. Con respecto al año 2016 y 2017 se incrementó en 3.9 puntos porcentuales, este indicador ha presentado alta variabilidad en el periodo evaluado, se puede afirmar que este indicador no ha mostrado sostenibilidad en el tiempo.

### **Sobre el análisis de la relación entre la ejecución presupuestal y dos indicadores de desempeño que constituyen prioridades de Estado**

El análisis de relación entre la ejecución presupuestal del Programa Articulado Nutricional en sus diferentes productos con dos resultados de impacto vinculados a las políticas nacionales prioritaria de reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia, indica que existe una fuerte relación inversa considerable entre ejecución presupuestal y la desnutrición crónica infantil en la región Amazonas. En este sentido, se indica que el 48.22% de la variación de la desnutrición infantil está explicado por la ejecución presupuestal.

## **VI. RECOMENDACIONES.**

### **A NIVEL DE DIRESA**

Debe implementar la planificación estratégica y operativa a fin de plantear objetivos, acciones estratégicas vinculados con la reducción de la desnutrición crónica y anemia adecuados a la realidad de la Región Amazonas. Así mismo deberán reevaluar la asignación presupuestal a los productos del programa, con la finalidad de redistribuirlos en aquellos que son prioritarios para lograr el impacto en las prioridades de política nacional y regional.

Deberá implementar estudios de investigación que permitan definir las mejores estrategias para continuar con la reducción de la desnutrición crónica infantil, lograr la reducción de la anemia, principalmente este último indicador, a fin de fortalecer aquellas que muestran resultados esperados para garantizar el logro de las metas y compromisos que el ente rector asume en la Región.

Deberá plantear y fortalecer las estrategias que permitan realizar un seguimiento durante la visita domiciliaria de los niños en etapa de suplementación con micronutrientes o hierro, a fin de poder garantizar la adherencia a la suplementación y lograr la sostenibilidad en las metas para conseguir reducir este indicador negativo.

Deberá realizar capacitaciones permanentes al personal de salud de periferia, para la intervención oportuna con acciones en la primera infancia y el abordaje del Modelo de Atención Integral De Salud.

Mayor seguimiento a la ejecución de actividades, entrega de productos, centrado en la cantidad y calidad.

### **A NIVEL DE LAS REDES DE SALUD / UNIDADES EJECUTORAS**

Las coordinaciones de PAN deberán programar mayor presupuesto en las actividades de desarrollo de sesiones demostrativas de alimentos ya que esta actividad es clave para reducir desnutrición crónica infantil y anemia.

Deberán organizar capacitaciones para el personal de salud de periferia en el desarrollo de sesiones demostrativas de alimentos, ya que esto favorecerá que se desarrolle esta actividad en los establecimientos de salud y/o espacios comunales con el objetivo de fortalecer los conocimientos actitudes y prácticas de la madre, mediante la metodología de aprender haciendo.

Capacitar al personal, para realizar la consejería nutricional, el seguimiento de la suplementación durante la visita domiciliaria, haciendo énfasis a la alimentación rica en hierro.

Contratar profesionales nutricionistas que puedan realizar la actividad preventiva promocional en los establecimientos de salud nivel I-3 y I-4.

Realizar una adecuada programación y ejecución para la compra de todos los insumos necesarios para el desarrollo de todas las actividades del PAN.

## **A NIVEL DEL PERSONAL DE SALUD**

El personal de salud deberá estar capacitado en el desarrollo de sesiones demostrativas de alimentos, consejería nutricional y otras actividades del PAN (control CRED, vacunas, suplementación, etc)

El personal de salud deberá realizar abogacía con los gobiernos locales, concientizando a los gobiernos locales a fin de que estos realicen la programación presupuestaria en el PAN en la cadena presupuestal de familias saludables, con el objetivo de que este presupuesto sea utilizado en la adquisición de insumos alimentarios para el desarrollo de sesiones demostrativas de alimentos, campañas de despistaje de anemia y actualización del padrón nominal.

Deberá sectorizar la localidad asignada a su establecimiento de salud a fin de identificar las familias con niños menores de 05 años con riesgo nutricional o con DCI y anemia, a los cuales deberá hacer acompañamiento hasta que se recupere.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acha, V. & Atoche, L. (2016). *Factores de riesgo en la curva de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años del centro de salud corrales - Tumbes 2016*. Recuperado de: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/50/TESIS%20-%20ACHA%20Y%20ATOCHE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arámbulo, M. (2013). *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012*. Universidad católica del Perú, Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5046/ARAMBULO\\_QUIROZ\\_CARLOS\\_MARTIN\\_LUCES.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5046/ARAMBULO_QUIROZ_CARLOS_MARTIN_LUCES.pdf?sequence=1).
- Becerril, LL. Y. (2013). *Relación del peso al nacer con la desnutrición crónica en niños de tres a seis años de las instituciones educativas iniciales números 162 y 171 de Huaycán, 2012*. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Carroasco, S. (2009). *Metodología de la investigación científica*. segunda edición. Lima. Perú. editorial. San Marcos.
- Chuquimarca, R. C., Caicedo, L. A. & Zambrano, J. A. (2017.). *Efecto del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia en niños, Los Ríos-Ecuador; 2014-2015*. Revista Multimed vol 21, N°6, Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/661>.
- Coronado, Z. (2014). *Factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años*. Guatemala : Recuperado de:<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>.
- Cruzado, V. (2014). *Pagos por desempeño para mejorar el estado nutricional infantil: impacto de los convenios de apoyo presupuestario en tres regiones peruanas con alta prevalencia de desnutrición crónica infantil, 2010-2014*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342017000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342017000300002&lng=es&nrm=iso)

Cruzado, V. (2012). *Análisis del impacto del programa articulado nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años*. Recuperado de: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/estudios/PAN\\_final\\_fusionado.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/PAN_final_fusionado.pdf)

DIRESA AMAZONAS. (2017). *Plan para la reducción y control de anemia en la población materno infantil amazonas 2017 - 2021*. Chachapoyas.

Eleharo. (2013). *Nutrispacio*. Recuperado de: <https://nutrispacio.wordpress.com/2013/04/08/segun-la-oms/>

ENDES. (2017). Encuesta demográfica y salud Familiar. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)

Enrique, J. A. (2017). *Impacto del programa presupuestal articulado nutricional en la desnutrición crónica infantil en menores de 05 años, en la unidad ejecutora GERESA Lambayeque en el periodo 2012 - 2016*. Chiclayo: Universidad Cesar Vallejo Recuperado de: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8541/enriquez\\_sj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8541/enriquez_sj.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Estrada, H., & Perea, F. A. (2008). *Los programas sociales en el Perú 1990 - 2007: del alivio a la superación de la pobreza*. Lima: Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2\\_uibd.nsf/86BA8BB7E32BE9780525784E00542271/\\$FILE/DelAlivioalaSuperaciondeLaPobreza.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/86BA8BB7E32BE9780525784E00542271/$FILE/DelAlivioalaSuperaciondeLaPobreza.pdf).

EUROPAN. (2015). *Sistematización del programa de apoyo presupuestario al programa articulado nutricional*. European. Recuperado de: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/european/sistematizacion\\_EUROPAN\\_062016.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/european/sistematizacion_EUROPAN_062016.pdf)

FAO. (2017). *Estado de la seguridad alimentaria y nutrición en el mundo 2017*. Recuperado de: <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/es/>.

- Forrellat, M., Défaix, H. & Fernández, N. (2000). *Metabolismo del hierro*. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 16(3), 149-160. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892000000300001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892000000300001&lng=es&tlng=es).
- Fundación Ibero Meneses. (2016). *consecuencias de la desnutrición*. Recuperado de: <http://www.fundacionibero.org/consecuencias-de-la-desnutricion>.
- Gobierno de la república de guatemala. (2016). *Lanzan Estrategia Nacional de Prevención de la Desnutrición Crónica*. Recuperado de: <http://www.guatemala.gob.gt/index.php/noticias/item/1468-lanzan-estrategia-nacional-de-prevencion-de-la-desnutricion-cronica>.
- Grupo Impulsor Inversiones En La Primera Infancia. (2012). *Documento de investigación sobre la desnutrición crónica*. Obtenido de Inforbarometro primera infancia: Recuperado de: [https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS\\_DOCUMENTO/documento\\_documento\\_file/3\\_informe\\_desnutricion.pdf](https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/3_informe_desnutricion.pdf)
- Hernandez, S. R., Fernandez, C. C. & Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: MC Graw Hill.
- Hernandez, A. & Tapia, E. (2017). *Desnutrición Crónica En Menores De Cinco Años En Perú: Análisis Espacial De Información Nutricional, 2010-2016*. Rev. Esp. Salud Pública. 2017 Vol 91: 19 de May. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL91/O\\_BREVE/RS91C\\_201705035es.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/O_BREVE/RS91C_201705035es.pdf)
- Hinostroza Felipe, M. (2015). *Barreras y motivación en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, Cercado de Lima*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.
- INEI. (2014). Servicios. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1291/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1291/cap01.pdf)

- INEI. (2017). *Encuesta demografica y de salud familiar*. Recuperado de: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores\\_Resultados\\_PPR\\_Primer\\_Semestre\\_2017.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf)
- INS. (2012). *Evolución de los indicadores del Programa Articulado Nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia*. Lima: Recuperado de: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/vin\\_ninios/Evoluci%C3%B3n%20de%20los%20indicadores%20PAN.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/vin_ninios/Evoluci%C3%B3n%20de%20los%20indicadores%20PAN.pdf).
- Jaillita, S. (2014). *Análisis del Programa Articulado Nutricional en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas*. Recuperado de: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/593076>.  
Obtenido de universidad peruana de ciencias aplicadas.
- Lifeder. (2016). *13 Características y Consecuencias de la Desnutrición*. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/caracteristicas-consecuencias-desnutricion/>.
- Marcos, G. & Amigo, H. (2007). *Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica*. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222007000400003](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400003).
- MEF. (2010). *Directiva para la ejecución presupuetaria*. Directiva N°001-2010-EF/76.01. Lima: MEF.
- MEF. (2010). *Programación presupuestaria estategica, presupuesto por resultado*. Lima: Recuperado de: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/forma\\_anex/progr\\_form/2010/AnexoIII\\_ProgPresEstrategica\\_PyF.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/forma_anex/progr_form/2010/AnexoIII_ProgPresEstrategica_PyF.pdf).
- MEF. (2015). *Documento Informativo el presupuesto por resultado (PpR), dirigido a gobiernos locales*. Lima : Recuperado de: [https://municipioaldia.com/wp-content/uploads/1/2017/05/Doc\\_informativoPPR.pdf](https://municipioaldia.com/wp-content/uploads/1/2017/05/Doc_informativoPPR.pdf).
- MEF. (2016). *Plan sectorial anticorrupción 2'016 del sector Economía y finanzas*.

Recuperado de:

[https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc\\_mins/doc\\_gestion/RM009\\_2016EF41.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/RM009_2016EF41.pdf)

MEF. (2017). Decreto supremo N° 086 -2017/ EF. *Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017 a favor de los Pliegos Gobiernos Regionales* Recuperado de: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol\\_econ/documentos/btf/BTF97Ago09.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/btf/BTF97Ago09.pdf)

MEF (2018), Seguimiento de la ejecución presupuestal (consulta amigable). recuperado de: <https://www.mef.gob.pe/es/seguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-consulta-amigable>

Melgarejo, L. (2014). *Eficacia del presupuesto por resultado en el marco de la planificación estratégica multianual. Revista de la Facultad de Contables.* Vol. 20 N°38., 65-74 Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/quipu/article/viewFile/4428/3517>.

MINSA. (2014). *Directiva 056 MINSA/ DGSP-V-01. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses.* Resolución Ministerial 706-2014/MINSA. Lima. MINSA

MINSA. (2014). *Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de anemia en el país, periodo 2014-2016.* Lima .MINSA

MINSA. (2014). Resolución Ministerial N° 237 -2014/ MINSA. *Aprueban la actualización de los Planes de Equipamiento de Establecimientos de Salud de los Gobiernos Regionales para los Programas Presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, y Enfermedades No Transmisibles.* Recuperado de:

[http://www.minsa.gob.pe/pees\\_dgiem/documentos/documento%20tecnico\\_plan%20de%20equipamiento%20de%20ee.ss..pdf](http://www.minsa.gob.pe/pees_dgiem/documentos/documento%20tecnico_plan%20de%20equipamiento%20de%20ee.ss..pdf)

MINSA. (2015). *Programa presupuestal Programa articulado nutricional, contenidos minimos, Directiva N°003-2015- EF/50.01. RD N°021-2015-EF/50-01.* Lima: MINSA Recuperado de: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf).

MINSA. (2016). *Documento Tecnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y Medición de avances de los Programas presupuestales*". Lima : MINSA.

MINSA. (2016). *Evaluación de la gestión y ejecución presupuestal I semestre 2016 y formulación 2017 en el marco de las acciones 06; 08; 09; y 10 del plan de articulación territorial y seguimiento de las transferencias del nivel nacional.* Recuperado de: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/Informe\\_Evaluacion\\_Semestral.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/Informe_Evaluacion_Semestral.pdf)

MINSA. (2016). Repositorio de datos Minsa. Recuperado de: <http://datos.minsa.gob.pe/dataset/control-de-crecimiento-y-desarrollo-de-ninos-menores-de-5-anos>

MINSA. (2016). *Documento Tecnico: Plan nacional para la reducción y control de anemia materno infantil y la desnutrición crónica en infantil en el Perú: 2017 - 2021.* Lima, Lima, Perú. MINSA

MINSA. (2017), *Evaluación de la gestión y ejecución presupuestal i semestre 2016 y formulación 2017 en el marco de las acciones 06; 08; 09; y 10 del plan de articulación territorial y seguimiento de las transferencias del nivel nacional.* Recuperado de: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/Informe\\_Evaluacion\\_Semestral.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/Informe_Evaluacion_Semestral.pdf)

- MINSA. (2017). *Presentación del pan nacional para la reducción de la anemia 2017 -2021*. Lima: Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp?op=1>.
- MINSA. (2017). *Programa presupuestal programa articulado nutricional contenidos mínimos*. Recuperado de: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf)
- OMS. (2008). *Clasifica a la prevalencia de la anemia como problema de salud pública*. Ginebra . Recuperado de: [http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t4/es/](http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t4/es/).
- OMS. (2010). *Guía de referencia rápida de prevención, diagnóstico y tratamiento de anemia*. México: Recuperado de: [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85842/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85842/1/WHO\\_NMH\\_NHD\\_MNM\\_11.1\\_spa.pdf?ua=1](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85842/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85842/1/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_spa.pdf?ua=1).
- OMS. (2017). *Malnutrición*. Ginebra: Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/es/>.
- OMS. (2017). *Repositorio de datos del observatorio Global de Salud*. Recuperado de: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENREGv?lang=en>.
- PCM. (2013). *Aprueban la política nacional de modernización de la Gestión pública D.S. N°004-2013-PCM*. Lima: Recuperado de: <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf>.
- Sánchez F. (2003). *Planificación estratégica y gestión pública por objetivos*. Chile: Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7284/1/S033145\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7284/1/S033145_es.pdf).
- Sanchez, F. & Vaquero, M. (2010). *Deficiencia y sobrecarga de hierro: implicaciones en el estado oxidativo y la salud cardiovascular*. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3), 350-365. Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000300003&lng=es&tlng=es).

Sampieri & Fernandez (2010). *Metodología de la investigación. 5ta edición. Mexico. Editorial Mc Graw Hill Educación. ISBN: 978-607-15-0291-9*

SIEN. (2017). *Prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niños menores de 36 meses, atendidos en un establecimiento de salud de la Región Amazonas.*

Sobrino, M., Gutiérrez, C., Cunha, A. J., Dávila, M., Alarcón, J. (2014). *Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes.* Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):104–12. Recuperado de: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v35n2/a04v35n2.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n2/a04v35n2.pdf)

Soria, A. & Vaca, A. (2012). *Factores determinantes de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 05 años en la provincia de Cotopaxi.* Quito: Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/445/1/T-UCE-0005-80.pdf>.

Tanaka, E. (2011). *Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión financiera presupuestal del Ministerio de Salud.* Universidad Mayor de San Marcos, Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka\\_te.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka_te.pdf).  
Obtenido de Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka\\_te.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka_te.pdf)

Tinoco, R. (2014). *Evaluación del estado nutricional en los menores de 5 años internados en el hospital regional de Loreto- Iquitos.* Loreto. Universidad nacional del Altiplano.

UNDG. (2009). *Guatemala: análisis de la situación de país.* Recuperado de: [http://www.gt.undp.org/content/dam/guatemala/docs/marcolegal/UNDP\\_GT\\_An%C3%A1lisis%20de%20la%20situaci%C3%B3n%20de%20Pa%C3%A1Ds.pdf](http://www.gt.undp.org/content/dam/guatemala/docs/marcolegal/UNDP_GT_An%C3%A1lisis%20de%20la%20situaci%C3%B3n%20de%20Pa%C3%A1Ds.pdf).

- UNESCO (1999). El desarrollo del niño en la primera infancia: echar los cimientos del aprendizaje. recuperado de:  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116350so.pdf>
- UNICEF. (2008). *Alimentación y nutrición del niño pequeño*. Lima: Recuperado de:  
[https://www.unicef.org/lac/Reunion\\_Sudamericana\\_de\\_Alimentacion\\_y\\_Nutricion\\_del\\_Nino\\_Pequeno\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf).
- UNICEF. (2012). *Glosario de términos sobre nutrición*. recuperado de:  
[https://www.unicef.org/lac/glosario\\_malnutricion.pdf](https://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf).
- UNICEF. (2013). *Datos y cifras clave sobre nutrición*. Recuperado de:  
[https://www.unicef.org/lac/UNICEF\\_Key\\_facts\\_and\\_figures\\_on\\_Nutrition\\_ESP.pdf](https://www.unicef.org/lac/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Nutrition_ESP.pdf).
- UNICEF. (2016). *Sistematización de la experiencia peruana sobre suplementación con micronutrientes en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, 2009-2011*. Recuperado de:  
[https://www.unicef.org/peru/spanish/SISTEMATIZACION\\_PILOTO\\_Multimicronutrientes\\_MINSA\\_UNICEF\\_PMA.pdf](https://www.unicef.org/peru/spanish/SISTEMATIZACION_PILOTO_Multimicronutrientes_MINSA_UNICEF_PMA.pdf). Obtenido de UNICEF.
- Valderrama, V. (2017). *Programa articulado nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en menores de 36 meses, los olivos 2016*. Lima: Perú. Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7272/Valderrama\\_RV.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7272/Valderrama_RV.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- World vision. (2014). *7 países en donde abunda la desnutrición infantil y el déficit de crecimiento*. Recuperado de: <http://www.worldvision.es/noticias-ayuda-humanitaria/7-paises-en-donde-abunda-la-desnutricion-infantil-y-el-deficit-de-crecimiento>.
- Young, N. (2005). *Anemia aplásica, principios de medicina interna de Harrison*. 16ava edición.

**Anexos:**

**Anexo 1: ficha de recolección de datos**

Formato para el registro de datos de ejecución presupuestal e indicadores de desempeño del programa articulado nutricional en el periodo 2013 – 2017.

**I. ejecución presupuestal del programa presupuestal articulado nutricional.**

PRODUCTOS	AÑO		
	PIM	Ejecución	%
3000001: Acciones comunes			
3000608: Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos			
3000609: Comunidad accede a agua para el consumo humano			
3000733: Población informada sobre el cuidado infantil y practicas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil			
3033248: Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación			
3033249: Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación			
3033250: Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación			
3033251: Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses			
3033254: Niños con vacuna completa			
3033255: Niños con CRED completo según edad			
3033256: Niños con suplemento de hierro y vitamina a			
3033311: Atención de infecciones respiratorias agudas			
3033312: Atención de enfermedades diarreicas agudas			
3033313: Atención de infecciones respiratorias agudas con complicaciones			
3033314: Atención de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones			
3033315: Atención de otras enfermedades prevalentes			
3033317: Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico			
3033414: Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal			
<b>EJECUCION REGIONAL</b>			

**II. Indicadores de desempeño del programa articulado nutricional.**

INDICADOR DE DESEMPEÑO	AÑO			Diferencias	
	Valor estimado	Coefficiente de variación	Número de casos	2017 / 2013	2017 / 2016
<b>1) Indicadores de resultado final:</b>					
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica.					
<b>2) Indicadores de resultado intermedio:</b>					
1.1. Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.					
1.2. Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.					
1.3. Prevalencia de EDA en menores de 36 meses.					
1.4. Prevalencia de IRA en menores de 36 meses.					
1.5. Incidencia de bajo peso al nacer.					
<b>3) Indicadores de resultado inmediato:</b>					
1.1. Proporción de niños y niñas con vacuna completa de acuerdo a su edad.					
1.2. Proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad.					
1.3. Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.					
1.4. Porcentaje de hogares con acceso a agua segura.					
1.5. Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria.					
1.6. Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro.					

**Escala dicotómica para evaluar por juicio de expertos**  
**Apreciación de expertos sobre el instrumento de medición**

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de los ítems es optima		
3	El grado de complejidad de los ítems es adecuado		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis		

**Sugerencias.**

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del experto

## Respuestas de los jueces

ITEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

\*respuesta de expertos: 1 = si 0 = no

**Anexo 2: Ejecución presupuestal según genérica de gastos del programa presupuestal articulado nutricional entre los años 2013 -2017, Amazonas**

PRODUCTOS	2013			2014			2015			2016			2017		
	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%	PIM	Ejecución	%
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	11,634,536	11,526,129	99.1%	14,921,090	14,801,582	99.2%	20,751,813	20,696,568	99.7%	25,329,769	25,320,741	100.0%	28,164,290	28,142,943	99.9%
5-23: BIENES Y SERVICIOS	18,627,224	15,923,276	85.5%	18,933,884	17,011,621	89.8%	18,840,055	18,118,784	96.2%	19,161,832	18,743,911	97.8%	19,014,216	17,625,340	92.7%
5-25: OTROS GASTOS	126,464	126,464	100.0%	35,382	35,382	100.0%	824,880	817,035	99.0%	142,212	142,212	100.0%	0	0	0.0%
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	6,204,239	4,536,346	73.1%	16,137,177	13,896,306	86.1%	8,951,457	7,815,679	87.3%	5,180,071	4,908,272	94.8%	2,801,889	2,245,936	80.2%

**Fuente:** Base de datos SIGA-SIAF, extraído mediante consulta amigable. \*PIM: Presupuesto inicial modificado.

### Anexo 3: validación por expertos

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS  
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	✓	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	✓	
3	El grado de complejidad de los ítems es adecuado	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	✓	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	✓	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	✓	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	✓	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	✓	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis	✓	

Sugerencias.

---



---



---

Fecha: 25 / 03 / 2018



Dr. Ing. JUAN ANTONIO MORA SUCUEN  
COORDINADOR DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Nombre y firma del experto

**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS  
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	X	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	X	
3	El grado de complejidad de los ítems es adecuado	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	X	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación	X	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	X	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis	X	

**Sugerencias.**

---



---



---

Fecha: 28, 03, 2018

  
 Nombre y firma del experto

**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS  
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	X	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	X	
3	El grado de complejidad de los ítems es adecuado	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	X	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación	X	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	X	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis	X	

**Sugerencias.**

---

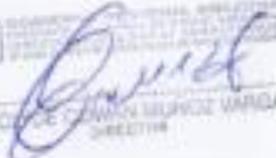


---



---

Fecha: 30 / 03 / 2014

  
 MSc. CARLOS EDUARDO MUÑOZ VARGAS  
 DIRECTOR

**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS  
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	X	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	X	
3	El grado de complejidad de los ítems es adecuado	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	X	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación	X	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	X	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis	X	

Sugerencias.

---



---



---

Fecha: 30 / 03 / 2018

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN AFILIADA DE SALUD  
METZUZA LA CAJON

*Elmer Fhuas Delgado*  
Lic. ELMER FHUAS DELGADO  
COORDINADOR DE ARTÍCULOS AFILIADOS C.E.P. 3000

Nombre y firma del experto

**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS  
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	/	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	/	
3	El grado de complejidad de los ítems es adecuado	/	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	/	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	/	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	/	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	/	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación	/	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	/	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis	/	

Sugerencias:

---



---



---

Fecha: 30, 03, 2018

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS  
 MEDICINA ESPECIALIDAD DE SALUD PEDIÁTRICA  
 Dr. WASHINGTON PASCUAL ROSARIO  
 Dirección - 660000

Anexo 4: Autorización de publicación de tesis en el repositorio institucional UCV

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE          TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL          UCV</b>	Código : F08-PP-PR-02.02
		Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 1

Yo LLICELY YOVANY BECERRIL SOPLA, identificado con DNI N° 47062291, egresado de la Escuela Profesional de POST GRADO de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo ( ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "RELACION ENTRE LA EJECUCION PRESUPUESTAL Y LOS INDICADORES D.E. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL, REGION AMAZONAS, 2013 - 2017".

" en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

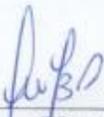
.....

.....

.....

.....

.....

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

DNI: 47062291

FECHA: CHICLAYO 30 de JUNIO del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, **Carlos Cherre Antón** asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis de la estudiante: **Br. BECERRIL SOPLA, LLICELY YOVANY** Titulada: **RELACIÓN ENTRE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL, REGIÓN AMAZONAS, 2013 – 2017**. Constató que la misma tiene un índice de similitud de 21%. Verificable en el reporte de originalidad del programa *turnitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 02 de Mayo del 2018

  
.....  
Dr. Carlos Cherre Antón  
Docente asesor de tesis  
DNI: 40991682





**CAMPUS CHICLAYO**  
Carretera Pimentel km. 3.5