

EL ESTADO DE LA NIÑEZ EN EL PERÚ

Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA



Cuadro 16
Desnutrición crónica^{1/} según nivel socioeconómico^{2/}
 (en porcentaje)

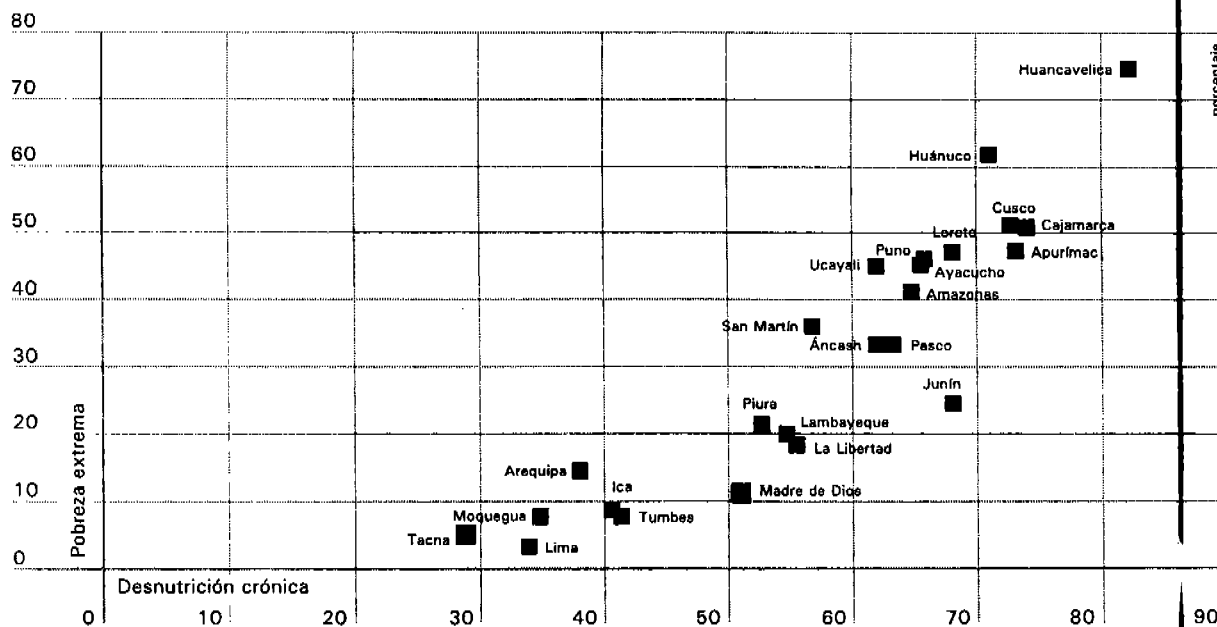
Quintiles	Severa	Moderada	Leve	Normal	Total
Quintil 1 (el más pobre)	6,05	18,38	33,90	41,67	100
Quintil 2	1,50	9,35	32,01	57,13	100
Quintil 3	2,09	6,75	23,36	67,80	100
Quintil 4	1,58	6,23	19,15	73,05	100
Quintil 5 (el más rico)	2,32	5,45	23,44	68,78	100

^{1/} Puntaje-Z de talla por edad. Se entiende por desnutrición severa aquella en la que el puntaje-Z de talla por edad del niño tiene un valor menor que -3; por desnutrición leve, cuando el valor está entre -3 y -2; por desnutrición moderada, cuando el valor está entre -2 y -1; y por nutrición normal, cuando el valor es superior a -1.

^{2/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración: propia.

Gráfico 9
Desnutrición crónica y pobreza extrema en el nivel departamental



Fuente: ENDES 2000, INEI y ENAHO IV-2001, INEI. | Elaboración propia.

3.5. Desnutrición

El tipo de desnutrición predominante en el país es la desnutrición crónica, que determina que el niño tenga una estatura baja para su edad. La desnutrición es más frecuente en niños entre 8 y 24 meses de edad, y es consecuencia de problemas de destete inadecuado así como de prácticas inapropiadas de alimentación complementaria. Cerca de la mitad de los niños que padecen desnutrición sobreviven y alcanzan la edad adulta, pero se los considera como «sobrevivientes vulnerables», con deficiencias específicas en el desarrollo físico y en el comportamiento.

Según ENDES 2000, la prevalencia de desnutrición crónica era de 25,4% en niños menores de 5 años y de 32% en niños menores de 2 años. Aunque entre 1991 y 1996 hubo una reducción, estas prevalencias no variaron durante el último quinquenio y las diferencias entre departamentos y entre zona urbana y rural continúan siendo grandes. Aproximadamente 60% de los departamentos presenta prevalencias más altas que el promedio nacional. Los departamentos más afectados son Cajamarca, Huánuco, Apurímac, Cusco y Huancavelica, donde las cifras superan 40%. El cuadro 15 muestra esta distribución. Por zonas, la prevalencia era de 13,4% en la zona urbana y de 40,2% en la zona rural.

En el Perú, 490 mil niños menores de 2 años sufren de desnutrición crónica y talla baja para su edad.

La desnutrición global —bajo peso para la edad del niño— tiene una prevalencia de 7% a escala nacional y sube a 11,8% en las zonas rurales. Por su parte, la desnutrición aguda —bajo peso para la estatura— es un indicador de desnutrición reciente, con frecuencia originada como resultado de episodios infecciosos. Su prevalencia es de 0,9% para el país y de 1,2% en zonas rurales.

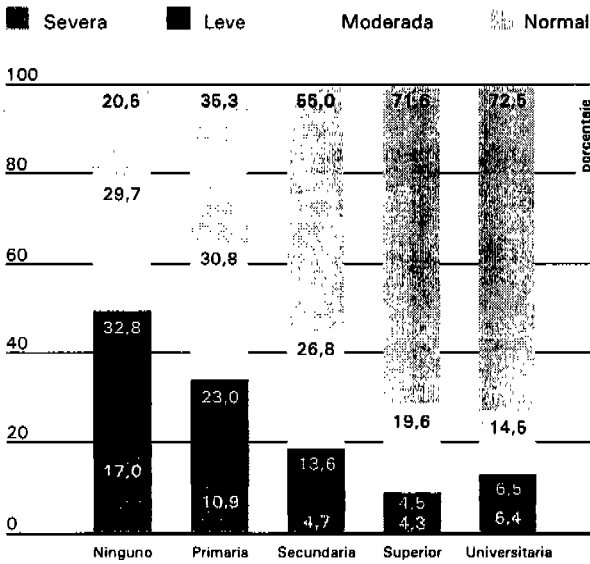
Las condiciones de nutrición están directamente asociadas con el ambiente socioeconómico y cultural del niño. En 1997, 33,6% de los niños que vivían en zonas rurales presentaba un estado nutricional aceptable o normal, mientras que esa proporción se redujo a 30,1% en el año 2000. En

Cuadro 15
Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años por departamento
(en porcentaje)

Departamento	Desnutrición crónica severa	Desnutrición crónica total
Amazonas	12,2	36,0
Áncash	10,2	34,5
Apurímac	13,6	43,0
Arequipa	2,3	12,3
Ayacucho	12,1	33,6
Cajamarca	15,4	42,8
Cusco	14,0	43,2
Huancavelica	22,2	53,4
Huánuco	15,3	42,8
Ica	2,7	12,1
Junín	10,5	31,3
La Libertad	9,9	27,9
Lambayeque	4,3	23,6
Lima	1,6	8,3
Loreto	9,0	32,4
Madre de Dios	3,7	18,7
Moquegua	1,8	9,3
Pasco	5,0	26,4
Piura	7,0	24,1
Puno	5,9	29,7
San Martín	6,7	19,9
Tacna	0,8	5,4
Tumbes	3,3	12,9
Ucayali	9,6	33,6
Total	7,7	25,4

contraposición, el porcentaje de niños en estado nutricional aceptable en las zonas urbanas aumentó de 61,1% a 63,4%. Sólo en Lima y en la costa urbana se incrementó la proporción de niños con un nivel de nutrición adecuada, aunque cabe señalar que la proporción de niños con desnutrición leve y severa disminuyó en todos los dominios. El cuadro 16 muestra la prevalencia de desnutrición crónica por quintil y el gráfico 9 presenta las prevalencias en poblaciones que viven en pobreza extrema.

Gráfico 10
Desnutrición según nivel educativo de la madre ^{1/}



^{1/} Se estimó sobre la base de los puntaje-Z de talla por edad. Se entiende por desnutrición severa aquella en la que el puntaje-Z de talla por edad del niño tiene un valor menor que -3; por desnutrición leve, cuando el valor está entre -3 y -2; por desnutrición moderada, cuando el valor está entre -2 y -1; y por nutrición normal, cuando el valor es superior a -1.
Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Cortez, 2001.

El nivel educativo de la madre muestra una asociación directa con el estado nutricional de los niños, según lo indica el gráfico 10. En general, se observa que los niños cuyas madres tienen educación superior presentan los mejores niveles nutricionales.

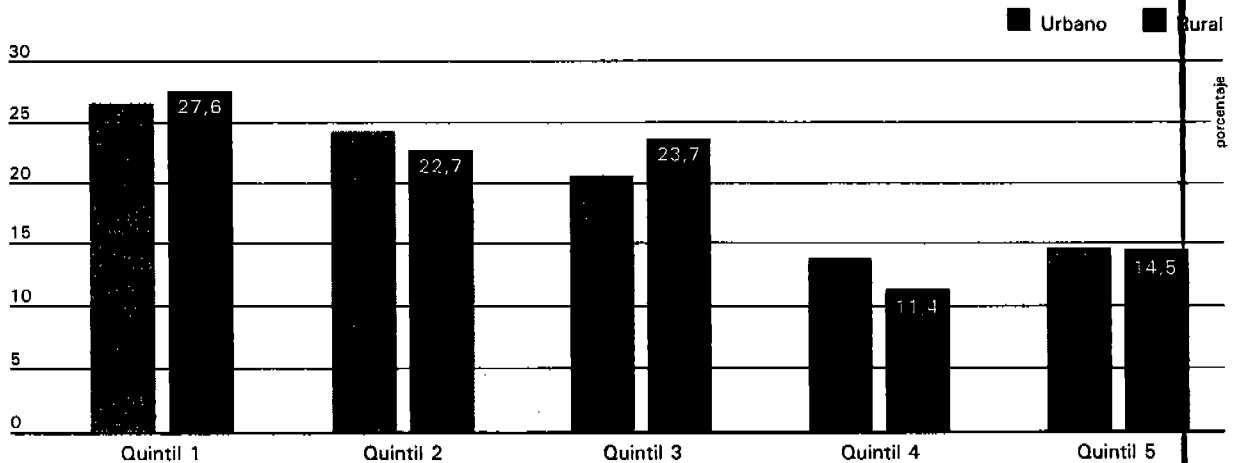
3.6. Deficiencias de micronutrientes

La deficiencia de micronutrientes —particularmente de hierro, vitamina A, zinc y yodo— ha sido llamada *desnutrición silenciosa* porque sus manifestaciones clínicas son relativamente inaparentes. El hierro, el zinc y el yodo juegan un papel importante en el desarrollo mental del niño, mientras que la vitamina A y el hierro favorecen el crecimiento e incrementan las defensas contra las infecciones prevalentes en la niñez.

En Perú, 1.100.000 niños menores de 2 años sufren de anemia por deficiencia de hierro.

En nuestro país, la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro tuvo una leve reducción entre 1996 y el 2000, y continúa siendo una de las más altas de la región. Según ENDES 2000, el

Gráfico 11
Anemia según nivel socioeconómico ^{1/}



^{1/} Elaborado sobre la base del índice de activos del Banco Mundial. El orden es del quintil más pobre al más rico.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración: Cortez, 2002.

56% de los niños menores de 5 años presentaba anemia, cifra que sube a 76% en los niños menores de 2 años. Las causas principales son el bajo consumo de hierro en la dieta —particularmente de origen animal— y la alta frecuencia de parasitosis. Aunque la prevalencia es más baja en los niveles socioeconómicos altos, las diferencias son menos importantes entre los estratos urbanos y rurales, como lo muestra el gráfico 11.

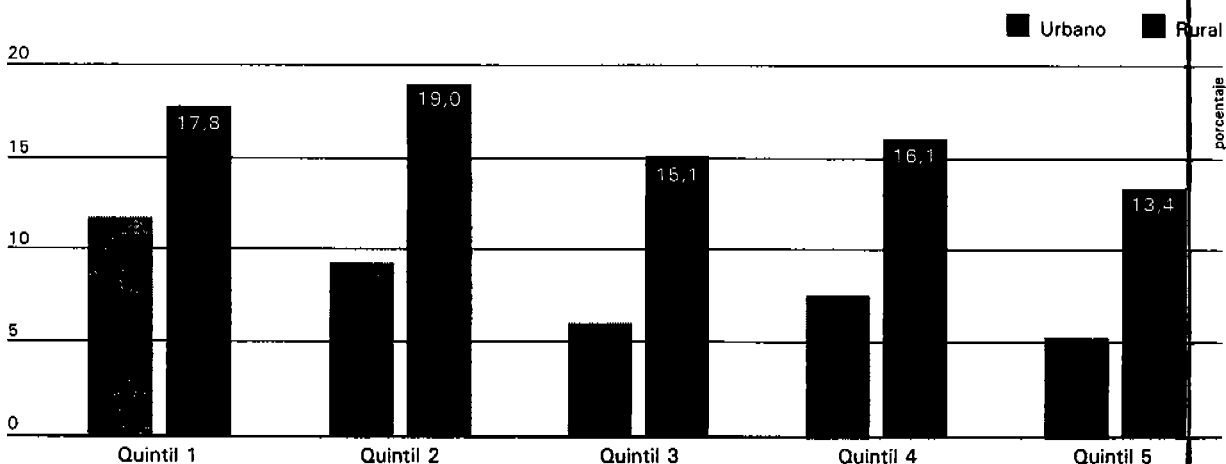
Tanto en las zonas rurales como urbanas, cerca de 50% de los casos de anemia en niños menores de 5 años se concentra en los dos primeros quintiles del índice de activos del hogar. Sin embargo, se puede apreciar que la prevalencia de la anemia es más uniforme en las zonas rurales que en las zonas urbanas. La primera explicación a este hecho radica al parecer en que, en las zonas más deprimidas y alejadas del país —las zonas rurales—, la condición económica es más pareja entre los hogares a lo largo de los quintiles del índice de activos, lo cual se verá reflejado en una calidad de dieta muy similar entre estos hogares.

Asimismo, resulta de interés comparar la prevalencia de anemia entre los extremos de los niveles socioeconómicos planteados sobre la base del

índice de activos del hogar. Con este objetivo se construye el ratio pobre-rico, que tiene la ventaja de establecer una equivalencia entre el quintil más pobre y el quintil más rico de la distribución. En la zona urbana, la incidencia de la anemia en el quintil más pobre (quintil 1) de la distribución del índice de activos del hogar es 1,8 veces la que se registra en el quintil más rico (quintil 5). Sin embargo, en las zonas rurales esta cifra registra un leve incremento: la incidencia de la anemia en los hogares de menores recursos —aquellos ubicados en el primer quintil de la distribución— es 1,9 veces mayor que la registrada en los hogares que cuentan con más recursos.

En relación con la deficiencia de vitamina A, no se tienen datos actualizados debido al alto costo de los estudios. En 1991, ENDES muestra una prevalencia de 56% en niños menores de 5 años. A partir de 1998, el Ministerio de Salud, con el apoyo de UNICEF, ha venido suministrando un suplemento a través del programa de inmunizaciones. Así, se tiene que en el año 2000, cerca de 14% de los niños que viven en zonas de riesgo recibieron una dosis concentrada de retinol dos veces por año. Esta distribución está concentrada en zonas rurales, como lo muestra el gráfico 12.

Gráfico 12
Recepción de vitamina A de niños menores de 5 años según nivel socioeconómico^{1/}



^{1/} Elaborado sobre la base del índice de activos del Banco Mundial. El orden es del quintil más pobre al más rico. Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración: Cortez, 2002.

La deficiencia de yodo ha sido controlada desde 1999, año en el cual el país recibió la certificación por la eliminación virtual del problema. Los departamentos de Puno, Moquegua y Loreto todavía no han logrado incrementar el consumo de sal yodada más allá de 60%. Los factores culturales son la principal causa de la situación en estos departamentos.

3.7. Morbilidad infecciosa

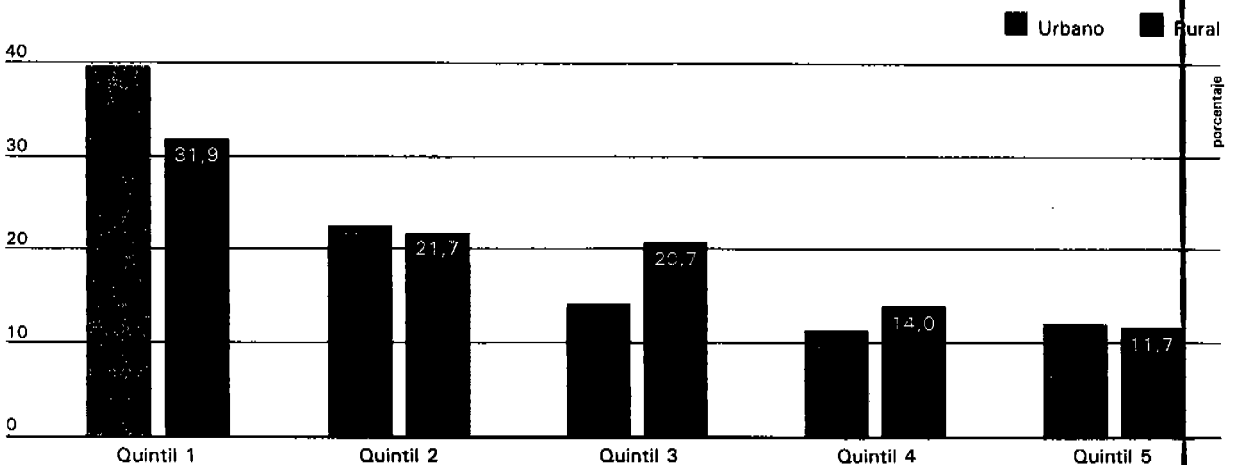
Las infecciones diarreas y respiratorias son las de mayor prevalencia en poblaciones que viven en pobreza. Estas infecciones tienen una relación sinérgica con la desnutrición, es decir, pueden ser causa y efecto de la misma. Esto se explica porque la desnutrición reduce las defensas del niño contra las infecciones, mientras que el manejo inadecuado de éstas desencadena procesos de desnutrición. Sin embargo, las causas básicas están asociadas con la pobreza y entre ellas se puede mencionar la carencia de servicios de agua

potable y alcantarillado, las prácticas higiénicas inadecuadas y la baja disponibilidad de nutrientes esenciales en el ámbito del hogar.

En el gráfico 13 se presenta la incidencia de diarrea en las zonas urbanas y rurales por quintiles del índice de activos en el hogar. Tal como se observa, la incidencia es mayor en los niños de hogares más pobres: 39,7% de los casos de diarrea en niños se registran en el primer quintil de las zonas urbanas, mientras que 30,7% de los casos de neumonía se registran en ese mismo quintil. Además, esta incidencia es mayor en las zonas urbanas cuando se considera a los niños más pobres.

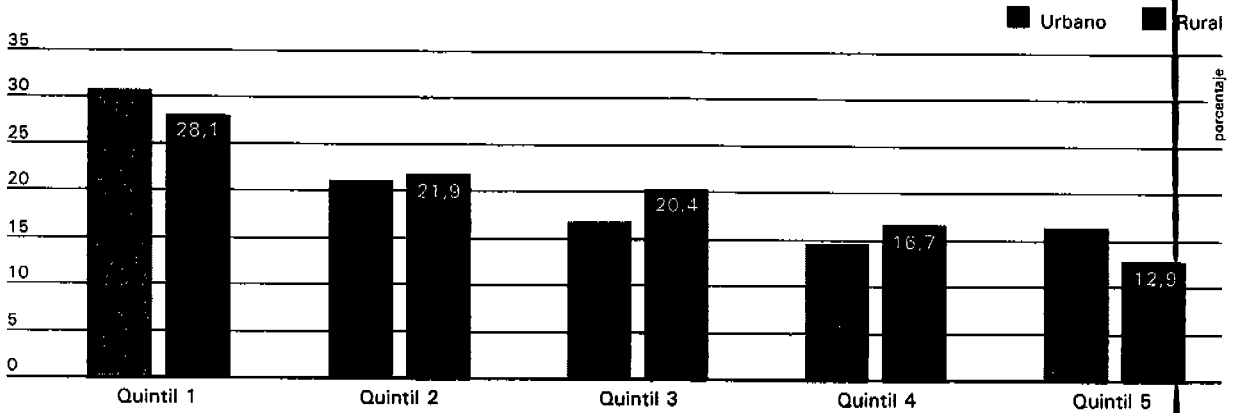
En el gráfico 14 se presenta la asociación entre la prevalencia de infecciones y el nivel socioeconómico así como la zona de residencia. Mientras que la prevalencia de neumonía es mucho más alta en los quintiles bajos, tiende a ser similar en todos los quintiles en las zonas urbanas y rurales, lo que refleja los problemas que existen en las zonas periurbanas.

Gráfico 13
Incidencia de diarrea según nivel socioeconómico¹⁷ y área de residencia



¹⁷ Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
 Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Gráfico 14
Incidencia de neumonía según nivel socioeconómico^{1/} y área de residencia



^{1/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
 Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

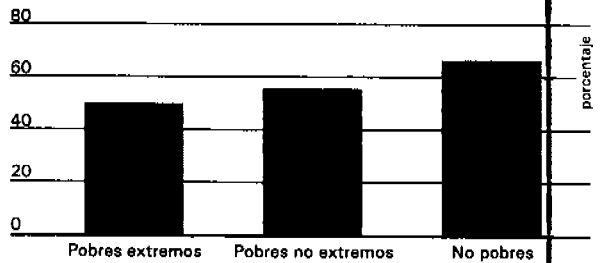
3.8. Control del crecimiento y desarrollo

El propósito del control de crecimiento y desarrollo consiste en monitorear o hacer un seguimiento individual de la evolución del estado nutricional del niño en forma periódica y secuencial. Este monitoreo se realiza en los establecimientos de salud. Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda un control mensual durante los 2 primeros años, la norma de MINSA establece siete controles para el primer año y cuatro para el segundo. La cobertura de estos controles en poblaciones rurales es muy baja, particularmente a partir del primer año de vida, debido al escaso acceso a servicios de calidad en estas zonas y al desconocimiento de las madres acerca de la importancia de los mismos. De aquí que cuando se evalúan estas coberturas, la razón por la cual las madres llevan al niño está más asociada a la aparición de una enfermedad que a la necesidad de realizar el control de crecimiento y desarrollo.

De acuerdo con la información proporcionada por ENNIV 2000, el 6,7% de la población menor de 3 años acudió a su control de crecimiento durante las últimas cuatro semanas («Control del niño sano»). El 5,1% de los niños menores de 3 años que viven en condiciones de pobreza extrema contó con esta atención, mientras que entre los pobres no extremos y los no pobres, el porcentaje

que tuvo la atención de «niño sano» fue de 8,8% y 5,9%, respectivamente. Sin embargo, 58,6% de los niños menores de 3 años fueron llevados a consulta por otros motivos.

Gráfico 15
Consulta de salud de niños menores de 3 años según grado de pobreza



Fuente: ENNIV 2000, Cuénto S. A. | Elaboración propia.

3.9. Estimulación del desarrollo

Durante los primeros 3 años, cada momento en la vida del niño representa una oportunidad de estímulo para que su cerebro pueda hacer las conexiones necesarias y apropiadas para su óptimo desarrollo. Si se pierden estas oportunidades de estímulo, las consecuencias serán tan impor-

tantes como las que ocasionan las condiciones desfavorables de nutrición y salud. La lactancia materna, el establecimiento de lazos afectivos entre el bebé y la madre-cuidadora, las prácticas de cuidado, la protección contra daños físicos y emocionales son componentes esenciales en el desarrollo de la inteligencia y de comportamientos positivos, así como de un desarrollo físico, emocional y social saludable.

La lactancia materna, además de proveer todos los nutrientes que el cerebro del niño requiere, permite establecer una relación íntima entre la madre y el bebé, reduce el estrés y protege contra infecciones agudas y crónicas. El establecimiento de lazos afectivos entre el bebé y la madre ayuda a que las conexiones del cerebro se realicen en la mejor forma posible; asimismo, permite que el niño adquiera habilidades para manejar el estrés, reducir la ansiedad y absorber fácilmente nueva información y nuevas experiencias. En ausencia de la madre, el establecimiento de una relación afectiva saludable con un adulto puede determinar la diferencia en el avance del bebé.

El afecto se convierte en algo tan esencial para el niño como comer y dormir. La primera lección que los niños aprenden de los padres es que hay personas en las que se puede confiar. Al responder a sus llantos por hambre, frío, incomodidad, deseo de compañía, de comunicación, así como a sus risas, sonidos o gestos, los padres le están enseñando al niño a confiar, a sentir que hay alguien que se preocupa por él y que, pase lo que pase, siempre estará a su lado para ayudarlo.

El cuidado que estimula al niño se basa en el conocimiento que la madre-cuidadora tiene de él, y que le permite aprender a leer sus signos y señales, así como responder a sus demandas con oportunidad, ternura y afecto. La mejor forma de conocer y cuidar al niño es estar físicamente cerca de él; protegerlo contra las enfermedades, la violencia y el rechazo; ver y entender qué es lo que lo pone ansioso o feliz; saber lo que le despierta curiosidad o lo que le representa un reto.

Los padres son los «lentes» a través de los cuales los niños ven el mundo. Ellos proveen las experiencias y las interacciones que construyen un ambiente familiar saludable, en el cual puede en-

marcarse todo el proceso de aprendizaje del niño. Los niños aprenden mejor cuando se les enseña con afecto lo que pueden hacer; cuando son apoyados y orientados para descubrir, a su propio ritmo, el mundo que los rodea; y cuando sus progresos en la adquisición de nuevas habilidades son reconocidos y celebrados. De esta manera, el niño emitirá nuevas señales de demanda, las cuales generarán respuestas rápidas y fortalecerán el desarrollo del aprendizaje, la autoestima, la identidad y la creatividad.

Para proveer el cuidado necesario, las familias requieren recursos esenciales y prácticas adecuadas que dependen, en gran parte, del nivel educativo, la autonomía sobre el uso de los recursos, el conocimiento y la información, el tiempo disponible, y la salud física y emocional de la madre. En la gran mayoría de las comunidades periurbanas y rurales del Perú, las familias carecen de los recursos esenciales y su acceso a información relevante es muy limitado. En áreas rurales, más de 50% de las madres son analfabetas y disponen de muy poco tiempo para el cuidado del bebé. En los departamentos andinos, el bebé es envuelto rígidamente y está impedido de realizar movimientos durante muchas horas. Aunque la práctica de llevar al niño en la espalda favorece la cercanía con la madre, entre ella y el bebé hay muy poca comunicación, gestos de afecto o manifestaciones de estímulo.

Aunque el niño pequeño tiene muy poca prioridad en la familia pobre, las prácticas de cuidado carentes de estímulo no significan una despreocupación de los padres sino más bien un desconocimiento de la trascendencia que tienen en el desarrollo. Por esto, las acciones que se emprenden para promover el crecimiento y el desarrollo temprano deben tener un enfoque integral e involucrar activamente a los padres, para que ellos puedan responder mejor a las necesidades de la primera infancia.

El programa Wawa Wasi y el programa de educación inicial que se implementan en el país constituyen una contribución importante a la promoción del desarrollo temprano en áreas periurbanas. Sin embargo, debido a la limitación de recursos, su cobertura es muy baja y la atención se concentra en niños mayores de 3 años.