

## PROPUESTAS DE REFORMA DE PROGRAMAS NUTRICIONALES INFANTILES EN EL PERU

Pedro Francke

### Introducción

El presente informe responde a una consultoría realizada con el fin de facilitar al MIMDES el análisis de sistematización de los problemas y alternativas de los programas nutricionales infantiles y de alimentación escolar en el Perú. Este informe corresponde a los programas nutricionales infantiles.

Una fuente de dificultad en el análisis de los programas alimentarios en el Perú ha sido el juntar programas de distinto tipo en un sólo análisis. En particular, los programas alimentarios que actualmente maneja PRONAA pueden clasificarse en tres tipos: (i) los orientados, en mayor o menor medida, a enfrentar la desnutrición infantil, (ii) los desarrollados alrededor de la escuela pública, (iii) los basados en la organización de las madres y en los cuales los objetivos de protección social y desarrollo del capital social son primordiales.

En particular, planteamos que los programas nutricionales infantiles deben tratarse por separado de los de alimentación escolar, por tener diferencias sustanciales:

<u>Asunto</u>	<u>Programas nutricionales</u>	<u>Programas escolares</u>
Objetivo	Reducir la desnutrición crónica infantil, posiblemente mejorar el desarrollo infantil temprano (ECD)	Promover la asistencia al colegio y favorecer los aprendizajes
Organización de sustento	Comunitaria, y centros de salud	Colegios
Medios y actividades	Suplemento nutricional, capacitación a madres, salud preventiva y recuperativa	Alimentos no son indispensables
Población objetivo	De 0 a 3 años y madres gestantes	De 5 a ¿11 o 17? principalmente
Instituciones públicas involucradas	Ministerio de Salud; Min. de Educación entraría solo si se considera ECD	Min. de Educación es clave
Servicios públicos vinculados	Centros y puestos de salud	Colegios

También se planteó desde un inicio la necesidad de concentrarse en los programas nutricionales infantiles, dejando de lado los referidos a los comedores populares y vaso de leche. Estos programas tienen su propia complejidad, fundamentalmente debido a la política relación entre el estado, los partido y

dirigentes políticos y las organizaciones de base, que de se desarrolla en un marco de objetivos y procedimientos no claramente especificados.

## **I. LA DESNUTRICIÓN Y EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

La desnutrición a menudo empieza desde la concepción: mujeres embarazadas y mal nutridas tienen un mayor riesgo de muerte al dar a luz y tiene una mayor probabilidad de dar a luz bebés mal nutridos. La desnutrición debilita el sistema inmunológico y exagera la enfermedad, y es la causa subyacente del 50 por ciento de las muertes de los niños menores de cinco años a nivel mundial. Muchos de los efectos de la desnutrición crónica que sufren los niños menores de dos años – reducción del potencial de crecimiento físico y pérdida en el desarrollo cognitivo – son irreversibles.

Existen también racionalidades económicas que fuerzan a dirigirse a esta población. Las pérdidas inducidas por la desnutrición en el desarrollo cognitivo de los niños pequeños están asociadas subsecuentemente con su relativa menor productividad y salario. Estudios sobre la deficiencia de hierro en los niños, por ejemplo, han encontrado que ellos alcanzan la mitad de la desviación estándar más baja en las pruebas de inteligencia, comparados con controles efectuados a personas que no tienen dicha deficiencia. Combinando esta información con una revisión de los estudios en adultos, que relacionan logros cognitivos con salarios en países en desarrollo, se estima que el impacto irreversible del anemia temprana durante la niñez se asocia con un 4 por ciento de decrecimiento en el salario por hora. La desnutrición tiene también otros costos económicos:

- Los niveles más bajos de desarrollo cognitivo en niños anémicos hacen decrecer la potencial eficiencia del gasto en educación.
- Las mujeres anémicas al dar a luz prematuramente, agregan costos de manera significativa al cuidado de la salud.
- Se ha encontrado que casos leves por deficiencia de vitamina A, implican un 19 por ciento de incremento en la probabilidad que un niño sea paciente ambulatorio y un 84 por ciento de incremento en la posibilidad de que el niño sea hospitalizado.

De esta manera, la desnutrición contribuye a un mayor gasto público en el sistema de salud.

Estos costos también proveen una poderosa justificación económica para invertir en la prevención de la desnutrición en niños pequeños, especialmente aquellos menores de dos años de edad.

## **II. LOS PROBLEMAS DE NUTRICIÓN EN EL PERÚ**

La desnutrición continúa constituyendo un problema mayor de salud pública en el Perú:

- Un cuarto de los niños peruanos menores de cinco años sufren de desnutrición crónica.

- 11 por ciento de los niños menores de cinco años tiene deficiencia subclínica de Vitamina A.
- Cincuenta por ciento de los niños menores de cinco años y 69 por ciento de los niños menores de dos años son anémicos (ENDES, 2001: 186) y
- 32 por ciento de las mujeres en edad de procrear son anémicas (ENDES, 2001: 185)

Más aún, el ritmo de progreso ha sido desigual, y en el caso de la desnutrición crónica, lento. Después de registrarse reducciones significativas en la presencia de la desnutrición crónica en la primera mitad de los noventa (cuando cayó de 37 por ciento en 1992 al 26 por ciento en 1996), la proporción de niños peruanos menores de cinco años que sufren de desnutrición crónica se ha estancado.

Remarcando la gravedad de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, es importante notar que si bien la tasa promedio para los niños menores de 5 años es de 26 por ciento, la tasa de desnutrición crece fuertemente con la edad. En efecto, de acuerdo a la ENDES 2000, la desnutrición crónica es de apenas 4 por ciento en los 0 y 6 meses, pasa a 11 por ciento entre los 6 y 12 meses, salta a 27 por ciento entre los 12 y 36 meses, para estabilizarse encima del 30 por ciento entre los 36 y 60 meses de edad. Considerando que la desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo a lo largo del tiempo y que difícilmente se revierte, estos datos indican claramente que la desnutrición crónica se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad, y prácticamente se completa entre los 24 y 36 meses. Hasta los 6 meses, los niños parecen estar bastante protegidos por la lactancia materna. Por su parte, el registro de desnutrición crónica entre los 36 y 60 meses es, en realidad, el registro de un fenómeno que ya ocurrió en el pasado y que deja sus indelebles huellas sobre los niños: no hay “nuevos” desnutridos crónicos en esa etapa de la niñez.

Al mismo tiempo que se remarca las edades en las que se produce la desnutrición crónica, es necesario indicar también que la desnutrición aguda no es un problema, afectando a apenas el 1 por ciento de los niños menores de 5 años, y sin que esté claramente asociada a la desnutrición crónica.

El otro problema nutricional gravísimo, hoy las pruebas son contundentes, es el de la anemia. Según la ENDES, las tasas de anemia en niños menores de 5 años superan el 50%, y son aún más graves entre los menores de 2 años. Un estudio reciente del INS-CENAN ratifica cifras muy elevadas de anemia, encontrando departamentos donde la incidencia de anemia en niños supera el 80%. Diversos estudios han ya demostrado los impactos severos de la anemia sobre el desarrollo cognitivo de los niños.

El problema es claramente mucho más grave en las zonas rurales. De acuerdo a la ENDES 2000, la desnutrición crónica infantil es de 13% en zonas urbanas y 40% en zonas rurales, es decir, el triple. El 47% de los niños desnutridos están en la sierra rural, y más de los terceras partes en las zonas rurales en general.

### III. PROGRAMAS NUTRICIONALES EN EL PERÚ: PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS

#### 1. Frente a objetivos no claros: especificar el objetivo

A menudo se confunde el objetivo nutricional, con el de pobreza. Si bien es cierto que ambos problemas están relacionados, hay que destacar que existe también una especificidad importante del problema nutricional. Las estadísticas muestran que 35% de los niños en hogares de pobreza extrema son desnutridos crónicos, 24% en los hogares de pobreza no extrema y 13% entre los hogares no pobres. Una lectura de estas cifras muestra que, por un lado, 2 de cada 3 niños pobres extremos NO son desnutridos crónicos; en otras palabras, aún sin derrotar a la pobreza hay mucho que se puede hacer para evitar la desnutrición infantil. Por otro lado, que hay también niños no pobres que son desnutridos, frente a los cuales también hay que pensar estrategias y alternativas.

Un concepto que añade confusión en este tema ha sido, a menudo, el de “seguridad alimentaria”. Considerando que este concepto incluye la capacidad del hogar de tener acceso a los alimentos necesarios (así como a su uso adecuado y su aprovechamiento), y que ese acceso en una economía de mercado está fundamentalmente limitado por la falta de recursos económicos, una estrategia de seguridad alimentaria es en buena parte una estrategia de lucha contra la pobreza<sup>1</sup>. Lamentablemente, muchas personas confunden un objetivo de seguridad alimentaria con uno nutricional, llevando a que los programas pierdan un enfoque claro en objetivos y resultados.

Ese puede ser el caso de programas orientados a elevar la productividad campesina. Estos programas son sin duda fundamentales para luchar contra la pobreza, en particular contra la pobreza rural. Por ese medio, contribuyen también al objetivo de luchar contra la desnutrición infantil. Pero no deben confundirse con programas nutricionales.

El relación al problema nutricional, se propone que el objetivo de los programas orientados a él sea el de **“contribuir a prevenir la desnutrición, principalmente la desnutrición crónica en niños menores de 3 años y la anemia”**. Este objetivo, por cierto, depende de manera muy importante de cuestiones tales como el nivel educativo general de las madres, el acceso a servicios de salud de calidad y la promoción de la salud en general, los servicios de agua y saneamiento, entre otros factores. El análisis que se realiza de aquí en adelante supone entonces que el objetivo de los programas es el indicado, y que se ubican dentro de una estrategia general que incluye programas orientados a estos otros factores que afectan la malnutrición.

---

<sup>1</sup> Los problemas de falta de disponibilidad de alimentos sólo resultan relevantes en algunas poblaciones rurales aisladas que no representan un porcentaje elevado de la población.

2. Ante la existencia de varios programas superpuestos: un solo programa que puede admitir dos formas de operación

Programas nutricionales dirigidos a niños menores de 5 años hay al menos cuatro: PACFO, PANFAR, Comedores infantiles y Wawawasi. Este último es un programa más amplio de cuidado infantil que incluye además componentes de estimulación temprana, pero que claramente tiene un objetivo nutricional también. Hay otros programas que tratan también esta población, como las Aldeas infantiles del INABIF, pero que por tratarse de programas para niños institucionalizados debido a la falta de soporte familiar, deben ser materia de un análisis diferenciado.

De estos programas, la información de PRONAA indica que PACFO y PANFAR no se yuxtaponen. En cambio, los comedores infantiles si se sobreponen en algunas localidades, con ambos (PACFO y PANFAR). Es posible también que haya alguna superposición de PANFAR con los Wawawasis, ya que ambos cubren zonas urbanas. Es en cambio poco probable superposiciones entre comedores infantiles y Wawawasis, ya que en ambos casos los niños deben recibir el alimento en el local, así como entre PACFO y Wawawasi, porque el primero es fundamentalmente rural y el segundo casi exclusivamente urbano.

Es evidente que no es adecuada la superposición de programas. Aún cuando en ese caso probablemente el niño aún no esté recibiendo la totalidad de sus requerimientos energéticos, ya que las raciones no cubren sino la menor parte de ellos. Sin embargo, si se quisiera cubrir el 69% en vez del 30% de los requerimientos de nutrientes de un niño, ello debería establecerse explícitamente y no por diseños inadecuados de los programas.

Adicionalmente, el problema no es sólo evitar la superposición de beneficiarios, sino también la coexistencia simultánea de varios programas con lógicas y formas de operación diferentes, para un mismo objetivo, sin una justificación clara. Esta situación lleva a elevar costos administrativos, dispersas los escasos recursos técnicos disponibles, hacer más difícil el monitoreo y evaluación y complicar innecesariamente los procesos que se requerirían si estos programas fueran a descentralizarse. La existencia de formas de operación diferenciadas solo se justificaría si hubiera realidades claramente diferentes, lo que sustentaremos ocurre entre zonas urbanas y rurales. Aun en ese caso, los conocimientos especializados sobre el tema nutricional justifican la existencia de un solo organismo directivo.

3. Frente a una mala focalización en los grupos de edad prioritarios: reorientar los programas hacia niños menores de 3 años y madres gestantes

Si el objetivo es reducir la desnutrición infantil, es claro que la población objetivo son las madres gestantes y los niños de 6 a 36 meses, como lo dicen todos los diagnósticos y propuestas al respecto. Cabe recordar que este es una prioridad nacional – según ha establecido el Acuerdo Nacional- y que demanda una atención urgente. Incluso, entre los 6 y 36 meses hay que prestar particular

atención hasta los 24 meses, etapa en la que como hemos visto se produce la mayor parte de la desnutrición crónica.

Esta re-enfoque tiene importantes consecuencias sobre la forma de operación de los programas. Sobre ello, hay que tener en consideración que los hogares ante la entrega de un beneficio en forma de alimentos, tiende a reaccionar acomodando esos recursos adicionales dentro de sus preferencias, de tal manera que los alimentos entregados tienden a diluirse al interior del hogar.

De los 4 programas analizados, solamente el PACFO está bastante bien enfocado sobre esta población, debido a que la papilla que entrega está orientada a este grupo de edad y ayuda a evitar que se diluya en el resto de la familia. El PANFAR, al entregar una canasta alimentaria general, no logra evitar que se diluya entre todos los miembros del hogar, reduciendo significativamente el efecto sobre la desnutrición infantil. Los comedores infantiles requieren que los niños se trasladen al comedor, cosa que hacen con mucho más dificultad los niños de 6 a 24 meses. Debido a ello, y a que muchos están junto a comedores populares, la comida tampoco está adaptada a las necesidades de los más pequeños (que demanda que sea en forma de papilla, licuada o aplastada). Finalmente el wawawasi tiene un menú muy bien adaptado a las necesidades de los niños, pero solo aceptan un niño menor de 1 año por wawawasi (que recibe hasta 8 niños) por la carga laboral que representa a la madre cuidadora, y las madres en general tienden a dejar menos a sus hijos menores encargados a otras personas.

El análisis muestra dos formas de llegar a niños menores de 2 años con alimentos adecuados a su edad: (i) con una papilla y/o mezcla soluble como el PACFO; (ii) con alimentos preparados en un centro comunal o comedor popular, como en el caso del Wawawasi, pero que sean entregados de tal manera que los niños menores de 2 años puedan tener efectivamente acceso. Esto podría realizarse con una estrategia de preparación similar al Wawawasi (con menús expresamente preparados para cada día de la semana y cada grupo de edad en base a alimentos locales pero que cumplan con los requerimientos nutricionales y se haga de manera supervisada) pero con una estrategia o forma de entrega que pueda llegar a los hogares directamente (por ejemplo, si las madres llevan pequeños contenedores "tuppers" al comedor comunal para llevarse la ración del día). La primera forma tiene la ventaja de la simplicidad y la facilidad de llegar a zonas alejadas; la segunda, una mayor adaptación a costumbres y disponibilidad de alimentos locales que llevaría a un mayor efecto educativo mediante la demostración.

Un tema importante de destacar también vincula este tema de la focalización en el grupo etéreo con los vínculos de programas nutricionales con los servicios de salud. Por un lado, entre los 6 y 24 meses los niños tienden mayores necesidades de atención de salud. Ello hace que el principal vínculo de las madres con los servicios públicos sea a través de los servicios de salud, y también hace que sea de particular importancia que los programas sirvan para atraer a las madres a que controles la salud de sus niños de manera mensual. Finalmente, en cuanto a la

focalización, cabe recordar que servicios como los de salud, al ser personales, resultan intransferibles a otros miembros del hogar; en otras palabras. servicios de salud (incluyendo medicamentos y refuerzos vitamínicos y de micronutrientes) NO pueden diluirse al interior del hogar.

#### 4. Frente a una mala focalización geográfica, priorizar las zonas rurales

Como hemos indicado, la desnutrición crónica y la anemia son mucho más graves en las zonas rurales. Las tasas más altas de malnutrición se encuentra en cinco departamentos de la sierra – Cajamarca, Huanuco, Apurímac, Huancavelica y Cusco - donde la proporción de población afectada es 75 por ciento más alta que el promedio nacional (ENDES, 2001: 176). Sin embargo, a pesar de ello los programas nutricionales no están claramente enfocados a estas áreas.

Un estudio del Instituto Apoyo sobre siete programas de nutrición y alimentación, encontró que 52% del total de gastos estaban concentrados en el área de Lima Metropolitana que tiene 8 por ciento de malnutrición crónica, mientras sólo 41 por ciento se gastaba en áreas rurales, donde 66 por ciento de los niños crónicamente mal nutridos vive. El mismo estudio también encontró que 35 por ciento de los 1,828 distritos del Perú no tienen ningún programa de nutrición, 41 por ciento tuvo un programa y 24 por ciento tuvo dos o más, mientras que 28 por ciento de los distritos con un alta presencia de malnutrición crónica no ha tenido ninguno de los siete programas (APOYO, 2001).

El problema central para la focalización geográfica parece ser la dificultad en “retirar” los programas de donde están inadecuadamente focalizados. Cabe resaltar que el presupuesto 2004 asignó recursos por distrito de una manera muy progresiva en base a un índice calculado con indicadores nutricionales y de pobreza por NBI; sin embargo, el PRONAA siguió asignando sus recursos como lo había hecho en años anteriores.

Las alternativas de política en este caso son:

- i) Aumentar el presupuesto orientado a los programas nutricionales, y destinarlo exclusivamente a los distritos donde hay escasez de fondos respecto a la distribución óptima (como se ha ido haciendo con el vaso de leche y el Foncomun).
- ii) Sumar los montos inequitativamente asignados, dentro de las transferencias totales que se hacen por otros conceptos a las municipalidades, por ejemplo, si se aumenta el Foncomun porque aumentó la recaudación del IGTV, destinarlo a cubrir los programas nutricionales.
- iii) Reorientar los recursos, retirándolos de los distritos menos necesitados y destinándolos a los más necesitados en forma progresiva.

#### 5. Frente a programas limitados a distribuir alimentos, es prioritario incorporar capacitación de madres, cambio de hábitos y vínculos con salud

Junto a los problema de alimentación inadecuada, una diversidad de factores a nivel individual, familiar y comunal que contribuyen a la desnutrición. Ellas incluyen, además de los temas más generales de pobreza, saneamiento y poca educación:

- Bajo peso al nacer.
- Duración inadecuada del período de lactancia exclusiva.
- Alimentación complementaria inadecuada durante el destete o ablactancia.
- Ataques recurrentes de enfermedades infecciosas.
- Problemas de acceso y baja utilización de un sistema de salud curativo y preventivo.
- Conocimiento inadecuado de los requerimientos de un buen cuidado nutricional, especialmente durante la enfermedad.
- Inadecuadas prácticas de higiene.

Adicionalmente, cabe anotar que los problemas de alimentación inadecuada no son únicamente por problemas de falta de acceso a los alimentos; como hemos señalado, 2 de cada 3 niños pobres extremos no están desnutridos crónicos. Ello indica que además del problema de falta de alimentos, el tema de la elección de los alimentos y de las prácticas nutricionales es fundamental y que puede lograr grandes efectos nutricionales incluso en hogares pobres extremos.

En contraste con la etiología multifactorial de la malnutrición, la respuesta del gobierno al problema ha sido básicamente unidimensional, poniendo en funcionamiento un conjunto de programas que consiste simplemente en programas de distribución de comida. Los programas de distribución de alimentos por sí solos, sin embargo, no constituyen un adecuado programa de nutrición.

Una experiencia contrastante ha sido realizada por el Instituto de Investigación Nutricional que desarrolló un proyecto nutricional en zonas urbanas que consistió exclusivamente en mejorar la atención de salud de los servicios de salud, incluyendo la promoción de buenos hábitos de higiene, salud y nutrición. Este proyecto mostró impactos significativos en reducir la desnutrición crónica.

Esta aproximación analítica y esta experiencia muestran la necesidad urgente de incorporar componentes orientados a mejorar los conocimientos y modificarlos hábitos de las madres en cuanto a nutrición, salud e higiene, dentro de los programas nutricionales. Debido a las características de estos componentes, una vinculación muy importante con los servicios de salud tiene que desarrollarse.

#### 6. Las raciones deben estar orientadas a los grupos de edad y los problemas nutricionales prioritarios

Desde el punto de vista nutricional, objetivo fundamental es que las raciones a entregar tengan un buen contenido de micronutrientes. Entre éstos, destaca el Hierro por la gravedad del problema de la anemia, y en segundo lugar están otros micronutrientes como la vitamina A, el calcio, el zinc y otros, sobre los cuales hay

menos evidencia de la magnitud de las deficiencias en el Perú. Esta racionalidad es la justificación para incluir en un programa nutricional, la entrega de un alimento o ración alimenticia, y no limitarlo a la entrega de capacitación, servicios de salud y dinero, que no lograrían resolver este problema.

Incluir estos micronutrientes en la ración no se debe solamente a la gravedad de los problemas de que su falta ocasiona, sino que tiene que ver también con el problema de dilución de la ración dentro del hogar. Si la ración fuese exclusivamente energía es altamente probable que el hogar sustituya la mayor parte de ella reorientando sus recursos dentro del hogar, salvo que se otorgue el 100% de requerimientos energéticos y se asegure que sean ingeridos por el niño. En otras palabras, si la papilla PACFO fuera solamente el 30% de los requerimientos energéticos que tiene, y no incluyese el 100% de los requerimientos de hierro y otros micronutrientes en proporción elevada, se diluiría fácilmente dentro del hogar.

Todos los programas analizados (PACFO, PANFAR, comedores infantiles y wawawasi) han incorporado en las raciones que otorgan una atención importante a micronutrientes, y particularmente el Hierro. La experiencia ha mostrado, sin embargo, que es muy difícil completar los requerimientos de hierro sin contar con alimentos fortificados industrialmente, y que es necesario pensar en otorgar más del 100% de los requerimientos debido a que por problemas de dilución dentro del hogar y de mayor espaciamiento de las comidas y entrega de las raciones, no se llega a cumplir con el objetivo.

#### 7. La compra de alimentos y el desarrollo agropecuario: evitar distracción con objetivos secundarios y tener claridad en las políticas

Uno de los problemas que ha distraído mucho la atención de los programas nutricionales es la búsqueda de cumplir adicionalmente con otro objetivo: el de promover el desarrollo agropecuario. Como se sabe, tener un programa con dos objetivos que entran en contradicción tiende a generar problemas en la administración pública, ya que usualmente no se define con adecuada precisión la preeminencia o combinación deseada de ambos objetivos y se termina con menos transparencia en la gestión y con un debilitamiento en el logro de objetivos.

En el caso bajo análisis, estos dos objetivos tienden a entrar en conflicto, ya que el objetivo agropecuario tiende a orientar las compras hacia productos que no tienen las características nutricionales deseadas y tienen un mayor precio. Adicionalmente, tras el supuesto objetivo de promover el desarrollo agropecuario se esconden usualmente poderosos *lobbies* cuyo interés central es obtener beneficio para determinados grupos de productores privados. En ese sentido, es importante remarcar que los programas nutricionales deben tener un objetivo central y prioritario, y que solo se debe considerar un segundo objetivo si no entra en conflicto con el primero.

Cabe remarcar que NO es un objetivo a considerar el que las compras de alimentos para programas nutricionales puedan servir para aliviar la pobreza de productores agropecuarios. Esto solo tendría sentido si se compraran tales productos por encima del precio del mercado; sin embargo en este caso el subsidio público así otorgado difícilmente puede ser asignado de manera transparente, y resulta siempre mal focalizado debido a que se benefician más quienes producen más, además de favorecer la generación de *lobbies* rentistas.

En el marco de un objetivo secundario no conflictivo de promoción agropecuaria, vale la pena detenerse un momento a considerar las posibilidades reales que compras de alimentos tengan un efecto de promoción agropecuaria. Este efecto dependería fundamentalmente de dos cuestiones: (i) que las compras favorezcan un avance tecnológico a lo largo de cadenas productivas, (ii) que promuevan que los productores se conecten a mercados ampliados, alcanzando más allá de los mercados tradicionales en los que venden.

Desde este punto de vista, es claro que compras de arroz, menestras, leche u otros productos crudos tradicionalmente transados en el mercado peruano con esas mismas características, no promueven el desarrollo agropecuario y por lo tanto no se pueden justificar bajo el objetivo de desarrollo agropecuario. La compra de papillas o mezclas, en tanto implican la generación de productos no tradicionalmente producidos en el mercado peruano y por lo tanto un aprendizaje industrial replicable hacia el mercado, sí podrían justificarse bajo este objetivo. En este caso, sin embargo, de haber una ventaja o reserva del mercado en relación a productos importados, esta debe ser claramente temporal y disminuir en un tiempo no demasiado largo.

Dicho esto, es necesario indicar que difícilmente puede lograrse esto a nivel local, es decir, provincial o distrital. Esta producción requiere una cierta escala de producción, cierto nivel técnico para incluir los micronutrientes y cierto abastecimiento de insumos, que no sería posible hacerlo en la mayoría de provincias o distritos rurales del Perú. Una estrategia de este tipo tendría que hacerse a escala nacional o, a lo más, regional.

#### 8. La forma y oportunidad de entrega y los incentivos: promover buenos comportamientos entregando en centros de salud

La forma y oportunidad de entrega de los alimentos es fundamental en el establecimiento de incentivos adecuados. Estos incentivos se refieren fundamentalmente a que los niños vayan a sus controles de salud, a la educación pre-escolar si están en edad para ello, y a que la madre reciba las charlas y eventos de capacitación promovidos.

La experiencia peruana al respecto es la siguiente. La mejor experiencia es la del programa PANFAR, ya que al entregar el alimento (significativo: para la madre y dos niños) en el centro de salud requiriendo el control de salud del niño y la

asistencia a la charla, establece un incentivo que ha mostrado su fuerza<sup>2</sup>. Un reciente proyecto de Prisma llamado “Crecer sano” replica lo mismo entregando dinero en efectivo. El PACFO, al ser repartido por el promotor comunitario, favorece el nexo entre las familias y el promotor, pero es incierto cuánto este promotor cumple efectivamente una labor sanitaria con adecuada capacitación y conexión al centro de salud. En los casos en que el PACFO es entregado directamente en el centro de salud, el efecto sería similar al PANFAR. Por su parte, los comedores infantiles establecen un incentivo negativo, ya que las madres reciben más por mandar a sus hijos a comer a estos centros que mandarlos al centro pre-escolar.

Debe tenerse cuidado ya que si la entrega se condiciona a que persista un estado de desnutrición o pobreza, genera un incentivo a mantener esa situación. La experiencia inicial de PANFAR dejó esa lección. Evitar eso requiere establecer criterios de salida claros, por ejemplo, que la duración del beneficio para una familia esté definida.

La lección que se puede aprender resalta la importancia de entregar el alimento en el centro de salud (o cuando una brigada de salud visita la comunidad) cuando el niño es chequeado y las madres reciben las charlas respectivas.

#### 9. Débil monitoreo y evaluación que debe revertirse

Como hemos visto, los programas de nutrición y alimentación pueden ser ineficientes en términos de cómo ellos llevan a cabo sus actividades. No sólo ello; además de actividades inadecuadas, hay también problema de enfoque que aún no están resuelto y en muchas cuestiones permanecemos en la ignorancia respecto de cuáles son los mejores métodos o formas de lograr los objetivos.

No obstante que muchos de los programas registran el número de beneficiarios y las cantidades y el tipo de alimentos que distribuyen, muy pocos datos de otra naturaleza son registrados en estos programas, planteando cuestiones adicionales acerca de su transparencia, eficiencia y eficacia. Incluso, los datos sobre beneficiarios son realmente datos estimados y no efectivamente registrados, verificados y monitoreados. La ausencia de una detallada descripción acerca de la estructura, operaciones o costos de esos programas constituye un vacío gerencial y configura problemas de transparencia, haciendo del análisis de la eficiencia algo molesto y costoso.

En síntesis, el monitoreo y la evaluación no son apreciados como una herramienta para mejorar el desempeño de los programas. La puesta en marcha de nuevos procesos orientados a dirigir los recursos a los grupos de edad prioritarios, mejorar la focalización geográfica, fortalecer la capacitación a las madres y el cambio de hábitos, promover los controles de salud, debe ser

---

<sup>2</sup> Esto es lo que muestra la evaluación de PANFAR cuando terminó de ser ejecutado por Prisma y pasó a ser asumido por el gobierno peruano. No tenemos evidencia de que cuánto siga esa práctica a la fecha.

monitoreada estrechamente. Al mismo tiempo, deben establecer evaluaciones que cuenten con línea de base y diseños de muestras que permitan sacar conclusiones fuertes.

En la discusión que sigue, se propone el monitoreo para el seguimiento mas continuo de indicadores de proceso, que pueden ser afectados en plazos cortos y son críticos para el logro de impactos. Por su parte, se dejan para la evaluación aquellos efectos que solo pueden observarse en un mediano plazo y que dependen en parte significativa del comportamiento de las familias, estando por lo tanto fuera del control del programa.

El monitoreo en la actualidad se centra en la compra y reparto de alimentos. Al respecto, parece fundamental incluir indicadores de monitoreo sobre: i) aceptabilidad, ii) calidad del producto finalmente entregado al niño. Cuestiones e indicadores que deben tenerse en cuenta en la evaluación en este componente de suplementación alimentaria son: i) efectos sobre la dieta general del niño (sustitución de otros alimentos); ii) cambio de hábitos alimentarios respecto de la niñez.

El componente muy poco desarrollado que debe ser monitoreado y evaluado con cuidado es el referido a capacitación de madres y cambio de hábitos. Al respecto hay que tener en cuenta tanto: i) número de charlas y asistentes a las mismas, o número spots radiales y de Tv y audiencia esperada, ii) recordación de mensajes. La evaluación debe poner énfasis en ver los logros en cuanto a conocimientos y cambio de hábitos.

Finalmente, hay que monitorear también los controles de salud, cuya forma dependerá del diseño del programa y los incentivos considerados,

#### 10. Débil vinculación con salud y educación

La vinculación actual de los programas nutricionales con los sectores de salud es muy débil. Incluso la responsabilidad que tiene el INS-CENAN de evaluación de los programas y de los componentes de capacitación, no es casi coordinada. Un diseño institucional que establezca una coordinación permanente, estable y obligatoria es fundamental.

A este nivel del análisis, la ubicación de este programa nutricional-infantil en relación a los distintos programas del MIMDES, los otros programas sociales del estado peruano y la propuesta de 3 fondos aún no puede establecerse con claridad, ya que depende de las otras funciones y procesos que deban llevarse a cabo.

Sí queda claro que un programa de este tipo requiere una coordinación muy estrecha con el sector salud, tanto por los objetivos mismos del programa como por la vinculación necesaria con los servicios de salud.

Debido a ello, un mecanismo de coordinación permanente con el Ministerio de Salud parece indispensable. Posiblemente ello demandaría que el propio sector salud defina bien los organismos competentes en este campo, evitando duplicaciones entre la DGSP y el INS. Estos mecanismos de coordinación pueden ser: 1) una comisión multisectorial de nutrición infantil, o 2) un directorio que incluya representantes del sector salud.

#### **IV. EJES CENTRALES DE UNA PROPUESTA DE REFORMA DE LOS PROGRAMAS NUTRICIONALES INFANTILES**

En base a los elementos centrales de diagnóstico y propuesta antes señalados, se propone la siguiente reforma:

1. Reorganizar los programas existentes en un solo programa, que diferencie zonas rurales y urbanas, debido a su diferente realidad socioeconómica y la mucha mayor desnutrición en zonas rurales.
2. Priorizar las zonas rurales, por su mayor desnutrición.
  - i. Ampliar la cobertura, ya que hay 600 mil niños rurales menores de 3 años y los programas actuales no cubren ni la mitad de ellos.
3. Para las zonas rurales:
  - i. Priorizar los departamentos de mayor desnutrición.
  - ii. Entrega de papilla o mezcla, fortificada con Hierro y otros micronutrientes.
  - iii. Calidad de papilla o mezcla debe considerar adecuados estándares de calidad, sin exigir requerimientos innecesarios que impiden la participación de productores regionales.
  - iv. Entrega condicionada a controles de salud del niño y asistencia de madres a charlas. La entrega debe hacerse en centro o puesto de salud, o cuando una brigada de salud visite la comunidad. Complementación con dinero podría probarse en un piloto siguiendo la experiencia de “Crece Sano”.
  - v. Reforzar la capacitación de madres y programas de cambio de hábitos de higiene, salud y nutricionales.
  - vi. Capacitación a centros de salud y promotores para que la atención integral de niños incluya una adecuada consejería nutricional.
4. Para las zonas urbanas, aplicar una estrategia nutricional que no requiere la entrega de alimentos:
  - i. Fortificación de harina y otros alimentos vendidos en el mercado, como se ha mejorado recientemente con el hierro.
  - ii. Reforzar la capacitación de madres y programas de cambio de hábitos de higiene, salud y nutricionales. Entre otros medios, aprovechar la red social conformada por madres del vaso de leche y comedores populares.
  - iii. Capacitación a centros de salud y promotores para que la atención integral de niños incluya una adecuada consejería nutricional.
  - iv. Promover controles de niño vía SIS.
5. Plantear un mecanismo institucional de coordinación con salud.

¿Cómo avanzar hacia esta propuesta sobre la base de los actuales programas?

1. PACFO es una base importante para las zonas rurales, con posiblemente los siguientes ajustes:
  - i. Adecuar las raciones eliminando requerimientos técnicamente innecesarios.
  - ii. Fortalecer los componentes de capacitación y cambio de hábitos.
  - iii. Entregando los alimentos en forma condicionada al control del niño y la asistencia a charlas. Hacerlo en centros de salud para comunidades cercanas y con la visita de brigada de salud o profesional de salud en otras comunidades; donde esto no sea temporalmente posible, asegurar visita de profesional de salud al menos trimestral y un vínculo estrecho entre el promotor de salud y el centro de salud.
  - iv. Ampliando su cobertura, empezando en las zonas rurales de los departamentos de mayor desnutrición.
2. PANFAR debe desaparecer en el corto plazo. Reorientar esos recursos al nuevo programa rural, en particular a la parte de capacitación de madres y cambio de hábitos.
3. Comedores infantiles debe reducirse y reorientarse a tres posibles opciones (posiblemente según los casos):
  - i. Donde posible, reconvertirse en nuevo programa rural, ya sea trasladando de lugar el programa o cambiando su forma de operación.
  - ii. Donde hay PRONOEI o CEI, trasladarse a un programa de desayunos pre-escolares.
  - iii. Donde no hay PRONOEI o CEI y no es posible la opción i., preparar según la lista de menús de Wawawasi y entregarlo a madres de niños menores de 3 años en envases herméticos. Asegurar que permanencia en el programa sea sólo hasta 3 años y condicionada a controles de salud y asistencia a charlas. Mejorar focalización utilizando instrumento individual.