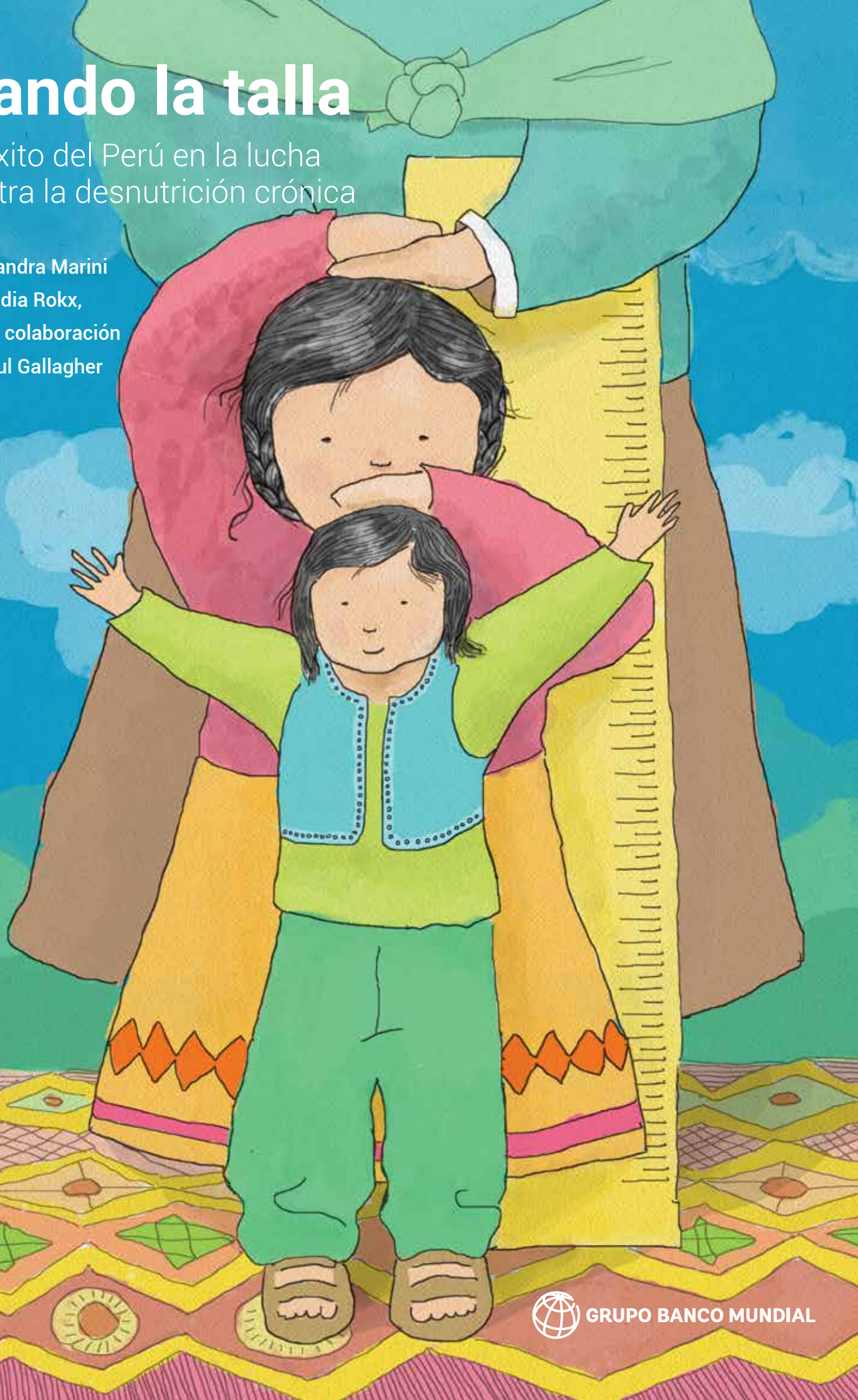


Dando la talla

El éxito del Perú en la lucha
contra la desnutrición crónica

Alessandra Marini
y Claudia Rokx,
con la colaboración
de Paul Gallagher



GRUPO BANCO MUNDIAL

Esta publicación relata de qué manera el Perú logró, en menos de diez años, que sus altas tasas de retraso en el crecimiento entre niños y niñas menores de 5 años se redujeran a menos de la mitad: de 28% en el año 2008 a 13% en el año 2016.

Un grupo de destacados estudiosos, desde organizaciones de la sociedad civil, no cejó en su empeño por encontrar medidas concretas y eficaces para hacer frente al mencionado problema. Empleando una excelente estrategia de comunicación, se llevó a cabo una amplia campaña de difusión y concienciación sobre los efectos devastadores de la desnutrición crónica. Al mismo tiempo, el problema del retraso en el crecimiento quedó instaurado en la agenda política como una cuestión grave de economía y desarrollo.

Mientras se reasignaba el presupuesto a las áreas con la mayor carga de desnutrición, se llevó a cabo una revisión y reforma de los flujos de recursos y los programas existentes. En el marco del enfoque basado en resultados que adoptó el Ministerio de Economía y Finanzas para destinar recursos a la nutrición, los sectores se aglutinaron y trabajaron en pos de un objetivo común. La importancia de los datos en tiempo real, así como de los sistemas eficaces, se reconoció desde un principio y se tomaron medidas al respecto.

Mediante acertadas técnicas de persuasión, se exhortó a los padres, a los gobiernos locales y a los profesionales sanitarios a buscar y proporcionar mejores servicios de nutrición y salud, y modificar las actitudes y conductas para establecer prácticas de alimentación más adecuadas durante los primeros mil días en la vida de niños y niñas.

La desnutrición crónica causa retrasos en el crecimiento en niños y niñas, quienes padecerán una serie de efectos negativos, entre los cuales el más grave es el desarrollo cerebral deficiente.

Los niños y niñas son el futuro del país, por eso la lucha contra la desnutrición crónica en el Perú se ha convertido en una causa nacional y se han adoptado decisiones políticas perdurables en materia de buen gobierno.

ÍNDICE

DERECHOS Y AUTORIZACIONES	4
PRÓLOGO DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ	5
PRÓLOGO DEL PRESIDENTE DEL BANCO MUNDIAL	6
AGRADECIMIENTOS	8
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, INFORMES Y ORGANIZACIONES	9
LISTA DE GRÁFICOS Y RECUADROS DE TEXTO	10
1. EL COMIENZO: EL ÉXITO DEL PERÚ EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA	11
2. LAS TASAS DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO DEL PERÚ FUERON PERSISTENTEMENTE ELEVADAS EN EL PASADO	15
3. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: ASIGNAR A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EL CARÁCTER DE PRIORIDAD NACIONAL	21
4. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: UNA ESTRATEGIA PLURIDIMENSIONAL ORIENTADA A LOS RESULTADOS	23
5. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: ARMONIZAR LOS RECURSOS CON LOS RESULTADOS	29
6. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: CONSOLIDAR EL CAMBIO EN LAS CONDUCTAS EMPODERANDO A LOS PADRES	37
7. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: INSTITUCIONALIZAR LAS POLÍTICAS EXITOSAS	40
8. UN COMPROMISO RENOVADO, FACTOR FUNDAMENTAL PARA ABORDAR DESAFÍOS FUTUROS	42
9. EN PRIMER PLANO: GRANDES CAMBIOS EN COMUNIDADES PEQUEÑAS	45
10. CONCLUSIÓN: ENSEÑANZAS	47
ANEXO: NO HAY SOLUCIONES MÁGICAS DETRÁS DE LA REDUCCIÓN DEL RETRASO EN EL CRECIMIENTO LOGRADA EN EL PERÚ	49
CRONOLOGÍA	54
BIBLIOGRAFÍA	55

DERECHOS Y AUTORIZACIONES

© 2017 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial
1818 H Street NW
Washington, DC 20433
Teléfono: 202-473-1000
Sitio web: www.worldbank.org

Esta obra ha sido realizada por el personal del Banco Mundial con contribuciones externas. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Banco Mundial, de su Directorio Ejecutivo, ni de los países representados por este.

El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos que figuran en esta publicación. Las fronteras, los colores, las denominaciones y demás datos que aparecen en los mapas de este documento no implican juicio alguno, por parte del Banco Mundial, sobre la condición jurídica de ninguno de los territorios, ni la aprobación o aceptación de tales fronteras.

El material contenido en esta publicación está registrado como propiedad intelectual. El Banco Mundial alienta la difusión de sus conocimientos y autoriza la reproducción total o parcial de este informe para fines no comerciales en tanto se cite la fuente.

Cualquier otra consulta sobre derechos y licencias, incluidos derechos subsidiarios, deberá dirigirse a la siguiente dirección: World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU. Fax: 202-522-2625. Correo electrónico: pubrights@worldbank.org.

PRÓLOGO I



Entre los años 2005 y 2016, la tasa de desnutrición crónica infantil se redujo de 28 % a 13 %, un logro del cual el Gobierno del Perú se siente muy orgulloso.

Reconocemos que ha sido fruto del esfuerzo de sucesivos Gobiernos que sostuvieron una política de Estado acertada. Se trató de una estrategia conjunta, estrechamente coordinada entre los diversos estamentos del Estado y que contó con la colaboración de múltiples instituciones y organizaciones nacionales e internacionales. En particular, agradecemos el apoyo y el compromiso del Banco Mundial, organización que nos ayudó a identificar y aplicar las evidencias recogidas en otros países, que mostraban qué intervenciones habían resultado factibles y eficaces en función de los costos para combatir la desnutrición crónica.

Pero nuestro país aún enfrenta retos importantes y nos comprometemos a continuar trabajando. Así, nuestro Gobierno se ha propuesto reducir la desnutrición crónica infantil de 13 % a 6,4 % y la anemia de 43,6 % a 19 % entre los años 2016 y 2021. En otras palabras, nuestro objetivo es eliminar la anemia como problema de salud pública. Para ello, hemos puesto en marcha el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica. Están

involucrados en este gran reto muchos sectores, entre ellos el Ministerio de Salud, los Gobiernos regionales y locales, diversas instituciones, varias organizaciones comunitarias y los ciudadanos. Si queremos un país desarrollado, nuestros niños tienen que estar bien nutridos. Solo así lograremos romper definitivamente el ciclo de la pobreza. Estamos implementando también un amplio programa de abastecimiento de agua y saneamiento, un requisito clave de la salud pública.

Al finalizar nuestro Gobierno quisiéramos poder decir que ya no hay niños afectados por la anemia o la desnutrición crónica en el Perú.

El presente libro describe minuciosamente la estrategia integral implementada por el Perú para el logro de tan importante avance en la reducción de la desnutrición crónica. Creemos que otros países del mundo que enfrentan desafíos similares podrían emular esta experiencia y adaptarla a sus características regionales y culturales.

Pedro Pablo Kuczynski Godard
Presidente de la República del Perú

PRÓLOGO II



El retraso en el crecimiento es un asesino silencioso. Priva a los niños de su derecho a crecer, desarrollarse y prosperar. Hoy en día arrebató a 156 millones de niños de todo el mundo la oportunidad de alcanzar su pleno potencial, condenándolos a una vida de pobreza y exclusión desde antes de cumplir los 5 años. No solo reduce el desarrollo de los niños, también daña comunidades y países enteros.

La epidemia mundial de retraso en el crecimiento infantil representa una de las amenazas más graves para la humanidad, a la que durante demasiado tiempo la comunidad internacional no ha prestado atención. Los niños que padecen retraso en el crecimiento tienen hasta un 40 % menos de volumen cerebral una vez que han cumplido sus primeros 1000 días de vida. Esto constituye una mancha en nuestra conciencia colectiva.

¿Cómo competirán los países en una economía mundial cada vez más compleja y digitalizada si uno de cada cuatro de sus niños tiene literalmente menos conexiones neuronales, esos enlaces electroquímicos que constituyen los cimientos del capital humano? El eje de la misión del

Grupo Banco Mundial es crear igualdad de oportunidades, pero no podemos siquiera comenzar a pensar en igualdad de oportunidades si los niños comienzan la vida sin la posibilidad de participar ni competir en la economía del futuro.

El momento de actuar es ahora. La comunidad internacional ya ha incluido la nutrición y el desarrollo en la primera infancia entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, una de cuyas metas es reducir en un 40 % el retraso en el crecimiento para el año 2025.

En el ámbito mundial se han recogido evidencias que nos permiten determinar qué medidas dan resultados y son factibles y eficaces en función de los costos para reducir la desnutrición crónica. El Perú comprendió que su pueblo es su principal activo, por lo que el Gobierno trabajó junto con el Grupo Banco Mundial para brindar financiamiento a las mujeres, con la finalidad de incentivarlas a sacar provecho de los programas diseñados para reducir el retraso en el crecimiento. En solo ocho años (2008-16), el país redujo su tasa de desnutrición crónica de 28 % a 13 %.

Un movimiento de la sociedad civil puso el tema de la desnutrición crónica en la agenda política del Perú, e hizo falta un compromiso político sostenido y prolongado en los niveles más altos para llevar las tasas de retraso en el crecimiento a su rango más bajo en décadas. El Perú ha demostrado al mundo que mediante la participación de todos los estamentos de un país es posible reducir el retraso en el crecimiento y crear un camino que conduzca a un futuro mejor para todos los niños.

Este informe describe cómo el firme compromiso político y las buenas políticas del Perú, sumados al crecimiento económico del país, permitieron romper el ciclo de la pobreza perpetuado por la desnutrición crónica. La experiencia del Perú demuestra que la inversión en nutrición durante los primeros 1000 días de vida del niño es fundamental para poner fin a la crisis mundial de retraso en el crecimiento.

Sin embargo, el Perú todavía no ha llegado a la meta final. Aún quedan grandes desafíos que requieren soluciones más eficaces. Los niveles de retraso en el crecimiento siguen siendo altos en las zonas rurales distantes. Asimismo, el número de personas con sobrepeso está aumentando y las tasas de prevalencia de anemia son elevadas.

Debemos trabajar juntos y aprovechar cada dólar de la asistencia para el desarrollo en ayudar a los Gobiernos a asignar prioridad a las inversiones en los primeros años de vida. El Grupo Banco Mundial se ha fijado el objetivo de poner fin a la pobreza extrema e impulsar la prosperidad compartida, pero eso no será posible a menos que abordemos el problema del retraso en el crecimiento con la velocidad y en la magnitud que esta crisis exige.

Tenemos la oportunidad de liberar el potencial humano de millones de niños. Aprovechémosla juntos.

Dr. Jim Yong Kim
Presidente
Grupo Banco Mundial



AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento:

Al equipo principal, que contribuyó a la publicación con aportes sustanciales y la coordinación de las entrevistas y del trabajo sobre el terreno en Huánuco: Hugo Brousset, Nelson Gutiérrez y Gabriela Moreno, por su incansable apoyo al equipo.

Al equipo ampliado, por sus diversas contribuciones en distintas etapas: Sara Burga, Lucho Cordero, Ana María Oviedo, William Reuben, Javier Soriano Tabares y Silvana Vargas.

A los expertos evaluadores por sus orientaciones y valioso asesoramiento y por revisar pacientemente numerosas versiones del informe: Omar Arias, Leslie Elder y Carlos Felipe Jaramillo. A la examinadora externa Ellen Piwoz, de la Fundación Bill & Melinda Gates, por sus valiosas observaciones, que aportaron precisión al relato.

A Sandra Arzubíaga, Alan Berg, Marcelo Bortman, Daniel Cotlear, Patricia da Camara, Ramatoulaye George-Alleyene, Julie McLaughlin, Marina Petrovic, Meera Shekar, Christel Vermeersch y Michele Zini, por los comentarios aportados durante todo el proceso y los diversos borradores. A Emanuela Galasso y Adam Wagstaff, por el análisis de la desnutrición crónica y el consumo. A Carlos Ricse, por el análisis de los datos presupuestarios. Al profesor Charles Nelson, de la Universidad de Harvard, por permitirnos utilizar las poderosas imágenes del cerebro donde se observan los efectos del retraso en el crecimiento en la materia blanca.

A Gabriela Moreno, Sara Burga, Maria Colchao y Marize de Fatima Santos, por el apoyo administrativo.

A Carin Vlotman, de Inkfish, por el diseño gráfico y la diagramación.

A Carlos Reyes por la portada.

A Daniel Dulitzky y Margaret Grosh, los gerentes de nuestros departamentos de Prácticas Mundiales de Salud, Nutrición y Población, y de Protección Social y Trabajo, respectivamente, y a Livia Benavides, gerente de programa a cargo de las operaciones en los países de la región andina, por su asistencia técnica.

A Alberto Rodríguez, director a cargo de las operaciones en los países de la región andina, por proporcionar la idea y el impulso para la publicación.

A Tim Evans, director superior del departamento de Prácticas Mundiales de Salud, Nutrición y Población, y a Steen Jorgensen, director del departamento de Prácticas Mundiales de Protección Social y Trabajo, por aportar observaciones útiles y apoyo.

A Cecilia Larrabure, por las fotografías.

A Gideon Long y Silvana Vargas, por dirigir con tacto los grupos de debate en Huánuco y aquellos conformados con los principales colaboradores en Lima.

Un agradecimiento especial para todos los colaboradores clave, que compartieron con nosotros sus historias y su entusiasmo, e impulsaron los esfuerzos del Perú para reducir el retraso en el crecimiento. Ellos son:

El ex primer ministro Jorge del Castillo, por su disponibilidad y su tiempo para narrar la historia de la construcción del compromiso político en torno a la nutrición.

El excoordinador de la estrategia Crecer y expresidente del programa Juntos, el ingeniero Iván Hidalgo, por un exhaustivo examen de las fuerzas impulsoras detrás del proceso, en el que manifestó nuevamente que estaba convencido de la importancia de la evidencia científica.

Rodolfo Acuña, director de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), y Nelly Huamani, coordinadora de proyecto de la Dirección General de Presupuesto Público en el MEF, quienes, con constante entusiasmo y dedicación, lograron concentrar la agenda de nutrición en un poderoso ministerio, uno que tiene poder de convocatoria pero que rara vez asume el liderazgo en estos temas.

Yolanda Zúñiga y Diana Flores, del equipo de la Dirección General de Presupuesto Público, quienes coordinaron el proceso de recopilación de datos y la organización de los grupos de debate y el viaje a Huánuco. Y Hedy Huaraca, directora adjunta de Presupuesto Público del MEF, quien dirigió su equipo con entusiasmo.

Las exministras de Desarrollo e Inclusión Social, Carolina Trivelli y Paola Bustamante, que aplicaron con vigor las reformas más difíciles para fortalecer los programas más eficaces en función de los costos para reducir la desnutrición crónica y ejercieron un liderazgo ejemplar durante su respectivo mandato.

María Inés Sánchez Griñán, asesora del Ministerio de Salud, promotora de larga data de la nutrición, quien movilizó a chefs y elaboró instrumentos que permitieran a las madres entender con más facilidad los principios de la nutrición. Ariela Luna, exviceministra de Desarrollo e Inclusión Social, promotora de la nutrición en su paso por el Ministerio de Salud, el MEF y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS): una personalidad arrolladora. El experto en salud Lucho Cordero, la mente detrás de los datos, por trabajar incansablemente para analizar los datos e identificar los factores que influyen en el crecimiento de los niños. Lorena Alcázar, investigadora de GRADE, por compartir sus rigurosos estudios y uno de los análisis más completos de los factores que determinan la desnutrición en el país.

Milo Stanojevich, de CARE Perú, por recopilar exhaustivamente los momentos iniciales del comienzo de la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil y por la manera en que su persistencia garantizó la sostenibilidad de la nutrición como una prioridad en la agenda política.

Bibiana Melzi, quien contribuyó a lograr que el "problema invisible" fuera visible a través de las potentes imágenes de su video *Mi futuro en mis primeros centímetros*, no solo en el Perú sino también en toda América Latina. También, gracias por el título!

Las autoridades de los Gobiernos locales, así como el personal sanitario local, los coordinadores de programas sociales, los agentes comunitarios, los funcionarios de diversas ONG en Santa María del Valle (Huánuco) y los gerentes regionales de los programas sanitarios y sociales y del Gobierno regional en Huánuco.

Banco Mundial: John Newman, exgerente a cargo de las operaciones en el Perú, por lograr que, ya en el año 2006, el Banco Mundial comenzara a participar en esta emocionante aventura; Carlos Felipe Jaramillo, exdirector a cargo de las operaciones en el Perú, por priorizar la nutrición como una inversión valiosa; Daniel Cotlear, exlíder sectorial para el Perú, quien tuvo la idea de producir un video para lograr que un problema invisible fuera visible; Omar Arias, ex jefe sectorial para el Perú, y Livia Benavides, actual gerente de programa para el Perú, por su entusiasmo y dedicación, así como por la orientación técnica y el liderazgo que aportaron durante muchos años a los equipos técnicos del Banco Mundial sobre el terreno.

Asimismo, deseamos expresar nuestra admiración por aquellos cuyas historias hemos intentado plasmar en el libro:

Todos los trabajadores sanitarios y las autoridades locales que pacientemente se comprometieron con el proyecto y compartieron su dedicación a las generaciones más jóvenes del Perú.

Los padres de los niños que visitaron diligentemente los centros de salud en las condiciones más difíciles y aplicaron con paciencia los consejos de los trabajadores sanitarios, rodeando de amor y cuidados a sus hijos para asegurarles un mejor comienzo en la vida.

Vaya nuestro agradecimiento a los miembros de la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, que contribuyeron incansablemente al logro de resultados sobre el terreno. La Iniciativa está integrada por la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA); la Cooperativa para la Asistencia y el Socorro a Cualquier Parte del Mundo (CARE); Cáritas; Future Generations/Peru; la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); el Fondo de Población de las Naciones Unidas; Acción contra el Hambre; el Instituto de Investigación Nutricional; la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza; la Iniciativa sobre Micronutrientes; Management Sciences for Health (MSH); la Organización Panamericana de la Salud; Plan International; Proyectos en Informática, Salud, Medicina y Agricultura (PRISMA); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Welthungerhilfe; el Programa Mundial de Alimentos, y World Vision.

Al Banco Mundial y al Fondo Fiduciario del Japón por sus contribuciones financieras, que hicieron posible esta obra.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, INFORMES Y ORGANIZACIONES

Apega	-	Sociedad Peruana de Gastronomía
Balance y recomendaciones sobre las acciones del Gobierno para reducir la desnutrición	-	Documento de calificación del desempeño del Gobierno en comparación con las metas
CARE Perú	-	Miembro de la red de organizaciones de ayuda humanitaria internacional denominada Cooperativa para la Asistencia y el Socorro a Cualquier Parte del Mundo (CARE International)
CENAN	-	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Cordon Bleu	-	La principal red internacional de escuelas de cocina y hotelería
Crecer	-	Estrategia nacional para luchar contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil en el Perú
CRED	-	Control de Crecimiento y Desarrollo
CUI	-	Código único de identificación
Cuna Más	-	Programa peruano de desarrollo en la primera infancia
DIRESA	-	Direcciones Regionales de Salud
ENDES	-	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FED	-	Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales
GRADE	-	Grupo de Análisis para el Desarrollo
INEI	-	Instituto Nacional de Estadística e Informática
Juntos	-	Programa peruano de transferencias monetarias condicionadas para combatir la desnutrición crónica
La Iniciativa	-	Iniciativa contra la Desnutrición Infantil
MCLCP	-	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MEF	-	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	-	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	-	Ministerio de Salud
ONG	-	Organización no gubernamental
Padrón nominal	-	Registro nacional de niños y niñas menores de 6 años
PAN	-	Programa Articulado Nutricional

PCM	-	Presidencia del Consejo de Ministros
PIB	-	Producto interno bruto
PPR	-	Presupuesto por resultados
Progres/Oportunidades/Prospera	-	Programa mexicano de transferencias monetarias condicionadas
PRONAA	-	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
Qali Warma	-	Programa peruano de alimentación escolar
RENIEC	-	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RPP	-	Radio Programas del Perú
SIAF	-	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIGA	-	Sistema Integrado de Gestión Administrativa
SIS	-	Seguro Integral de Salud
TMC	-	Transferencia monetaria condicionada
UE	-	Unión Europea
UNICEF	-	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

LISTA DE GRÁFICOS Y RECUADROS DE TEXTO

RECUADROS DE TEXTO

- Página 11** - **RECUADRO 1:** Una “epidemia invisible”
- Página 14** - **RECUADRO 2:** Definiciones antropométricas de la desnutrición
- Página 19** - **RECUADRO 3:** Cuando el crecimiento económico no es suficiente
- Página 27** - **RECUADRO 4:** ¿Qué sucede durante el programa de seguimiento y promoción del crecimiento denominado CRED?

GRÁFICOS

- Página 17** - **Gráfico 1:** Resultados notables: Retraso en el crecimiento de niños y niñas menores de 5 años (2005-2016)
- Página 18** - **Gráfico 2:** Cerebro de un niño con desarrollo cerebral deficiente en comparación con el de un niño sano
- Página 31** - **Gráfico 3:** Armonización del presupuesto con las áreas más necesitadas
- Página 33** - **Gráfico 4:** Proporción de niños menores de 36 meses con los CRED correspondientes a su edad completos
- Página 49** - **Gráfico A1:** Las tasas de retraso en el crecimiento se redujeron 15 puntos porcentuales entre los años 2008 y 2016, de 28 % a 13 %
- Página 51** - **Gráfico A2:** Tasa de desnutrición crónica y consumo per cápita en el Perú (1995-2015)
- Página 52** - **Gráfico A3:** Relación entre pobreza y retraso en el crecimiento en el Perú, por zonas

1. EL COMIENZO: EL ÉXITO DEL PERÚ EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Este es el relato de cómo el Perú logró reducir las tasas de retraso en el crecimiento infantil a menos de la mitad en menos de 10 años.

RECUADRO 1: Una “epidemia invisible”

La desnutrición crónica, o retraso en el crecimiento, implica que los niños crecen con excesiva lentitud, y eso reduce el desarrollo de sus aptitudes físicas, cognitivas y emocionales. Daña la salud de los niños y afecta el crecimiento de su cerebro y su inteligencia. Reduce el tiempo que pasan en la escuela y aumenta la probabilidad de que los niños pobres lo sigan siendo cuando lleguen a adultos. Asimismo, ya adultos enfrentan un riesgo mayor de sufrir enfermedades crónicas, como diabetes, cardiopatía u obesidad.

La desnutrición crónica retrasa no solo el crecimiento y el desarrollo de niños y niñas, sino también el crecimiento

y el desarrollo de un país. Durante muchas décadas, el retraso en el crecimiento fue un problema invisible en el Perú. Los padres, en particular en las comunidades indígenas pobres, pensaban que sus hijos estaban creciendo normalmente, cuando no era así. Comparaban la estatura de sus hijos con la de otros niños con retraso en el crecimiento y consideraban que su altura era normal. La falta de avances era aún más notoria debido al rápido crecimiento económico del país durante gran parte de la década. Esta situación perpetuaba el ciclo de la pobreza de generación en generación, y era un obstáculo para el desarrollo de los niños y las niñas, y del país.

Dando la talla: El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica

Esta publicación relata la manera en que el Perú logró, en menos de 10 años, que su tasa de desnutrición crónica, o retraso en el crecimiento, entre los niños menores de 5 años, se redujera a menos de la mitad, de alrededor del 28 % en el año 2008 a cerca del 13 % en el año 2016.

En el año 2005, el Perú tenía una de las tasas de desnutrición crónica más altas de América Latina. La tasa prácticamente no se había modificado a pesar de que el ritmo de crecimiento económico del país se situaba entre los más veloces de la región y se estaban realizando grandes inversiones en programas alimentarios y nutricionales.

Desde entonces, el Perú ha encontrado una receta para reducir con éxito la desnutrición crónica y brindar a sus niños y niñas, y al país, un futuro mejor.

¿En qué consistió la receta del Perú y cuáles fueron sus ingredientes fundamentales?

1. Compromiso político, cooperación y coordinación

Durante las sucesivas campañas electorales que tuvieron lugar entre los años 2006 y 2016, la sociedad civil llevó a cabo actividades de promoción y logró convencer a los candidatos presidenciales de que el retraso en el crecimiento tenía graves consecuencias, por lo cual era vital adoptar medidas significativas para reducir sus impactos en el desarrollo de los niños y las niñas, las comunidades y el país.

Los políticos peruanos asumieron el compromiso de reducir el retraso en el crecimiento y establecieron objetivos claros después de que una coalición de organizaciones internacionales y nacionales —la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (o la Iniciativa) y la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza (MCLCP)— contribuyera a incluir la cuestión en la agenda nacional durante las elecciones de 2006. Desde entonces, el tema no ha dejado de formar parte de aquella.

La MCLCP, creada por el Gobierno del Perú, proporcionó a los representantes del Gobierno nacional, los Gobiernos

regionales y municipales, y las organizaciones de base una plataforma fundamental para promover los derechos del niño, incluida la disminución de las tasas de desnutrición crónica. Ya en el año 2006, promovían una lista de prioridades para invertir en el desarrollo en la primera infancia. Un año después, estas se hallaban plasmadas en la planificación presupuestaria del Gobierno y sentaron las bases para un gasto prudente y eficaz para reducir marcadamente la desnutrición crónica en la niñez. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) desempeñó un papel fundamental al crear incentivos para generar una respuesta coordinada de todos los estamentos del Gobierno a fin de abordar la desnutrición a través de un sistema de presupuesto por resultados (PPR).

El objetivo ambicioso, aunque claro y factible, de reducir en 5 puntos porcentuales el retraso en el crecimiento de los niños menores de 5 años en el plazo de 5 años (el objetivo 5 por 5 por 5) se estableció en el año 2006 y se tradujo en metas regionales específicas.

El problema del retraso en el crecimiento se convirtió en una prioridad política sostenida y se trató como una cuestión fundamental del desarrollo humano. Asimismo, se reconoció que constituía un desafío social, económico y sanitario. Los sucesivos Gobiernos dieron muestra de su compromiso para solucionar el problema mediante el establecimiento de un conjunto de metas nuevas y ambiciosas.

Lo notable en el caso del Perú es el hecho de que cuatro Gobiernos sucesivos, los presididos por Alejandro Toledo, Alan García, Ollanta Humala y, actualmente, Pedro Pablo Kuczynski, han garantizado la continuidad y el compromiso en lo que respecta al impulso por reducir el retraso en el crecimiento en la niñez.

El Perú logró que la lucha contra la desnutrición crónica se convirtiera en una causa nacional y, por consiguiente, que el Gobierno nacional, los Gobiernos regionales y locales, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los padres, los primeros ministros y los presidentes trabajaran al unísono para ofrecer a niños y niñas un mejor comienzo en la vida.

2. Políticas más acertadas: Centrar la atención en la evidencia, los incentivos y los resultados

Después de gastar millones de dólares en programas de alimentación que resultaron ineficaces, el Perú tomó previsiones para destinar dinero únicamente a métodos probados y comprobados, denominados “intervenciones basadas en la evidencia”, que ya habían logrado mejorar la nutrición y la salud de los niños y las niñas.

El Gobierno estudió la evidencia mundial de las causas del retraso en el crecimiento y buscó medidas comprobadas para reducir sus tasas. Dio prioridad a las inversiones en

áreas donde esas tasas eran más elevadas y puso el acento en los resultados.

Los incentivos monetarios, a través de un programa de transferencias monetarias condicionadas (TMC) denominado “Juntos”, fueron una parte fundamental de las diversas medidas.

A través del programa Juntos, que comenzó en el año 2005, se proporcionó dinero en efectivo a las madres, a la vez que se les exigía llevar regularmente a sus hijos más pequeños a controles de salud, seguimiento y promoción del crecimiento en los centros de salud, y velar por que sus hijos mayores asistieran a la escuela. A medida que los hogares más pobres comenzaban a recibir el dinero, aumentó la demanda de servicios sanitarios y sociales en las comunidades pobres y rurales. El pago de PEN 200 —el equivalente a USD 61 al tipo de cambio vigente en la actualidad— cada dos meses fue un catalizador de la gran reducción en la desnutrición crónica de niños y niñas en el país.

El plan peruano de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), para niños y niñas menores de 4 años, fue fundamental para mejorar la salud y la nutrición infantil. Este programa, que se aplica en centros de salud, brinda apoyo a los padres para que realicen un seguimiento del crecimiento (tanto en términos del peso como de la talla), la salud y la nutrición de sus hijos, y aconseja medidas para fomentar cambios de conducta.

Al mismo tiempo, se proporcionaron incentivos monetarios a los Gobiernos regionales, a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), con el objetivo de estimularlos a proporcionar más y mejores servicios de nutrición. Asimismo, en el año 2005 se amplió el Seguro Integral de Salud (SIS) para los pobres, creado en el 2002, a fin de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables a servicios preventivos de salud y nutrición, y eso creó un círculo virtuoso.

La asistencia a los controles de seguimiento y promoción del crecimiento de niños y niñas menores de 3 años aumentó del 24 % en el año 2008 al 58 % en 2016. El aumento de las tasas en las zonas rurales fue aún más pronunciado, dado que subió de 21 % a 66 % en el mismo período. Asimismo, se incluyeron actividades de estimulación temprana (entre ellas, enseñar a los padres a cantar canciones a sus niños y a leerles cuentos desde que nacen) como parte del seguimiento y la promoción del crecimiento.

En el año 2007, el Perú creó una guía estratégica para reducir las tasas de retraso en el crecimiento. La estrategia nacional de nutrición, denominada “Crecer”, permitió orientar el gasto a las comunidades más pobres para mejorar la salud y la nutrición de niños y niñas durante los primeros 2 años de vida.

En el año 2008, el Perú estableció un sistema de PPR para garantizar que el dinero se destinara a fines adecuados y generara los resultados que los políticos se habían comprometido a lograr. El sistema de incentivos creado por el MEF contribuyó a mejorar la calidad de los servicios de salud y nutrición. El éxito de las medidas adoptadas en ese entonces se pone de manifiesto en la actualidad.

La respuesta no consistió exclusivamente en proporcionar incentivos monetarios a los padres. El enfoque del Gobierno para reducir las tasas de retraso en el crecimiento se fundamentó en cuatro elementos: i) la combinación del programa de TMC y las mejoras en la disponibilidad y el uso de servicios sanitarios, ii) el aumento de la cobertura del seguro de salud proporcionado por el SIS, iii) el rigor del sistema de PPR y iv) la orientación estratégica de Crecer.

La evidencia demostró que un enfoque multisectorial que abarcara, entre otras cosas, la salud, la asistencia social y la educación, era el único camino para prevenir la desnutrición. Ello se tuvo en cuenta en el enfoque pluridimensional adoptado por el Perú para reducir las tasas de retraso en el crecimiento.

La importancia de los datos individualizados en tiempo real, las encuestas realizadas en forma regular y los sistemas integrales de seguimiento se reconoció desde un principio y se adoptaron medidas al respecto. Se crearon mecanismos de rendición de cuentas en el ámbito local con el objeto de supervisar las medidas adoptadas para reducir la desnutrición infantil.

El Perú destinó recursos a medidas que permitieron lograr los mayores cambios. Asimismo, canceló, consolidó y modificó los programas alimentarios para garantizar un gasto más focalizado en las mujeres embarazadas y los niños y las niñas durante los primeros dos años de su vida, cuando la nutrición, la higiene y la salud revisten crucial importancia.

Se llevó a cabo un marcado cambio de orientación, pues se pasó de la asistencia alimentaria a los hogares pobres a un enfoque multisectorial de la nutrición que incluyó incentivos y mejores servicios. En el marco de este planteamiento, los ministerios gubernamentales, el Gobierno nacional y los Gobiernos regionales y municipales unieron fuerzas para alcanzar un objetivo común (el 5 por 5 por 5).

La desnutrición dejó de ser un problema derivado del hambre y se convirtió en un problema de salud pública que requería respuestas más acertadas y coordinadas.

3. Cambios de conducta

Para que el impacto del compromiso político y las políticas más acertadas fuera perdurable, era necesario educar y empoderar a los padres. Además, el Gobierno debía proporcionarles los servicios sanitarios y sociales necesarios para garantizar que sus hijos crecieran a un ritmo saludable.

A través de una excelente estrategia de comunicación, dirigida por varias ONG, el Gobierno y diversos socios internacionales, se llevó a cabo una amplia campaña de difusión y concienciación respecto de los impactos devastadores de la desnutrición crónica. A medida que un mayor número de madres se reunía con más regularidad con médicos, enfermeras y nutricionistas en las clínicas, sus hábitos comenzaron a cambiar y, junto con ellos, la salud de millones de niños peruanos.

Lo que anteriormente constituía un "problema invisible" para la mayoría de los padres y las autoridades encargadas de formular las políticas, se volvió visible (recuadro 1). Todos vieron con claridad las consecuencias irreversibles del retraso en el crecimiento de niños y niñas: los padres, los funcionarios sanitarios y los líderes políticos finalmente estaban listos para abordar el problema de manera decisiva.



Las lecciones del Perú para el mundo

Aunque el Perú no ha erradicado totalmente el retraso en el crecimiento de niños y niñas, sus avances han sido extraordinarios y permiten extraer enseñanzas para otros países que desean poner fin a este flagelo social y económico.

El Perú no es en modo alguno el único país que está realizando grandes avances en esta esfera. Viet Nam, Bangladesh, Senegal y Etiopía son algunos de los otros países que han logrado acelerar el ritmo de reducción del retraso en el crecimiento.

No obstante, el Perú sobresale en la escena internacional por la rapidez y la magnitud de los avances que ha realizado para reducir a menos de la mitad las tasas de retraso en el crecimiento en menos de 10 años. El Perú reconoció que sus niños y niñas son el futuro del país, logró que la lucha contra la desnutrición crónica se convirtiera en una causa nacional, adoptó decisiones políticas fundamentales y dio prioridad a la gestión pública eficiente de largo plazo.

Esta publicación relata la manera en que el Perú logró lo que se había propuesto.

Contiene una reseña de los éxitos del Perú en **orden cronológico** y comienza con una breve descripción de la geografía, la población y el contexto del país en el año 2005,

que incluye la definición de desnutrición crónica (retraso en el crecimiento) y explica sus consecuencias (recuadro 2).

Por otra parte, le dedica especial atención al extraordinario crecimiento económico del Perú. Este contribuyó a la reducción del retraso en el crecimiento, pero no fue suficiente para impulsar la rápida disminución de las tasas de desnutrición crónica.

A lo largo de toda la publicación se incluyen recuadros y reseñas para poner de relieve cuestiones y actividades específicas que abarcan diversos períodos o no se ajustan a un estricto orden cronológico. En la parte final se incluye como referencia una línea de tiempo de los eventos pertinentes de mayor envergadura.

Esta publicación se basa en extensas entrevistas con las autoridades encargadas de formular las políticas y los líderes políticos de administraciones anteriores, con los gerentes de programa y de proyecto, y con los socios en la tarea del desarrollo. Asimismo, se apoya en un examen exhaustivo de los estudios existentes sobre la experiencia del Perú en materia de reducción del retraso en el crecimiento y otros documentos sobre el tema. Se llevaron a cabo debates en grupos de discusión con beneficiarios, trabajadores sanitarios y funcionarios del Gobierno local en Santa María del Valle (Huánuco), una de las regiones con las tasas más altas y la disminución más rápida del retraso en el crecimiento.

RECUADRO 2: Definiciones antropométricas de la desnutrición

Retraso en el crecimiento (desnutrición crónica): El retraso en el crecimiento es una baja talla para la edad. Se dice que ocurre cuando un niño o una niña tiene una baja estatura para su edad pero no tiene, necesariamente, bajo peso. Su causa es la ingesta inadecuada de nutrientes durante largos períodos, así como las infecciones reiteradas. Es uno de los principales indicadores de desnutrición crónica y entraña riesgos a largo plazo para el desarrollo.

Emaciación (desnutrición aguda): La emaciación es un bajo peso para la estatura. Se produce cuando una grave

carencia de alimentos o una enfermedad debilitante causa que los músculos y el tejido graso se atrofien. Se conoce también como "desnutrición aguda", pues se considera que se produce rápidamente, a diferencia del retraso en el crecimiento. Es un importante indicador de la mortalidad en la niñez.

El peso inferior al normal o peso para la edad refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica. Es la combinación de la talla correspondiente a la edad, o desnutrición crónica, y el peso correspondiente a la altura o emaciación.

2. LAS TASAS DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO DEL PERÚ FUERON PERSISTENTEMENTE ELEVADAS EN EL PASADO

A pesar del éxito económico del país durante el período 2000-06, las tasas de desnutrición crónica no se modificaron.



Reseña del capítulo

- En el año 2005, el 28 % de los niños en edad preescolar padecía desnutrición crónica. Durante más de 10 años, esta tasa casi no había sufrido ningún cambio.
- La pobreza, el desconocimiento y la falta de acceso a servicios sociales y sanitarios de calidad generaron tasas especialmente altas de retraso en el crecimiento en zonas rurales distantes, que los programas alimentarios ineficientes no lograron reducir.
- El crecimiento económico, la urbanización, la educación de las mujeres y el mejor acceso al agua contribuyeron a reducir la pobreza y las tasas de retraso en el crecimiento, pero esas medidas, por sí solas, no fueron suficientes.
- El porcentaje de peruanos que subsiste por debajo de la línea de pobreza se redujo en más de la mitad, del 58,7 % en el año 2004 al 22,7 % en 2014.
- La prosperidad desempeñó un papel importante en la reducción del retraso en el crecimiento infantil en el Perú, pero el papel de políticas específicas fue crucial para lograr un cambio de mentalidad y de alimentación.

La diversidad geográfica y poblacional del Perú

La geografía del Perú es extraordinariamente diversa pues abarca la planicie costera occidental (la costa); la montañosa y accidentada cordillera de los Andes, situada en el centro del país (la sierra), y las tierras bajas orientales de la cuenca del Amazonas (la selva). Alrededor de un tercio de sus 31 millones de habitantes vive en la franja costera desértica, con una gran concentración en Lima, la ciudad capital. La

región andina, o la sierra, es el área central de la población indígena del país. Aproximadamente la mitad de la población nacional vive en esta región. Las laderas orientales de los Andes y el bosque pluvial cercano están poco poblados.

La latitud del país, las cadenas montañosas, las marcadas variaciones en la topografía y el océano crean zonas climáticas muy diversas. El Perú es vulnerable a los desastres naturales, entre los que se incluyen inundaciones y

deslizamientos de tierra. Asimismo, la diversidad geográfica impide llegar con facilidad a zonas distantes y aumenta el costo de proporcionar servicios públicos. En las regiones de la sierra y la selva, con sus comunidades distantes, es difícil movilizarse.

En la actualidad, más del 75 % de la población vive en zonas urbanas a raíz de las grandes obras de urbanización que se llevaron a cabo durante los últimos 60 años.

El Perú, el hogar del Imperio incaico, fue la cuna de una de las civilizaciones más antiguas del planeta y la más antigua de América. Tiene tres idiomas oficiales, en consonancia con las principales etnias de sus grupos poblacionales: alrededor del 84 % habla español; un 13 %, quechua, y menos del 2 %, aymara.

Desde hace más de 10 años, el Perú disfruta del éxito de estos esfuerzos.

El Perú tiene una población relativamente joven, con una edad media de 27 años, pero se encuentra claramente en un período de transición demográfica, dado que alrededor de un cuarto de la población tiene menos de 16 años, el grueso de los habitantes tiene entre 25 años y 40 años (40 %) y la población de habitantes mayores de 65 años va en aumento (7 % en 2016).

El Perú es hoy una “estrella” del crecimiento

Aunque el país ha gozado de estabilidad política durante varios decenios, durante gran parte del siglo xx padeció golpes de Estado y un conflicto armado, que ocasionaron un elevado desempleo, pobreza y retrocesos económicos. Hoy, se considera que el Perú es una “estrella” del crecimiento. Ha logrado un “milagro económico” que le ha permitido reducir a la mitad la pobreza durante los 10 años del auge de los

precios del oro, el cobre y otros metales. El Perú cuenta con gran abundancia de estos y de otros recursos naturales. Asimismo, el país ha emprendido reformas para atraer un mayor volumen de inversión extranjera. En la actualidad, está clasificado como un país de ingreso mediano alto.

La mejora en las condiciones de vida de los pobres y del 40 % más pobre de la población ha sido notable.

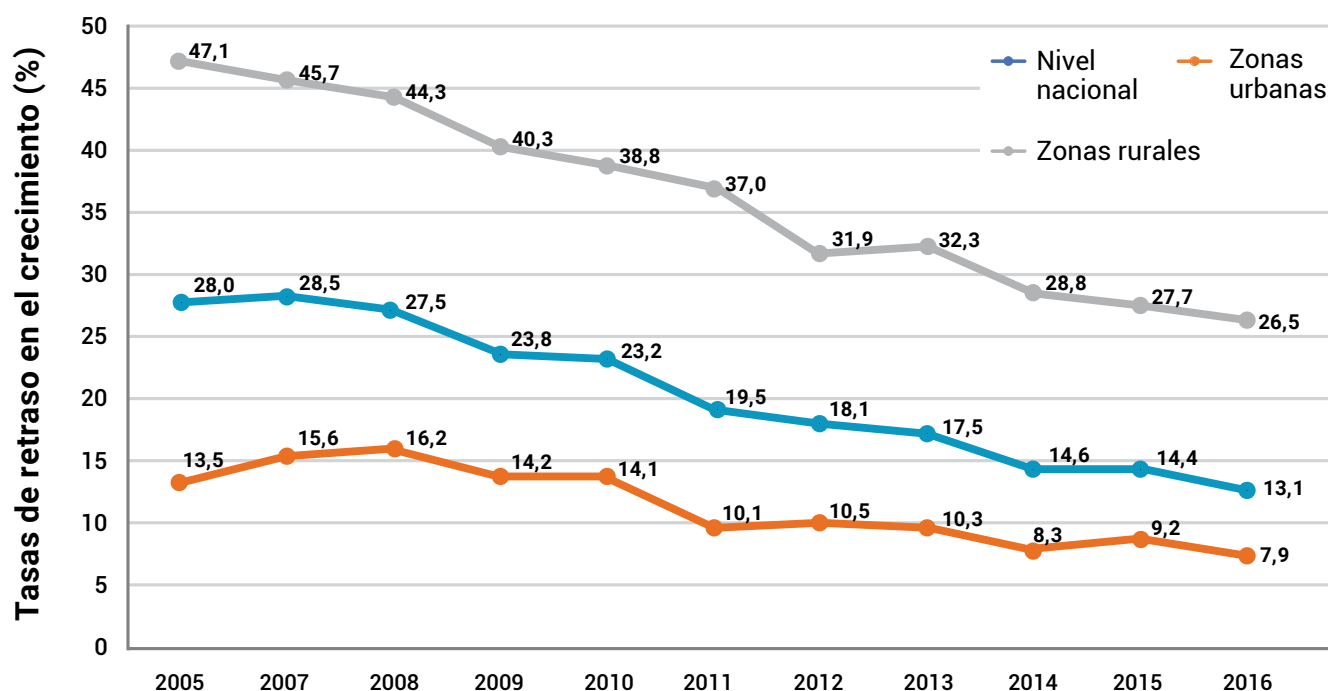
Las tasas de crecimiento económico, persistentemente elevadas durante más de un decenio, han sido fundamentales para reducir la pobreza monetaria y la extrema pobreza. Entre los años 2002 y 2013, la economía peruana se expandió a un ritmo anual del 6 %, porcentaje mucho más alto que el promedio de América Latina. El Perú duplicó su ingreso per cápita, hecho que representa un desempeño notable medido en función de los estándares mundiales. En ese período, el producto interno bruto (PIB) del país se triplicó, de casi USD 67 000 millones a más de USD 201 000 millones (Banco Mundial, 2015).

Asimismo, los beneficios económicos se han distribuido ampliamente. Los hogares de ingreso más bajo —el 40 % más pobre— se han beneficiado más del crecimiento que el promedio nacional. Su ingreso per cápita aumentó alrededor del 6,8 % al año durante el último decenio, frente a un aumento del 4,4 % para la población en su conjunto. Según datos del Banco Mundial, el porcentaje de peruanos que subsisten por debajo de la línea de pobreza se redujo en más de la mitad, del 58,7 % en 2004 al 22,7 % en 2014. El índice de Gini, un indicador de la desigualdad, cayó de 51 en 2004 a 44 en 2014 (Banco Mundial, 2015).

Los resultados sin precedentes obtenidos por el país en la lucha contra la desnutrición crónica pueden ahora agregarse también a su lista de logros en la primera parte del siglo xxi.



Gráfico 1: Resultados notables: Retraso en el crecimiento de niños y niñas menores de 5 años (2005-16)



Nota: Las Encuestas Demográficas de Salud Familiar (ENDES) comenzaron a implementarse en 1986. Hasta el año 2000, se recolectaban datos demográficos y sanitarios (incluidos los datos antropométricos) cada cinco años. En el año 2004, se comenzó a utilizar un formato de encuesta permanente para recabar datos todos los años. No obstante, la muestra no se diseñó inicialmente para calcular la prevalencia de la desnutrición. En el año 2007, con el lanzamiento del sistema de PPR, se amplió el tamaño de la muestra de la encuesta permanente, de modo que permitiera estimar la prevalencia de la desnutrición, por departamento, a partir de 2008. Dado el diseño de la muestra, se obtuvieron estimaciones de la desnutrición para los años 2005 y 2007, y en forma anual a partir de 2008.

Fuente: ENDES.

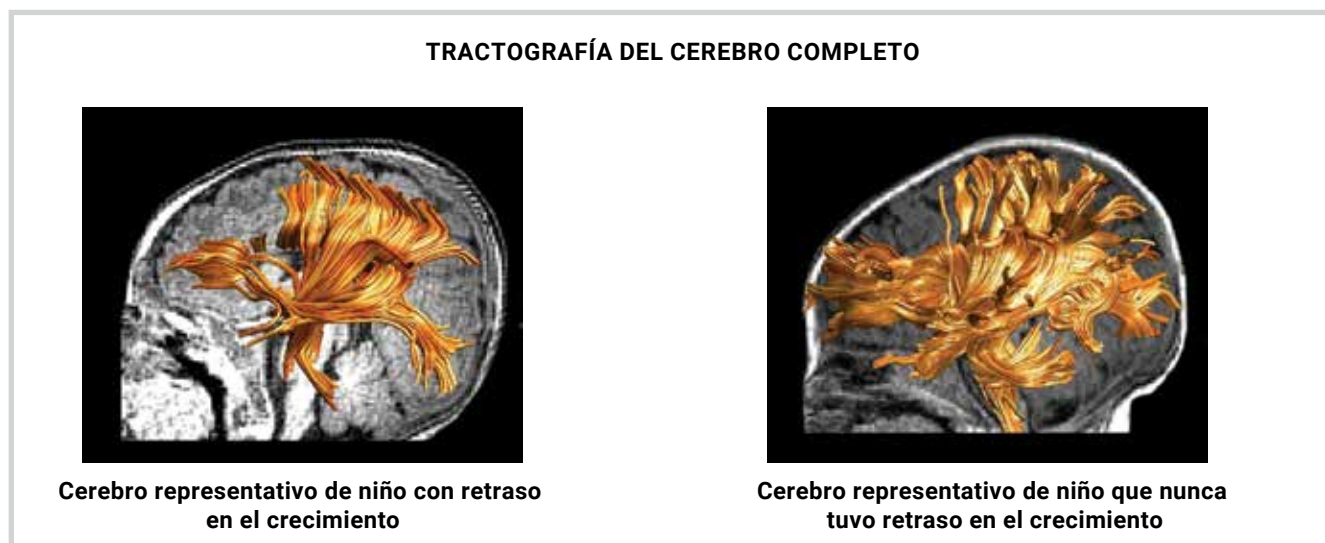
En el año 2005, el 28 % de los niños menores de 5 años padecía desnutrición crónica (gráfico 1). Durante más de 10 años, esta tasa casi no sufrió ningún cambio. En las zonas rurales, las zonas distantes y las regiones indígenas, en particular, los niveles de retraso en el crecimiento eran muy elevados. En las zonas rurales, la tasa de retraso ascendía al 47 %, triplicando con creces la de zonas urbanas (14 %). Este problema afectaba al 54 % de los niños menores de 5 años en el quintil más pobre, frente a tan solo el 4 % de esos niños en el quintil más rico.

La desnutrición crónica en la niñez tiene un impacto perjudicial que se prolonga durante toda la vida: el desarrollo

cerebral deficiente es la consecuencia más devastadora (gráfico 2). Se calcula que la desnutrición, además de causar casi la mitad de todas las muertes de niños menores de 5 años, reduce el PIB mundial entre USD 1400 billones y USD 2100 billones, es decir, una suma equivalente a toda la economía de África al sur del Sahara (Shekar *et al.*, 2016).

“¿El peruano medio tenía conocimientos sobre la desnutrición o se preocupaba por ella? Para muchos peruanos, era parte del Perú. Esta situación existía desde mucho tiempo atrás”, señaló Felipe Jaramillo, director a cargo de las operaciones del Banco Mundial en el Perú durante el período 2007-11.

Gráfico 2: Cerebro de un niño con desarrollo cerebral deficiente en comparación con el de un niño sano



Nota: Este gráfico muestra los efectos de la desnutrición crónica en los tractos de materia blanca. Específicamente, se utilizó imagenología de peso de difusión para examinar diversas fibras de materia blanca en un niño con retraso en el crecimiento (figura superior) y en uno que nunca lo tuvo (figura inferior), ambos de entre 2 y 3 meses de edad. Como se observa, la densidad y abundancia de esta red de fibras es mucho más elaborada en el niño sin retraso en el crecimiento que en el niño malnutrido. Es importante tener en cuenta que se trata de un solo niño (si bien representativo). Por lo tanto, estas conclusiones deben considerarse preliminares hasta que se repitan a nivel de grupo. Estos datos se recabaron como parte de un amplio programa de investigación que se lleva a cabo en Dacca (Bangladesh) —en el que participa el doctor Charles A. Nelson como investigador principal— con el respaldo de la Fundación Bill & Melinda Gates. Este estudio tiene por objeto examinar los efectos de la adversidad biológica y psicosocial en el desarrollo temprano del cerebro. La doctora Nadine Gaab y sus colegas están supervisando la sección de este proyecto relativa a las imágenes por resonancia magnética.

Fuentes: Nelson, 2016 y 2017.

El crecimiento económico contribuyó, indudablemente, a liberar recursos para destinarlos al primordial gasto social en el Perú, que incluye los caminos rurales y el acceso al agua. No obstante, el país logró reducir las tasas de retraso en el crecimiento a diferencia de otros países de todo el planeta que registraron tasas similares de crecimiento a principios del siglo XXI pero no lograron modificar las cifras de desnutrición crónica (recuadro 3).

“Tenemos, por ejemplo, una economía en crecimiento, con generación de empleo. Todo esto se traduce automáticamente en una salida de la pobreza, pero se necesita una redistribución social, que no entraña únicamente inyectar dinero en programas sociales sino también generar empleos, mejorar la educación y la salud”, señaló Jorge del Castillo, ex primer ministro del Perú.

“Es necesario tener un pilar de desarrollo económico y otro pilar de desarrollo social. El primero no puede crecer solo, debe crecer en forma simultánea con el segundo. Si solo hay desarrollo económico sin desarrollo social, la pobreza se

reduce en un punto. Esto se denominaba “chorreo”, señaló Del Castillo.

Puede suponerse que la transición demográfica, con la disminución de las tasas de fecundidad y el rápido aumento de la urbanización, ha contribuido a la tendencia secular (una tendencia no cíclica durante un período más prolongado) de mejoras en la situación nutricional de la población peruana. La labor de desentrañar estos efectos es difícil, debido a que existen muchos factores que contribuyen a la reducción del retraso en el crecimiento. Es posible que la urbanización haya tenido alguna incidencia. Sin embargo, se produjo gradualmente durante seis décadas y no explica la aceleración del ritmo de reducción de la desnutrición crónica. Asimismo, el mayor desplazamiento hacia zonas urbanas se produjo muchos años antes de que las mejoras en los niveles de retraso en el crecimiento resultaran visibles.

Entre los años 2007 y 2016, el número de niños con desnutrición crónica disminuyó un 49 % en áreas urbanas (de 310 000 a 157 000) y en un 50 % en zonas rurales

(de 452 000 a 228 000). En otras palabras, entre los años 2007 y 2016, se evitó que 153 000 niños menores de 5 años padecieran retraso en el crecimiento en zonas urbanas y que 224 000 en zonas rurales sufrieran el mismo destino. De este

modo, la reducción en zonas rurales representó el 59 % de la reducción general en el ámbito nacional durante el mismo período¹.

RECUADRO 3: Cuando el crecimiento económico no es suficiente

¿El sólido crecimiento económico del país contribuyó a su éxito en la lucha contra el retraso en el crecimiento? Con toda seguridad, pero no fue el único factor.

Un sencillo examen de la relación entre las tasas de pobreza y la desnutrición crónica que existen hoy en el país permite establecer que los ingresos constituyen solo una parte de la solución, especialmente en las zonas rurales. Los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y de la ENDES del Perú indican que el crecimiento no es lo único necesario para reducir la desnutrición crónica. La correlación entre la pobreza y la desnutrición crónica en los distritos urbanos es tan solo de 0,4 y asciende a la mitad de esa cifra en los distritos rurales (anexo).

En otro estudio, los datos de las siete encuestas nacionales de salud que se realizaron de 2009 a 2015 demuestran que los servicios de nutrición y salud relacionados con el Programa Articulado Nutricional (PAN) —como las vacunaciones y el seguimiento y la promoción del crecimiento a los que el MEF asignaba prioridad a través del PPR— se asocian con tasas más bajas de retraso en el crecimiento en los niños nacidos después de 2009, independientemente del quintil de ingreso o la educación de la madre (Cordero, en prensa).

Estudios realizados recientemente por Galasso y Wagstaff sugieren que el crecimiento puede explicar, por sí solo, hasta el 50 % de la disminución de la desnutrición

crónica en el Perú. Es probable que la disminución acelerada de las tasas de retraso en el crecimiento obedezca a los cambios sistémicos de políticas (anexo). La reacción histórica de la desnutrición crónica frente al crecimiento económico que se registró en el Perú antes de 2006 (cuando un aumento del 10 % en el crecimiento económico se tradujo en una disminución de 6 puntos porcentuales en la desnutrición) concuerda con las estimaciones de distintos países (Ruel y Alderman, 2013).

Las investigaciones de Mejía Acosta (2011) y el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) (2015) respaldan esta conclusión y ponen de relieve que el éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica ha obedecido a buenas políticas más que a un sólido crecimiento².

Mejía Acosta señaló que el éxito del Gobierno en la reducción de la desnutrición estaba menos relacionado con factores estructurales, como el crecimiento económico o el auge de los productos básicos, que con mejoras en la política de nutrición. En su opinión, esas mejoras están asociadas con los siguientes aspectos: i) mayores esfuerzos del Gobierno para crear estructuras y mecanismos nacionales de coordinación; ii) el aumento del gasto público (y privado) destinado específicamente a programas de nutrición, y iii) la armonización de los programas sociales con la estrategia nacional de nutrición, denominada “Crecer”, que se centraba en los grupos de mayor riesgo.

¹ Asimismo, cabe señalar que el número absoluto de niños menores de 5 años se mantiene constante en el tiempo en zonas urbanas y en alrededor de 2 millones.

	Número total de niños (0-5 años)	Niños de zonas urbanas (0-5 años)	Niños de zonas rurales (0-5 años)	Número de niños con retraso en el crecimiento (zonas urbanas)	Número de niños con retraso en el crecimiento (zonas rurales)	Número de niños con retraso en el crecimiento (total)
2017	2 976 799	1 988 574	988 574	310 163	451 779	761 942
2016	2 845 845	1 988 207	857 638	157 068	227 274	384 343
Variación absoluta				153 095	224 504	377 599
Variación porcentual				49 %	50 %	
Contribución a la reducción total				51 %	59 %	

² El modelo de GRADE indica que si bien la educación y la talla de las madres eran variables explicativas importantes, algunos efectos también estaban asociados con la vacunación y los controles prenatales. El efecto asociado con los CRED fue muy pequeño (posiblemente debido a la calidad del asesoramiento). También se estableció que el acceso al agua era una variable significativa e importante, mientras que el mayor efecto estaba relacionado con los ingresos de los hogares y la comunidad o la presencia de un entorno propicio. La talla y la educación de las madres, así como el orden cronológico de los nacimientos estaban asociados con un efecto más potente entre ciertos subgrupos de edad, al igual que la vacunación (durante el primer año) y los CRED (durante los primeros meses de vida) (GRADE, 2015).

La falta de visión y voluntad política, y un conjunto de programas de nutrición dispersos y carentes de coordinación ocasionaron tasas de retraso en el crecimiento persistentemente elevadas, que se estancaron durante la mayor parte de un decenio y luego comenzaron a bajar en el año 2008. El éxito económico no estaba “chorreando” para reducir la desnutrición crónica y ponía en peligro las perspectivas de crecimiento a largo plazo del país.

Hasta el año 2002, el Gobierno había destinado alrededor de USD 250 millones al año a programas alimentarios y nutricionales (Rogers *et al.*, 2002). Sin embargo, gran parte de ese gasto se destinó a niños y niñas mayores de 2 años, por lo cual se registraron pocos cambios en las tasas de desnutrición crónica del país. Fue claro, por lo tanto, que se necesitaban otras políticas.

La desnutrición crónica estaba arraigada en la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud, saneamiento, agua y otras prestaciones sociales. En el año 2006, la noción de que la desnutrición crónica obedece a múltiples causas que se refuerzan mutuamente recién comenzaba a cobrar fuerza en el país. En la actualidad, existe consenso científico al respecto.

El resto de la presente publicación gira en torno a las medidas que adoptó el Perú para reducir a menos de la mitad la desnutrición crónica en menos de 10 años y que incluyeron cambios en las políticas y las actitudes.



3. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: ASIGNAR A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EL CARÁCTER DE PRIORIDAD NACIONAL

El Perú mostró un nivel de compromiso político sin precedentes con la salud de sus niños.

Reseña del capítulo

- La Iniciativa contra la Desnutrición Infantil incorporó la desnutrición crónica en la agenda política de las elecciones de 2006, en cuyo marco los candidatos presidenciales se comprometieron a reducir en 5 puntos porcentuales la desnutrición de niños y niñas menores de 5 años en un plazo de 5 años.
- La Iniciativa argumentó con éxito que el recurso más valioso del Perú era su población y que existía una oportunidad para atacar la desnutrición crónica durante los primeros 1000 días del desarrollo del niño.

La campaña electoral de 2006 en favor del cambio

A través de una campaña notable para combatir la desnutrición crónica en los niños se logró incluir la nutrición como un punto firme en la agenda política de 2006, un año electoral.

La Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, un grupo de la sociedad civil integrado por 18 ONG nacionales e internacionales, y otros socios en la tarea del desarrollo, encabezados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), CARE Perú y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), instó al Perú a establecer objetivos y políticas que le permitieran aprovechar su creciente prosperidad económica para reducir el retraso en el crecimiento infantil.

Las funciones de la Iniciativa incluían analizar las medidas del Gobierno para combatir la desnutrición y publicar informes al respecto, así como exigir a los funcionarios electos que rindan cuentas del cumplimiento, o incumplimiento, de su compromiso de atacar el problema. Los informes fueron cruciales para dar a conocer los esfuerzos regionales y locales, y para elaborar un parámetro de referencia oficial. Esta medida, junto con el sistema de PPR incorporado por el MEF, creó sólidos incentivos para que los Gobiernos regionales emprendieran iniciativas en favor de la nutrición.

En un documento de 2011, Mejía Acosta puso de relieve el papel fundamental que desempeñaron la sociedad civil y las organizaciones de ayuda internacional para incorporar la desnutrición crónica en la agenda nacional.

Su trabajo concluía: "Una de las características más destacadas del éxito peruano es el papel fundamental que desempeñaron el sistema de ayuda internacional y las organizaciones de la sociedad civil en la formación, a principios de 2006, de la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, que reconoció la naturaleza multicausal del problema e influyó eficazmente en el Gobierno para que este diera prioridad a la asignación de recursos y a la elaboración de políticas basadas en tácticas comprobadas para combatir la desnutrición crónica infantil".

Si bien la receta del Perú para acelerar la disminución de las tasas de retraso en el crecimiento tenía, sin duda alguna, muchos ingredientes, los cambios en la política económica del país fueron fundamentales para elaborar un conjunto de medidas que permitieron lograr una reducción sostenida de la desnutrición crónica. La combinación correcta de elementos únicos promovió el compromiso político en favor de la reducción de la desnutrición crónica.

La comunicación fue esencial para lograr que el "problema invisible" resultara visible. Con ese fin, se establecieron metas sencillas que se comprendían fácilmente y se incluyeron ejemplos de la manera en que se podían alcanzar. A través de videos y anuncios publicitarios de televisión se logró movilizar a promotores en los niveles más altos del Gobierno y se ayudó a los padres a comprender en qué consistía el retraso en el crecimiento. Todas las personas en todos los estamentos de la sociedad peruana tomaron conciencia

rápidamente de la urgente necesidad de abordar el problema, así como de la rentabilidad de la inversión.

Existe un sólido conjunto de evidencias que demuestran el elevado rendimiento económico de las inversiones en nutrición: la disminución de la desnutrición crónica genera USD 11 por cada USD 1 invertido (Shekar *et al.*, 2017). Por último, los donantes y prestamistas internacionales estaban dispuestos a movilizar un volumen significativo de recursos para lograr resultados en la esfera de la nutrición y proporcionaron apoyo técnico al Perú para invertir en nutrición.

El objetivo 5 por 5 por 5

La campaña que realizó la Iniciativa contribuyó a que la desnutrición se incluyera como un punto firme de la agenda política en las elecciones de 2006 al lograr que, inicialmente, 10 candidatos presidenciales firmaran un compromiso para reducir en 5 puntos porcentuales la desnutrición de niños y niñas menores de 5 años en el plazo de 5 años. Fundamentalmente, el objetivo 5 por 5 por 5 se asentó en las medidas experimentales para reducir la desnutrición crónica en el Perú que llevaron a cabo con éxito organizaciones como UNICEF, CARE Perú y otras ONG, que habían aunado sus esfuerzos en el marco de la Iniciativa.

Las metas y los mensajes simples y accesibles fueron claves en la campaña para reducir la desnutrición crónica en los niños. No solo se ponía el énfasis en lo que había que lograr, sino también en cómo hacerlo.

Además de establecer el objetivo 5 por 5 por 5, la Iniciativa convenció a los candidatos presidenciales de la eficacia de su proyecto estratégico para combatir la desnutrición crónica y les ofreció apoyo para implementar un programa a nivel nacional³.

"Decidimos que, si el Gobierno podía reducir en 5 puntos porcentuales la desnutrición de niños y niñas menores de 5 años en el plazo de 5 años, ese logro constituiría un avance enorme, dado que hasta el momento se había producido un estancamiento", señaló Milo Stanojevich, director nacional de CARE Perú, una ONG que trabaja para reducir la pobreza.

"Visitamos a los candidatos, uno por uno, y comenzamos a conversar con ellos. Logramos que un candidato firmara un compromiso de una página de extensión. ¡Una vez que firmó el primero, los demás también firmaron!".

En el marco de la campaña se recomendaron 10 medidas que permitirían al Gobierno reducir la desnutrición infantil en los primeros cien días de su mandato. Con ese fin, era necesario formular un plan concertado para poner en marcha inversiones y ejecutar programas nutricionales multisectoriales bajo la dirección de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) y con plena participación de los gobiernos locales⁴.

La Iniciativa fue más que un agente catalizador del cambio. Brindó apoyo de vital importancia al Gobierno —en los ámbitos tanto nacional como regional— para cumplir sus promesas y ofreció apoyo técnico junto con el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales para garantizar la implementación de la estrategia nacional de manera eficaz y eficiente.

Al año siguiente, el esfuerzo para reducir la desnutrición crónica cobró impulso, pues el Perú estaba decidido a lograr resultados.

"Si me preguntan quién es el paladín peruano de la lucha contra los problemas nutricionales, no podría mencionar un nombre", afirmó Carolina Trivelli, ministra de Desarrollo e Inclusión Social de 2011 a 2013. "No hay un único héroe nacional".

El experto en nutrición y desarrollo de renombre internacional Alan Berg es famoso por identificar el problema de la nutrición como uno global. Con mucha frecuencia se percibía que la nutrición era "un problema que concernía a todos pero nadie asumía la responsabilidad de solucionarlo" (Berg, 1973). El Perú entendió que para combatir el retraso en el crecimiento debía crear incentivos para que todos —desde las madres, los médicos, las enfermeras y los funcionarios públicos hasta los políticos y las organizaciones internacionales— fueran partícipes del éxito en reducir las tasas de desnutrición crónica.

³ Una vez electo, el presidente García redobló la apuesta al aumentar el objetivo a 9 puntos porcentuales en el plazo de 5 años.

⁴ Las 10 recomendaciones incluían las siguientes: i) ratificación presidencial del objetivo 5 por 5 por 5, ii) asignación de la responsabilidad de la estrategia en materia de seguridad alimentaria a la PCM, iii) reactivación de la Comisión de Seguridad Alimentaria, iv) compromiso presidencial de presentar informes anuales sobre la nutrición, v) formulación de un plan claro y concertado para implementar programas de nutrición, vi) implementación de un programa nacional para fortalecer la capacidad de los Gobiernos municipales; vii) asignación de por lo menos el 30 % del presupuesto de los Gobiernos locales y regionales a actividades relacionadas con el mejoramiento de la situación nutricional de los niños, viii) asistencia técnica del MEF a los Gobiernos regionales y locales para la elaboración de proyectos de inversión pública, ix) creación de mecanismos de rendición de cuentas en los Gobiernos municipales respecto de las medidas emprendidas para mejorar la situación nutricional y, finalmente, x) implementación de un programa de incentivos para que los Gobiernos municipales recompensen el desempeño en actividades dirigidas a reducir la desnutrición crónica.

4. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: UNA ESTRATEGIA PLURIDIMENSIONAL ORIENTADA A LOS RESULTADOS

La implementación del programa de transferencias monetarias condicionadas Juntos y la aplicación de la estrategia nacional de nutrición Crecer fueron pasos fundamentales en la lucha del Perú contra el retraso en el crecimiento entre los años 2005 y 2007.

Reseña del capítulo

- En el año 2005, la implementación de las transferencias monetarias condicionadas en el marco del programa Juntos proporcionó incentivos a las madres para que llevaran a sus hijos a controles de salud en las clínicas situadas en zonas rurales.
- El programa incrementó la demanda de servicios de salud preventiva y nutrición al alentar a las madres a modificar sus prácticas en materia de salud, nutrición e higiene.
- En el año 2007, la implementación de Crecer, la estrategia nacional para combatir la pobreza y la desnutrición crónica de niños y niñas, puso el acento en un gasto social más eficaz en función de los costos, consolidando los programas de salud y nutrición con énfasis en la salud materno-infantil, la inscripción de los nacimientos y el acceso a servicios sociales.
- El gasto se centró en “intervenciones clave”: vacunaciones para reducir las enfermedades infecciosas de la niñez, el seguimiento y la promoción del crecimiento de lactantes y niños pequeños, así como prácticas de alimentación e higiene en el hogar.
- El Gobierno se focalizó en las áreas más pobres con las tasas más altas de retraso en el crecimiento, estableció metas claras y duplicó el gasto para aplicar la estrategia.



La puesta en marcha del programa Juntos promovió un cambio de mentalidad

En el marco del programa Juntos, creado en 2005, se animaba a las mujeres embarazadas y a las madres de niños de hasta 2 años de edad a concurrir a las clínicas situadas en zonas rurales para someterse a controles de salud y nutrición, a cambio de lo cual recibían, cada dos meses, transferencias monetarias por un valor de PEN 200. De esta manera, los padres, médicos y enfermeras podían realizar un seguimiento del crecimiento y el desarrollo de los niños más pobres del país. Además, se exhortaba a las madres a matricular y mantener en la escuela a sus hijos de entre 6 y 19 años de edad. El programa Juntos se inspiró en un exitoso programa similar de TMC, ejecutado en México y denominado "Progresar/Oportunidades".

Gracias a un eficaz sistema de focalización, los habitantes más pobres recibieron el apoyo vital que necesitaban. En el programa Juntos, este procedimiento constaba de tres pasos: i) la focalización geográfica, que identificaba los distritos prioritarios en los lugares más pobres del Perú, se basaba en criterios de selección que abarcaban una combinación de las necesidades básicas y estimaciones de la brecha de la pobreza e índices de pobreza extrema y de desnutrición, y tenía en cuenta el porcentaje de pueblos afectados por la violencia política; ii) la focalización en los hogares, que se basaba en un sistema de comprobación indirecta de los medios económicos⁵, implementado por el INEI, y, finalmente, iii) la validación comunitaria de la lista de hogares seleccionados.

Si bien no es posible atribuir la disminución de la desnutrición crónica en el Perú a un único programa, el programa de TMC fue un importante catalizador de mejoras en la prestación de servicios de salud y nutrición en todo el país, tanto en términos de cobertura como de calidad de los servicios⁶. El programa Juntos incrementó la demanda de servicios de salud preventiva y nutrición, y eso generó la oportunidad para que los trabajadores sanitarios alentaran a las madres a modificar sus prácticas de salud, nutrición e higiene. Esta

medida fue fundamental para reducir la desnutrición crónica en todo el país.

Si bien en un principio el programa Juntos debió superar algunas dificultades relacionadas con la cobertura de los servicios de nutrición y la vinculación de la población a estos, estas deficiencias iniciales se fueron solucionando cuando la desnutrición crónica ocupó un lugar más prominente en la agenda política y el Perú asignó carácter de prioridad nacional al retraso en el crecimiento. El programa dio un especial énfasis en mejorar la inscripción de niños y niñas de corta edad en el padrón nominal y la verificación de su participación en servicios de salud y nutrición, debido a la importancia de llegar a los niños lo antes posible, dentro de sus primeros 1000 días de vida⁷.

En el año 2007, el programa Juntos abarcaba unos 373 000 hogares. En el año 2016, esta cifra se había duplicado, con creces, a 772 000 hogares en las zonas rurales más pobres del Perú (alrededor de un cuarto de los hogares pobres del país).

La cobertura del seguro de salud se amplió con el objeto de lograr que los niños y las niñas más vulnerables recibieran servicios de salud y nutrición

El programa Juntos asignó gran importancia a los servicios de salud preventiva y capitalizó el éxito del Seguro Integral de Salud (SIS), un programa de seguro de salud para los hogares pobres creado en el año 2002.

El SIS fue el primer plan integral de seguro focalizado en los pobres que implementó el sector público en el Perú e incrementó la cobertura de los habitantes más vulnerables. Su objetivo consistía en reducir los obstáculos económicos a través de la eliminación de los cargos del usuario para un conjunto de servicios. El programa financiaba una parte de los servicios de salud mediante el reembolso de los costos variables (es decir, sin incluir los salarios) asumidos por los proveedores de servicios frente a los hospitales nacionales y los Gobiernos regionales. El SIS representó, en la práctica, el primer paso para planificar los presupuestos en consonancia con la demanda de servicios.

⁵ La expresión "comprobación indirecta de los medios económicos" se utiliza para describir una situación en la que la información sobre las características del hogar o del individuo correlacionada con los niveles de bienestar se utiliza en un algoritmo formal para representar el ingreso, el bienestar o las necesidades del hogar (Grosh y Baker, 1995).

⁶ La evidencia respecto del impacto del programa Juntos en el retraso en el crecimiento infantil es diversa. En el estudio de Escobal y Benites (2012) no se observaron pruebas concluyentes de la vinculación entre la disminución de la desnutrición crónica y la participación en el programa Juntos. En el estudio de Jaramillo y Sánchez (2012) se concluyó que el programa Juntos está asociado a disminuciones de la desnutrición grave entre los niños beneficiarios menores de 5 años y que la reducción de la desnutrición, tanto moderada como grave, predominó en mayor medida entre los hijos de madres más educadas. En un informe más reciente de Sánchez, Meléndez y Behrman (2016), se presentaron conclusiones similares, dado que no se observaron efectos en la desnutrición crónica en general pero sí fuertes efectos en la desnutrición grave en el caso de los hermanos de niños beneficiarios del programa Juntos cuando tenían menos de 3 años de edad.

⁷ Los primeros 1000 días abarcan el período comprendido entre la concepción del niño y la fecha en que cumple 2 años. Estos 1000 días, aproximadamente, son fundamentales para el desarrollo del cerebro y se considera que la desnutrición en este período es reversible. En este sentido, esos 1000 días son la época más crucial para lograr un impacto positivo en el desarrollo cognitivo y físico del niño.

Entre los años 2005 y 2014, el porcentaje de la población con cobertura de algún seguro de salud aumentó de 38 % a 70 %. El aumento fue mucho mayor entre los habitantes pobres y vulnerables, cuya cobertura, gracias al SIS, aumentó de 32 % a 75 % en el mismo período.

Entre tanto, la colaboración intersectorial entre el sector de salud y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) generó un aumento de las inscripciones y afiliaciones. El énfasis asignado en el programa Juntos a promover la demanda de servicios por parte de los padres, en particular la inscripción de los nacimientos y la participación en servicios de salud preventiva, produjo resultados muy satisfactorios y fue fruto de una combinación de esfuerzos realizados en forma simultánea por varios sectores.

Con Crecer, la estrategia nacional de nutrición, se puso el acento en las zonas más pobres y los niños más necesitados

En el año 2007, tras la implementación de la estrategia Crecer, el Gobierno nacional y los Gobiernos regionales y municipales adoptaron medidas para reducir la pobreza e impulsar el desarrollo en cooperación con el sector privado, organismos internacionales de desarrollo y organizaciones de base. Con ese fin, el Gobierno tuvo que combinar elementos independientes de diversas iniciativas diferentes para reducir la ineficiencia en el gasto social. Unos 82 programas públicos se consolidaron en 26 iniciativas centradas en la pobreza y la salud infantil tras un examen riguroso de la evidencia internacional y de los resultados de esos programas. Entre las más importantes, cabe citar las iniciativas para proporcionar servicios de salud materno-infantil, la inscripción de los nacimientos y el aumento del acceso a otros servicios sociales.

La importancia de la estrategia Crecer se reflejó en el poder político que la respaldaba.

La PCM asumió la dirección de la estrategia y garantizó la cooperación entre organizaciones públicas y privadas y entre ministerios gubernamentales, regiones y municipios.

“Cuando la desnutrición en tu propio país es tan elevada y tú no estabas al tanto, el alma se rebela y te preguntas qué puedes hacer para solucionar el problema”, señaló el ex primer ministro Jorge del Castillo. “Yo no podía aceptar que más de la cuarta parte de los niños peruanos se encontrara en esa situación”.

La PCM se convirtió en un poderoso centro que coordinaba, en el corazón mismo del Gobierno, todas las iniciativas del Perú para combatir la pobreza y la desnutrición.

La estrategia Crecer tenía su propia secretaría, y eso subraya la importancia de la iniciativa.

Inspirándose en el Marco Conceptual de la Desnutrición Infantil de UNICEF, en la estrategia Crecer no se puso el acento únicamente en los síntomas de la desnutrición, sino también en sus causas directas y subyacentes.

Inicialmente, la estrategia Crecer benefició a 1 millón de niños menores de 5 años con especial atención a sus primeros 1000 días de vida. El programa se focalizó primero en los lugares más pobres del Perú.

“La esencia de Crecer, la estrategia para combatir la pobreza y la desnutrición, consistía en brindar asistencia a los distritos más pobres, a los 880 distritos más pobres (de un total de 1838 distritos en el Perú), porque allí era donde más se necesitaba”, señaló Iván Hidalgo, un excoordinador de Crecer y viceministro de Desarrollo Social.

“Lo más fácil es trabajar en zonas urbanas, pero ¿y el resto del país? ¿Quiénes son los que necesitan la ayuda en primer lugar? En estos distritos la pobreza superaba el 50 %, el analfabetismo y la desnutrición ascendían a más del 30 %, cifras muy superiores al promedio nacional. Los distritos se seleccionaron sobre la base de estos criterios”, señaló Hidalgo.



La estrategia constaba de tres elementos centrales.

En primer lugar, se señalaba con énfasis que la nutrición era un problema mucho más amplio que la simple distribución de alimentos. Los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, el acceso a servicios de salud, la educación y el empoderamiento de las mujeres en comunidades rurales distantes y pobres eran fundamentales para reducir el retraso en el crecimiento. Era imposible combatir ese flagelo de manera eficaz sin llevar a cabo, en forma regular, actividades de seguimiento y promoción del crecimiento de los niños y las niñas, sin luchar contra las enfermedades infecciosas y sin mejorar los servicios de saneamiento y el acceso al agua.

En segundo lugar, la estrategia Crecer destacaba la importancia de la coordinación horizontal entre los ministerios y los organismos públicos, y de la vertical entre las autoridades nacionales, regionales y municipales.

Por último, aunque fue lo más importante para la efectiva aplicación de la estrategia, se tomó la decisión de otorgar la facultad (y los recursos) para solucionar el problema a los Gobiernos regionales y municipales, al mismo tiempo que se les exigió rendir cuentas de los resultados.

El Perú reconoció que la falta de alimentos suficientes no era la única causa de la desnutrición crónica.

“El [antiguo] concepto de lucha contra la desnutrición era limitado, porque solo se centraba en los alimentos”, señaló Nelly Huamaní, coordinadora de proyectos de la Dirección General de Presupuesto Público del MEF. “En el [nuevo] concepto no se proponía excluir los alimentos porque el país ya estaba realizando una gran inversión en esa área. No obstante, había otro aspecto que no se tenía en cuenta en la lucha contra la desnutrición crónica: la reducción de las enfermedades infecciosas de la niñez. Con ese fin, por lo tanto, debíamos asignar recursos para brindar consejos sobre nutrición y distribuir las nuevas vacunas para combatir la neumonía y la diarrea”.

Focalización en el seguimiento y la promoción del crecimiento

La estrategia Crecer focalizó el gasto en “intervenciones clave”.



RECUADRO 4: ¿Qué sucede durante el programa de seguimiento y promoción del crecimiento denominado CRED?

Si bien los protocolos de CRED están en vigor desde hace un tiempo, las reformas incorporadas entre los años 2008 y 2010 a través del sistema de presupuesto por resultados garantizaron que los insumos mínimos necesarios para proporcionar servicios de CRED en los centros de salud estuvieran disponibles en todo el país y, en particular, en las zonas con las tasas más elevadas de desnutrición.

A diferencia de épocas anteriores, María González⁸, de 24 años y oriunda de Santa María, dedicó más atención a controlar que su aumento de peso fuera saludable durante su embarazo. Se le suministraron suplementos de hierro y ácido fólico por lo menos durante tres meses y se le indicó cómo y cuándo debía ingerir las pastillas, dado que sus efectos secundarios, como molestias momentáneas, podían evitarse. Los suplementos de hierro y ácido fólico fueron fundamentales para garantizar que los niveles de hierro de María fuesen adecuados y se evitase así una anemia, condición que aumenta el riesgo de hemorragias (y también, posiblemente, el riesgo de muerte) durante el parto. Durante las últimas semanas de su embarazo, María le transfirió hierro a Isabella (la niña que llevaba en su vientre) para que acumulara una reserva suficiente para los primeros seis meses después del nacimiento. Esto compensa los bajos niveles de hierro en la leche materna durante el período de seis meses de lactancia materna exclusiva. María y otras madres recibieron valiosa información sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante las visitas regulares de control prenatal a los centros de salud, así como consejos y asesoramiento constante en caso de surgir algún problema durante los posteriores controles regulares de su bebé⁹, que se extendían hasta que el niño o la niña cumplía 2 años. María recibió información crucial sobre higiene personal y lavado de manos, y se la exhortó a inscribir su bebé en el padrón nominal y a afiliarse al SIS. También recibió consejos intensivos durante el importante período de alimentación complementaria después de los 6 meses de edad, cuando el lactante comienza a ingerir alimentos sólidos, hasta que

Isabella cumplió los 24 meses. Para entonces, personal sanitario capacitado había realizado un seguimiento del crecimiento de la niña y la había sometido a controles casi 20 veces. Los trabajadores sanitarios de su comunidad estaban entrenados y recibían material educativo que les permitía abordar cualquier problema que se le planteara a María y ayudarla a encontrar una solución adecuada.

Durante cada visita de control, además de verificar que el bebé gozaba de buena salud, se dedicaba especial atención a registrar el peso del niño y, más importante aún, su talla y edad con el objeto de estar en condiciones de realizar un atento seguimiento de su adecuado crecimiento. La medición de la talla en forma regular (mensual) y el hecho de prestar atención al aumento de la estatura fueron novedosos. Previamente, y en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, la mayoría de los programas de seguimiento y promoción todavía se centraba en el aumento de peso. Dependiendo del progreso del niño, los consejos se adaptaban a cada caso en particular. En caso de alteración del crecimiento, se efectuaba un control para verificar si el niño padecía alguna enfermedad subyacente, se le recetaba un tratamiento y se le brindaban consejos en materia de nutrición. En el caso de Isabella, durante las visitas al centro de salud se la vacunó de acuerdo con el esquema estándar y se le recetó vitamina A; además, se aconsejaron otros micronutrientes, como el uso de sal yodada y suplementos de múltiples micronutrientes (denominados “chispitas”)¹⁰ que se pueden incorporar directamente en los alimentos.

El principal objetivo de las sesiones regulares de seguimiento y promoción del crecimiento, o CRED en el Perú, es evitar que los niños sufran alteraciones del crecimiento y no alcancen la talla correspondiente a su edad. Es un esfuerzo de colaboración entre los padres y los trabajadores sanitarios, en el ámbito tanto de la comunidad como del centro de salud, respaldado por toda la población.

⁸ Los nombres son ficticios.

⁹ Control del recién nacido a los 7 y 15 días del nacimiento; control mensual de lactantes desde el mes hasta los 11 meses de vida; control del niño de entre 12 y 23 meses cada dos meses; control de los niños de entre 24 y 29 meses de vida cuatro veces al año.

¹⁰ Las chispitas son suplementos de micronutrientes en polvo, en paquetes monodosis de vitaminas y minerales, que se pueden esparcir sobre cualquier alimento semisólido listo para consumir elaborado en el hogar, en la escuela o en cualquier otro lugar de consumo. El producto en polvo se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual (http://www.who.int/elena/titles/micronutrientpowder_infants/es/).

Una de las prioridades fue establecer programas de seguimiento y promoción del crecimiento de lactantes y niños de corta edad en centros de salud y pequeños puestos sanitarios, además de brindar asesoramiento sobre nutrición, cuidado del niño e higiene, ofrecido por el personal sanitario a mujeres embarazadas y madres.

Durante esas sesiones, se administraban a los niños vacunas contra el rotavirus, que puede causar gastroenteritis, y contra el neumococo, la causa más común de infecciones a través de la circulación sanguínea, neumonía, meningitis e infecciones del oído medio en niños de corta edad (recuadro 4).

Asimismo, como parte del asesoramiento nutricional, se animaba a las mujeres a practicar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. Además, se invitaba a las madres a asistir a clases de cocina y se les brindaba asesoramiento sobre la alimentación complementaria para niños de 6 a 24 meses de edad, en particular respecto de la importancia de incluir proteínas y alimentos ricos en hierro en sus dietas.

No obstante, para alcanzar las metas establecidas por el Gobierno en Lima se necesitaba el compromiso, la cooperación y la coordinación de todos los habitantes del país.

“Un hecho clave que ha propiciado los avances en la reducción de la desnutrición crónica fue contar con objetivos y metas claras, y con indicadores muy precisos. A partir de estos componentes, es posible generar compromisos”, señaló un funcionario público de Huánuco que participó en una serie de entrevistas que se llevaron a cabo con grupos de debate en enero de 2017.

Compromiso, cooperación y coordinación en todas las esferas del Gobierno

Si se considera la complejidad y la escala de la política regional en el Perú, la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil puso gran empeño en persuadir a las autoridades nacionales, regionales y municipales de la necesidad de trabajar en estrecha colaboración para alcanzar el éxito en la lucha contra la desnutrición.

En el año 2007, la PCM organizó, con apoyo del Banco Mundial, una conferencia con los gobernadores regionales para convencerlos de que respaldaran la campaña para combatir la desnutrición crónica.

“Argumentamos que la campaña sería un éxito y les preguntamos: ¿Quieren participar en ese éxito?”, señaló John Newman, un exgerente a cargo de las operaciones del Banco Mundial en el Perú.

El Gobierno alentó a las regiones, los distritos y los municipios a asumir la responsabilidad de cumplir las metas de nutrición. Inicialmente, los resultados fueron disímiles. Algunas regiones, entre ellas Ayacucho, lograron resultados muy satisfactorios, pues, entre 2005 y 2009, redujeron la desnutrición crónica en 6 puntos porcentuales y la pobreza en más de 15 puntos porcentuales. Todos los resultados se publicaron, y eso acrecentó la motivación para alcanzar las metas fijadas.

“La rápida adopción de medidas que permitieron reducir las tasas fue importante porque cuando hay mucho por hacer y se toma una buena decisión, se logra un gran impacto. Y el impacto fue grande”, señaló Paola Bustamante, ministra de Desarrollo e Inclusión Social de 2014 a 2016.



5. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: ARMONIZAR LOS RECURSOS CON LOS RESULTADOS

El sistema de presupuesto por resultados adoptado en el año 2008 permitió poner el acento en los resultados, optimizar los recursos y “proteger” las partidas.

Reseña del capítulo

- La adopción del sistema de PPR en el año 2008 fue un punto de inflexión para las inversiones en nutrición pues creó un enfoque riguroso para asignar el gasto de manera de lograr resultados en materia de salud, crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas.
- Únicamente se asignaron recursos a las medidas para reducir el retraso en el crecimiento que fueran más eficaces en función de los costos y hubieran sido probadas en el ámbito internacional.
- Los datos individualizados en tiempo real, así como las encuestas demográficas y de hogares realizadas en forma regular, y la inscripción de los nacimientos en el padrón nominal fueron primordiales para evaluar las prioridades y los avances realizados.
- Las autoridades sanitarias regionales recibían como recompensa un aumento en sus presupuestos si alcanzaban las metas de desarrollo, incluidas las relativas a la desnutrición crónica y los servicios de saneamiento y abastecimiento de agua.
- La desnutrición crónica pasó a ser una responsabilidad y una prioridad de carácter nacional en todos los niveles de Gobierno y se capacitó a los funcionarios públicos para que entendieran cómo se debía abordar el problema.

En el año 2008, el MEF decidió comenzar a utilizar el sistema de PPR en todos los niveles de Gobierno del país. El PPR es la práctica de elaborar los presupuestos considerando la relación entre los niveles de financiamiento del programa y los resultados previstos. El PAN del Gobierno fue una de las primeras iniciativas en las que se aplicó este riguroso enfoque para lograr resultados. El PPR funcionó como una herramienta para identificar y atender las necesidades de los ciudadanos más vulnerables y para incrementar su acceso a los servicios.

El PAN utilizó un marco lógico multicausal que se focalizaba en varios factores. Estos se consideraban como las causas del retraso en el crecimiento, sobre la base tanto de publicaciones de medicina y política social como de los datos de referencia que identificaban las deficiencias y las limitaciones en el Perú.

El MEF asumió la responsabilidad de garantizar que los recursos del país se invirtieran provechosamente en los esfuerzos tendientes a reducir la desnutrición crónica y a solucionar otros problemas sociales, y desempeñó un papel inusualmente prominente en la definición e implementación del PAN. El marco del nuevo enfoque incluía una breve

descripción de los resultados que el Gobierno deseaba lograr, a partir de los cuales se asignaban y protegían los fondos en consecuencia.

En la práctica, lo anterior implicaba que los sistemas debían identificar el número de niños que necesitaban atención, la suma de dinero necesaria para pagar los servicios clave, un sistema de seguimiento de ese gasto y su impacto en función de las metas nacionales y regionales.

“La introducción de la gestión basada en los resultados dio lugar a una mejor asignación de los recursos financieros y también a un cambio en la cultura institucional, tanto en el MEF como en las entidades que debían entender que los recursos que estábamos asignando tenían un propósito final: lograr cambios en las condiciones de vida de las personas”, señaló Rodolfo Acuña, director de Presupuesto Público del MEF.

El PAN recibió apoyo financiero y técnico de la Unión Europea (UE) y del Banco Mundial. El compromiso nacional de reducir la desnutrición crónica contó con el respaldo simultáneo de la cooperación técnica internacional.

El sistema de PPR permite aumentar la oferta de servicios fundamentales de salud y nutrición

El enfoque de PPR produjo un enorme cambio en la planificación y la prestación de los servicios de salud y nutrición. Al establecer "cadenas presupuestarias" para los "resultados" del PAN, se "aislaron" los recursos correspondientes a los diversos insumos necesarios para prestar servicios de vital importancia. El presupuesto se basaba en objetivos y en los componentes necesarios para alcanzarlos, y no solo en el gasto inercial de años anteriores.

Por ejemplo, antes de la consolidación del PPR, los insumos necesarios para vacunar a los niños de una aldea se planificaban y presupuestaban cada año sobre la base de las tendencias históricas. Si un año el personal sanitario había recibido PEN 1000 para comprar jeringas, al año siguiente pedía PEN 1200 (un aumento pequeño). Por otra parte, si en algún momento faltaban PEN 300 para comprar los utensilios necesarios para una clase de cocina (una actividad totalmente diferente), el personal podía retirar esa suma de los PEN 1200 asignados para jeringas.

Junto con el PPR, se incorporó un resultado formal denominado "niños que han recibido el esquema completo de vacunas". Este resultado se vinculó a cadenas presupuestarias diferentes, correspondientes a cada insumo clave necesario para prestar el servicio. Para solicitar el presupuesto, el personal sanitario debía informar el número de niños que preveía vacunar e incluir todos los insumos necesarios para prestar el servicio a cada niño. Por otro lado, los fondos no se podían utilizar de manera arbitraria para otros fines. El PPR garantizaba la combinación correcta de los insumos necesarios para prestar los servicios. El sistema se diseñó de manera que los trabajadores sanitarios contaran con el número exacto de jeringas para el número exacto de

vacunas. De este modo, el PPR armonizaba la planificación, la asignación y la rendición de cuentas en un solo ciclo.

El PPR promovió el uso de un instrumento de planificación presupuestaria —el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA)— por parte de las DIRESA en sus programas de nutrición para analizar la cadena de suministro entre las unidades de ejecución del presupuesto y las redes sanitarias. En el año 2010, un análisis del SIGA justificó aumentos en el presupuesto del PAN, que incrementó su inversión per cápita (niño) para el programa CRED y para la vacunación en 331 % y 150 %, respectivamente. La finalidad era financiar servicios de CRED en lugares distantes (en las regiones de la sierra y la selva) y mejorar las campañas de concienciación y la vacunación contra enfermedades respiratorias y diarreicas.

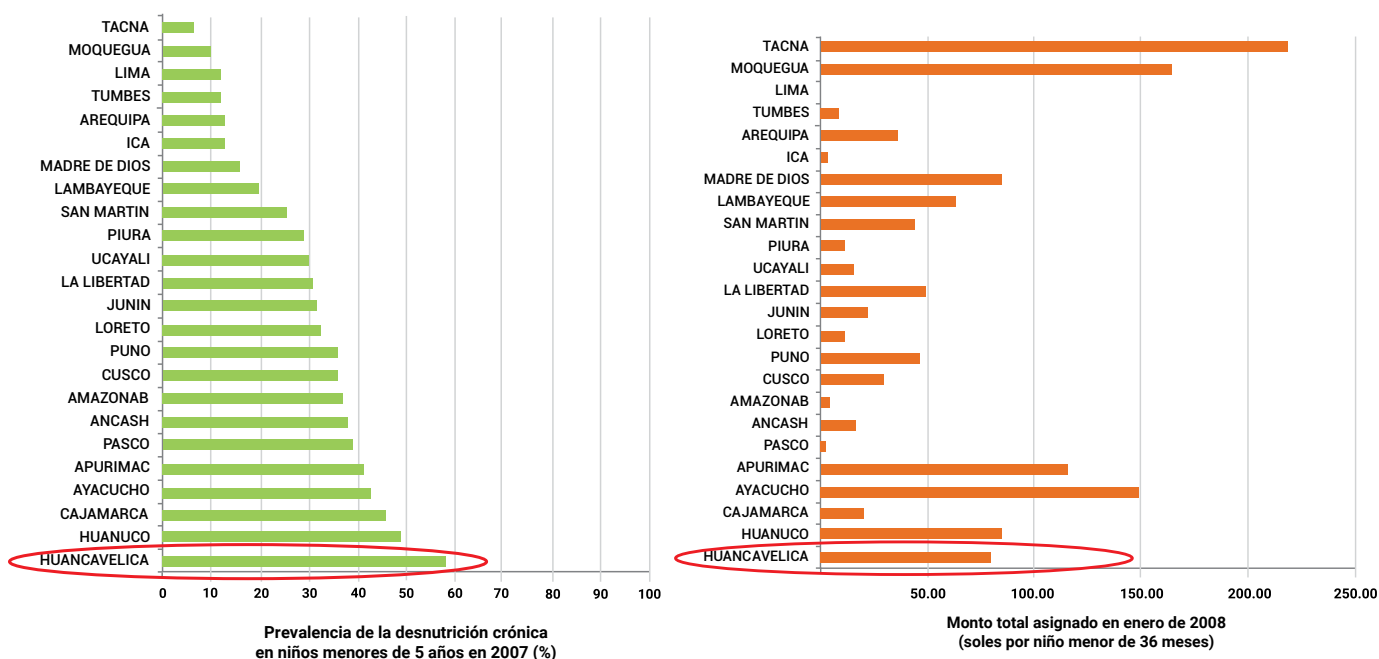
En el año 2010, se asignaron recursos adicionales del PAN (el 12 % de su presupuesto total) a los Gobiernos regionales sobre la base de los indicadores de desnutrición. Se otorgaron aumentos mayores a las regiones con las tasas más altas de desnutrición crónica (panel B del gráfico 3). Como se muestra en el panel A del gráfico 3, la asignación anterior del presupuesto de nutrición no se ajustaba adecuadamente a la distribución geográfica de la desnutrición crónica.

A partir de 2010, la programación presupuestaria para nutrición ha sido más adecuada y se encauzaron recursos a las regiones con las tasas de desnutrición más elevadas (gráfico 3, panel B). Este hecho fue resultado de un mayor grado de concienciación y de los acuerdos entre las autoridades encargadas de tomar las decisiones, en particular el MEF, para reasignar el presupuesto destinado a intervenciones relacionadas con la nutrición (PAN) a las regiones con la mayor carga de desnutrición (Banco Mundial, 2012).

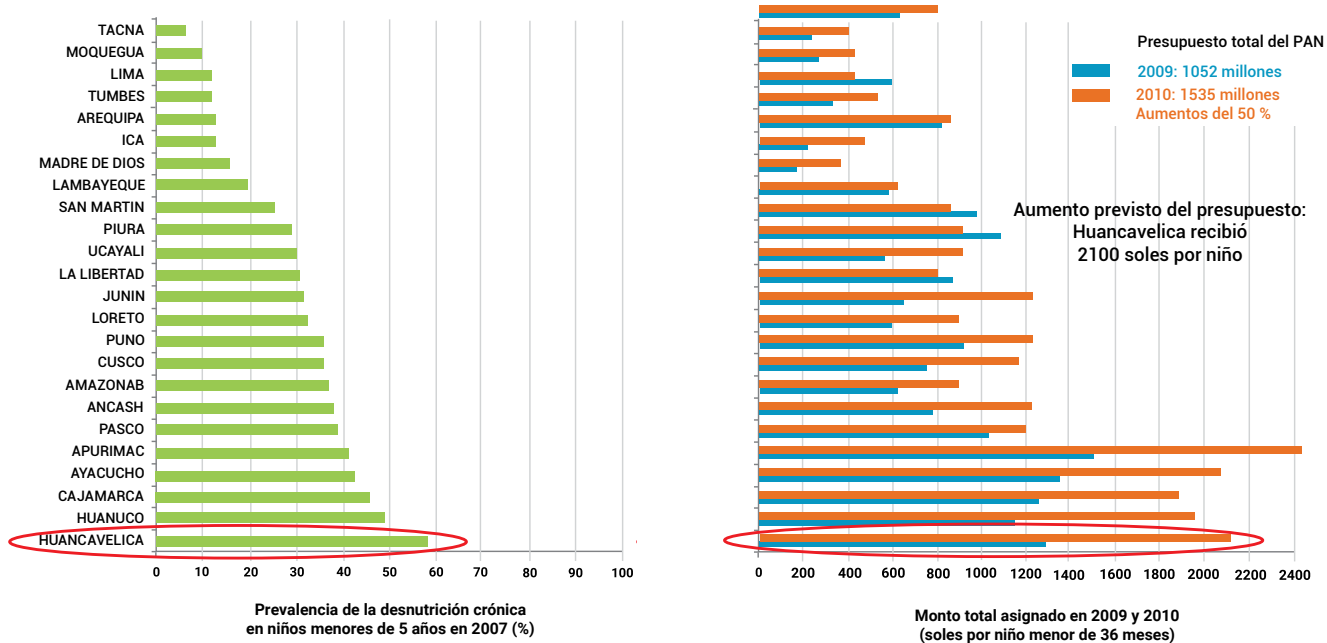


Gráfico 3: Armonización del presupuesto con las áreas más necesitadas

Panel A: Comparación entre las tasas de retraso en el crecimiento en el año 2007 (izquierda) y asignación en el presupuesto de 2008 para el PAN (derecha), por regiones



Panel B: Comparación entre las tasas de retraso en el crecimiento en el año 2007 (izquierda) y la asignación en el presupuesto de los años 2009-10 para el PAN (derecha), por regiones



Fuentes: MEF y ENDES.

La selectividad fue crucial

El PAN permitió que las regiones incrementen sus recursos destinados a la nutrición para intervenciones eficaces hasta en un 50% más. El MEF suscribió convenios de apoyo presupuestario¹¹ en las regiones que registraban las tasas más altas de retraso en el crecimiento y los mayores déficits en la cobertura de los servicios prioritarios (vacunas, CRED, suplementos de hierro y ácido fólico).

Los convenios establecían los desembolsos que se otorgarían a los Gobiernos regionales en función de los resultados esperados.

En el impulso por reducir el retraso en el crecimiento, el PAN se centró en los resultados prioritarios. Solo se destinaron fondos a las medidas más eficaces en función de los costos y probadas en el ámbito internacional.

En primer lugar, se estableció como prioridad la vacunación de todos los niños contra el neumococo y el rotavirus. En vez de elegir 20 vacunas, el Perú optó por centrarse en solo dos. Esta decisión se basó en los datos sobre carga de morbilidad y las experiencias internacionales¹², que mostraban que estas dos vacunas generarían el impacto más significativo en la reducción de la desnutrición crónica.

En segundo lugar, se destinaron fondos para brindar servicios preventivos de salud y nutrición de calidad, de modo que se garantizara que los niños tuvieran un crecimiento adecuado.

En tercer lugar, a fin de reducir la deficiencia de hierro se invirtió en el suministro de suplementos, tanto para los niños (a través de las llamadas "chispitas") como para las embarazadas, y, para ello, se aplicó un enfoque preventivo e igualitario.

Cabe destacar que esto se logró reorientando el gasto público hacia las zonas donde las tasas de desnutrición eran más altas, como Huancavelica, situada en la región andina (gráfico 3).

Con el tiempo, el gasto del PAN se incrementó también de manera significativa: se duplicó de unos PEN 965 millones en el año 2008 a PEN 1980 millones en el año 2017. El presupuesto se destinó a los sectores encargados de brindar servicios mediante los convenios de apoyo presupuestario. Por ejemplo, en el caso del CRED o de las vacunas, se asignaron recursos adicionales a las direcciones regionales de salud en función de dichos convenios y de los resultados esperados.

Cabe destacar que este aumento de recursos estuvo acompañado de actividades de capacitación sobre presupuestos por resultados, dirigidas a los funcionarios responsables de los programas de gasto social en todo el Perú. Asimismo, no supuso un incremento del presupuesto, dado que básicamente se reasignaron los recursos dentro del presupuesto existente.

"Sí, había más dinero, pero buena parte de los recursos de estos programas provenían de la reasignación de sus propios presupuestos", dijo Nelly Huamaní, coordinadora de proyectos de la Dirección General de Presupuesto Público del MEF. Por otra parte, el dinero destinado a estos programas estaba reservado a tal efecto, y los presupuestos de las áreas prioritarias no podían modificarse a menos que se hubieran alcanzado las metas correspondientes.

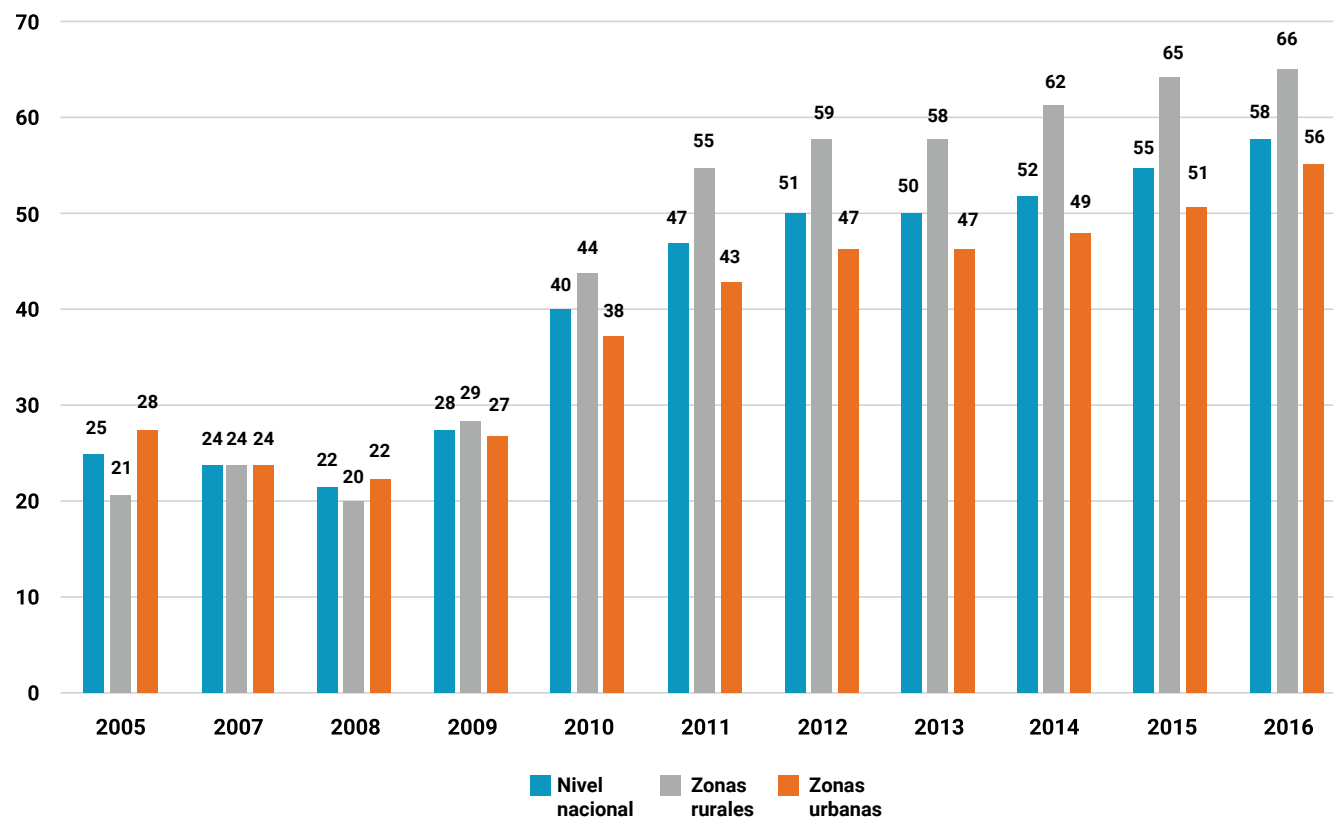
Se incrementan las tasas de vacunación y los controles del crecimiento y el desarrollo

El énfasis del PAN en la ampliación del acceso a los servicios esenciales de salud y nutrición se reflejó en el notorio aumento de las tasas de vacunación, los controles del crecimiento y la distribución de suplementos de hierro, en particular en las comunidades pobres y aisladas de las zonas rurales. El porcentaje de niños menores de 12 meses vacunados contra el rotavirus y el neumococo se elevó a más del triple, del 25 % en el año 2009 a cerca del 79 % en el año 2016, según muestran los datos de la ENDES. El porcentaje de niños menores de 36 meses que asistían con regularidad a los CRED en los centros de salud se duplicó de cerca del 28 % al 58 % en el mismo período, tal como indican las ENDES (gráfico 4).

¹¹ Los convenios, que contaron con el respaldo del proyecto EUROPAN, establecieron un tramo fijo y otro variable. Los desembolsos del primero estaban vinculados al cumplimiento de los procesos administrativos/logísticos necesarios para la implementación del PAN (incluido el fortalecimiento de las capacidades operativas de las unidades presupuestarias). Los de los segundos se entregaban contra la consecución de metas establecidas previamente en materia de cobertura (porcentaje de niños con vacunas, porcentaje de niños con CRED, porcentaje de niños registrados en el SIS, etc.).

¹² Las evidencias internacionales ayudaron a convencer a las partes interesadas de priorizar dos vacunas del conjunto de 20.

Gráfico 4: Proporción de niños menores de 36 meses con los CRED correspondientes a su edad completos



Fuente: ENDES.

Estos resultados no habrían podido lograrse sin la ampliación simultánea de la cobertura del seguro de salud, facilitada por el SIS, que permitió brindar los servicios requeridos en los establecimientos sanitarios. El personal sanitario recibió capacitación adicional y se le exigió informar sobre los servicios prestados con la finalidad de alcanzar las metas establecidas como condición para recibir fondos adicionales en el marco del nuevo enfoque de presupuestos por resultados. Si no se alcanzaban las metas, la información se difundía públicamente y las direcciones regionales de salud no recibían los recursos adicionales vinculados con el logro de dichas metas.

Razones del éxito del PAN

El éxito del PAN se basó en tres pilares.

El primero fue el uso de los presupuestos por resultados.

El segundo, el enfoque unificado y coordinado. Ningún ministerio ni organismo público podía considerarse

“dueño” de la nutrición. Era una prioridad compartida y una responsabilidad común.

“Comprendieron que el PAN no era monopolio de ningún sector, sino que era un programa de todo el Estado”, señaló Rodolfo Acuña, director de Presupuesto Público del MEF.

El tercer pilar fue la capacitación específica tanto sobre desnutrición como sobre gestión de las medidas referidas a la nutrición que se brindó a los empleados públicos, incluso en las oficinas locales del MEF, para garantizar que comprendieran adecuadamente el tema y contaran con los conocimientos necesarios para abordar la desnutrición crónica.

“Por primera vez en la historia, los equipos de Planificación y Presupuesto de la Salud, y de Promoción de la Salud del MINSA [Ministerio de Salud] se unieron al MEF. Formamos equipos y cubrimos todo el país, desde Tumbes hasta Tacna, y nos dimos cuenta de que a los talleres asistía mucha gente, porque había mucho interés”, afirmó Ariela Luna, exviceministra de Desarrollo e Inclusión Social.

"En el año 2010, los presidentes regionales y los intendentes ya hablaban sobre el cerebro, el marco lógico, el uso de vacunas y el asesoramiento nutricional. Habían incorporado estos temas en sus discursos. Ya no se trataba únicamente de una cuestión de salud", indicó.

"A diferencia de otros países, donde el cambio metodológico (desde el presupuesto inercial a uno por resultados) se llevó a cabo durante una situación de crisis, en nuestro caso se produjo en una época de abundancia, por lo que fue menos doloroso. Pero ahora que esos tiempos de prosperidad han terminado, debemos establecer prioridades. Y la mejor forma de hacerlo es mediante la gestión basada en los resultados", dijo Rodolfo Acuña.

La experiencia de Apurímac

Además de procurar la cooperación entre el Gobierno nacional y los Gobiernos regionales y locales, y entre los diversos ministerios y dentro de los propios organismos, el Perú recurrió al apoyo internacional para impulsar su lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica.

El Banco Mundial apoyó inicialmente los esfuerzos del Gobierno por reducir la desnutrición crónica mediante un proyecto de asistencia técnica en los años 2008-09. Este dio lugar a la creación de un equipo multisectorial (también conocido como Grupo Apurímac) que participó en una evaluación y reestructuración del programa Juntos para mejorar la nutrición y la atención de la salud de los niños. A través del proyecto se buscaba que las transferencias en efectivo generaran, en los hogares pobres, la demanda de un paquete básico de medidas de salud y nutrición, correspondientes al "lado de la oferta" de los servicios sociales. El logro de este objetivo permitió identificar los cambios institucionales, legales y operativos que era necesario realizar en el programa Juntos y en los servicios de salud y nutrición. En este esfuerzo, que comenzó en el

año 2008 con la experiencia piloto en la región de Apurímac, en el centro-sur del Perú, participaron el MINSA, el SIS, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), Juntos, Crecer, el RENIEC, el INEI, el MEF y el Banco Mundial. Los funcionarios trabajaron para mejorar los parámetros y los mecanismos de rendición de cuentas, e incrementar las capacidades con el fin de garantizar una prestación más eficaz y eficiente de servicios sociales a las familias pobres de las zonas rurales remotas.

El Grupo Apurímac elaboró un plan para reestructurar, impulsar y consolidar el programa Juntos y lograr mayor eficiencia y eficacia en el gasto en servicios médicos y en nutrición realizado por el sector de salud. La experiencia permitió detectar una serie de cambios que era necesario introducir en el ámbito local en Apurímac para: i) garantizar la afiliación de todos los beneficiarios del programa Juntos al SIS, ii) ajustar la asignación de los beneficiarios de Juntos a los centros de salud, iii) establecer un sistema de planificación para las consultas de embarazadas y niños pequeños, y iv) verificar que se cumplieran estrictamente las corresponsabilidades en el área de salud. Asimismo, los encargados del programa Juntos también pusieron a prueba, en el departamento de Apurímac, la transición del pago mensual al pago bimensual de las transferencias.

Eliminar cuellos de botella

El Grupo Apurímac identificó los principales cuellos de botella en el nexo entre la demanda de servicios generada por el programa Juntos y la prestación de dichos servicios. Entre los problemas detectados figuraban, por ejemplo, que no se verificaba adecuadamente si las madres llevaban a todos sus niños al control de peso y altura que se exigía a cambio de recibir el beneficio del programa de TMC. Otro obstáculo era la falta de claridad respecto de los servicios de salud con los que las embarazadas y los niños debían cumplir para recibir los pagos en efectivo. Asimismo, no había



coordinación eficaz entre los distintos niveles y sectores del Gobierno, y se observaron deficiencias en el seguimiento y la evaluación. Tras señalar estas dificultades, los encargados de llevar adelante la asistencia técnica se abocaron a introducir medidas para subsanarlas.

El Banco Mundial movilizó entonces todos los instrumentos de los que disponía, como los préstamos para políticas de desarrollo (apoyo presupuestario), trabajos analíticos e instrumentos de financiamiento por resultados, con el objetivo de mejorar los parámetros y fortalecer los canales de rendición de cuentas del ámbito de la nutrición. Además, brindó financiamiento y asesoramiento al Gobierno mientras este implementaba algunas de las recomendaciones formuladas a partir de la experiencia en Apurímac.

Se destinaron fondos para capacitar al personal de los centros de salud locales sobre salud infantil y asesoramiento nutricional, y para mejorar la calidad de la información disponible a fin de llevar adelante el programa Juntos de manera eficaz. Asimismo, se introdujeron o se mejoraron las actividades de gestión, seguimiento y evaluación.

“No debemos olvidar que este tipo de cosas no suceden espontáneamente. En el Perú, como en muchos países, la cooperación entre instituciones, desde el Ministerio de Salud hasta los municipios, era dificultosa”, afirmó Livia Benavides, gerente del Programa de Desarrollo Humano del Banco Mundial para Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

Los expertos y los funcionarios encargados de tomar decisiones en el MEF, el MINSA, el programa Juntos, el SIS, el RENIEC y el Banco Mundial se reunieron regularmente para buscar formas de garantizar que la estrategia diera resultados, detectar problemas y hallar soluciones.

Promover la cooperación y coordinación institucional

Entre los principales problemas detectados en los comienzos de los programas Juntos y Crecer figuraban las dificultades para verificar que se registraran más nacimientos, que todos los niños que participaban en los programas recibieran vacunas y que se registrara su peso y talla. Se ajustaron entonces las normas y los procedimientos para garantizar que las madres recibieran las transferencias monetarias condicionadas solo si todos sus hijos (y no solo uno) asistían con regularidad a los centros de salud.

“Ellos [el Grupo Apurímac] se juntaron para pensar. Esto contribuyó a crear un nexo, un propósito y un enfoque común: un frente unificado”, señaló Omar Arias, exjefe sectorial del área de Desarrollo Humano del Banco Mundial en el Perú entre los años 2008 y 2011.

La experiencia de Apurímac (determinar qué medidas daban buenos resultados y cuáles no) se convirtió en un modelo para el resto del país.

Cuando el programa se aplicó en todo el territorio, el Gobierno adoptó un enfoque centralizado y coordinado respecto del gasto en los establecimientos de salud de los distritos del país, con el objetivo de garantizar que la cobertura y la calidad de los servicios de salud y nutrición fueran adecuadas para atender el aumento de la demanda de servicios promovida por el programa Juntos. Al mismo tiempo, en el marco de este programa, se mejoró el método para registrar a los niños pequeños al condicionar los pagos al uso de los servicios de salud y nutrición por parte de las familias. Por último, la ampliación de la cobertura del SIS respecto de los niños afiliados al programa contribuyó significativamente a incrementar la participación y el uso de los servicios.

El registro de los nacimientos como vía de acceso a los servicios sociales

En el Perú, el registro de los nacimientos ha sido clave para garantizar que todas las familias tengan acceso a los servicios de atención de la salud y cuidados de los niños. El padrón nominal desempeñó un papel fundamental en este sentido.

Se trata de una lista individualizada de todos los niños menores de 6 años, ubicada en una plataforma electrónica en la que se consignan, entre otros, los siguientes datos: nombre y apellido, número de identificación, nombre y apellido de padre y madre, dirección, afiliación a programas sociales, y tipo de cobertura de salud. Contiene información extraída del registro del SIS, del programa Juntos y de otros sectores, incluido el Ministerio de Educación. Los datos se utilizan para medir la cobertura de los servicios de salud y de los programas sociales en distintos niveles, desglosados por departamento, provincia, distrito y comunidad.

El contar con una sola plataforma para registrar a los niños cuando acceden a los programas sociales ha permitido al Estado, a través del RENIEC, respetar el derecho de los niños a la identidad. Asimismo, por primera vez en la historia del Perú, todos los centros de salud han podido saber quiénes son sus “consumidores finales”, y eso les ha permitido brindar un mejor servicio. El registro ha posibilitado la afiliación temprana de niños de familias pobres a los servicios de salud y nutrición y a los programas sociales. El padrón nominal ha sido una herramienta útil para la coordinación institucional eficaz y para garantizar que los servicios llegaran a los ciudadanos que se encuentran más aislados.

La importancia de que los padres registren el nacimiento de sus niños para poder acceder a servicios de salud vitales es también señalada por los funcionarios gubernamentales.

"Ahora, tienen su documento de identidad desde el primer día. Antes, estos niños simplemente no existían para el Estado", dijo Julio Palacios Chumpitaz, médico de 40 años que trabaja en Huánuco. "No teníamos una lista precisa. El primer beneficio que recibe un niño es un paquete de productos, como las vacunas, y los suplementos dietarios".

Gracias a diversas medidas normativas, todos los niños peruanos nacidos después de 2006 reciben automáticamente un número de identificación, denominado código único de identificación (CUI). Si bien no hay resultados del ámbito de la educación, la salud o la nutrición vinculados directamente a la mejora en el registro de los niños, hay evidencias de que el aumento en la cantidad de niños identificados contribuyó a mejorar la focalización y la detección temprana de los niños en situación de riesgo. La inclusión del CUI en el certificado de nacimiento también constituyó el primer paso hacia la integración del registro civil nacional, pues promovió el intercambio de información entre los diversos programas sociales (Banco Mundial, 2012).

Seguimiento y medición de los resultados exitosos

El seguimiento de los compromisos fue también fundamental. Los responsables de la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil entregaban al Gobierno un informe anual sobre sus avances en la reducción de la desnutrición crónica, titulado *Balance y recomendaciones sobre las acciones del Gobierno para reducir la desnutrición*. La MCLCP efectuaba un seguimiento similar en los ámbitos nacional y regional.

Se elaboraron directrices para ayudar a los Gobiernos municipales a reducir la desnutrición crónica trabajando codo a codo con los Gobiernos regionales y en el ámbito nacional. Asimismo, se crearon alicientes para los municipios a través de los planes de incentivos, con los que se buscaba ampliar la cobertura de los servicios clave e incrementar el registro de los niños en el padrón nominal.

Asimismo, se reconocía la necesidad de que el Gobierno contara con mejores datos.

En este sentido, se consideró esencial realizar encuestas demográficas y de hogares más detalladas y frecuentes, dado que podrían proporcionar un panorama muy valioso acerca de la vida y la salud de los peruanos.

Por tal motivo, se destinaron más recursos al INEI, y eso permitió invertir en estudios más frecuentes. La ENDES proporcionó todos los años datos fundamentales sobre la salud de madres y niños. El Perú es uno de los pocos países en transición que dispone de datos anuales sobre demografía y salud que puede utilizar como base de sus decisiones.

Un elemento clave para que el país lograra el éxito en el largo plazo en su esfuerzo por reducir el retraso en el crecimiento ha sido su herramienta de seguimiento social, esto es, un proceso desarrollado para reunir, evaluar y analizar información sobre los principales factores determinantes de la desnutrición en el ámbito de las comunidades, con el fin de garantizar servicios eficaces y generar un fuerte sentido de participación local.

Las autoridades locales, las organizaciones de la sociedad civil y los líderes comunitarios que participan en la lucha contra el retraso en el crecimiento se reúnen cada seis meses bajo el liderazgo de los Gobiernos locales. En estos encuentros, intercambian información y hacen el seguimiento de la cobertura, la calidad y la eficacia de los servicios básicos de salud y nutrición, así como de sus impactos. Además, dan a conocer sus conclusiones a las comunidades locales, con lo que se crean flujos de ida y vuelta de información y rendición de cuentas. Para el seguimiento de los datos, se utilizan distintos sistemas de información: el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) para las asignaciones presupuestarias, el SIGA para los insumos en el nivel de los establecimientos sanitarios, y el padrón nominal para verificar los servicios prestados a cada niño y su afiliación al programa Juntos y el SIS.

"En el año 2006, asignábamos los recursos en función de consideraciones históricas y no veíamos dónde estaban las mayores carencias. Esto se debía en parte a que no estábamos habituados a trabajar con estadísticas. En ese momento, decidimos fortalecer el INEI para que pudiera brindarnos información que nos resultara útil para mejorar la asignación de recursos", relató Rodolfo Acuña.

El INEI utilizó con éxito los datos de las ENDES para hacer el seguimiento de las iniciativas gubernamentales dirigidas a mejorar la salud y la nutrición de los niños peruanos, y eso incluyó cruzar los datos de dichas encuestas con el padrón nominal del país, un registro nacional de niños elaborado por el Ministerio de Salud en coordinación con el RENIEC y el MEF.

6. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: CONSOLIDAR EL CAMBIO EN LAS CONDUCTAS EMPODERANDO A LOS PADRES

La comunicación sobre el tema del retraso en el crecimiento empoderó a los padres y profundizó el debate.

Reseña del capítulo

- Los padres peruanos a menudo creían que sus hijos estaban creciendo con normalidad cuando en realidad no era así o que la baja estatura de sus niños era hereditaria.
- A través de un video difundido en los años 2007-08, se divulgaron ciertos parámetros sencillos de comprender sobre lo que implica que un niño crezca a un ritmo saludable. El énfasis del video en el impacto que genera la desnutrición en el cerebro del niño conmocionó a muchos miembros de toda la sociedad peruana.
- Esta mayor conciencia impulsó a las madres a llevar a sus hijos a las clínicas para que los pesaran, los midieran y vacunaran, y a modificar las comidas de la familia para incorporar alimentos más nutritivos.

Durante décadas, muchos padres de familias pobres peruanas que habitaban en comunidades remotas simplemente no sabían que sus niños padecían desnutrición crónica. Las actividades dirigidas a despertar conciencia desempeñaron un papel crucial, pues alentaron a las madres a llevar a sus hijos a los centros de salud y a pequeños puestos sanitarios para que los pesaran, los midieran y vacunaran, y a modificar las prácticas y las comidas de la familia para incorporar más proteínas y alimentos ricos en hierro.

“La actitud pasiva de los ciudadanos fue cambiando con el tiempo hasta convertirse en una actitud de mayor participación y colaboración. Ahora hay personas que asumen el compromiso de trabajar por su comunidad. Antes esto era muy inusual. Ahora es más frecuente, y lo hacen con mayor autoridad, con mayor nivel de conocimientos y reciben mayor aceptación de sus pares. Esto ha generado avances en temas como el uso del agua segura o el reconocimiento de la importancia de los controles preventivos para los niños y las embarazadas. Estas cosas se han convertido en

prácticas diarias entre las personas”, afirmó un funcionario de la oficina regional de salud de Huánuco.

El Banco Mundial, además de brindar apoyo financiero y técnico al Perú en su lucha contra el retraso en el crecimiento, produjo y difundió, en diciembre de 2007, un video sumamente influyente que popularizó, en términos sencillos, los parámetros del crecimiento saludable en los niños: aproximadamente 24 centímetros durante su primer año y 12 centímetros más durante el segundo. El video fue validado por los equipos del MEF y el MINSA, la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil y otros organismos.

Mi futuro en mis primeros centímetros presentaba casos exitosos en la lucha contra el retraso en el crecimiento en comunidades rurales del Perú, correspondientes al programa Buen Inicio de UNICEF. Estos inspiraron a los padres a buscar asesoramiento y llevar a sus hijos a las clínicas para hacerlos medir y pesar. Aún hoy en día se pasan avisos por televisión y radio extraídos de este video (enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=mJieb2Xgt9U>).

La historia de dos comunidades rurales

En el video se contaba la historia de dos comunidades agrícolas pobres y aisladas de la región de Apurímac. Ubicados a menos de una hora de distancia entre sí, los poblados de Nueva Esperanza y Lluipapuquio mostraban grandes diferencias en el crecimiento de los niños. En Nueva Esperanza, crecían con normalidad. En Lluipapuquio, su crecimiento era menor: 8 de cada 10 niños sufrían desnutrición crónica. Menos de 10 años antes, Nueva Esperanza había padecido un problema similar, pero había logrado modificar su destino: cuando se filmó el video, solo 2 de cada 10 niños presentaban retraso en el crecimiento.

Un video que logró abrir los ojos de la comunidad

El video señalaba que cualquier niño de cualquier parte del mundo que midiera menos de 80 centímetros al cumplir 2 años sufría desnutrición crónica. Ni la raza ni el origen étnico tienen relación alguna con el potencial de crecimiento de un niño a esa edad.

"Ellos [la población de Nueva Esperanza] han reducido los casos de desnutrición crónica de sus niños hasta la cuarta parte de su nivel anterior, rompiendo el mito que condena a los niños de familias pobres y campesinas a padecer desnutrición crónica", decía el video a sus espectadores.

Este cambio se produjo gracias a que las embarazadas y las madres comenzaron a asistir a controles regulares en los centros y puestos de salud para hacer pesar y medir a sus hijos todos los meses, y asegurarse de que estuvieran creciendo adecuadamente o, en caso contrario, abordar el problema. Allí se les explicaba los beneficios de alimentar a los niños únicamente con leche materna durante los primeros seis meses y de verificar que, a partir de esa edad, recibieran los alimentos complementarios que necesitasen. También se ponía el énfasis en la higiene y en la vacunación de los niños para protegerlos contra enfermedades.

"El video nos abrió los ojos. En esa época, yo llevaba ya 15 años como periodista de televisión. Para nosotros, la desnutrición era la típica imagen de niños esqueléticos de África. No teníamos la menor idea de qué era la desnutrición crónica en los niños", dijo Bibiana Melzi, la productora del video *Mi futuro en mis primeros centímetros*.

La pieza audiovisual (con versiones en español, inglés y quechua, el idioma indígena del Imperio inca) tuvo tanto éxito que el Gobierno lo distribuyó en todos los centros de

salud que participaban en el programa Crecer para educar e informar a los funcionarios públicos acerca de la magnitud del problema. Se exhibió en centros comunitarios de la región andina y llegó a las zonas más remotas y empobrecidas.

"El video mostró con toda claridad lo que estaba sucediendo en el interior del país y lo que eso significaba para el desarrollo de los niños de esas regiones. Creo que los que estuvimos en esa sesión (proyección del video) pensamos mucho en cómo sería si nuestros propios hijos estuvieran en esa situación. Y dijimos: '¿Por qué no podemos ayudarlos?'" , comentó Rodolfo Acuña, al recordar la primera vez que él y otros funcionarios vieron el video.

"El video mostró con toda claridad lo que estaba sucediendo en el interior del país y lo que eso significaba para el desarrollo de los niños de esas regiones".
Rodolfo Acuña, director de Presupuesto Público del MEF

El video no solo estimuló el debate nacional sobre el flagelo del retraso en el crecimiento, sino que también se convirtió en un tema de suma relevancia en los medios, en particular debido a sus fuertes imágenes sobre el impacto irreversible de la desnutrición crónica en el desarrollo del cerebro del niño.

"Lo que llamó la atención del ministro de Economía, Luis Carranza, fue ver en una imagen que le mostramos la diferencia entre una neurona de un niño desnutrido y la de un niño no desnutrido. Cuando leyó los trabajos científicos y escuchó otros argumentos dijo: 'Debemos darle prioridad a este tema'", señaló Lucho Cordero, experto en salud.

Por primera vez, los diarios, la radio y la televisión se llenaron de informes sobre la crisis de desnutrición crónica del país.

El éxito del video inspiró a otros países latinoamericanos, como Guatemala, Ecuador, Honduras, México y Nicaragua, a seguir el ejemplo del Perú y producir piezas audiovisuales similares sobre desnutrición crónica. En el Perú, el video se convirtió en anuncios radiales difundidos gratuitamente por la emisora Radio Programas del Perú (RPP), que alcanza a casi todo el país.

La receta del éxito

El Perú no solo ha pasado los últimos 10 años luchando con éxito para reducir el retraso en el crecimiento. También se ha convertido en la capital culinaria de América del Sur gracias a famosos chefs como Gastón Acurio, quien, junto con otros cocineros y la Sociedad Peruana de Gastronomía (Apega), ha contribuido a transformar la cocina peruana en uno de sus productos de exportación más valorados.

Pero la falta de diversidad en la dieta de las comunidades rurales y aisladas, en particular la carencia de carne, productos lácteos y huevos, era un problema persistente cuando el Gobierno se abocó a combatir la desnutrición crónica. En el año 2009, el MINSA, el programa Juntos y el Banco Mundial invitaron a algunos de los principales chefs del país a promover la alimentación saludable mediante clases de cocina, concursos y sesiones educativas en diversas comunidades y escuelas.

Chefs y nutricionistas capacitados trabajaron con mujeres pobres de zonas remotas para alentarlas a buscar nuevas formas de preparar alimentos para los niños de entre 6 y 24 meses de edad. Diversos nutricionistas, Apega y el Cordon Bleu (la red más grande del mundo de escuelas de hotelería y cocina) se unieron para ayudar a elaborar manuales sobre alimentación saludable para embarazadas y niños pequeños. Un grupo de madres pertenecientes al programa

Juntos que habían ganado un concurso de nutrición y cocina centrado en los alimentos para niños de entre 6 y 24 meses participaron en la feria gastronómica nacional, en Lima.

“El video nos abrió los ojos”. Bibiana Melzi, productora de televisión

El CENAN inició una campaña semanal en la que difundía recetas nutritivas elaboradas con alimentos económicos y disponibles en los mercados locales de los distritos más pobres del Perú. “La campaña mostraba alimentos alternativos accesibles y nutritivos para las familias pobres, con los que se garantizaba una combinación adecuada de alimentos y de nutrientes esenciales. Paralelamente, los padres recibieron clases de cocina y asesoramiento en los establecimientos de salud. En las clases de cocina se promovió la higiene culinaria y se brindaron consejos sobre cómo combinar distintos ingredientes para que los alimentos de los diversos grupos de edad incluyeran la combinación adecuada de nutrientes”, afirmó María Inés Sánchez Griñán, asesora del Ministerio de Salud y exdirectora del CENAN. Esta actividad fue incluida en el PAN, y todos los centros de salud del país recibieron fondos suficientes para implementarla de forma regular.



7. LA SOLUCIÓN DEL PERÚ: INSTITUCIONALIZAR LAS POLÍTICAS EXITOSAS

La campaña para eliminar la desnutrición crónica no perdió impulso en el periodo 2011-16: el MIDIS y una nueva sede institucional para elaborar políticas coordinadas y dirigidas a abordar el retraso en el crecimiento.

Reseña del capítulo

- La continuidad política en la lucha contra la desnutrición fue un elemento clave para reducir las tasas de retraso en el crecimiento. El tema figuró en la agenda política en tres elecciones sucesivas: las de 2006, 2011 y 2016.
- En el año 2011, el MIDIS se hizo cargo de la coordinación de la campaña nacional para poner freno a la desnutrición crónica.
- El ministerio puso en marcha un nuevo programa de desarrollo en la primera infancia y cerró un organismo gubernamental ineficiente que se ocupaba de la distribución de alimentos.
- Se creó el Fondo de Estímulo al Desempeño para recompensar la provisión del paquete completo de servicios a los niños.

Cuando Ollanta Humala fue elegido presidente del Perú en el año 2011, prometió reducir aún más la desnutrición crónica y la anemia.

Su Gobierno creó el MIDIS y lo puso a cargo de esta tarea. Se elaboró el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, con el que se marcó el camino para el Gobierno nacional y los Gobiernos regionales y locales.

La tarea principal del ministerio consistía en verificar que los pobres se beneficiaran con el crecimiento económico del país. Como parte de este esfuerzo, se dio a conocer la estrategia nacional de desarrollo e inclusión social denominada Incluir para Crecer, con el fin de actualizar el enfoque del programa Crecer. Allí se proponía mejorar la vida de los pobres del Perú a través de los Gobiernos locales y regionales, y el Gobierno nacional.

El nuevo ministerio era responsable del desarrollo y la protección social, la inclusión, la igualdad y la nutrición. Asimismo, se trasladaron cinco programas clave a la órbita

del MIDIS, entre los que se incluía Juntos. Si bien fueron varios los sectores que contribuyeron a generar impulso para reducir la desnutrición crónica, las iniciativas estuvieron dirigidas por el ministerio. Para garantizar la continuidad, se incluyeron en el personal del ministerio funcionarios que habían ocupado cargos jerárquicos en el MEF y el MINSA, organismos con los que también se trabajó en estrecha colaboración.

A fines de 2013, se encomendó al MIDIS la responsabilidad de coordinar el trabajo de una comisión multisectorial que se hiciera cargo de la estrategia sobre primera infancia y del plan de acción correspondiente para el periodo 2014-16. Este encargo incluía el programa Crecer, cuyo nombre se cambió entonces por el de "Incluir para Crecer"¹³. Se estableció una meta ambiciosa: reducir el retraso en el crecimiento otros 13 puntos porcentuales en cinco años. Una parte del ministerio tenía a su cargo la focalización del programa, su coordinación y evaluación, para garantizar la aplicación coherente de las políticas nutricionales en todo el ámbito del Gobierno.

¹³ El programa Incluir para Crecer fue diseñado para seguir un enfoque centrado en todo el ciclo de vida y se enfocaba en cinco resultados, entre los que se incluían la reducción de la desnutrición y un mejor desarrollo en la primera infancia para promover oportunidades y brindar estimulación temprana a los niños.

“Personalmente, es un tema que me conmueve. Somos un país diverso y cada vez más rico. No podemos permitir que nuestros niños no se beneficien con eso”, dijo Carolina Trivelli, la primera titular del MIDIS. “Nos damos cuenta de que se está produciendo un cambio en el país, en especial cuando los padres nos hablan con orgullo de lo grande que están sus hijos, de cómo están creciendo, de lo fuertes que están, de lo altos que están. Ese orgullo muestra que valoran las intervenciones, indica que se ha producido una transformación en la vida de estas familias”, afirmó. “Este país ha logrado un éxito sorprendente al traducir una situación económica favorable en una situación social mejor para los más pobres. No es solo cuestión de generar crecimiento económico, sino también de tomar las decisiones adecuadas”, comentó.

Establecer metas para la transformación social

El ministerio puso también en marcha el programa de desarrollo en la primera infancia denominado Cuna Más, dirigido a niños pobres menores de 36 meses, a los que se proporcionó servicios de guardería y visitas domiciliarias. Cuna Más fue creado en el año 2012 para brindar atención integral a los niños vulnerables menores de 3 años de distritos urbanos y rurales pobres. Estos servicios

periódicos de cuidado de los niños incluyeron el control del crecimiento y visitas a las familias con niños en riesgo de padecer desnutrición. Asimismo, el ministerio estableció un programa de alimentación escolar denominado Qali Warma y disolvió el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)¹⁴. Las aspiraciones del Perú de mejorar la calidad de la nutrición de los niños y reducir las tasas de retraso en el crecimiento se mantuvieron entre las principales prioridades de la agenda política, independientemente del partido que estuviera en el poder en Lima.

El MIDIS y el MEF crearon también el Fondo de Estímulo al Desempeño (FED), con el que se procura mejorar la prestación de los servicios prioritarios para reducir el retraso en el crecimiento y promover el desarrollo en la primera infancia. En el año 2014, el FED disponía de un presupuesto de PEN 100 millones (unos USD 30 millones al tipo de cambio actual) para asignar a los Gobiernos regionales que hubieran cumplido con sus compromisos de suministrar servicios a las embarazadas o los niños de menos de 5 años. Este fondo adoptó un enfoque innovador al poner más énfasis en el desarrollo en la primera infancia y al reconocer la importancia de proporcionar un paquete completo de servicios “a la misma persona”.



¹⁴ El PRONAA se creó en 1992 para brindar asistencia alimentaria a las zonas rurales y aisladas. Por lo general se distribuía un paquete de alimentos que incluía arroz, sopa, cereales y aceite vegetal (Alcázar, 2007). En el año 2012, se disolvió el PRONAA debido a que presentaba deficiencias significativas, dada su escasa cobertura y el gran número de errores de inclusión. Asimismo, sus procesos deficientes de planificación, compras, distribución y almacenamiento generaban demoras y raciones incompletas, y se observaba una gran diferencia entre la cantidad de alimentos distribuidos y los efectivamente consumidos por los beneficiarios (MIDIS, 2013). Inmediatamente después, se creó una nueva iniciativa, Qali Warma, para reemplazar los programas de alimentación de los niños en edad escolar. Se trabajó en colaboración con las comunidades locales y se promovió la diversidad en el consumo de alimentos locales. Estos programas no generan beneficios para los niños en el período en que es posible prevenir el retraso en el crecimiento, esto es, durante sus primeros 1000 días de vida. Sin embargo, pueden resultar útiles para proporcionar transferencias implícitas a las familias pobres, alentar la escolaridad y ofrecer un medio para suministrar nutrición a los niños en edad escolar.

8. UN COMPROMISO RENOVADO, FACTOR FUNDAMENTAL PARA ABORDAR DESAFÍOS FUTUROS

El retraso en el crecimiento no se ha erradicado, y han surgido nuevos desafíos vinculados con la nutrición.

Reseña del capítulo

- En el año 2016, en el Perú, más de uno de cada 10 niños menores de 5 años aún mostraban retraso en el crecimiento.
- Las tasas de retraso en el crecimiento aún muestran disparidades según se trate de zonas rurales o urbanas, y de comunidades indígenas o no.
- Han surgido nuevos desafíos en esta esfera, como la obesidad. Los niveles de anemia continúan siendo altos, tanto en niños como en adultos.

A pesar de los notables avances en el tratamiento de la desnutrición crónica, Perú aún enfrenta desafíos graves en el ámbito de la nutrición que se deben abordar en los próximos años.

En primer lugar, el retraso en el crecimiento no se ha erradicado. En el año 2016, más de uno de cada 10 niños (el 13 %) padecían este mal. Las disparidades entre las distintas regiones y entre las zonas rurales y urbanas siguen siendo elevadas. En el año 2016, las tasas de retraso en el crecimiento aún se ubicaban en un 26,5 % en las zonas rurales, mientras que en las áreas urbanas llegaban a solo un 7,9 %. Ese mismo año, las tasas de retraso en el crecimiento de los niños que tenían como lengua materna el quechua o idiomas amazónicos eran tres y cuatro veces más altas, respectivamente, que las de los niños que hablaban español.

Si bien las tasas de retraso en el crecimiento en las zonas urbanas son más bajas que las de las zonas rurales, la desnutrición urbana se ha estancado en los últimos cinco años. Esto pone de relieve la necesidad de implementar estrategias diferentes para abordar la desnutrición en los diversos sectores del país. No hay una receta válida para todos: en las zonas urbanas y las zonas rurales con una gran población indígena se necesitan enfoques adaptados a esos contextos para reducir el retraso en el crecimiento.

"En el Amazonas, hay 400 000 indígenas que viven a horas o días de distancia de la capital de su propio distrito. Es otro mundo. Por eso, el gran desafío ahora consiste en llegar a

las comunidades amazónicas donde la desnutrición infantil llega a cerca del 60 %", afirmó Ariela Luna, exviceministra de Desarrollo e Inclusión Social.

El Perú también enfrenta el creciente problema de las personas con sobrepeso y obesidad, así como niveles persistentemente elevados de anemia por deficiencia de hierro entre los niños menores de 5 años.

El Perú tiene cada vez más habitantes que padecen la llamada "doble carga de la malnutrición", una combinación de desnutrición y sobrealimentación (retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y obesidad) dentro de una misma comunidad o una misma familia, con madres con sobrepeso y niños de bajo peso o retraso en el crecimiento. Este fenómeno plantea un grave problema debido a que el retraso en el crecimiento durante las primeras etapas de la vida incrementa el riesgo de padecer sobrealimentación y de contraer enfermedades crónicas como diabetes y afecciones cardiovasculares en la adultez. Según las estimaciones más recientes, la prevalencia del sobrepeso entre los niños menores de 5 años en el Perú es del 7,2 %, con una desviación estándar de >2 (IFPRI, 2016).

El Perú no está solo en la lucha contra el sobrepeso y la obesidad en los adultos y contra el creciente problema del sobrepeso y la obesidad en los niños. En todo el mundo, hay 41 millones de niños con sobrepeso. El desarrollo, el crecimiento económico y el aumento en los ingresos de los hogares contribuyen a generar cambios en las dietas que

no son necesariamente saludables. Durante los últimos 10 años, el Perú ha registrado un incremento en el consumo de alimentos procesados, con elevado contenido de azúcar y sal (Rigolini, 2017). Como en otros países, esto a menudo va acompañado de la disminución de la actividad física, dado que los niños pasan más tiempo frente al televisor o utilizando medios sociales (Shrimpton y Rokx, 2012). El debate sobre cómo prevenir el sobrepeso y la obesidad debe incluir los temas vinculados con la tecnología alimentaria, la seguridad de los alimentos y las políticas sobre sistemas alimentarios, y hace necesario también incorporar a los productores agrícolas.

Es probable que la rápida urbanización que se observa en el Perú haya contribuido al surgimiento de la doble carga de la malnutrición, tal como ocurrió en otros países de América Latina y el Caribe y de otras regiones. No es un problema nuevo. En el año 2005, el 43 % de las mujeres en edad fértil tenían sobrepeso (índice de masa corporal $<25 \text{ kg/m}^2$) o eran obesas (índice de masa corporal $<30 \text{ kg/m}^2$) (CENAN, 2013). En el año 2014, estos valores se habían incrementado al 58 % de mujeres con sobrepeso u obesas (ENDES, 2005, 2010 y 2014). El Perú tiene conciencia de este problema creciente y ha comenzado a elaborar campañas para poner freno al aumento del consumo de alimentos procesados de elevado contenido calórico y a menudo de baja calidad. También promueve el ejercicio físico y los controles de salud regulares en todas las edades.

Abordar el problema de la anemia

A pesar del éxito que ha logrado el Perú en la reducción del retraso en el crecimiento, aún tiene que remontar otra cuesta.

La anemia sigue siendo una enorme preocupación en todo el país. Cerca del 59 % de los niños de entre 6 y 11 meses padece anemia, al igual que el 44 % de los niños de entre 6 y 36 meses. Si bien la reducción del retraso en el crecimiento ha sido notable, la prevalencia de la anemia no se ha modificado. No hay correlación directa entre el retraso en el crecimiento y la anemia, y la prevención de dicho retraso no tiene consecuencias directas sobre la anemia.

Con todo, aún resta explicar por qué las medidas para reducir la anemia no han tenido el mismo éxito que los esfuerzos por bajar las tasas de retraso en el crecimiento, aun cuando la prevención de la anemia era uno de los objetivos del PAN. Se logró una mayor variedad en la dieta y se redujeron también

en una proporción importante las enfermedades infecciosas, factores ambos que deberían haber generado impactos positivos en los niveles de anemia. Un análisis reciente de los datos sobre el consumo de alimentos muestra bajos índices de ingesta de productos de origen animal y de otros alimentos ricos en hierro (Sánchez-Griñán, 2015).

Para reducir la anemia es necesario entender y reconocer el problema. No obstante, resulta más difícil medir la anemia que el retraso en el crecimiento, debido a que se necesitan muestras de sangre y análisis. También exige comprender las afecciones subyacentes que pueden causar anemia, como las enfermedades gastrointestinales infecciosas. Se requiere la ingesta regular de suplementos para corregir o mantener los niveles de hierro en la sangre en los casos en que el consumo de alimentos ricos en hierro sea bajo, en especial en los niños pequeños (Shekar *et al.*, 2017). En el pasado ha habido períodos de escasez de suplementos de hierro en el país, y eso explica, en parte, la falta de éxito. Los niveles persistentemente altos de anemia entre los niños también indican una probable prevalencia elevada de helmintos y de otras infecciones parasitarias y, entre los niños pequeños, de la enteropatía tropical¹⁵, que reduce la absorción de nutrientes y contribuye a la anemia (Korpe y Petri, 2012).

No obstante, aún se está evaluando qué falló. Es necesario prestar atención a la fortificación con hierro de los alimentos, dado que el suministro de dichos alimentos es una de las intervenciones más eficaces en función de los costos para abordar la anemia en los niños y sus madres, y en la actualidad la fortificación no es obligatoria en el Perú.

"El Perú es el país sudamericano que más padece anemia (solo junto con Guyana)", señaló Lorena Alcázar en un informe. "Afecta a más del 50 % de los niños en edad preescolar, el 42 % de las embarazadas y el 40 % de las mujeres no embarazadas en edad fértil. Estos niveles de prevalencia ubican al Perú en una situación similar a la de la mayoría de los países africanos".

"El principal problema que observamos en las embarazadas es la anemia. Aquí, cuando las mujeres están embarazadas tienen dificultades para incorporar suficiente hierro en la dieta. Incluso circulan muchos mitos e ideas erróneas, que tratamos de desterrar, acerca de que las embarazadas no pueden absorber el hierro", indicó la nutricionista Brenda Infantes Yucra.

¹⁵ La enteropatía tropical o ambiental es una condición o trastorno subclínico probablemente causado por infecciones intestinales frecuentes. Los síntomas agudos suelen ser mínimos; sin embargo, pueden aparecer problemas crónicos de absorción de nutrientes, hecho que puede derivar en la desnutrición de los niños. La enteropatía ambiental provoca cambios en el intestino, entre los que figuran una mayor permeabilidad y la acumulación de células inflamatorias en su interior. Estas modificaciones conducen a una absorción deficiente de alimentos, vitaminas y minerales

Muchas mujeres no saben nada sobre la anemia. Ven a un niño con anemia y dicen: 'Se ve normal. ¿Cuál es el problema?' Por eso les explicamos que si tienen anemia durante el embarazo, esto tendrá impacto en la forma en que se desarrolla el cerebro del niño en el vientre. Es ahí cuando toman el problema en serio: ni bien mencionamos el cerebro. Contestan: 'Quiero que mi hijo sea inteligente'. Y asumen la responsabilidad... de incorporar una buena dosis de hierro durante el embarazo y también de verificar que su hijo tome los suplementos dietarios después de nacer", dijo.

Reducir la anemia es ahora un objetivo sumamente prioritario de varios ministerios gubernamentales bajo la dirección del MINSA y con la valiosa coordinación de la Presidencia del Consejo de Ministros. Se ha aprobado una nueva estrategia para combatir la anemia infantil en la que se hace fuerte hincapié en la implementación de una campaña dirigida a generar amplia conciencia sobre la magnitud del problema y sus consecuencias. Como parte de esta campaña, se promueve también una dieta variada y el aumento del consumo de alimentos ricos en hierro. Asimismo, se ha comenzado a incluir, en las guías clínicas, las intervenciones que buscan mejorar las reservas de hierro en los recién nacidos¹⁶. Los ministerios promueven la alineación de las políticas destinadas a reducir la anemia y la mejora en la recolección y el análisis de datos (sobre niños muy pequeños) para comprender más completamente a quién dirigir las medidas y quiénes deben recibir suplementos y cuándo. En este sentido, se ha fijado una ambiciosa meta: reducir la anemia en 20 puntos porcentuales para el año 2021. Asimismo, se han comenzado a establecer mecanismos de medición periódica para verificar los avances (Sánchez-Griñán, 2015).

Para el MIDIS, reducir la anemia es una prioridad. El organismo colabora con el MINSA y con otros socios en el objetivo del desarrollo para elaborar una estrategia que permita conceder mayor atención a este problema en los programas que lleva adelante. Un objetivo concreto es brindar mayor asesoramiento en las comunidades locales con ayuda del personal que trabaja en programas administrados por el MIDIS. Otro, más general, consiste en ampliar la distribución de suplementos de hierro, como las llamadas chispitas. Asimismo, en el ámbito nacional continúa discutiéndose la fortificación de los alimentos con hierro.

Eliminar las diferencias en los pueblos indígenas

La creciente conciencia respecto de las disparidades en la nutrición de niños indígenas y no indígenas también ha conducido gradualmente a diversas instituciones dedicadas a la prestación de servicios a elaborar estrategias específicas para lograr resultados en las comunidades quechuas, aymaras y amazónicas. Para ello, ha sido fundamental comprender sus tradiciones y creencias respecto de la lactancia y las enfermedades.

El empleo del quechua, aymara, awajún o asháninka durante las campañas de registro de nacimientos o en las etapas iniciales de los procesos de afiliación, así como el empleo general de lenguas indígenas en los anuncios radiales educativos o promocionales y en las telenovelas, se ha convertido en una modalidad de trabajo de las redes regionales de salud, el programa Juntos, los funcionarios del SIS y del registro civil.

El Gobierno peruano ha llegado progresivamente a comprender la necesidad de promulgar leyes y protocolos especiales, y de incrementar el presupuesto para garantizar una adecuada prestación de servicios básicos en las comunidades alejadas.

"Hay centros de salud desde los que solo se puede llegar a las aldeas alejadas navegando por el río. Por lo tanto, tienen que tener una canoa o una lancha. La red de salud tiene que asignarles presupuesto extra para comprar combustible, de lo contrario tendrían que pagar el transporte, y eso es aún más caro", comentó un técnico sanitario de Nuevo Seasmé, en Condorcanqui, al referirse a la necesidad de destinar más fondos para llegar a las comunidades alejadas.

La diferencia entre las tasas de retraso en el crecimiento de hogares en los que se habla quechua y las de aquellos en los que se habla español se redujo del 29,7 % en el año 2009 al 21,6 % en el año 2015. No obstante, la diferencia entre los hogares donde se hablan lenguas amazónicas y aquellos en los que el idioma es el español continúa en un nivel muy alto, del 35,7 %, cifra que pone de manifiesto la necesidad de redoblar los esfuerzos en la zona de la selva.

¹⁶ Por ejemplo, el pinzamiento tardío del cordón umbilical durante la tercera etapa del parto.

9. EN PRIMER PLANO: GRANDES CAMBIOS EN COMUNIDADES PEQUEÑAS

La provincia de Huánuco, ubicada a unos 380 kilómetros al noroeste de Lima, alberga numerosas aldeas remotas en las que los trabajadores sanitarios ayudan a las familias a criar niños más fuertes.

Sus aldeas y poblados han experimentado grandes cambios gracias a los esfuerzos que lleva adelante el Perú para reducir el retraso en el crecimiento. Desde el año 2007, el porcentaje de niños de la provincia que padecen desnutrición crónica se ha reducido a menos de la mitad, desde casi el 50 % a aproximadamente el 24 %.

En las comunidades rurales aisladas como San Isidro de Visag, a 90 minutos de la capital de Huánuco en automóvil, por un camino de tierra montañoso y lleno de baches, es donde se hace visible el éxito de programas como Juntos.

Tomasa Sacramento Soto, de 35 años, vive con su esposo y sus tres hijos. Gracias a una ONG belga, su aldea cuenta ahora con agua clorada, facilidad que reduce el peligro de que los niños contraigan cólera o diarrea. Tomasa también es beneficiaria de Juntos, el exitoso programa de TMC del Perú. Asimismo, la familia cría cuyes tanto para la venta como para el consumo propio, que incrementa su ingesta de proteínas.

“Recibo los pagos cada dos meses. Voy a Huánuco a retirarlos. Me vienen muy bien, aunque desde que comencé a vender los cuyes, representan una parte más pequeña de mis ingresos”, señaló.

En toda la localidad, la vida de las mujeres, los niños y las familias se ha transformado.

Llegar a las comunidades aisladas

En la pequeña comunidad rural de Sogobamba, los programas como Juntos han ayudado a mujeres como

Elizabeth de la Cruz, de 29 años y madre de dos niños: Yhersin, de 18 meses y una niña de 12 años. Elizabeth de la Cruz vive con su madre en una casa con un pequeño jardín al frente. Allí cultivan cebollas, remolachas, lechuga y perejil. No tiene empleo fijo, pero en ocasiones trabaja recolectando fruta para un agricultor local. Su único ingreso es el dinero que recibe a través del programa Juntos.

En las comunidades rurales aisladas como San Isidro de Visag, a 90 minutos de Huánuco en automóvil, por un camino de tierra montañoso y lleno de baches, es donde se hace visible el éxito de programas como Juntos.

“El dinero de Juntos es muy importante para mí. Por eso, siempre me aseguro de que Yhersin esté al día con las vacunas y con los controles de peso, porque si no hace los controles, pierdo el dinero”, explicó. “También voy a las reuniones en el centro de salud de Acomayo porque si no vas, no aprendes. He aprendido mucho de la gente que trabaja allí sobre la dieta, sobre lo que no hay que comer y sobre la importancia de la higiene, y también mucho sobre cómo reconocer enfermedades como la hepatitis o el sarampión. Las cosas han cambiado mucho desde que tuve a mi hija, hace 12 años. A ella no le daba los suplementos. No había”.

En el distrito de Santa María del Valle, en las afueras de la ciudad de Huánuco, el Gobierno maneja un centro de salud donde van a dar a luz mujeres de comunidades rurales y aisladas. Hay otros 10 puestos sanitarios que atienden a las comunidades más pequeñas e inaccesibles, pero las embarazadas viajan hasta Santa María del Valle a dar a luz¹⁷.

"El Gobierno local nos dio más dinero, así que pudimos contratar más gente en los otros centros de salud (10 establecimientos situados en las zonas rurales). Esto nos ha permitido controlar el crecimiento de los niños, asegurarnos de que reciben los nutrientes, verificar si hay alguno con anemia y ofrecer asesoramiento sobre temas como la dieta y qué hacer durante el embarazo. Todo eso ha sido absolutamente crucial para reducir la desnutrición crónica", dijo Julio Palacios Chumpitaz, de 40 años, uno de los médicos del centro de salud.

Apoyo y servicios en las comunidades

La colaboración entre el MINSA, las ONG y programas como Juntos ha permitido generar un cambio real en la vida de las comunidades apartadas. Los médicos, las enfermeras y los trabajadores sanitarios reciben capacitación teórica y práctica para garantizar que comprendan mejor las tablas de crecimiento, la forma de pesar y medir a los niños, y la manera de brindar asesoramiento adecuado sobre nutrición, incluso en quechua, una herramienta clave para comunicarse con muchas familias indígenas.

"Para reducir la desnutrición infantil, promovemos las visitas periódicas a los hogares. Dentro de la estructura de la visita, se alientan fuertemente las prácticas de cuidado (por ejemplo, el lavado de manos y el buen uso de los micronutrientes) y se refuerzan los mensajes para que las madres lleven oportunamente a sus hijos a los controles en los puestos de salud", señaló un funcionario.

Las ONG han desempeñado también un papel fundamental al generar conciencia en las madres respecto de la amenaza que representan para sus hijos la desnutrición crónica y la anemia, y lograr la participación de algunas mujeres de las comunidades en la tarea de comunicar a las familias las medidas que pueden adoptar para asegurarse de que sus hijos crezcan sanos.

"Han convencido a las comunidades para que eligieran a una mujer entre sus miembros que se hiciera responsable de las cuestiones de salud. Y esa mujer puede ayudar a las enfermeras y a los médicos cuando van a visitar las comunidades, porque habla el mismo idioma que sus vecinos", comentó el doctor Palacios Chumpitaz. "Si yo voy como médico y les digo que quiero reducir la desnutrición crónica en sus niños, quizá no me entiendan. Pero si un vecino dice: 'Mira, quiero que tu hijo crezca tanto como el mío', es más probable que lo comprendan", indicó el doctor. "Algunos de los niños que nacieron en los primeros partos que atendí están llegando a la adultez".

Para prestar servicios a las familias, es fundamental que los funcionarios sanitarios entiendan a las comunidades locales.

"Es clave que el personal sanitario conozca la realidad local. Un ejemplo claro es la vacunación. Yo era uno de los que iba golpeando puertas. Lo primero que hacían era no abrirme y soltar a los perros. Ahora vienen a pedir las vacunas y al control del crecimiento y desarrollo", dijo un funcionario en Huánuco a personal del Banco Mundial durante una serie de entrevistas con grupos de discusión organizadas en enero de 2017. Esto refleja un cambio de actitud muy valioso. El nivel de compromiso del personal local fue extremadamente importante en este proceso.

Madres como Edith Zambrano Reyes, de 25 años, y su hijo Yharif, de 17 meses, se han beneficiado directamente con el esfuerzo que lleva adelante el país para dar a los niños el mejor comienzo posible en la vida.

"El niño está al día con todos los controles. Tuvo algunos problemas de bajo peso en los primeros meses, pero ya no. Las enfermeras son muy buenas para explicar cómo detectar enfermedades como sarampión, tuberculosis o gripe", dijo la mujer. "Durante el embarazo, recibí muchos consejos del nutricionista sobre lo que debía comer y lo que tenía que evitar (por ejemplo, tratar de comer carne y vegetales y evitar las bebidas gaseosas)", añadió.

Además del control y la promoción del crecimiento, el asesoramiento nutricional brindado a los padres ha sido un elemento central del éxito del Perú en la reducción de las tasas de retraso en el crecimiento. Parte de la labor de los nutricionistas que trabajan en comunidades aisladas

¹⁷ En Huánuco, este modelo contó con el apoyo de Future Generations (distritos de Santa María del Valle y Acomayo), quienes durante 2010-2014 implementaron una estrategia comunitaria de promoción de la salud materno-infantil, en colaboración con el Gobierno Regional, la DIRESA, Red de Salud, Municipalidades Distritales, y cuatro microredes de salud, para fortalecer las capacidades del personal de salud y agentes comunitarios. Estas comunidades establecieron un modelo de cogestión en base a la Asociación Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS).

consiste en asesorar a las madres sobre alimentación saludable y cuestionar las tradiciones alimentarias que reducen la ingesta de hierro.

Brenda Infantes Yucra, nutricionista de un centro de salud para madres y niños del pueblo de Acomayo, da clases todos los meses para enseñar a las madres qué tipo de alimentos deberían dar a sus niños en las distintas edades. Esta oportunidad es muy bien recibida por los padres. “Mucha gente de esta zona cría sus propios animales y se alimenta de ellos, de sus pollos, sus cuyes, pero dejan escurrir toda la sangre, hasta que les explicamos que es una buena fuente de hierro. Lo mismo sucede con el hígado. A menudo desechan el hígado, pero les decimos que no lo hagan”, comentó la nutricionista.

Liliana Pinzas Villar, de 28 años, asistió a una de esas clases de nutrición con su hija de 6 años, Helen. Tiene otros dos niños, de 3 años y 6 meses, respectivamente.

“Cuando nació Helen, le daba más o menos lo mismo que comíamos nosotros, pero con los más pequeños soy más cuidadosa”, dijo. “Siempre recuerdo que una de las nutricionistas dijo que lo que yo como cuando estoy embarazada puede afectar el desarrollo del cerebro de mi bebé, y eso me hizo pensar. Y dicen que lo que un niño come durante los primeros cinco años de vida es muy importante. Por eso, con mi segundo y tercer hijo he tenido más cuidado y me he cerciorado siempre de darles los nutrientes adecuados”.

10. CONCLUSIÓN: ENSEÑANZAS

El Perú abrió camino; otros países pueden seguir su ejemplo

El hecho de que un país haya logrado reducir la tasa de retraso en el crecimiento a menos de la mitad en menos de 10 años es prueba (si es que hicieran falta pruebas) de que la desnutrición crónica infantil puede combatirse.

Hoy en día, el Perú se destaca en el mundo por haber enfrentado exitosamente este problema y recibe periódicamente delegaciones de Gobiernos extranjeros que buscan aprender cómo lo logró. “La experiencia del Perú en esta área es también un activo único para el Banco Mundial y permite a la institución brindar mejores servicios a sus clientes difundiendo este ejemplo. El país recibe y ha recibido funcionarios de alto rango y equipos técnicos de Camerún, Ecuador, Guatemala, Indonesia, Madagascar, Mozambique y Tanzania e invita a otros a venir y ver con sus propios ojos cómo logró reducir las tasas de retraso en el crecimiento”, comentó Alberto Rodríguez, actual director del Banco Mundial a cargo de las operaciones en el Perú.

“Sin dudas es algo que puede aplicarse en otros sitios”, afirmó Felipe Jaramillo, anterior director de las operaciones del Banco en el Perú. “Me he sentido frustrado en otros casos

en los que las tasas de desnutrición eran iguales que en el Perú o peores. Hay que lograr el compromiso. En última instancia, el problema está en manos del país, del Gobierno y de su gente”, sostuvo.

Dado que la desnutrición crónica impone un precio inaceptablemente alto para los individuos, las familias, las comunidades y los países, erradicar el retraso en el crecimiento es una tarea fundamental para alcanzar el objetivo del Banco Mundial de poner fin a la pobreza extrema e impulsar la prosperidad compartida.

“La pregunta no es si un país puede solventar las medidas para acabar con la desnutrición infantil. La pregunta es si puede darse el lujo de no hacerlo”, dijo el presidente del Banco Mundial, doctor Jim Yong Kim.

El Perú constituye un ejemplo excepcional sobre cómo un país puede traducir el compromiso político, las políticas adecuadas y una apropiada gestión institucional en mejores servicios sociales y de salud para las comunidades más pobres.

La receta del éxito del Perú incluye muchos ingredientes, que se fueron adaptando y modificando con el tiempo. Pero algunos de esos ingredientes son especialmente importantes. El compromiso político, la implementación de políticas adecuadas y la modificación de las conductas sembraron la semilla del éxito del Perú.

Lograr compromiso político, coordinación y cooperación

En el caso del Perú es digno de destacar el hecho de que cuatro Gobiernos sucesivos (con los presidentes Alejandro Toledo, Alan García, Ollanta Humala y ahora Pedro Pablo Kuczynski) han garantizado la continuidad y el compromiso en el esfuerzo por reducir el retraso en el crecimiento.

"La continuidad entre los Gobiernos es realmente crucial", afirmó Milo Stanojevich de CARE Perú. "La participación internacional es clave porque contribuye a ejercer presión sobre el Gobierno", señaló.

Pedro Pablo Kuczynski, elegido presidente en el año 2016, ha expresado la aspiración de erradicar la desnutrición crónica infantil en el país. Las metas actuales del Gobierno son reducir la tasa de desnutrición crónica infantil a alrededor del 6 % para el año 2021 y las tasas de anemia al 19 %.

"El tema recibió mucha atención política y social. Era una meta social para todos nosotros. Tenemos que estar todos juntos en el mismo lugar y en el mismo momento", dijo Carolina Trivelli, quien se desempeña actualmente como economista en el área de financiamiento rural e inclusión financiera en el Perú. En su opinión, el secreto del éxito del Perú se resume en voluntad política, políticas coherentes y objetivos e incentivos claros.

Políticas más inteligentes: Énfasis en las evidencias, los incentivos y los resultados

La coherencia fue un componente fundamental cuando el Perú adoptó métodos de eficacia probada y se propuso buscar eficiencia en sus programas sociales, de salud y nutrición, y se aseguró de que su personal sanitario contara con toda la capacitación y los medios necesarios para brindar servicios de elevada calidad.

El dinero, en la forma de TMC, incentivó a los padres a llevar a sus hijos a las clínicas para los controles de crecimiento y desarrollo en una escala sin precedentes, pero estos estímulos monetarios por sí solos no eran la solución. Fue la combinación del programa de transferencias condicionadas con las mejoras en la disponibilidad y el uso de los servicios de salud, la ampliación de la cobertura del seguro de salud en los sectores pobres, el rigor de los presupuestos por resultados y el énfasis de la estrategia de nutrición Crecer en intervenciones específicas y en las zonas más necesitadas, la que forjó la convergencia en el enfoque del Gobierno respecto de la reducción del retraso en el crecimiento.

Los datos, las metas, los incentivos, el seguimiento y la evaluación, así como sistemas creíbles garantizaron la aplicación de un enfoque basado en los resultados para la asignación del gasto público en esta área.

La fórmula ganadora que utilizó el Perú para reducir la desnutrición crónica contenía tres elementos clave, dijo Iván Hidalgo, expresidente de Juntos. "En primer lugar, decisiones políticas adoptadas en el nivel más alto. Sin ellas, es mejor no intervenir. En segundo lugar, un presupuesto garantizado. Tercero, un equipo técnico que pueda implementar lo que se ha acordado", afirmó.

Cambiar las conductas

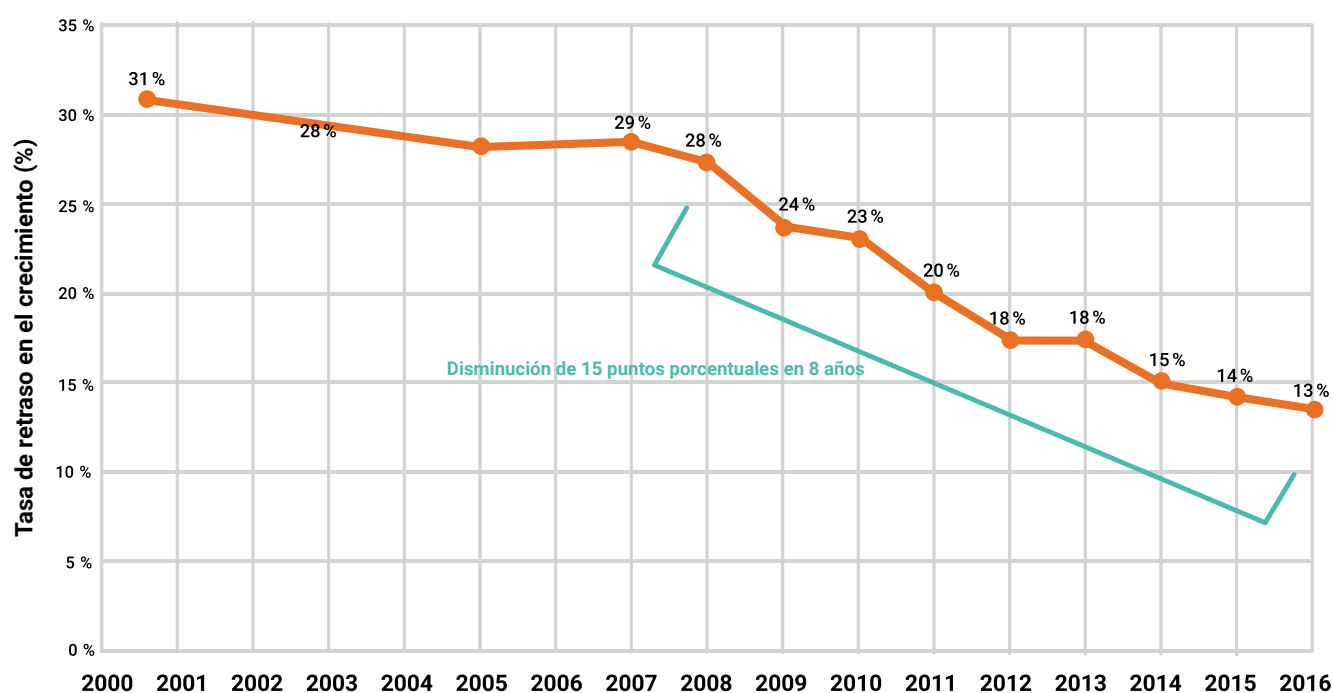
La comunicación fue esencial para convencer a los padres, los funcionarios y los responsables de formular políticas de que se unieran con el objetivo de revertir la tendencia en el retraso en el crecimiento. La comunicación eficaz permitió modificar la forma en que la gente pensaba y se comportaba en relación con un problema económico y social generalizado que se manifestaba en la mala salud de los niños.

El Perú se destaca no solo por su éxito sino por el modo en que lo logró: la coherencia con la que convirtió un problema multifacético en una única estrategia con un único objetivo, que es hacer del retraso en el crecimiento una cosa del pasado. Aún no lo ha logrado, pero está cerca, mucho más cerca que muchos otros países. Y el Perú puede enorgullecerse por eso.

ANEXO: NO HAY SOLUCIONES MÁGICAS DETRÁS DE LA REDUCCIÓN EN EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO LOGRADA EN EL PERÚ

Las tasas de retraso en el crecimiento se redujeron precipitadamente en menos de diez años

Gráfico A1: Las tasas de retraso en el crecimiento se redujeron 15 puntos porcentuales entre los años 2008 y 2016, de 28 % a 13 %



Nota: Las ENDES comenzaron a implementarse en el año 1986. Hasta el año 2000, se recolectaban datos demográficos y de salud (incluidos los datos antropométricos) cada cinco años. En el año 2004, se comenzó a utilizar un formato de encuesta permanente para recabar datos todos los años. No obstante, la muestra no se diseñó inicialmente para calcular la prevalencia de la desnutrición. En el año 2007, con el lanzamiento del sistema de presupuesto por resultados, se amplió el tamaño de la muestra de la encuesta permanente de modo que permitiera estimar la prevalencia de la desnutrición, por departamento, a partir de 2008. Dado el diseño de la muestra, se obtuvieron estimaciones de la desnutrición para los años 2005 y 2007, y en forma anual a partir de 2008.

Fuente: ENDES.

Entre los años 1991 y 2005, la caída de las tasas de retraso en el crecimiento en el Perú fue de 8 puntos porcentuales en 14 años; entre los años 2008 y 2015, la reducción fue de 2 puntos porcentuales al año (gráfico A1). Esta aceleración en la reducción es lo que tratamos de comprender.

En varios estudios y publicaciones se ha intentado explicar por qué el Perú logró reducir la desnutrición crónica con tanta rapidez. Hay evidencias suficientes de que la reducción en el retraso en el crecimiento no fue solo parte de un cambio secular, y de que no hubo soluciones mágicas.

Las tendencias seculares, el crecimiento económico constante, el aumento del gasto, el énfasis en los resultados, los programas sociales bien focalizados hacia los pobres y la ampliación del acceso a los servicios de salud son factores que parecen haber contribuido a la acelerada reducción de los niveles de retraso en el crecimiento en el Perú. El hecho de que se produjeran todos durante la misma década ciertamente amplificó el efecto combinado. Determinar los efectos relativos de cada uno de los posibles factores en la reducción de la desnutrición es una tarea casi imposible.

Estas medidas no solo tuvieron lugar durante la misma década, sino también, de hecho, de forma simultánea y en el mismo territorio. En definitiva, el éxito en la reducción del retraso en el crecimiento en el Perú es producto de la convergencia de diversas medidas gubernamentales. Lo importante no es desentrañar los efectos, sino promover la convergencia. La desnutrición es un excelente ejemplo de un problema de múltiples causas para el que no existen soluciones mágicas. Pero no hay duda de que el programa enfocado en la nutrición desempeñó un papel decisivo en las notables mejoras logradas en el Perú.

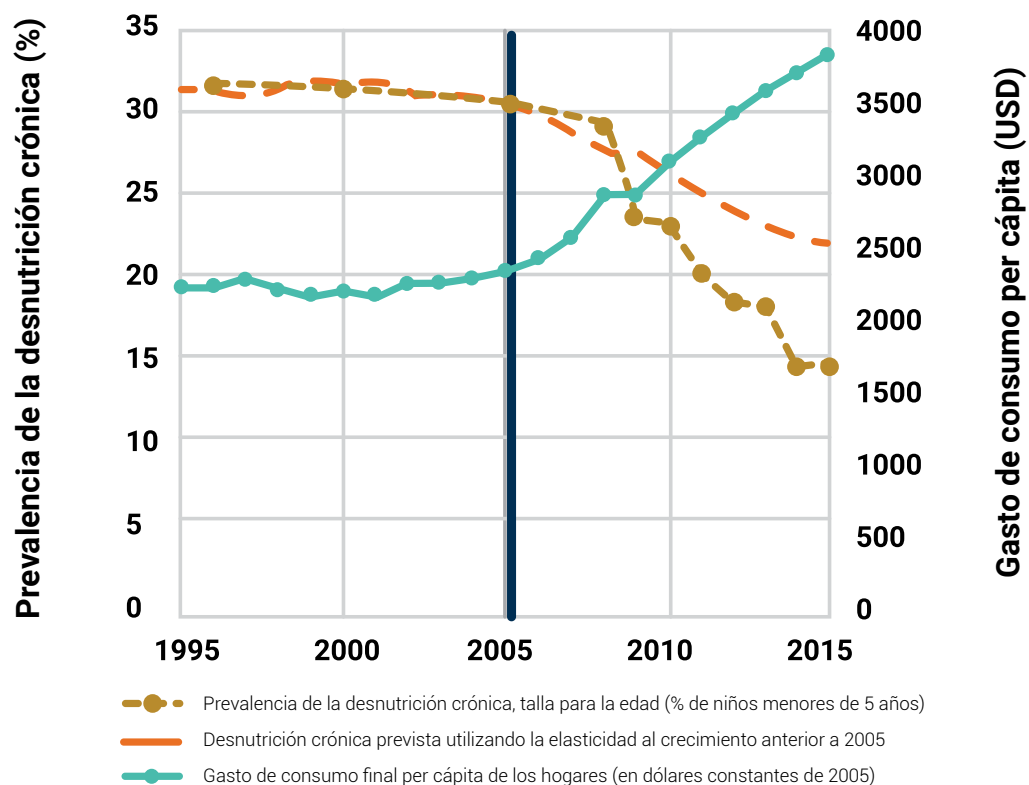
El presente anexo complementa lo expuesto en esta publicación; aquí se examinan las evidencias presentadas en los estudios analíticos más recientes sobre los determinantes de la reducción en el retraso en el crecimiento lograda en el Perú.

¿La caída en el retraso en el crecimiento fue parte de una tendencia secular?

La tendencia secular parece ser solo una parte de la explicación. Escobal y Benites (2012) analizaron datos del proyecto Young Lives¹⁸ y encontraron que las tasas de retraso en el crecimiento cayeron a un ritmo acelerado en todas las zonas del Perú, incluso en el grupo de control conformado por personas que no eran beneficiarias del programa Juntos. No obstante, Sánchez, Meléndez y Behrman (2016), utilizando los mismos datos con una metodología diferente, hallaron algunos indicios de que las intervenciones (incluido el programa de transferencias monetarias condicionadas Juntos) habían tenido efecto sobre la reducción del retraso en el crecimiento. Estas estimaciones se basan en la técnica de pareamiento por puntaje de propensión para formular contrafactuales creíbles. En consecuencia, pareciera que la tendencia secular explica la reducción solo en parte, y que las políticas dirigidas a disminuir la desnutrición tuvieron efecto. En estudios realizados recientemente por Galasso y Wagstaff se sugiere que el crecimiento puede explicar, por sí solo, hasta el 50 % de la disminución de la desnutrición crónica en el Perú. Es probable que la aceleración observada obedezca a los cambios sistémicos de política. La línea amarilla muestra la evolución de la prevalencia de la desnutrición crónica (línea amarilla, eje y izquierdo) y del gasto de consumo per cápita promedio (línea verde, eje x derecho). La línea discontinua naranja representa la reducción de la desnutrición crónica que se prevé en respuesta al crecimiento económico, y en la que se da por supuesto que dicha reducción mostrará la misma elasticidad en relación con el crecimiento económico que la observada antes de 2006. La reacción histórica de la desnutrición crónica frente al crecimiento económico que se registró en el Perú antes de 2006 (donde un aumento del 10 % en el crecimiento económico se tradujo en una disminución de seis puntos porcentuales en la desnutrición) concuerda con las estimaciones de distintos países (Ruel y Alderman, 2013). El gráfico muestra que el aumento de los ingresos después de 2006 podría explicar hasta la mitad de la baja observada en la desnutrición crónica (gráfico A2).



Gráfico A2: Tasa de desnutrición crónica y consumo per cápita en el Perú (1995-2015)



Fuentes de los datos: Indicadores del Desarrollo Mundial (Banco Mundial). Datos sobre prevalencia de la desnutrición crónica de la Base de Datos Mundial sobre Crecimiento y Desnutrición Infantil (Organización Mundial de la Salud), y sobre el gasto final per cápita de los hogares extraído de los datos sobre las cuentas nacionales del Banco Mundial y los archivos de datos sobre las cuentas de la OCDE.

El crecimiento económico influyó, pero no lo suficiente

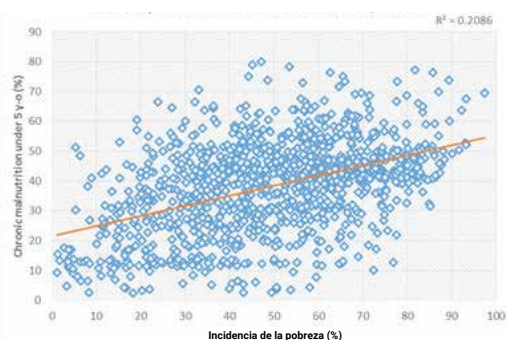
El desarrollo y el crecimiento económico de un país ciertamente contribuyen a reducir el retraso en el crecimiento; sin embargo, no alcanzan para explicar la tendencia acelerada que se observa en el Perú. El PIB aumentó de manera constante durante varias décadas, con un incremento anual cercano al 6 % en los años 2011, 2012 y 2013, y de 2,4 % y 3,3 % en los años 2014 y 2015, respectivamente. La observación detallada de la relación

entre tasas de pobreza y desnutrición crónica indica que el ingreso es solo un factor, en especial en las zonas rurales. Los datos del INEI muestran que la correlación entre pobreza y desnutrición crónica en los distritos urbanos es de solo 0,4, aunque en otros estudios se afirmaba que los efectos del crecimiento eran más significativos. La correlación entre pobreza y retraso en el crecimiento llega a solo la mitad de ese valor en los distritos rurales, y eso muestra que el crecimiento económico representa solo una pequeña parte de la acelerada reducción.

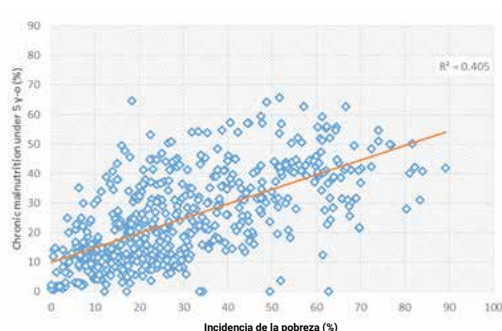
¹⁸ Young Lives es un estudio internacional sobre pobreza en la infancia, en el que se sigue la vida de 12 000 niños de Etiopía, India (en los estados de Andhra Pradesh y Telangana), Perú y Viet Nam a lo largo de 15 años. Para obtener más información, véase el siguiente enlace: <http://www.younglives.org.uk/>.

Gráfico A3: Relación entre pobreza y retraso en el crecimiento en el Perú, por zona

Pobreza y desnutrición crónica, zonas rurales



Pobreza y desnutrición crónica, zonas urbanas



Fuente: INEI.

Fue crucial la combinación de mejoras en los factores determinantes subyacentes

El ampliamente reconocido modelo causal de los determinantes de la desnutrición (UNICEF, 1990) señalaba como factores clave de la reducción en las tasas de retraso en el crecimiento la voluntad política, una amplia participación, el nivel de gasto público, el financiamiento y los programas en favor de los pobres. En un estudio de caso de 2015, basado en enfoques cuantitativos y cualitativos, y publicado por Lancet (2016), se señalaba que las tendencias de estos determinantes habían sido cruciales para reducir la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en el Perú durante la década anterior.

El análisis muestra que la notable reducción en el retraso en el crecimiento se debió a múltiples factores, que abarcan las mejoras en los determinantes sociales, los programas de reducción de la pobreza y las cuantiosas inversiones en programas del sector de salud y de otros ámbitos (Lancet, 2016).

El SIS contribuyó a ampliar el acceso de los pobres a los servicios de salud. Gracias a estas inversiones, a la ampliación del acceso a los servicios de salud, a la mejora de los cuidados y los hábitos alimenticios (lactancia materna exclusivamente y prácticas adecuadas de alimentación complementaria), el retraso en el crecimiento cayó a niveles sin precedentes.

Los cambios en los determinantes sociales fueron importantes

El trabajo de Genoni *et al.* (en prensa) analizó los cambios en los determinantes sociales utilizando el modelo de sinergias para estudiar el papel que desempeñó el programa Crecer.

Los autores examinaron la pertinencia de tres variables cruciales del modelo de UNICEF (acceso a la atención, salud o entorno, y seguridad alimentaria) y mostraron que solo la combinación de al menos dos variables, como el acceso a los servicios de salud y un entorno saludable, se asocia significativamente con una mejor situación nutricional (aumento de la talla). El análisis no permite extraer conclusiones categóricas, pero señala con claridad que la reducción del retraso en el crecimiento es más alta en los distritos considerados prioritarios dentro del programa Crecer: allí se observó una reducción de 21,4 puntos porcentuales, del 54,7 % al 33,3 %, mientras que en otras zonas rurales, la reducción fue de 13,8 puntos porcentuales, del 45,7 % al 31,9 %.

En otro estudio reciente elaborado por GRADE para el MINSA se analizó el impacto de la variación en las asignaciones presupuestarias y en el ingreso de los hogares sobre las tasas de retraso en el crecimiento. El modelo de GRADE explica entre el 35 % y el 40 % de la variación total en el retraso en el crecimiento y no permite extraer ninguna conclusión clara. Si bien la talla y la educación de las madres resultaron variables explicativas importantes, algunos efectos se asociaban también con la vacunación y los controles prenatales. El efecto asociado con el CRED es muy pequeño (posiblemente debido a la calidad del asesoramiento brindado). El acceso al agua es una variable significativa e importante, mientras que el efecto más fuerte se observa en el ingreso de los hogares y en la comunidad o en la presencia de un entorno propicio. La talla y la educación de las madres, así como el orden cronológico en los nacimientos, se asociaron con un mayor efecto entre ciertos subgrupos de edad, al igual que la vacunación (durante el primer año) y los CRED (durante los primeros meses de vida).

La contribución del programa de transferencias monetarias condicionadas Juntos

El programa Juntos se creó en el mismo momento en que comenzó a acelerarse la reducción del retraso en el crecimiento. El programa fue diseñado como instrumento de protección social para abordar la pobreza crónica y contribuir a la acumulación de capital humano. Con el tiempo, incorporó el objetivo explícito de reducir la desnutrición crónica. Si bien el programa de TMC del Perú constituyó, sin duda, una importante fuerza catalizadora para mejorar los servicios de salud y nutrición en todo el país, tal como sucede con otras intervenciones, no parece haber evidencias rigurosas que permitan atribuir la reducción del retraso en el crecimiento únicamente a este programa.

A partir de datos extraídos del proyecto Young Lives y de la aplicación de la técnica de pareamiento por puntaje de propensión para comparar la talla de los beneficiarios con grupos de control, Escobal y Benites (2012a) no lograron encontrar pruebas concluyentes de la asociación entre la baja del retraso en el crecimiento y la participación en el programa Juntos. En el trabajo de Jaramillo y Sánchez (2012) se concluye que, si bien en promedio no es posible atribuir un impacto a este programa, se observa una asociación positiva entre los beneficiarios que padecían retraso grave y entre los niños beneficiarios cuyas madres tenían un nivel educativo relativamente más alto. En un trabajo más reciente, Sánchez, Meléndez y Behrman (2016) llegan a conclusiones similares tras utilizar datos de Young Lives y combinar los mínimos cuadrados ordinarios con efectos fijos en los niños. Con esta metodología no se encontraron efectos en el retraso en general, pero sí fuertes efectos en el retraso severo en el caso de niños que comenzaron a recibir los beneficios del programa Juntos antes de cumplir los 3 años, a diferencia de lo que ocurría con sus hermanos mayores. En un estudio anterior, Perova y Vakis (2009) observaron que el programa se asociaba con un incremento en el uso de los servicios de salud y nutrición entre las madres y los niños pequeños, pero no hallaron correlación alguna con los resultados finales de nutrición.

El PAN, programa de presupuesto por resultados, indudablemente desempeñó un papel importante

El programa estratégico de nutrición denominado PAN se creó en el año 2008 y fue una de las iniciativas piloto del MEF en relación con el PPR. El objetivo de este último era incrementar la eficiencia y la eficacia del gasto público, incluidos los programas sociales. Esta modalidad dio como resultado una focalización mucho más precisa y la reasignación de los fondos a las áreas donde más se necesitaban.

Las inversiones en iniciativas eficaces en función de los costos consideradas prioritarias en el marco del PAN se destinaron a las regiones donde la desnutrición infantil era más grave.

El PAN permitió romper con la inercia presupuestaria institucional: se asignaron recursos para lograr objetivos vinculados con la nutrición, y no en función de consideraciones históricas. Asimismo, el MEF hizo responsable a diversos organismos gubernamentales (incluidas las DIRESA y el programa Juntos de TMC) de mejorar ciertos resultados específicos. Por ejemplo, se otorgaban asignaciones extrapresupuestarias en función del incremento del número de niños pobres matriculados en el programa Juntos o del número de controles del crecimiento y sesiones de asesoramiento sobre nutrición a las que concurrían las familias pobres de las comunidades participantes.

Para comprender el papel que ha ocupado el PAN en la reducción del retraso en el crecimiento, Cordero compiló datos de siete encuestas nacionales sobre salud y demografía (ENDES 2009-15) y conformó una muestra representativa de hogares con niños menores de 5 años. Esta le permitió establecer comparaciones en los ámbitos regional y departamental, así como entre los diversos quintiles de ingresos. El autor armó distintas cohortes de niños y analizó la relación entre las tasas de retraso en el crecimiento y la participación en las intervenciones del PAN (Cordero, en prensa).

Tras documentar el incremento en la participación en intervenciones vinculadas con el PAN (vacunación contra el neumococo y el rotavirus y CRED), Cordero comparó los niños nacidos en el año 2009, que fueron sometidos a dichas intervenciones, con los nacidos en los años 2006, 2007 y 2008, que no lo fueron. El autor mostró que las tasas de retraso en el crecimiento entre los niños participantes eran más bajas, independientemente del quintil de ingreso al que pertenecieran o del nivel educativo de la madre.

La mayor conciencia y la atención al retraso en el crecimiento en el ámbito local también contribuyeron

Como parte de la preparación de esta publicación, a comienzos de 2017 se organizó una serie de debates en grupos de estudio conformados por representantes del Gobierno, gerentes de proyectos y prestadores de servicios de salud. Los participantes pusieron de relieve el incremento de la confianza de la población en los servicios gubernamentales, así como la mayor conciencia de la importancia de prevenir la desnutrición crónica. La participación de los padres en los servicios de salud y nutrición alentó cambios importantes en las conductas. Los prestadores de servicios sociales

respondieron brindando más atención y motivación. Las campañas de concienciación y difusión llevadas adelante por los Gobiernos locales promovieron el registro de los recién nacidos y el aumento en los controles prenatales.

Tal como informaron las autoridades del Gobierno local de Santa María del Valle, en Huánuco: "Todo está relacionado. Ahora la población sabe que el CUI es esencial para sus hijos. Las madres saben que dentro de los 10 días posteriores al nacimiento, el niño tiene que tener el CUI. Sabe que le hará la vida más fácil. En el año 2013 había niños de 3 años que no tenían ninguna identificación, y las madres se

preguntaban: '¿Qué gano yo con el CUI? Es solo un gasto'. La labor realizada con los presupuestos participativos y las campañas de difusión ayudaron a las madres a comprender los beneficios. Ahora entienden la lógica y saben que para seguir accediendo a los beneficios, es muy importante que asistan a los controles periódicos en el centro de salud".

"Las clases de cocina y los consejos sobre el lavado de manos generaron cambios en la conducta de la población. Las madres ahora conocen las consecuencias de la desnutrición en sus hijos. Ese trabajo no se llevó adelante solo en el centro de salud, sino también sobre el terreno".

CRONOLOGÍA

2000-10

- El presupuesto público del país aumenta a casi el doble.

2002-10

- El Perú es una de las economías latinoamericanas de mayor crecimiento, con una tasa promedio del 6,4 %, impulsado por el auge de la minería y de los recursos naturales.

2002

- El Perú destina USD 250 millones al año a programas de alimentación y nutrición, pero las tasas de retraso en el crecimiento siguen siendo elevadas. Se incluyó la nutrición entre las 31 políticas estratégicas consideradas prioritarias en un foro nacional convocado por el presidente Toledo, denominado Acuerdo Nacional, cuyo documento fue firmado por representantes de alto nivel del Gobierno, los partidos políticos y la sociedad civil.

2005

- Las tasas de desnutrición crónica de los niños menores de 5 años se ubican en el 28 %.
- Durante el último año de la presidencia de Toledo, se crea el programa de TMC Juntos para reducir la pobreza y mejorar la nutrición y la salud, siguiendo los ejemplos de Brasil y México.
- Se implementa el programa Juntos como piloto en 110 distritos del Perú y se crea el SIS para brindar asistencia a los hogares más pobres.

2006

- Se forma la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, alianza destinada a promover un mejor comienzo para los niños de todo el país.
- A través de esta iniciativa se logra que 10 candidatos presidenciales firmen el compromiso de reducir la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años en 5 puntos porcentuales en un plazo de 5 años: el objetivo 5 por 5 por 5.
- Alan García Pérez es elegido presidente por segunda vez.
- Su Gobierno crea el Programa Integral de Nutrición para unificar seis iniciativas distintas de distribución de alimentos.

2007

- Se introduce un artículo en la Ley de Presupuesto Público que protege los recursos que se destinarán a once cuestiones prioritarias vinculadas con la niñez, iniciativa que sienta las bases para el presupuesto por resultados.
- El Gobierno de García pone en marcha una estrategia nacional de reducción de la pobreza denominada "Crecer". Introduce asimismo reformas para centrar los esfuerzos en la lucha contra la pobreza y la desnutrición infantil. Se ponen en marcha 26 iniciativas, entre otras cosas, sobre salud materno-infantil, nutrición, aprendizaje temprano, registro de nacimientos y acceso a los servicios básicos, entre otros temas.

- El Banco Mundial difunde el video *Mi futuro en mis primeros centímetros*, en el que se pone de relieve la escala de la desnutrición crónica de los niños del Perú.

2007-11

- El Banco Mundial respalda los esfuerzos del Perú por promover parámetros de nutrición a través del financiamiento de apoyo presupuestario dirigido a implementar reformas (la serie de préstamos para políticas de desarrollo de resultados y rendición de cuentas [REACT]) y a través de trabajos analíticos y de comunicación (la serie Rendición de Cuentas para la Reforma Social [RECURSO]).

2008

- En la cumbre de jefes de Estado de América Latina, el Caribe y la Unión Europea se declara que la lucha contra la desnutrición infantil es un factor fundamental en la lucha contra la pobreza y la desigualdad.
- El MEF establece los presupuestos por resultados y crea el PAN, una de las primeras experiencias piloto con esta modalidad.

2008-09

- El Banco Mundial brinda respaldo al Perú a través de un programa de asistencia técnica no crediticia, destinado a mejorar la eficacia y eficiencia de Juntos en la reducción de la desnutrición crónica.

2009

- El MEF comienza a asignar fondos a las regiones más afectadas para combatir la desnutrición crónica infantil.

2011

- Ollanta Humala es elegido presidente. Se crea el MIDIS.

2012

- El MIDIS se hace cargo del programa Juntos. Se cierra el ineficiente programa de distribución de alimentos denominado PRONAA.

2014

- Se crea el FED.

2016

- Pedro Pablo Kuczynski es elegido presidente.

2017

- El Gobierno anuncia la meta de reducir la tasa de desnutrición crónica infantil aproximadamente al 6 % y las tasas de anemia al 19 % para el año 2021.

BIBLIOGRAFÍA

Alcázar, L. (2007), *¿Por qué no funcionan los programas alimentarios en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma*, Lima, Perú: GRADE.

Banco Mundial (2012), *Operationalizing accountability: The RECURSO/REACT Program*, Washington, DC.

Banco Mundial (2015), *Peru: Building on success, boosting: Productivity for faster growth* (informe sobre pobreza del Banco Mundial), Washington, DC.

Berg, A. y R. J. Muscat (1973), *The nutrition factor, its role in national development*, Washington, DC: Brookings Institute.

Brousset, H. (en prensa), *Logros y desafíos de la política de nutrición en el Perú*, Washington, DC: Banco Mundial.

Cordero, L. (en prensa), *Evolución de la desnutrición crónica en el Perú y de la cobertura de servicios de salud*.

Escobal, J. y S. Benites (2012a), "Algunos impactos del programa Juntos en el bienestar de los niños: evidencia basada en el estudio Niños del Milenio". En *Boletín 7 de Políticas Públicas del Estudio Niños del Milenio*.

Escobal, J. y S. Benites (2012b), "Transferencias y condiciones: efectos no previstos del programa Juntos". En *Boletín 5 de Políticas Públicas del Estudio Niños del Milenio*.

Genoni, M, V. Silva, E. Skoufias, K. Vinha, S. Garriga, y A. Marini (en prensa), *Desnutrición crónica infantil en el Perú*. Washington, DC: Banco Mundial.

GRADE (2015), *Estudio sobre los factores asociados a la disminución de la desnutrición crónica infantil en el Perú*, Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud/MINSA.

Grosh, M. y J. Baker (1995), *Proxy means tests for targeting social programs: Simulations and speculation*, Washington, DC: Banco Mundial.

Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) (2016), *De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí al 2030* (2016 Global Nutrition Report), Washington, DC.

Jaramillo, M. y A. Sánchez (2012), *Impacto del programa Juntos sobre la nutrición temprana* (Documento de investigación n.º 61), Lima: GRADE.

Korpe, P. S. y W. A. Petri, Jr. (2012), "Environmental enteropathy: Critical implications of a poorly understood condition". En *Trends in Molecular Medicine*, 18(6), 328-336.

Lancet (2016), "Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda". En *Lancet Global Health* 2016; 4:e414-26.

Levinson, J.; Y. Balarajan, y A. Marini (2013), "Peru: Nutrition targets, budgeting and incentives, supported by civil society advocacy" (estudio de caso). En Levinson, J., y Balarajan, *Addressing malnutrition multisectorially: What have we learned from recent international experience?* Nueva York: Naciones Unidas.

Mejía Acosta, P. (2011), *Analyzing success in the fight against malnutrition in Peru* (Documento de trabajo n.º 367), Brighton, Reino Unido: Institute of Development Studies.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) (2013), *Evaluación de la calidad y restricciones en la cadena de provisión de la ración de alimentos del subprograma infantil PIN-PRONAA*, Lima, Perú.

Ministerio de Salud (MINSA), *Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años* (Resolución ministerial n.º 990-2010/MINSA), Lima, Perú.

Nelson, C. (2016), *Brain imaging as a measure of future cognitive outcomes: A study of children in Bangladesh exposed to multiple levels of adversity*. Presentación realizada en la reunión Grand Challenges, Londres, octubre de 2016.

Nelson, C. (2017, 17 y 18 de enero), *Brain imaging as a measure of future cognitive outcomes*. En Presentación realizada en la Reunión sobre el marco de medición del desarrollo en la primera infancia de la OMS, 17-18, enero de 2017.

Ozler, B. (2016), *Did Peru's CCT program halve its stunting rate?* Blogs del Banco Mundial, 10 de octubre de 2017.

Perova, E. y R. Vakis (2009), *Welfare impacts of the "Juntos" program in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation*. Mimeo, Washington, DC: Banco Mundial.

Rigolini, J. (2016), *A case study: Geography and healthy Diets: How city planning can promote healthy diets and help solving the nutrition challenge* (Documento de trabajo), Lima, Perú: Banco Mundial.

Rogers, B., S. Rajabiun, J. Levinson, y K. Tucker (2002), *Reducing chronic malnutrition in Peru: A proposed national strategy*, Tufts University.

Ruel, M. T., y H. Alderman (2013), "Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?". *The Lancet* 382(9891), 536-551.

Sánchez, A., G. Meléndez, y J. Behrman (2016), *The impact of the Juntos conditional cash transfer program in Peru on nutritional and cognitive outcomes: Does the age of exposure matter?*

Sánchez-Griñán, M. (2015), *Tendencias en el consumo aparente de alimentos entre 2004 y 2014 asociadas a la anemia, el sobrepeso y la obesidad en el Perú* (borrador de trabajo).

Shekar, M., J. Kakietek, J. Eberwein y D. Walters (2017), *An investment framework for nutrition: Reaching the global targets for stunting, anemia, breastfeeding, and wasting*, Washington, DC: Banco Mundial. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7, disponible en <https://tinyurl.com/InvestmentFrameworkNutrition>.

Shrimpton R. y C. Rokx (2012), *The double burden malnutrition: A review of global evidence*. (Documento de discusión sobre salud, nutrición y población), Washington, DC: Banco Mundial.

Alessandra Marini es economista sénior y se desempeña en el área de Protección Social en el Banco Mundial. Ha desarrollado una amplia labor en el campo de las vinculaciones entre la protección social y los programas de nutrición. Trabaja en el Perú desde el año 2006 y ha encabezado varias operaciones de apoyo a la reducción de la desnutrición crónica. Antes de ingresar al Banco Mundial, laboró como investigadora en la Universidad de Cornell, en proyectos de desarrollo rural en el Altiplano boliviano, y como economista internacional en la banca de inversión en Londres. Obtuvo un doctorado en Economía Aplicada por la Universidad de Cornell.

Claudia Rokx es especialista superior en salud y nutrición en el Banco Mundial. En las últimas dos décadas ha trabajado en políticas, programas y proyectos de nutrición en más de treinta países. Además de la labor reciente en el Perú, ha participado en programas de nutrición en Indonesia, Madagascar y Senegal. Antes de ingresar al Banco Mundial, gestionó una ONG en República Dominicana centrada en el empoderamiento de las mujeres y la educación sobre nutrición. Obtuvo un doctorado en Política Pública y Nutrición Internacional por la Universidad de Maastricht (Países Bajos).

Paul Gallagher es escritor, autor de discursos, especialista en elaboración de mensajes y asesor en materia de estrategias en medios de comunicación. Trabaja con organizaciones internacionales, entre las cuales se incluyen el Banco Mundial, las Naciones Unidas y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Su carrera como consultor comenzó en el año 2007, tras desempeñarse como periodista en Reuters, Bloomberg y el diario The Irish Times. Cubrió periódicamente los juicios por crímenes de guerra incoados ante el Tribunal Penal Internacional para la ex-Yugoslavia (ICTY), incluido el caso del expresidente yugoslavo Slobodan Milosevic. Obtuvo una maestría en Periodismo.

Compromiso político

"Cuando la desnutrición en tu propio país es tan elevada y tú no estabas al tanto, el alma se rebela y te preguntas qué puedes hacer para solucionar el problema", señaló el ex primer ministro Jorge del Castillo. "Yo no podía aceptar que más de la cuarta parte de los niños peruanos se encontrara en esa situación".

Políticas más acertadas

"La introducción de la gestión basada en los resultados dio lugar a una mejor asignación de los recursos financieros y también a un cambio en la cultura institucional, tanto en el MEF como en las entidades que debían entender que los recursos que estábamos asignando tenían un propósito final: lograr cambios en las condiciones de vida de las personas", sostuvo Rodolfo Acuña, director de Presupuesto Público del MEF.

Cambios de conducta

"Nos damos cuenta de que se está produciendo un cambio en el país, en especial cuando los padres nos hablan con orgullo de lo grandes que están sus hijos, de cómo están creciendo, de lo fuertes que están, de lo altos que están. Ese orgullo muestra que valoran las intervenciones, indica que se ha producido una transformación en la vida de estas familias", declaró Carolina Trivelli, la primera titular del MIDIS.

