



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

DOCUMENTO TECNICO

LINEAMIENTOS DE GESTION DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE



Lima - 2011



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

DOCUMENTO TECNICO

LINEAMIENTOS DE GESTION DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE



Lima - 2011

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Oscar Raúl Ugarte Ubilluz

Ministro De Salud

Dra. Zarela Esther Solis Vasquez

Viceministra de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Dr. César Cabezas Sánchez

Jefe

Dr. Luis Santamaría Juárez

Sub jefe

CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION

Dr. Elías Wilfredo Salinas Castro

Director General

DIRECCION DE SALUD DE LAS PERSONAS

Dr. Carlos Acosta Saal

Director General

DIRECCION GENERAL DE PROMOCION DE LA SALUD

Dr. Hamilton Alejandro García Díaz

Director General

DIRECCION GENERAL DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

Méd. Víctor Alejandro Dongo Zegarra

Director General

DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

Dr. Edgard Alcides Cruz Sánchez

Director General

DIRECCION GENEAL DE EPIDEMIOLOGIA

Dr. Luis Suarez Ognio

Director General

OFICINA GENERAL DE COMUNICACIONES

Lic. Jorge Alania Vera

Director General

EQUIPO RESPONSABLES DE LA ELABORACION DE LOS LINEAMIENTOS DE GESTION DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION

Dr. Wilfredo Salinas Castro
Lic. Rocío Valenzuela Vargas
Lic. Saraí Sirley Valdivia Zapana
Dra. Dora Blitchtein Winicki
Lic. María Elena Flores Ramirez
Lic. Jackelin Lino Calderón
Méd. Carmen Cuevas Ramos
Méd. César Munayco Astete
Lic. Mirtha Sachún Segura
Lic. Julio Campos Venegas

AGRADECIMIENTOS

Dr. Henry Rebaza Iparraguirre
Dr. Víctor Echeandía Arellano
Dr. Luis Robles Guerrero
Lic. Mirko Lázaro Serrano
Lic. José Sánchez Abanto
Lic. Oscar Aquino Vivanco
Lic. Lucio Huamán Espino
Lic. Rommy Ríos Nuñez
Dra. Rosa Vilca Bengoa
Méd. Shumaya Iturrizaga Colonio
Sr. Félix García Ahumada

Catalogación hecha por el Centro de Información y Documentación Científica del INS

Documento técnico: lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable.
/ elaborado por Wilfredo Salinas Castro... [et al.] - Lima:
Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2011.
54 p.: graf. 21 cm.

1. ESTRATEGIAS 2. INDICADORES DE SALUD 3. ALIMENTACIÓN 4. DESNUTRICIÓN INFANTIL
5. SOBREPESO 6. ANEMIA 7. PERÚ

- I. Salinas Castro, Wilfredo
- II. Valenzuela Vargas, Rocío
- III. Valdivia Zapana, Saraí Sirley
- IV. Blitchtein Winicki, Dora
- V. Flores Ramírez, María Elena
- VI. Lino Calderón, Jackelin
- VII. Cuevas Ramos, Carmen
- VIII. Munayco Astete, César
- IX. Sachún Segura, Mirtha
- X. Campos Venegas, Julio
- XI. Perú. Ministerio de Salud
- XII. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (Lima).

ISBN: 978-9972-857-89-8

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-02646

Tiraje: 1000 ejemplares

1ra. impresión

© Ministerio de Salud, 2011

Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 431-0410

Telefax: (511) 315-6600 anexo 2669

Página web: www.minsa.gob.pe

© Instituto Nacional de Salud, 2011

Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 617-6200

Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe

Página web: www.ins.gob.pe

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en www.ins.gob.pe

Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 DABELEN LUNA FLORES
 Fedatario de la Sede Central - MINSA

Resolución Ministerial

Lima, 18 de MARZO del 2011

Visto el expediente N° 11-017297-001, que contiene el Oficio N° 198-2011-J-OPE/INS, del Instituto Nacional de Salud, e Informe N° 128-2011-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2º de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, se estableció, entre otras, la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable, disponiendo como órgano responsable de la misma al Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud;

Que, bajo dicho marco, el Comité Técnico Permanente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable ha elaborado la propuesta de Documento Técnico: Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable;

Que, mediante el documento del visto, el Instituto Nacional de Salud remite para su aprobación la propuesta antes mencionada, la cual tiene por finalidad contribuir a la mejora del estado nutricional de la población, a partir de la orientación para el desarrollo de intervenciones efectivas y articuladas en los diferentes niveles de gobierno en salud, para que éstos diseñen, implementen, y evalúen las intervenciones efectivas articulando los recursos y responsabilidades de los diferentes sectores públicos y la sociedad civil;

Estando a lo propuesto por el Instituto Nacional de Salud;

Z. Solís V.

C. CABEZAS S.

M. Olivera A.

Con el visado del Jefe del Instituto Nacional de Salud, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud; y,

De conformidad con el inciso l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

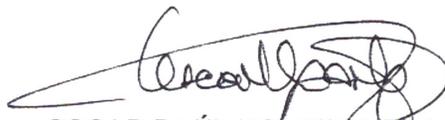
SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

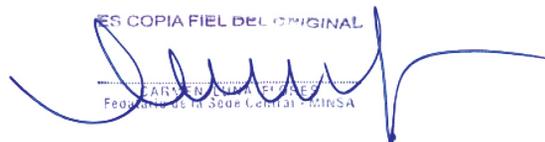
Artículo 2°.- Encargar al Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, la difusión, supervisión y evaluación de lo dispuesto en el citado documento técnico.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CAREN ALFARO
Fiscal de la Sede Central - MINSA



Z. Solís V.



C. CABEZAS S.



W. Olivera A.



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
CRECER	Estrategia de intervención articulada de los programas sociales del gobierno peruano.
GERESA	Gerencia Regional de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MINSA	Ministerio de Salud
MICRORRED	Unidad básica de la Red conformada por establecimientos de diversa complejidad que funcionan en forma integrada
OGE	Oficina General de Epidemiología
OGC	Oficina General de Comunicaciones.
JUNTOS	Programa Social de Transferencias Condicionadas.
PAN	Plan Articulado Nutricional
PROMUDEH	Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
RED	Conjunto de Microrredes de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
ENDES	Encuesta Demografía y de Salud Familiar
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
ENCA	Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos
CEPLAN	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
1. FINALIDAD	12
2. OBJETIVOS	12
3. BASE LEGAL	12
4. ÁMBITO DE APLICACIÓN	13
5. ANTECEDENTES	14
6. ANÁLISIS SITUACIONAL	15
6.1. CONTEXTO INTERNACIONAL	15
6.2. CONTEXTO NACIONAL	16
6.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	17
6.2.2. MALNUTRICIÓN EN EL PERÚ	18
6.2.2.1. Situación nacional de la desnutrición crónica infantil y determinantes.	19
6.2.2.2. Situación nacional de la anemia y sus determinantes	27
6.2.2.3. Situación nacional del sobrepeso, obesidad y sus determinantes.	31
7. VISIÓN Y MISIÓN	33
8. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	33
9. METAS AL 2021	34
10. LINEAS DE ACCIÓN, RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES	34
11. ESTRATEGIAS	39
12. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN	44
13. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	45
14. BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

Durante el último quinquenio se ha observado en el Perú, una clara disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, que según el último reporte de la ENDES 2009¹ es de 18,3%, según el patrón internacional NCHS; este valor puede ser explicado, en parte, por el accionar articulado de las diferentes instancias públicas y de la sociedad civil, por el crecimiento económico del país, por la implementación de intervenciones de efectividad demostrada; por ello, es necesario definir políticas públicas que conduzcan a intervenciones sostenibles a fin de mantener la tendencia de disminución permanente de la desnutrición crónica y demás problemas nutricionales, principalmente en la infancia.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable se crea en el marco de la función que cumple el MINSA, para lograr la atención integral y universal de la salud de la población.

Desde su creación a la fecha, la ESNANS ha venido articulando el trabajo de las diferentes instancias del Ministerio de Salud involucradas en el problema alimentario-nutricional, brindando asistencia técnica a las instancias regionales y locales con el fin de optimizar las intervenciones a favor de una adecuada alimentación y nutrición de la población más vulnerable.

En el proceso de descentralización de las funciones en salud a los gobiernos regionales y locales, la Estrategia Sanitaria Nacional Alimentación y Nutrición Saludable – ESNANS, establece las políticas, estrategias y líneas de acción intra e interinstitucionales para la gestión del componente alimentario - nutricional durante todo el ciclo de vida, orientado a promover una alimentación y nutrición saludable y contribuir con la reducción de los problemas de malnutrición, en el marco de la Atención Integral de la Salud y el Aseguramiento Universal en Salud.

El documento de los lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable contiene un diagnóstico de la situación nutricional, los objetivos estratégicos, las estrategias, los resultados esperados, las líneas de acción e indicadores, que serán considerados como referentes para las intervenciones sobre los problemas de alimentación y nutrición en el ámbito nacional.

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta de Demografía y Salud 2009. Lima Perú 2010

1. FINALIDAD

Contribuir a la mejora del estado nutricional de la población, a partir de la orientación para el desarrollo de intervenciones efectivas y articuladas en los diferentes niveles de gobierno en salud, para que éstos diseñen, implementen, evalúen las intervenciones efectivas articulando los recursos y responsabilidades de los diferentes sectores públicos y la sociedad civil.

2. OBJETIVO

Disponer de un documento técnico que sirva de referencia para la elaboración de las intervenciones con enfoque territorial en los tres niveles de gobierno, basado en las determinantes sociales para la promoción de la salud, prevención y control de la malnutrición en el país, conjugando los recursos y funciones de los diferentes sectores públicos y de la sociedad civil.

3. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH, que aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010.
- Decreto Supremo N° 005-2002-PROMUDEH que aprobó el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 – 2006.
- Decreto Supremo N° 002-2003-PCM, Aprueban las bases para la Estrategia de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los más Pobres.
- Decreto Supremo N° 064-2004-PCM, Plan Nacional de la superación de la pobreza 2004-2006.
- Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004 – 2015
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 027-2007 PCM, que Define y Establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo N° 029-2007-PCM, que aprueba el Plan de Reforma de Programas Sociales.
- Decreto Supremo N° 055-2007-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional “CRECER”.
- Decreto Supremo N° 003-2011-PCM, que aprueba Plan Operativo de la Estrategia Nacional “CRECER”.

- Decreto Supremo N° 002-2010-EF, Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal.
- Decreto Supremo N° 183-2010-EF, que aprueba los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal.
- Decreto Supremo N° 100-2010-EF, Autorizan incremento del presupuesto de los gobiernos locales como complemento del FONCOMUN, mediante transferencias de partidas en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal y del Programa de Modernización Municipal.
- Resolución Suprema. N° 014-2002-SA, Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que estableció el Modelo de Atención Integral de Salud.
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud y sus respectivos órganos responsables.
- Resolución Ministerial N° 772-2004/MINSA, que nominó a los Coordinadores Nacionales de las Estrategias Sanitarias Nacionales del Perú.
- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que estableció los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA que aprobó el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS N° 063-MINSA/DGSPV.01 Norma Técnica para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.
- Resolución Ministerial N° 662-2008-MINSA, que dispone la ampliación de plazo para la elaboración de un Plan para la prevención de la deficiencia de micronutrientes (vitaminas y minerales) en el ámbito nacional, a cargo de un grupo de trabajo designado en la Resolución Ministerial N° 648-2008-MINSA.
- Resolución Directoral N° 027-2007-EF/76.01, que aprueba la Directiva para la programación y Formulación del Presupuesto de los Programas Estratégicos en el marco del Presupuesto por Resultados.

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Los presentes lineamientos de gestión tienen como ámbito de aplicación todas las unidades orgánicas del Ministerio de Salud y en las direcciones de salud, las direcciones regionales de salud, gerencias regionales de salud, redes de salud, microrredes de salud, establecimientos de salud, hospitales nacionales e institutos. Asimismo, será de referencia para las demás instituciones públicas y privadas del sector salud.

5. ANTECEDENTES

Luego de varias décadas de plantear soluciones a los problemas de malnutrición de la población como acciones basadas en intervenciones aisladas de complementación alimentaria o suplementación de micronutrientes, individualmente o por prestación de servicios de salud no integrados, se llega a comprender en los diferentes entornos, sean estos académicos, políticos, económicos y dirigenciales (organizaciones sociales de base), la necesidad de identificar los factores determinantes de la situación alimentaria y nutricional de la población, para intervenir articuladamente desde los diferentes sectores (educación, agricultura, producción, salud, mujer y desarrollo social, etc.) con el objetivo de mejorar la situación alimentaria y nutricional de nuestra población. Esta comprensión llevó a que se concluyera en la necesidad de realizar acciones integradas en el tiempo y el espacio sobre una determinada población para facilitar las sinergias entre las intervenciones, y así posibilitar revertir la tendencia negativa de la desnutrición crónica infantil.

En este contexto, el MINSA crea el 2004, la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable – ESNANS, mediante Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, en ella se institucionaliza las Estrategias Sanitarias Nacionales contempladas en el Modelo de Atención Integral de Salud, como mecanismos necesarios para mejorar la gestión sanitaria del sector, a fin de garantizar que las mencionadas puedan diseñarse, implementarse y aplicarse exitosamente, se estableció en esa misma resolución, las instancias de coordinación, supervisión y monitoreo; en el artículo 1° se define como una de las estrategias a la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable, establece que la instancia a cargo de coordinar acciones intersectoriales es el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, la gestión y ejecución de la Estrategia está a cargo del Comité Técnico Permanente y un Comité Consultivo.

El Comité Técnico Permanente está conformado por un representante de cada una de las siguientes instancias del Ministerio de Salud: Dirección General de Promoción de la Salud, Oficina General de Comunicaciones, Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas, Dirección General de Epidemiología, Dirección General de Salud Ambiental y del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, quien coordina, y en el año 2005, a través de la Resolución Ministerial N° 419-2005/MINSA se incorpora al Comité Técnico Permanente un representante de la Dirección General de Salud de las Personas. El Comité Consultivo está conformado por instituciones académicas, agencias de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

La normatividad sectorial nacional vigente en el que se enmarca el documento de los lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable favorecen el enfoque territorial² y de descentralización con funciones transferidas

² Ley Orgánica del poder ejecutivo donde se establece las funciones generales de los ministerios; artículo 23° funciones de coordinación todos los niveles de gobierno 23.1 funciones a nivel de gobiernos regionales y locales para el adecuado cumplimiento de las funciones descentralizadas.

a estos^{3,4}, lo que permite orientar a los niveles regionales y locales en la planificación y ejecución de intervenciones y acciones articuladas orientadas a contribuir a una alimentación y nutrición saludable, según etapa de vida en la población peruana; toma como referencia procesos como la descentralización en salud⁵, el aseguramiento universal en salud⁶, la atención integral de salud, el enfoque territorial, el listado priorizado de intervenciones sanitarias y presupuesto por resultados.

6. ANÁLISIS SITUACIONAL

6.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio definidos en septiembre de 2000, en una reunión de jefes de Estado, los ministros de 189 países e instituciones de desarrollo de nivel mundial, responden a acuerdos entre ellos, cuyo cumplimiento servirá para combatir la pobreza, la hambruna, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Contribuyendo a salvar millones de vidas humanas y promoviendo la convivencia en un mundo menos peligroso y más estable. Son ocho los objetivos acordados que incluyen, entre otros, mejoras en indicadores de pobreza y desnutrición global y mejoras en indicadores de salud infantiles y maternos. Específicamente, el Objetivo 1 se refiere a la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, mientras que el Objetivo 4 se refiere a la reducción de la mortalidad infantil.

Dichos Objetivos están relacionados por la situación nutricional de la población infantil. Es probable que la “erradicación” o la reducción del hambre en dicha población impliquen una reducción similar en el resto de la población e indudablemente, dicha reducción tenga consecuencias sobre la mortalidad infantil, tal como numerosos estudios lo demuestran^{7,8,9}, también estiman que, en promedio, el 56% de las muertes infantiles (menores de cinco años) en 53 países en desarrollo, son atribuibles directa o indirectamente a deficiencias nutricionales y la mortalidad infantil es solo una (si bien la más indeseable) de las consecuencias y costos que puede tener la desnutrición.

3 Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales. El Artículo 36° señala que las normas y disposiciones del Gobierno Regional se adecuan al ordenamiento jurídico nacional y no pueden invalidar ni dejar sin efecto normas de otro Gobierno Regional ni de los otros niveles de gobierno. Las normas y disposiciones de los gobiernos regionales se rigen por los principios de exclusividad, territorialidad, legalidad y simplificación administrativa.

4 Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales artículo 49° inciso f señala que los gobiernos regionales organizan los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los gobiernos locales.

5 Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, Artículo 49°, inciso 49.1 señala que el gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales mantienen relaciones de coordinación, cooperación y apoyo mutuo, en forma permanente y continua, dentro del ejercicio de su autonomía y competencias propias, articulando el interés nacional con las demás regiones y localidades.

6 Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y DS N° 013-2002-SA. Artículo 10° del proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud incluye la estandarización y cumplimiento de la atención integral y universal de la salud de la población.

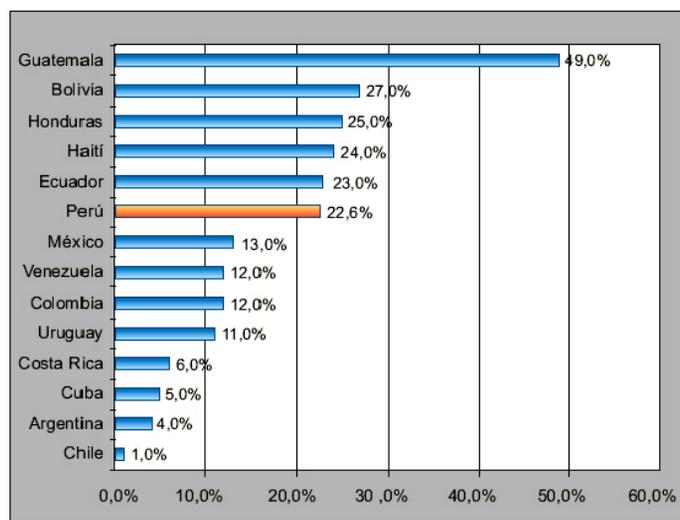
7 Pelletier DL. The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research. *J Nutr.* 1994 Oct;124(10 Suppl):2047S-2081S.

8 Black Robert, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, January 2008

9 Victora Cesar G. et al: Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The lancet*, January 2008.

A pesar de que la desnutrición crónica ha venido disminuyendo en el país, el Perú aún se mantiene en un nivel alto en la región¹⁰.

Gráfico 1. Incidencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en países de América Latina.



Fuente: UNICEF, Informe Mundial de la Infancia 2009.
Elaboración: CEPLAN

Existen suficientes evidencias científicas y empíricas que demuestran que la desnutrición en las niñas y niños menores de tres años tiene un impacto negativo durante todo su ciclo de vida. Los niños que se desnutren en sus primeros años están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia y de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. La desnutrición limita su potencial de desarrollo físico e intelectual, a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez. La desnutrición también impacta negativamente en la salud, la educación y la productividad de las personas e impide el desarrollo de los países de la región. Los efectos negativos se producen en el corto, mediano y largo plazo.

La desnutrición crónica infantil se concentra particularmente en las poblaciones pobres e indígenas, que habitan en zonas rurales aisladas o en la periferia urbana y, en su mayoría, son herederas de las condiciones socioeconómicas desfavorables. En estas poblaciones la prevalencia de la desnutrición crónica supera el 70%. La mayoría de estos niños y niñas son víctimas del ciclo intergeneracional de pobreza y desnutrición.

6.2. CONTEXTO NACIONAL

Como parte del análisis de salud y nutrición, es primordial conocer las características sociodemográficas del país y las proyecciones que permitan plantear estrategias para

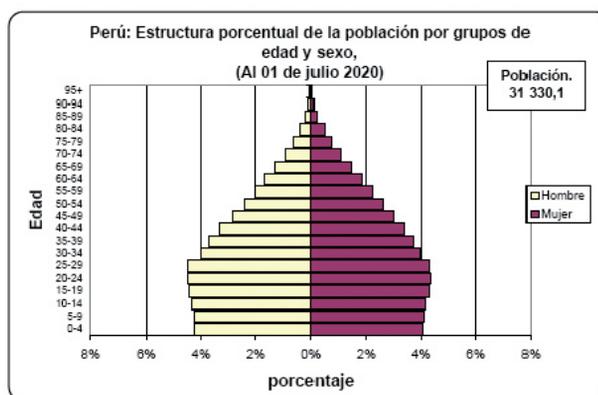
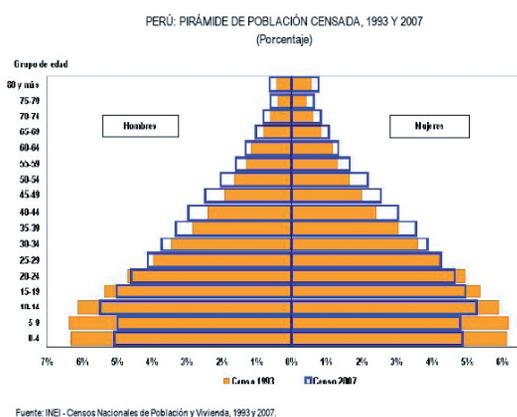
¹⁰ CEPLAN, Plan Perú 2021 Plan Estratégico de Desarrollo Nacional. 2010

garantizar la respuesta del sector salud por enfoques de vida y con enfoque territorial.

6.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El país, demográficamente, se muestra bastante dinámico, tal es así que en el censo del año 2007 se registró una población total de 27 412 157 habitantes¹¹, de los cuales el 70,1% es de carácter urbana y 29,9% rural; presenta una tasa de crecimiento promedio anual de 1,6% a nivel nacional, 2,1% a nivel urbano y 0,01% a nivel rural; geográficamente, la población se distribuye con 54,6% en la región costa, el 32,0% en la sierra y el 13,4% en la selva. En el año 1940 el 28,3% se ubicaba en la costa, el 65,0% en la sierra y el 6,7% en la selva. Las regiones con mayor tasa de crecimiento promedio anual son la costa y la selva con 1,8%, seguido de la sierra con 0,9%. Según las proyecciones poblacionales realizadas por el INEI¹² en el 2021 seremos 33' 149 016 habitantes.

Gráficos 2 y 3. Pirámides de población 1993, 2007y 2050¹³



La población peruana se encuentra en un proceso de transición demográfica¹⁴, pues se observa una disminución de la mortalidad y la fecundidad, lo cual influirá en la estructura de edades del país en los próximos años; la explosión demográfica que ocurrió entre 1960 y 1980, actualmente se traduce en un importante porcentaje de población joven, sin embargo, en los próximos años se observará un proceso de envejecimiento de la población; ello se percibe pues cada vez hay una mayor proporción de la población adulta mayor (de 4,7% en 1993 a 6,4% en el 2007) mientras que la población de niños disminuye (37,0% en 1993 a 30,5% en el 2007), la edad promedio se incrementa de 25,1 años en el 1993 a 28,4 años en el 2007, la razón de dependencia demográfica disminuye (dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar)¹⁵ de 71,4 en 1993 a 58,5 en el 2007. El índice de

11 Instituto Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2007. Lima Perú 2008.

12 Instituto Nacional de Estadística. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples, 1950-2050. Boletín Especial N° 17. Lima, setiembre 2009.

13 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nuevas Proyecciones Nacionales de Población del Perú por Departamentos, Urbano y Rural y Sexo 2005 a 2020.

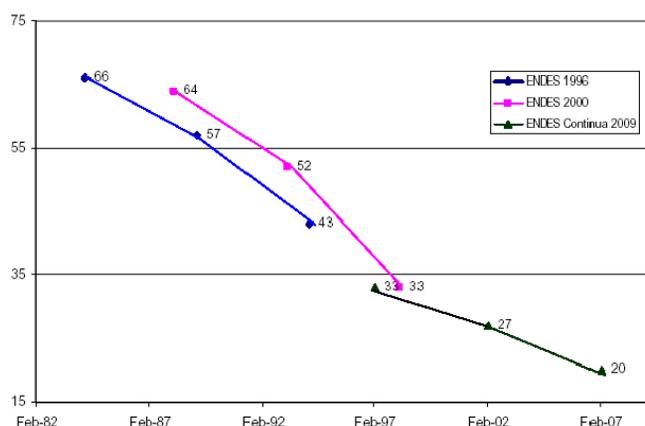
14 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil socio demográfico del Perú. Lima Agosto del 2008.

15 Relación de la población de 0 a 14 años más la población de 65 y más años, entre la población de 15 a 64.

envejecimiento¹⁶ se incrementa de 18,9 en 1993 a 29,9 en el 2007, la tasa de fecundidad o el número de hijos por mujer también ha disminuido de 2,2 en 1993 a 1,7 en el 2007¹⁷.

La disminución de la fecundidad ha tenido un papel importante en la baja de la mortalidad infantil, pues en otros factores ha contribuido al descenso de la proporción de embarazos de alto riesgo. El gráfico siguiente muestra la evolución de la mortalidad infantil en los últimos 25 años.

Gráfico 4. Evolución de la mortalidad infantil, según encuestas 1996, 2000 y 2009



La tasa de mortalidad infantil para febrero de 2007 fue de 20 defunciones por cada mil nacidos vivos y pese al descenso de la mortalidad infantil en el país, la brecha rural/urbana en la tasa de mortalidad infantil (TMI) es aún significativa, donde los mayores niveles de mortalidad infantil se presentan en la selva (25,0 por mil) y en la sierra (23,0 por mil), en el área rural (27,0 por mil) y en los departamentos de Huancavelica, La Libertad, Loreto y Puno, donde de cada mil nacidos vivos, entre 34 y 49 niños fallecen antes de cumplir el primer año de vida.

El tamaño de la población por departamento no es homogéneo, de un lado, destaca Lima por albergar al 30,8% de la población del país y, del otro, cuatro departamentos que en conjunto concentran el 23,5% de la población, mientras que en otro extremo tres departamentos albergan en conjunto a menos del 2% Tumbes (0,7%), Moquegua (0,6%) y Madre de Dios (0,4%). La población que habla castellano representa el 83,9 %, mientras la que habla quechua, aymara y otras lenguas nativas el 15,9%; el Perú es, en consecuencia, un país multilingüe y pluricultural con alrededor de 70 grupos etnolingüísticos.

6.2.2. MALNUTRICIÓN EN EL PERÚ

La malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y

¹⁶ Relación de la población de 60 y más años sobre el total de menores de 15 años.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil socio demográfico del Perú. Lima agosto de 2008.

brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre, embarazo adolescente, cuidados insuficientes de la mujer al niño, prácticas inadecuadas de crianza, falta de acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas de alimentación, estilos de vida algunos ancestrales y otros adquiridos por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación inadecuada, e infecciones repetidas. Se presenta a continuación la situación de la desnutrición crónica infantil, anemia, así como de sobrepeso y obesidad en el país e información de determinantes.

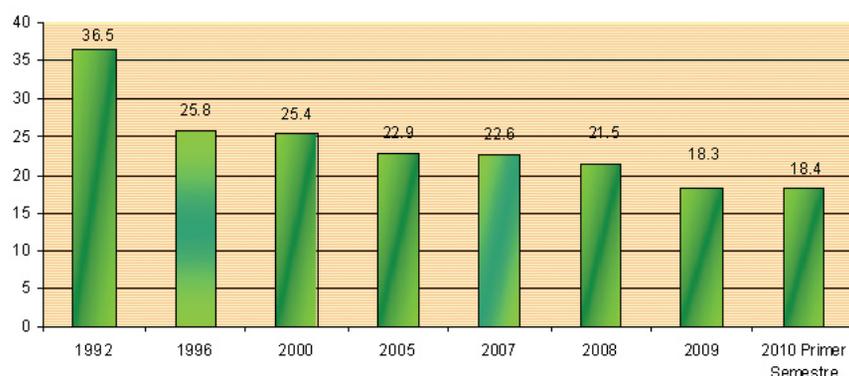
6.2.2.1. SITUACIÓN NACIONAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y SUS DETERMINANTES

Situación de la desnutrición crónica infantil

Uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil es la desnutrición que la hace susceptible a enfermedades infecciosas, eleva las estadísticas de morbilidad y mortalidad en ella y ocasiona problemas de salud y desarrollo personal en su vida futura, lo que perjudica el desarrollo y la formación del capital humano que en el futuro debe garantizar la continuidad de nuestro país como nación.

El Gráfico 5 muestra la evolución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años desde 1992 a nivel nacional; como puede apreciarse afectaba a más de un tercio de la población menor de 5 años (36,5%); se considera como patrón internacional de referencia al modelo NCHS, en base a la cual se puede notar una reducción importante entre 1992 y 1996, hasta 25,8%, donde permaneció casi constante hasta el 2004; desde ese año, la prevalencia de desnutrición ha disminuido lentamente y en el primer semestre de 2010 no ha variado respecto al año 2009. La disminución a partir de 2004 al 2009 puede ser explicada por la tendencia positiva de los indicadores macroeconómicos y la mayor efectividad de las políticas públicas que inciden en algunas de las determinantes de la desnutrición infantil.

Gráfico 5. Prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)- ENDES

Según el área de residencia, la mayor proporción de desnutrición crónica es en las niñas y en los niños menores de 5 años residentes en áreas rurales; utilizando el patrón internacional de referencia de NCHS, 2,8 veces más que los residentes en áreas urbanas al primer semestre de 2010, (30,9% rural, 11,1% urbano). Esta proporción ha tenido una tendencia continua a la reducción desde el 2000, de 40,2% a 36,9% en 2007; 32,7% en 2009 y 30,9 % en el primer semestre de 2010. Mientras que en el área urbana, a pesar de que la proporción de desnutrición en esta población es menor, ha tenido una tendencia lenta a la reducción, de 2000 hasta 2009 (13,4% en 2000 a 11,8% en 2007 y 9,9% en 2009); sin embargo, se evidencia una tendencia al incremento al primer semestre de 2010¹⁸.

Por regiones naturales, los mayores porcentaje de desnutrición crónica se presentan en las niñas y niños menores de 5 años de la sierra y selva (27,7 % y 20,8% respectivamente, en el primer semestre de 2010); en estas regiones, estos porcentajes de desnutrición han mostrado una tendencia continua a reducirse desde 2000 hasta el primer semestre de 2010 (en la sierra, de 38,6% en 2000; 34,6% en 2007; 30,1% en 2009 y 27,7% en el primer semestre de 2010. En la selva, de 30,2% en 2000 a 25,5% en 2007; 22,2% en 2009 y 20,8% en el primer semestre de 2010).

Mientras que en la costa, el porcentaje de desnutrición crónica se presenta en las niñas y niños menores de 5 años, aunque es menor (9,1% en el primer semestre de 2010), dichas cifras mostraban una tendencia franca hacia la disminución desde el 2000 hasta el 2009 (11,9% en 2000; 9,4% en 2007 y 6,5% en 2009; sin embargo, muestra un incremento en el primer semestre de 2010: 9,1%¹⁸).

En la sierra se evidencian las mayores diferencias de porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica; según ámbitos geográficos, en la sierra rural existe 35,1%, siendo este porcentaje 2,5 veces mayor a la encontrada en la sierra urbana (14,2% hasta el primer semestre de 2010). Para este mismo periodo, en la selva y en la costa también se evidencia diferencias según áreas rurales o urbanas, aunque menos marcadas, en el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica: en la selva rural 24,0%, en la sierra urbana 17,9%; mientras que en la costa, Lima Metropolitana, hay 8,1% y en el resto de la costa 10,0%¹⁸.

A nivel departamental, se observa que en 2009 más de cuatro de cada diez niñas y niños menores de 5 años en Huancavelica (42,9 %), fueron afectados con desnutrición crónica; a pesar de ser la más alta proporción de desnutrición en los departamentos del Perú, 2,3 mayor al promedio nacional, se aprecia una franca tendencia en el tiempo hacia la reducción, al comparar las cifras registradas de 53,4% en 2000; 52,2% en 2007 a 42,9 % en 2009. Los departamentos con la menor proporción de desnutrición crónica en menores de 5 años son Tacna, Moquegua y Lima (2,1%; 4,2% y 5,4% respectivamente). Estos resultados muestran similitudes con la información proveniente del Sistema de Información del Estado

¹⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Resultado identificados en los programas estratégicos (2000- 1er semestre 2010) Julio 2010

Nutricional (SIEN) acerca de la distribución de la desnutrición crónica, principalmente en la zona del trapecio andino; las menores tasas se observan en toda la zona de la costa centro y sur del país¹⁹.

En algunos departamentos del país se aprecia una tendencia hacia la reducción en 5% o más en 2009 respecto al registrado en 2007. En orden descendente podemos observar los siguientes valores: Huánuco (41,5% en 2007 a 32,7% en 2009); Cajamarca (de 37,3% en 2007 a 31,9% en 2009); Ayacucho (de 36,8% en 2007 a 31,2% en 2009); Apurímac (de 34,3% en 2007 a 28,5% en 2009); Ancash (de 30,6% en 2007 a 23,1% en 2009); Amazonas (de 28,9% en 2007 a 22,2% en 2009); La Libertad (de 26,4% en 2007 a 21,1% en 2009); Puno (de 29,1% en 2007 a 19,8 % en 2009) y Piura (de 22,9% en 2007 a 16,0% en 2009). Mientras que en tres departamentos se observó un incremento en el porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en 2009, respecto al registrado en 2007, estos son Junín (de 26,9% en 2007 a 28,8% en 2009); San Martín (de 16,3% en 2007 a 20,9% en 2009) y Tumbes (de 7,2% en 2007 a 10,0% en 2009)²⁰

En cuanto a las características de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años según edad cronológica: en el grupo de niñas y niños menores de 36 meses, el porcentaje de desnutrición crónica fue de 16,7 % (patrón de referencia internacional NCHS) en el primer semestre de 2010. Mientras que en el grupo de niños y niñas de 36 a 59 meses este porcentaje es mayor (20,7%). Estos porcentajes son menores a los de 2007 (19,8% en menores de 36 meses y 26,2% en niños de 36 a 59 meses); sin embargo, no se modificaron respecto a los porcentajes registrados en 2009 (16,5% en menores de 36 meses y 20,9% en niños de 36 a 59 meses).

Se observa una relación directa entre el menor nivel de educación de la madre y el mayor porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, dato constante en todos los años (2000, 2007, 2009 y primer semestre de 2010). Los porcentajes de esta, en base a reciente información, son mayores para hijos de madre sin educación o con educación primaria (33,0%), seguido en orden descendente por hijos de madres con educación secundaria (11,7%) y, por último, por hijos de madres con educación superior (7,1%).

El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue de 45,3%; 2,3 veces más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (20,0%)³.

La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor de 24 meses y de 24 a 47 meses (34,8 y 33,7%, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos con intervalo de 48 a más meses, presentaron menores porcentajes (16,7 y 21,2%, respectivamente).

19 Instituto Nacional de Salud-Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-Dirección Ejecutiva de Alimentación y Nutrición: "Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2009"

20 CENAN Análisis de información de Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Resultado identificados en los programas estratégicos (2000- 1er semestre 2010) Julio 2010

Determinantes de la desnutrición

Las determinantes de la desnutrición crónica, están organizadas en causas o determinantes inmediatas, que influyen directamente sobre las condiciones nutricionales del individuo, las causas subyacentes, que se manifiestan a través de las características relacionadas a la familia, cuidadores y hogar y por último, las causas básicas, que fundamentalmente están asociadas con los sistemas políticos, económicos, culturales y sociales en la que se enmarca, la vida de la familia y los individuos sociedad, esto puede apreciarse de manera gráfica 6 en el anexo 1.

Las causas inmediatas que condicionan la desnutrición y el desarrollo infantil inadecuado son: la inadecuada ingesta de alimentos y las enfermedades infecciosas, estas son favorecidas por causas subyacentes: la inseguridad alimentaria en el hogar, inadecuadas prácticas de alimentación y cuidado, así como insuficiente agua, saneamiento y servicios de salud.

Las causas básicas que condicionan la desnutrición y el desarrollo infantil dependen de los recursos humanos, económicos, organizacionales, y los mecanismos que los controlan existentes en el país, que a su vez están directamente relacionados con los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales que prevalecen en cada ámbito territorial, entre ellos la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza, etc.

a) Causas inmediatas

Acerca de las enfermedades infecciosas prevalentes en la infancia, que son parte de las causas inmediatas asociadas con la desnutrición y desarrollo infantil inadecuado. La frecuencia, duración y gravedad de las enfermedades infecciosas en el infante, se constituyen en un determinante de la desnutrición crónica. Cuando se habla de enfermedades infecciosas el término “carga de morbilidad” no solo hace referencia al número de niños que lo padecen, sino también a la gravedad y duración de cada episodio. Por ejemplo, se ha estimado que entre un cuarto y tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales^{21,22,23}. En el Perú, las principales enfermedades infecciosas, la constituyen las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y aun cuando se ha reducido ostensiblemente en los últimos años el índice de mortalidad infantil por IRA y EDA, siguen siendo estas enfermedades las causas principales de desnutrición.

La prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) para el periodo 2009 ha disminuido notoriamente con relación al año 2000 (de 20,2 a 6,4%), la prevalencia es mayor en

21 Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children. *Am. J. Dis. Child.* 129:1296-1301.

22 Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G. (1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. *Br. J. Nutr.* 37:441-450

23 Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. *Pediatrics* 73:799-805

niños de 12 a 23 meses (6,9 %) frente a niñas y niños menores de 6 meses (2,9%). Por departamentos, las prevalencias bajas se presentan en los departamentos de Tacna, Arequipa y Moquegua con 0,6; 1,9 y 3,9% respectivamente. Sin embargo, llama la atención encontrar otros departamentos como Apurímac (1,4%), Puno (2,1%) o Huancavelica (3,4%) con climas fríos y menor acceso a servicios, con bajas prevalencias. Por otro lado, regiones con poblaciones más rurales como Loreto (10,9%), Ucayali (10,0%) o Amazonas (8,9%); o de climas muy fríos como Pasco (19,3%), las tasas fueron más elevadas. En general, la selva es la región natural con la más alta tasa, con 8,5% en comparación con el 4,9% en el resto de la costa.

Por otro lado, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) han disminuido en 1,4% desde el año 2000; actualmente, alcanza el 14%, no hay diferencias importantes entre sexo, nivel de educación o zona urbana y rural, probablemente se deba al progreso en las intervenciones desde el sector salud y las campañas que desarrolla. Sin embargo, sí se encuentra algunas diferencias con la edad como entre las niñas y los niños de 12 a 23 meses (22,7 %) más activos y en contacto con el medio ambiente, y las niñas y los niños de 48 a 59 meses de edad (7,1 %) cuando ellos adquieren mayor inmunidad y un comportamiento de menor exposición a los agentes infecciosos (por ejemplo, transmisión mano-boca).

b) Causas subyacentes²⁴

b.1. La inseguridad alimentaria en el hogar

Una de las causas subyacentes de la insuficiente ingesta de alimentos y de enfermedades infecciosas es la inseguridad alimentaria²⁵, que es, cuando las personas no disponen de acceso físico, social, económico o geográfico, cultural a suficientes alimentos inocuos y nutritivos Y que se encuentra asociada a la calidad de alimentos, de la disponibilidad de alimentos en el hogar y a la producción de alimentos. En el Perú, de acuerdo al informe técnico Evolución de la Pobreza al 2009, del INEI, existe en el país 11,5% de personas consideradas como pobres extremos, es decir son personas que tiene un gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos²⁶, sin embargo, las disparidades entre el medio urbano y rural son notables, mientras que en el área urbana la población pobre extrema es el 2,8% en el área rural es el 27,8%. Al respecto, según la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos, el consumo de energía en el grupo de mujeres en edad fértil fue considerado como deficiente, llegando a cubrir a penas el 67,2% de los requerimientos de energía, en el caso de los niños de 12 a 35 meses, el consumo de energía a nivel nacional fue de 85,8%; sin embargo, en algunos departamentos se encontró una alta proporción de la población con porcentajes de adecuación bajos como fue el caso de Loreto 61,8%, Puno 65,5% y Cajamarca 72,0% .

²⁴ Ejemplo detallado de causas subyacentes 3 diagramas Anexo 1

²⁵ Adaptado de El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2009. FAO-WFP.

²⁶ El valor de esta canasta es de S/. 144,00 nuevos soles mensuales por cada persona que conforma un hogar, es el valor de una canasta socialmente aceptada necesaria para cubrir un mínimo de requerimientos de energía.

b.2. Inadecuado acceso al agua y servicios básicos de saneamiento y a servicios de salud

Entre las causas subyacentes de las infecciones e insuficiente alimentación, se encuentra el inadecuado acceso a servicios de salud, que depende de la calidad de estos, de la organización de servicios de salud, de la motivación de profesionales y de su formación), así como de la accesibilidad de la población a estos (geográfica, financiera, psicológica-cultural). Otra de las causas subyacentes es el inadecuado acceso a agua y servicios básicos de saneamiento; condicionado por el nivel de acceso a estos servicios de modo individual y colectivo así como de la infraestructura para brindar agua y saneamiento a nivel territorial, el acceso a agua y servicios básicos de saneamiento el hogar constituye un factor clave para la reducción de la desnutrición crónica; así tenemos, a pesar de que el 2007, con la implementación de los programas estratégicos se ha obtenido mejoras ostensibles, como se muestra en la Tabla 1, aún se observa las brechas en términos de ámbito nacional.

Tabla 1. Indicadores del Programa Articulado Nutricional al 2009

Indicador	Porcentaje ámbito nacional
Proporción de hogares con acceso a agua segura	91,1
Proporción de hogares con saneamiento básico	84,5

Según la Tabla 1, alrededor de nueve de cada diez hogares cuenta con agua segura; sin embargo, las brechas entre un departamento como Lima (98,8%), Loreto (62,8%) y Ucayali (70,8%), son notables. Respecto a los hogares con saneamiento básico, es necesario precisar que las diferencias entre el área urbana (92,9%) y el área rural (67,1%) también son marcadas. Debemos recordar que la falta de acceso al agua segura y con un saneamiento básico inadecuado son causales de la prevalencia y persistencia de las EDA y las parasitosis que, a su vez, afectan el estado nutricional del niño y niña.

b.3. Inadecuadas prácticas de alimentación y nutrición en el hogar

Las prácticas inadecuadas de alimentación y nutrición en el hogar son de diferentes tipos: prácticas inadecuadas en higiene y en salud, relacionadas con alimentación y nutrición (como la atención psicoafectiva del niño y su estimulación) y prácticas en alimentación (la repartición intrafamiliar de los alimentos, la lactancia materna, la calidad de los alimentos y la diversificación de estos).

Las prácticas de higiene inciden de manera directa en la salud de las personas. Son muchas las enfermedades relacionadas con las malas prácticas de higiene como las EDA e IRA. Los hábitos de higiene cumplen un papel fundamental en la etapa de la lactancia materna (LM) y la alimentación complementaria.

Prácticas inadecuadas en salud relacionadas con alimentación y nutrición.

Existen algunos hallazgos de estudios nacionales sobre desayunos escolares, que sugieren que la cantidad y calidad de estimulación temprana en la infancia, están asociada con un mejor rendimiento intelectual²⁷.

Prácticas inadecuadas en alimentación

Entre las prácticas más importantes en alimentación para el crecimiento físico y desarrollo de las niñas y niños, según la evidencia científica, y que la deficiencia en estas, forma parte de las causas subyacentes de desnutrición, se encuentra la lactancia materna y la alimentación complementaria en los primeros años de vida.

Lactancia materna

Respecto a la lactancia materna, todos los niños y niñas deben ser alimentados solo con leche materna hasta los seis meses y continuar hasta los dos años incorporando la alimentación complementaria, que ofrece grandes beneficios pues disminuye la susceptibilidad de sufrir enfermedades infecciosas (neumonía, diarrea o infecciones intestinales) y procesos alérgicos; además permite y potencia un desarrollo corporal y mental adecuado. La LM en los primeros seis meses de vida, tienen un impacto positivo en la sobrevivencia y estado nutricional de los niños y niñas.

En nuestro país, los resultados de la ENDES continua 2009, indican que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) a nivel nacional, en menores de 6 meses, se incrementó de 52,7% en 1996, a 69,9% en el año 2009 (Anexo N° 2), mientras que el 13,4% de niñas y niños menores de cuatro meses recibieron también fórmula infantil, otro líquido (5,8%) y otro tipo de leche (1.7%). La duración mediana de la LME fue solo de 4,4 meses, mientras que la lactancia materna prolongada (LMP) tiene una duración mediana de 20,8 meses. Los datos acerca del incremento de LME indican que las acciones emprendidas están dando resultados positivos, al ser uno de los porcentajes más altos del decenio; sin embargo, existen diferencias por departamentos (Anexo N° 2) se aprecia que en regiones como Arequipa, Ancash y Lambayeque la duración de la LME no es mayor de dos meses; en los Departamentos de Lima, Ica, Huánuco, Madre de Dios, Puno y Tumbes, la duración de la LME está por debajo de los 4 meses y, en Departamentos como Piura, Cajamarca, San Martín, Pasco, Ayacucho, Loreto, Cusco, Moquegua y Tacna, la duración de la LME no sobrepasa los 5 meses. Solo en los Departamentos de La Libertad, Amazonas, Ucayali, Junín, Huancavelica y Apurímac la LME esta alrededor de los 6,5 meses. En estos últimos departamentos el problema de la desnutrición crónica infantil está relacionado con la introducción tardía de alimentos complementarios a la lactancia materna. La disminución de la duración de la LME, especialmente en las zonas urbanas, también está relacionada con los nuevos estilos de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la gran influencia

27 Rojas C, Montes C, Segura L, Rosas A, Llanos Zavalaga F, Baltasar G, Asenjo P. Aproximación al efecto del programa de desayunos escolares sobre el rendimiento intelectual en alumnos de educación inicial y primaria del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2003; 20 (1):

en la publicidad de los sucedáneos de la leche materna y la utilización del biberón, entre otros.

Alimentación complementaria a la lactancia materna

La alimentación complementaria está definida como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna. La alimentación complementaria junto con la LME resultan prácticas determinantes en el proceso de crecimiento físico y desarrollo de la niña o niño. En países como el nuestro, durante el periodo de alimentación complementaria, los niños y niñas se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición, con frecuencia los alimentos complementarios ofrecidos son de baja calidad nutricional y son introducidos demasiado temprano o tarde, en cantidades pequeñas o con poca frecuencia²⁸. Durante el periodo de 6-18 meses, la velocidad de crecimiento físico es mayor, por lo que es necesario que los alimentos complementarios puedan cubrir la brecha nutricional entre lo que necesita el niño y lo que proporciona la leche materna. Una alimentación complementaria adecuada considera criterios de consistencia del alimento, cantidad, frecuencia y su calidad.

Con relación al tipo de alimento, de acuerdo a ENDES 2009, el 50,8% de las niñas y niños entre los seis a ocho meses de edad continuaban siendo amamantados y recibieron otros líquidos (no incluye agua); respecto al consumo de alimentos sólidos o semisólidos, el 66,0% consumió cereales o derivados (pan, fideos, galletas, harina, entre otros), el 65,1% carnes (carnes/carnes de aves/pescado/ huevos), el 62,2% tubérculos y raíces, el 53,9% alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla y el 51,6% consumió frutas y vegetales ricos en vitamina A.

De otro lado, tenemos que las niñas y niños de seis a ocho meses de edad que no estuvieron siendo amamantados y que consumieron diversos tipos de alimentos, el 92,3% consumió cereales o derivados, el 77,8% otras frutas y vegetales y un 73,6% consumió alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla. Con relación a la frecuencia de la alimentación en niñas y niños entre los seis a ocho meses de edad que seguían siendo amamantados, el 69,6% consumió alimentos al menos dos veces al día, mientras que el 78,6% de niños entre los nueve a once meses ingirió alimentos tres o más veces al día.

Se debe precisar que según la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos, el porcentaje de adecuación calórica²⁹ en niños de 12 a 35 meses, es de 85,8%

La frecuencia del consumo de alimentos de por lo menos dos veces al día en niñas y niños que tenían entre seis a ocho meses de edad y que recibieron lactancia materna fue de 69,6%. El 65,2% ciento recibió tres o más grupos de alimentos y el 59,9% cumplió con ambos criterios. El 94,5 % de niñas y niños lactantes de 9 a 11 meses de edad recibió tres o más grupos de alimentos, el 78,6% ingirió tres o más veces al día y el 77,0% cumplió con

28 OMS/OPS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, DC. OPS, 2010.

29 Obtenido a partir de la mediana de consumo de energía proveniente de los alimentos entre la mediana del requerimiento de energía.

ambos criterios.

El 41,6% de niñas y niños de nueve a once meses y que no recibieron lactancia, fueron alimentados con el mínimo estándar de las tres prácticas alimenticias básicas (recibir otra leche no materna o productos lácteos, consumir un número mínimo de cuatro grupos de alimentos por día y ser alimentados cuatro veces o más). El porcentaje de niñas y niños entre 12 a 23 meses de edad que no recibieron lactancia y que fueron alimentados de acuerdo con las tres prácticas alimentarias básicas es mayor en el grupo de 12 a 17 meses (77,4%) que entre niñas y niños de 18 a 23 meses (68,7%).

c) Causas básicas

El Perú no es homogéneo y a pesar de las tendencias favorables que muestran las principales variables económicas a nivel nacional, se observa en las regiones menos desarrolladas del país la persistencia de comportamientos y patrones demográficos asociados a pobreza, desnutrición y a desigualdades e inequidades sociales y territoriales³⁰. Existen en los diferentes contextos geográfico culturales del Perú resto de costa urbana, resto de costa rural, sierra urbana, sierra rural, selva urbana y selva rural diferencias en los papeles asumidos por hombres y mujeres, en general, como la formación de pareja, cuidado de los hijos, trabajo, tenencia de la tierra, entre otros, así como factores culturales y de distribución de riqueza. Lo que en algunos de ellos implica la generación o continuidad de inequidades (culturales, económicas, de género, etc.) que favorecen problemas de malnutrición en los niños, comprometiendo el potencial de desarrollo individual y colectivo.

6.2.2.2. SITUACIÓN NACIONAL DE LA ANEMIA Y SUS DETERMINANTES

Situación de la anemia

La anemia es definida como una concentración de hemoglobina inferior al 11,0 g/dl, a nivel del mar. Si bien se han identificado múltiples causas, la ingesta insuficiente de hierro es la causa principal en el Perú. La anemia afecta principalmente a los niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y gestantes.

Así tenemos que, según ENDES continua 2009, el 37,2% de niñas y niños menores de cinco años, padece de anemia, proporción menor a la observada en el año 2002 (49,6%); sin embargo, la cifra resulta mayor cuando revisamos las prevalencias según grupo etario, así, tenemos que afecta al 75,2% de niñas y niños de 6 a 8 meses y alcanza el 72% en niñas y niños de 09 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60,3%), mientras que en los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes son menores.

Según características, el porcentaje de anemia es mayor en niñas y niños de madres con primaria y sin educación (42,7 y 41,9% respectivamente); por sexo, los niños tienen mayor

³⁰ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional de Población 2010-2014. Perú 2010

prevalencia de anemia que las niñas (38,3 y 36% respectivamente). La anemia es más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (44,1%) de la sierra (46,6%).

Cabe señalar que la ingesta de hierro proveniente de la dieta, en niños de 12 a 35 meses, solo alcanza a cubrir el 41,8% de las necesidades de hierro, siendo la mayor parte hierro no hemínico (76,7%) proveniente de alimentos de origen vegetal. La situación es más crítica tomando en cuenta que solo el 12,5% de niños entre 6 a 36 meses ha recibido suplemento de hierro³¹.

Respecto a las mujeres de 15 a 49 años, la prevalencia de anemia es del 21%, según lo reportado por ENDES continua 2009. Por área de residencia, la diferencia no es muy significativa; en el área rural existe una prevalencia de 22,1 % y el área urbana presenta una prevalencia de 20,7%; mientras que en las gestantes la prevalencia es de 26,6%.

La mediana de consumo de hierro en el grupo mujeres en edad fértil solo cubre el 30,3% de sus necesidades, siendo la mayor parte hierro no hemínico (85,6%), proveniente de alimentos de origen vegetal (ENCA 2003 CENAN/INS).

Determinantes nacionales de la anemia

Los determinantes de la anemia³² tienen que ver con factores sociales, económicos y culturales, así como por factores biológicos de las personas y las características de los alimentos, acceso disponibilidad y consumo, estos son:

- Factores socioeconómicos y culturales. Incluyen las características de acceso económico, cultural y geográfico a cantidad y calidad de alimentos ricos en hierro, así como a agua y saneamiento, a alimentos facilitadores de absorción de hierro, la baja proporción de lactancia materna exclusiva y el bajo nivel de educación de los padres.
- Consumo alimentario inadecuado. La inadecuada ingesta de hierro, con bajo consumo de alimentos ricos en hierro y la ingesta de alimentos con hierro de baja disponibilidad, el bajo consumo de facilitadores de absorción de hierro (ej. vitamina C), los requerimientos incrementados característicos de algunas etapas de vida y condiciones fisiológicas como los primeros 6 meses de vida y el último trimestre de la gestación, así como los primeros 2 años de vida.
- Falta de acceso y uso de servicios de salud y nutrición. El acceso y cumplimiento de controles prenatales, atención de parto, controles CRED, la atención integral que incluye consejería nutricional y suplementación con hierro y micronutrientes son una oportunidad para disminuir la anemia en etapas de mayor requerimiento y mayor potencial de mejorar la salud y desarrollo de MEF e infantil.
- Deficiente estado nutricional. Es necesario evitar el deficiente estado nutricional en las diferentes etapas de vida, facilitando el acceso y favorecer el consumo de alimentos

31 Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos-Lima Perú2003

32 Osorio M. Factores determinantes da anemia em crianças. Jornal de Pediatria - Vol. 78, (4) 2002

- ricos en hierro de elevada disponibilidad así como facilitadores de absorción de hierro y el uso de suplementos en etapas de incremento de requerimientos fisiológicas de hierro, puesto que, por ejemplo, la anemia en mujeres en edad fértil y en gestantes condiciona partos prematuros, niños con bajo peso al nacer y desnutrición crónica,
- Incremento de la morbilidad. Existe evidencia que las infecciones endémicas en niños -parasitosis y enfermedades infecciosas agudas- promueven la respuesta inflamatoria y, por lo tanto, a que las reservas de hierro disminuyan, incrementando el riesgo de anemia³³.
 - Factores biológicos de mayor vulnerabilidad a la anemia. Existen factores biológicos asociados con etapas de vida de mayor susceptibilidad a anemia, en las que el mecanismo probable sea un incremento en el requerimiento de hierro, como la etapa de 6 a 24 meses de edad. En esta etapa es necesario priorizar la lactancia materna, suplementación con hierro, alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro, fortificación de alimentos con hierro y facilitadores de absorción de este mineral.

Se presenta a continuación información nacional relacionada con algunos de los determinantes descritos que complementan la información presentada previamente.

Factores socioeconómicos y culturales

Según características, el porcentaje de anemia es mayor en niñas y niños de madres con primaria y sin educación (42,7 y 41,9% respectivamente).

Consumo alimentario inadecuado

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos 2003 del CENAN: respecto al consumo de alimentos ricos en hierro (incluye carnes, pescado, aves y huevo), un 85,2% de niñas y niños menores de 36 meses los consume. Según el área de residencia, en la zona rural es donde existe menor consumo de este tipo de alimentos (77%) en comparación con el área urbana (89,3%); el consumo de alimentos ricos en hierro es menor en madres de 15 a 19 años (78,4%) con relación a otros grupos etarios en donde superan el 85%.

La ingesta de hierro proveniente de la dieta, en niños de 12 a 35 meses a nivel nacional respecto a las recomendaciones internacionales establecidas, solo alcanza a cubrir el 41,8% de las necesidades de hierro, siendo la mayor parte hierro no hemínico (76,7%), proveniente de alimentos de origen vegetal. Asimismo, la mediana de consumo de hierro por mujeres en edad fértil solo cubre el 30,3% de sus necesidades, siendo también predominante el hierro proveniente de alimentos de origen vegetal.

Falta de asistencia a servicios de salud y nutrición

El periodo de gestación hasta los tres primeros años de vida resultan etapas clave en el crecimiento físico y desarrollo de las niñas y niños. Así tenemos, en la Tabla 2, los

³³ Guía sobre anemia nutricional. Jame Badham, et al.2007

siguientes indicadores que nos muestran las brechas en términos de ámbito nacional:

Tabla 2. Indicadores del Programa Articulado Nutricional -Al primer semestre 2010

Indicador	Porcentaje ámbito nacional
Proporción de gestantes que recibieron seis o más controles prenatales	78,9
Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro	86,5
Proporción de parto en establecimiento de salud	79,8
Proporción de niños menores de 36 meses con vacunas básicas completa para su edad	60,0
Proporción de niños menores de 36 meses con controles CRED completos para su edad	35,3
Proporción de niños entre 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro	19,2

Tal como se aprecia a nivel nacional, alrededor de ocho de diez gestantes, ha recibido los suficientes controles prenatales, ha recibido suplemento de hierro y su parto fue atendido en establecimiento de salud, cifras que están relacionadas con la articulación de las transferencias condicionadas (JUNTOS), participación como beneficiario en programas de alimentación (PIN) y el modelo de atención integral a la gestante en el marco del Programa de Salud Materno Neonatal. Con relación a los niños y niñas de 6 a 36 meses, las cifras siguen mostrando grandes brechas a pesar de los esfuerzos realizados en el marco del Programa Articulado Nutricional.

Suplementación con hierro en niños de 06 a 36 meses y gestantes

La proporción de gestantes que reciben suplementación con hierro es un factor importante que contribuye a la prevalencia de anemia en niños menores de tres años, debido a que una inadecuada suplementación durante la gestación tiene como consecuencia que las reservas de hierro del niño se agoten tempranamente, antes de los seis meses de edad. Según el Informe de Indicadores de resultados identificados en los programas estratégicos (ENDES 2009 al primer semestre) se observa que la proporción de gestantes que recibieron el suplemento de hierro a nivel nacional es de 75%. Si bien la información da cuenta de la cobertura alta de gestantes que recibieron el suplemento, no se tiene información sobre su consumo y está demostrado que la efectividad de la suplementación está ligada con la adherencia de su uso. Al respecto, el estudio de adherencia a la suplementación con hierro durante la gestación en las direcciones de Salud de Apurímac (Andahuaylas) y Ayacucho, realizado por la Dirección General de Epidemiología y la UNICEF, encontró que la adherencia promedio a la suplementación de hierro en las gestantes en esta regiones es menor al 50% y disminuye conforme transcurren los meses de gestación, llegando a ser el

30% al sexto mes y solo un 5% con adherencia óptima³⁴. Esta baja adherencia no asegura el cumplimiento del objetivo de la suplementación.

Con relación a la proporción de niños entre 6 a 36 meses de edad, que ha recibido suplementación con hierro, el promedio nacional es 12,4%³⁵, mientras que la situación en las regiones es variable, indicador que al igual que el caso de la gestante, no asegura la efectividad y adherencia de la suplementación. Observemos comparativamente el porcentaje de gestantes y niños/as que han recibido suplementación, en las regiones donde se ha iniciado el Aseguramiento Universal de Salud (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de adecuación y mediana de consumo según región

Región	Gestantes que recibieron suplementación con hierro (%)	Niños/as de 6 a 36 meses que han recibido suplementación con hierro (%)
Ayacucho	74	21,4
Apurímac	88	32,1
Huancavelica	63	21,7

Estos resultados muestran que aproximadamente dos de cada diez niños o niñas menores de 36 meses de estas regiones han recibido el suplemento de hierro, lo cual demuestra una brecha importante que contribuye a la anemia, al igual que en gestantes se desconoce de manera documentada el nivel de adherencia al sulfato ferroso en los niños y niñas.

6.2.2.3. SITUACIÓN NACIONAL DE SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS DETERMINANTES

Situación de sobrepeso y obesidad

El Perú es un país cuya situación alimentaria-nutricional, al igual que otros países de la región, ha ingresado a un proceso de transición nutricional y de transición epidemiológica; el primero supone grandes cambios en la dieta y un consiguiente impacto nutricional en la población, tales como cambio en la estatura y composición corporal; así, al revisar ENAHO 2009 se observa una disminución en el consumo de tubérculos y raíces, a su vez, un incremento en el consumo de los cereales, en especial el trigo y arroz, en las diferentes regiones del país. De otro lado, la transición epidemiológica describe el cambio de una situación de alta prevalencia de enfermedades infecciosas y desnutrición, a otra de alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que están fuertemente asociadas

³⁴ Gestantes que completaron el 100% del consumo del suplemento.

³⁵ La estimación a nivel nacional corresponde a información recolectada entre los meses de febrero a septiembre de 2007 y la estimación a nivel departamental corresponde a información recopilada en el año 2005, 2006, 2007 y 1.º trimestre 2008 más ampliación muestral, la mediana de fecha de entrevistas es junio 2007. La fuente es INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2005, 2006, 2007 y 2008.

con estilos de vida.

Actualmente, en el país subsiste paralelamente una malnutrición por déficit -retardo de crecimiento y deficiencia de micronutrientes como el hierro, vitamina A, yodo, ácido fólico, zinc, calcio- y una malnutrición por exceso -sobrepeso y obesidad- siendo estos dos últimos, factores de riesgo asociados a un predominio de enfermedades crónico- degenerativas no transmisibles que afectan la calidad de vida en la etapa adulta. Al respecto, uno de los principales problemas nutricionales emergentes lo constituye el sobrepeso y la obesidad; según la ENDES 2009, las cifras alcanzan el 34,7% y 15,7% respectivamente, a nivel nacional.

Los estudios realizados por INS/CENAN a nivel nacional, en población peruana de 20 años a más (varón y mujer), muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanza al 51%³⁶.

De acuerdo con ENDES 2009, el mayor porcentaje de sobrepeso fue en las mujeres que tenían entre 30 a 39 años de edad (43,2%) mientras que en las más jóvenes (15-19 años), el porcentaje fue 16,8%. La mayor proporción de mujeres con obesidad se presentó entre las que tenían entre 40 a 49 años de edad (27,3%) mientras que en el grupo de 15 a 19 años, este porcentaje fue solo 2,7%. El grupo de mujeres sin nivel de educación presentó el mayor porcentaje de sobrepeso (39,5%) y en el caso de la obesidad fue entre las mujeres con nivel primaria (17,9%).

Determinantes de Sobrepeso y obesidad en el Perú

Los factores más importantes implicados en la obesidad parecen ser los hábitos dietéticos y de actividad física, que están afectados por genes, que a su vez afectan al gasto energético, al metabolismo de sustratos energéticos y al consumo de alimentos. Sin embargo, las crecientes tasas de obesidad no pueden ser explicadas exclusivamente por causas genéticas, ya que en algunos casos están asociados con el consumo de dietas de alta densidad energética o ricas en grasa y por el creciente sedentarismo de las sociedades, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Los factores más reconocidos son: el consumo de energía con presencia elevada de carbohidratos refinados altos en grasa y bajos en fibra y el nivel de actividad física. Es en base a las determinantes de estas y la asociación de sobrepeso y obesidad con las enfermedades no transmisibles, asociadas a la dieta, que se han incrementado en los últimos años en la población peruana. Actualmente, el Ministerio de Salud establece, a través del modelo de abordaje de promoción de la salud dentro de sus ejes temáticos, la actividad física y las que se señalan que esta práctica ocurre, fundamentalmente en cinco lugares a los que han denominado dominios (transporte, recreación, doméstico, ocupacional, escuela) que son utilizados para estrategias relacionadas con promover la actividad física en la población.

³⁶ INS/CENAN. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, 2006.

Factores asociados con sobrepeso y obesidad

- Consumo de carbohidratos, grasas y fibra

Los resultados de La Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, INS/CENAN muestran que el consumo de fibra alcanza menos del 50% de las recomendaciones, evidencian además, que existe un consumo de carbohidratos que alcanza hasta el 134% de las recomendaciones, mientras que el consumo de grasas se encuentra dentro de los valores recomendados³⁷.

- Actividad física

La información acerca de actividad física, proveniente del mismo estudio y describe que el 40% de los encuestados realiza actividad física leve (sedentaria), y entre éstos el 72% de ellos no complementa sus actividades habituales con ejercicios adicionales u otra actividad física vigorosa.

7. VISIÓN Y MISIÓN

Visión

La Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable está consolidada a nivel nacional y es referente en temas alimentario nutricionales y contribuye a que la población peruana tenga estándares de alimentación y nutrición saludable, con hábitos alimentarios adecuados, para mantener un buen estado de salud, con equidad, universalidad y participación activa, con ejercicio pleno de sus derechos, donde la ESNANS orienta y favorece sinergias para las intervenciones efectivas dentro y fuera del sector, en los tres niveles de gobierno, así como a los actores sociales involucrados.

Misión

Somos un conjunto de representantes de diferentes instancias del MINSA, integrados y articulados para la identificación, diseño, aplicación y supervisión de políticas de alimentación y nutrición saludable con enfoque de determinantes sociales, con un alcance intersectorial y un ámbito de aplicación en los establecimientos públicos del sector salud, en el marco de la descentralización de la salud, aseguramiento universal de salud y la atención primaria de salud renovada.

8. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Objetivo General: Contribuir a la reducción de problemas de malnutrición por etapas

³⁷ INS/CENAN. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, 2006.

de vida, con énfasis en desnutrición crónica y anemia en mujeres en edad fértil, niñas y niños menores de 36 meses.

- Objetivo Estratégico 1. Lograr el compromiso político y la articulación intra e intersectorial en los diferentes niveles de gobierno en problemas de malnutrición.
- Objetivo Estratégico 2. Garantizar la capacidad de respuesta de los establecimientos públicos del sector salud en problemas de malnutrición.
- Objetivo Estratégico 3. Lograr la participación activa de la población: persona, familia, comunidad, de manera articulada con otros sectores, gobiernos locales y otros actores de la sociedad civil para que adopten prácticas adecuadas de alimentación y nutrición.
- Objetivo Estratégico 4. Asegurar un sistema de información en temas de malnutrición útil y de calidad que permita la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno.

9. METAS AL 2021³⁸

- Contribuir a la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica a 6% en niñas y niños menores de cinco años.
- Contribuir a la reducción de la prevalencia de anemia a 12% en niñas y niños menores de 5 años.
- Contribuir a la reducción de la prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 19 años a 10 %.
- Contribuir a la reducción de la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años a 10 %.
- Contribuir a la reducción de la prevalencia de sobrepeso en niñas y niños menores de 5 años a 3%.
- Contribuir a disminuir la prevalencia de obesidad en niñas y niños menores de 5 años a 1%).
- Contribuir a la reducción de la prevalencia de sobrepeso en mujeres en edad fértil a 25%.
- Contribuir a la reducción de la prevalencia de obesidad en mujeres en edad fértil a 10%.
- Contribuir a mantener bajo control la deficiencia de yodo en la sierra y selva.

10. LÍNEAS DE ACCIÓN, RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES

10.1. LÍNEAS DE ACCIÓN

- **Objetivo Estratégico 1**

Lograr el compromiso político y la articulación intra e intersectorial en los diferentes niveles de gobierno en problemas de malnutrición.

³⁸ Coinciden con los indicadores y metas proyectadas por el país para el 2021 y consideradas en la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)

- LAE1 Generación de evidencias científicas para la reducción de los problemas de malnutrición en el marco de las prioridades de investigación en salud.
- LAE2 Generación de políticas públicas y normativas, a nivel nacional, regional y local para desarrollar intervenciones efectivas basadas en evidencias.
- LAE3 Priorización de la reducción de los problemas de malnutrición, como política de los diferentes niveles de gobierno, en la perspectiva de garantizar una población nutricionalmente sana.
- LAE4 Propiciar en los diferentes niveles de gobierno la generación de proyectos de inversión pública (incentivos municipales y otros) con abordaje en las determinantes de salud.

- **Objetivo Estratégico 2**

Garantizar la capacidad de respuesta de los establecimientos públicos del sector salud en problemas de malnutrición.

- LAE1 Actualización y fortalecimiento del marco normativo referido a la atención promocional preventiva y recuperativa del estado nutricional, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- LAE2 Fortalecimiento de competencias del recurso humano para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la promoción, prevención y recuperación de los problemas de malnutrición, con énfasis en desnutrición crónica, anemia y sobrepeso y obesidad, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- LAE3 Orientar el eficiente uso de los recursos, bienes e insumos de los establecimientos según capacidad resolutive.

- **Objetivo Estratégico 3**

Lograr la participación activa de la población: persona, familia, comunidad, de manera articulada con otros sectores, diferentes niveles de gobierno, y otros actores de la sociedad civil para que adopten prácticas adecuadas de alimentación y nutrición.

- LAE1 Generación y fortalecimiento de capacidades a nivel de individuo, familia y comunidad sobre prácticas saludables de alimentación y nutrición.
- LAE2 Generación de acciones de educación y comunicación para promover el desarrollo de prácticas saludables en alimentación y nutrición saludable en el marco de derechos y deberes de la población: persona, familia y comunidad e instituciones educativas.
- LAE3 Fortalecer la vigilancia comunitaria para la adopción de prácticas saludables relacionadas al cuidado integral del niño menor de 36 meses.

- **Objetivo Estratégico 4**

Asegurar un sistema de información en temas de malnutrición útil y de calidad que

permita la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno.

- LAE1 Integración y Sistematización de fuentes de información en un sistema alimentario nutricional de la ESNANS con enfoque territorial, para la conducción de las estrategias de intervención en temas alimentario-nutricionales, con reforzamiento de las capacidades de los sistemas existentes para el nivel local.
- LAE 2 Fortalecimiento del análisis de la información según nivel territorial incluido el seguimiento longitudinal de niñas, niños y gestantes en el nivel local y difusión de información para toma de decisiones.
- LAE3 Promoción de investigaciones científicas y operativas para contribuir al fortalecimiento del sistema de información y la toma de decisiones.
- LAE4 Fortalecimiento de competencias los comités técnicos o equipos de gestión de todos los niveles de gobierno en el análisis, uso de información y toma de decisiones.

10.2. RESULTADOS ESPERADOS

• Objetivo Estratégico 1

Lograr el compromiso político y la articulación intra e intersectorial en los diferentes niveles de gobierno en problemas de malnutrición.

- RE1.1 A nivel nacional, regional y local se han generado evidencias para desarrollar intervenciones efectivas en la reducción de los problemas de malnutrición
- RE1.2 Se han generado y adecuado las normas necesarias según niveles de gobierno para abordar los principales problemas de malnutrición.
- RE1.3 El gobierno nacional, regional y local, aborda los problemas de malnutrición de manera prioritaria dentro de sus planes concertados de desarrollo nacional, regional y local.
- RE2 Los gobiernos regionales y locales han incluido dentro de sus pliegos presupuestales recursos necesarios para abordar los principales problemas de malnutrición.
- RE3.1 Los gobiernos regionales han generado perfiles de proyectos de inversión pública para la reducción de los problemas de malnutrición.
- RE3.2 Los gobiernos locales han generado perfiles de proyectos para la reducción de los problemas de malnutrición en el marco de los proyectos de inversión pública, plan de incentivos municipales y fondo para la igualdad.

• Objetivo Estratégico 2

Garantizar la capacidad de respuesta de los establecimientos públicos del sector salud en problemas de malnutrición.

- RE1.1 Se cuenta con normativa referida a acciones de promoción, prevención y

- recuperación del estado nutricional, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- RE1.2 Monitoreo y supervisión de la aplicación del marco normativo y de procesos orientados a garantizar la capacidad de respuesta del sector en los problemas de malnutrición priorizando el abordaje materno infantil.
 - RE2.1 Recurso humano de salud con capacidades fortalecidas para la promoción, prevención y recuperación de los problemas de malnutrición, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.
 - RE2.2 Desarrollo de un programa de acompañamiento a profesional SERUMS y todo profesional nuevo que ingresa para brindar un adecuado abordaje del estado nutricional en el marco de la atención integral.
 - RE3 Establecimientos de salud con adecuada infraestructura y con cantidad suficiente y de bienes e insumos para la prestación de servicios según capacidad resolutive.
 - RE4 Los distintos actores sociales: educación, programas sociales, organizaciones de base, entre otros, participan articuladamente para mejorar el cuidado infantil enfatizando la promoción de alimentación y nutrición saludable.

- **Objetivo Estratégico 3**

Lograr la participación activa de la población: persona, familia, comunidad, de manera articulada con otros sectores, diferentes niveles de gobierno y otros actores de la sociedad civil para que adopten prácticas adecuadas de alimentación y nutrición.

- RE1.1 Mujeres en edad fértil, mujeres adolescentes, gestantes y madres de niños menores de 36 meses realizan prácticas saludables de alimentación
- RE1.2 Comunidades que promueven prácticas saludables relacionadas a la alimentación y nutrición saludable.
- RE1.3 Instituciones educativas que promueven prácticas saludables para el cuidado infantil con énfasis en alimentación y nutrición saludable.
- RE2.1 Mujeres en edad fértil, mujeres adolescentes, gestantes y madres de niños menores de 36 meses reconocen las prácticas saludables de alimentación y nutrición.
- RE2.2 Familias que conocen prácticas saludables para el cuidado infantil y la alimentación y nutrición del niño menor de 36 meses.
- RE2.3 Comunidades que han recibido información sobre prácticas saludables en alimentación y nutrición en el marco de entornos saludables.
- RE2.4 Población recibe información sobre la importancia de realizar prácticas saludables de alimentación y nutrición saludable.
- RE2.5 Población involucrada y sensibilizada participan activamente en actividades programadas.
- RE2.6 Periodistas sensibilizados contribuyen en difundir a la población la importancia de realizar prácticas saludables e alimentación y nutrición saludable.
- RE2.7 Monitoreo y acompañamiento de la implementación de la propuesta de prácticas saludables persona, familia y comunidad, instituciones educativas.

RE2.8 Recursos humanos capacitados y con competencias implementan la propuesta de prácticas saludables en alimentación y nutrición en los diferentes niveles de gobierno.

RE3 Organizaciones comunales, entre ellas juntas vecinales, cuentan con un sistema de vigilancia comunitaria y toman decisiones sobre prácticas saludables en alimentación y nutrición.

• Objetivo Estratégico 4

Asegurar un sistema de información en temas de malnutrición útil y de calidad que permita la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno.

RE1.1 Fuentes de información existentes organizados en un sistema de información alimentario-nutricional de la ESNANS con énfasis en desnutrición crónica y anemia en gestantes, niñas y niños menores de 36 meses.

RE1.2 Se ha implementado el sistema de monitoreo y evaluación del sistema de información de la ESNAN

RE2 Sistema de difusión y análisis de información para toma de decisiones según necesidades y niveles de atención.

RE3 Investigaciones científicas y operativas generadas que fortalecen los sistemas de información y la toma de decisiones.

RE4 Comités técnicos o equipos de gestión de todos los niveles de atención fortalecidos en el análisis uso de información y toma de decisiones para contribuir a la reducción de problemas de malnutrición con énfasis en desnutrición crónica y anemia en gestantes, niñas y niños menores de 36 meses.

10.3. INDICADORES

Los indicadores de resultado son:

- En todas las regiones del país han implementado políticas que incluyen intervenciones efectivas basadas en evidencias para la reducción de los principales problemas de malnutrición.
- En todas las regiones del país se han disminuido los factores determinantes de riesgo de desnutrición crónica en los diferentes niveles territoriales: distrital, regional y nacional.
- El 80% de los establecimientos públicos según niveles de atención han incrementado su cobertura y brindan servicios de calidad en atención preventiva y recuperativa del estado nutricional.
- El 90% de los establecimientos públicos según niveles de atención son accesibles para la población (niñas, niños, gestantes y mujeres adolescentes y en edad fértil) y brindan servicios de atención preventiva y recuperativa del estado nutricional.
- El 80% de niñas y niños menores de 6 meses tiene prácticas adecuadas en alimentación y nutrición saludable.

- El 50% de niñas y niños entre 6 y 59 meses de edad tiene prácticas adecuadas en alimentación y nutrición saludable.
- El 60% de adolescentes y mujeres en edad fértil tienen prácticas adecuadas en alimentación y nutrición saludable.
- El 50% de adultos mayores han adoptado prácticas adecuadas en alimentación y nutrición saludable.
- El 70% de hogares han adoptado prácticas adecuadas en alimentación y nutrición saludable.
- Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional Nacional implementado que brinda información en temas alimentario nutricional oportunamente para la toma de decisiones a nivel nacional, regional y local.

11. ESTRATEGIAS

11.1. ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTRASECTORIAL

La justificación de la acción intersectorial de la promoción de la salud responde justamente a la comprensión de la relevancia de los determinantes fundamentales de la salud y nutrición, los cuales dependen de diferentes sectores y la necesidad de reducir las brechas persistentes en el estado de salud y nutrición de la población. El enfoque integral de la salud alimentaria implica la aceptación de la multidimensionalidad de ésta y su íntima relación con el bienestar y desarrollo. La articulación intrasectorial significa articular y consensuar tareas, funciones, presupuestos, recursos humanos y financieros de manera sinérgica, reforzando las capacidades para la definición y gestión de programas desde el sector salud, mientras que articulación intersectorial es la integración de distintos ámbitos y de los distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad, que inician un proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social en todos los niveles territoriales local regional y nacional. La acción intersectorial permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación³⁹. Una de las acciones importantes en el país consideró esta estrategia, con ello se incluyó dentro de las políticas públicas una evidente decisión de enfrentar articuladamente el problema nutricional, producto de ello se ha planteado la estrategia CRECER que articula el accionar de los diferentes sectores a fin de dinamizar los múltiples esfuerzos y obtener resultados tangibles.

Este esfuerzo contribuye a mejorar el nivel de salud alimentario nutricional de mujeres adolescentes, gestantes y niños menores de 3 años, considerando que las acciones desde el sector salud no son el único camino, así como tampoco lo son solo las acciones de recuperación. La efectividad de la articulación intersectorial contribuye a la optimización del uso de recursos y es esencial para realizar acciones efectivas en el nivel local o comunitario

³⁹ Alessandro, Laura, 2002. Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avance de un proceso en Argentina. Organización Panamericana de la Salud- Argentina.

a través de organismos gubernamentales, no gubernamentales y, especialmente, con la sociedad civil y organizaciones locales.

11.2. GESTION LOCAL TERRITORIAL

Es el proceso de articulación distrital con enfoque territorial, trabajando a nivel de gobiernos locales dando asistencia técnica y facilitando la implementación de procesos, procedimientos e intervenciones de las diferentes líneas de acción definidas. Responde a una demarcación geopolítica y todo lo que está dentro de ella; proceso liderado por el alcalde con la participación de actores sociales (representantes de los sectores, instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales y comunales, entre otros) quienes a través de un comité multisectorial (o quien haga sus veces) a través de un análisis participativo en base a las determinantes que rodean al problema de la malnutrición infantil con énfasis en desnutrición crónica, debe desarrollar el Plan de Desarrollo Local, la cual es una herramienta que está orientada a convocar y enfocar recursos y esfuerzos individuales e institucionales, para alcanzar una imagen colectiva de desarrollo construida en base al consenso de todos los individuos y actores de un territorio determinado.

Para la optimización de acciones en los niveles locales hay que considerar la realidad de recursos limitados y las necesidades de salud estimadas; se requiere que se prioricen y financien planes, acciones e intervenciones que puedan tener la más alta cobertura y efectividad sobre la salud nutricional de acuerdo con evidencia científica. Compartir responsabilidades articulando funciones, a través de trabajar con enfoque territorial.

11.3. ABOGACÍA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La abogacía consiste en el “conjunto de recursos y habilidades para influir en la opinión pública y movilizar recursos y fuerzas para apoyar políticas y propuestas específicas”.

La abogacía o promoción y defensa pública, es un conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones para apoyar una causa política específica. Está siempre dirigido a influir en políticas, leyes, normas, programas u obtener financiamiento. Las decisiones se toman en los niveles más altos de las instituciones del sector público y privado (MINSa, 2005). La abogacía es una estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias; y, por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.

La abogacía es hacer pública una idea o propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o tema de importancia, para ponerlo en agenda y actuar sobre él y sus soluciones. Para la OMS la política pública que favorece la salud es una de las estrategias centrales de la promoción de la salud. Milio considera que la política pública es la más poderosa herramienta para moldear la forma de vida y que

afecta los muchos contextos en los cuales la gente vive⁴⁰.

En el marco de los Lineamientos de Gestión de la Estrategia Nacional de Alimentación y Nutrición interesa el desarrollo de políticas públicas saludables. La OMS (2002) define a la política pública saludable como: Aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable. Las políticas públicas aplicadas al conjunto de sectores que influyen en los factores determinantes de la salud constituyen importantes vehículos para reducir las inequidades sociales y económicas como por ejemplo, el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud y nutrición y las condiciones de vida saludable.

11.4. INCIDENCIA POLÍTICA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Se define incidencia política a los esfuerzos organizados para lograr cambios en el sistema de gobierno o de alguna organización del gobierno local, regional, de agencias o instancias nacionales o globales; o cambios paulatinos que finalmente afectan las políticas, sean estas públicas o privadas⁴¹.

La incidencia política constituye un esfuerzo organizado para influenciar en la toma de decisiones. Así, para la incidencia política en nutrición debemos tener en cuenta las siguientes pautas que nos permitan construir un plan de incidencia política con los siguientes elementos: identificación del problema, recolección de datos, discusión de alternativas de solución, definición de objetivos, identificación de audiencias, de aliados y opositores, establecer alianzas, formular planes y estrategias de comunicación, así como conseguir la asignación financiera correspondiente; y establecer el monitoreo, evaluación y seguimiento. Es recomendable construir una agenda que recoja la visión de las diversas instituciones, organizaciones, personas y actores clave ante el tema nutrición a fin de establecer en común prioridades de manera estratégica.

11.5. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES EFECTIVAS CON ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES

Implica no sesgar el desarrollo de acciones solo a lo que se tiene como mandato desde el sector salud, sino tomar en consideración las otras acciones que correspondan con las otras determinantes de la salud, y aquellas que han demostrado ser experiencias efectivas en la resolución de los problemas de salud pública y desarrollo comunal. Para lo cual se puede desarrollar acciones de abogacía con la comunidad, sectores públicos y privados así como agentes cooperantes, educación, capacitación, investigación, participación, gestión.

11.6. EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD PARA EL CAMBIO SOCIAL

La educación para la salud es el proceso de desarrollo de responsabilidad individual y

40 Gómez Zamudio, Mauricio, 1998. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.

41 LACCASO. Manual práctico de incidencia política-una guía práctica para organizaciones de la sociedad civil. Manual N° 2 Manuales comunitarios de VIH/SIDA y derechos humanos. Caracas, Venezuela, marzo 2007.

colectiva a fin de adquirir los conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva; cuando la comunidad se involucra en actividades de salud, va ganando experiencias de participación y, por consiguiente, abre camino hacia otras formas de compromiso con su propio desarrollo (OMS /OPS 1984).

En este proceso de cambio social, la educación y comunicación contribuye promoviendo un diálogo privado y público, a través del cual las personas deciden quiénes son, qué quieren y cómo pueden obtenerlo. Es útil para catalizar procesos de cambio, empoderar individuos y fortalecer comunidades. El cambio social busca particularmente mejorar las vidas de las personas marginalizadas política y económicamente, y se apoya en principios de tolerancia, autodeterminación, equidad, justicia social y participación activa de todos.

La comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud⁴².

La comunicación para el cambio social pretende equilibrar las aproximaciones estratégicas a la comunicación y al cambio, convirtiendo a las personas y comunidades en agentes de su propio cambio, con el apoyo al diálogo y el debate alrededor de los puntos clave, la transmisión de información de expertos técnicos en un contexto de diálogo y debate, el énfasis en normas sociales, políticas, cultura y ambiente propicio, el impulso a las personas a negociar el avance a través de procesos asociaciones y alianzas, además de que se logre que las personas afectadas por los problemas desempeñen el papel más importante.

En este contexto, el componente educativo y comunicacional de la Estrategia de Alimentación y Nutrición, se constituye en herramienta fundamental de la promoción de la salud, para la adopción de prácticas saludables individuales y colectivas en alimentación y nutrición, donde cumple un papel fundamental y de evidencia comprobada, identificando en las sesiones demostrativas, la consejería nutricional y la visita domiciliaria sus principales herramientas.

11.7. PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LA COMUNIDAD

Involucrar a decisores y líderes locales

La participación comunitaria es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, lo mismo que el de la comunidad de la cual ellos forman parte. Para una participación efectiva de la comunidad es importante involucrar a efectivos actores sociales como los líderes de opinión, periodistas y comunicadores sociales puesto que la movilización de la sociedad civil depende del nivel de información que estos manejen; para ello, es útil movilizar a los medios de comunicación. Es importante aquí la difusión de información sobre el impacto negativo de la desnutrición en el desarrollo del país, región, provincias, distritos, comunidades, así como de información útil para la prevención.

⁴² Organización Mundial de la Salud, Healthy People 2010, Volumen I

La prevención de la desnutrición dependen del desarrollo institucional y la capacidad comunitaria de asegurar el crecimiento saludable de la niñez; necesitan fortalecer o incrementar la capacidad de respuesta institucional en medios de vida, seguridad alimentaria, educación y salud (con énfasis en salud materno-infantil y educación en higiene) y agua y saneamiento a través de la construcción de redes.

Las redes sociales son fundamentales para lograr cambios positivos se requiere desarrollar educación en el individuo, en la familia y movilizar el apoyo de la comunidad.

Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global. En efecto, ha sido demostrado en todo el mundo que el enfoque médico solo, no puede ser suficiente para mejorar las situaciones sanitarias complejas en el seno de las colectividades vulnerables o debilitadas por condiciones de vida difíciles.

La participación comunitaria está estrechamente ligado al empoderamiento ciudadano⁴³, que es el proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con el bienestar personal y social; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad. Se refiere al proceso de autodeterminación por el cual las personas o comunidades ganan control sobre su propio camino de vida. Se trata de un proceso de concientización (tomar conciencia de todos los factores que influyen sobre la vida de las personas) y liberación (ganar poder de decisión sobre su propio destino).

Para llevar a efecto la participación comunitaria es necesario que se implementen una serie de estrategias y actividades comunicacionales que permitirán a la población estar informada y sensibilizada sobre el tema. Para ello, se deben desarrollar materiales comunicacionales (afiches, dípticos, volantes y spots) que resalte los beneficios y ventajas de la alimentación y nutrición saludable. Asimismo, la programación de diversas actividades que puedan realizarse en los tres niveles de gobierno conllevará a la población reconocer prácticas saludables para la buena alimentación y nutrición saludable. También, el involucramiento y las sensibilización a actores sociales como decisores políticos, líderes de opinión, periodistas y comunicadores permitirá efectivizar la transmisión de mensajes para fortalecer la participación ciudadana.

11.8. TOMA DE DECISIONES A NIVEL LOCAL BASADAS EN LA GENERACIÓN DE EVIDENCIAS

Para la optimización de acciones en los niveles locales hay que considerar, de acuerdo con la realidad de recursos limitados, necesidades de salud estimadas, se requiere que se prioricen y financien planes, acciones e intervenciones que puedan tener la más alta

⁴³ Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1993. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1992. Lima, Perú.

cobertura y efectividad sobre la salud nutricional de acuerdo con evidencia científica. Compartir responsabilidades articulando funciones, a través de trabajar con enfoque territorial, vamos a trabajar con los gobiernos locales, facilitando funciones y recursos humanos.

11.9. GESTIÓN POR RESULTADOS

La gestión por resultados constituye una respuesta a la preocupación por encontrar la clave para liberar los procesos de desarrollo económico y social, enfocando las intervenciones a la población beneficiada, la personalización de las necesidades de cada establecimiento, traducido en presupuesto, requiere del trabajo articulado entre los diferentes niveles de gestión y al interior de cada institución. Esto exige el desarrollo con un alto contenido social. Dependerá, entonces, de las capacidades para aprovechar los espacios políticos de diálogo y deliberación y determinar lo que es de valor para la sociedad.

En el marco de la gestión por resultados, surge el presupuesto por resultados, que a través de un conjunto de intervenciones articuladas del estado en torno al logro de resultados sobre una población determinada, las cuales se involucran con más de una entidad o nivel de gobierno.

12. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

La evaluación de avances y resultados se hará de acuerdo con las líneas estratégicas de intervención y en concordancia con indicadores definidos, considerando también indicadores de presupuesto por resultados. Se tomará como insumos las bases de datos, sistemas ya existentes dentro del sector salud e información recolectada con metodología estandarizada a nivel local (Ej. TDI y encuestas regionales) mejorando su calidad y oportunidad de acuerdo con las necesidades de información según niveles de gobierno y en coordinación con otros sectores. Se recolectará información adicional de acuerdo con las necesidades y brechas de información. Se consolidarán equipos coordinadores y de análisis de información desde el nivel de REDES y DIRESA.

El monitoreo se realizara de manera continua y descentralizada, la supervisión será descentralizada por niveles de complejidad y gobierno, considerando el avance de indicadores, de acuerdo al periodo para la ejecución y las líneas de intervención estratégica del nivel territorial.

La evaluación regional y local se realizará de forma mensual, trimestral, semestral y anual. La evaluación nacional será semestral y anual, de acuerdo al avance de resultados propuestos de manera conjunta por los equipos conformados para este fin por las REDES y las DIRESA, realizando los ajustes al Plan Estratégico Nacional para alcanzar los objetivos propuestos. Las DIRESA junto con gobiernos regionales y locales pueden definir resultados intermedios que les facilite la toma de decisiones para llegar a las metas.

13. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El financiamiento de las acciones que se planteen en los lineamientos de gestión de la ESNANS para cada ámbito nacional se encuentran en el marco de las funciones que le compete al Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local; quienes implementarán la presente Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable en los diferentes espacios geoadministrativos del país.

El presupuesto que debe financiar la ejecución de los presentes lineamientos de gestión de la ESNANS debe provenir de fondos del Tesoro Público, entendiéndose que este es asignado a los diferentes niveles bajo diversos mecanismos. Recursos Ordinarios, Donaciones y Transferencias, y otros mecanismos existentes que contribuyan con la operativización de las actividades.

En los niveles locales (región, provincia y distrito) se alentará la búsqueda de la financiación, por medio de la priorización de inversión del presupuesto participativo anual, el plan de incentivos municipales y la formulación de proyectos de inversión pública (PIP) para su aprobación y financiamiento por el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).

Complementariamente, se buscará contar con la asistencia técnica internacional de las agencias de cooperación bilateral (GTZ, USAID, JIKA, etc.) y multilaterales (Banco Mundial, FAO, UNICEF, etc.). Además, se alentará la participación en la financiación de actividades de diferentes fundaciones internacionales con fines de filantropía humanitaria con énfasis en la financiación de temas de alimentación y nutrición.

14. BIBLIOGRAFÍA

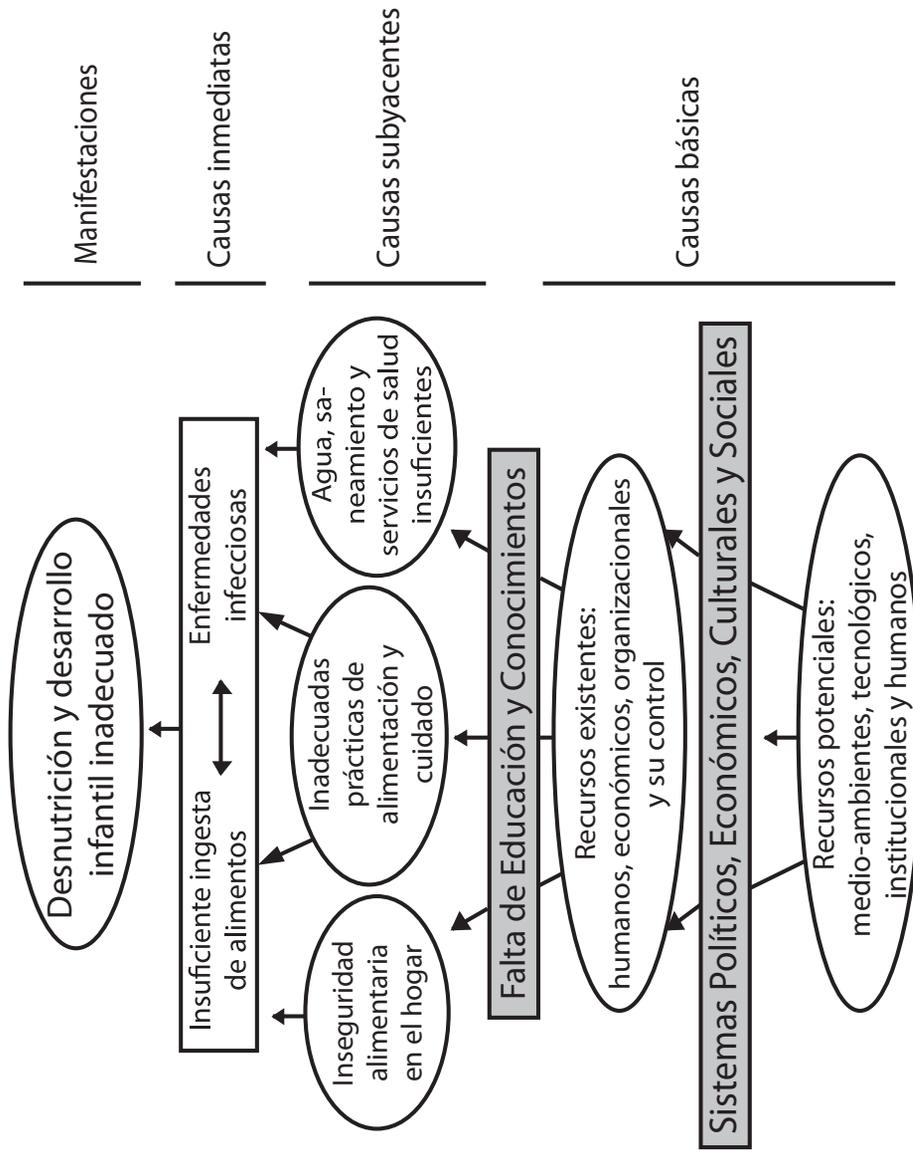
- Laura A, Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avance de un proceso en Argentina. Argentina. Organización Panamericana de la Salud- 2002.
- Badham J, Zimmermann MB, Kramer K. The. Guidebook: Nutritional Anemia. Suiza: Sight and Life Press, 2007.
- Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet 2008; 371 (19):243-371.
- Black R E, Brown K H, Becker S. Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. Pediatrics.1984; 73(6):799-805
- Caputo A, Foraita R, Klasen S. Pigeot I. Undernutrition in Benin—an analysis based on graphical models Soc Sci Med, 2003. 56 (8): 1677-1691
- CENAN. Análisis de información de Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Resultado identificados en los programas estratégicos 2000- 1er semestre 2010. Julio 2010
- CEPLAN, Plan Perú 2021 Plan Estratégico de Desarrollo Nacional. Perú 2010
- FAO-WFP. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. 2009.
- EE.UU. Departamento de Salud y Servicios. Humanos. Healthy People 2010

- Entender y mejorar la salud. vol 1, 2^a ed. Washington, DC: Imprenta del Gobierno de EE.UU, 2000.
- Gómez M, Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal, 1998.
- INEI. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1992. Lima, Perú 1993.
- INEI. Nuevas Proyecciones Nacionales de Población del Perú por Departamentos, Urbano y Rural y Sexo 2005 a 2020 Perú 2006
- INEI. Perfil sócio demográfico del Perú. Lima, Perú 2008.
- INEI. Censo Nacional de Población y Vivienda 2007. Lima, Perú 2008.
- INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples, 1950-2050. Boletín Especial N° 17. Lima, 2009
- INEI. Encuesta de Demografía y Salud 2009. Lima Perú 2010
- INEI. Indicadores de Resultado identificados en los programas estratégicos 2000- 1er semestre 2010. Perú, Julio 2010
- INS/CENAN. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos-Lima Perú 2003
- INS/CENAN. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, 2006.
- INS/CENAN Dirección Ejecutiva de Alimentación y Nutrición: Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2009
- Kneib T, Tutz G, Pigeot I, Klasen S. Graphical Chain Models and their Application Statistical Modelling and Regression Structures. 2010; 231-247.
- Laccaso. Manual práctico de incidencia política-una guía práctica para organizaciones de la sociedad civil. Manual N° 2 Manuales comunitarios de VIH/SIDA y derechos humanos. Caracas, Venezuela, marzo 2007
- Martorell R, Habicht J, Yarbroug C, Lechtig A, Klein R, Western K Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children. Am. J. Dis. Child.1975; 129:1296-1301.
- OMS/OPS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, DC. OPS, 2010.
- Osorio M. Fatores determinantes da anemia em crianças. Jornal de Pediatria, 2002; 78 (4):269-78
- Pelletier DL. The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research. J Nutr. 1994; 124(10 Suppl):2047S-2081S.
- Rojas C, Montes C, Segura L, Rosas A, Llanos F, Baltasar G, Asenjo P. Aproximación al efecto del programa de desayunos escolares sobre el rendimiento intelectual en alumnos de educación inicial y primaria del Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2003; 20 (1), 31-38.
- Rowland M, Cole T, Whitehead R. A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. Br. J. Nutr. 1977;37:441-450
- Victora C. et al: Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. The Lancet, 2008:1-18.

ANEXO 1

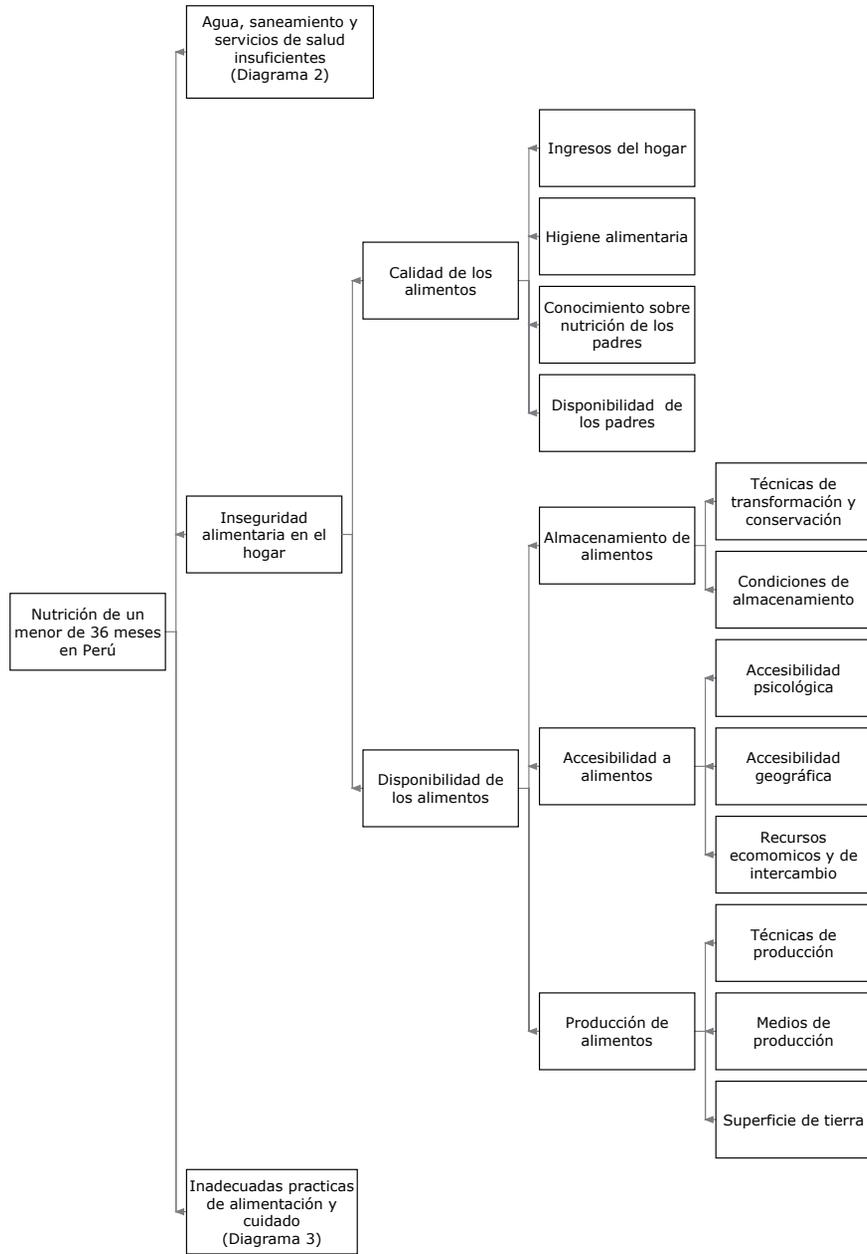
Gráfico 6

Modelo Causal de la Desnutrición



Fuente : Smith y Haddad (2000)

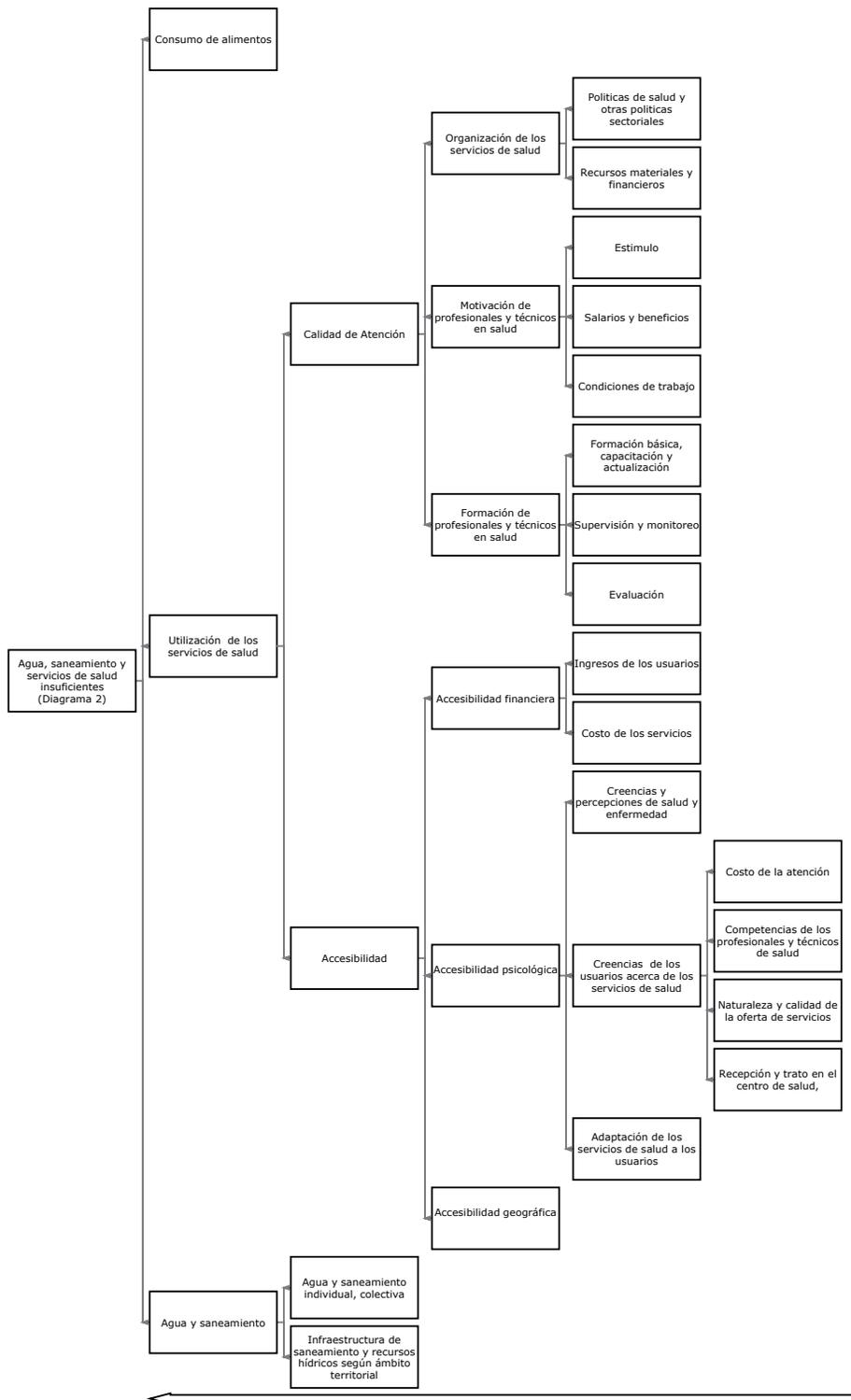
Causas subyacentes de la desnutrición en menores de 36 meses.
Diagrama 1. Ejemplo de análisis de inseguridad alimentaria en el hogar.



Caputo A, Foraita R, Klasen S, Pigeot I

Causas subyacentes de la desnutrición en menores de 36 meses.

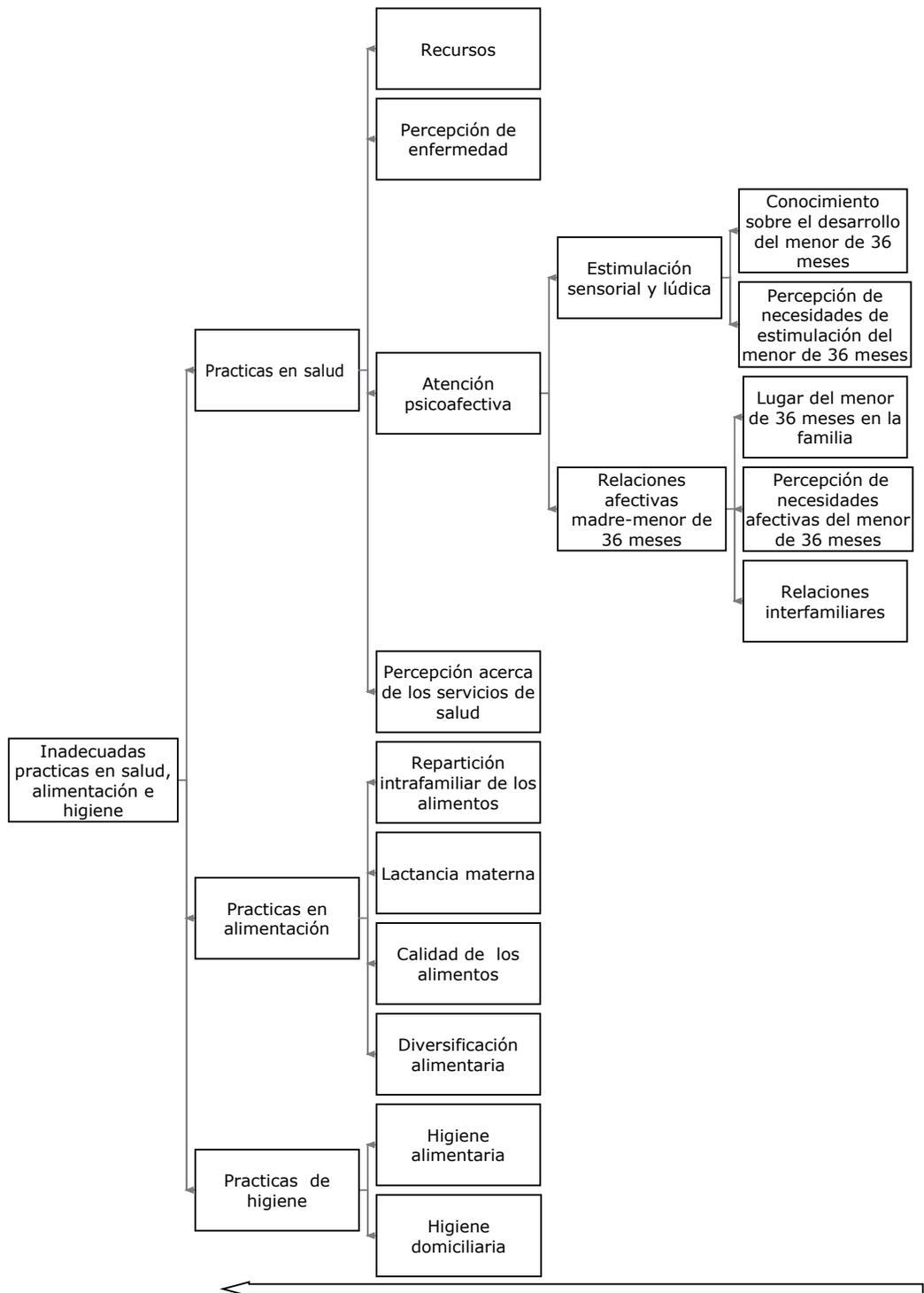
Diagrama 2. Ejemplo de análisis de servicios de agua, saneamiento y salud insuficientes



Caputo A, Foralta R, Klaseen S, Pigeot I.

Causas subyacentes de la desnutrición en menores de 36 meses.

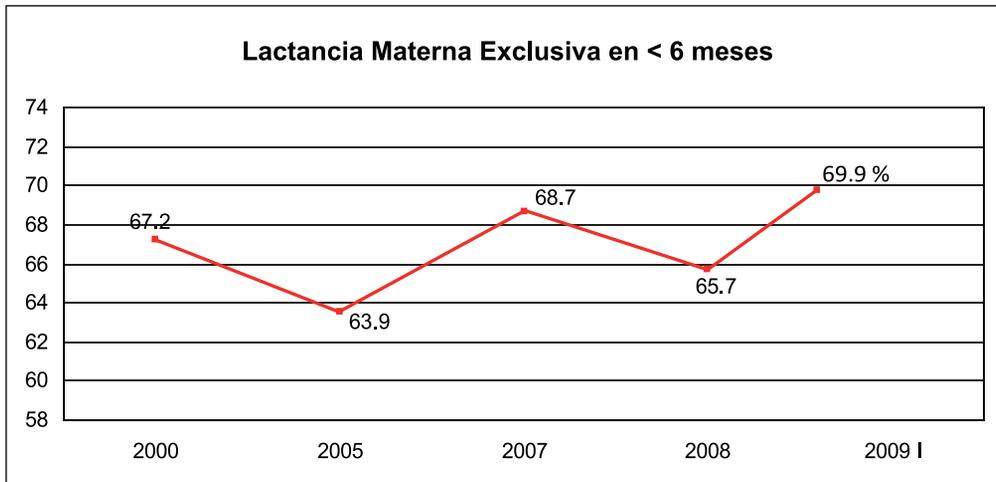
Diagrama 3. Ejemplo de análisis de inadecuadas prácticas en salud, alimentación e higiene.



ANEXO 2

Gráfico 7

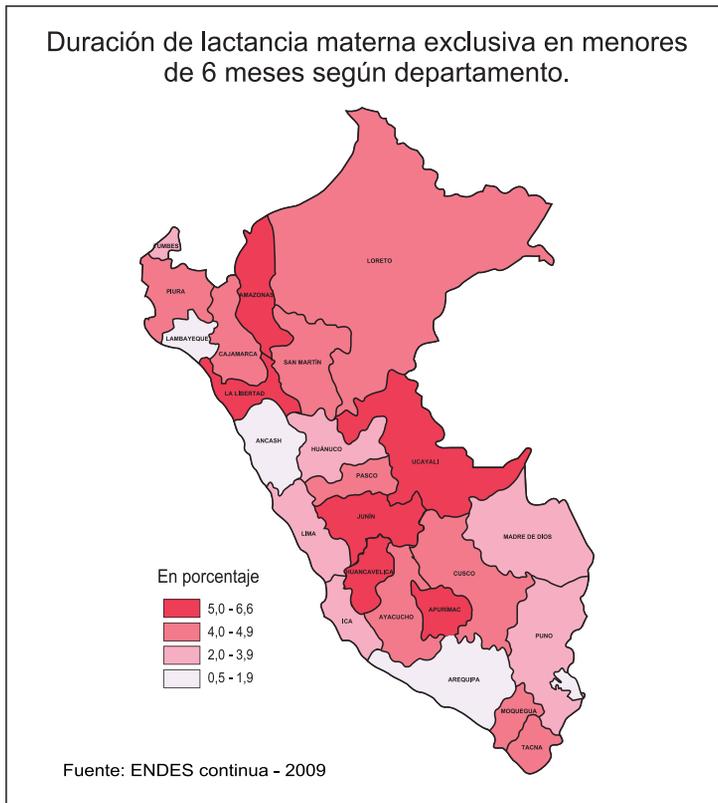
Lactancia materna exclusiva en niñas y niños menores de 6 meses, Perú 2000 al primer semestre 2009

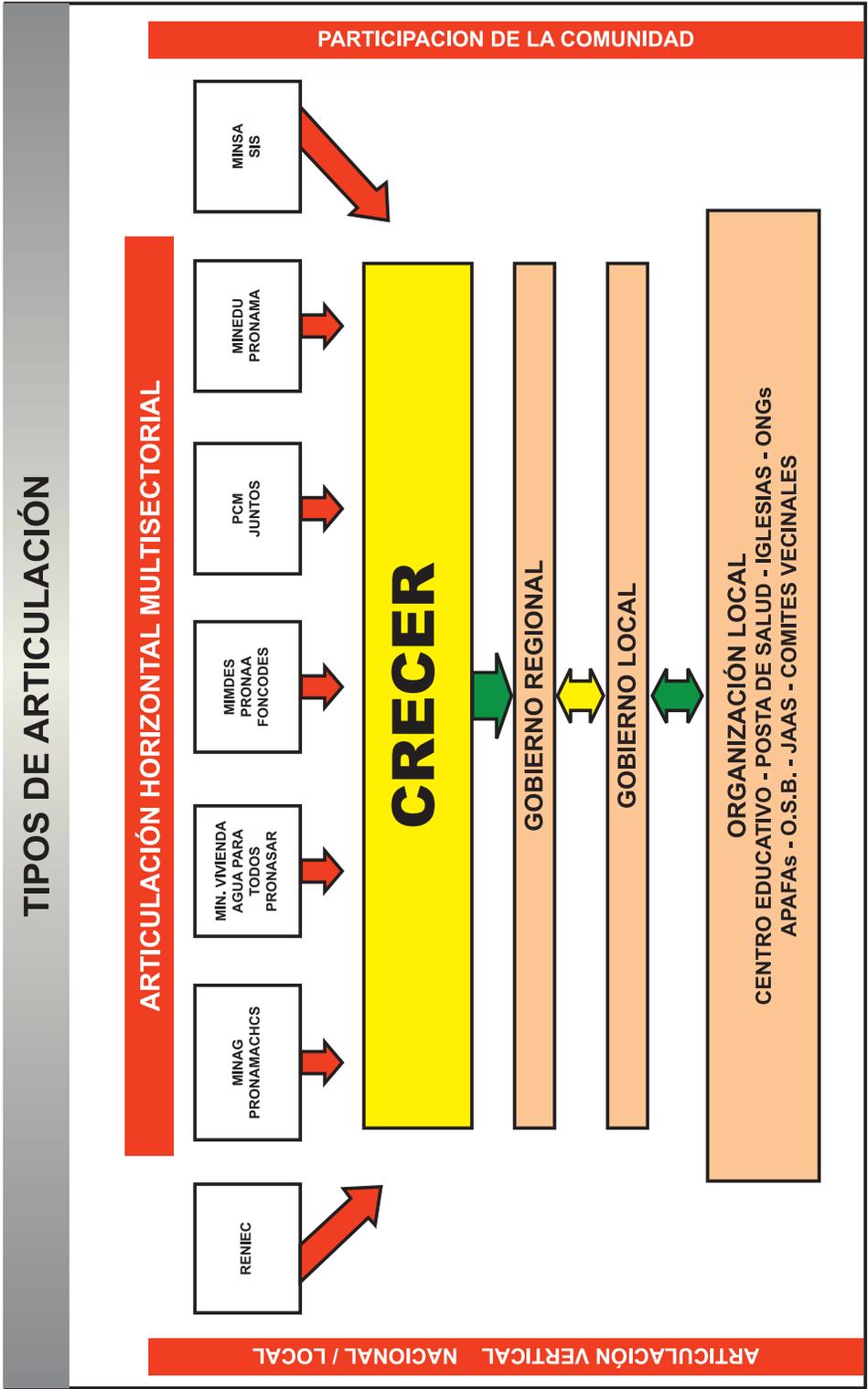


Fuentes: ENDES 2009

Gráfico 8

Duración de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses según departamento.





Fuente: Presentación PCM



PERÚ

Ministerio de
Salud

Instituto Nacional
de Salud

Centro Nacional
de Alimentación y
Nutrición



Lima, 2011

Ministerio de Salud

Av. Salaverry Cdra. 8 S/N, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 3156600

Página web: www.minsa.gob.pe

Instituto Nacional de Salud

Jirón Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú

Apartado Postal 471, Teléfono: (511) 471-9920 Fax: (511) 471-0779

Correo electrónico: revmedex@ins.gob.pe

Página web: www.ins.gob.pe

ISBN: 978-9972-857-91-1



9 789972 857911