



GRUPO DE TRABAJO ARTICULADO NUTRICIONAL

SEGUIMIENTO CONCERTADO AL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)

BALANCE DE LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA ATENDER LA NUTRICIÓN INFANTIL – 2013

**-Versión aprobada por el CEN
Jueves 22 de julio del 2014 -**

MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA
**BALANCE DE LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA
ATENDER LA NUTRICIÓN INFANTIL – 2013**

Reporte del Equipo Nacional de Seguimiento Concertado.

INTRODUCCIÓN.

El presente reporte se presenta en una coyuntura marcada por dos hechos importantes en relación al tema de la nutrición infantil. En primer lugar, la desaceleración en la reducción de la desnutrición crónica e indicios de incremento de la anemia infantil, luego de varios años consecutivos de reducción en la incidencia de ambos problemas nutricionales. En segundo lugar, el que en este año se realicen las elecciones regionales y locales para nuevas administraciones gubernamentales, siendo, por lo tanto un año de debate de políticas públicas y propuestas de gobierno.

En este contexto específico el balance se ha orientado, por un lado, ha identificar las tendencias de evolución de ambos indicadores y, a partir de ellas, indagar por los factores que favorecieron la reducción de la desnutrición y anemia infantil y también por los factores que traban o obstaculizan esta reducción, particularmente en los dos últimos años. Por otro lado, dada la importancia del debate electoral en las regiones y localidades, el reporte privilegia el análisis de la situación de las regiones, sus tendencias específicas, así como los variados factores que pueden estar marcando estas tendencias. Por estas razones, las recomendaciones se plantean tanto para los responsables actuales de las políticas públicas en nutrición infantil como para los procesos de Acuerdos de Gobernabilidad, que se vienen desarrollando en las regiones, a través de los cuales se plantean compromisos entre organizaciones de la sociedad civil y los candidatos, respecto a políticas públicas y metas específicas a desarrollar en las próximas administraciones gubernamentales.

El reporte tiene tres partes, una primera sobre situación y tendencias en la nutrición infantil en el período 2007-2013, una segunda parte sobre los factores que explican las tendencias identificadas y una tercera parte que plantea un conjunto de recomendaciones.

EQUIPO DE SEGUIMIENTO CONCERTADO DEL PAN

Ministerio de Salud: Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Dirección de Atención Integral de Salud (DAIS), Dirección de Promoción de la Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN); SIS, PARSALUD II. **MIDIS:** Equipo de articulación del eje sobre desnutrición crónica. **Sociedad civil:** Colegio de Nutricionistas, Colegio Médico, Asociación Benéfica PRISMA, CARE, Visión Mundial, ADRA, Fundación Acción Contra el Hambre (ACH), PRODES, Asociación ciudadana de Prevención de Enfermedades Trasmisibles. **Cooperación:** UNICEF, Programa Mundial de Alimentos (PMA). **Equipo técnico de la MCLCP:** facilitador del proceso.

I. SITUACIÓN Y TENDENCIAS EN LA NUTRICIÓN INFANTIL

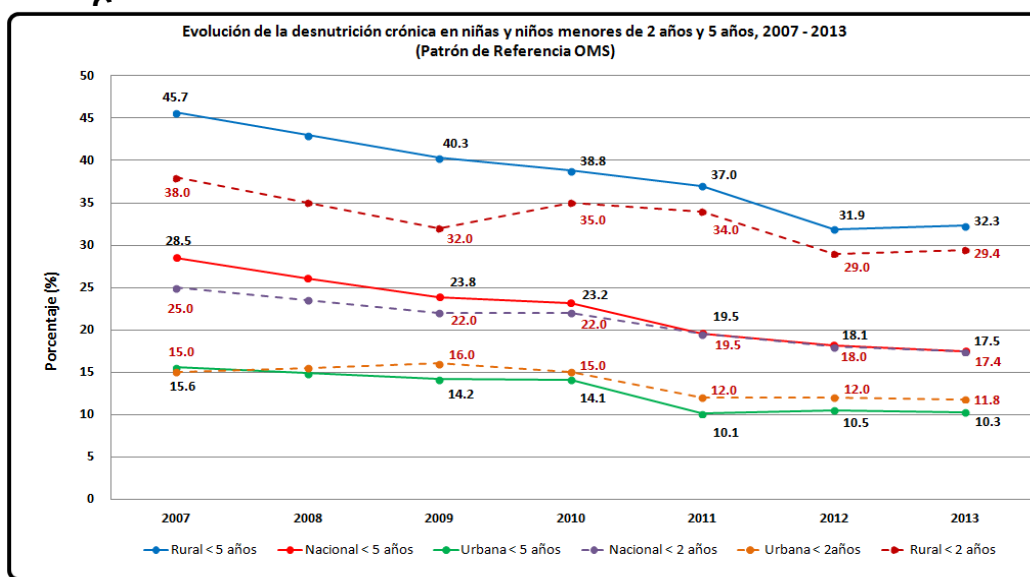
En este reporte continuaremos el seguimiento a las tendencias nacionales pero pondremos un especial énfasis en entender que está pasando en las regiones, ubicándolas al interior de las tendencias nacionales e identificando también sus particularidades.

1. Evolución Nacional de la Desnutrición Crónica y la Anemia.

En primer lugar identificaremos las tendencias nacionales en la evolución de los indicadores de la DC infantil y la anemia en menores de 6 a 36 meses. Luego veremos cuanto se ha avanzado en equidad y finalmente también veremos, como lo hemos venido haciendo en reportes anteriores, los avances en cobertura de los servicios e intervenciones priorizadas.

1.1. Tendencias nacionales 2007-2013

1.1.1. En el año 2013 la desnutrición crónica disminuye en menos de un punto porcentual configurándose una tendencia de disminución en su reducción con señales de incremento en el área rural y particularmente en la selva.

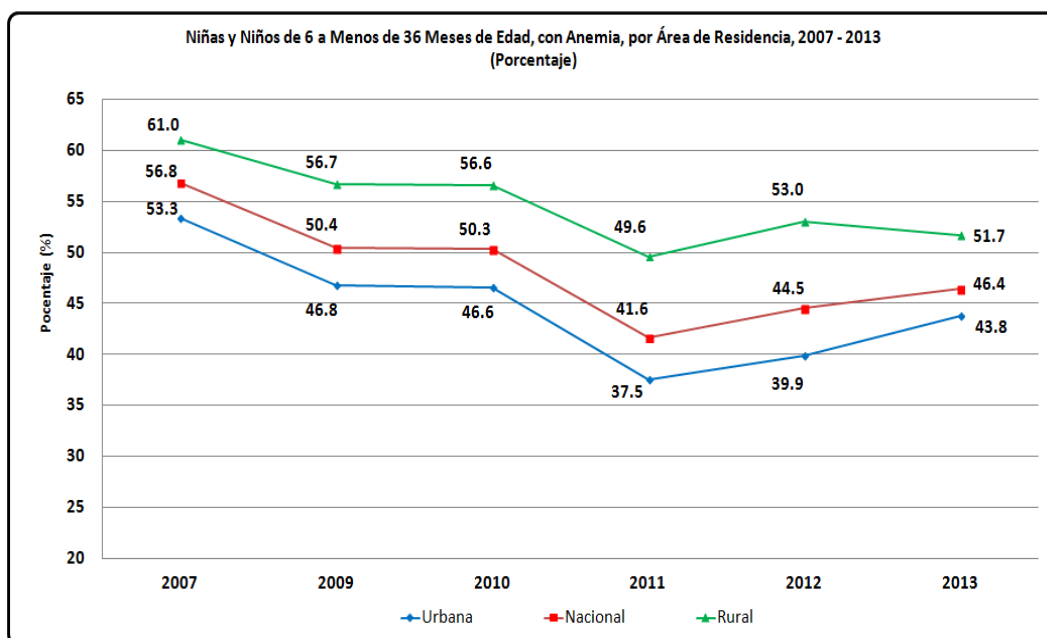


Fuente: INEI. Encuestas demográficas y de salud familiar 2007-08, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013. Análisis de niñas y niños < 2 años por Future Generations.

ENDES, 2014. Elaboración: Iniciativa contra la Desnutrición Infantil - IDI.

1.1.2. En el año 2013 se configura una tendencia de subida de la anemia, desde el año 2012, luego de varios años de reducción. No obstante baja en el área rural.

CUADRO 2



ENDES 2014. Elaboración: Iniciativa contra la Desnutrición Infantil - IDI.

La anemia continuó subiendo como promedio nacional del 44.5% al 46.4% de menores de 6 a 36 meses. A la vez, es importante anotar que se logró revertir esta subida en el sector rural.

1.1.3. Los otros indicadores de calidad de vida que contribuyen a la reducción de la desnutrición crónica, continúan mejorando lentamente, salvo el bajo peso al nacer que continúa estacionario.

CUADRO 3
Resultados intermedios del PAN

	2007	2010	2011	2012	2013	2007/ 2013	2012/ 2013
Lactancia materna exclusiva	68.7	68.3	70.6	67.6	72.3	+5.2%	+7.0%
Urbana	64.5	59.9	64	61.8	65.9		
Rural	76.5	83.9	82.5	78.6	86.2		
Prevalencia de IRA	24.0	18.3	17.8	14.6	14.8	- 38%	+1.4%
Urbana	21.6	18	17.1	13.2	14.8		
Rural	27.3	18.7	19.1	17.5	14.8		
Prevalencia de EDA	17.4	18.9	17.6	15.3	13.7	- 21%	-11%
Urbana	16.0	19.3	17.1	14.5	13.1		
Rural	19.2	18.3	18.7	16.9	15.1		
Bajo peso al nacer	8.4	8.0	7.1	7.4	7.8	- 7%	+ 5%
Urbana	7.7	7.0	6.2	6.7	7.2		
Rural	9.5	10.4	9.0	8.8	9.2		

Fuente: ENDES 2013
Elaboración: MCLCP

- La lactancia materna exclusiva a los menores de 6 meses ha continuado mejorando levemente y con mayor intensidad en el área rural.
- Las IRA y EDA continúan descendiendo lentamente.
- El bajo peso al nacer continua prácticamente estacionado.¹

1.2. Evolución de los niveles de equidad

Si bien ha descendido la desnutrición crónica y a pesar de los esfuerzos desplegados hacia las áreas rurales, la brecha urbano-rural se ha mantenido igual desde el año 2007: por cada 3 niños de las áreas rurales que sufren de desnutrición crónica, sólo 1 del área urbana la sufre. (Ver cuadro 1).

CUADRO N° 4
Evolución de la desnutrición crónica infantil por quintiles de pobreza (2007-2013), según patrón OMS

Quintil de Bienestar	2007	2009	2010	2011	2012	2013	Evolución	
							2007-2013	2012-2013
Quintil inferior	49.20	45.30	44.00	43.80	38.80	37.60	-30.86%	-3.20%
Segundo quintil	39.60	29.70	28.60	22.30	20.10	21.20	-86.80%	5.47%
Quinto quintil	5.30	4.20	5.20	2.80	3.10	2.30	-130.30%	-33.00%
Probabilidad que niños menores de 5 años caigan en DCI								
Brecha Q1 y Q5	Q1 9.3 veces Q5	Q1 10.8 veces Q5	Q1 8.5 veces Q5	Q1 15.6 veces Q5	Q1 12.5 veces Q5	Q1 16.3 Veces Q5	75.27%	30.40%
Brecha Q2 y Q5	Q2 7.5 veces Q5	Q2 7.1 veces Q5	Q2 5.5 veces Q5	Q2 8.0 veces Q5	Q2 6.5 veces Q5	Q2 9.22 Veces Q5	22.93%	41.85%

Fuente: ENDES 2012
Elaboración: MCLCP

Asimismo, si medimos la brecha en desnutrición crónica entre los quintiles de bienestar, según la proporción de niños afectados, vemos que esta brecha se ha incrementado. Como lo muestra el cuadro N°4, basado en los datos del INEI, en el año 2007, la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica ubicados en el quintil inferior de bienestar, fue algo más de nueve veces mayor a la de los niños ubicados en el quintil superior de riqueza. Para el 2013, la proporción, para los mismos grupos comparados, fue algo más de dieciséis veces mayor.²

¹ A la vez es necesario evaluar estas proporciones con tendencia más globales. En EEUU está en 8.8%.

² Con frecuencia se han medido las brechas sociales internas en términos de puntos porcentuales de diferencia entre los sectores poblacionales comparados. Si medimos la diferencia sólo en términos de la distancia en puntos porcentuales, esta diferencia se ha reducido de 43.9 puntos porcentuales en el año 2007 a 35.3 puntos porcentuales en el 2013.

1.3. Cobertura nacional de las Intervenciones efectivas para reducir la DCI y la Anemia.

En cuanto a las intervenciones eficaces para reducir la DCI y la anemia, el CRED y las vacunas contra el rotavirus, luego de incrementos significativos en el período, reducen su cobertura en el año 2013. En cambio la suplementación con hierro a los niños entre 6 y 36 meses, luego de un lento incremento en el período, tiene un fuerte incremento del 20% en el año 2013³. Los otros servicios de salud continúan con incrementos moderados.

CUADRO N° 5
Cobertura de Indicadores de Productos / Procesos DCI y Anemia
Perú 2007 – 2013

Intervenciones / Servicios clave	2007 1/	2009	2010	2011	2012	2013	2007- 2013	2012- 2013
Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad	24.00%	27.70%	40.00%	47.30%	50.80%	50.50%	110.41%	-0.60%
proporción de niños de 6 a 36 meses con suplemento de hierro	12.30%	14.10%	18.40%	17.00%	19.60%	23.60%	91.86%	20.41%
proporción de niños < 12 meses con vacunas contra Neumococo		29.00%	57.80%	74.40%	76.60%	79.20%	79.20%	3.40%
Proporción de niños < 12 meses vacunas contra el rotavirus		36.50%	60.50%	77.50%	81.10%	78.10%	78.10%	-3.80%
Proporción de gestantes suplementadas con hierro	74.90%	80.10%	86.10%	87.80%	88.50%	89.90%	20.02%	1.58%
Proporción de gestantes con control prenatal en el primer trimestre	71.30%	72.40%	73.00%	74.90%	75.00%	77.40%	8.55%	3.20%
Proporción de parto institucional	76.00%	81.30%	83.20%	83.80%	85.90%	88.00%	15.80%	2.45%
Proporción de hogares con Saneamiento básico	81.80%	83.30%	85.30%	87.60%	88.30%	90.20%	10.27%	2.16%

Fuente: INEI - ENDES 2007, 23007, 2009, 2010, 2011, 2012 2013 / P
Elaboración: MINSA, MCLCP 2014

En el caso del acceso a agua segura, el indicador de número de hogares con acceso a agua tratada (saneamiento básico), continúa con un lento incremento. No obstante, la cobertura indicada para el año 2013 del 90.2% no refleja cabalmente el acceso a agua segura ya que hay un serio problema de calidad del agua.

³ Este incremento estaría reflejando una respuesta y mayor acción del MINSA y Diresas frente a la subida de la anemia en menores de 6 a 36 meses.

2. Las Regiones, la desnutrición crónica y anemia y los Acuerdos de Gobernabilidad.

El tema de la desnutrición crónica y la anemia infantil, progresivamente se ha ido incorporando en la agenda política de los gobiernos regionales. Desde la firma del “Compromiso para la reducción de la Desnutrición Crónica”, en el año 2006, promovido por la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI) y firmado por todos los Gobiernos Regionales, recién electos en ese año, hasta el proceso acumulativo de implementaciones regionales del Programa Nacional Articulado Nutricional (PAN), en el marco del Presupuesto por Resultados, generando un mayor entendimiento de la desnutrición infantil y la anemia, así como de las intervenciones prioritarias para reducirlas, y una progresiva asignación de los presupuestos regionales a estos objetivos. Este proceso dio una importante base operativa, de información y conocimiento sobre estos problemas, para que en los Acuerdos de Gobernabilidad del año 2010, se incluyeran metas precisas y variadas para su reducción en cada región, lo que a su vez, sirvió de acicate para atenderlos con mayor prioridad.

La evolución de la desnutrición crónica ha seguido cursos diferentes a la evolución de la anemia en los diferentes departamentos ya que cada una responde a conjuntos diferenciados de factores. La primera, más asociada a factores estructurales de pobreza y la segunda, más asociada a las características de la dieta alimentaria y con una presencia más transversal en toda la población. Veremos la evolución de ambas tendencias de manera separada.

2.1. En reducción de la Desnutrición Crónica.

Vamos a distinguir dos períodos: 1) Uno más largo (2007-2013), en el que se ha venido impulsando intervenciones efectivas y más o menos articuladas para enfrentar la desnutrición crónica infantil. Esta primera mirada la hacemos con el objetivo de ver lo acumulado hasta hoy en cada departamento. 2) El período más reciente (2011-2013) que coincide con las nuevas administraciones de los Gobiernos Regionales y nos permite ver el grado de cumplimiento de los Acuerdos de Gobernabilidad y la dinámica de respuesta que cada región generó.

CUADRO 6
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA,
SEGÚN DEPARTAMENTO, JUNIO 2007, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012 Y 2012-
2013
(Patrón de referencia OMS)

Departamento	Junio 2007 a/	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013 P/	DCI < 5 años (OMS) 2007-2013		DCI < 5 años (OMS) 2011-2013	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Reducción total en puntos %	Reducción proporcional 2007 a 2013	Reducción total en puntos %	Reducción proporcional 2011 a 2013
Total 1/	28.5	23.2	19.5	18.1	17.5	11.0	39%	2.0	10%
Amazonas	37.4	25.2	27.5	29.2	27.1	10.2	27%	0.4	1%
Áncash	38.6	28.6	26.9	24.7	21.9	16.7	43%	4.9	18%
Apurímac	41.7	38.6	39.3	32.2	28.6	13.1	31%	10.7	27%
Arequipa	(12.4)	(12.3)	(9.0)	(7.3)	-8.8	3.6		0.2	2%
Ayacucho	42.2	38.8	35.3	29.5	28.1	14.2	34%	7.2	20%
Cajamarca	46.6	40.5	37.6	34.2	35.6	11.0	24%	2.0	5%
Cusco	36.9	35.4	29.9	24.3	19.9	17.0	46%	10.0	33%
Huancavelica	59.2	54.6	54.2	50.2	42.6	16.6	28%	11.6	21%
Huánuco	49.4	37.4	34.3	30.9	29.0	20.4	41%	5.3	15%
Ica	13.0	10.3	(8.9)	(7.7)	-7.7	5.3	41%	1.2	13%
Junín	31.9	30.4	26.7	24.4	24.2	7.7	24%	2.5	9%
La Libertad	31.2	26.1	23.2	21.0	22.2	9.0	29%	0.9	4%
Lambayeque	20.1	(17.8)	(16.2)	14.0	(14.2)	5.8	29%	2.0	12%
Lima 2/	11.4	8.9	8.0	6.3	5.1	6.3	55%	3.0	37%
Loreto	32.3	31.0	34.2	32.3	27.6	4.7	15%	6.6	19%
Madre de Dios	15.7	11.9	11.9	12.1	11.6	4.1	26%	0.3	3%
Moquegua	(9.5)	(5.7)	(5.7)	(4.4)	-4.1	5.4	57%	1.6	28%
Pasco	39.5	32.6	24.8	26.0	26.5	13.0	33%	-1.7	-7%
Piura	29.6	22.9	20.9	21.7	24.9	4.7	16%	-4.0	-19%
Puno	36.7	25.5	21.5	20.0	19.1	17.6	48%	2.3	11%
San Martín	25.1	26.8	22.8	16.8	15.5	9.6	38%	7.3	32%
Tacna	(6.3)	(3.0)	(3.7)	(3.1)	-2.9	3.4	54%	0.8	22%
Tumbes	12.2	12.8	11.0	10.1	9.1	3.1	25%	1.9	17%
Ucayali	30.5	31.6	31.4	24.7	24.5	6.0	20%	7.0	22%

() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

2/ Comprende el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Elaboración: MCLCP

2.1.2. En el período 2007 – 2013, en todos los departamentos, con diferentes intensidades, se produjo una significativa reducción.

Si tomamos en cuenta todo el período, podemos afirmar que en todos los departamentos se han producido importantes reducciones, sin embargo, en algunos bastante más que en otros.

Para evaluar estas diferencias es necesario distinguir los diferentes niveles de prevalencia de la DC con los que contaban en el año 2007, normalmente asociados con niveles de pobreza, ruralidad y otras condiciones específicas de exclusión social en cada uno de ellos. Así podemos distinguir tres grandes agrupaciones en ese año:

- 1) **Baja prevalencia**, generalmente costeros y de baja ruralidad: Tacna (6.3%), Moquegua (9.5%), Lima (11.4%), Tumbes (12.2%), Arequipa (12.4%) e Ica (13%).
- 2) **Prevalencia Media**, peso de costa y selva: Madre de Dios (15.7%), Lambayeque (20.1%), San Martín (25.1%), Piura 29.6%).
- 3) **Alta prevalencia**, con primacía de la sierra: Ucayali, La libertad, Junín, Loreto, Puno, Cuzco, Amazonas, Ancash, Apurímac y Ayacucho (entre 30% y 42%) y como casos que se despuntan: Cajamarca (46.6%), Huánuco (49.4%) y Huancavelica (59.2%).

En todo el período hay 8 regiones que destacan por la alta proporción de reducción que han logrado, todas, por encima del promedio nacional de reducción:

- 1) **4 de baja prevalencia:** Moquegua (-57%), Lima departamento (-55%), Tacna (-54%) e Ica (-41%).
- 2) **4 de alta prevalencia:** Puno (-48%), Cuzco (-46%), Ancash (-43%) y Huánuco (-41%) revelando, probablemente, esfuerzos mayores por las condiciones de exclusión.

A su vez, los departamentos que menos logros han tenido en todo este período, son: Loreto (-15%), Piura (-16%) y Ucayali (-20%). Todos con alrededor de 30% de desnutrición crónica infantil en el 2007.

El resto, ubicados en una posición intermedia, forman un conjunto de departamentos, con distintos puntos de partida (primando los niveles altos) y con reducciones porcentuales entre el 24% y el 38%, es decir, reducciones por debajo del promedio nacional (-38.5%).

Los 5 departamentos con mayor nivel de desnutrición crónica infantil en el año 2007 continúan siéndolo en el año 2013: Huancavelica, Cajamarca, Huánuco, Apurímac y Ayacucho, aunque con una reducción promedio del 32%.

2.1.3. Entre el 2011 y el 2013, las respuestas varían produciéndose nuevos rendimientos pero también estancamientos y retrocesos.

En el período 2011-2013, siendo el promedio nacional de reducción de un 10%, logran:

- 1) **Una alta reducción:** 9 departamentos:
 - a) Lima⁴ (-37%), Moquegua (-28%) y Tacna (-22%). con bajos niveles previos.
 - b) San Martín (-32%) con niveles previos intermedios.
 - c) Cuzco (-33%), Apurímac (-29%), Ucayali (-22%), Huancavelica (-21%) y Ayacucho con (-20%) con niveles previos altos.

A la vez, regiones como Ancash y Huánuco, que destacan en todo el período 2007-2013, y Loreto, se mantienen con niveles de reducción por encima del promedio nacional.

- 2) **Se estanca la reducción:** en 6 departamentos: Amazonas, Ica, Junín, Madre de Dios, Puno y Tumbes en los que se reduce mínimamente en los dos últimos años.
- 3) **Se incrementa la D.C.** en 6 departamentos: Arequipa (+20%), Piura (+19%), La Libertad (+6%), Pasco (+7%), Cajamarca (+4%) y Lambayeque (+1.4%)

2.1.4. El reto político de los Acuerdos de Gobernabilidad y su cumplimiento.

Los Acuerdos de Gobernabilidad son un conjunto específico de compromisos suscritos por los actores políticos que postulan al gobierno regional, local o nacional a propuesta de un conjunto amplio de organizaciones de la sociedad civil y siguiendo determinados procedimientos democráticos. Estos se vienen impulsando, de manera amplia, desde el año 2002 hasta su generalización en todas las regiones en el año 2010. El tema de la infancia y la nutrición infantil, ha sido uno de los temas privilegiados en estos Acuerdos.

En este año 2014, la MCLCP está desarrollando un balance de los acuerdos pactados en el año 2010 y los logros obtenidos. En cuanto a las metas de reducción de la desnutrición crónica podemos resaltar los siguientes resultados⁵:

⁴ Incluye Lima Metropolitana, Callao y Lima Región.

⁵ Los Acuerdos de Gobernabilidad se pactaron usando como medición de la desnutrición crónica infantil el patrón de medición NCHS. Actualmente, se está usando el patrón OMS que si bien difiere en magnitudes del anterior, revela un comportamiento similar en las variaciones en el valor de los indicadores. Para la medición del cumplimiento de los acuerdos, por tanto, estamos utilizando el patrón NCHS, con el que se fijaron las metas.

CUADRO N° 7
Metas de los Acuerdos de Gobernabilidad Regionales en desnutrición infantil
y resultados al año 2013 (NCHS)

Departamento	2009 Línea de base	2013	Meta al 2014	Ya alcanzaron la meta en el año 2013.
Amazonas	22.2	21.5	15.0	-
Ancash	23.1	14.8	15.0	Sí
Apurímac	28.5	22.7	20.0	-
Arequipa	8.5	5.9	6.0	Si
Ayacucho	31.2	22.1	20.0	-
Cajamarca	31.9	27.5	20.0	-
Callao				
Cusco	31.7	16.3	20.0	Sí
Huancavelica	42.9	35.1	25.0	-
Huánuco	32.7	22.1	26.0	Sí
Ica	8.1	4.6	5.0	Sí
Junín	28.8	18.1	20.0	Sí
La Libertad	21.1	18.4	14.0	-
Lambayeque	12.9	10.2	12.0	Sí
Lima 1/	4.8	3.3	1.6	-
Lima Provincias			5.0	
Loreto	23.7	20.6	19.7	-
Madre de Dios	8.4	8.5	ND	-
Moquegua	4.2	3.5	3.0	-
Pasco	28.5	19.8	20.0	Sí
Piura	16.0	17.7	ND	
Puno	19.8	15.3	15.0	Sí
San Martín	20.9	10.2	7.0	-
Tacna	2.1	1.1	1.4	Sí
Tumbes	10.0	4.5	0	-
Ucayali	23.3	18.4	15.0	-

Fuente: ENDES 2007 – 2013 y Acuerdos de Gobernabilidad Regionales 2010-2014.
 Elaboración: MCLCP

10 de 23 regiones en las que se suscribió el Acuerdo ya han cumplido las metas de reducción de la D.C. a las que se comprometieron llegar en el año 2014.

Estas diez regiones son: Ancash, Arequipa, Cuzco, Huánuco, Ica, Junín, Lambayeque, Pasco, Puno y Tacna. Asimismo, Apurímac, Ayacucho y Loreto están a punto de lograrlas.

Hay que anotar que la magnitud de las metas fue diversa en las regiones y resaltar que en la dimensión de la meta acordada se ha expresado la voluntad política de transformación de los candidatos y de la sociedad organizada en la región. Es así que podemos destacar, entre estas regiones, a Cuzco, Ica, Pasco y Arequipa que cumplieron sus metas con apuestas de 30% y más, en reducción de la desnutrición crónica.

Huancavelica, San Martín y Tumbes, destacan por los logros alcanzados aunque no logran aún cumplir la meta del Acuerdo.

Estas 3 regiones, no habiendo llegado aún a cumplir la meta, apostaron a un cambio alto y han logrado altas reducciones. Huancavelica la región paradigmática por tener los más altos niveles de pobreza y desnutrición crónica en el país, luego de un estancamiento, apostó a una reducción del 42%, entra en un proceso de reformas institucionales, altas coberturas en vacunas y CRED y logra una reducción de 11.5 puntos porcentuales representando una disminución del 25% en los tres años. San Martín apostó por una reducción del 66% y ya ha logrado hacerlo en un 51% y el caso de Tumbes apostó por erradicar la desnutrición crónica y ha llegado a una reducción del 55% representando éstas dos últimas, las reducciones más altas entre los años 2010 y 2013⁶

Finalmente, es necesario señalar que los significativos logros obtenidos en estas regiones, en el marco de los acuerdos de gobernabilidad, fueron posibles debido a múltiples factores, entre ellos, el compromiso de los diversos actores comprometidos. En diversos casos un mayor compromiso de las autoridades políticas, en otros el compromiso y esfuerzo persistente de funcionarios y servidores públicos y, asimismo, el compromiso y seguimiento de los actores sociales comprometidos con las metas acordadas y también el propio esfuerzo de las familias y madres en el cuidado de sus niños.

2.2. En reducción de la Anemia

En el año 2007 la prevalencia de la anemia en menores de 6 a 36 meses alcanzaba niveles muy altos, pudiendo distinguirse tres grupos de departamentos:

- 1) Con altísima prevalencia:** Puno (78.5%) y Cuzco (73.1%)
- 2) Con muy alta prevalencia:** Huancavelica (66.9%), Pasco (65.5%), Ayacucho (64.4%), Apurímac (64.2%) y Madre de Dios (64.2%).
- 3) Con alta prevalencia:** (entre 58% y 48%) el resto de los 17 departamentos.

2.2.2. La evolución de la reducción de la anemia infantil en los departamentos ha tenido una trayectoria inestable.

Si bien entre los años 2007 y 2013 se ha dado, como hemos visto, una tendencia general a la disminución de la anemia con un repunte en los dos últimos años, el recorrido de todos los departamentos es inestable, marcado por una combinación de reducciones e incrementos sucesivos específicos en cada uno (ver cuadro n°8).

⁶ Siguiendo el patrón de medición NCHS, con el que se establecieron las metas de los Acuerdos de Gobernabilidad.

CUADRO N° 8
Evolución de la anemia 2007 – 2013 por departamentos

Departamento	Junio 2007 a/	2009	2010	2011	2012	2013 P/	Reducción 2007 - 2013	Reducción 2010 - 2013
Total	56.8	50.4	50.3	41.6	44.5	46.4	-18.3	-7.8
Amazonas	48.5	52.9	52.7	41.7	50.7	47.2	-2.5	-10.4
Ancash	54.1	52.6	57.7	42.2	37.7	39.8	-26.3	-30.9
Apurímac	64.2	66.1	61.9	47.4	47.4	48.4	-24.6	-21.7
Arequipa	50.6	59.0	44.5	36.7	44.1	39.4	-22.1	-11.5
Ayacucho	64.6	54.4	52.9	41.5	56.2	54.3	-16.0	2.7
Cajamarca	54.2	41.3	59.8	45.0	43.9	50.5	-6.7	-15.5
Cusco	73.1	76.3	58.6	64.1	50.7	56.0	-23.4	-4.4
Huancavelica	66.9	68.3	71.5	48.7	64.3	54.3	-18.8	-24.0
Huánuco	55.4	53.1	66.5	53.3	50.9	51.2	-7.6	-23.0
Ica	50.6	44.9	54.0	46.8	39.9	36.8	-27.4	-31.9
Junín	58.2	60.5	41.4	57.2	40.1	62.6	7.5	51.1
La Libertad	57.8	49.0	46.6	32.4	50.0	45.0	-22.2	-3.5
Lambayeque	55.4	30.8	32.2	44.8	38.3	41.0	-26.1	27.5
Lima 1/	51.0	43.0	41.5	27.5	34.9	39.4	-22.8	-5.1
Loreto	59.6	45.2	55.9	55.5	57.3	57.4	-3.6	2.7
Madre de Dios	64.2	53.4	58.3	59.2	59.4	61.3	-4.5	5.2
Moquegua	56.2	58.3	42.4	45.4	37.9	(28,4)		
Pasco	65.5	66.6	55.5	53.2	55.4	59.0	-10.0	6.3
Piura	49.3	46.4	36.8	36.6	41.2	43.9	-10.9	19.4
Puno	78.5	72.7	78.1	71.1	73.7	79.1	0.7	1.3
San Martín	54.1	32.3	44.8	33.5	38.8	31.7	-41.5	-29.2
Tacna	51.6	48.6	52.6	48.5	(35.8)	50.3	-2.6	-4.4
Tumbes	58.2	50.8	54.3	40.5	50.3	54.8	-5.8	1.0
Ucayali	49.9	64.1	65.3	49.5	54.8	53.6	7.5	-17.8

Fuente: ENDES 2007 – 2013
Elaboración: MCLCP

Esta situación expresa lo poco regular y sostenible que ha sido la suplementación con hierro a los menores de tres años, principal intervención desarrollada para enfrentar la anemia infantil, la que tiene un efecto relativamente rápido en su reducción.

A fines del 2013 los resultados en la evolución de la anemia desde el año 2007, más allá de sus subidas y bajadas en los diferentes departamentos, es la siguiente:

- 1) **Con alta reducción:** San Martín (-41.5%). Bastante más lejos que los demás.
- 2) **Con reducción intermedia** (más alta que el promedio nacional de -18%): Ica (-27.4%), Ancash (-26.3%), Lambayeque (-26.1%), Apurímac (-24.6%), Cuzco (-23.4%), Lima (-22.8%), La Libertad (-22.2%), Arequipa (-22.1) y Huancavelica (-18.8%).
- 3) **Con baja reducción:** Ayacucho (-16.0%), Piura (-10.9%), Pasco (-10.0%), Huánuco (-7.6%), Cajamarca (-6.7%), Tumbes (-5.8%), Madre de Dios (-4.5%), Loreto (-3.6%), Amazonas (-2.5%) y Tacna (-2.6%).
- 4) **Con incremento de anemia infantil:** Junín (+7.5%), Ucayali (+7.5%) y Puno (+0.7%).

En el año 2013, Puno (79.1%), Junín (62.6%) y Madre de Dios (61.3%), se ubican como los departamentos con más alta prevalencia de anemia infantil. Moquegua (28.4%) y San Martín (31.7%) como los de más baja prevalencia.

2.2.3. Solo Moquegua logró cumplir la meta de los Acuerdos de Gobernabilidad en reducción de la anemia infantil.

Moquegua es el único departamento que logró cumplir su meta de reducción de la anemia infantil a menos del 30%.

No obstante podemos destacar los departamentos que tuvieron altas reducciones en el período 2010-2013: Ica (-32%), Ancash (-31%), San Martín (-29%), Huancavelica (-24%), Huánuco (-23%) y Apurímac (-22%).

3. Conclusiones:

- 3.1. Desde el año 2008 se empezaron a articular esfuerzos e intervenciones efectivas, sostenidas por incrementos presupuestales regulares, para disminuir la desnutrición crónica y la anemia infantil. Luego de una disminución progresiva de ambas, a partir del año 2012, se empieza a configurar una desaceleración en la reducción de la desnutrición crónica y un incremento en los de anemia infantil que es necesario explicar.
- 3.2. La cobertura nacional de varias de las intervenciones identificadas como efectivas ha venido creciendo regularmente, no obstante, dos intervenciones de mucha importancia para la reducción de la desnutrición crónica (el servicio de CRED y vacunas contra el rotavirus) luego de un alto crecimiento en el período, muestran una reducción en el año 2013. En el caso de la suplementación con hierro entre los 6 y 36 meses, luego de un lento incremento en el período, desde coberturas muy bajas, logra un

fuerte incremento en el año 1013 y en el caso de la promoción de prácticas saludables, no se cuenta con información sobre su evolución.

- 3.3. Es necesario mencionar que considerando la naturaleza multicausal de la desnutrición crónica infantil existen también otros determinantes sociales e intervenciones efectivas a impulsar como el saneamiento básico, o el acceso a alimentos adecuados y de calidad que requieren ser abordados, analizados y medidos en su evolución.
- 3.4. A pesar de los esfuerzos hechos por priorizar la atención a la población rural y en mayor pobreza, a través de las intervenciones efectivas y el estímulo del Programa JUNTOS, la brecha urbano-rural, en base a promedios nacionales de desnutrición crónica, no ha disminuido y entre el quintil de menor bienestar y el de mayor bienestar se ha incrementado.
- 3.5. Por otro lado, si nos acercamos a la evolución de la desnutrición crónica infantil y la anemia en las diferentes regiones, se perciben diversidad de situaciones y algunas tendencias específicas:

A) En cuanto a la desnutrición crónica infantil:

- i. Sólo 8 regiones han logrado una reducción permanente durante todo el período y coincide con las que han tenido los más altos niveles de reducción, expresando probablemente políticas más sostenidas al respecto. Los otros dos tercios tienen evoluciones con subidas y bajadas, lo que puede estar reflejando poca sostenibilidad en las intervenciones públicas.
- ii. En los dos últimos años se presentan síntomas de un estancamiento o incremento de la D.C. en la mitad de las regiones, coincidiendo con la tendencia nacional, pero no en la otra mitad, destacando varias con altas reducciones en estos dos últimos años. ¿Qué factores marcaron esas diferencias?
- iii. Entre las regiones que cumplieron ya sus metas del Acuerdo de Gobernabilidad, el 50% son las de reducción continua y el 40% son de costa y con bajos niveles de desnutrición crónica.

B) En cuanto a la reducción de la anemia infantil:

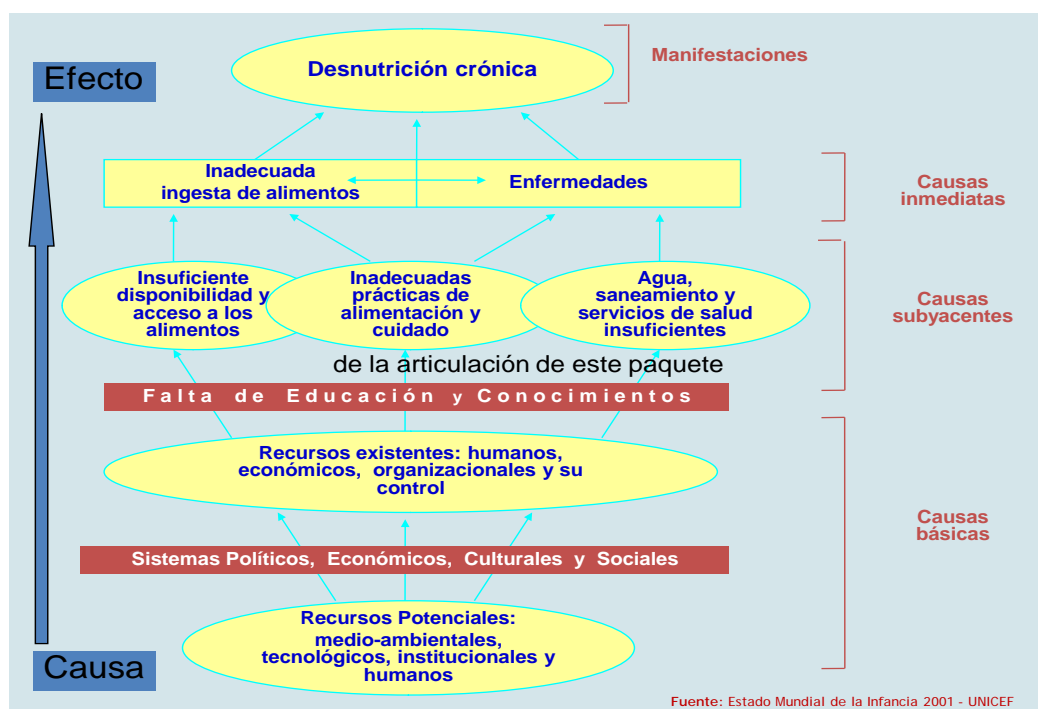
- i. El rasgo distintivo en las trayectorias regionales es la inestabilidad: subidas y bajadas más o menos continuas, expresando falta de sostenibilidad en las políticas emprendidas.
- ii. Se expresa una tendencia a la subida de la anemia en los dos últimos años y ninguna región, salvo Moquegua, habría logrado cumplir las metas de reducción que se propusieron lograr en los Acuerdos de Gobernabilidad.

II. PRINCIPALES FACTORES EXPLICATIVOS DE LAS TENDENCIAS IDENTIFICADAS.

Para poder revertir la tendencia a un relativo estancamiento en la reducción de la desnutrición crónica infantil que se vislumbra en el nivel nacional, así como al incremento de la anemia infantil, es necesario identificar los factores que están incidiendo en estas tendencias. Desde este análisis también nos proponemos contribuir a que cada espacio regional pueda identificar factores de mayor incidencia en su territorio, configurando sus propias tendencias que, como hemos visto, son bastante variadas.

Esta identificación la haremos contrastando y analizando la relación de los principales componentes de los modelos causales de la desnutrición crónica y la anemia y las principales intervenciones efectivas comprobadas, con las tendencias que ha seguido la reducción de ambas.

El modelo elaborado por UNICEF destaca los siguientes factores causales:



A su vez, la Revista LANCET⁷ ha publicado el resultado de diversos estudios en relación a los pesos relativos en la reducción de la desnutrición crónica infantil, de determinados rubros y paquetes de intervenciones consideradas como efectivas.

CUADRO N° 9

Impacto de las Intervenciones para reducir desnutrición crónica en < 3 años.

Intervenciones efectivas	Reducción relativa de desnutrición crónica a los		
	12 meses	24 meses	36 meses
Intervenciones nutricionales generales	21.7%	17.8%	15.5%
Intervenciones con micronutrientes	10.3%	15.9%	17.4%
Intervenciones de control de enfermedades	3.7%	2.9%	2.7%
Efectividad			
99% cobertura de todas las intervenciones	33.1%	35.8%	35.5%
90% cobertura de todas las intervenciones	31.1%	32.4%	32.1%
70% cobertura de todas las intervenciones	22.7%	24.1%	23.6%

Fuente: Adaptado de Lancet 2008 por Luis Huicho (consultor de OPS)

Esta información nos da referencias para identificar factores y tener en cuenta pesos diferenciados en el tipo de intervenciones.

⁷ Revista académica especializada en temas de nutrición a nivel mundial.

Analizaremos, en primer lugar, los factores que pueden haber contribuido con mayor fuerza a una reducción y luego los que pueden haber obstaculizado estas reducciones. En cada caso distinguiremos factores contextuales (los que pueden estar relacionados con las causas básicas presentadas en el modelo) y luego los factores correspondientes al contenido de las políticas públicas orientadas a atender la nutrición infantil.

1. Principales factores que contribuyeron a la reducción de la desnutrición crónica y la anemia infantil.

Como se señala vamos a destacar los que percibimos como los principales factores, de los cuales hemos ido recogiendo diversas evidencias a lo largo del seguimiento concertado en los últimos años. Asimismo recogemos los debates y análisis recientes, en este último año.

1.1. Factores contextuales.

Entre los factores contextuales favorables podemos destacar dos:

1.1.1. Desarrollo de un movimiento social y político a favor de la infancia y de la reducción de la desnutrición infantil.

Este movimiento social y político se fue gestando en un doble marco: por un lado, un movimiento mundial a favor de la atención a la infancia que cobra fuerza en la década del 90 y se expresa en Conferencias Mundiales, así como en el acuerdo de los ODM, y continúa comprometiendo con avances a los Estados signatarios entre los cuales se encuentra el Perú. Por otro, un proceso de movilización nacional por la democratización del país a inicios del presente siglo, que reivindica la descentralización política del Estado y la atención a la deuda social y los derechos ciudadanos incluyendo prioritariamente a la infancia, y que se extiende hasta la primera década. Este movimiento democratizador se encuentra y articula con procesos de modernización del Estado que buscan una mayor eficiencia y eficacia en las políticas públicas, confluencia que se expresa, entre otros, en la adopción del Presupuesto por Resultados, el que se inicia orientado a mejoras en la calidad de vida de la infancia, priorizando la reducción de la desnutrición crónica infantil.

Asimismo, en el marco de este movimiento por la infancia se generan diferentes iniciativas que priorizan la atención a la nutrición infantil desde el Estado (prioridades en los Planes Nacionales de Atención a la Infancia y Adolescencia (PNAIA), prioridad en la Estrategia Nacional CRECER y luego INCLUIR PARA CRECER, y más recientemente el Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica y la anemia infantil” del MINSA, entre otras) así como desde la sociedad civil, surgen colectivos especializados como la Iniciativa contra la Desnutrición Crónica Infantil (IDI) o el Colectivo “Anemia No”, se desarrollan campañas que levantan el tema de la nutrición infantil y espacios de concertación entre el Estado y la Sociedad civil, como la MCLCP y el AN promueven y priorizan este tema, así como los diferentes Acuerdos de Gobernabilidad alrededor de los procesos electorales en los años 2006, 2010 y actualmente en el año 2014. A la vez, instituciones de la cooperación internacional como UNICEF, PMA, Save the Children, han venido impulsando y apoyando permanentemente estos procesos.

Nos parece importante resaltar que todos estos movimientos, mantienen condiciones de impulso y sostenibilidad a las acciones que se vienen desarrollando para enfrentar la mejora de la nutrición infantil.

1.1.2. El crecimiento económico sostenido 2004-2013.

El crecimiento económico de manera sostenida, permitió acumular recursos estatales y abrió el espacio a la política económica para orientarse a mejorar las políticas sociales, anteriormente de carácter principalmente inercial, que sostenía la precariedad. Es, principalmente, a través del presupuesto por resultados que se incrementan sostenidamente los recursos para prioridades sociales establecidas, entre ellas, la reducción de la desnutrición infantil.

1.2. Políticas y estrategias de gestión orientadas a la nutrición infantil que contribuyeron

La prioridad de la reducción de la desnutrición infantil en la agenda pública, llevó a múltiples esfuerzos, así como al ensayo de diversas estrategias para lograrla, en el marco de una lógica de gestión por resultados. El Programa Articulado Nutricional (PAN) ha venido siendo el principal instrumento y, efectivamente, la desnutrición crónica ha venido reduciéndose a un ritmo mayor, como se ha señalado, salvo la desaceleración más reciente. A partir del seguimiento concertado realizado desde el año 2008 y de los datos analizados, identificamos cuatro factores relativos a las políticas implementadas, que consideramos contribuyeron de manera principal a estos avances: 1) Priorización de un conjunto de intervenciones efectivas implementadas con criterios de equidad. 2) La canalización creciente y sostenida de recursos presupuestales a estas intervenciones. 3) Modelos operativos y mecanismos de gestión más eficaces y 4) El establecimiento de metas públicas y uso de mecanismos de participación ciudadana.

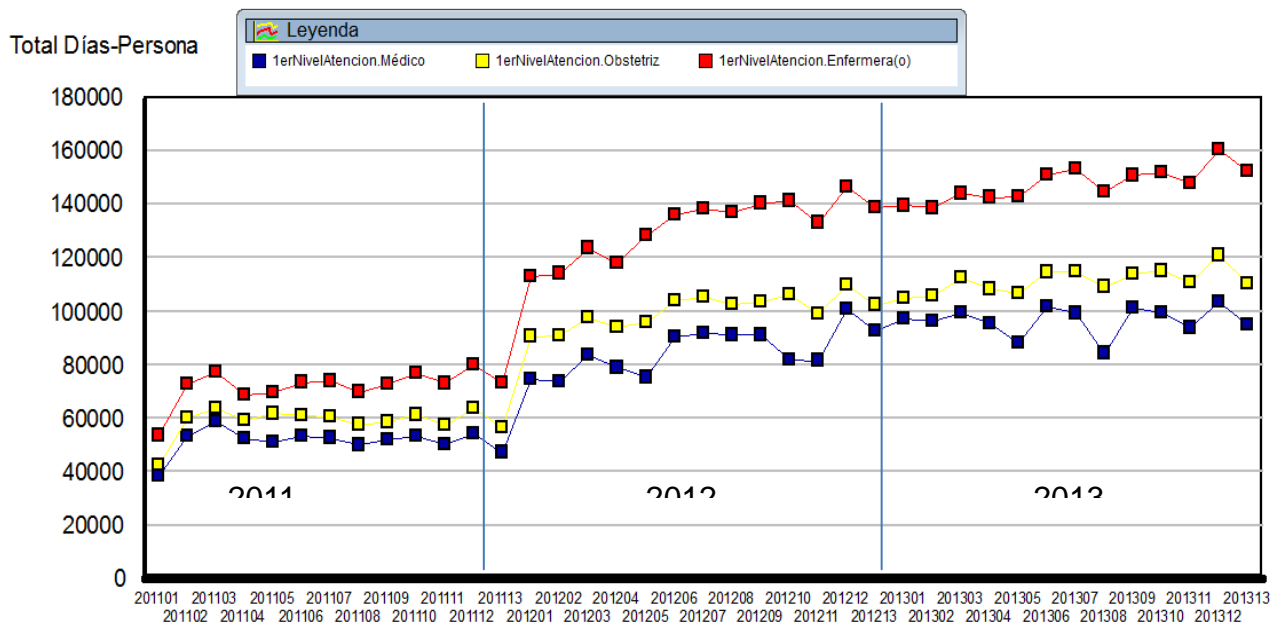
1.2.1. Priorización en la ejecución de intervenciones efectivas, implementadas con criterios de equidad.

Ha sido decisivo identificar y priorizar un conjunto de intervenciones efectivas (seguimiento al desarrollo del niño(a) (CRED), vacunas, suplementación con hierro y agua segura) superando la inercia de vincular la reducción de la desnutrición crónica principalmente con el reparto masivo de alimentos.

Las intervenciones efectivas en la política nacional:

En realidad, las prioridades que se efectivizaron con cierta articulación, desde la política nacional, fueron las tres primeras, con un crecimiento vertiginoso del CRED, en menor medida las vacunas (particularmente las de rotavirus y neumococo) y muy lentamente la suplementación de hierro (ver cuadro 5). En el caso de agua segura, con efectividad, no hubo mayor impulso y menos articulado. Estas prioridades, luego se han ido afinando y articulando con la salud materno-neonatal, incorporando la atención a la gestante en los tres primeros meses y el parto institucional. Si bien, la calidad de estos servicios no acompañó al mismo ritmo a la cobertura, si se han logrado algunas mejoras importantes en cuanto al incremento de personal necesario, equipos e infraestructura. El MEF informa que entre los años 2011 y 2013, el total de días enfermera se ha duplicado y el total de días médico y obstetras se ha incrementado en 50%, en el primer nivel de salud.

CUADRO N°10
Evolución de días profesionales en establecimientos de salud de primer nivel de atención nacional



Entre los años 2011 y 2013 el total de días enfermera se ha duplicado y el total de días médica y días obstetra se ha incrementado en 50%

Fuente: Reporte de atenciones del HIS MINSa

Elaboración: MEF

Otro elemento importante en esta priorización ha sido el orientar este paquete de servicios principalmente hacia la población y territorios en mayor pobreza, donde los índices de desnutrición crónica son bastante más elevados. Por estas razones se priorizó, desde el Gobierno nacional, el apoyo a Ayacucho, Huancavelica y Apurímac y luego una atención creciente a los departamentos de la selva. Asimismo, se fortaleció la demanda de estos servicios en los distritos en mayor pobreza a través del programa de transferencias condicionadas JUNTOS, aportando una leve mejora del acceso en el promedio de población menor de 5 años en estos distritos, salvo en el último año (2013) en que crece la D.C. en el ámbito rural, pero crece, en mayor proporción, en el ámbito de JUNTOS.

CUADRO N° 11
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica en el área rural y en el ámbito de JUNTOS

AMBITO	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2007-2012	2012-2013
Rural	45.7%	40.3%	38.8%	37.0%	31.9%	32.3%	-36.4%	+ 1.2%
JUNTOS	54.7%	47.9%	46.8%	42.5%	33.3%	34.2%	-39.1%	+2.7%

Fuente: ENDES 2007 - 2013

Elaboración: MCLCP

Las intervenciones efectivas en las políticas regionales:

Desde las políticas regionales en los departamentos, si bien ha habido una tendencia general a los incrementos, la priorización de estas intervenciones efectivas ha sido desigual. En este marco, podemos identificar que las regiones con niveles altos de desnutrición crónica que han logrado las reducciones más altas, tienden a ser, a la vez, las que han logrado las coberturas más altas en vacunas (rotavirus y neumococo) y el CRED.

CUADRO N° 12
Regiones con alta prevalencia de D.C., con mayor reducción en el período 2007-2013 y cobertura de intervenciones efectivas (Vacunas y CRED).

Departamento	% red. D.C. (OMS)	Cobertura vac. Rotav. yneumo.	N° de orden	Cobertura CRED	N° de Orden
1. Puno	- 48%	74.7%	(4°)	66.2%	(5°)
2. Cuzco	- 46%	73.3%	(5°)	58.8%	(10°)
3. Ancash	- 43%	76.1%	(3°)	67.8%	(3°)
4. Huánuco	- 41%	80.1%	(2°)	69.3%	(2°)
5. PERU	- 38.5%	70.3%		50.5%	

Fuente: ENDES 2007 – 2013

Elaboración: MCLCP

Por otro lado, las regiones, con aún alta prevalencia de desnutrición crónica que lograron las mayores reducciones en el período 2010-2013 (con las últimas administraciones regionales) también destacan por el logro de mayores coberturas en una o en las dos intervenciones priorizadas, salvo Ucayali. (En el cuadro no incluimos a Cuzco, que tiene la más alta reducción en este período (-33%) por que ya está en el cuadro anterior).

CUADRO N° 13
Regiones con prevalencia alta en D.C., con mayor reducción en el período 2010-2013 y cobertura de intervenciones efectivas (vacunas y CRED)

Departamento	% red. D.C. (OMS)	Cobertvac Rot. yneu.	N° de orden	Cobertura CRED	N° de Orden
1. San Martín	- 32%	65.3%	(12°)	60.3%	(7°)
2. Apurímac	- 29%	71.9%	(7°)	57.4%	(12°)
3. Ucayali	- 22%	58%	(17°)	34%	(21°)
4. Huancavelica	- 21%	82.8%	(1°)	75.8%	(1°)
5. Ayacucho	- 20%	66.7%	(11°)	62.0%	(6°)
6. PERU	- 10%	70.3%		50.5%	

Fuente: ENDES 2007 – 2013

Elaboración: MCLCP

Todas estas 9 regiones, salvo San Martín y Apurímac, han tenido una reducción permanente todos los años. Podemos identificar entonces, en las regiones con alta incidencia de la desnutrición crónica infantil, una asociación entre incremento en la cobertura de intervenciones priorizadas, la continuidad sostenida en la reducción de la desnutrición crónica y altos niveles de reducción en cada período. Los casos atípicos son Cajamarca, con alta cobertura en vacunas y CRED (2° y 3° lugar) y baja reducción de la D.C. (-24%) entre el 2007-2013 y el caso de Ucayali con alta reducción entre el 2010-2013 y bastante bajas coberturas en vacunas y CRED (17° y 21° lugares).

Esta asociación positiva entre el ritmo de la reducción de la D.C. y la cobertura de los servicios priorizados no se dan en las regiones con bajos niveles de prevalencia de la desnutrición crónica. Las que han tenido las más altas reducciones en el período: Moquegua (-57%), Lima (-55%), Tacna (-54%) e Ica (-41%), no han logrado altas coberturas en las intervenciones priorizadas señaladas. En ellas deben ser otros factores los que han actuado principalmente. Al ser todas del área costera es probable que el factor económico y elementos contextuales hayan tenido una incidencia más gravitante.

1.2.2. Canalización creciente y sostenida de recursos presupuestales.

Los avances señalados en la cobertura de estas intervenciones priorizadas no habrían sido posibles sino se incrementaba sostenidamente recursos presupuestales hacia ellas. El presupuesto asignado al Programa Articulado Nutricional (PAN) se incrementó constantemente pasando de 885 millones de soles en el año 2008 a 1,926 millones en el año 2013, representando un incremento del 118%. Asimismo, la asignación presupuestal a las actividades prioritarias, pasaron de un 13% del presupuesto del PAN en el año 2008 a un 47% en el año 2012⁸

En este proceso fue importante el creciente compromiso presupuestal que fueron adquiriendo diversas regiones con este programa, priorizándolo al interior de sus presupuestos regionales. Entre el 2011 y el 2013, la asignación per-cápita promedio de los pliegos regionales al PAN, paso de 191 soles por niño a 355 soles. Por otro lado, los gobiernos locales también han asignado recursos de sus propios pliegos para actividades que contribuyen con la reducción de la D.C. infantil.

1.2.3. Modelos operativos y mecanismos de gestión más eficaces.

En el marco del presupuesto por resultados se inició un proceso de implementación de nuevos instrumentos y mecanismos operativos de gestión que al regular con mayor precisión los procesos, redujeron la alta discrecionalidad desarticuladora, y al estar más claramente orientados al logro de resultados en los ciudadanos, le dieron mayor eficacia a la gestión. Elementos claves de estas mejoras fueron:

- Programación presupuestal basada en los EESS (puntos de atención) y sustentada en listas de beneficiarios (padrón nominado y autenticado) y estructura de costos.
- Desarrollo de instrumentos informáticos para la programación, el seguimiento y la evaluación (SIAF, SIGA, el Cubo, HIS) que permitieron elaborar y ordenar información antes inexistente relativa no solo a resultados sino también a cobertura de servicios priorizados y sobre insumos críticos.
- Desarrollo de una mayor articulación entre las instancias institucionales responsables de la ejecución de las intervenciones, particularmente al interior del sector salud, pero también intergubernamental.
- Desarrollo de estrategias más regulares de capacitación y el establecimiento de estímulos presupuestales vinculados no sólo al logro de resultados sino también a logros en la mejora de los procesos de gestión, como el caso de

⁸ Ver Reportes de Balance del PAN, 2010, 2011 y 2012. MCLCP.

EUROPAN o el Plan de Estímulos Municipales⁹ y más recientemente otros fondos como el FED y los estímulos en los Convenios de Gestión promovidos por el MINSA en el año 2014.

- El inicio de estrategias de monitoreo y evaluación que buscaron vincular insumos con mejoras en los servicios y con los resultados en la nutrición infantil.

En el impulso de estas estrategias e instrumentos de gestión tuvo un rol muy importante el trabajo del MEF y del MINSA y progresivamente el compromiso de diferentes conductores regionales, ya sea los presidentes, en diversos casos, o los conductores de las Diresas, redes y micro-redes de salud.

1.2.4. Establecimiento de metas públicas y mecanismos de participación ciudadana que fortalecieron la voluntad política.

En este período se empezaron a establecer metas cuantitativas, de compromiso público de los gobernantes, primero, en relación a la reducción de la desnutrición crónica y más recientemente, en cuanto a la reducción de la anemia infantil. El gobierno del Presidente García se comprometió con reducir la D.C. al 16% y luego el gobierno del Presidente Humala, se ha comprometido con reducir la D. al 10% y la anemia al 20%. Asimismo, en los Acuerdos de Gobernabilidad regionales en el año 2010, una mayoría de presidentes regionales se comprometió con metas de reducción de la D.C. y la anemia en sus regiones. La referencia a las metas ha sido un elemento movilizador de la voluntad política y de la gestión, principalmente a nivel nacional, pero también en diversas regiones.

Asimismo, un factor importante para priorizar el tema de la nutrición infantil, el establecimiento de metas y el seguimiento e impulso de mejoras en los procesos de gestión, ha sido la organización ciudadana alrededor de estos temas, así como el desarrollo de espacios y mecanismos de participación y concertación sobre los diseños de políticas y el seguimiento. Podemos destacar cuatro tipos de espacios y mecanismos de participación que han tenido incidencia:

- a. *Colectivos permanentes de sociedad civil:* la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil-IDI (fue la que promovió y logró el primer acuerdo de metas nacionales de reducción de la D.C. entre el Gobierno Nacional y todos los Presidentes Regionales en el año 2006 y continúa con una incidencia permanente), el Colectivo Nacional por la Infancia (vinculado a la organización de diversas campañas), el Colectivo “Inversión en la Infancia” (con uso intensivo de medios de comunicación virtual para promover el debate y el seguimiento), el grupo “Anemia No” (con un significativo rol en el tema), La “Asociación civil por la Inmunización contra las Enfermedades Trasmisibles”, además de colectivos y redes en las regiones, los que han priorizado el tema de la nutrición infantil.
- b. *Campañas desde la sociedad civil:* “Las niñas y los niños primero en el presupuesto público” (ANC 2005-2006), “Lo que toda mamá debe saber sobre nutrición infantil” (IDI, Alicorp y RPP 2008-2010), “Vota por la Infancia” (Colectivo Nacional por la Infancia 2010), “Buen Trato a la Infancia” (Colectivo Nacional por la Infancia 2013-2014). Todas ellas priorizaron los temas de nutrición.
- c. *Espacios permanentes de concertación entre Estado y sociedad civil:* La Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza ha priorizado en la agenda

⁹El Plan de Incentivos Municipales incluye incentivos específicos para que los gobiernos locales contribuyeran con actividades del PAN.

de la concertación el tema de la infancia y la mejora de la nutrición infantil y tiene grupos especializados de seguimiento concertado al PAN y a la nutrición infantil, en el nivel nacional y en varias regiones. Asimismo, el Acuerdo Nacional, priorizó el tema de la infancia en las políticas de Estado y concretó acuerdos de política sobre infancia priorizando la nutrición.

- d. *Los Acuerdos de Gobernabilidad Regionales y luego Nacional* expresando la movilización de la sociedad civil alrededor de prioridades de agenda y el diálogo y concertación con los movimientos políticos y candidatos que aspiran a gobernar en la región y el nivel nacional. Los compromisos por priorizar la nutrición infantil y en los casos en que se acordaron metas, han sido un referente importante en varios gobiernos regionales, para organizar políticas y planes en su gestión y, en diversos casos rendir cuentas sobre lo avanzado como en Piura y San Martín.

En todos estos espacios se han establecido nexos y acciones conjuntas con las respectivas instancias gubernamentales alrededor del tema de la nutrición infantil.

2. Factores limitantes para la reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia en menores de 6 a 36 meses.

Como se ha señalado, del año 2007 al año 2011 la D.C. infantil vino reduciéndose a un ritmo mayor que en la etapa anterior, no obstante desde el año 2012 se empieza a configurar una disminución en el ritmo de reducción, así como su incremento en algunas regiones. Esta situación nos exige visibilizar los factores que están obstaculizando esta reducción, particularmente en la actual coyuntura.

2.1. Factores contextuales.

Para analizar la implementación y logros de las políticas públicas es importante tener en cuenta el contexto institucional en el país, el cual ofrece oportunidades o pone límites o, en todo caso, hace más lentas las posibilidades de cambio y respuesta a problemas como el de la D.C. infantil, si no se da una acción paralela para transformaciones más estructurales. Nos parece importante recordar estos factores del contexto en que nos movemos, particularmente cuando nos planteamos metas sociales o cuando encontramos baches e inestabilidad en políticas que consideramos asertivas.

2.1.1. Limitada capacidad del Estado en cuanto a presencia en el territorio, recursos y gestión.

El tema de la atención a zonas dispersas, nativas y rurales no ha sido resuelto por el Estado y eso no se puede enfrentar sólo con medidas particulares respecto a cada servicio público sino con estrategias específicas de presencia integral. Asimismo, los recursos que capta el estado actualmente (presión tributaria de 16%) son altamente insuficientes para responder a la universalización y calidad de los servicios públicos sociales a la población (infraestructura, personal adecuado, equipamiento, sistemas de información, seguimiento y evaluación, etc.) y eso es improbable que sea posible si no se logra una presión tributaria cercana a la de los países más desarrollados de la región¹⁰. Finalmente, nuestro Estado arrastra problemas serios de organización y gestión, expresado en muchos casos en inercias desarticuladoras e incapacidades de la burocracia, y en otros, en

¹⁰ Como el caso de Brasil, cuya presión tributaria llega al 30% del PBI.

clientelismo y corrupción, pero también en las dificultades presentadas para su descentralización política, las débiles condiciones para el desarrollo de capacidades institucionales en los gobiernos regionales y locales y la mantención centralizada de la gestión pública. Eso puede ir cambiando, pero los tiempos para hacerlo son otros y con mayores elementos de imprevisibilidad. No obstante es necesario tenerlos en cuenta, particularmente cuando nos vamos encontrando con núcleos de la población más duros para el logro de resultados.

2.1.2. Perspectiva actual de disminución del crecimiento económico y aún débiles mecanismos de redistribución.

Sabemos que la D.C. infantil está íntimamente ligada a condiciones de pobreza no solo monetaria sino también a condiciones más estructurales de exclusión. Así mismo, las nuevas políticas y medidas para enfrentar la DC y anemia infantil se diseñaron e implementaron en un período de crecimiento económico que contribuyó a mejorar posibilidades económicas de muchos hogares y que, de manera indirecta, contribuyó a la disminución de la desnutrición infantil.

Actualmente, estamos entrando a un período de nuevas condiciones mundiales y de disminución del crecimiento en el país, no obstante, la creación de dinamismos internos de crecimiento (industrialización, redistribución de ingresos, ampliación del mercado interno) aún son débiles, llegando insuficientemente o no llegando a esos bolsones más excluidos de la población donde la D.C. es más fuerte. Asimismo, no es claro cuánto de las mejoras económicas de los hogares que se beneficiaron son sostenibles. Esta nueva situación es una condición menos favorables para la disminución de la D.C. y anemia infantil.

2.2. Limitaciones en la política pública orientada a la reducción de la desnutrición infantil y anemia en menores de 6 a 36 meses.

Al identificar estas limitaciones, nos interesa ver tanto los aspectos débiles en la misma política implementada como cambios operados que pueden estar influyendo en la actual desaceleración en la reducción de la D.C. y anemia infantil. Entre varios, priorizamos cuatro factores que tienen que ver principalmente con problemas de implementación de la política pero también con problemas de orientación y diseño: 1) No se ha llegado a articular un paquete básico de intervenciones efectivas y con calidad en función de cada niño, 2) Dificultades para la respuesta a las especificidades del territorio en las localidades. 3) Insuficiente operación de los sistemas de control, seguimiento y evaluación, 4) Tensión entre la atención a procesos de reformas institucionales y la atención a las intervenciones priorizadas.

2.2.1. No se ha logrado articular un paquete básico de intervenciones efectivas y con calidad, en función de cada niño.

La articulación de un conjunto de intervenciones efectivas hacia cada niño era la orientación central de la política, no obstante, no se ha podido implementar como tal. Está aún a menos de la mitad del camino, a pesar de los esfuerzos.

Las intervenciones efectivas que han logrado priorizarse, se han continuado implementando de manera básicamente sectorial, concentrándose fundamentalmente en el sector salud. Incluso, dentro del sector salud, se han implementando centrándose en la ampliación de coberturas por intervención y menos en el punto de partida de la articulación que es el propio niño. Es así que

se han logrado coberturas nacionales bastante desiguales por intervención priorizada. Vacunas rotavirus y neumococo (70.3%), CRED (50.5%), suplementación con hierro a menores de 3 años (23.6%) y lo mismo sucede al interior de cada territorio de las administraciones regionales y debe suceder en el caso de las localidades donde la información es escasa. Actualmente, el MIDIS está construyendo para las regiones donde se interviene con el FED un índice para los quintiles 1 y 2 de bienestar a fin de medir la cobertura de niñas y niños menores de 12 meses que reciben vacuna contra el neumococo, rotavirus, CRED completo para su edad, suplemento de hierro, agua domiciliaria y que tengan CUI/DNI, y este paquete completo sólo llega actualmente al 13.3% ¹¹de las niñas y los niños. Es necesario seguir avanzando en esta ruta.

Frente a esta lógica, es necesario reconocer los esfuerzos del equipo de salud del MEF, los equipos del MINSA y diversas Diresas, en tomar como punto de partida para la programación y asignación presupuestal el padrón nominado de niños(as) y los requerimientos de cada establecimiento de salud, pero sigue primando una lógica sectorializada y atomizada por tipo de servicio.

A su vez, la articulación de intervenciones efectivas implicaba un abordaje intersectorial más audaz y persistente. Según el modelo causal que sirvió de diseño a la política y los niveles de efectividad analizados en la revista LANCET, los servicios de salud, son solo una parte de las intervenciones efectivas. Tienen un peso muy importante las buenas prácticas del cuidado y nutrición infantil que da la familia y estas prácticas tienen serios límites sino se tiene acceso a alimentos adecuados así como a agua segura, siendo estos dos últimos, factores de alta incidencia.

- En cuanto al aspecto promocional de buenas prácticas en el cuidado del niño, si bien ha sido atendido, no se ha desarrollado una política agresiva al respecto y no tenemos información y análisis construidos consistentemente para el seguimiento de resultados.
- En cuanto al acceso a alimentos adecuados, no conocemos aún la definición de un conjunto de intervenciones prioritarias (como se ha dado en el caso de salud) que deban articularse con las intervenciones de salud en la perspectiva de la seguridad alimentaria. Por otro lado, si bien la masiva distribución de alimentos para los menores de 3 años, a través del PRONAA ha sido justamente cuestionada en su efectividad, aún no hay un análisis, de los casos y situaciones específicas en que es necesaria la complementación alimentaria para ellos. Habría que evaluar si el retiro total de este tipo de apoyo en el año 2012, sin distinguir situaciones en que es necesario mantenerlo o sin un reemplazo eficaz de estrategias y mecanismos para el fortalecimiento de la alimentación de familias en pobreza extrema, no ha contribuido a la desaceleración de la reducción de la desnutrición crónica infantil.
- Finalmente, en cuanto al acceso a agua segura, ya hemos señalado la poca cobertura de acceso de los hogares a agua adecuadamente clorada (alrededor del 24%) reduciéndose mucho más en las zonas rurales, y la debilidad de la articulación de este servicio dentro del paquete. En este tema, además del sector vivienda, son los gobiernos locales los que tienen responsabilidades específicas.

Los vacíos y lentitud en esta articulación, si bien tienen que ver con el peso de la forma fragmentada en que se ha venido construyendo nuestro Estado, también

¹¹Valores obtenidos para la línea de base del Fondo de Estímulo al Desempeño a través de la ENDES 2012. MIDIS.

tienen que ver con un enfoque centralizado de la articulación. Se ha dado un peso importante a la articulación entre ministerios e instituciones estatales nacionales, pensando que de allí venía la dinámica de la articulación y mucho menor peso a la articulación en las localidades, donde están los niños y se da el punto de partida de la articulación. Cuando hablamos de pesos nos referimos a dinámicas intensivas de desarrollo de capacidades, manejo local de información y recursos, articulación alrededor de los planes de desarrollo local y regionales, fortalecimiento de la institucionalidad local, ensayos institucionales y aprendizaje de las experiencias locales. En el nivel local la articulación fluye más fácilmente y plantea demandas en esa orientación a los espacios regionales y al nacional. Iniciativas en esa dirección se han producido en Huancavelica con el establecimiento de gerencias provinciales intersectoriales y en Piura con el impulso de un sistema regional de atención integral a la Infancia (SIREPI).

La otra dimensión en la efectividad del paquete de intervenciones es el tema de la calidad. Se han incrementado coberturas pero la calidad no las ha acompañado al mismo ritmo.

2.2.2. Débil manejo de las especificidades del territorio en las localidades.

La forma en que llegan los servicios todavía no se adapta con suficiente eficacia a la diversidad de situaciones de los niños, las familias y los territorios. El manejo intercultural, de género y la ruralidad todavía tienen un largo camino por recorrer, de ensayos, aprendizajes, reformas institucionales y diversificación de normas y modelos. Si no se avanza audazmente en estas rutas, el servicio que llega debilita su efectividad o en el peor de los casos no la tiene. Asimismo, aun hay un desafío del Estado no resuelto respecto a la forma de llegar a las poblaciones dispersas donde los servicios simplemente no llegan.

Estos factores cobran mayor importancia conforme se va llegando a los núcleos de la población más duros en la reducción de la D.C. y anemia infantil, teniendo un rol explicativo importante en el rezago de la selva rural y otras poblaciones andinas.

Por otro lado, es necesario que cada localidad, a partir del paquete básico moldee sus prioridades y las formas de articulación. La parasitosis puede ser clave en la selva y probablemente no en Tacna, o la atención a los pisos de tierra en algunas zonas o a la cloración del agua en otras. Para ir logrando este tipo de manejo es indispensable la profundización del proceso de descentralización del Estado, basado en el desarrollo de capacidades institucionales locales y regionales. Es necesario potenciar estrategias para el desarrollo de capacidades y sobre todo priorizar la asignación de recursos para estos efectos.

2.2.3. Insuficiente operación de los sistemas de control, seguimiento y evaluación.

Si bien se ha avanzado en la valoración y diseño de sistemas de seguimiento y evaluación y la construcción de información muy valiosa, estos sistemas y los sistemas de control no llegan a operar con la suficiente eficacia o no operan. Se ha avanzado bastante más en la elaboración de planes y sistemas de programación y seguimiento presupuestal, pero el control y el seguimiento a la

efectivización de los servicios, cumplimiento de los protocolos, distribución de insumos, asignación del gasto¹², entre otros, son aún un punto crítico.

Hay aún debilidad en la articulación de los sistemas de información (el SIAF con el SIGA-PPR o entre los distintos sistemas de salud) y en los aspectos de seguridad alimentaria, agua segura y las políticas promocionales (educación y comunicación) no hay aún sistemas específicos para seguir intervenciones priorizadas en esos aspectos, en relación con la nutrición infantil, y menos aún, su articulación con las ya existentes. Por otro lado, todavía no tenemos un levantamiento regular de información a nivel provincial y distrital que permita seguir intervenciones y resultados en esos ámbitos.

Asimismo, los recursos (RRHH, insumos y montos presupuestales) que se destinan para estas labores claves en la gestión, siguen siendo mínimos, poniendo límites a las posibilidades de mejora y cumplimiento regular. En la atención y articulación efectiva de la información tienen alta responsabilidad tanto el nivel nacional, como el regional y el local, requiriéndose para ello, fortalecer la articulación intergubernamental.

2.2.4. Tensiones entre la atención a procesos de reformas institucionales y la atención a las intervenciones priorizadas.

La política de atención a la reducción de la D.C. y anemia infantil, partiendo del niño (ciudadano), articulando un conjunto de intervenciones efectivas priorizadas y construyendo un sistema de programación, asignación presupuestal, ejecución y seguimiento orientado a los resultados, se inicia en el año 2007 y fue concretándose en un difícil proceso de reacomodos institucionales, precisiones normativas, construcción de información, desarrollo de capacidades y convencimiento técnico y político de los actores comprometidos. En medio de esta ruta, se empiezan a establecer cambios en las reglas de juego que, más allá de la bondad o no de sus fundamentos técnicos y objetivos políticos específicos, evaluamos que frenaron la fluidez de este proceso.

A inicios del año 2011 el MEF cambia la metodología del presupuesto por resultados (PPR), simplificándola, con lo que pudo extenderla más rápidamente hacia el conjunto del presupuesto público, pero a la vez, sectorializó cada programa, perdiendo el Programa Articulado Nutricional (PAN) su potencialidad de articulación intersectorial. Esto significó cambiar mensajes y procedimientos y, en el caso del PAN, lo llevó a centrarse en una articulación al interior del sector salud.

Asimismo, hacia fines del año 2011, el nuevo gobierno impulsó la creación de una nueva institucionalidad para la articulación y la atención a la población más excluida: La creación del MIDIS y la propuesta del SINADIS. Muchos recursos públicos se concentraron en crear la nueva institucionalidad y ensayar sus formas de funcionamiento, lo que creó interrogantes en las localidades y regiones, pero también, en el nivel nacional sobre las formas y canales de funcionamiento

Finalmente, en el año 2012 se empieza a impulsar una reforma del sector Salud, la que generó un amplio debate entre distintos sectores involucrados en el sector y luego, a fines del año 2013 se aprueban un conjunto de Decretos Leyes que

¹² Se ha constatado que una cantidad importante del presupuesto asignado al Programa Articulado Nutricional, se gasta en actividades que no tienen vinculación con los productos del programa (particularmente en los gobiernos locales).

apuntan a la reorganización del sector. Este proceso también insuena una serie de esfuerzos y atenciones superponiéndose a la atención a las intervenciones prioritizadas. Además, es ampliamente conocido que cuando se hacen reformas institucionales, regularmente, un costo inmediato es la bajada de los resultados inmediatos. Por ejemplo, un efecto de los cambios en marcha que se señala es que la asignación presupuestal a servicios como el CRED y vacunas ahora pasa por el SIS (antes se asignaba directamente al PIA del Gobierno Regional), pero el dinero del SIS demora más en llegar y no se cubre a buen ritmo la cobertura. Este es un punto a analizar más detenidamente.

La misma variable puede haber incidido en algunas regiones. Conocemos el caso de Huancavelica, en el que se implementó una reorganización en la forma de estructurar las direcciones del Gobierno Regional y su presencia en las localidades por medio de unidades ejecutoras multisectoriales en cada provincia. En un inicio 2010 – 11 se mantuvieron casi estables sus indicadores de desnutrición crónica y es a partir del año 2012 que empieza a lograr una reducción más acelerada.

3. Conclusiones.

- 3.1.** La priorización de intervenciones efectivas y el soporte a su gestión en un enfoque de gestión por resultados fue decisiva para un primer impulso a la reducción de la D.C. infantil, no obstante, la falta de articulación de ellas tomando como elemento de articulación al niño (ciudadano), la menor atención a la calidad y la debilidad en el seguimiento y control de su implementación en la ruta final llegando al EESS, le restó fuerza, pudiendo probablemente haber tenido reducciones más rápidas.
- 3.2.** La meseta actual en la reducción de la D.C. infantil y algunas tendencias a su incremento estarían obedeciendo a diversos factores que se combinan en la coyuntura actual: 1) la débil articulación del conjunto de intervenciones necesarias, más exigentes, cuanto más condiciones de exclusión se enfrentan, 2) El irse acercando a un núcleo más duro de la población por sus características de exclusión y especificidades culturales para lo cual no se han diseñado estrategias y modalidades suficientemente diversificadas en la entrega de los servicios, 3) El establecimiento de cambios y reformas institucionales a partir del 2011, en el presupuesto por resultados, la creación de la nueva institucionalidad del MIDIS y la reforma de salud, que puso la atención de las autoridades en los procesos de diseño y reforma, en desmedro de la implementación y seguimiento de la efectividad inmediata de las intervenciones y servicios prioritizados. 4) A esto hay que añadir, como factor de contexto, la disminución del crecimiento económico y sus efectos en la economía de los hogares, así como en sus expectativas y comportamientos.
- 3.3.** No obstante, también es necesario explicar la mayor velocidad en la reducción de la desnutrición crónica en varias regiones, lo cual parece estar debiendo a diversos factores propios del territorio y las políticas regionales y locales como son los casos de Huancavelica, Cuzco, San Martín y Loreto. Lo cual nos lleva a la exigencia de atender y apoyar nacionalmente el desarrollo de estrategias regionales y locales al respecto.

III. RECOMENDACIONES A LA POLÍTICA PÚBLICA ACTUAL Y PARA LOS ACUERDOS DE GOVERNABILIDAD REGIONALES 2014-2018.

A) RECOMENDACIONES AL GOBIERNO NACIONAL Y A LOS GOBIERNOS REGIONALES.

1. Fortalecer e Implementar medidas estratégicas para lograr la entrega completa, a cada niño, del paquete de intervenciones efectivas orientadas a prevenir la reducción de la desnutrición crónica infantil.

1.1. **Continuar la ruta emprendida por la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS), incorporando en el paquete básico de atención a la primera infancia la seguridad alimentaria.** Proponemos incluir las siguientes precisiones en relación a las acciones orientadas a la nutrición infantil:

- Precisar y priorizar acciones-tipo para la promoción de buenas prácticas en nutrición infantil, de carácter extramural en el sector salud así como desde otros sectores comprometidos.
- Precisar y priorizar acciones-tipo de desarrollo de la diversificación productiva en los predios rurales con efectos de seguridad alimentaria en el hogar.
- Precisar y priorizar acciones-tipo para garantizar agua segura en los predios rurales y urbano-marginales.
- Articular la programación y ajuste de estrategias del Programa JUNTOS a la implementación de la ENDIS.

1.2. **Fortalecer las políticas de incentivos** a la implementación articulada de las intervenciones priorizadas, reconociendo la importancia del Fondo de Estímulo al desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) y la consolidación de su aplicación, para estos efectos, así como el pago por desempeño al personal de salud ligado a resultados en el ciudadano, a través de los convenios de gestión con los gobiernos regionales.

1.3. **Reforzar las campañas de comunicación masiva** apoyando la sostenibilidad de estas intervenciones.

2. Diversificar los modelos y estrategias de intervención de acuerdo a criterios de equidad y especificidad territoriales.

2.1. Diseñar estrategias específicas:

- Para las zonas rurales
- Para las zonas urbano marginales.
- Para las zonas con poblaciones altamente dispersas.
- Para las comunidades nativas.

- 2.2. Contemplar la flexibilidad en la composición de los paquetes de servicios necesarios, según las especificidades de cada territorio en cuanto a condicionalidades de la nutrición y la salud.
 - 2.3. Orientar recursos y estrategias de acción a la elaboración de estos modelos y estrategias diferenciadas basándose en el Impulso de una red de inter-aprendizaje de diferentes experiencias locales y regionales.
 - 2.4. Precisar los roles y funciones de cada nivel gubernamental en la implementación de estas estrategias diferenciadas, fortaleciendo la capacidad de representación, iniciativa y movilización de los gobiernos locales.
 - 2.5. Fortalecer la articulación intergubernamental para la implementación del paquete de intervenciones efectivas, incluyendo este tema en la agenda de la Junta Nacional de Coordinación Intergubernamental y en las Comisiones intergubernamentales de los sectores salud, educación, vivienda y agricultura,
- 3. Proteger y asegurar la asignación presupuestal creciente a las acciones prioritizadas para la reducción de la D.C. infantil y anemia en menores de 6 a 36 meses, mejorando la programación y calidad del gasto, hasta lograr el cierre de brechas en estos aspectos.**

Proponemos las siguientes medidas:

- 3.1. Frente a la disminución del crecimiento económico, **proteger la asignación de recursos presupuestales** a las intervenciones prioritarias para la reducción de la DC infantil y anemia en menores de 6 a 36 meses: CRED completo a los menores de 3 años, Vacunas completas a los menores de 3 años, suplementación con hierro a la madre gestante y los menores de 3 años, Control de la gestante desde los primeros 3 meses de gestación, parto institucional, acceso a agua segura (con nivel suficiente de cloración), seguridad alimentaria en los predios rurales y urbano marginales en situación de pobreza. Esta protección implica la asignación creciente de recursos para estas actividades hasta cubrir las brechas existentes.
- 3.2. Establecer **costo por niño** en la implementación del paquete integral y establecer su diversificación en los diferentes territorios (llegar con el paquete en Amazonas, cuesta bastante más que hacerlo en Lima).
- 3.3. Establecer el cálculo global de la **brecha presupuestal** para la cobertura universal del paquete a todos los niños menores de 3 años, tanto a nivel nacional, como departamental.
- 3.4. Implementar la **programación presupuestal multianual** para el tratamiento de la nutrición infantil y establecer estímulos a la buena programación.
- 3.5. Establecer formas de **sanción al desvío de fondos** asignados a las acciones prioritarias para enfrentar la DC infantil y anemia en menores de 6 a 36 meses, que no impliquen poner en riesgo la propia ejecución de las prioridades.

4. **Atender, de manera prioritaria, tres puntos críticos en la implementación del paquete básico de intervenciones efectivas: la calidad del CRED como intervención articuladora, el adecuado manejo de los RRHH y el fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación.**

4.1. ***Poner especial atención a los aspectos de calidad en la implementación del CRED, garantizando cumpla con su función preventiva y promocional***, por lo tanto, impulsora de otras atenciones como la vacunación, la suplementación con hierro u otras requeridas para el desarrollo del niño. Para ello es necesario poner atención al tiempo de duración de las citas, al chequeo del cumplimiento de los protocolos, la calidez y atención intercultural y el funcionamiento de las referencias a las otras atenciones, especializadas o no, que requiera el niño (a).

4.2. ***Mejoras en las políticas de RRHH***, para la atención del conjunto del paquete, poniendo el acento en la adecuada preparación y capacitación regular del personal para las tareas que les corresponde cumplir. Asimismo, estableciendo medidas e incentivos para garantizar una permanencia básica del personal en sus puestos, particularmente en los cargos de confianza (directores o gerencias regionales).

4.3. ***Fortalecer los sistemas de control, seguimiento y evaluación***. Hay avances muy significativos en la producción de información, pero un bastante menor uso de ella para el efectivo control y seguimiento, que incida en las decisiones cotidianas en los procesos de implementación. Para el paquete priorizado de atención al niño, proponemos a) Mejorar los sistemas administrativos de información, orientándose a la unificación de instrumentos y la articulación de procesos. b) Impulsar una mayor correlación entre los sistemas de seguimiento estatal y un mayor desarrollo del seguimiento concertado descentralizado que impulsa la red de mesas de concertación a nivel nacional, como una estrategia de monitoreo participativo que viene rindiendo frutos.

B) RECOMENDACIONES A LA FORMULACIÓN DE LOS ACUERDOS DE GOBERNABILIDAD REGIONALES Y LOCALES.

El diálogo y la construcción de propuestas de política pública entre organizaciones de la sociedad civil y los movimientos y partidos políticos, es una buena oportunidad para profundizar en el conocimiento social de la desnutrición crónica y anemia infantil como barreras al desarrollo de los niños y como objetivo prioritario de las políticas, planes y responsabilidades de los gobernantes regionales y locales.

Sobre la base de la evaluación hecha y las recomendaciones generales anteriores, hacemos las siguientes recomendaciones a los procesos de formulación de los acuerdos de gobernabilidad regionales y locales.

1. **Profundizar en el análisis de la situación de la desnutrición crónica y anemia en la región**, conociendo su evolución y características en las diferentes

localidades, así como también identificando los factores que están ayudando a que disminuya y los factores que están obstaculizando esta disminución.

2. Sobre esta base proponemos **concertar compromisos políticos al 2018**, sobre los siguientes temas relativos a la nutrición infantil:
 - a. ***Metas de reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia en menores de 6 a 36 meses.***
 - b. ***Metas en relación a la cobertura de las principales intervenciones priorizadas para lograrlo*** (CRED, vacunas contra el rotavirus y neumococo, suplementación de hierro a la madre gestante y al menor de 6 a 36 meses, acceso de los hogares a agua segura (con el nivel de cloro necesario) y seguridad alimentaria en los hogares en situación de pobreza.
 - c. ***Metas en relación a procesos de gestión.***
 - 1) ***Desarrollar una información completa de la situación de la DC y anemia en la región***, en coordinación con el nivel nacional y los gobiernos locales, identificando brechas, así como los niveles de cobertura de los servicios priorizados.
 - 2) ***Desarrollar un análisis de costos*** de la implementación de las acciones prioritarias en la región definiendo el costo por niño y el total en la región.
 - 3) ***Priorizar en el presupuesto regional la atención a la DC y anemia Infantil.***
 - 4) ***Designar responsabilidades precisas para la gestión articulada del paquete de intervenciones efectivas***, tanto en la Gerencia de Desarrollo Social como en la Gerencia General, estableciéndose un seguimiento regular a este proceso.
3. **Establecer el compromiso de seguimiento y rendición de cuentas**, en relación a las metas acordadas, con el colectivo impulsor del acuerdo de gobernabilidad.
 - a. Mejorar los sistemas administrativos de información, garantizando su circulación oportuna para el monitoreo regular de las intervenciones en la región.
 - b. Garantizar la transparencia de esta información a través de la página web del Gobierno Regional.
 - c. Articular el seguimiento gubernamental con el seguimiento concertado que promueve la MCLCP regional.
 - d. Rendir cuentas anualmente al colectivo impulsor del Acuerdo de Gobernabilidad.
4. En el caso de **los Gobiernos Locales**:
 - a. Metas de reducción de la DC y anemia infantil.
 - b. Completar el padrón nominado de los menores de 3 años.
 - c. Metas en el tema de promoción de la salud: familias, municipios y escuelas saludables y particularmente, la instalación de Casas Materno Infantiles.

- d. Metas específicas en cuanto a acceso a agua segura: (sistemas de acceso, en sistemas de cloración del agua y otros).
- e. Metas específicas en cuanto a la seguridad alimentaria de los hogares en situación de pobreza.

C) COMPROMISO DE LAMAY

Las organizaciones del Estado y sociedad civil que integran El Comité Ejecutivo Nacional acuerdan hacer suyas las metas y acciones del Compromiso para promover el Desarrollo Infantil Temprano, suscrito en Lamay¹³.

Metas:

1. Reducir, al año 2016, a 10.0% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niñas y niños de 0-5 años de edad.
2. Reducir, al año 2016, a 20.0% la proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que padecen de anemia en el país.
3. Incrementar, al año 2016, a 85.0% la asistencia de niñas y niños de entre 3 a 5 años de edad a educación básica regular.
4. Incrementar, al año 2016, a 85.0% la proporción de hogares que cuentan con acceso a agua segura y con servicios de saneamiento, respectivamente.

Acciones:

- Asegurar que todas las niñas y niños reciban del Estado intervenciones efectivas que contribuyan con el Desarrollo Infantil Temprano, independientemente de su lugar de residencia, etnicidad, educación de la madre, nivel socioeconómico o cualquier otra circunstancia de exclusión.
- Preservar multianualmente el presupuesto destinado al desarrollo infantil temprano.
- Articular las intervenciones asociadas al desarrollo infantil temprano entre los sectores, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.
- Realizar un seguimiento continuo y evaluaciones de los avances en materia de desarrollo infantil temprano para el logro de las metas trazadas.

¹³ El Compromiso intersectorial e intergubernamental para promover el Desarrollo Infantil Temprano fue suscrito en Lamay, el 29 de octubre del año 2013 por los Ministros de Educación, Salud, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Desarrollo e Inclusión Social, Vivienda, Construcción y Saneamiento; y los Presidentes de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, Asociación de Municipalidades del Perú, Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú.