

CLAVES DE LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN EL PERÚ: EL CASO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

KEYS TO THE REDUCTION OF CHRONIC CHILD MALNUTRITION IN PERU: THE CASE OF THE PRESUPUESTO POR RESULTADOS

Entregado: 30 de marzo 2022 | Aprobado: 15 de junio 2022

LUIS CORDERO

MÉDICO CIRUJANO Y CONSULTOR
EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN
SOCIAL Y SALUD
LUCHOCORDERO@GMAIL.COM

ARIELA LUNA

EXMINISTRA DE DESARROLLO
E INCLUSIÓN SOCIAL
MÉDICA CIRUJANA Y CONSULTORA
EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN
SOCIAL Y SALUD
ALUNA@ATIPAY.COM

ROGER SALHUANA

GERENTE GENERAL DE ATIPAY
INNOVACIÓN PARA LA GESTIÓN
ECONOMISTA Y EXCOORDINADOR DE
PRESUPUESTO POR RESULTADOS DEL
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
RSALHUANA@ATIPAY.COM

GABRIEL RAMOS

POLÍTILOGO Y CONSULTOR EN POLÍTICAS
PÚBLICAS
GABRIEL.RAMOS@PUCP.EDU.PE

RESUMEN

En Perú, de acuerdo con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre 1995 y 2007, la prevalencia de desnutrición crónica (DCI) se mantuvo casi invariante alrededor del 28%. A partir del año 2008 hasta el 2014, el indicador de DCI cayó más de 14 puntos en el promedio nacional, con una mayor reducción en los niños de los quintiles más pobres. Este hecho convirtió a la lucha contra la DCI en Perú como uno de los casos más exitosos de política social en el mundo. Detrás de todo ello, estuvo un conjunto de innovaciones en materia de política y gestión financiera y presupuestal que propiciaron una entrega oportuna de servicios eficaces para atacar este problema. Este artículo tiene como objetivo describir estas innovaciones, así como los hitos clave que permitieron tal reducción de la DCI. Se resalta la relevancia de atender esta problemática para el desarrollo humano; asimismo se describe la magnitud de la DCI en el Perú; se identifican las fallas de gestión del Estado peruano que obstaculizaban una intervención exitosa; y por último se describen las innovaciones que hicieron posible el éxito señalado.

PALABRAS CLAVE: Políticas sociales, Presupuesto por resultados, Desarrollo infantil temprano, Desnutrición crónica infantil, Perú

ABSTRACT

In Peru, according to data from the Demographic and Family Health Survey (ENDES), between 1995 and 2007, the prevalence of chronic malnutrition (DCI) remained almost invariant at around 28%. From 2008 to 2014, the DCI indicator fell more than 14 points from the national average, with a greater reduction in children from the poorest quintiles. This fact made the fight against the DCI in Peru one of the most successful cases of social policy in the world. Behind all this, there was a set of innovations in financial and budgetary policy and management that led to the timely delivery of effective services to attack this problem. This article aims to describe these innovations, as well as the key milestones that enabled such a reduction in DCI. The relevance of addressing this problem for human development is highlighted; likewise, the magnitude of the DCI in Peru is described; management failures of the Peruvian State that hindered a successful intervention are identified; and finally, the innovations that made this success possible are described.

KEYWORDS: Social policies, Budget for results, Early childhood development, Chronic child malnutrition, Peru

DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, RELEVANCIA PARA EL DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano es un proceso continuo de interacción entre la predisposición genética y el entorno físico y social. La arquitectura cerebral se va consolidando progresivamente desde antes del nacimiento hasta la edad adulta, alcanzando una aceleración máxima en los primeros años de vida. Este periodo es conocido como infancia temprana, y abarca desde la gestación hasta los 5 años de vida. En él se establecen las bases para el desarrollo, existiendo evidencia científica sobre la relación entre las condiciones de la gestación e infancia y los resultados de salud, aprendizaje y conducta en la adolescencia y la adultez (Fogel 2003; Gluckman and Hanson, 2005; Heckman, 2007). En ese sentido, la infancia temprana constituye la etapa más determinante para una persona, para su entorno cercano y ciertamente para el país.

Esta etapa se ve influenciada por la interacción de los genes y las experiencias del entorno. Un escenario de condiciones negligentes hacia el niño es camino seguro a la infelicidad y el subdesarrollo. Un escenario de condiciones favorables, por el contrario, conlleva a la prosperidad, el bienestar y una mayor equidad. Por estas razones, los países deben contar con políticas públicas que protejan a la infancia temprana generando condiciones favorables para su desarrollo a nivel físico, emocional, cognitivo y social. La inversión en este periodo permite que las personas logren alcanzar su máximo potencial y desarrollar su capital humano.

En esta fase, las infecciones y la desnutrición son limitantes frecuentes, y las tasas de mortalidad son más altas (Hill et al., 2017). Al respecto, la desnutrición crónica infantil (DCI), es un tipo¹ de desnutrición en la cual el niño presenta un estado nutricional (medido en función de la talla o longitud) por debajo del valor límite mínimo esperado según su edad y sexo, siendo su velocidad de crecimiento inadecuada. Esto es consecuencia de la exposición a factores ambientales, tales como enfermedades diarreicas y respiratorias, y la deficiencia de micronutrientes como el zinc y el hierro. Si esta exposición se mantiene, los niños ven reducida su velocidad de crecimiento y tras los primeros 24 meses de vida existe una alta probabilidad de que desarrollen desnutrición crónica. Esto tiene consecuencias irreversibles sobre el desarrollo del infante, y también reduce las posibilidades de desarrollo económico de los países, porque incrementa el riesgo de mortalidad, reduce la capacidad física y la productividad económica, reduce la capacidad intelectual y de aprendizaje, enlentece el crecimiento físico, y puede causar enfermedades crónicas, cardiovasculares o metabólicas (Wisbaum, 2011).

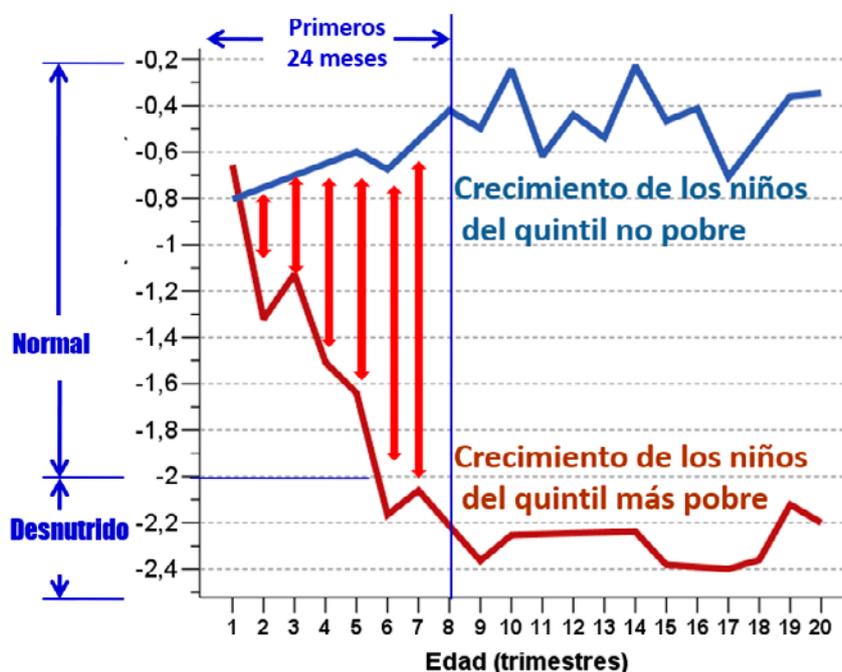
EL TEMPRANO DETERIORO DE LAS CAPACIDADES DE LOS NIÑOS EN EL PERÚ

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre 1995 y 2007, la prevalencia de desnutrición crónica se mantuvo alrededor del 28% a nivel nacional. Este promedio, sin embargo, oculta las enormes disparidades entre grupos humanos de diferentes ámbitos. Para el 2007, la cifra de prevalencia de DCI a nivel nacional era de 28.5%, mientras que en el ámbito rural era 45% y en las zonas urbanas 15.6%. En Huancavelica, el departamento más pobre del Perú, el 60% de los niños y niñas presentaban desnutrición crónica.

Estas diferencias no son consecuencia natural de haber nacido en uno u otro ámbito, sino reflejan dinámicas políticas, sociales y económicas que desfavorecen a uno de los grupos. En efecto, al momento de nacer las relaciones talla/edad son las mismas para todos. Pero, inmediatamente después las trayectorias de crecimiento de los niños más pobres se van separando, hacia abajo, paulatinamente de aquella mostrada por los menos pobres, hasta presentar una diferencia o brecha aparentemente inamovible luego de los dos años de edad (Gráfico 1).

1 Existen otros dos tipos de desnutrición: i) la desnutrición aguda, cuando el niño o niña tiene un peso por debajo de lo mínimo esperado para su talla, y ii) la condición llamada "hambre oculta", que se refiere a la deficiencia de micronutrientes (minerales y vitaminas), siendo la anemia por deficiencia de hierro la principal causa de la anemia nutricional.

Gráfico 1.
Índice de talla/edad de los niños peruanos según quintil de pobreza



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES

A lo largo de los años, distintos sectores del Estado, el sector privado y la sociedad civil, implementaron numerosos programas y proyectos, destinando recursos para abordar este problema. No obstante, “la falta de visión y voluntad política, y un conjunto de programas de nutrición dispersos y carentes de coordinación ocasionaron tasas de retraso en el crecimiento persistentemente elevadas” (Marini y Rokx, 2017). Las intervenciones fueron esencialmente programas de alimentación o asistencia alimentaria, con limitada o nula eficacia en la lucha contra la DCI.

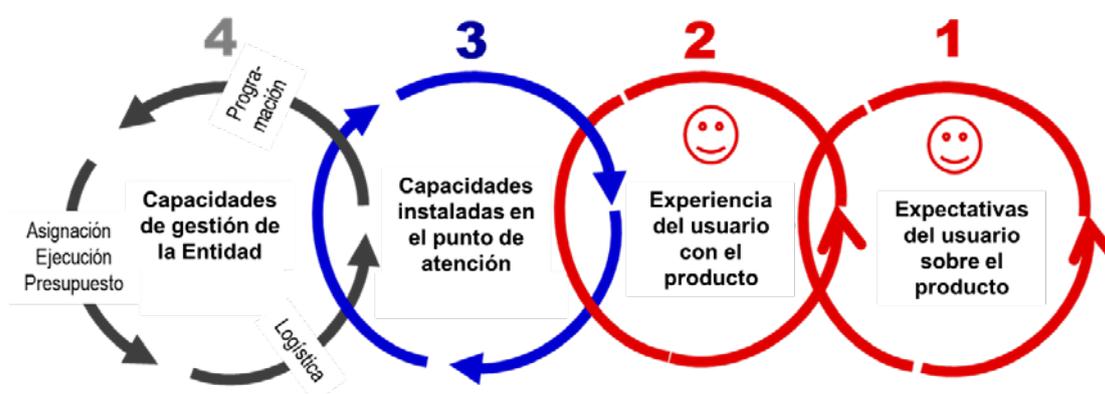
Por otro lado, independiente de la eficacia de estas iniciativas, el mayor reto era la capacidad del Estado para entregar con calidad los servicios a los ciudadanos. El Estado peruano, en algunos casos adolece de la capacidad de responder con eficiencia a desafíos complejos (Dargent, 2015), teniendo dificultades de contar con una burocracia profesional, con cierto nivel de especialización, que tengan la habilidad para implementar políticas públicas, libres de influencias externas (Bersh, Praca & Taylor, 2013).

FALLAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES

La implementación de políticas es un proceso complejo sujeto a múltiples factores difíciles de controlar (Tabak et al., 2012; Damschroder et al., 2009; Davies et al., 2010). La escasez y muchas veces el mal uso de recursos para financiar los servicios públicos son un problema histórico que hace aún más importante la innovación conducente a la efectividad del gasto en América Latina. En el caso de la lucha contra la desnutrición crónica, para el 2007 había una serie de fallas en la implementación de los servicios públicos, que ocasionaban una intervención ineficiente e inercial por parte del Estado con escasos resultados en la reducción de la DCI. Podemos analizar estas fallas a partir de los siguientes dominios (Figura 1):

Figura 1.

Cuatro dominios de análisis para identificar fallas en la implementación de las intervenciones



Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, las características de los servicios, como las incluidas en las intervenciones educativas del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), suelen ser no concordantes con las expectativas de los usuarios. Por ejemplo, las sesiones demostrativas de preparación de alimentos para niños de 6 a 12 meses son muy eficaces para promover el consumo de alimentos ricos en hierro; sin embargo, lograr una implementación exitosa depende de que la entrega del producto satisfaga las expectativas de los usuarios. Además, los servicios priorizados en la mayoría de los casos son de alcance universal; sin embargo, justo las poblaciones que se encuentran con mayor riesgo de padecerla, como los pueblos indígenas u originarios, no acceden a estos servicios. Entre las razones frecuentemente identificadas, además de la lengua, aparecen otras vinculadas con sus conocimientos tradicionales, que requieren de una mejora en la pertinencia cultural de los servicios.

En segundo lugar, la experiencia de los usuarios durante la recepción de los servicios se ve afectada principalmente por la organización del punto de atención donde se entregan los productos (establecimientos de salud), y el acceso físico que tiene la población a dichos puntos de atención. En la entrega del servicio, la experiencia es afectada por la desorganización en procesos críticos de los puntos de atención que genera largas colas para obtener un cupo de atención, prolongados periodos de permanencia dentro del punto de atención, y contactos innecesarios dentro del establecimiento de salud antes de recibir el servicio por el cual acudió.

De igual manera, la distribución geográfica de los puntos de atención juega un rol importante en la oferta de los servicios preventivos y promocionales para la reducción de la DCI, como son las vacunas y el CRED. Los usuarios suelen tener menos predisposición por buscar este tipo de servicios, a diferencia de la búsqueda de atención de servicios curativos y recuperativos. Asimismo, los tiempos de desplazamiento mayores a los 30 minutos inhibe el uso de este tipo de servicios, de manera que, en un contexto de limitados recursos, la distribución espacial de los establecimientos de salud y la eliminación de las barreras geográficas de acceso físico son cruciales para mejorar la cobertura de los servicios priorizados.

En tercer lugar, un amplio espectro de variables son las que caracterizan las capacidades de gestión; de organización; y resolutivas de los puntos de atención (establecimientos de salud). Para la experiencia peruana en la lucha contra la DCI, tres aspectos resultaron ser los más relevantes:

- Primero, se encontró una deficiencia en la mezcla de insumos en los puntos de atención por problemas de adquisición y logísticos, que generaban la ausencia de uno u otro insumo, y por ende la no entrega oportuna de los servicios. Por ejemplo, se disponía de vacuna, pero no de la jeringa; se disponía de la balanza, pero no del tallímetro; se disponía de todos los utensilios para realizar una sesión demostrativa de preparación de alimentos, pero bajo las normas vigentes no era posible comprar los ingredientes para realizar las sesiones; se disponía del equipo para realizar la prueba de hemoglobina, pero no se tiene la lanceta para extraer la gota de sangre, etc. Esta ineficiente mezcla resultó ser uno de los principales factores de porque más presupuesto no se transformó en más servicios, a pesar de haberse ejecutado todos los recursos.
- Segundo, se encontraron problemas en la disponibilidad y competencias del personal. Es decir, brechas de personal, pero a su vez fallas en la programación de turnos y el requerimiento de personal, para una adecuada conexión entre la oferta del servicio y la demanda de los usuarios por este servicio. Asimismo, la

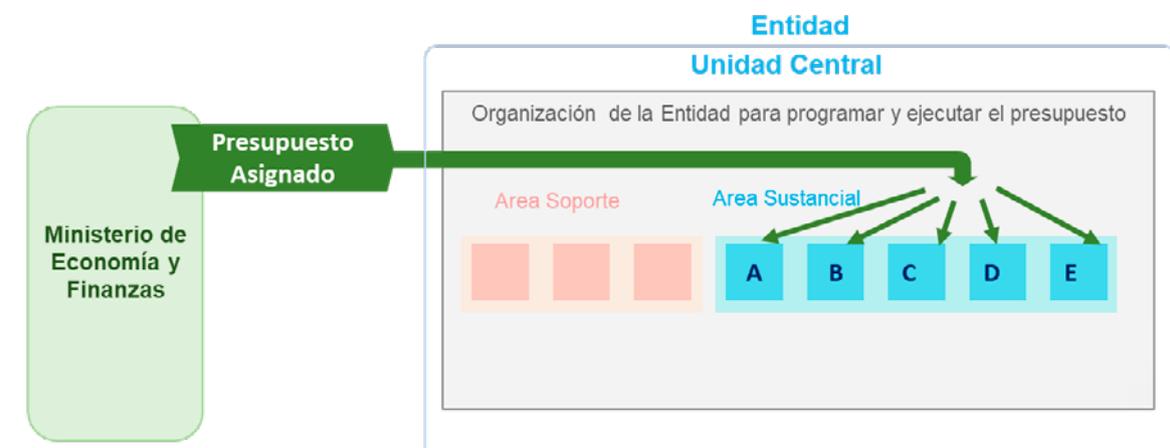
puesta en marcha de nuevas intervenciones o modificaciones a las ya existentes son intensivas en acciones de capacitación; sin embargo, estas acciones no suelen ser lo suficientemente efectivas en desarrollar las competencias del personal. En cada contexto, a priori es difícil definir una u otra modalidad de capacitación, y en ese sentido, es necesario continuamente evaluar la efectividad de la modalidad de capacitación.

- Tercero, la disponibilidad de datos para la gestión, tales como los datos del usuario y los datos de la prestación de servicios, presentan amplios márgenes de error lo cual afecta seriamente la distribución de los insumos críticos para la entrega del servicio.

En cuarto lugar, en términos generales, las entidades² se organizan en dos estructuras para la entrega de los servicios públicos: una Unidad Central y una Red de Puntos de Atención. La primera asume los roles y responsabilidades sobre la conducción, gestión, supervisión y soporte; mientras la segunda, su responsabilidad central es la entrega de los servicios a las y los usuarios. Las Unidades Centrales, a su vez, están conformadas por dos estructuras, el Área de Soporte y el Área Sustancial. En la primera se encuentran las oficinas de presupuesto, administración y logística. En la segunda, las unidades de línea responsables del diseño y organización de la entrega de los productos. En este marco, se identificaron cuatro fallas en la capacidad de gestión de las entidades para la lucha contra la DCI.

Primero, la manera cómo las entidades se organizaban para programar, asignar y ejecutar el presupuesto público destinado a combatir la DCI generaba ineficacia en la atención del problema. El presupuesto era redistribuido priorizando las divisiones del área sustancial de las entidades y no necesariamente los productos priorizados y sus líneas de producción. Esto era un problema, ya que la contabilidad de costos del organigrama es diferente a la contabilidad de costos de la línea de producción de los servicios. Al momento de programar, la competencia perversa entre las áreas por más presupuesto conlleva a que dependiendo del poder del funcionario, el área a su cargo recibe mayor o menor presupuesto. En este esquema, el poder para gastar (formular, ejecutar y reasignar) recae en los jefes de área, subdivisiones, y no en los “gerentes” de productos. Visto de una manera gráfica en la Figura 2.

Figura 2.
Asignación del presupuesto al interior de la entidad

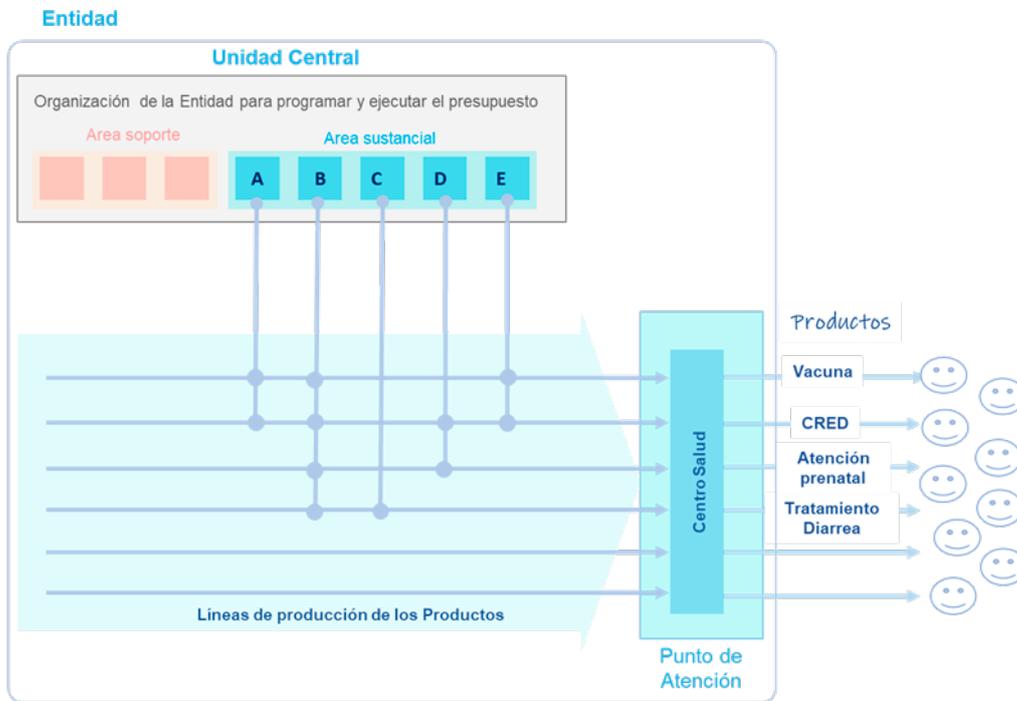


Fuente: Elaboración propia

En su defecto, se esperaría que las actividades de las áreas y su programación presupuestal se entrelacen en una estructura matricial que asegure el correcto engranaje de la línea de producción de los servicios, y su provisión oportuna a la ciudadanía, con estándares de eficiencia, eficacia, calidad y economía (Figura 3).

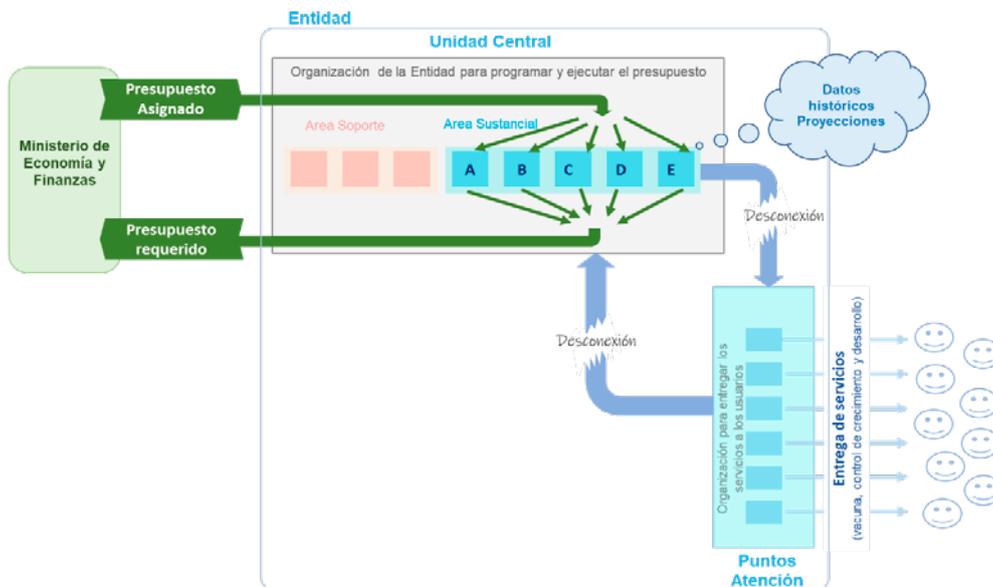
2 Con “entidades”, nos referimos a aquellas organizaciones públicas que, según las disposiciones legales del Estado, tienen como principal atributo la facultad de programar y ejecutar presupuesto público. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) las denomina “Unidades Ejecutoras”.

Figura 3.
Estructura matricial de la programación y ejecución del presupuesto para la provisión de servicios



Fuente: Elaboración propia

Figura 4.
Gestión del presupuesto desconectado de la red de puntos de atención



Fuente: Elaboración propia

Segundo, en consecuencia, existía una desconexión entre las decisiones de gestión de los decisores de la Unidad Central de la entidad y las acciones de los puntos de atención donde se realizaba la provisión del producto a los usuarios. Es decir, la autorización o aprobación de gastos para la adquisición de insumos requeridos para

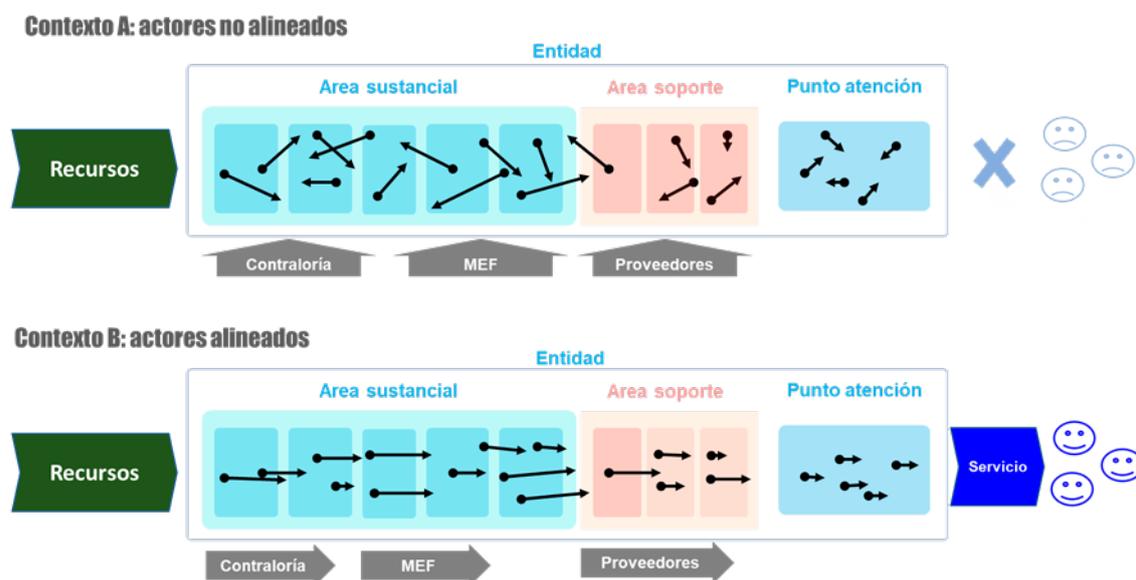
la provisión de los servicios, estaba desconectada de la organización y necesidades de los puntos de atención, desconociéndolos al momento de la asignación presupuestal.

Tercero, por consiguiente, las áreas sustanciales tomaban sus decisiones de gestión en cuanto a la programación de necesidades de insumos, estimaciones de presupuesto, adquisición de los insumos y la distribución de estos hacia los puntos de atención, principalmente basados en datos históricos o proyecciones. Esta inercia presupuestal en la programación y ejecución del presupuesto, denotaba una contradicción entre las reglas fiscales y la estructura del gasto para implementar las intervenciones.

En quinto lugar, fue posible identificar amplias diferencias de alineamiento de los intereses de los actores de la línea de producción de los productos, que se revelan al momento de aprobar, autorizar, negociar o acordar operaciones de transacción (intercambio de datos, dinero, insumos, etc.) entre los funcionarios de la entidad e incluso con actores externos. En contraposición a lo imprescindible en el sector privado, donde el éxito, y por tanto las utilidades, radica en lograr el perfecto alineamiento de cadena de decisores con el servicio que recibe el usuario, en el contexto de la gestión pública, la dinámica de las transacciones no responde precisamente al propósito de incrementar la cobertura de los servicios priorizados, sino a la superposición de la diversidad de intereses y a otras coyunturas y circunstancias.

En la parte superior de la Figura 5, se presenta un esquema donde los intereses de los actores no están alineados (contexto A). En este diagrama, cada flecha representa un actor, la dirección de la flecha denota el sentido de los intereses del actor, y el tamaño su poder al interior de la entidad. Estos actores que pertenecen a diferentes divisiones, toman decisiones que afectan en un sentido u otro el gasto público en la adquisición de los insumos para la entrega del servicio a los usuarios. Cuando los intereses de los actores no están alineados se reduce la probabilidad de entrega del servicio. Por el contrario, en el contexto B, se ilustra el escenario de alineamiento total de los actores con la línea de producción del servicio, incluyendo a actores externos a la Entidad (Contraloría, Ministerio de Economía y Finanzas y proveedores del Estado), y con ello, una mayor probabilidad de entrega.

Figura 5.
Alineación de los actores vinculados con la línea de producción de los servicios



Fuente: Elaboración propia

Este alineamiento era distinto en el caso de dos productos prioritarios para la reducción de la DCI: las vacunas y el CRED. En el caso de las vacunas, los usuarios presionaban cuando escaseaba la aplicación de vacunas, un importante grupo de actores estaban interesados en ampliar el esquema de vacunación, los proveedores promovían activamente la incorporación de nuevas vacunas, y desarrollaban diferentes estrategias de movilización orientadas a promover las vacunas. Por el contrario, en el caso del CRED, era un servicio no muy valorado, y no existía actores activamente desplegando acciones que mejoren su implementación, mostrando escepticismo respecto a sus efectos, y resistencia para aprobar incrementos presupuestales.

¿QUÉ PASÓ ENTRE EL 2007 Y EL 2014?

Entre el año 2007 y 2014, la reducción de la DCI se caracterizó por ser rápida y predominantemente en los grupos poblacionales menos favorecidos. En este periodo cayó 14 puntos en el promedio nacional. En niños de las zonas rurales, la reducción entre esos años fue de 16.9 puntos, en los niños del quintil más pobres se redujeron 15.2 puntos, en los niños del segundo quintil más pobre se redujeron 25.6 puntos, y en niños hijos de madres sin instrucción o primaria se redujo en 17.1 puntos (Tabla 1).

Tabla 1.

Variación de la prevalencia de DCI en Perú entre el 2007 y 2014 en grupos poblacionales menos favorecidos

Prevalencia de DCI	2007	2014	Reducción
En niños de las zonas rurales	45.7	28.8	16.9
En niños de las zonas rurales de la Sierra	49.8	32.8	17.0
En niños de las zonas rurales en la Selva	40.3	27.4	12.9
En niños hijos de madres sin instrucción o primaria	47.2	30.1	17.1
En niños del quintil más pobre	49.2	34.0	15.2
En niños del segundo quintil más pobre	39.6	14.1	25.6

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES

Este cambio drástico se debió principalmente a la aplicación de esquemas decisionales en la gestión de las finanzas públicas que generaron un efecto en cadena sobre la burocracia nacional y regional que derivó finalmente en que el aumento de la cobertura de los servicios que funcionan (Cruzado, 2012). A este modelo diferenciador lo denominaron el Presupuesto por Resultados (PpR), y apareció formalmente en la Ley N° 28927, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, como una reforma en la gestión presupuestal cuya aplicación se iniciaría en acciones a favor de la infancia. El PpR introdujo una nueva forma de decidir qué es lo que se va a financiar; cuánto se va a financiar; a quién (entidad) se va a financiar; y cómo se va a ejecutar y proveer los servicios públicos, buscando un alineamiento de intereses desde el más alto nivel político, pasando por el presupuestal, con el nivel operativo y gerencial.

Dicha ley creó la figura del “Programa Presupuestal Estratégico” (PPE) el cual constituiría una estrategia para resolver un problema público relevante al desarrollo definida desde la evidencia científica. Estos PPE tenían además expresión en la estructura del gasto público a través del Clasificador Funcional-Programático. Esto último facilitó la toma de decisiones de asignación dirigida a servicios (y a entidades que participan en la provisión de los mismos) y el monitoreo del flujo financiero conectado al flujo de servicios y de gestión en la cadena de abastecimiento.

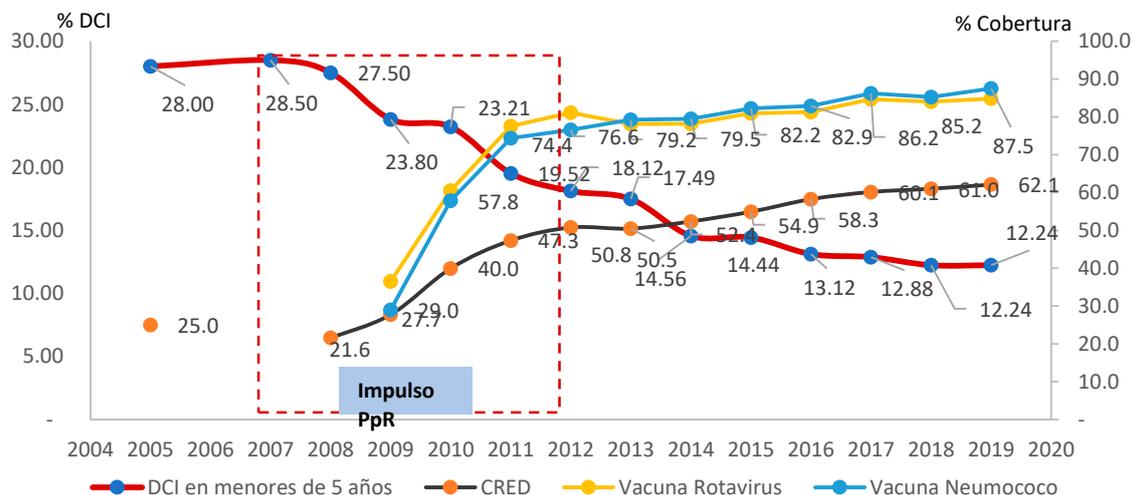
Para asegurar que los recursos asignados se orienten precisamente a la contratación del personal y la adquisición de materiales y equipo que requería los servicios que funcionan según la evidencia, se creó la figura de la “asignación condicionada de recursos”. Según ella, una cantidad importante de recursos adicionales asignados se transferían finalmente sí y sólo sí la entidad receptora haya realizado mejoras específicas en su gestión financiera y de abastecimiento³, incluyendo el uso extensivo del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). Esta herramienta permitió una gestión transparente frente al Ministerio de Economía y Finanzas, visibilizando el detalle de lo que las unidades de gasto venían programando, adquiriendo y contratando. De esta forma se pudieron anticipar problemas de desajuste en la gestión durante el proceso mismo de ejecución de los recursos.

Para el caso de la lucha contra la DCI, se formuló e implementó el primer PpR para combatir la desnutrición crónica en menores de 5 años, denominado “Programa Articulado Nutricional” (PAN). En este, la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del Ministerio de Economía y Finanzas además de su función tradicional de gestión de la caja y control del equilibrio fiscal, implementaría instrumentos orientados a una asignación eficiente y gestión efectiva del presupuesto involucrado en este PpR. Tal implementación incluyó la aprobación de asignaciones dirigidas a la reducción de la DCI, el monitoreo de su ejecución adecuada, y la medición semestral

3 Por ejemplo, formular sus presupuestos según las estructuras de costos de los productos y al uso de un sistema integrado de información administrativa, que permitía organizar la gestión de los stocks y flujos de insumos hacia los puntos de desarrollo de los servicios.

y anual de indicadores de producto y resultado a nivel nacional con inferencia departamental⁴. Estos cambios e instrumentos creados, tuvo efecto en las coberturas de los servicios más importantes según la evidencia para la reducción de la DCI (CRED, vacuna rotavirus y vacuna neumococo), los cuales subieron rápidamente y la DCI empezó a caer sostenidamente como consecuencia final (Cruzado, 2012).

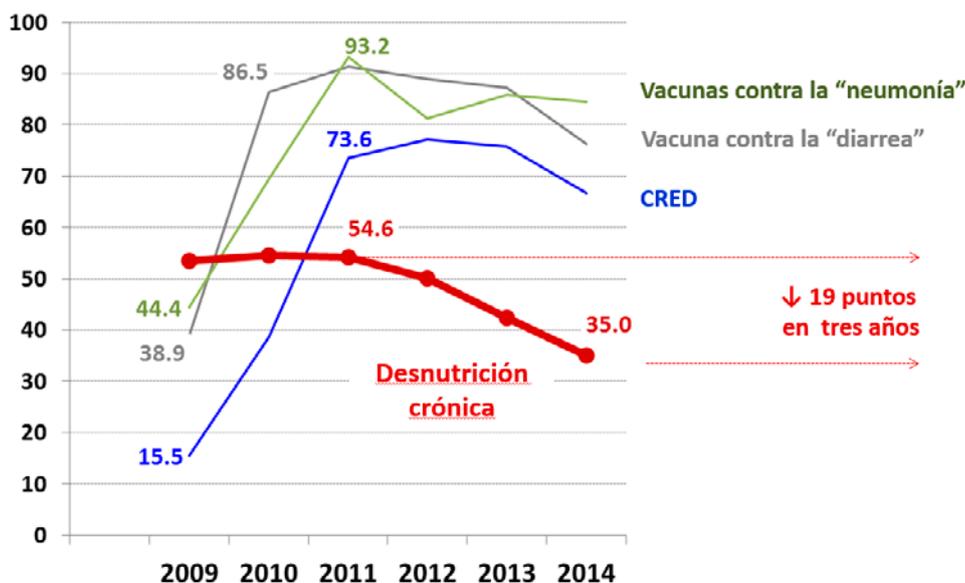
Gráfico 2.
Evaluación de la DCI y la cobertura de servicios priorizados



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES

En Huancavelica, el departamento más pobre del Perú, la reducción de la DCI no tiene precedentes, cayó 19 puntos en tres años, seis puntos por año. De 54.6% en el 2011 a 35% en el 2014. A su vez, el incremento de la cobertura de los servicios priorizados.

Gráfico 3.
Evolución de DCI y la cobertura de los servicios priorizados, Huancavelica



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES

4 Si bien la estadística de los indicadores estaba a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la emergencia de la DGPP como el principal demandante y además financiador de esta actividad hizo que la información se generara finalmente.

En esta drástica reducción de la DCI fue esencial la conjunción y sobre todo la complementariedad de esfuerzos. En este caso, desde antes de la reforma del PpR se tuvo en Perú una fuerte y consistente movilización de actores de la sociedad civil en pro de políticas públicas a favor de la infancia, particularmente hacia la reducción de la DCI. Se debe otorgar el crédito a esta movilización la propuesta de una meta ambiciosa de reducción de la DCI (8 puntos), la cual explícitamente es reiterada en los discursos presidenciales, del premier y en las exposiciones de motivos que sustentan las leyes de presupuesto. Esto significó un impulso importante desde el lado político a los esfuerzos que ya se venían haciendo desde el lado técnico y de la gestión presupuestal.

HITOS CLAVE EN LA INNOVACIÓN PRESUPUESTAL DEL PPR

El mayor desafío es lograr establecer precisas y efectivas conexiones entre la información sobre los resultados (la prevalencia de la DCI) y las decisiones de asignación de presupuesto. Sin embargo, en la práctica, los Ministerios de Economía y Finanzas, construyen el presupuesto sobre la inercia y en caso de disponibilidad de recursos privilegian demandas políticas y el cumplimiento ciego de las metas fiscales, que en conjunto suelen dejar sin espacio a la prioridad. Esta limitada o nula conexión es más notoria cuando se trata de implementar intervenciones intensivas en personal (gasto corriente), tales como la aplicación de vacunas o las consejerías para promover prácticas saludables (con bajo capital político), ambas de probada efectividad para contribuir a reducir la DCI.

Desde el 2007 el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, bajo el enfoque de Presupuesto por Resultados, desarrolló acciones destinadas a lograr una mejor conexión entre la asignación de presupuesto y la necesidad de lograr resultados en DCI. En Perú, este enfoque fijó su atención en cinco elementos, tal como se muestra en la Figura 6:

Figura 6.
Elementos del presupuesto por resultados en el Perú

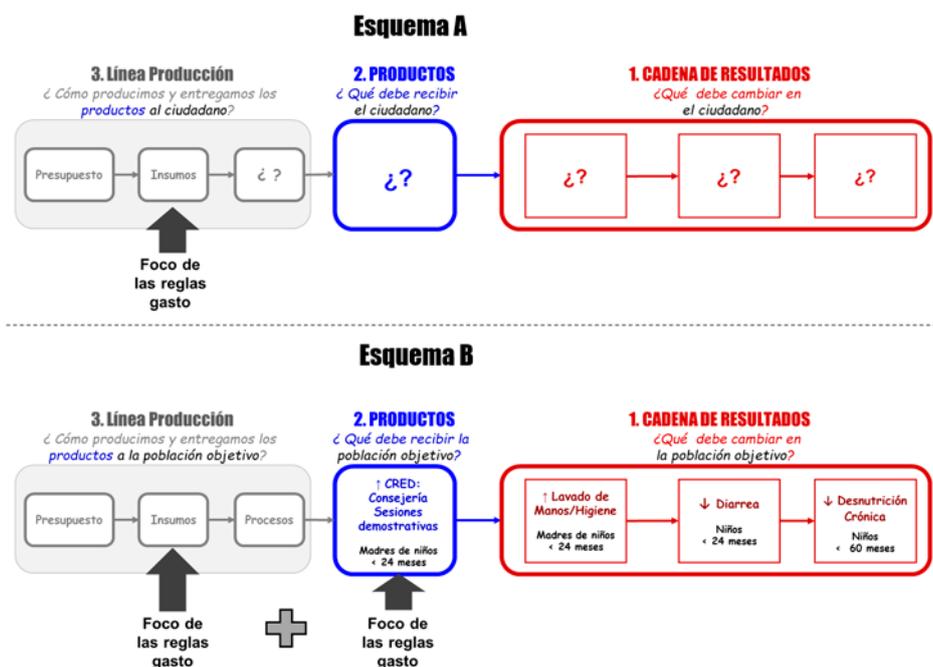


Fuente: Elaboración propia

1. Establecer con precisión cuáles son los cambios que se espera observar en los ciudadanos al que se denomina la cadena de resultados
2. Para lograr dichos cambios, con el financiamiento de los recursos públicos, cuáles son los servicios que recibirán los ciudadanos, a los que se denomina productos.
3. Para lograr que tales servicios sean entregados a los ciudadanos con calidad y oportunidad, cuáles serían las modalidades de producirlos y entregarlos eficientemente a los ciudadanos. Esto implica conectar procesos, insumos y presupuesto.
4. Monitorear los indicadores de extremo a extremo de la cadena de resultados, productos y línea de producción.
5. Evaluar las conexiones de extremo a extremo entre línea de producción, productos y resultados. Durante el diseño con base en la evidencia científica disponible (evaluación ex ante), y en la implementación, predominantemente investigaciones operacionales que evalúan la idoneidad de la puesta y marcha de las intervenciones.

En esencia el propósito fue transitar del esquema A al esquema B (Figura 7). En el esquema A, el Ministerio de Economía y Finanzas al formular y asignar el presupuesto público, por su fuerte énfasis en el control del gasto, privilegia conocer cuáles son los insumos que las entidades públicas adquirirán con el presupuesto asignado, aun ignorando de qué manera tales insumos se conectan con los procesos, productos y resultados. Por ende, el foco de las reglas de gasto se establece alrededor de la naturaleza de los insumos. En cambio, en el esquema B, además de establecer la cadena de resultados y productos que serán entregados a los ciudadanos, el foco de las reglas de gasto es alrededor de los productos.

Figura 7.
Esquemas de formulación, asignación y ejecución del presupuesto público



Fuente: Elaboración propia

Esta reforma de asignación del presupuesto impulsada principalmente por el Ministerio de Economía y Finanzas, fue crucial para lograr conciliar las reglas fiscales con las reglas de gasto que impulsen la implementación de intervenciones para reducir la DCI, lo cual fue un elemento tan inédito como diferenciador. Esta experiencia la podemos resumir en los siguientes aspectos:

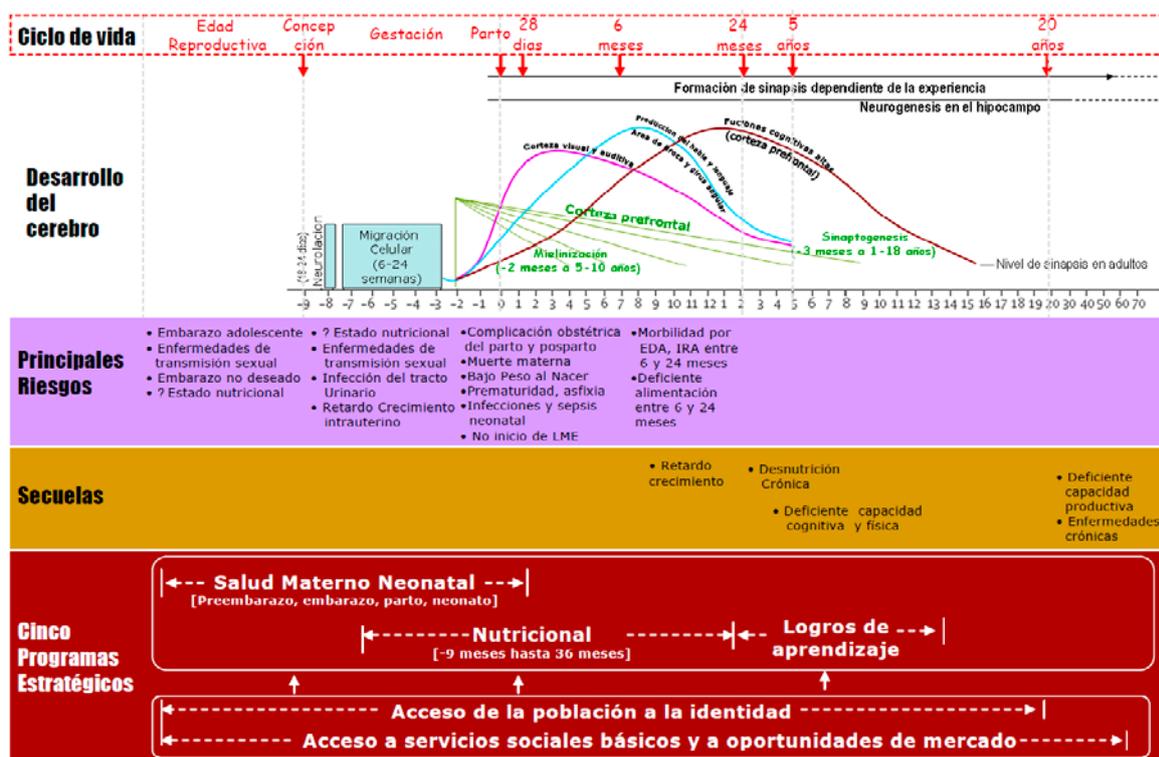
Definir resultados y productos centrados en ciudadano

La cadena de resultados y los productos del Programa Articulado Nutricional se formularon centrados en el ciudadano. Los resultados respondieron a la pregunta ¿Qué cambios se espera observar en el ciudadano?, en cambio, los productos respondieron a la pregunta ¿Qué combinación de productos deberá entregar el Estado a los ciudadanos para lograr los cambios esperados? De acuerdo con este principio, el diseño del programa se formuló desde una perspectiva del Estado como un todo. Se reconoció que la desnutrición crónica no es asunto de un solo ministerio, sino que su abordaje demandaba de la concurrencia de varios sectores y entidades del Estado. Antes de aplicar este principio, en Perú, invocando la multicausalidad de la desnutrición crónica, se crearon programas desde diferentes ministerios, operando de manera desarticulada, duplicando esfuerzos y compitiendo perversamente entre ellos por más recursos. Con la adopción de este principio se redujo la cantidad de Programas (de 27 a 1).

Esto se vio plasmado en la Ley N° 29142 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008, donde se definió la distribución del presupuesto público para la reducción de la pobreza y la exclusión social en función del ciclo de vida de la persona. Es decir, se asumió un enfoque que parte y se centra en el desarrollo de las capacidades de la persona, como sujeto al cual debe garantizarse derechos en igualdad de oportunidades y sin

discriminación. Por ello, partiendo de las personas, se identificaron las capacidades por garantizar según ciclo de vida, los riesgos que la limitan, las secuelas que genera, y recién en función de ello se diseñaron cinco programas estratégicos que contenían intervenciones prioritarias. Entre estos programas estaba el Programa Articulado Nutricional, orientado a atender la desnutrición crónica infantil.

Figura 8.
Organización del presupuesto público según ciclo de vida, 2018



Fuente: Exposición de motivos de la Ley N° 29142 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008

Tomar decisiones de asignación de presupuesto informadas en evidencias científicas⁵

Hacia el 2007, impulsado por los sistemas nacionales de inversión pública, las entidades públicas, al momento de formular los proyectos de inversión, aplicando técnicas participativas, identificaban los árboles causas y efectos y los árboles de medios y fines (intervenciones) para abordar un problema de interés. Si bien es cierto, esta práctica extendida en la gestión pública introdujo la noción de causalidad, el sustento de las conexiones causales se fundamentaba en la percepción antes que en el uso de la evidencia científica. El principal riesgo de esta práctica es que finalmente las decisiones de inversión obedezcan a percepciones individuales de los actores, y que, de haber usado las evidencias, no habrían sido recomendables su implementación.

Por otro parte, los proyectos de inversión, al ser mayoritariamente de alcance sectorial, al formular sus intervenciones no superan las fronteras sectoriales, de esta forma la atención de un problema suele ser parcial, y no pocas veces, fragmentada, desarticulada y con ineficiente redundancia de acciones. Las decisiones de asignación de recursos se dan en un contexto donde los sectores y sus correspondientes agendas compiten por más recursos, en ese escenario son varios los factores que concurren en la toma de decisiones, en particular el factor político y solo de manera excepcional el uso de las evidencias, incluso con persistente resistencia de los actores a usarlas en los procesos deliberativos para la toma de decisiones. Esta resistencia se exagera cuando se dispone de evidencias que demuestran que las intervenciones vigentes del sector no son efectivas.

Con la finalidad de superar estas desviaciones, minimizar la amplia subjetividad, discrecionalidad y sesgos de diferente naturaleza en las políticas públicas y su financiamiento, se desarrollaron dos procesos deliberativos

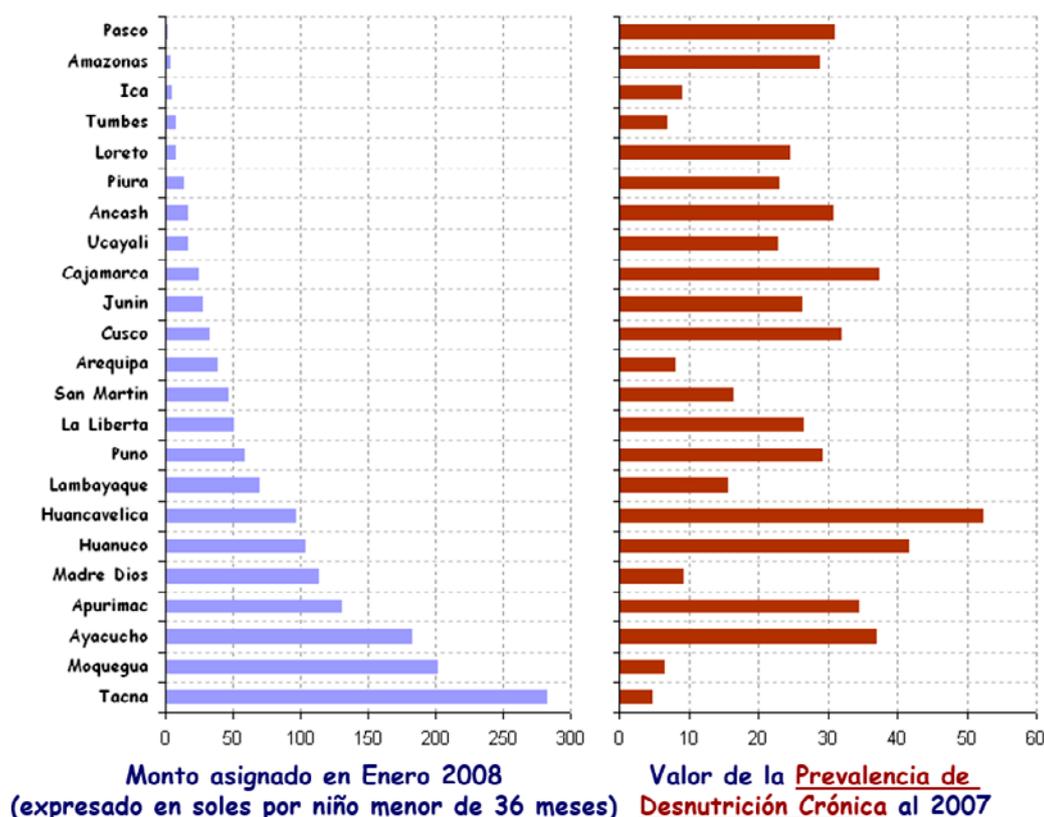
⁵ La evidencia científica es aquel estudio (científico) que busca explicar o explica las relaciones existentes entre las variables.

en la toma de decisiones para la lucha contra la DCI: (i) el proceso técnico de revisión y sistematización de las evidencias científicas disponibles para identificar los factores de riesgo y las intervenciones, y con base en esta información, formular las cadena de resultados y productos; y, (ii) el proceso político que respalde las metas de las cadenas de resultados y otorgar la mayor prioridad y asignación de recursos a la implementación de los productos.

El proceso técnico consistió en sistematizar la evidencia científica de la mejor calidad, que identifique intervenciones eficaces a ser priorizadas. Consistió en adoptar un modelo conceptual, en el cual se identificaron factores causales que delimitarían las fronteras de la discusión durante el proceso de priorización. En función de la mejor evidencia disponible, se tomaron decisiones sobre la priorización de factores causales inmediatos, como las enfermedades infecciosas, y de las más de 17 enfermedades infecciosas identificadas se priorizaron dos enfermedades: diarreas agudas e infecciones respiratorias agudas. Asimismo, se priorizó tres prácticas de las 17 reportadas como factores causales de las enfermedades infecciosas y de la ingesta inadecuada de alimentos.

Asimismo, tomando en cuenta las evidencias, se identificaron 26 intervenciones efectivas que abarcaban desde el periodo de gestación de la mujer hasta intervenciones de salud y nutrición en niños menores de 5 años y la salud de los adolescentes. Al respecto, se priorizaron las inmunizaciones y el control de crecimiento. En inmunizaciones se priorizaron: vacunas contra rotavirus y neumococo para niños menores de 24 meses de edad. En el control de crecimiento y desarrollo (CRED) se priorizaron la consejería individual y las sesiones demostrativas. La consejería individual y las sesiones demostrativas tienen el propósito de promover tres prácticas saludables: (i) lavado de manos, (ii) lactancia materna exclusiva, y (iii) adecuada alimentación complementaria. Estas intervenciones fueron elegidas porque están directamente relacionadas en la modificación de los factores de riesgo priorizados.

Gráfico 4.
Monto asignado en enero 2008 vs prevalencia de DCI en el 2007



Fuente: Elaboración propia

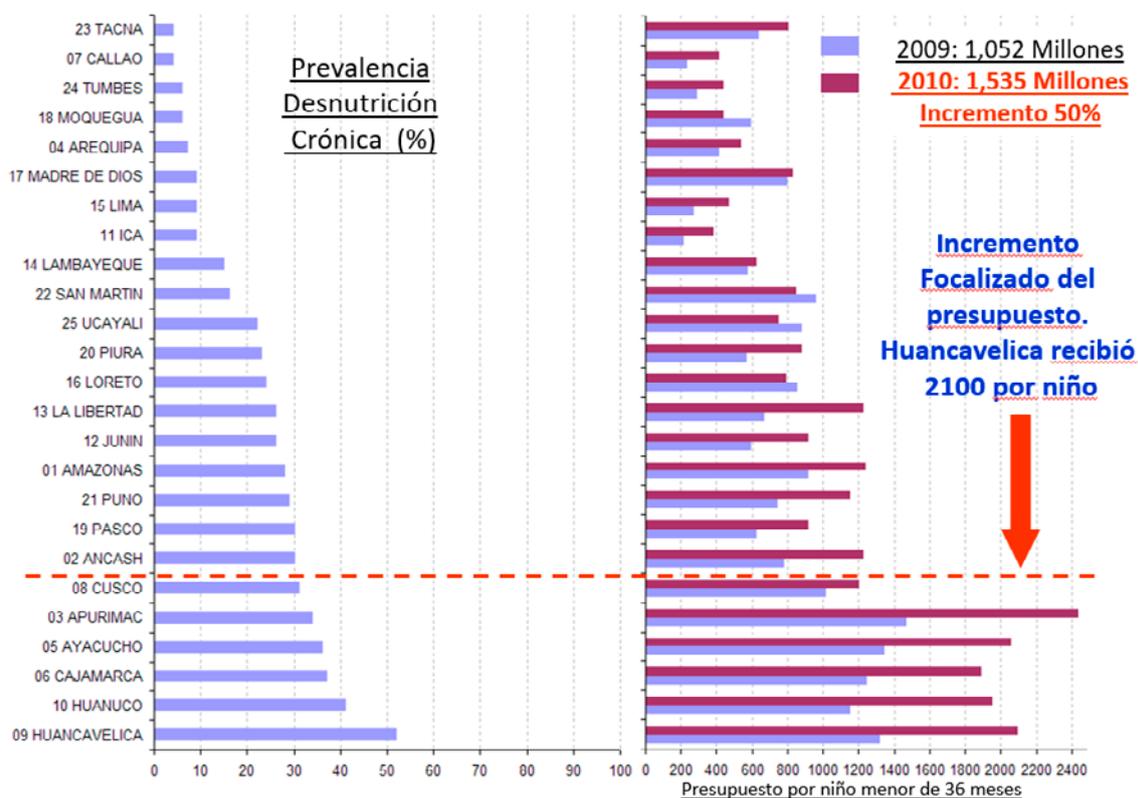
En ese sentido, tomando como referencia la Figura 6, las conexiones causales entre los resultados (flechas rojas), y entre productos y resultados (flechas azules), fueron sustentadas con la mejor evidencia científica disponible. En consecuencia, ante la limitada evidencia sobre la eficacia y efectividad de los programas de asistencia alimentaria

para prevenir la desnutrición crónica, Perú dejó este tipo de programas, y decidió concentrar sus recursos en la implementación de las intervenciones priorizadas.

Por otro lado, el proceso político, consistió en lograr el consenso de los actores para respaldar con prioridad y asignación de mayores recursos a la atención de la DCI independientemente de las fronteras sectoriales. Entre los principales actores están el (i) el Ministerio de Salud, (ii) el Ministerio de Economía y Finanzas, (iii) el presidente de la República, (iv) el primer ministro, (v) autoridades del Poder Legislativo, y (vi) líderes de la Sociedad Civil.

En el año 2009 el Ministerio de Economía, priorizó e incrementó recursos para combatir la desnutrición crónica en el país, pero además planteó la reasignación presupuestal en las regiones con mayor prevalencia de este problema. El Gráfico 5 muestra la mala distribución que existía, por un lado, se muestra el monto (soles) asignado para cada niño en el año 2008, ordenadas de menor a mayor monto. Por otro lado, en las barras de la derecha se muestran las prevalencias de DCI reportadas en el año 2007. Como se observa, las regiones con las mayores asignaciones presupuestales por niño (Moquegua y Tacna) muestran las menores prevalencias de desnutrición del país. Por el contrario, la Región Huancavelica tenía más del 50% de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, y sólo recibía 99 soles por niño.

Gráfico 5.
Incremento focalizado del presupuesto para la lucha contra la DCI, 2010



Fuente: Elaboración propia

En ese marco, el incremento presupuestal acompañado de la reasignación por regiones, se concentró en las dos intervenciones específicas que se priorizaron según la evidencia: (i) vacunas completas para su edad y (ii) niños con controles de “niño sano” completo para su edad. En efecto, como se observa en el Gráfico 5, el servicio de vacunas completas se incrementó en 254% y para los controles CRED del 432%. Luego de esta asignación y reasignación presupuestal se puede observar que las regiones con mayores prevalencias de desnutrición crónica infantil lograron los mayores presupuestos por niño. La región Huancavelica que poseía una prevalencia superior al 50% de niños desnutridos crónicos pasó de recibir 99 soles por niño a recibir 2,100 soles por niño.

La estrategia recibió el respaldo de los Poderes Ejecutivo y Legislativo del Estado. En ellos fue necesario realizar un proceso de abogacía para que se logre consolidar metas concretas, tales como: (a) Colocarlos como parte de sus discursos políticos, (b) Que el discurso esté alineado con la apuesta estratégica, (c) Que el discurso esté alineado entre los diferentes actores, (d) Que se generen Proyectos de Ley para fortalecer la implementación de la apuesta estratégica, (e) Generar Leyes de Presupuesto Público que incluyan elementos vinculados a impulsar la Estrategia para combatir la desnutrición crónica infantil, (f) Desarrollar e implementar la Directivas necesarias para la Programación Operativa, Organización de la Administración y Gestión Logística, Directivas de Procedimientos, Normas Técnicas y los documentos reguladores necesarios para la implementación alineada de las intervenciones priorizadas.

Asimismo, cabe resaltar que la sociedad civil fue otro actor relevante dentro de la priorización política, ya que permanentemente generaba movilización y corriente de opinión. Con esto, los políticos incorporaban en su discurso los temas de DCI como prioritarios, y por ende la población los incorporó cuando estos fueron mencionados por representantes políticos del Estado reiteradamente.

En suma, la experiencia de Perú en la lucha contra la DCI pone en evidencia varios temas importantes sobre el proceso de implementación: puede ser un proceso más largo y es más eficiente cuando los diferentes actores políticos están alineados, y el aval político facilita la reasignación presupuestal hacia intervenciones efectivas y permite crear partidas presupuestales específicas y condicionadas para asegurar la entrega de los productos, demostrando la factibilidad de conciliar metas fiscales con la implementación de intervenciones intensivas en personal. Esto es, las reglas de gasto bien formuladas no solo son efectivas para el control de gasto, sino también son efectivas para alinear el gasto con metas de cobertura y de resultados sanitarios.

Ajustes en la asignación del presupuesto, la logística y la administración

En primer lugar, para el año 2010, el incremento de presupuesto, desde MEF, fue transferido a cada una de las entidades con montos prestablecidos para cada uno de los productos priorizados. La tendencia que adoptan los ministerios de Economía y Finanzas al momento de asignar el presupuesto a la entidad es realizar pequeños aumentos en cada una de las categorías del clasificador económico, y para ello, utilizan como referente el presupuesto ejecutado por la entidad el año anterior. A esta práctica se le conoce con la denominación de “presupuesto incrementalista”. Hacerlo de esta manera permite mantener un orden en la asignación presupuestal y con ello reducir el riesgo de potenciales efectos fiscales. Esta forma es eficaz para alcanzar los objetivos económicos del país, pero no para establecer conexiones entre presupuesto y los programas de la política social. Entonces, el desafío consistió en vincular presupuesto con productos y resultados de los programas, pero sin afectar las metas fiscales del país. En Perú, para lograr superar tal desafío, se hicieron tres ajustes al presupuesto público.

Por un lado, la reestructuración del clasificador programático se realizó de tal forma que la lógica del programa quede expresada en las categorías de este clasificador. Hasta antes de la reestructuración del clasificador programático, la transparencia del gasto y la rendición de cuentas se realizaba esencialmente por entidad (clasificador institucional). La discusión de la asignación presupuestal se concentraba en los montos asignados a uno u otro ministerio. Ahora, con el clasificador programático, se puede realizar el seguimiento de la asignación y la ejecución del presupuesto para prevenir la desnutrición crónica. Por otro lado, se modificó el foco de las reglas de gasto. Las reglas de gasto se establecían con base en las categorías de clasificador económico, ante esta limitación, el ajuste en el foco de las reglas de gasto consistió, en añadir reglas de gasto basadas en las categorías del clasificador programático.

Finalmente, se modificó la forma de asignar el presupuesto. En la forma tradicional el MEF asigna a la entidad un monto total con sus correspondientes topes de gasto para cada una de las categorías del clasificador económico; y la entidad, sin sobrepasar estos topes, distribuye el presupuesto según las categorías del clasificador programático. En la práctica, para la entidad es muy difícil conciliar los topes de gasto asignados por clasificador económico con el requerimiento de presupuesto de un programa. Este desencuentro se exagera cuando se trata de programas intensivos en personal, como lo son, los diseñados para prevenir la desnutrición crónica. Consecuencia de este desencuentro, las entidades se encuentran ante la situación de contar con suficientes recursos, pero al mismo tiempo, no pueden adquirir con tales recursos los bienes y servicios que necesitan para implementar el programa. Para superar esta situación, el MEF al momento de asignar el presupuesto a las entidades, además de darles los topes de gasto por clasificador económico, también asignó los recursos para dos categorías del clasificador programático, los productos CRED y Vacunas del Programa Articulado Nutricional, y asumió la tarea de conciliar los topes de gasto del clasificador económico con los montos asignados a los productos del programa.

En segundo lugar, para el 2010 se decidió incrementar el presupuesto, pero condicionado al cumplimiento de dos condiciones por parte de las entidades: a) programar las necesidades de insumos y personal y presupuestarlas por establecimiento de salud (punto de atención), b) elaborar la estructura de costos para los dos productos priorizados contextualizado a cada punto de atención.

En tercer lugar, las entidades estuvieron obligadas a realizar las siguientes acciones:

- A identificar los puntos de atención a su cargo. En la mayoría de los departamentos del país las entidades no reconocían por cuantos establecimientos de salud estaba conformada la red de puntos de atención, y la ubicación geográfica de cada uno de ellos.
- Elaborar la nómina de personal asignado a cada punto de atención, y en función de ello determinar, el adicional de personal.
- El inventario de equipos de la cadena de frío, balanzas, tallímetros, hemoglobímetro, cajas térmicas entre otros equipos críticos por puntos de atención.
- Determinar por cada punto de atención un listado de insumos tanto directos como indirectos necesarios para la entrega de la vacuna y el CRED.
- Proyectar una cantidad de niños a ser atendidos por punto de atención en base a los padrones de niños (en versión impresa) que utilizaban.
- Finalmente programar los requerimientos de insumos y proyectar el presupuesto por cada punto de atención.

Se conocía de antecedentes de haber realizado similares esfuerzos, sin embargo, al no hacerlo en un sistema de gestión administrativa, los datos terminaban constituyendo anexos impresos de solicitudes de incremento presupuestal difíciles de verificar y sin valor transaccional (hace referencia que los datos se recolectan no se generan a partir de transacciones que realizan los funcionarios de las Entidades, sino más bien, eran el resultado de procesos censales de levantamiento de información, en su mayoría de naturaleza circunstancial y no continuo).

Para corregir esta limitación, las entidades estaban obligadas a implementar un sistema de gestión administrativa que fue proporcionado por el Ministerio de Economía y Finanzas, e incluyó asistencia técnica, equipamiento informático y software. Este sistema automatizaba todas las operaciones de programación desde los puntos de atención, las operaciones logísticas (adquisiciones, entradas y salidas de almacén, distribución) y las operaciones de control del equipamiento por punto de atención.

En los años posteriores al 2010 se fueron implementando progresivamente otras acciones orientadas a perfeccionar la línea de producción, entre ellas podemos mencionar:

- Sistema de incentivos, que opera bajo la lógica de premiar a las entidades que lograr mejoras significativas en indicadores de la línea de producción y la cobertura del servicio.
- Implementación de una plataforma electrónica para gestionar el padrón nominal y el seguimiento longitudinal del niño desde el nacimiento hasta los 60 meses, para lo cual se dictaron medidas a destinadas a mejorar los registros civiles, específicamente la emisión del Certificado Nacido Vivo Electrónico (en el año 2011 se inicia la emisión del certificado del nacido vivo electrónico) y el documento de identidad a los niños desde el nacimiento.
- Mejora continua del sistema de gestión administrativa para automatizar las operaciones logísticas.
- Transitar hacia un sistema de registro nominal de las prestaciones de atención de salud, esto significó incluir el uso de identificador único nacional en el sistema de información de salud.

Después de poner en marcha las reglas explicadas, las cuales tuvieron como propósito conectar las unidades centrales con las redes de puntos de atención de las entidades durante el proceso de gestión del presupuesto, en lo inmediato se obtuvieron tres efectos. Con la introducción de las reglas “programar y presupuestar por punto de atención” y definir un estándar de listado personal e insumos para proveer el servicio CRED, a partir del 2010, crece rápidamente el presupuesto ejecutado en la contratación de enfermeras. Asimismo, la disponibilidad de enfermeras se incrementó en los establecimientos ubicados en los distritos más pobres del departamento más pobre (Huancavelica). Desde el 2007 hasta el 2009 se mantuvo una amplia brecha de personal, y si bien, en el 2009 se observa una mejora, es en el 2010 cuando se logra cerrar tal brecha.

En la adquisición de los insumos, se transitó de una ineficiente mezcla de insumos a una eficiente. Se pasó de prácticamente de concentrar el gasto en la adquisición de un solo insumo en el 2009, a un cambio radical en la mezcla de los insumos, siendo esta consistente con la lista estándar de insumos críticos requeridos para los productos priorizados.

La cobertura del servicio CRED, tal como se proyectaba, subió de manera selectiva en los segmentos poblaciones atendidos por los puntos de atención donde se concentró el incremento de personal. En el 20% más pobre (quintil inferior) del país subió en un año 15 puntos, en la sierra rural 18 puntos, y en los niños de las madres sin educación o solo con primaria, aumento en 15 puntos. Cinco años después, en el departamento más pobre del Perú y con la mayor proporción de niños desnutridos, los datos de la encuesta nacional mostraban los siguientes resultados: i) Rápido incremento de las coberturas de los dos productos priorizados. El CRED subió de 15.5 en el 2009 a 73.6 en el 2011 (58 puntos más en dos años). La vacuna contra el rotavirus (contra la "diarrea") aumentó 47 puntos en un año. La vacuna contra la neumonía 51 puntos en dos años; ii) Posterior al 2011 se observa 19 puntos de reducción de la desnutrición crónica en tres años (6 puntos por año).

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcázar, L., Ocampo, D., Huamán-Espino, L., & Pablo Aparco, J. (2013). Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 569-574.
2. Beltrán, A., & Seinfeld, J. (2009). Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente.
3. Bersch, K., Praça, S., & Taylor, M. (2013, May). State capacity and bureaucratic autonomy within national states: mapping the archipelago of excellence in Brazil. In *The Latin American Studies Association Conference*.
4. Bocanegra, E. D. (2015). Capacidad de respuesta del Estado en el Perú: crisis, desafíos y entorno cambiante. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 2(4), 11-22.
5. Canazas, V. A. (2010). Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en Perú: una aplicación de modelos multinivel. *Revista Latinoamericana de Población*, 4(6), 41-56.
6. Cordero, L., Luna, A., Salhuana, R. (2021). El presupuesto por resultados para el desarrollo infantil temprano: El caso de Perú. Ciudad del Saber: Unicef.
7. Cruzado, V. (2012). *Análisis del Impacto del programa articulado nutricional sobre la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años*. DT-01/2012
8. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 1-15.
9. Davies, P., Walker, A. E., & Grimshaw, J. M. (2010). A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implementation Science*, 5(1), 1-6.
10. Fogel, R. W. (2003). *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100: Europe, America and the Third World*. Cambridge: Cambridge University Press
11. Gluckman, P. D. and M. Hanson (2005). *The Fetal Matrix: Evolution, Development, and Disease*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
12. Gomez, F., Ramos Galvan, R., Frenk, S. I. L. V. E. S. T. R. E., Cravioto Munoz, J., Chávez, R. A. Q. U. E. L., & Vázquez, J. (1956). Mortality in second- and third-degree malnutrition. *Journal of tropical pediatrics*, 2(2), 77-83.
13. Heckman, J. J. (2007). The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 104(33), 13250-13255.
14. Hill, K., Zimmerman, L., & Jamison, D. T. (2017). Mortality at Ages 5 to 19: Levels and Trends. *Disease Control Priorities, (Volume 8): Child and Adolescent Health and Development*, 10.
15. Marini, A., & Rokx, C. (2017). Dando la talla. *El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington, DC.
16. Marini, A., Rokx, C., & Gallagher, P. (2017). Dando la talla: El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica. *Banco Mundial*, 11-54.

17. Mariños-Anticona, C., Chaña-Toledo, R., Medina-Osis, J., Vidal-Anzardo, M., & Valdez-Huarcaya, W. (2014). Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. *Revista peruana de epidemiología*, 18(1), 1-7.
18. MEF (2008). Presupuesto por Resultados. Conceptos y Líneas de Acción. Equipo de Presupuesto por Resultados. Ministerio de Economía y Finanzas.
19. Mehta, U. M., Thirthalli, J., Subbakrishna, D. K., Gangadhar, B. N., Eack, S. M., & Keshavan, M. S. (2013). Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: a systematic review. *Schizophrenia research*, 148(1-3), 3-11.
20. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2016). Decreto Supremo N° 010-2016- MIDIS, Aprueban los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social. Lima: El Peruano.
21. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2016). Estrategia de Gestión Territorial “Primero la infancia”. Lima: Gobierno del Perú.
22. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2021). El Sello Municipal. 04/08/2021, de Sello Municipal Sitio web: http://www.midis.gob.pe/sello_municipal/nosotros/
23. Pajuelo Ramírez, J., Villanueva, M., & Chávez, J. (2000). La desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en niños de áreas rurales del Perú.
24. Sánchez-Abanto, J. (2012). Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 402-405.
25. Tabak, R. G., Khoong, E. C., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2012). Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. *American journal of preventive medicine*, 43(3), 337-350.
26. Viviana Cruzado (2012). Análisis del impacto del programa presupuestal Articulado Nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años
27. Waterlow, 1972; Gomez et al., 1956; Seaoe et al., 1971; Waterlow et al., 1977; Mehta et al., 2013
28. Waterlow, J. C. (1972). Classification and definition of protein-calorie malnutrition. *British medical journal*, 3(5826), 566.
29. Waterlow, J. C., Buzina, R., Keller, W., Lane, J. M., Nichaman, M. Z., & Tanner, J. M. (1977). The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. *Bulletin of the world Health Organization*, 55(4), 489.
30. Wisbaum, W. (2011). La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. *Madrid: UNICEF España*.