

Cómo enfrentar la desnutrición y pobreza entre los niños de Andahuaylas

Giovanna Baltazar, Juan Escate y Fernando Yepes, Asociación Benéfica PRISMA¹

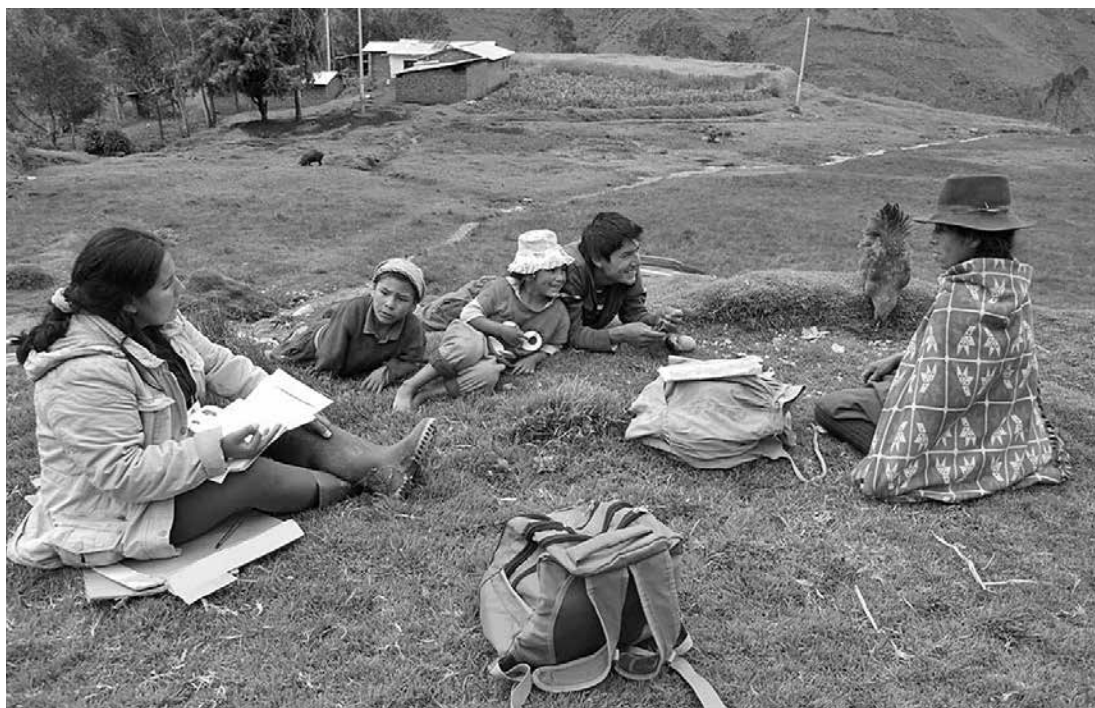


Foto: Asociación Benéfica PRISMA

Para enfrentar los niveles de desnutrición crónica en la zona estudiada, se propone fortalecer los servicios de salud, capacitando al personal y dotando a los centros de salud de equipos de antropometría e insumos para evaluar el desarrollo de los menores.

Este artículo sostiene que el 34% de menores de cinco años de tres distritos de Andahuaylas (Apurímac) padece de desnutrición crónica, cifra mayor a la reportada oficialmente. Tomando en cuenta la importancia de la nutrición en la formación de los menores durante sus primeros cinco años de vida, encuentra problemas, desafíos y presenta un conjunto de recomendaciones de política.

El presente artículo², que se centra en las condiciones de la población infantil de los dis-

tritos de Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas, busca dar a conocer el estado nutricional de los menores en dichos lugares. Durante los primeros cinco años de vida, el desarrollo es un factor determinante para el fortalecimiento del capital humano. Este proceso se inicia en la gestación y dura hasta los cinco años, periodo donde el cerebro se forma y madura a su máxima velocidad. Es precisamente el cerebro el pilar del desarrollo del niño, el mismo que depende de las condiciones del ambiente intrauterino y del entorno, y determina el potencial de las diferentes

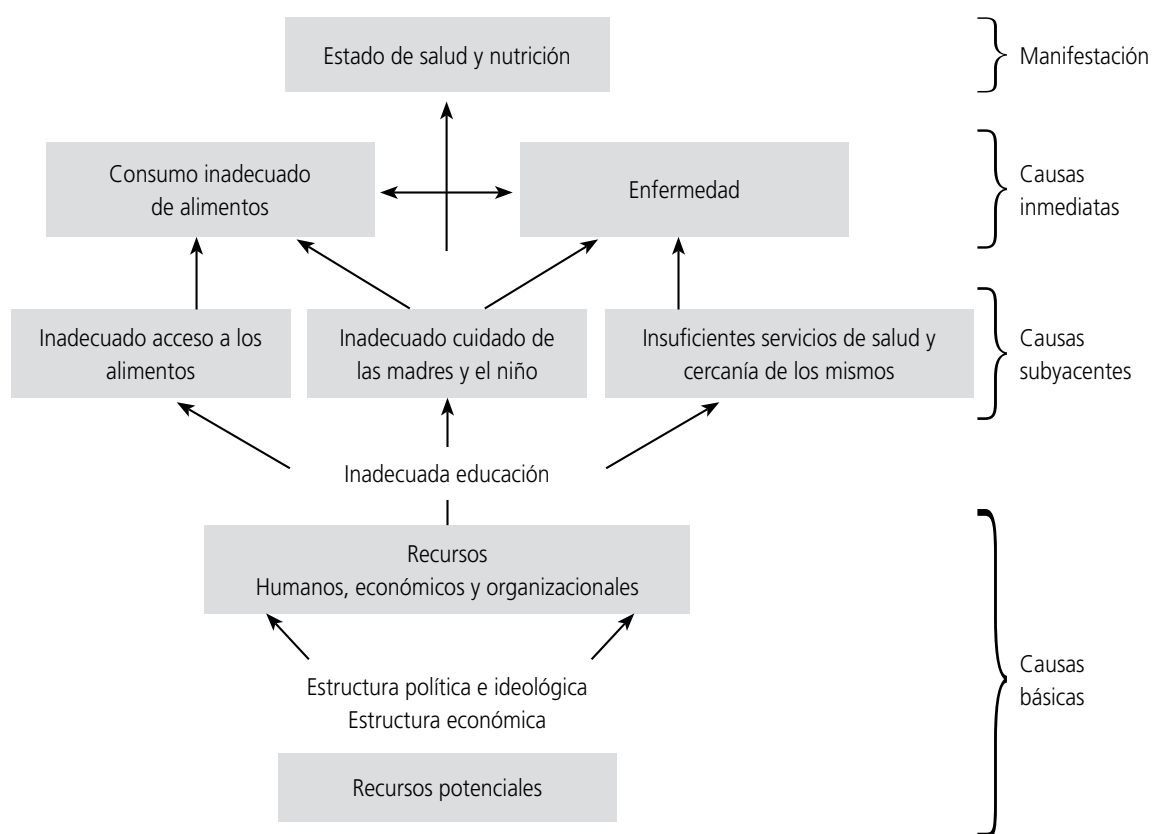
capacidades que tendrá la persona en su vida futura.

Si alguno de los factores mencionados líneas arriba fuese desfavorable, lo más probable es que el niño retarde su crecimiento y desarrollo. Las manifestaciones de este retardo son variadas y pueden ir desde un niño con baja talla para su edad, hasta consecuencias más graves, incluidos retardos psicomotores y cognitivos, así como dificultades en el aprendizaje, el lenguaje y la productividad a lo largo de su vida. Estos factores negativos son irreversibles y a menudo se transmiten generacionalmente,

1. Los autores del presente artículo son investigadores de la Asociación Benéfica PRISMA.

2. El presente artículo es una versión resumida de la investigación "Línea de base de desnutrición y condiciones de vida de los menores de cinco años de los distritos de Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas", financiada por el Fondo de Estudios y Consultorías Belga-Peruano (FECBP).

GRÁFICO 1
Causas de la malnutrición



Fuente: Unicef 1998.

lo que alimenta un círculo vicioso de pobreza que impacta negativamente a la sociedad en su conjunto.

En ese sentido, la línea de base desarrollada en la investigación que da pie a este artículo busca mostrar las diferentes consecuencias que genera la desnutrición crónica en los distritos evaluados. Se determinan indicadores de la condición nutricional de los niños menores de

“Los efectos de un mal estado nutricional se prolongan a lo largo de la vida, incrementándose el riesgo de padecer enfermedades crónicas, bajos logros académicos, y con ello, menores ingresos económicos”.

cinco años. Asimismo, se identifican los aspectos socioculturales de la población y se finaliza con propuestas para atenuar la desnutrición infantil.

Para el estudio, se tomó como referencia el “Modelo causal de la malnutrición”, difundido por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en el año 1998.

El estado nutricional de una persona es el resultado del equilibrio entre una adecuada nutrición y su estado de salud; es por ello que la ingesta insuficiente de alimentos y la enfermedad están consideradas como las causas inmediatas de la malnutrición. Existen además, ya sea por carencia o poca información, otras causas que tienen que ver con el acceso insuficiente a los alimentos, el acceso insuficiente o inadecuado a los servicios de saneamiento básico,

el acceso limitado a los servicios de salud, y el cuidado inadecuado del niño o niña.

Los efectos de un mal estado nutricional temprano se prolongan a lo largo de la vida, incrementándose el riesgo de padecer enfermedades crónicas y bajos logros académicos. Hablando en términos económicos, todo ello redundará en menores ingresos. Por esa razón, los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) enfatizan acciones a favor de la salud y la nutrición de las madres gestantes y los niños menores de cinco años.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

La metodología empleada corresponde a un estudio analítico basado en la observación de corte transversal,

“La prevalencia de desnutrición crónica entre los niños de la muestra es de 34%. Esta desnutrición refleja déficit de talla para la edad y es un indicador de una deficiencia prolongada de alimentación”.

con una representatividad a nivel distrital y general. La muestra del estudio comprendió a 365 niños menores de cinco años de los distritos de Andahuaylas, Talavera y San Jerónimo. Se emplearon criterios de muestreo aleatorio simple y se seleccionaron 24 comunidades en los tres distritos, de un total de 65, tanto del ámbito urbano como rural. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó aplicando un nivel de confianza del 95%. Se consideró un ajuste de 15%, pues el desarrollo del muestreo se realizó a través de la formación de agrupaciones de viviendas y no se visitó la comunidad de manera integral. Se consideró también un 10% de encuestas adicionales, tomando en cuenta los rechazos y ausencias en las viviendas seleccionadas.

El estudio también incluyó una evaluación a los establecimientos de salud de la zona, así como a actores sociales de las localidades

que tienen injerencia o interés en la problemática planteada. En el caso de los establecimientos de salud, se seleccionó un establecimiento del primer nivel por cada categoría existente³ en el distrito donde se desarrollaron entrevistas y encuestas; mientras que para las autoridades y líderes, se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales.

RESULTADOS

Para desarrollar este punto, abordaremos el análisis de los resultados según la siguiente clasificación: a) menores de 5 años y entorno social, y b) actores sociales.

a) Menores de cinco años y entorno social

Características de las viviendas

Son típicas de la región sierra. Predominan paredes de adobe (82%), pisos de tierra (72%) y techos de calamina (63%). El acceso al recurso hídrico es principalmente vía agua entubada (99%), mientras que la disposición de excretas se da a través de pozos artesanales (49%) y la red pública (34%).

Características sociodemográficas

En el 89% de hogares con niños menores de cinco años, la jefatura de hogar es masculina, y en el 11%

de hogares es femenina. El 72% de los jefes de hogar tienen como lengua materna el quechua y la tasa de analfabetismo es de 12%. El 92% de los jefes de hogar son trabajadores remunerados, 69% posee una condición de independiente, siendo la principal actividad económica desarrollada la agricultura (53%), seguida de los servicios (23%).

La mediana de la edad de las madres es de 29 años. El 71% de las entrevistadas tiene como lengua materna al quechua y la tasa de analfabetismo es de 21%, cifra que duplica la encontrada en los jefes de hogar varones. Alrededor del 50% de las madres ha alcanzado un nivel de instrucción primaria o menor. En cuanto a la actividad económica, 20% de ellas tiene un trabajo remunerado, 65% se dedica a su casa y el 15% son trabajadoras familiares no remuneradas; es decir, en general, las madres se dedican al cuidado del hogar y sus hijos. Entre las que trabajan, el 38% son independientes y la actividad principal que desarrollan es la agricultura.

Respecto a las características generales de los niños que forman parte de la muestra, 50% son menores de dos años, el 95% tiene DNI y el 81% accede al Seguro Integral de Salud (SIS). En cuanto a los programas sociales, el 44% participa del Vaso de Leche, y el 20%, del programa Cuna Más.

Situación de pobreza

Siguiendo la metodología utilizada por el INEI para la determinación de la pobreza, el estudio realizó la caracterización de las familias de los niños menores de cinco años, empleando la definición de pobre para los hogares que presentan por lo menos una necesidad básica insatisfecha (NBI), y pobres extremos para aquellos hogares que tienen dos

TABLA 1
Tamaño de muestra, hogares y niños evaluados según distrito

DISTRITO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	HOGARES EVALUADOS	NIÑOS EVALUADOS
Andahuaylas	109	110	124
San Jerónimo	103	107	131
Talavera	90	93	110
TOTAL	302	310	365

3. El primer nivel de atención presta servicios básicos en atención de salud y se subclasifica en cuatro categorías, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes.

o más necesidades básicas insatisfechas (NBI). Se ha considerado como una NBI la presencia de alguno de los siguientes indicadores: a) hogares en viviendas con características físicas inadecuadas; b) hogares en viviendas con hacinamiento; c) hogares en viviendas sin desagüe de ningún tipo; d) hogares con niños que no asisten a la escuela, y e) hogares con alta dependencia económica.

De este modo, se obtuvo que el nivel de pobreza en las comunidades estudiadas es de 26% y la incidencia de pobreza extrema de 3%. Sin embargo, a nivel de los tres distritos de la muestra, la pobreza es mayor en Andahuaylas, con un 36% de población en condición de pobreza, mientras que los distritos de San Jerónimo y Talavera registran niveles de 18% y 23%, respectivamente.

Estado de salud y nutrición

El 99% de las madres afirma haber tenido un embarazo controlado. El 78% de estos controles se consideran adecuados en términos de número y oportunidad. Solo el 1% de los niños nacieron en su domicilio, y alrededor del 98%, en un establecimiento de salud. El 93% de las madres declara

haber realizado el control de crecimiento y desarrollo a los niños. Sin embargo, al determinar si el control fue completo, solo el 70% realizó el control de antropometría y desarrollo psicomotor. Ambos controles son muy importantes: el control de antropometría permite evaluar el estado nutricional del niño, mientras que el control de desarrollo psicomotor permite conocer si su desarrollo cerebral es adecuado para su edad.

Respecto a la inmunización, el 83% muestra su tarjeta de vacunas, y se establece que el 30% de los niños menores de 12 meses tiene vacunas al día. Asimismo, el 40% de los mayores de 12 meses tiene vacunas completas.

Para la presentación de los resultados de la situación de morbilidad y nutrición en los niños, se utilizó, como parámetro de referencia, la información reportada por el INEI durante el desarrollo de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes 2014) para el departamento de Apurímac. Se trata del nivel de comparación, con data oficial disponible, más cercano al ámbito de evaluación (los distritos de Andahuaylas, Talavera y San Jerónimo).

Es así que observando la morbilidad, el 27% de los menores de cinco años reportó fiebre en los 15 días previos a la entrevista; 37%, tos, y 21%, diarrea. Estos valores están por encima de los reportados por la Endes 2014 para el departamento de Apurímac, donde se observa 13,6% de prevalencia de tos y 11,8% de prevalencia de diarrea.

Respecto al estado nutricional, según los parámetros utilizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de desnutrición crónica entre los niños de la muestra es de 34%. Esta desnutrición refleja déficit de talla para la edad y es un indicador de una deficiencia prolongada de alimentación adecuada, la cual impacta no solo en el crecimiento, sino también en el desarrollo del cerebro. En cuanto a la desnutrición aguda, se observa una prevalencia de 2%; esta desnutrición refleja un peso menor esperado para la talla y es indicador de una reciente carencia de alimentos o la presencia de enfermedades agudas o ambas; mientras que el índice de desnutrición global, un indicador de bajo peso para la edad que puede reflejar tanto la desnutrición crónica como la aguda o ambas, es de 9%. Estos valores sobre el estado nutricional difieren considerablemente con los reportados en la Endes 2014 para Apurímac, la cual observa 27% de prevalencia de desnutrición crónica, 0,3% de desnutrición aguda y 5,3% de desnutrición global.

Un indicador importante, que no fue parte de la evaluación, es la prevalencia de anemia; sin embargo, según los reportes de la Dirección de Salud Apurímac II, el 55% de los niños del ámbito de evaluación tiene anemia, y a nivel de los distritos evaluados, los valores son similares. Esta cifra está por encima de lo reportado oficialmente por el INEI para el departamento, que indica 36,1%.

Respecto a la situación de los servicios de salud, observamos que



La desnutrición infantil se refleja en déficit de talla para la edad y es un indicador de una deficiencia prolongada de alimentación adecuada, la cual impacta el crecimiento y el desarrollo cerebral.



De acuerdo con los resultados del estudio, el 30% de los niños menores de 12 meses tiene vacunas al día, mientras que el 40% de los mayores de 12 meses tiene vacunas completas.

cumplen con el personal requerido para la categoría en términos de atención específica; sin embargo, la mayoría de los establecimientos no cuenta con el personal adecuado para la atención infantil. En cuanto al equipamiento, hay aspectos que se cumplen, pero ninguno de los establecimientos cuenta con todo lo requerido para su categoría y para cumplir sus funciones básicas o primarias infantiles.

b) Actores sociales

Para la identificación de los actores sociales, se realizó un grupo focal, así como entrevistas en profundidad a

“A pesar de las limitaciones, los establecimientos de salud se constituyen como el principal eje articulador sobre el cual se organizan la mayoría de iniciativas destinadas a combatir la desnutrición infantil en la zona de estudio”.

personas representativas del ámbito de estudio; entre ellas, autoridades, líderes locales y profesionales.

Los principales actores sociales identificados pertenecen a los Gobiernos nacional, regional y local, así como a la sociedad civil, sea a través de organizaciones de base u organismos no gubernamentales. Cumplen diferentes labores: promoción (sensibilización, fortalecimiento de conocimiento, entre otros), prevención (acciones concretas de mejoras de condiciones sanitarias o de consumo nutricional) o atención (recuperación de la salud).

Uno de los principales involucrados en la lucha contra la desnutrición infantil es el Ministerio de Salud (Minsa). A pesar de las limitaciones, los establecimientos de salud se constituyen como el principal eje articulador sobre el cual se organizan la mayoría de iniciativas destinadas a combatir el problema en la zona.

Las municipalidades juegan también un rol importante, pues a través del programa Vaso de Leche se complementan aspectos nutricionales de la población infantil.

En el campo de las ONG, está el trabajo de KusiWarma, con el proyecto de “Crecimiento y desarrollo de calidad en niños y niñas menores de 3 años”, en San Jerónimo. Consiste en sistemas de vigilancia comunitaria del crecimiento, desarrollo temprano y mejoramiento en la crianza de cuyes para consumo de proteína animal. Asimismo, está el proyecto “Salud, nutrición y educación”, en Talavera. Este incluye el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria e implementación de biohuertos familiares para el acceso a vitaminas y minerales en las familias con gestantes y niños menores de tres años. Ambas intervenciones, si bien se focalizan en localidades específicas, son altamente reconocidas por los demás actores y población como provechosas. La ONG Solaris es también un actor importante y realiza visitas anuales preventivas.

Los programas sociales reconocidos son Cuna Más, Qali Warma y Juntos. Los dos primeros están relacionados como programas de intervención directa en temas de salud infantil; mientras que Juntos es criticado por los entrevistados para esta investigación por su desvinculación con este tema.

El sector educación cuenta con una acción puntual en Andahuaylas, a través de las escuelas promotoras de salud y del trabajo articulado con el sector salud para el desarrollo de acciones de capacitación docente y campañas con el Consejo Educativo Institucional (Conei).

Es importante mencionar que en los centros poblados se observaron dificultades que deben ser superadas para disminuir los niveles de desnutrición, como los altos índices de pobreza que limitan un mejor cuidado de los menores. Además, hay consenso sobre el poco interés de la población respecto al problema de la desnutrición infantil. Frente a ello, es necesaria una labor de sensibilización.

INDICADORES DE LA LÍNEA DE BASE

Alineándose a las políticas nacionales, y como institución rectora del Sistema de Información Nacional, el INEI puso a disposición una publicación⁴ que muestra los indicadores de resultados de los programas estratégicos 2007-2013.

Para la construcción de la siguiente tabla se ha utilizado como fuente de información el documento del INEI, tanto para el ámbito nacional y regional. Para el ámbito de estudio se han utilizado los resultados de la línea de base y la fuente local.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Teniendo en cuenta los resultados encontrados, se plantea una propuesta de intervención que contribuya a la disminución de la desnutrición crónica en la población de estudio y tenga como efecto directo la disminución de la prevalencia de anemia en los menores de cinco años. Para ello, se plantean acciones para los siguientes cuatro objetivos específicos:

Objetivo 1:

Mejorar prácticas, comportamientos nutricionales y cuidados de salud

Se demostró que existe demanda por los servicios de atención a los niños menores de cinco años, pues existen coberturas altas de control prenatal; control de crecimiento y desarrollo, y vacunación. Sin embargo, al hacer una revisión de la calidad de la atención, los resultados son poco favorables.

Es necesario reforzar las acciones para la mejora de las prácticas en salud y nutrición:

TABLA 2
Indicadores del Programa Articulado Nutricional

INDICADOR	INEI NACIONAL	INEI APURÍMAC	LÍNEA DE BASE
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (OMS)	17,5%	28,6%	33,7%
Proporción de niños entre 6 a 35 meses con anemia	46,4%	48,4%	66,2%*
Proporción de niños entre 6 a 35 meses que recibieron suplemento de hierro	23,6%	45,5%	76%*
Proporción de niños con bajo peso al nacer	7,8%	6,7%	3,9%*
Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	72,3%	90,7%	80,9%
Proporción de menores de 3 años con IRA ⁵ las últimas dos semanas	14,8%	14,6%	38,6%
Proporción de menores de 3 años con EDA ⁶ las últimas dos semanas	13,7%	20,8%	28,4%
Proporción de menores de 3 años con vacunas básicas completas	67,6%	74,7%	69%
Proporción de menores de 1 año con vacunas al día	64,3%	76,0%	27%
Proporción de hogares con acceso a agua tratada	95%	99,6%	99%
Proporción de hogares con saneamiento básico	90,2%	81,2%	93,2%
Proporción de hogares rurales con saneamiento básico	75,4%	75,0%	89%

*Fuente: Evaluación Anual de Indicadores de Gestión Operativa 2013 – Dirección de Salud Apurímac II

- Vigilancia del estado nutricional del niño y de la gestante.
- Suministro y seguimiento del consumo de micronutrientes por niños menores de cinco años y gestantes.
- Elaboración y difusión de material de comunicación, como mensajes radiales en el idioma local, entre otros.
- Capacitar al personal de salud para una mejor atención integral de los niños, especialmente en los servicios de crecimiento, desarrollo y nutrición.
- Dotar a los centros de salud de equipos de antropometría e insumos para la evaluación del desarrollo infantil y determinación de hemoglobina.
- Articular los programas sociales para asegurar que todos los niños beneficiarios realicen el control de crecimiento y desarrollo, vacunas y atención de salud.

Objetivo 2:

Fortalecimiento de los servicios de salud

Las propuestas para el logro de este objetivo son:

4. Esta publicación aborda diferentes programas estratégicos e incluye el de nutrición. Ver: http://proyectos.inei.gov.pe/endes/images/ppr2013_1er%20Semestre.pdf

5. IRA: infección respiratoria aguda.

6. EDA: enfermedad diarreica aguda.

- Elaborar protocolos de atención para niños con anemia que involucren el suplemento con hierro. El protocolo actual considera la desparasitación de los niños previa a la suplementación o tratamiento, por lo que es necesario considerar la organización de ambas actividades de manera conjunta.

Objetivo 3:

Mejora de la gestión local en salud y nutrición

Este resultado es clave para la sostenibilidad de la intervención, y deberá iniciarse con la incidencia a las autoridades locales, funcionarios del sector salud, programas sociales y población general sobre la importancia de la reducción de la desnutrición y anemia en sus comunidades y distritos. Para fortalecer el seguimiento y la implementación de actividades, se constituirá la instancia de articulación local donde se establezca el plan de salud y nutrición que debe desarrollar principalmente lo siguiente:

- Implementar un sistema de acompañamiento técnico para mejorar la gestión local en salud y nutrición, mediante la instalación de la instancia de articulación local y la elaboración del plan de salud y nutrición.
- Desarrollar reuniones de información y motivación con actores locales, a través de la difusión de los resultados del diagnóstico en salud y nutrición y la elaboración del plan de intervención sobre los determinantes a nivel local.
- Brindar asistencia técnica para que se utilice, desde el Gobierno local, el plan de incentivos municipales (PIM), a través del cual el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) busca fortalecer la participación de los Gobiernos locales para mejorar las condiciones de vida de la población priorizada.

“Las diferencias de género son fundamentales para entender y abordar el problema de la desnutrición infantil, pues son las madres las que reciben la total responsabilidad del cuidado de los niños”.

- Brindar asistencia técnica a nivel del sector salud para el presupuesto por resultados (PPR) en el programa presupuestario estratégico (PPE) de nutrición y en el de salud materno-neonatal.

Objetivo 4:

Monitoreo de la intervención

Para poder lograr un buen sistema de monitoreo, además de la capacitación de los operadores en este componente, es necesario diseñar instrumentos que faciliten el seguimiento de los niños y, de ser posible, utilizar sistemas informáticos para la generación de reportes que faciliten el trabajo de los operadores de la intervención.

CONCLUSIONES

A partir de la identificación de las relaciones establecidas entre los actores por los informantes clave, se concluye que existe consenso generalizado en que se necesitan programas de capacitación y sensibilización de la población como algunos de los principales componentes para abordar el problema de la desnutrición infantil. Estos programas deberían ser ejecutados por instancias del Gobierno central o desde la municipalidad —como eje articulador—, en coordinación con los otros programas como Juntos, Cuna Más y establecimientos de salud.

También hay consenso en la necesidad de realizar un trabajo coordinado entre los diferentes acto-

res que abordan el tema de la desnutrición infantil, a fin de sensibilizar a la población y no repetir esfuerzos que puedan darse de otra forma y de manera aislada.

Hay consenso en que la población está dispuesta a trabajar con los programas y organizaciones vinculadas al tema cada vez que los sectores salud y educación soliciten que se desarrolle cualquier intervención que contribuya a la lucha contra la desnutrición infantil y su enfermedad asociada, la anemia.

Por el lado contrario, no hay consenso en cómo identificar a los principales determinantes de los altos niveles de desnutrición y desnutrición crónica en la población menor de tres años, debido a la cantidad de factores involucrados, como la pobreza, el desinterés local, la falta de conocimiento de la población, entre otros. Algunas personas consideran que los principales responsables son los padres de familia por el descuido de sus hijos. Otros, que el municipio debería tener mayor participación; mientras que el personal de salud de los diferentes establecimientos observa que el programa Juntos debería exigir un control más exhaustivo de los controles médicos obligatorios para atender y hacer seguimiento del estado de salud de los menores de edad pertenecientes a familias beneficiarias.

El tema de género es fundamental para entender y abordar el problema de la desnutrición infantil, pues son las madres quienes reciben la total responsabilidad del cuidado de los niños, sumado al poco interés que tienen los padres sobre el cuidado de la salud de los menores.

Un dato alarmante es que en comparación con los resultados hallados por el INEI para el departamento de Apurímac, los resultados encontrados en el presente estudio superan los indicadores de desnutrición crónica, anemia e incidencia de IRA y EDA, por lo que se hace urgente una intervención al respecto.



La investigación recomienda enfatizar el componente de género, por ser las mujeres, en su mayoría, quienes deben enfrentar la prevención del problema de la desnutrición de sus hijos o asumir la solución.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones generales

Es necesario considerar el diagnóstico y seguimiento de la situación de la anemia y la desnutrición debido a que constituye un problema de salud.

Es necesario evaluar la calidad del servicio ante la demanda de servicios de atención preventiva y evaluar las competencias del personal de salud para determinar su capacidad de resolución de problemas.

Se debe enfatizar el componente de género, pues se trata de un eje primordial para la resolución del problema de la desnutrición y problemas de salud de los menores de cinco años.

Se recomienda tomar acciones inmediatas que involucren la participación de todos los actores, debido a que las cifras muestran una altísima prioridad.

Recomendaciones de política

- Dirección de Salud Apurímac II: Desarrollar una propuesta para brindar apoyo técnico que coadyuve a alinear y articular las políticas municipales orientadas a esta temática.
- Establecimientos de salud: Fortalecer las capacidades del personal de salud involucrado en los servicios de atención de menores de cinco años (Aiepi⁷ comunitario y manejo de normas) y estandarizar estos criterios en los establecimientos de salud locales.
- Municipalidad: Precisar objetivos y metas institucionales relacionados al tema, y realizar esfuerzos para que los representantes políticos y de gestión lo tomen como prioridad, asumiendo compromisos concretos.
- Midis: Coordinar programas para trabajar hacia la misma meta.

- Minedu: Aprovechar el alcance y potencial que tienen las instituciones educativas para promover cambios en los hábitos de salud y alimentación de los niños. Para ello es necesario el involucramiento de las autoridades educativas.
- Organizaciones locales: La Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza puede asumir un rol protagónico en el esfuerzo de articulación vinculado a esta problemática. Se propone evaluar la posibilidad de que sea el actor que lidere este esfuerzo a nivel local.

BIBLIOGRAFÍA

CENAN

2004 *Lineamientos de nutrición materno-infantil del Perú*. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

FLEISS, J. L.; LEVIN y M. C. PARK

2003 *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York.

HILBE, J.

1993 «Sample size determination for means and proportions». En *Stata Technical Bulletin n.º 11*.

INEI

2012 *Encuesta demográfica de salud familiar*.

s/a *Perú: Indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2007-2013*.

LEÓN-CAVA, Natalia

2002 *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de evidencia*. Washington, D.C.: OPS.

ROSNER, B.

2000 *Fundamentals of Biostatistics 2nd ed.* CA: Brooks/Cole.

7. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.