



FEBRERO 2012

DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL CERO EN EL 2016: *Una meta alcanzable*

Resumen Ejecutivo

DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL CERO EN EL 2016: Una meta alcanzable

En el presente informe se hace un análisis sobre la situación de la desnutrición crónica infantil en el país, poniendo énfasis en los resultados del Programa Articulado Nutricional (PAN), en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados. El objetivo es reforzar en la población la importancia y la urgencia de enfrentar la desnutrición crónica infantil, poniendo el acento en analizar la posibilidad de alcanzar la meta ofrecida por el gobierno del presidente Ollanta Humala de eliminarla al 2016.

I EL PROBLEMA DE LA DESNUTRICIÓN

El número de niños y niñas que presentan desnutrición ha descendido ininterrumpidamente a nivel mundial, sin embargo, el problema afectaba en 2010 a casi 200 millones de niños menores de 5 años. En América Latina y el Caribe –casi todos países de medianos ingresos–, el problema es la desigualdad, registrándose diferencias de hasta 14 puntos porcentuales en los niveles de desnutrición entre las zonas rurales y las zonas urbanas¹. En el Perú, hubo una reducción lenta de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil hasta 1995, para dar paso a un virtual estancamiento por más de 10 años y luego presentar una

reducción más pronunciada en el periodo 2007-2011, al pasar de 22,6 a 15,2 por ciento². A pesar del descenso, habría 449,663 niños menores de 5 años con desnutrición crónica³. Si utilizamos el parámetro alterno de medición (de la Organización Mundial de la Salud - OMS), al 2011 los niños con desnutrición en el país serían 576,870 (19,5%), considerando las mismas proyecciones poblacionales del INEI del 2010. Por lo tanto, a pesar de los últimos progresos, la desnutrición crónica infantil continúa siendo un problema nacional. En este estudio se utilizará el patrón NCHS por

ser el que se usa oficialmente en el país, aunque el patrón de la OMS es considerado más certero.

No obstante la enorme importancia que tiene la desnutrición, no hay que desconocer ni descuidar el resto de los problemas que afectan a la infancia, en el marco de la atención a lo dispuesto en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la Constitución Política del Perú y el Código de Los Niños y Adolescentes (Ley N° 27337), que reconocen el interés superior del niño y el respeto a sus derechos en forma integral⁴.

¿Qué es la desnutrición crónica infantil?

Si bien están vinculados, alimentación y nutrición no son sinónimos. La alimentación es la ingestión de alimento para proveerse de energía y elementos para el desarrollo (crecimiento y/o reparación corporal). En cambio, la nutrición es el conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir, la digestión, la absorción (paso a la sangre de los nutrientes desde el tubo digestivo), y su asimilación en las células del organismo. En

otras palabras, la alimentación es el ingreso de alimentos a un organismo formado por miles o millones de células, mientras que la nutrición es el ingreso a cada una de esos miles o millones de células de los nutrientes contenidos en los alimentos.

Al no ser lo mismo, los problemas en la alimentación y la nutrición son muy diferentes. El hambre puede definirse como la “escasez de alimentos básicos”; en cambio

la malnutrición es el “estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos”; y la desnutrición es el “estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos”.

Dentro de la desnutrición calórico proteica se reconocen 3 tipos:

AGUDA

A

Se presenta con una delgadez extrema, producto de una pérdida de peso asociada con períodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo; se mide como una deficiencia de peso por altura (P/A).

CRÓNICA

C

Asociada normalmente a situaciones permanentes de ingesta insuficiente de alimentos o de frecuentes enfermedades, como ocurre en hogares con pobreza; se mide como retardo de altura para la edad (A/E).

GLOBAL

G

Es la combinación de las dos primeras, la cual se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio;⁵ se mide como deficiencia de peso para la edad ($P/A \times A/E = P/E$).

Si bien la desnutrición calórico proteica es un gran problema, no es el único en relación con la desnutrición. Existe desnutrición “escondida” cuando hay déficit de algunos micronutrientes (Hierro, Vitamina A, Vitamina B, Zinc y Yodo). El más importante de estos problemas es la anemia por déficit de hierro, que genera mucho cansancio físico e intelectual.

¿Por qué es importante enfrentar la desnutrición crónica infantil?

La desnutrición crónica infantil es un problema social muy importante porque a corto plazo incrementa en el niño su riesgo a morir⁶ y enfermar de ceguera (por falta de vitamina A). Además, produce deterioro neurológico, reduce la función inmune (deficiencia de hierro), retrasa el crecimiento, aumenta la susceptibilidad a las infecciones (deficiencia de zinc)⁷. También es importante porque el niño que ha sufrido desnutrición tendrá luego problemas de desempeño escolar y el rendimiento cognitivo: reduce el número de grados completados de la educación básica⁸, aumentan las tasas de deserción escolar, incrementa el tiempo de promoción al siguiente grado y retarda la adquisición de conocimientos⁹. Al afectarse el rendimiento cognitivo y la educación, la desnutrición repercute posteriormente en bajos salarios¹⁰ y pobre¹¹ productividad. Se ha demostrado que el aumento del 10 por ciento en el rendimiento cognitivo

conduce al incremento de 13 y 22 por ciento de aumento en los salarios¹².

También se ha comprobado que los niños que sobreviven a la desnutrición tienen problemas de salud en la adultez. Aquellos niños desnutridos que aumentan de peso rápidamente en la niñez (por ejemplo, sometiéndose a los programas de suplementación alimentaria preescolar y/o escolar), corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, coronariopatías) en la edad adulta. Finalmente, también hay un impacto que trasciende a la propia persona. Está demostrada la correlación entre desnutrición¹³ y pobreza¹⁴, siendo la desnutrición un factor de transmisión intergeneracional de la pobreza.

¿Cuáles son las causas?



debe ser una adecuada alimentación, y porque se hacen frecuentes las enfermedades debido a problemas de higiene, poco acceso a servicios de saneamiento seguro y porque el niño tiene menos defensas corporales debido a que recién empieza a producir sus propias defensas (antes la leche materna se las proveía).

La desnutrición crónica infantil puede producirse en las distintas etapas de la vida del niño o niña: etapa fetal, en los 6 primeros meses de vida, en el periodo de 6 a 18 meses y después. No obstante ello, la desnutrición crónica infantil se inicia con mucho más frecuencia en el periodo de 6 a 18 meses de edad, cuando el niño empieza a comer los mismos alimentos que el resto de la familia. Al dejar la leche materna como fuente exclusiva o principal de nutrición, el niño se ve expuesto a la desnutrición porque no ingiere los nutrientes que requiere, ya sea por pobreza o por desconocimiento de sus padres de lo que

Estos factores determinantes de la nutrición infantil han sido investigados extensamente, investigaciones que han sido consolidadas por Jonsson en 1993¹⁵. Según Jonsson, la nutrición infantil es el resultado de factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos y la salud del individuo. El modelo propone que para lograr y mantener el bienestar nutricional en los niños y niñas es preciso actuar en torno a los siguientes campos: 1) acceso a alimentos; 2) adecuadas prácticas de cuidado materno infantil; y 3) adecuados servicios de salud, abastecimiento de agua segura y saneamiento ambiental.

II POLÍTICAS PÚBLICAS EN RELACIÓN CON LA DCI

Se entiende por política pública “aquello que deliberadamente las diversas autoridades y entidades públicas, de manera conjunta con personas o grupos de la sociedad, hacen o dejan de hacer en el espacio público para atender o resolver los problemas o asuntos de su elección y alcanzar fines colectivamente contruidos”¹⁶. No existe una declaración de política pública expresa sobre desnutrición, como es el caso de la Seguridad Alimentaria¹⁷ o el Desarrollo Rural¹⁸, por ejemplo. Lo más cercano es la Estrategia Nacional CRECER¹⁹, que establece la intervención articulada de los distintos niveles de Gobierno (nacional, regional y local). Quizás, la intervención más directa que ha emprendido el Estado en los últimos años en materia de nutrición infantil sea el Programa Articulado Nutricional (PAN), en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) a partir de 2007.

Siguiendo la metodología establecida para el PpR por la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el PAN se enfocó en atacar las causas de la desnutrición crónica infantil, incidiendo en los lugares donde ellas se producen. Se trata de la vinculación basada en evidencias entre las intervenciones estatales y los resultados que se quieren alcanzar. Sin embargo, hay que tener en cuenta que para que estos múltiples servicios tengan impacto, deben llegar a cada niño, lo que representa un enorme desafío, porque son provistos por múltiples entidades públicas, cada una con autonomía.

III AVANCES OBTENIDOS HASTA LA FECHA²⁰

1. Indicadores de Resultados

Existen dos patrones de referencia para la medición de la nutrición infantil: 1) desde finales de la década de los '70 se ha utilizado la tabla de referencia de crecimiento del National Center for Health Statistics-NCHS (Estados Unidos)/ Organización Mundial de la Salud (OMS), construida sobre la base de datos de una muestra limitada de niños de los Estados Unidos; y 2) la OMS en 2006 publica el Patrón Internacional de Crecimiento Infantil referido a los lactantes y niños pequeños, lo que proporciona, por primera vez, datos científicos y orientación sobre la manera en que cada niño del mundo debería crecer. No obstante que el segundo patrón es más certero para la medición de la nutrición infantil, en el Perú aún se usa más frecuentemente el patrón NCHS/OMS, el que también se usará a continuación.

Se presentará los resultados de los indicadores asociados al Programa Articulado Nutricional, cuya población objetivo son los niños entre 0 y 5 años. Para mostrar los indicadores de salud durante la etapa fetal habría que recurrir al análisis de otro de los Programas Estratégicos por Resultados: el Programa Salud Materno Neonatal.

Entre los años 2000 y 2011, la desnutrición crónica en menores de 5 años a nivel nacional se ha reducido en 10,2 puntos porcentuales: de 25,4 a 15,2 por ciento. Este resultado se descompone en una reducción de 2,8 puntos porcentuales en el periodo previo al inicio del

PAN (2000-2007) y 7,4 puntos porcentuales de disminución durante la vigencia del PAN (2007-2011).

Esta mejora en el estado nutricional en el periodo 2007-2011 fue producto, fundamentalmente, del progreso en dos indicadores de resultado intermedio: la prevalencia de anemia en menores de 36 meses y la incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRA). Hay indicadores que han alcanzado un nivel importante de logros (proporción de hogares con acceso a agua, de gestantes que recibieron suplemento de hierro o de hogares con saneamiento básico), sin embargo, hay otros en los que a pesar de haber progresado en esta última década aún queda mucho por hacer (prevalencia de anemia, hogares rurales con saneamiento básico, incidencia de infecciones respiratorias y diarreas, o niños con bajo peso al nacer).

La desnutrición crónica bajó en un mayor ritmo en las poblaciones rurales (de 40,2% en 2000 a 29,9% en 2011), en comparación con las zonas urbanas (de 13,4% en 2000 a 7,4% en 2011). En los demás indicadores de resultados se observa que generalmente ha habido una mayor mejora en los indicadores en el ámbito rural, y siempre mayor en el periodo de vigencia del PAN (2007-2011) que en la etapa previa (2000-2007). Sin embargo, en el caso de la infraestructura (agua y saneamiento) se observa un mayor logro en el periodo 2000-

2007 que después.

Al descomponer la información por quintiles socioeconómicos, se muestra una evolución heterogénea de los indicadores. Algunos de ellos han mostrado una mayor mejora en el periodo 2000-2007 que en el 2007-2011, y en otros ha sido al revés. Tampoco se nota un patrón progresivo (mayor mejora en los quintiles más pobres) consistente; por ejemplo, la tasa de desnutrición, anemia, vacunas y lactancia materna exclusiva han mejorado más en el segundo quintil que en el quintil más pobre. Tal progresividad se nota en los indicadores que reflejan las intervenciones en infraestructura (agua y saneamiento), aunque el mayor impacto se alcanzó en el periodo 2000-2007.

Cuando desagregamos la prevalencia de la desnutrición crónica infantil a nivel regional, se puede observar que todas las regiones han mejorado en su estado nutricional, aunque algunas lo han hecho más que otras. No obstante el progreso evidenciado, las regiones con mayor nivel de desnutrición son las mismas: Huancavelica (46,4%), Cajamarca (29,9%), Huánuco (28,8%), Apurímac (31,3%) y Ayacucho (28,1%). En el lado contrario, las regiones que tienen el mejor nivel nutricional son constantemente las mismas: Tacna (2,8%), Moquegua (4,5%), Lima (5,6%), Ica (6,3%) y Arequipa (6,0%). Es decir, a pesar del progreso, se mantienen, y en algunas se incrementan, las inequidades.

2. Indicadores de Producto

Los servicios que se vienen priorizando en la implementación del PAN, en base a evidencias respecto a su mayor poder de incidencia en los resultados, son los que han presentado mayor avance: la proporción de menores de 36 meses con Control de Crecimiento

y Desarrollo (CRED) para su edad completo se incrementó casi el doble: de 24 por ciento de niños cubiertos en 2007 a 47,3 por ciento en el año 2011, incluso con un patrón de progresividad (mayor incremento en el quintil más pobre); el suplemento de hierro en los niños de 6 a 36 meses ha mostrado

un avance muy discreto, apenas 2,9 por ciento (de 12,3% en 2007 a 17% en 2011). Por su parte, la suplementación de hierro a la madre gestante se incrementó en 11,2 por ciento (de 74,9% en 2007 a 87,8% en 2011). Los restantes productos han mostrado un progreso menor.

3. Indicadores del aprovisionamiento de los insumos críticos

Una de las lecciones aprendidas más valiosas en estos años de implementación del PAN ha sido la identificación de los insumos críticos (vacunas, suplemento de hierro, vitamina A, entre otros) para las intervenciones prioritarias que permitan alcanzar mayores resultados. Ello ha sido posible por el impulso que la DGPP-MEF le ha dado al uso del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIGA) para la programación y luego supervisión de ejecución de todos los insumos necesarios para producir los servicios. De este modo, se ha conseguido mejorar la asignación de enfermeras a las zonas más alejadas que no tenían este servicio, incrementar la asignación de los bienes para la producción de CRED, vacunación y suplemento de hierro.

4. Asignación Presupuestal

La asignación presupuestal al inicio del año (Presupuesto Institucional del Apertura o PIA) al PAN se incrementó entre 2008 (S/. 1,185 millones) y 2011 (S/. 1,375 millones) en 189 millones de soles, aunque hay que señalar que para la reducción del bajo peso al nacer decreció en 33 millones. Cuando se compara el presupuesto al final del año (Presupuesto Institucional Modificado o PIM), se ve que el incremento real de presupuesto ha sido mayor: más de 431 millones de soles, que es equivalente al 50 por ciento del PIM del año base (2008 con 882 millones de soles). Pero los devengados que indican lo que realmente se gastó, muestran que el PAN ha invertido en el 2010 (S/. 1,238 millones), es decir 514 millones de soles más que en 2007 (S/. 724 millones), lo que representa más del 70 por ciento de incremento.

En cuanto al porcentaje de ejecución, cada año las entidades han ido mejorando su desempeño. En efecto, se puede observar que en 2008 se ejecutó en promedio el 82,1 por ciento del PIM, en 2009 la ejecución ascendió a 92,1 por ciento y en 2010 se llegó al 94,3 por ciento. A pesar de una mayor asignación presupuestal y de la mejora en la capacidad de gasto, todavía no se logran revertir completamente las inequidades presupuestales entre las regiones: no hay correspondencia entre la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y la asignación presupuestal. Se esperaría que las regiones de Huancavelica, Cajamarca, Ayacucho, Apurímac y Huánuco, con mayor nivel de desnutrición, reciban mayor asignación por niño. Sin embargo no ha sido así; recibieron más presupuesto para este rubro regiones como Tacna y Moquegua, que son las que tienen una menor tasa de desnutrición crónica infantil.



IV SE PUEDE AVANZAR MÁS

Si bien se debe reconocer el esfuerzo desplegado, se puede avanzar más. Para conseguirlo hay que enfrentar aquellos factores que obstaculizaron un mayor avance en estos años.

Habría que asignar recursos de manera proporcional a todos los productos del PAN. En particular, se tendría que corregir la disminución de la inversión ejecutada por el Proyecto Nacional Agua Potable y Saneamiento Rural (PRONASAR), en acceso a agua segura en las zonas rurales y urbano marginales (de 75 millones de soles en 2007 a 27 millones en 2010). Además, habría que mejorar la capacidad de ejecución del presupuesto asignado en todas las entidades participantes en el PAN, para que no se repita lo mostrado en estos años (ejecución promedio entre 41% y 69% de lo asignado). Otro factor sería respaldar el proceso de descentralización en curso, para corregir la tendencia actual (el 63,4% del PIA 2011 lo ejecutan las entidades del

gobierno nacional, el 34,6% los gobiernos regionales y apenas el 2% los gobiernos locales). Este factor se ve reforzado porque al ser multifactorial la desnutrición crónica infantil -diferentes causas para cada ámbito local- y las intervenciones depender de múltiples entidades, sería muy beneficioso para mejorar los resultados que se potencien las capacidades operativas y de liderazgo de los gobiernos locales. Finalmente, un factor fundamental para alcanzar la promesa del actual gobierno de eliminar la desnutrición crónica infantil al 2016, es continuar con la actual tendencia del crecimiento del presupuesto del PAN (incremento anual de alrededor de 11%), obviamente corrigiendo las disparidades regionales señaladas.

En síntesis, es factible alcanzar la meta de eliminar la desnutrición crónica infantil al 2016, siempre que haya un mayor presupuesto público y un compromiso de todos los actores claves de incorporar nuevas y mejores prácticas y de ampliar la base de la participación social. Es decir, será factible la meta si se multiplican los esfuerzos y los compromisos.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF. Informe Anual 2010. Agosto, 2010.
2. Usando el Patrón de Crecimiento Infantil NCHS. Para mayor de talle ver sección III. 1.
3. Considerando la proyección del INEI de 2'958,307 niños menores de 5 años para el año 2010.
4. Iniciativa "Inversión en la Infancia como factor clave para la erradicación de la pobreza". Lineamientos para una Plataforma de Acción por la Primera Infancia en el Perú. Documento de Trabajo, diciembre 2010.
5. Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP). Seguridad Alimentaria y Nutricional – Conceptos Básicos. 2010.
6. Pelletier, DL, y EA Frongillo (2002), "Cambios en la supervivencia infantil están fuertemente asociados con cambios en la malnutrición en los países en desarrollo", FANTA, Washington DC.
7. Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial (2009), "Mejora de la eficacia del soporte nutricional a través de la evaluación de impacto", Washington DC.
8. Alderman, Harold, John Hoddinott, y Bill Kinsey (2006), "las consecuencias a largo plazo de la malnutrición en la primera infancia", *Oxford Economic Papers*, 58 (3): 450-474.
9. Gomes-Neto, Joao Batista, Eric A. Hanushek, Raimundo Helio Leite y Roberto Claudio Frota-Becerra (1997), "Salud y educación: La evidencia y las implicaciones políticas para los países en desarrollo", *Economics of Education Review*, 16 (3): 271-282.
10. Boissiere, M., JB Knight y Sabot, Richard H. (1985), "Las ganancias, la educación, habilidades y destrezas cognitivas", *American Economic Review* 75:1016-30.
11. Alderman, Harold, Jere R. Behrman, David Ross, y Richard Sabot (1996) "los beneficios del capital humano endógeno en zonas rurales de Pakistán de salarios del mercado laboral." *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 58 (1): 29-55.
12. Soemantri, AG (1989), "Conclusiones preliminares sobre la suplementación de hierro y el rendimiento escolar de los niños rurales de Indonesia.", *The American Journal of Clinical Nutrition* 50:698-702.
13. Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial (2009), "Mejora de la eficacia del soporte nutricional a través de la evaluación de impacto", Washington DC.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa Mundial de Alimentos (PMA) (2005): *Hambre y desigualdad en los países andinos, la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*, Serie Políticas sociales No 112, LC/L. 2400-P.
15. Jonsson U. 1993. *UNICEF Conceptual Framework of the Determinants of Nutritional Status. A Unicef Policy Review*. New York.
16. Existen muchas definiciones de política pública. La presentada es una modificación hecha por Nicolás Pineda Pablos en su presentación "El concepto de política pública: alcances y limitaciones" en un Seminario de Políticas Públicas realizado en México el 22 de febrero de 2007, a la publicación de Dunn, William. *Public Policy Analysis. An Introduction. 2º Edition* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1994.
17. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, establecida con el Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, publicado en El Peruano el 8 de septiembre de 2004.
18. Estrategia Nacional de Desarrollo Rural, establecida con el Decreto Supremo N° 065-2004-PCM, publicado en El Peruano el 5 de septiembre de 2004.
19. Estrategia Nacional CRECER, establecida con el Decreto Supremo N° 055-2007-PCM, publicado en El Peruano el 2 de julio de 2007.
20. Información contenida en el Infobarómetro de la Primera Infancia que muestra los datos del INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2000, 2007, 2009 y 1er Semestre 2011.

El Infobarómetro de la Primera Infancia es una iniciativa de:



Factor clave para la erradicación de la pobreza

Con el respaldo de:



Una producción de:



Con el apoyo de:

