

Niños del Milenio – Estudio internacional sobre pobreza infantil
Perú

INFORME NACIONAL PRELIMINAR 2003

Versión 31 julio 2003

Presentado por

Javier Escobal
Claudio Lanata
Sofía Madrid
Mary Penny
Jaime Saavedra
Pablo Suárez
Héctor Verastegui
Eliana Villar
Sharon Huttly

Acrónimos y abreviaturas

BID	Banco Internacional de Desarrollo
CD-ROM	Disco Compacto
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CVR	Comisión de la Verdad y Reconciliación
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FONCODES	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social
GB	Gigabytes
GPS	Sistema Global de Posicionamiento
GRADE	Grupo de Análisis para el Desarrollo, Lima, Perú
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IIN	Instituto de Investigación Nutricional, Lima, Perú
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano
MINSA	Ministerio de Salud
NM	(proyecto) Niños del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAL	Países de América Latina
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria, Perú
SC UK	Save the Children UK
SDQ	Cuestionario de Fortalezas y Dificultades
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UK	Reino Unido
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia
Adquirida	

Prefacio

El proyecto Niños del Milenio (NM) es un estudio longitudinal sobre pobreza infantil que viene llevándose a cabo en Etiopía, India, Perú y Vietnam (sitio web: www.younglives.org.uk). La investigación es coordinada internacionalmente por un consorcio académico en el que participan las siguientes instituciones: University of Reading, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London's South Bank University, University of Sussex, South African Medical Research Council y Save the Children UK, organización que también se encarga de difundir y apoyar el proyecto. Esta asociación entre instituciones académicas y ONG se reproduce en cada uno de los cuatro países. En el Perú participan el Instituto de Investigación Nutricional (IIN), el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) y la oficina local de Save the Children UK. El Departamento Gubernamental para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) financia la primera fase del proyecto. En cada uno de los cuatro países, esta fase incluye la primera encuesta a los 2000 niños índices de alrededor de un año de edad y una encuesta a 1,000 niños de alrededor de ocho años, que cubren distintas zonas geográficas. El proyecto NM es el único que evalúa el bienestar infantil de una manera holística y consistente, que incluye aspectos económicos, sociales, físicos y demográficos, en varios países en vías de desarrollo. La primera ronda de recolección de datos concluyó en el 2003 y una prioridad importante ha sido la elaboración de informes preliminares que mantienen una estructura similar en cada país.

Este informe preliminar cubre solamente una selección reducida de variables explicativas y resultantes. Los datos presentados corresponden principalmente al conjunto de la muestra de un grupo étnico y, en la mayor parte de los casos, están distribuidos por grupos socioeconómicos o por zonas (urbana y rural). Si bien este informe preliminar no logra reflejar plenamente la riqueza de los datos obtenidos, esperamos que contenga información suficiente para estimular a académicos, profesionales, autoridades y otros grupos interesados a plantear sus ideas, comentarios y preguntas al equipo de NM

Esto nutrirá nuestros planes de análisis posteriores, que incluirán tres líneas principales: los efectos que tienen sobre el bienestar infantil (i) el acceso a servicios y su utilización, (ii) las relaciones sociales y (iii) las formas de sustento. Como en cualquier estudio longitudinal, los resultados más interesantes e importantes se obtendrán luego de varias rondas de recolección de información, ya que esperamos encuestar a nuestros niños índices aproximadamente cada tres años hasta que cumplan 15 años de edad. Sin embargo, una revisión de esta primera ronda –como si fuese un estudio transversal a la manera de una fotografía instantánea– puede producir resultados que vale la pena resaltar incluso en esta primera fase.

Para mayor información sobre el componente Perú del proyecto NM, sírvase ponerse en contacto con Eliana Villar (e.villar@savethechildren.org.pe), Dr. Claudio Lanata (clanata@iin.sld.pe) o Dr. Javier Escobal (jescobal@grade.org.pe), o visitar el portal (www.ninosdelmilenio.org). Para mayor información sobre la dimensión internacional del proyecto, comuníquese con el Coordinador Internacional, Justine Coulson (younglives@younglives.org.uk).

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo y colaboración de muchas personas que hicieron posible este estudio. Aunque sabemos que resulta imposible expresar nuestro reconocimiento a todos aquellos que participaron en esta fase inicial del proyecto, quisiéramos destacar particularmente a algunos de ellos.

La investigación fue financiada por el DFID a través del Centro de Servicios Estadísticos de la University of Reading y Save the Children UK. Agradecemos a nuestro equipo británico, en particular a Sharon Huttly (London School of Hygiene and Tropical Medicine) y a Ian Wilson y Ann Cotton (University of Reading), así como a Richard Hartill, Director Regional de Save the Children UK, por su apoyo en la puesta en marcha del proyecto. Agradecemos también a los numerosos expertos que asistieron a los dos talleres iniciales, tanto por sus valiosas ideas y contribuciones como por su entusiasta apoyo al proyecto. Nos honra profundamente contar con Susana Baca como embajadora del proyecto Niños del Milenio y con la asesoría de los siguientes distinguidos expertos, quienes aceptaron formar parte del grupo de asesores del proyecto: Javier Abugattás, Cecilia Blondet, Pedro Francke, Gastón Garatea, Mark Lewis, Gilberto Moncada, Rosa María Palacios, Emma Rotondo y Richard Webb. Queremos también dejar sentado que la selección de las preguntas que se añadieron en el Perú al cuestionario NM estuvo muy influenciada por el estudio preliminar conducido por Carmen Vásquez de Velazco sobre los problemas de la situación de pobreza percibidos por niños entre 8 y 15 años de edad entrevistados en Lima, Ayacucho y Pucallpa.

Agradecemos a Zelle Hill del London School of Hygiene and Tropical Medicine por su importante participación en el entrenamiento y estandarización del equipo de campo. Este informe del proyecto no hubiera sido posible sin la enorme dedicación y profesionalismo de los tres equipos de campo a cargo de cada sección en el Perú, sus ayudantes locales y supervisores de campo: Angélica Fernández, Salomé Guerra, Augusto Durán y Edwin Villarroel, quienes trabajaron denodadamente día y noche para completar esta fase inicial del estudio. Desempeñaron también un importante papel en el trabajo de campo las tres personas que ingresaron los datos: Rosa Buitrón, Luis Castañeda y Heidy Gonzales, por cuya labor realizada en las condiciones más difíciles les estamos sumamente reconocidos. Agradecemos también a todas las autoridades locales que nos apoyaron en la realización del trabajo de campo, y a todos los familiares de los niños del estudio, por su gran tolerancia y paciencia para responder todas las preguntas planteadas por nuestro equipo de campo.

Queremos agradecer a Lucy Romero y Mónica Lizama por su apoyo en el manejo de los datos, y a Juan Carlos Medina por preparar todos los certificados de los niños. El análisis final de la información fue facilitado por los programas desarrollados por Cathy Garlick del Centro de Servicios Estadísticos de la Universidad de Reading, mientras que para los análisis preliminares se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11 gracias a la generosidad de SPSS UK Ltd que otorgó una licencia gratuita al proyecto NM. Eduardo Nakasone ayudó a preparar parte de este informe. Agradecemos también al equipo NM de Vietnam, quienes elaboraron el primer informe nacional preliminar, el cual nos resultó de suma utilidad como guía para preparar este informe.

Índice de contenidos

Sección	Índice	Página
	Acrónimos y abreviaturas	2
	Prefacio	3
	Agradecimientos	5
	Índice de contenidos	7
	Resumen ejecutivo	13
1	Introducción	15
1.1	Lo que se sabe sobre la pobreza infantil en el Perú a partir de los datos existentes	15
1.1.1	Tendencias generales: pobreza e inequidad en los ingresos	15
1.1.2	Salud	18
1.1.3	Alimentación y nutrición	19
1.1.4	Educación	22
1.1.5	Trabajo infantil	24
1.1.6	Protección	25
1.1.7	Comentarios finales	26
1.2	Contexto político	27
1.2.1	Gobierno	27
1.2.2	Equidad	28
1.3	Políticas públicas	29
2	Métodos	33
2.1	Diseño general	33
2.2	Cuestionarios	35
2.2.1	Cuestionario sobre hogares	35
2.2.2	Cuestionario sobre comunidades	38
2.3	Otros datos	38
2.3.1	Monitoreo de políticas públicas	38
2.3.2	GPS para la localización de hogares	39
2.3.3	Fotos	39
2.4	Muestreo	40
2.5	Trabajo de campo	44
2.5.1	Capacitación	44
2.5.2	Recolección de datos en el campo	44
2.5.3	Supervisión y control de calidad	45
2.5.4	Ingreso de los datos	45
2.5.5	Análisis de la información	46
3	Resultados de la encuesta sobre los niños de un año	49
3.1	Características generales de los niños seleccionados, las personas a cargo de su cuidado y sus familias	49
3.2	Estatus nutricional	50
3.3	Salud física	51
3.4	Salud e inmunización perinatal	52
3.5	Salud mental y alcoholismo de las personas a cargo de los niños	55
3.6	Cuidado de los niños	57
3.7	Vivienda	57
3.8	Formas de sustento, diversificación, deudas, crisis y estrategias para enfrentarlas	60
3.9	Capital social	65
3.10	Higiene doméstica	67
3.11	Programas de asistencia alimentaria	67
4	Resultados de la encuesta sobre los niños de ocho años	68
4.1	Estatus nutricional	68
4.2	Salud física	69
4.3	Escolaridad	70
4.4	Trabajo infantil	71
4.5	Salud mental infantil	71

4.6	Las percepciones de los niños	72
4.7	Capital social de los niños	73
4.8	Lectoescritura y habilidades matemáticas básicas	74
4.9	Desarrollo infantil	75
5	Conclusiones provisionales e implicaciones para las políticas públicas	76
Anexo 1	Principales variables de los cuestionarios	81
Annex 2	Comunidades centinelas (información basada en datos secundarios)	87
Annex 3	Encuesta sobre comunidades. Acceso a servicios básicos	88
	Referencias	89

Lista de gráficos

Figura	Contenido	Página
Fig. 1	Gasto social (1996-97): Perú vs. otros PAL	16
Fig. 2	Tasa de mortalidad infantil (0-5 años) por región geográfica	18
Fig. 3	Tasa de desnutrición por deciles de ingreso per cápita	20
Fig. 4	Trabajo infantil por quintiles de gasto	24
Fig. 5	Composición del congreso según la proporción de la representación femenina	29
Fig. 6	Marco teórico de trabajo de Niños del Milenio	39
Fig. 7	Ubicación de comunidades centinelas (en la escala de pobreza)	42
Fig. 8	Ubicación de las 20 comunidades centinelas en el Perú	43

Lista de tablas

Tabla	Contenido	Página
1	Programas de alimentación y nutrición en el Perú	21
2	Proporción de estudiantes por encima del promedio de edad por región y sexo	23
3	Gasto público y mortalidad infantil en América Latina	31
4	Panel de asesores del proyecto Niños del Milenio en el Perú	32
5	Tópicos incluidos en los cuestionarios sobre hogares de los niños de un año y ocho años	35
6	Temas específicos al país para el cuestionario sobre hogares de los niños de un año y ocho años	36
7	Selección de la muestra	42
8	Estatus antropométrico de los niños de un año por zona e índice de pobreza	50
9	Antropometría por grupo etáreo según ENDES Perú 2000	51
10	Salud física de los niños de un año por zona e índice de pobreza	52
11	Cuidado prenatal, lugar de nacimiento, atención en el parto y peso al nacer de los niños de un año por zona e índice de pobreza	53
12	Historia reproductiva y preferencias de la madre biológica por zona e índice de pobreza	54
13	Nivel de inmunización contra el sarampión y la tuberculosis en los niños mayores de un año por zona e índice de pobreza	54
14	Enfermedades mentales de las personas a cargo de los niños por zona e índice de pobreza	55
15	Alcoholismo y violencia doméstica por zona e índice de pobreza	56
16	Cuidado de los niños y lugar donde duermen por zona e índice de pobreza	57
17	Características de la vivienda por zona e índice de pobreza	58
18	Diversificación de actividad económica por zona e índice de pobreza	60
19	Tipos de actividad económica en el hogar por zona e índice de pobreza	61
20	Tipos de crisis zona e índice de pobreza	62
21	Crisis más comunes por zona e índice de pobreza	63
22	Tipo de respuesta a las crisis más comunes por zona e índice de pobreza	64
23	Deudas familiares y capacidad de pago por zona e índice de pobreza	64
24	Dimensión del capital social de la persona a cargo del cuidado del niño por zona e índice de pobreza	66
25	Prevalencia del uso de jabón y detergente en los hogares observada por trabajadores de campo, por zona e índice de pobreza	67
26	Proporción de hogares de los niños índices que reciben asistencia alimentaria por zona e índice de pobreza	68
27	Estatus nutricional de los niños de ocho años por zona e índice de pobreza	69
28	Salud física de los niños de ocho años por zona e índice de pobreza	69
29	Principales características del trabajo infantil asalariado	71
30	Percepción de bienestar en los niños por zona e índice de pobreza	72
31	Lectoescritura y habilidades matemáticas básicas de los niños de ocho años por zona e índice de pobreza	74
32	Resultados de la prueba de Raven por zona e índice de pobreza	75

Lista de recuadros

Recuadro no.	Contenido	Página
1	Breve descripción de las 74 comunidades	43
2	Características generales de las personas al cuidado de los niños	49
3	Características generales de los hogares de las personas al cuidado de los niños	49
4	Características generales de los niños de un año	49

Resumen ejecutivo

Niños del Milenio: Estudio Internacional sobre Pobreza Infantil tiene como objetivo ampliar nuestra comprensión de las causas y consecuencias de la pobreza infantil en el mundo en vías de desarrollo e influir en la formulación de políticas públicas para reducirla. Una encuesta longitudinal realizará un seguimiento cada tres años a niños de cuatro países en vías de desarrollo hasta que cumplan 15 años de edad. En el Perú el proyecto es implementado por tres organizaciones, el Instituto de Investigación Nutricional (IIN), el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) y Save the Children UK (SC UK).

En la primera fase, 2052 niños índice de 6 a 17.9 meses de edad y 716 de 7.5-8.5 años en el momento del enrolamiento y sus hogares, fueron seleccionados en 20 comunidades centinelas de todo el país. Los métodos de encuesta incluyeron cuestionarios sobre hogar, antropometría, un cuestionario y una prueba de desarrollo cognitivo para los niños de ocho años y un cuestionario sobre la comunidad. El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto y noviembre del 2002.

Este informe preliminar presenta información descriptiva obtenida de los datos recogidos en esta encuesta inicial. Los hallazgos principales del análisis preliminar son los siguientes:

- La cobertura de los servicios de electricidad y alcantarillado es muy baja en los hogares de zonas rurales y pobres
- El principal problema de nutrición en el Perú es la desnutrición crónica, que es más grave en los hogares de zonas rurales y más pobres
- La obesidad está convirtiéndose en un problema de salud pública en el Perú.
- La cobertura de los programas de asistencia alimentaria es adecuada. Sin embargo, debido a la alta prevalencia de malnutrición en estos mismos hogares, la calidad de la asistencia alimentaria y su consumo por los niños incluidos en el grupo objetivo de estos programas debe ser revisado.
- Existe una brecha importante entre la adecuada cobertura de la atención prenatal y de la inmunización antitetánica entre las mujeres de zonas rurales y más pobres, y la baja incidencia de partos en servicios de salud o asistidos por profesionales de la salud.
- Las enfermedades crónicas son prevalentes en los niños, especialmente aquellas relacionadas con trastornos de las vías respiratorias y asma
- Existe una alta frecuencia de accidentes y lesiones en los niños
- Hay una alta prevalencia de problemas dentales en niños en edad escolar
- La mayoría de los hogares dispone de jabón, incluyendo los rurales y más pobres. Debe implementarse programas para promover el lavado de las manos
- La cobertura de la inmunización contra el sarampión es baja comparada con la de la TBC
- Existe una alta prevalencia de problemas potenciales de salud mental en las personas a cargo del cuidado de los niños
- La cobertura escolar de los niños de ocho años es alta pero la calidad de la educación no es buena según los resultados de las pruebas de lectoescritura y habilidades matemáticas básicas de los niños examinados, especialmente en los hogares rurales y los más pobres
- El principal problema identificado por los niños en las escuelas es la violencia escolar (por parte de profesores y entre los alumnos)
- Hay una alta prevalencia de hogares que enfrentan situaciones de crisis que afectan su bienestar económico. La pérdida reciente de un empleo o de una fuente de ingreso es la crisis más seria, seguidos por enfermedades o lesiones graves de un miembro de la familia y la llegada de un nuevo miembro de la familia, incluyendo los recién nacidos

- El acceso al crédito o la utilización de ahorros para mitigar el efecto de estas crisis está restringido a los hogares urbanos y más acomodados.
- El nivel de trabajo infantil reportado es bajo y los niños que trabajan no manifiestan que el trabajo les cause problemas. Aparentemente, el trabajo infantil expone a los niños a lesiones relacionadas con el trabajo y a afectar su asistencia a la escuela
- La selección de la muestra de NM en el Perú fue adecuada y representativa de las comunidades pobres y rurales. Sin embargo, los resultados sugieren que debido a la forma de agrupamiento muestral de los niños del estudio y a la exclusión de algunas zonas de difícil acceso, la muestra no sería suficientemente representativa de la pobreza extrema del país. Aunque debe tenerse cierta cautela para interpretar los resultados de NM como representativos de todo el Perú, esto no limita el valor de la muestra para estudiar las causas y las consecuencias de la pobreza infantil y para identificar las políticas públicas necesarias para aliviar la pobreza en el Perú.

1. Introducción

Niños del Milenio (NM) es un estudio longitudinal que tiene como objetivo aumentar nuestra comprensión de las causas y consecuencias de la pobreza infantil en el mundo en vías de desarrollo. El núcleo de la investigación es un panel de encuestas que permitirá el seguimiento de una cohorte de 2000 niños y sus familias en cada uno de los cuatro países en los que se lleva a cabo (Etiopía, India, Perú y Vietnam) a lo largo de un período de 15 años. Dado que el proyecto está orientado a contribuir a la formulación de políticas públicas, sus hallazgos serán utilizados para ayudar a aliviar la pobreza infantil.

Los objetivos de este informe preliminar son: presentar una breve revisión de la literatura acerca de la pobreza infantil en el Perú; revisar las políticas públicas que tienen un impacto en la pobreza infantil; identificar audiencias nacionales claves para este estudio; describir los métodos de investigación, presentar los resultados descriptivos preliminares e identificar las conclusiones provisionales y sus implicaciones respecto a las políticas públicas.

1.1. Lo que se sabe sobre la pobreza infantil en el Perú a partir de la información previa

1.1.1 Tendencias generales: pobreza e inequidad de ingresos

A fines de la década de 1980, luego de la política económica del gobierno de García, el Perú experimentó una de las peores crisis económicas de su historia moderna. Durante esa época, el terrorismo supuso una seria amenaza a la continuidad de las instituciones democráticas, la inflación se incrementó más de 7000 por ciento y el producto bruto interno (PBI) cayó a los niveles de 1978 y el PBI per cápita a los niveles de 1961.¹ Esta situación generó un deterioro considerable de las condiciones de vida de la población y que la proporción de hogares en situación de pobreza aumentara del 43 por ciento en 1985-86 a 59 por ciento en 1991.

Después de que Fujimori asumiera el poder en julio de 1990 hubo un período de ajuste económico severo que tuvo el propósito de corregir los desequilibrios heredados del gobierno anterior. El nuevo gobierno implementó también reformas estructurales que apuntaban a la liberalización de la economía peruana, entre ellas: liberalización comercial, reforma tributaria, flexibilización del mercado laboral, desregulación del mercado financiero, reducción del sector público y privatización de las empresas estatales.² Luego del período de ajuste, las reformas orientadas al mercado estimularon la inversión en el sector privado y la economía peruana experimentó una tasa de crecimiento anual promedio de 7.08 por ciento entre 1993 y 1997, lo cual podría explicar parcialmente la reducción de los índices de pobreza de esos años. Probablemente otro factor sea el gasto social, que se incrementó en 253 por ciento entre 1990 y 1997.³ En este sentido, los programas sociales representaron una transferencia masiva de ingresos a los pobres durante ese período.⁴ A pesar de estos avances, el gasto social en el Perú (6 por ciento del PBI) se mantuvo rezagado en comparación a otros países de América Latina (PAL) (Gráfico 1).

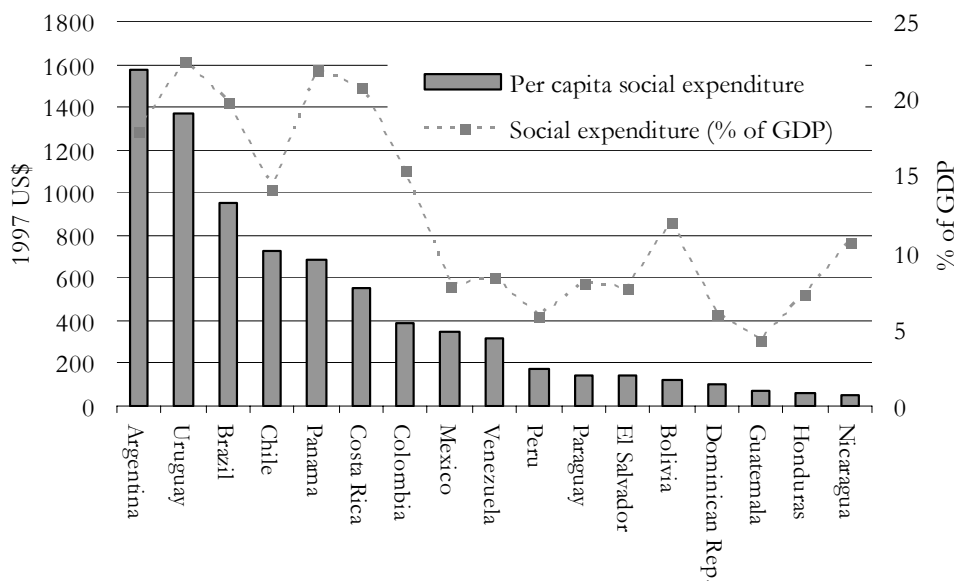
¹ Según Pascó-Font y Saavedra (2001), el gasto gubernamental en programas de salud cayó del 1 por ciento del PBI al 0.5 por ciento en 1999; el desempleo y el subempleo aumentaron considerablemente; los salarios se redujeron a un promedio de 7.7 por ciento anual; las tasas de mortalidad infantil alcanzaron niveles antes solo existentes en países africanos de bajos ingresos; y una quinta parte de la población vivía en la extrema pobreza.

² Figueroa (1998) menciona algunos de los cambios en la política económica más importantes durante los noventa: (a) se ajustó la política monetaria y se controló la hiperinflación; (b) se adoptó un esquema de tasa de cambio flotante; (c) desaparición casi total del control de precios; (d) se reformó el sistema de recaudación de impuestos; (e) se redujo los aranceles y su variación también se redujo considerablemente hacia un sistema de dos tipos de aranceles (15 por ciento y 20 por ciento); (f) se redujo los costos de despido y se eliminó la estabilidad laboral; (g) se privatizó un número considerable de empresas estatales.

³ El gasto social se incrementó de US\$1,033 millones en 1990 a US\$3,656 en 1996. Estas cifras representan el 2.3 por ciento y el 6 por ciento del PBI respectivamente (Vásquez et al, 1999).

⁴ La importancia del aumento del gasto social para la reducción de la pobreza ha sido documentada por Pascó-Font y Saavedra (op. cit.) y Francke (2001).

Gráfico 1
Gasto social (1996-97): Perú vs. otros PAL



Fuente: CEPAL (1998).

Traducción texto del gráfico:

Per capita expenditure = gasto per capita

Social expenditure (% of GDP) = gasto social (% de PBI)

Dominican Rep. = Rep. Dominicana

Sin embargo, a partir de 1997 el Perú ha experimentado dos grandes shocks exógenos: El Niño y una serie de crisis financieras internacionales.⁵ Además, las políticas macroeconómicas inadecuadas, el retraso en la implementación de las políticas orientadas al mercado y la grave crisis política originada por los escándalos relacionados con la corrupción dieron lugar a una pobre performance macroeconómica. En consecuencia, las tasas de crecimiento del PBI han disminuido y buena parte del progreso social alcanzado en los años anteriores puede haberse perdido. En el año 2000 los índices de pobreza habían regresado a los niveles de 1994.⁶

Entre 1985 y 1991, la inequidad en la distribución de los ingresos, medida por el coeficiente Gini, se redujo dentro del contexto de una reducción general de ingresos y gastos. En el año 2000, el coeficiente Gini regresó a los valores de 1985, por lo que el Perú sigue siendo uno de los PAL que muestra mayor inequidad en los ingresos.

En el 2001 había en el Perú 10, 617,000 personas menores de 18 años, lo que equivale al 40 por ciento de la población total, de las cuales el 28.8 por ciento vivía en zonas rurales. Pese al considerable incremento del gasto social en los noventa, a fines de la década solo se destinaba el 25 por ciento a los niños y adolescentes. Además, los niños de los quintiles más pobres y de las zonas menos desarrolladas quedaron excluidos de cualquier tipo de protección social debido a una inadecuada orientación de los programas de asistencia.⁷ La pobreza es mayor entre los niños que en

⁵ Para más referencias, véase Banco Mundial, 2001.

⁶ Existiría dos motivos de preocupación. Primero, las disparidades regionales aumentaron a lo largo de toda la década. Casi el 80 por ciento de la reducción de la pobreza provenía de dos regiones (Lima y la Sierra urbana), mientras que las otras regiones quedaron rezagadas. Segundo, la inequidad en los ingresos en la población indígena ha crecido, ocasionando su atraso cuando es comparada a otros grupos (ibid.).

⁷ Vásquez y Mendizábal (2002) informan que esta situación de “exclusión” sería especialmente preocupante en relación a los niños de la Sierra y Selva rurales.

otros grupos etéreos: el 66 por ciento de los niños menores de cinco años y el 65 por ciento de los niños menores de 14 años vive en hogares pobres.

A continuación presentamos un breve análisis de la pobreza infantil. Es ampliamente aceptado que la pobreza es multidimensional y que no se reduce a un problema de ingresos. El proyecto NM define a los niños en situación de pobreza como aquellos que durante su crecimiento no tienen acceso a diferentes tipos de recursos económicos, sociales, físicos, ambientales y políticos que resultan vitales para su bienestar y para desarrollar su potencial. El marco conceptual de trabajo de NM utiliza una variedad de mediciones del bienestar infantil que van más allá de las mediciones tradicionales, como el estatus nutricional y salud física, e incluyen indicadores como salud mental, estadio de desarrollo por edad y destrezas para la vida (lectoescritura y habilidades matemáticas básicas). Además, el proyecto permitirá la construcción de una medición de resultados centrada en el niño: la percepción subjetiva del propio niño/a sobre su calidad de vida.

Si bien se proporcionará mayor información en capítulos posteriores, en esta sección se hace una revisión de la literatura relacionada con la pobreza infantil en el Perú. Algunos aspectos importantes, como el VIH/SIDA y la discapacidad, no son cubiertos por el proyecto NM debido a limitaciones relativas a su diseño, costo o duración.

1.1.2 Salud

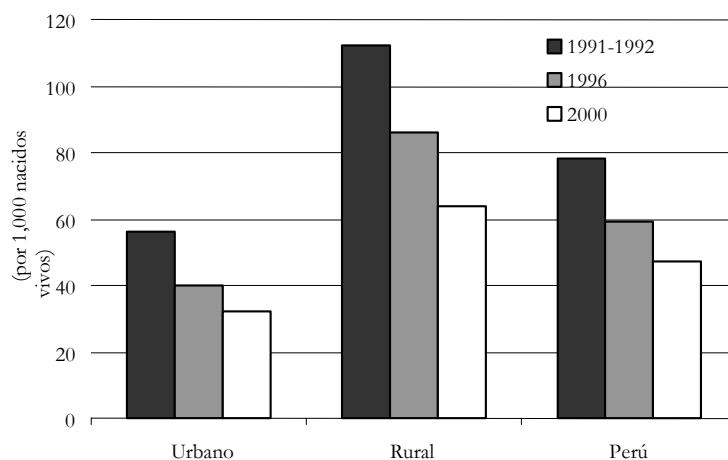
Durante la última década, el objetivo del Ministerio de Salud (MINSA) fue aumentar su cobertura a lo largo de todo el país. En consecuencia, el número de puestos de salud aumentaron de 4,551 en 1990 a 7,561 en el 2000.⁸ El gasto público también se incrementó considerablemente y el gasto per cápita en salud destinado a los niños aumentó en casi 250 por ciento.⁹ Durante el mismo período, las tasas de mortalidad de infantes y niños bajaron sustancialmente (Gráfico 2) y el porcentaje de niños que recibieron todas sus vacunas aumentó de 57.7 a 66.3 por ciento. A pesar de ello, persistieron las desigualdades en las tasas de mortalidad de infantes y niños (TMI). Las disparidades regionales son muy grandes; por ejemplo, en Lima la TMI es de 24 por 1000 nacimientos vivos, mientras que en un departamento rural como Apurímac es de 100 por 1000. En las zonas urbanas las tasas son solo la mitad de las observadas en las zonas rurales, y los quintiles más pobres muestran una TMI cuatro veces mayor que los quintiles más ricos (OPS, 2002).¹⁰

⁸ Instituto Nacional de Estadísticas – INEI (2002).

⁹ Vásquez y Mendizábal (2002) op. cit.

¹⁰ Vásquez and Mendizábal (2002) op. cit. pp. 16-17

Gráfico 2
Tasa de mortalidad infantil (0-5 años) por región geográfica



Fuente: Compendio Estadístico (INEI, 2001a).

Esta brecha entre las zonas urbanas y las rurales podría estar relacionada con las diferencias respecto al acceso a los servicios públicos, como agua corriente, alcantarillado y servicios de salud. Incluso los hogares más acomodados de las zonas rurales tienen menos acceso a estos servicios: solo el 54 por ciento de hogares del quintil rural más rico tienen acceso al agua potable comparado al 81 por ciento de hogares del quintil urbano más pobre. Las cifras correspondientes al acceso al sistema de alcantarillado son 20 y 70 por ciento, respectivamente.¹¹ Aun cuando la infraestructura de los servicios de salud se expandió en las zonas más pobres durante los noventa, el acceso a la atención médica siguió siendo considerablemente menor en las zonas rurales debido a que el costo de las consultas y medicamentos continuaron siendo importantes barreras.¹² Por ello, pese a los últimos avances, el Perú todavía se mantiene atrasado en relación a la mayoría de PAL al presentar una de las mayores diferencias de variación entre el índice de desarrollo humano (IDH) y la TMI (OPS, 2002).

El trece por ciento de los adolescentes entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas por primera vez. La incidencia del embarazo adolescente es más alta en las zonas rurales (25.5 por ciento) que en las zonas urbanas (9.3 por ciento). Los departamentos de la región amazónica tienen el porcentaje más alto de embarazos adolescentes y madres adolescentes del país (31 por ciento). El embarazo adolescente está relacionado al nivel de educación y en muchos casos es una de las principales causas de deserción escolar.

En el Perú, la depresión es la principal razón por la que los adolescentes buscan ayuda de los profesionales de la salud mental. Entre los niños mayores y adolescentes, la tasa de depresión puede llegar a 21 por 1000 habitantes en departamentos como Amazonas. En Moquegua, departamento que tiene registros de salud más precisos, la tasa de depresión en adolescentes fue de 43 por mil habitantes en el 2000. Las zonas de mayor incidencia de depresión son también los departamentos más pobres del país, entre ellos Amazonas, Madre de Dios, Cerro de Pasco y Huancavelica. En el 2000 los servicios de salud proporcionaron tratamiento a más de 20,000 adolescentes y 4,000 niños por depresión.¹³

¹¹ Estimados basados en la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO, 2000).

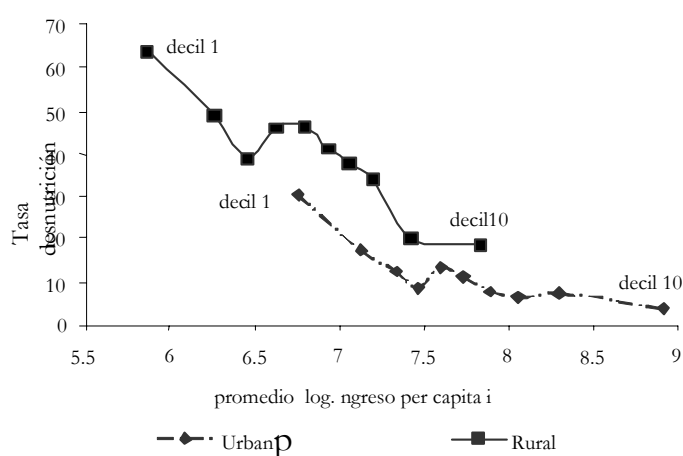
¹² Valdivia (2002b).

¹³ Pilar Dughi 'Stigmas and silence: mental health and violence against children in Peru', en Save the Children UK (ed) *Políticas Públicas e Infancia en el Perú*, Lima, Marzo 2002.

1.1.3 Alimentación y nutrición

La tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años cayó de 37 a 25 por ciento entre 1991 y 2000, aunque la disparidad urbano-rural aumentó. En los departamentos en los que el problema es más agudo –todos ellos localizados en la Sierra–, más del 40 por ciento de los niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica.¹⁴ También se ven desigualdades dramáticas por grupos de ingresos (Gráfico 3). El Perú todavía se mantiene rezagado frente a otros PAL. Según datos recogidos en nueve países de la región,¹⁵ el Perú tiene la tercera tasa más alta de desnutrición infantil (detrás de Guatemala y Haití) y el tercer peor índice de desigualdad en desnutrición, representado por el índice de concentración, detrás de Brasil y República Dominicana.

Gráfico 3
Tasa de desnutrición por deciles de ingreso per cápita
(mayores de seis años)



Fuente: Valdivia (2002a).

Un estudio reciente del Grupo de Alimentación y Nutrición de la Comisión Intersectorial sobre Asuntos Sociales halló serios problemas en el desembolso del gasto en nutrición: superposición de esfuerzos, ausencia de especialización, multiplicidad de instituciones que formulan políticas públicas e inexistencia de sistemas de monitoreo y evaluación.¹⁶ No se ha dado auténtica prioridad a los grupos más vulnerables: los niños menores de dos años y las mujeres embarazadas; la cobertura de en zonas rurales y de pobreza extrema es baja, debido a lo cual muchos de quienes necesitan asistencia no la reciben. Además, la filtración es un problema serio: se calcula que 34 por ciento de hogares que no califican como población objetivo se han beneficiado de estos programas y se estima que la filtración sobrepasa los US\$ 80 millones.

El gobierno peruano realizó considerables esfuerzos durante la década de 1990 para incrementar la asistencia proporcionada por los programas de alimentación y nutrición, gastando un presupuesto anual promedio de US\$ 300 millones y beneficiando alrededor de 9 millones de personas anualmente.¹⁷ La Tabla 1 presenta una relación de los principales programas de alimentación y nutrición. No se ha establecido una relación clara entre estos programas y la reducción en las tasas

¹⁴ Save the Children (2002) p. 6.

¹⁵ Los datos han sido obtenidos del Banco Mundial (www.worldbank.org/poverty/health/data). Para las estadísticas de salud y nutrición se ha utilizado los ENDES circa 1997, can be found for Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú.

¹⁶ Pierina Pollarolo 'Without a map: an analysis of state policy for children', in Save the Children UK (ed) (2002) *Public policy and childhood in Peru*, vol. 1, Young Lives, Lima

¹⁷ Vásquez y Mendizabal, op. cit. p. 61

de desnutrición. Debido a los problemas para llegar a las personas más necesitadas¹⁸ y la evidencia de la composición dietética inadecuada de las raciones entregadas¹⁹, otros factores como el incremento del ingreso en el hogar y la expansión de la infraestructura de salud²⁰ podrían explicar la disminución de la desnutrición.

Tabla 1
Programas de alimentación y nutrición en el Perú

Programa	Institución	Cantidad en millones de US\$	Grupo objetivo
Programa Vaso de Leche	Gobierno local	94.93	Mujeres embarazadas y madres lactantes, niños de 0 a 14 años, adultos mayores de 60 años, grupos en riesgo de contraer TBC.
Desayunos escolares	Instituto Nacional de Salud (INS)	51.43	Niños entre 4 y 14 años
Suplementos alimenticios para grupos de alto riesgo (PACFO)	Instituto Nacional de Salud (INS)	21.83	Niños menores de 3 años
Ollas comunes	PRONAA	21.00	Mayores de 15 años
Almuerzos escolares	PRONAA	17.46	Niños de 0 a 14 años
Wawa Wasi	MIMDES	13.00	Niños de 0-5 años
Comida para infantes	PRONAA	13.00	Niños de 0-5 años
Alimentación y nutrición para familias de alto riesgo (PANFAR)	Instituto Nacional de Salud (INS)	4.00	Mujeres embarazadas y madres lactantes, niños de 0 a 3 años
Suplementos alimenticios	Instituto Nacional de Salud (INS)	3.90	Niños de 6 a 14 años
Proyecto de promoción social	PRONAA	3.34	No hay información
Alimentación y nutrición para pacientes con TBC	Instituto Nacional de Salud (INS)	2.32	Grupos en riesgo de TBC
Niños en riesgo moral	PRONAA	0.55	Niños 6 a 14 años
Alimentación para niños abandonados en riesgo (Promam)	Instituto Nacional de Salud (INS)	0.32	Niños 6 a 14 años
Grupos en riesgo	PRONAA	0.25	No hay información
Trabajo comunal	PRONAA	0.25	Mayores de 15 años
Total		247.58	

Tres de cada diez niños menores de cinco años y casi la mitad de los niños entre seis y nueve años matriculados en el primer año de educación primaria son demasiado pequeños para su edad. Su baja estatura está relacionada con deficiencias nutricionales crónicas y/o desnutrición aguda previa que

¹⁸ Vásquez y Riesco (2000) arguyen que los programas de alimentación y nutrición están concentrados en las regiones más ricas (Lima Metropolitana y la Costa urbana). Además afirman que estos programas han beneficiado principalmente a hogares que no están en situación de pobreza y que los hogares que viven en condiciones de pobreza extrema tienen acceso limitado a ellos. Más recientemente, López-Cálix, Alcázar y Wachtenheim (2002) encontraron que el Vaso de Leche, los comedores populares y el PRONAA presentan pérdidas significativas en el reparto de ayuda. Para un análisis más detallado del destino inadecuado de los programas de alimentación y nutrición, véase Hentschel (1999) y Portocarrero et al (2000).

¹⁹ Vásquez y Mendizábal op. cit.

²⁰ En un análisis estadístico de la ENDES del 2000, Valdivia (2002a) halló que las diferencias en los ingresos del hogar pueden explicar cerca del 40 por ciento de disparidades en el estatus nutricional de niños de los quintiles más ricos y más pobres de la población. En este trabajo, afirma también que la infraestructura (particularmente sanitaria) determina significativamente el nivel nutricional.

afectan el crecimiento y a la larga limita su capacidad intelectual. Entre los niños de seis a nueve años, el 97 por ciento asiste a escuelas públicas y el 62 por ciento vive en zonas rurales.²¹

1.1.4 Educación

Durante la última década, el Perú realizó grandes esfuerzos para incrementar la matrícula y alcance de la educación pública. Hacia fines de los noventa, la matrícula escolar en la educación primaria era casi universal, mientras que alrededor del 73 por ciento de los niños de 12 a 16 años estaba matriculado en la escuela secundaria, con lo cual se alcanzaron niveles cercanos a los hallados en naciones desarrolladas.²²

No obstante, estas cifras ocultan algunos aspectos preocupantes. En primer lugar, esta expansión no ha estado acompañada por un incremento del presupuesto del gobierno para la educación, que se ha mantenido relativamente constante durante los últimos 30 años. En consecuencia, el gasto por estudiante se ha reducido y por lo tanto ha disminuido la calidad de la educación pública.²³ Con un gasto público por estudiante que representa el 18 por ciento y el 31 por ciento de los niveles de Chile y Brasil, respectivamente, el Perú se mantiene rezagado respecto a otros PAL. Las pruebas internacionales de evaluación de la educación²⁴ tomadas en una serie de PAL revelan bajos estándares y colocan al Perú a la zaga de países con niveles similares de PBI.

En segundo lugar, las desigualdades en la educación primaria han sido reducidas en lo que respecta a las tasas de matrícula y deserción escolar en las zonas urbanas y rurales y en los distintos grupos socioeconómicos,²⁵ pero las disparidades persisten en cuanto a las tasas de alumnos mayores de la edad esperada (Tabla 2). En cuanto a la educación secundaria, en los últimos 15 años ha habido cierta reducción de la brecha entre las zonas urbanas y rurales²⁶, pero persisten muchas diferencias en cuanto a los indicadores fundamentales. Además, todavía existen grandes diferencias de cobertura y eficiencia entre hispanohablantes y quienes hablan lenguas nativas, entre los pobres y los más acomodados, y, en menor medida, entre niños y niñas al interior de ciertos grupos.²⁷

En tercer lugar, el gasto desproporcionado del gobierno en las regiones más ricas ha sido documentado.²⁸ Estudios anteriores han hallado también que una proporción considerable de los recursos invertidos en educación provienen del sector privado. Inclusive dentro del sistema público, las familias financian alrededor de un tercio del gasto total en educación. Como consecuencia de la disparidad entre el financiamiento público y privado, existe un alto grado de desigualdad de oportunidades dentro del sistema público, dado que el gasto en educación termina siendo menor en las escuelas de las poblaciones más pobres.

Por último, los niños que viven en las zonas rurales pasan solo 250 horas anuales en las aulas, aun cuando el mínimo requerido es 1,050. Completan solo 4.4 años de educación en el mismo tiempo en que los estudiantes de zonas urbanas completan un promedio de 8.7 años, ya que pasan de 500 a 600 horas en las aulas.²⁹

²¹ 1999 Informe GIN a las Naciones Unidas sobre la situación de los niños en el Perú. p. 18

²² El Banco Mundial (2001a) afirma que, según las cifras de 1997, el Perú está ubicado en el puesto 15 en la lista mundial de países con mayores índices de matrícula entre los 3 y 23 años de edad.

²³ Saavedra y Suárez (2002b) y Banco Mundial (2001a).

²⁴ Pruebas internacionales de evaluación escolar (que incluyen secciones verbales y matemáticas) tomadas en doce PAL.

²⁵ Saavedra y Cárdenas (2002) informan que la tasa neta de matrícula primaria aumentó en las zonas rurales de 57 por ciento en 1985 a 94 por ciento en el 2000. También disminuyó durante ese período la tasa de deserción de 25.5 por ciento a 2 por ciento.

²⁶ Saavedra y Cárdenas (íbid.) informan que la brecha en los índices netos de matrícula entre las zonas urbanas y rurales se redujo de 39 por ciento en 1985 a 20 por ciento en 2000. Durante el mismo período, la brecha en los índices de deserción disminuyó del 44 por ciento a 28 por ciento.

²⁷ Ibid.

²⁸ Saavedra y Suárez (2002a) encontraron una correlación negativa entre el nivel de gasto gubernamental en educación y los índices de pobreza en cada departamento.

²⁹ Ministerio de Educación, Programa de Educación Básica del Programa de Cooperación Perú-UNICEF y USAID. *Two-year Advances of the Opening Doors or Puntukunata Kichaspa Project*. Lima, Diciembre 2001

Tabla 2
Proporción de estudiantes mayores de la edad esperada * por región y sexo

		Primaria				Secundaria			
		Extrema pobreza	Pobres	No pobres	Total	Extrema pobreza	Pobres	No pobres	Total
Urbano	Niños	26.7	14.2	5.7	10.5	40.7	29.0	12.2	20.9
	Niñas	23.9	14.3	4.1	9.8	22.4	23.1	14.6	19.2
	Total	25.2	14.2	4.9	10.2	32.0	26.1	13.3	20.1
Rural	Niños	22.1	21.9	11.1	19.0	38.0	34.3	33.3	34.0
	Niñas	29.3	25.2	11.5	21.5	37.1	31.9	21.0	27.7
	Total	25.3	23.4	11.3	20.2	37.6	33.2	26.6	30.9
Total	Niños	23.3	18.1	7.5	14.4	38.7	31.1	17.4	25.2
	Niñas	27.6	19.8	6.5	14.9	31.8	26.4	16.6	22.2
	Total	25.3	18.9	7.0	14.6	35.8	28.8	17.0	23.7

Fuente: LSMS 2000.

* Se define a los estudiantes mayores de la edad esperada como aquellos que son dos o más años mayores de lo esperado para el grado en el que están matriculados. Por ejemplo, en el Perú se supone que los niños matriculados en el primer grado de primaria tienen seis años. Por lo tanto, los niños mayores de ocho años matriculados en primer grado de primaria son considerados estudiantes mayores de la edad esperada.

1.1.5 Trabajo infantil

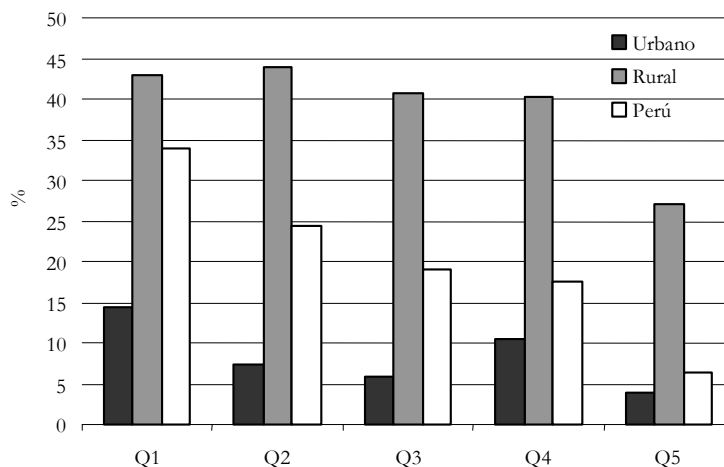
Se estima que actualmente más de dos millones de niños trabajan en el Perú, aunque escasean estadísticas precisas. La estacionalidad del trabajo infantil y la resistencia de los padres a hablar del tema genera que no sea reportado e impide estimaciones más precisas,³⁰ de modo que la información publicada sobre este tópico debe ser interpretada con cuidado. Las estadísticas oficiales de 1996 revelaban que el 19.6 por ciento de los niños de 6 a 17 años de edad trabajaba, mientras que el porcentaje de niños de 6 a 11 años era de 11.3.³¹ Estimaciones más recientes calculan que el 22.3 por ciento de los niños entre 6 y 14 años forma parte de la población laboral.³² Otros análisis revelan, una vez más, que los niños que viven en zonas rurales soportan una carga especialmente pesada. Mientras que solo el 8 por ciento de los niños urbanos de 6 a 14 años trabaja, el porcentaje se eleva a 42 en zonas rurales. El gráfico 4 muestra la variación en la proporción de niños que trabajan por quintiles de gasto doméstico y zonas urbanas y rurales.

³⁰ OIT (1998).

³¹ INEI (1998).

³² Cálculos basados en ENAHO 2000.

Figura 4
Trabajo infantil por quintiles de gasto



Fuente: LSMS 2000.

La situación de los niños que trabajan debería ser una auténtica preocupación para la sociedad peruana. La mayoría vive en hogares pobres o en condiciones de extrema pobreza, y probablemente no reciben atención médica ni alimentación adecuada. Además, entre los niños de 14 a 17 años que trabajan, el 40 por ciento no asiste a la escuela. Entre los que lo hacen, los índices de aquellos que son mayores a lo esperado son altos, en promedio tienen de dos a cuatro años de atraso.³³

No se ha tomado medidas efectivas para evitar la participación de los niños y adolescentes en trabajos de alto riesgo: cargadores, obreros en ladrilleras y canteras, vertederos, minería, etc. Se estima que alrededor de 50,000 niños y adolescentes trabajan en esta última actividad.

1.1.6 Protección

El Código de Niños y Adolescentes³⁴ ha adecuado la legislación a los estándares de la Convención Nacional de Derechos del Niño y hay numerosas autoridades estatales a cargo de supervisar su implementación. Aun así, los niños no son protegidos apropiadamente por el sistema puesto que éste no facilita las denuncias ni el proceso de seguimiento. La entidad más importante de protección al menor son las DEMUNA (Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente), que se hallan generalmente en las ciudades, pero muy raramente se sanciona a los padres o parientes abusivos.³⁵ Las DEMUNA, que podrían transformarse en un instrumento eficiente para resolver estos problemas ya que son más asequibles que el sistema de administración de justicia, no cuentan con los recursos profesionales necesarios. Se ha abierto más de 1,200 centros de protección en municipalidades locales, escuelas primarias, parroquias, ONG y organizaciones comunales, pero en muchos de estos lugares el centro de protección se reduce a un empleado municipal que ha sido encargado de la zona sin haber recibido entrenamiento adecuado.

En el año 2000 se incluyó por primera vez en el Perú preguntas sobre violencia doméstica en una encuesta nacional (INEI, 2001b). Cuarenta y uno por ciento de los padres –a nivel nacional- admitió que golpea a sus hijos para “disciplinarlos”. Esta cifra es mayor en zonas de mayor pobreza y

³³ Save the Children op. cit.

³⁴ Act 27337.

³⁵ Estudio sobre violencia llevado a cabo en Ayacucho, Huancavelica y San Martín por el Instituto Apoyo. ‘Violencia y Pobreza desde una Perspectiva de Género 2001’

exclusión (62 por ciento en Apurímac y 73 por ciento en Cajamarca). La encuesta proporciona también evidencia de la existencia de una estrecha relación entre el nivel de educación de los padres y el maltrato infantil. Además, existe un alto nivel de persistencia intergeneracional del problema: los padres que abusan de sus hijos generalmente han sufrido a su vez abuso por parte de sus propios padres.

La delincuencia juvenil se ha incrementado en los últimos años, especialmente en términos de pandillas vecinales. Según estimados moderados, en Lima habría 100 pandillas de 40 a 50 miembros, cuyas edades varían entre 8 y 22 años.³⁶

Según las conclusiones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) de julio del 2003, entre 1980 y el 2000 hubo aproximadamente 6,089 casos de desapariciones forzadas perpetradas por Sendero Luminoso, el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru y las fuerzas de seguridad del gobierno. La CVR concluyó que 60,000 personas fueron asesinadas durante la violencia política de los ochenta y noventa, que también ocasionó una migración masiva y desplazamientos internos, generalmente de zonas rurales a urbanas y del interior del país a la Costa. Se estima que entre 1980 y 1992 había 60,000 personas desplazadas, 40,000 huérfanos, 20,000 viudas, 4,000 desaparecidos, 500,000 menores de 18 años que sufrían de síndrome de estrés posttraumático y 435 comunidades destruidas. Dieciocho de los veinticuatro departamentos del país fueron afectados y se estima que los perjuicios se elevaron a veinticinco mil millones de dólares americanos, cifra similar a la deuda externa nacional.³⁷

1.1.7 Comentarios finales

Los índices de pobreza en el Perú han fluctuado en las últimas décadas y disminuyeron considerablemente hasta 1997. Como consecuencia de estos avances, mejoraron las condiciones sociales de los niños. Sin embargo, la desaceleración del crecimiento económico a partir de 1998 ha puesto en peligro estos logros. En el año 2000, el 54 por ciento permanecía bajo la línea de pobreza y el 15 por ciento por debajo de la de extrema pobreza. Esto refleja la situación de vulnerabilidad que enfrentan los niños: 62 por ciento de ellos vive en hogares pobres y 22 por ciento en hogares en condiciones de extrema pobreza.

Durante los noventa, el aumento del gasto social público estuvo acompañado de mejoras en los indicadores de salud, tasas de desnutrición y escolaridad. Sin embargo, la mayoría de los indicadores muestra que los niños peruanos están considerablemente rezagados respecto a sus contrapartes de la región, incluyendo a los países con un nivel de desarrollo similar. Además, sigue habiendo un grado significativo de desigualdad entre los niños rurales y urbanos y entre los grupos socioeconómicos.

1.2. Contexto político

1.2.1 Gobierno

En el año 2000 llegó a su fin una década de autoritarismo cuando Alberto Fujimori renunció a la presidencia en medio de acusaciones de corrupción y violación a los derechos humanos y buscó el exilio en Japón. Hasta julio del 2003, los cargos contra Fujimori eran, entre otros: asesinato, por haber ordenado dos masacres de sospechosos de colaboración con los terroristas por parte de escuadrones paramilitares de la muerte a principios de la década de 1990; malversación, enriquecimiento ilícito y desviación y utilización secreta de fondos del Estado para solventar actividades de inteligencia; autorización ilícita de compras del Estado por millones de dólares; y pago ilegal de una indemnización de US\$ 15 millones al ex jefe del servicio de inteligencia, Vladimiro

³⁶GIN (op. cit.) p.31.

³⁷Nelson Manrique 'Los niños de la guerra', en *Políticas públicas e infancia en el Perú*, vol 2, Diciembre 2003, Save the Children UK

Montesinos, quien a su vez hace frente a más de 60 cargos, incluyendo corrupción y asesinato, demandas por haber realizado pagos frecuentes en efectivo a Fujimori a su pedido, y soborno a congresistas de la oposición para unirse a su partido. Desde Tokio, Fujimori niega estos cargos, denuncia ser víctima de persecución política y con frecuencia realiza comentarios sobre la situación política en el Perú.

Como presidente del Congreso, Valentín Paniagua se convirtió en presidente del Perú entre noviembre del 2000 y julio del 2001 luego de la renuncia de Fujimori, cuando tanto el primero como el segundo vicepresidente fueron considerados incompetentes para el cargo. En su condición de Secretario General del partido de centro Acción Popular, Paniagua fue el primer líder de oposición que presidió el congreso después de ocho años. Como presidente interino, su convocatoria a políticos no partidarios para formar parte de su gabinete ministerial le confirió la reputación de líder moderado con grandes habilidades para la construcción de consensos. Garantizó la realización de elecciones libres y justas en abril y junio del 2001 que llevaron a la elección de Alejandro Toledo del partido Perú Posible.

Toledo asume el cargo enfrentando enormes desafíos heredados del régimen de Fujimori, entre ellos: reconstruir las instituciones democráticas, lograr la estabilidad económica luego de tres años de recesión e inestabilidad política, fortalecer la economía e incrementar las oportunidades de empleo y al mismo tiempo controlar el gasto público, llevar a cabo la reforma judicial y proteger los derechos de las personas y de propiedad, y modernizar la salud y educación.

Una de las piedras angulares del nuevo gobierno de Toledo fue la descentralización y la transferencia del poder a los gobiernos locales. Se crearon veinticinco gobiernos regionales con las elecciones municipales y regionales realizadas en noviembre del 2002. Cincuenta presidentes y vicepresidentes regionales, 219 miembros de concejos locales y 1, 800 alcaldes fueron elegidos. Los nuevos gobiernos (doce de ellos presididos por el APRA, partido de oposición) comenzaron a funcionar en enero del 2003.

El 22 de julio de 2002, Toledo presentó un simbólico “Acuerdo Nacional” que incluía a su partido, los líderes de los partidos políticos más representativos y sectores de la sociedad civil, para apoyar la transición del Perú a la democracia mediante el desarrollo de objetivos políticos compartidos a largo plazo: democracia y estado de derecho; igualdad y justicia social; competitividad económica en el mercado mundial; y el desarrollo de un Estado eficiente, transparente y descentralizado. No obstante, un año después hay un amplio consenso sobre la ausencia tanto de seguimiento como de voluntad política para traducir este acuerdo en políticas concretas de corto plazo.

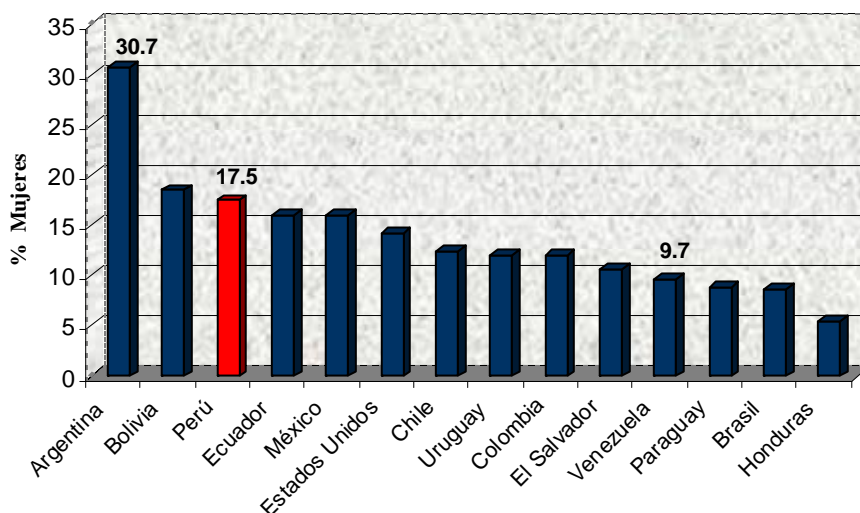
En mayo del 2003, Toledo declaró el segundo estado de emergencia de su gobierno. Hasta fines de junio, el estado de emergencia sigue vigente y el presidente enfrenta una crisis de legitimidad y gobernabilidad y solo cuenta con una aprobación general del 11 por ciento.

1.2.2 Equidad

Aun cuando la Constitución Peruana reconoce formalmente la igualdad entre hombres y mujeres, persiste en el Perú la brecha de representación entre géneros, en comparación a otros países de la región (Gráfico 5). A pesar de ello, hay señales de que esta brecha se está cerrando. Un indicador de esta tendencia es el cambio en la composición del Congreso de la República. Entre 1990 y 1992, el porcentaje de mujeres era de 6.7 por ciento. Entre 1993 y 1995, la cifra era 8.8 por ciento, y entre 1995 y 2000, 10.8 por ciento. En 1996, la Ley de Cuotas establecía que las mujeres debían ocupar el 25 por ciento de las listas de candidatos al congreso, lo cual posteriormente se incrementó al 30 por ciento. Para el período 2001-2006, que corresponde al gobierno de Alejandro Toledo, 22 de los 120 congresistas son mujeres (18.33 por ciento).

La discriminación racial y de género en los avisos de empleo y en relación a las oportunidades educativas está prohibida por ley pero persiste en la práctica. Una ley del 2000 amplió la definición de violencia doméstica para incluir la violencia sexual. Entre 1991 y el 2001, el diferencial del ingreso promedio de hombres y mujeres decreció de 47 a 42 por ciento.

Gráfico 5
Composición del congreso según la proporción de la representación femenina



Fuente: IDEA (2003).

1.3. Políticas públicas

Existe abundante legislación acorde con las convenciones internacionales sobre derechos de los niños. Las leyes reconocen los derechos de los niños y los protege de la violencia y el abandono. La Constitución y la ley declaran que el Estado es responsable de la salud y educación de los niños. Sin embargo, en el campo administrativo, las instituciones cuya función debía ser la de proporcionar dicha protección y servicios, lo hacen muy limitadamente. Las leyes destinadas a la protección quedan entonces reducidas a meras declaraciones. Esto significa que la aprobación de una ley en sí misma no significa que el Estado haya mostrado un compromiso inequívoco con sus objetivos. Lo que ocurre realmente depende del presupuesto nacional y del desarrollo de la capacidad institucional de estas organizaciones.

Como en muchos países desarrollados, en el Perú las entidades públicas encargadas de brindar protección y servicios no cuentan con recursos suficientes. Un gran número de organizaciones actúa sin ninguna política definida, los funcionarios públicos son burocráticos y no toman iniciativas y los resultados de la administración pública raramente son evaluados. Las deficiencias del sector público derivan generalmente de una inadecuada administración de los recursos y del personal. Por ejemplo, los resultados de la política sobre nutrición muestran que no basta el incremento del gasto. Aunque la tasa de desnutrición disminuyó considerablemente, el impacto alcanzado podría haber sido mayor con los mismos recursos. El desaprovechamiento de recursos, la falta de acceso a grandes sectores de beneficiarios y el hecho de que los beneficios se destinen a grupos no prioritarios, se explican por diversos factores: la ausencia de una entidad de planeamiento y formulación de políticas que oriente los numerosos programas y brazos ejecutivos de las agencias, las deficiencias administrativas que afectan al sector público en general y la falta de mecanismos de control y evaluación. En lo que atañe

a las políticas públicas para niños y adolescentes, el Plan Nacional de Acción por la Infancia (PNAI), aprobado recientemente, está bajo la responsabilidad del MIMDES, que es uno de los sectores que cuenta con menor apoyo político, tiene poca influencia en la formulación de políticas públicas y un presupuesto modesto.

Temas comunes en el sector público

A continuación presentamos un resumen de algunos aspectos de la intervención estatal que son también característicos de otras áreas. En primer lugar, las entidades públicas no tienen recursos suficientes para llevar a cabo sus tareas, es decir, no tienen la capacidad de proporcionar servicios razonables a todos los beneficiarios según estipula la ley. En segundo lugar, existe un gran número de organizaciones que operan independientemente una de otra, no poseen una orientación política única definida y no coordinan intesectorialmente. Esto produce desorden, superposiciones y desaprovechamiento de recursos. Más aún, la falta de incentivos para que los funcionarios públicos se desempeñen eficientemente hace de la inacción la conducta más segura, ya que si se toma cualquier iniciativa se corre el riesgo de cometer errores. El déficit en la capacidad gerencial se halla a dos niveles: a nivel político, se hace visible porque los representantes y gobiernos electos no tienen un control estratégico y no tienen o no pueden tener la capacidad de formular políticas más adecuadas. A nivel de la administración pública, la incapacidad gerencial está vinculada a la falta de iniciativas y de instrumentos para ejecutar las políticas.

El Estado peruano gasta por habitante sumas muy parecidas a las de Chile y Costa Rica, y más que México, Colombia y Venezuela. Sin embargo, los resultados en términos de los indicadores sociales son muy inferiores. Naturalmente, cada problema tiene su propia complejidad, y son muchos los factores que pueden explicar las diferencias. Sin embargo, la evidencia acumulada sugiere que otros Estados hacen más con menos recursos.

Tabla 3
Gasto público y mortalidad infantil en América Latina

País	Gasto público (anual) per cápita ³⁸ US\$ 1999	Mortalidad infantil por mil 1998
Haití	32.2	116
Nicaragua	60.2	42
Honduras	98.8	46
Guatemala	99.6	52
Ecuador	131.0	37
Paraguay	158.0	27
Bolivia	161.6	78
Rep. Dominicana	191.0	47
El Salvador	209.0	36
Venezuela	220.2	25
Colombia	270.0	28
México	308.0	35
Peru	358.5	47
Chile	426.6	12

Fuente: World Development Report 2000/2001, Banco Mundial.

Como ilustra la Tabla 3, prácticamente no existe correspondencia entre, por un lado, el gasto per cápita, y por el otro, la TMI por mil nacimientos. Estas cifras confirman que el Estado no está

³⁸ El gasto público registrado en esta columna corresponde al gasto total actual y no al gasto específicamente destinado a salud, educación y nutrición

estableciendo adecuadamente sus prioridades de gasto y que es sumamente ineficiente en su manejo. La discusión respecto al papel que el Estado debe desempeñar es muy relevante al tema de las prioridades.

El aparato estatal no está bien organizado, es demasiado grande y presenta una tendencia a crecer tanto en el número de instituciones como de servidores públicos. Está conformado por una serie de organizaciones y niveles de gobierno: el congreso, la administración de justicia, 9 entidades con autonomía constitucional, la presidencia y la presidencia del Consejo de Ministros, 15 ministerios, 73 organismos públicos descentralizados, un servicio nacional de salud, 28 universidades públicas, 189 concejos provinciales y 1, 830 concejos distritales. Unas 750,000 personas figuran en las planillas de estas instituciones, sin contar con los trabajadores municipales. Si sumamos a esta cifra los 300,000 pensionistas del sistema nacional de pensiones, hay más o menos un millón de personas que reciben remuneración del Estado.

Niños del Milenio en el Perú: Panel de asesores

En mayo del 2002, el equipo de NM del Perú formó un panel de asesores para el proyecto. Los nueve miembros del panel son líderes expertos en sus campos y han ocupado cargos claves relacionados con la pobreza en el país. Más aún, cada una de estas personas es también un líder de opinión por derecho propio, independientemente de las instituciones que representan o han representado. La Tabla 4 describe brevemente sus trayectorias y experiencia así como sus filiaciones institucionales.

Table 4
Panel de asesores del proyecto Niños del Milenio en el Perú

Miembro	Institución
Mark Lewis	Primer Secretario de la Embajada Británica en el Perú y representante de DFID en Perú.
Pedro Francke	Profesor de Economía en la Pontificia Universidad Católica en el Perú y consultor experto en pobreza y políticas sociales. Ha sido Director Ejecutivo de FONCODES. Últimamente ha sido reclutado por la oficina del Banco Mundial en el Perú.
Cecilia Blondet	Historiadora y experta en género, pobreza y desarrollo. Ha trabajado en la Asociación Transparencia y es miembro del Directorio del Instituto de Estudios Peruanos. Fue Ministra de la Mujer y Desarrollo Humano (MIMDES).
Richard Webb	Doctor en Economía de la Universidad de Harvard. Actual presidente del Banco Central de Reserva, es también consultor en desarrollo económico, empleo y pobreza. Es coautor de <i>Historia del Banco Mundial</i> y ha sido conferencista en la Universidad de Princeton.
Javier Abugattás	Ingeniero civil con estudios en la Escuela del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica. Ha sido viceministro de Economía, Secretario Técnico Ad Hoc del Comité Intersectorial de Asuntos Sociales y consultor en desarrollo del Consejo de Ministros.
Emma Rotondo	Antropóloga y consultora en evaluación y derechos del niño. Ha trabajado con redes de la sociedad civil y UNICEF sobre políticas sociales e infancia y ha publicado numerosos trabajos sobre la niñez en el Perú. Es consultora en diseño estratégico de defensa política y vigilancia social, y en construcción de habilidades para el aprendizaje.
Gilberto Moncada	Economista, tiene una maestría de la Universidad de Georgetown. Ex Director Administrativo del Instituto Cuánto y Coordinador para América Latina y El Caribe del programa IDB MECOVI, hasta el 2002 fue director del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.
Gastón Garatea	Sacerdote de la congregación del Sagrado Corazón y Presidente del Comité Ejecutivo de la Mesa de Lucha contra la Pobreza.
Rosa María Palacios	Abogada, tiene una maestría en derecho comparado de la Universidad de Texas. Investigadora Asociada de la Universidad de Ciencias Aplicadas y consultora en organización y funcionamiento del Estado, actualmente trabaja como entrevistadora para Radioprogramas del Perú. También conduce <i>Tribuna Libre</i> , programa del Canal 6, <i>Antena Informativa</i> .

2. Métodos

2.1. Diseño general

La cohorte principal de aproximadamente 2,000 niños índices en cada país tienen entre 6 y 17.9 meses de edad al momento de su enrolamiento (en adelante “niños de un año”) y serán objeto de seguimiento hasta que cumplan 15 años. En el Perú fueron enrolados 2,052 niños índices. Éstos fueron seleccionados en 20 comunidades centinelas que fueron definidas específicamente en cada país. El concepto de “comunidad centinela” proviene de los estudios de vigilancia de salud y es una forma de muestreo intencional en el que la comunidad (o grupo muestral) es considerada como representativa de cierto tipo de población o zona, en la que se espera muestre los primeros signos de impacto de las tendencias que afectan esa población o zona específica. La selección de las 20 comunidades en el Perú es descrita en la sección 2.4. Cada tres años se entrevistará a la persona al cuidado del niño, así como al propio niño cuando tenga edad suficiente, y se registrará la talla y peso de cada niño. También se recogerá datos sobre las comunidades en las que viven los niños en cada ronda de entrevistas. Las comunidades se definen localmente y corresponden a áreas administrativas. En el área urbana puede ser un distrito o zona censal y en el área rural puede ser un grupo de aldeas o pueblos pequeños en torno a los cuales se ubican los hogares rurales. Cada grupo muestral puede estar compuesto por una o más comunidades. En el caso del Perú, 74 comunidades de este tipo han sido identificadas en los 20 grupos muestrales.

Además de los mencionados anteriormente, aproximadamente 1,000 niños que tenían 7.5-8.5 años de edad al momento del enrolamiento (en adelante, “niños de ocho años”) y las personas a su cuidado fueron entrevistadas en cada país para hacer las veces de grupo comparativo cuando los niños índices cumplan ocho años, probar técnicas específicas de recolección de datos y obtener resultados más actualizados en relación a un grupo de edad dejado de lado. En el Perú, debido a la limitación de recursos, solo se enrolaron 716 niños de ocho años.

Una serie de proyectos temáticos, en gran parte cualitativos, que investigarán aspectos que aparezcan en la primera ronda de análisis de datos, serán desarrollados a partir del 2004. El proyecto también está monitoreando los cambios en el ámbito de las políticas públicas, utilizando una matriz de políticas públicas, a fin de explorar los vínculos entre las políticas públicas y sus resultados en relación a los niños.

Los preparativos para la primera fase de NM empezaron en el 2001. El estudio fue diseñado tanto a nivel internacional, a través de la cooperación entre los equipos de los cuatro países y el grupo coordinador internacional, cuanto a nivel nacional, con la participación de un panel de asesores que representan instituciones gubernamentales, donantes internacional y ONG locales (véase los agradecimientos). Desde un inicio se buscó la participación de los principales grupos interesados para garantizar que la información relevante sea utilizada para formular políticas y acciones.

Los principios éticos de la investigación fueron aprobados en Gran Bretaña por la London South Bank University, el London School of Hygiene and Tropical Medicine y la University of Reading, y en Lima, Perú, por el Comité de Ética del IIN. También por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y por autoridades locales y líderes comunitarios. Luego de informarlos sobre el proyecto, se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los jefes de hogares o tutores de los niños de uno y ocho años enrolados. Además, la mayoría de los niños de ocho años aceptaron participar en el estudio suscribiendo su propio formulario de consentimiento. En el caso de personas analfabetas, los entrevistadores obtuvieron su consentimiento verbal antes de las entrevistas.

2.2. Cuestionarios

2.2.1. Cuestionario sobre Hogares

La información registrada en el cuestionario sobre hogares utilizado en los cuatro países (cuestionario central) es resumida en la Tabla 5.

Tabla 5

Tópicos del Cuestionario sobre Hogares para los niños de un año y para los niños de ocho años

<p>Preguntas para todos los hogares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información respecto a ubicación (para su localización en las rondas de entrevistas futuras) • Composición del hogar • Salud del niño/a (enfermedades crónicas y agudas) • Características de la persona al cuidado del niño/a • Formas de sustento • Crisis económicas y estrategias para enfrentarlas • Estatus socioeconómico (bienes) • Capital social • Antropometría del niño/a
<p>Preguntas específicas a los hogares de los niños de un año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo, parto y lactancia • Inmunizaciones • Cuidado del infante • Bienestar psicosocial de la persona al cuidado del niño/a
<p>Preguntas específicas a los hogares de los niños de ocho años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud mental del niño/a • Escolaridad del niño/a • Trabajo infantil • Tiempo libre del niño/a

Dada su importancia para propósitos del seguimiento, se ha registrado información de contacto sobre la familia y sus allegados más cercanos. La copia completa de los cuestionarios centrales aparece en www.younglives.org. El Anexo 1 presenta todas las variables de la encuesta.

Un trabajo preliminar conducido por una antropóloga en Lima, Ayacucho y Pucallpa con niños de 8 y 15 años, sumado a las amplias consultas con el panel de asesores y otros grupos de interesados (véase Agradecimientos), llevó a la inclusión de preguntas adicionales en los cuestionarios peruanos. La Tabla 6 muestra los tópicos agregados la encuesta de hogares para los niños de un año y para los de ocho años. En el Perú se registró la hora de inicio y término del cuestionario.

Tabla 6 Temas específicos al país añadidos a los cuestionarios para los niños de un año y para los niños de ocho años

<u>Niños de un año</u>	
<u>Sección 1:</u>	Detalles adicionales respecto a documentos oficiales de identidad
<u>Sección 2:</u>	Opciones adicionales respecto a la relación del niño/a con las personas que viven en el hogar
<u>Sección 3:</u>	Información adicional sobre talla al nacer, motivo del lugar de parto, si el bebe fue hospitalizado al nacer, embarazos de la madre posteriores al parto del niño/a índice
<u>Sección 4:</u>	Preguntas adicionales sobre si el niño comparte la cama, percepción de la madre respecto a si el niño/a llora más que otros niños y las acciones que toma cuando no deja de llorar
<u>Section 5:</u>	Preguntas adicionales sobre si el niño/a ha sido hospitalizado y seguro de salud. Transcripción de información sobre vacunaciones de la tarjeta de salud del niño/a. Preguntas abiertas adicionales sobre las actividades familiares durante el tiempo libre
<u>Section 6:</u>	Pregunta adicional sobre idiomas que habla la persona al cuidado del niño, el idioma en el que le hablaba la madre a la persona al cuidado del niño y lugar de nacimiento de la madre
<u>Section 7:</u>	Pregunta adicional para definir la importancia de las múltiples actividades realizadas por la misma persona y mayores detalles sobre dinero y bienes transferidos y enviados fuera del hogar. En algunas preguntas se añadió códigos adicionales cuando eran necesarios. Se añadió una pregunta sobre donaciones de alimentos recibidos por el hogar.
<u>Section 9:</u>	Listado adicional de posesiones y equipos y herramientas agrícolas del hogar. Preguntas adicionales sobre la higiene del hogar y una evaluación del investigador de campo sobre la higiene del hogar basada en la observación de la sala, la cocina y el baño.
<u>Section 10:</u>	Se utilizó la traducción de una encuesta de salud mental con comentarios del entrevistador que ha sido aplicada anteriormente en el Perú en un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas adicionales sobre embriaguez y violencia y violencia doméstica asociadas durante la infancia de los padres.
<u>Section 13:</u>	Lista adicional de vestimenta con pesos promedio a fin de corregir el peso cuando el niño/a no pudo ser pesado desnudo. Se añadió peso, talla y pliegue tricentral de la madre.

<u>Section 14:</u>	Esta sección específica para el Perú fue agregada a continuación de la sección 7 e incluyó información sobre los ingresos y egresos del hogar.
<u>Añadidos para los niños de ocho años además de los agregados para los niños de un año:</u>	
<u>Section 3:</u>	Preguntas adicionales sobre lugar de nacimiento, sexo deseado para el niño/a, lactancia y número de hermanos fallecidos
<u>Section 4:</u>	Pregunta adicional sobre grado de escolaridad aprobado y detalles de la escuela para cotejarlos con la base de datos del Ministerio de Educación. Preguntas adicionales diseñadas para evaluar la calidad de la escuela y de la enseñanza. Indagaciones sobre la satisfacción con la escuela, la participación de los padres/ persona al cuidado del niño/a en las tareas escolares y/o actividades de la escuela y rendimiento escolar. También sobre la distancia de la casa a la escuela y los motivos más frecuentes de inasistencia a clases; gastos relacionados con la educación, tiempo dedicado a la escuela, suministro de desayunos o almuerzos escolares y si el niño/a asistió a un centro preescolar.

También se entrevistó directamente a los niños de ocho años sobre aspiraciones, percepción de su calidad de vida, relaciones sociales, estudios, trabajo, salud, lectoescritura y habilidades matemáticas básicas. Se utilizó la prueba de Matrices Progresivas de Raven para evaluar el desarrollo cognitivo. Puede obtenerse una copia de los cuestionarios utilizados en el Perú en la página web del proyecto: www.ninosdelmilenio.org

2.2.2. Cuestionario sobre las comunidades

El cuestionario sobre las comunidades tiene cinco secciones: entorno natural, situación social, acceso a infraestructura y servicios, economía y salud, y educación. Los encuestados son informantes claves de la comunidad, generalmente autoridades locales y representantes de los sectores de educación, salud y agricultura. Las variables adicionales incluidas específicamente en el Perú fueron:

- Preguntas sobre el tiempo que toma trasladarse a la capital de la provincial desde cada localidad
- Preguntas acerca de si funcionarios del gobierno local han sido asesinados (principalmente debido a actividades terroristas), denunciados por corrupción o removidos debido a cargos de corrupción
- Opciones adicionales para las preguntas sobre comercio/mercado local, dónde se compra alimentos y ropa, y sobre grupos locales organizados.

Todos los cuestionarios centrales fueron traducidos al castellano, revisados por el equipo de investigación, modificados, probados en campo, utilizados en el estudio piloto y finalmente diagramados en un formato que facilitaba el registro de la información. Se añadieron encabezados de modo que en cada página figure el código del niño en caso de que los formularios se traslapen y éstos se compaginaron en un cuadernillo. Se dedicó mucho esfuerzo a entrenar y estandarizar a los

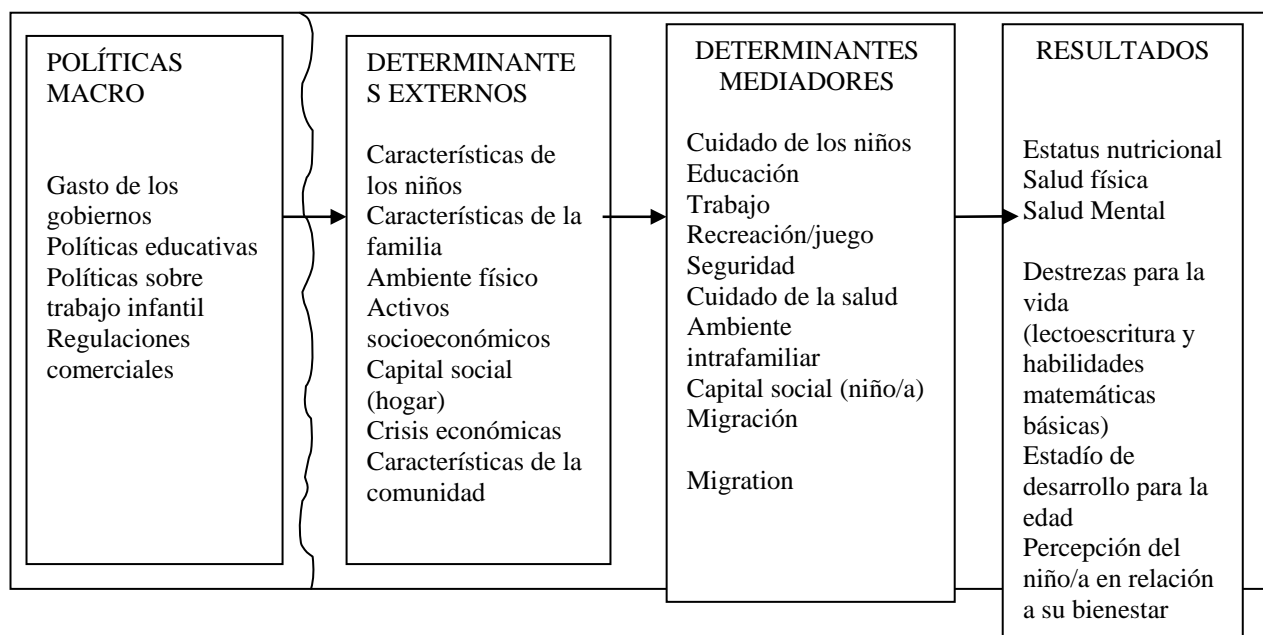
trabajadores de campo en el uso de los cuestionarios, particularmente en cuanto a las secciones económicas y a su aplicación en zonas rurales. El proceso de capacitación y prueba tomó tres meses, comenzó con la selección del personal y terminó con una amplia prueba piloto de los instrumentos de encuesta y de todo el sistema en la comunidad de Canta, al norte de Lima. Se estandarizó la medición antropométrica de varios miembros de cada grupo.

2.3 Otros datos

2.3.1 Monitoreo de políticas públicas

El Gráfico 6 muestra los diferentes niveles de los determinantes del bienestar en los niños. Los determinantes que figuran a la derecha de la línea vertical han sido recogidos mediante encuestas sobre las comunidades, aunque también debe tomarse en cuenta las políticas a nivel meso y macro. Se presume que las políticas públicas que han tenido mayor impacto sobre el bienestar de los niños son: cuidado de la salud, educación, reducción de la pobreza, redes de soporte social, seguro/seguridad social y gasto público. Se recogerá información sobre estas políticas cada seis meses utilizando una matriz de políticas públicas como marco conceptual, con el apoyo de los miembros del panel de asesores de cada país. Esta matriz será utilizada al final del proyecto para analizar los cambios observados en el análisis longitudinal de Niños del Milenio.

Gráfico 6
Marco conceptual de trabajo de Niños del Milenio



2.3.2 GPS para la localización de los hogares

Para facilitar la localización de las viviendas cuando se regrese para las próximas encuestas, el equipo del Perú tomó las coordenadas de longitud y latitud de cada casa con el GPS. Aunque hubo problemas técnicos en algunos lugares debido a la descalibración del lector, la mayoría de las coordenadas fueron tomadas correctamente. Hay algunas viviendas cuyas coordenadas faltan o no están correctas, lo cual será remediado durante la visita de seguimiento que se está llevando a cabo actualmente en el Perú. Consideramos que esta información será invaluable en el futuro no solo para propósitos de seguimiento sino también para establecer vínculos entre la información sobre los hogares y una enorme cantidad de datos secundarios disponibles en el Perú, como las características de servicios de salud o educativos cercanos, acceso a vías de comunicación, etc.

2.3.3 Fotos

El equipo del Perú utilizó cámaras digitales para tomar una serie de fotografías estandarizadas de cada hogar: el/la niño/a índice con la persona a cargo de su cuidado, el exterior de su vivienda, la sala principal o área del hogar en la que se recibe a las visitas y una fotografía grupal con todos los miembros de la familia presentes en el momento de la encuesta. Estas fotos fueron transferidas a las computadoras portátiles en el campo y enviadas al IIN en CD-ROM. Las fotos del niño/a y la persona a cargo de su cuidado fueron utilizadas para hacer certificados para cada niño que serán distribuidos a todos los participantes del estudio durante la visita de seguimiento que se realiza actualmente. Las fotos también serán utilizadas como ayuda para la identificación del niño/a y su hogar en las próximas rondas de encuestas, y nos han permitido levantar un banco de datos visual único que complementa los datos de las encuestas. Por ejemplo, han sido utilizadas para comprobar la validez de medidas antropométricas extremas.

2.4 Muestreo

Con el propósito de satisfacer las necesidades y objetivos del proyecto NM se adaptó un protocolo para el muestreo general multifásico a las situaciones locales que al mismo tiempo conserva sus principios esenciales. Puede encontrarse mayores detalles de la estrategia de muestreo de NM en www.younglives.org. Cuando la estrategia de muestreo a ser utilizada en el Perú fue discutida con los grupos de interesados, éstos:

- Destacaron la importancia de que la muestra sea considerada representativa del Perú, trazada según una estrategia de muestreo aceptable
- Subrayaron la necesidad de incluir algunas zonas de la Selva de modo que estén representadas, aunque eran conscientes de que son particularmente difíciles de cubrir
- Pusieron énfasis en la importancia de cubrir tanto zonas rurales como urbanas, incluyendo zonas peri urbanas
- Confirmaron que uno de los problemas inminentes principales de las políticas públicas es la política nacional de educación, por ejemplo la expansión de la educación preescolar, la mejora de la calidad de la educación primaria, etc.

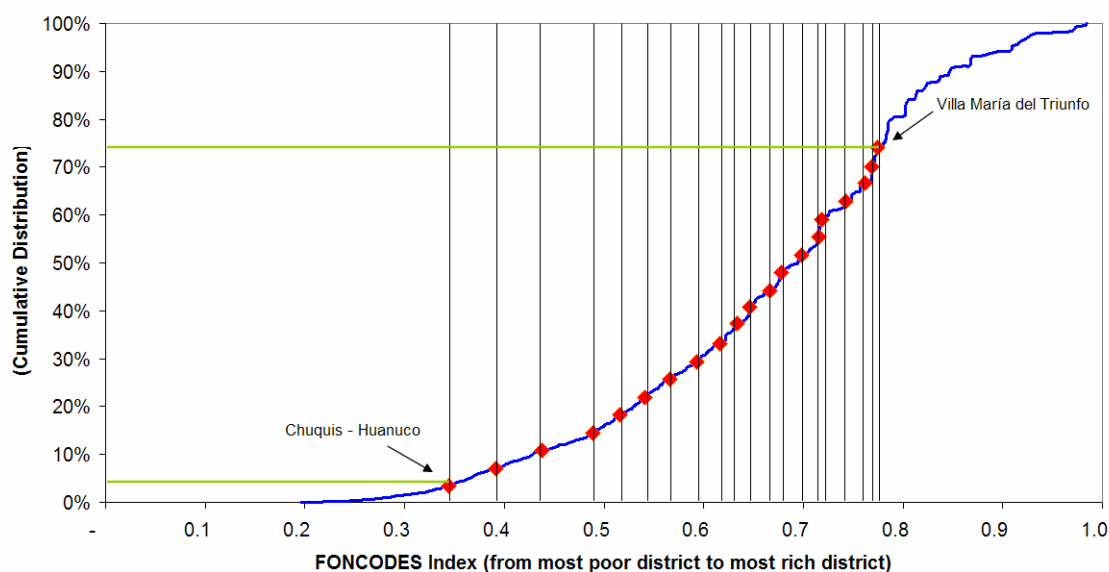
El marco inicial del utilizado en el Perú fue distrital. Para garantizar una distribución representativa de los distritos según su nivel de pobreza, se utilizó el mapa de la pobreza oficial más reciente que clasifica a los 1,818 distritos del Perú (FONCODES, 2000) para seleccionar las 20 comunidades centinelas mediante un muestreo sistemático. Entre los factores que determinan la clasificación (ránking) de los distritos están: mortalidad infantil estimada, vivienda, escolaridad, caminos, acceso a servicios, etc. Para cumplir con el objetivo del proyecto de que las zonas más pobres estén sobre-representadas, se excluyó del marco muestral al 5 por ciento más alto de los distritos, lo cual permitió una selección sistemática entre aproximadamente un 75 por ciento de comunidades muestrales consideradas como pobres y 25 por ciento como no pobres según los criterios de pobreza basados en el consumo que son ampliamente utilizados por el gobierno peruano. Los distritos fueron listados según su orden en la clasificación (ránking) junto con el tamaño de su población. Se seleccionó entonces al azar un punto de partida y se tomó una muestra sistemática de los distritos utilizando los datos poblacionales. Se corrió diez selecciones en la computadora y las muestras de distritos resultantes fueron examinadas para determinar su adecuación en términos de cobertura de zonas rurales, urbanas, peri urbanas y selváticas, así como de viabilidad logística. La selección número 7 fue la que satisfizo mejor las necesidades del estudio. Una vez elegidos los distritos, se eligió al azar un sector inicial de la comunidad/ciudad en cada distrito de la lista del censo nacional de pueblos urbanos y rurales de acuerdo al tamaño de su población. En los distritos más propiamente urbanos, se numeraron todas las cuadras de los mapas distritales oficiales y se seleccionó una cuadra de inicio utilizando un número al azar de una tabla de números randomizados. En los casos en los que el distrito rural no era lo suficientemente grande para albergar 100 niños entre 6 y 17 meses de edad, se tomó un distrito rural contiguo de características similares (según el

ranking de pobreza), procedimiento que se requirió realizar en 6 de los 20 distritos iniciales: en cinco de ellos solo se requirió un segundo distrito (Mariscal Castilla se añadió a La Jalca, Yuracyacu a Pardo Miguel, Santo Toribio a Pueblo Libre, Chuquis a Marías, y Nicolás de Piérola a Ocoña), mientras que en el sexto se necesitó dos distritos adicionales para completar la muestra (a Lucanas se le añadió Puquio y San Cristóbal). El Gráfico 7 muestra en qué lugar están ubicados cada una de las comunidades centinelas seleccionadas en la escala de pobreza de FONCODES, el Gráfico 8 muestra su ubicación geográfica y la Tabla 7 recoge sus nombres y número de habitantes. Los indicadores básicos de las comunidades centinelas figuran en el Anexo 2.

El equipo de NM seleccionó a algunas personas de cada distrito para ayudar en la ejecución de un censo casa por casa para identificar los hogares con niños de un año y ocho años de edad. La estrategia de muestreo para las zonas urbanas fue distinta a la utilizada para las zonas rurales. En las zonas urbanas se eligió una manzana de viviendas y una casa como punto de inicio y se llevó a cabo un censo partiendo de este punto. En las zonas rurales, debido al pequeño tamaño de los caseríos, las grandes distancias entre las viviendas y la necesidad de dividir el equipo para poder aprovechar mejor los recursos, equipos de dos o tres trabajadores censales recorrieron comunidades enteras hasta identificar suficientes niños. Posteriormente, los entrevistadores del estudio visitaron los hogares para informar sobre el proyecto, obtener el consentimiento de los entrevistados y proceder a entrevistarlos.

Gráfico 7

LOCATION OF SENTINEL SITES (along poverty scale)



Traducción texto del gráfico

Location of Sentinel Sites: Ubicación de las Comunidades Centinelas (en la escala de pobreza)

Cumulative Distribution: Distribución acumulativa

FONCODES Index: Índice FONCODES (del distrito más pobre al más rico)

Tabla 7
Selección de la muestra

ORDEN	RANKING DE POBREZA	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	POBLACIÓN TOTAL 2002
1	161	Huánuco	2 de Mayo	Chuquis	3,699
2	305	Piura	Morropón	Chalaco	11,564
3	462	Ayacucho	Huamanga	Vinchos	7,392
4	662	Amazonas	Chachapoyas	Mariscal Castilla	1,504
5	786	San Martín	Rioja	Yuracyacu	5,526
6	919	Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo	15,282
7	1036	Junín	Satipo	Pangoa	24,376
8	1150	Ancash	Huaylas	Santo Toribio	2,064
9	1259	Ayacucho	Lucanas	Lucanas	1,905
10	1351	Puno	San Román	Juliaca	189,275
11	1401	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	141,588
12	1466	Piura	Sullana	Marcavelica	22,279
13	1511	La Libertad	Trujillo	La Esperanza	124,766
14	1564	Arequipa	Camaná	Nicolás de Piérola	5,830
15	1623	Ancash	Huaraz	Huaraz	55,732
16	1631	Lima	Lima	Ate	380,480
17	1674	San Martín	San Martín	Tarapoto	66,997
18	1702	Tumbes	Tumbes	Tumbes	90,625
19	1712	Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	713,018
20	1726	Lima	Lima	Villa María del Triunfo	324,107

Gráfico 8 Ubicación de las 20 comunidades centinelas en el Perú



Para optimizar la comparación entre los datos provenientes de las fuentes oficiales y los resultados obtenidos por el proyecto NM, se ha utilizado la misma definición de “comunidad rural” que utiliza el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Por lo tanto, para este proyecto una comunidad rural es aquella que tiene menos de 100 viviendas y no es capital de un distrito.

Cuadro 1: Breve descripción de las 74 comunidades

En 65 de las 74 comunidades encuestadas (88 por ciento) existe una tienda que vende productos básicos. 56 de las 74 comunidades son accesibles por un camino carrozable (asfaltado o afirmado), mientras que 18 solo son accesibles por vías no carrozables, sendas o trochas. 61 por ciento tienen acceso a teléfonos públicos, comunales o rurales, mientras que 50 por ciento tiene al menos algún tipo de acceso a la electricidad. Solo 19 por ciento de estas comunidades tiene comisaría y apenas el 8 por ciento tiene acceso a servicios bancarios privados o públicos. Véase más información en el Anexo 3.

Fuente: Encuesta sobre las comunidades NM.

2.5. Trabajo de campo

2.5.1 Capacitación

Los entrevistadores fueron seleccionados y capacitados a lo largo de un período de tres meses. La capacitación consistió en entrenarlos en la aplicación del cuestionario, primero entre ellos mismos y luego a familiares o vecinos, hasta que se familiaricen con las preguntas. Cuando podían conducir la entrevista con cierta fluidez, las encuestas fueron aplicadas, una vez ofrecida la explicación y obtenido el consentimiento, a familias de pueblos jóvenes cercanas a Lima. Después de cada ronda de práctica, la totalidad del equipo se reunió para intercambiar experiencias: se analizó las dificultades respecto a las preguntas, se estandarizó la interpretación y el fraseo exacto de su traducción al castellano, y se revisó el contenido y diagramación del instrumento para mejorarlo. La capacitación fue utilizada también para seleccionar a los mejores entrevistadores y supervisores para los equipos del estudio. Durante este período se les entrenó en antropometría, realizando prácticas con niños pequeños, y se completó la estandarización de los ejercicios. Se reprodujo copias de la prueba de Raven y un psicólogo experimentado les enseñó a aplicarlo. Save the Children UK estuvo a cargo de la capacitación sobre ética para el trabajo con niños --por ejemplo, qué hacer en casos en los que se sospecha que sufren de abuso. Finalmente, se realizó un ensayo completo, incluyendo la estrategia censal, el enrolamiento y logística, en Canta, una zona urbana y rural cercana a Lima, a lo largo de una semana. Esta experiencia resultó invaluable y dio lugar a muchas revisiones y al desarrollo de protocolos para manejar problemas éticos que se plantean en las encuestas, por ejemplo, qué hacer cuando se encuentran niños en riesgo de daño o gravemente enfermos.

2.5.2 Recolección de información en el campo

La recolección de información en el campo fue conducida por tres equipos, cada uno de ellos compuesto por seis entrevistadores, un supervisor y un digitador, supervisados por un jefe de campo, un jefe de información y los investigadores del estudio. Los equipos contaron con el apoyo de residentes locales para ayudarlos en la identificación de hogares y a cargar los materiales e instrumentos. Cada equipo trabajó en seis o siete comunidades centinelas entre agosto y noviembre del 2002, pasando aproximadamente dos a tres semanas en cada comunidad. La comunicación regular entre los equipos e IIN/GRADE estuvo facilitada por el teléfono, email y grupos de discusión por internet, lo cual funcionó adecuadamente en las zonas urbanas y no tanto en las rurales.

En cada comunidad se empleó un sistema de numeración para identificar a los hogares contactados para enrolar a todos los niños índices. Se contactó más de 40,000 hogares para enrolar a los niños índices y a los de ocho años. Todavía no se ha analizado cuánto tiempo se requirió para completar la encuesta, pero la información preliminar sugiere que tomó una media de dos horas del tiempo total completarla en cada hogar.

2.5.3 Supervisión y control de calidad

Los supervisores observaron a los entrevistadores regularmente, revisaron los formularios antes de ingresar los datos y organizaron discusiones entre el equipo acerca de los problemas más comunes. Se seleccionó algunas variables principales para una visita de verificación por parte del supervisor al 5 por ciento de los hogares seleccionados al azar por el sistema informático. La información recogida de esta forma fue ingresada independientemente a la de los formularios originales y será analizada posteriormente.

2.5.4 Ingreso de la información

Los programas para ingresar la información fueron diseñados en el IIN con el programa Delphi (Borland Corp, USA), lo cual permitió hacer un diseño amigable para el usuario que reproduce en pantalla el formulario cuyos datos recogidos son ingresados al sistema, con patrones para saltarse preguntas, rango de valores aceptables y pruebas de consistencia. La información fue transferida a tablas de Microsoft Access para ser remitida al equipo coordinador internacional, de acuerdo a las pautas para el manejo de información de NM. Aparentemente el sistema funcionó adecuadamente y nos permitió ampliar códigos, añadir preguntas y alterar la codificación de las preguntas de modo que resultasen compatibles con la usanza habitual de los trabajadores de campo, y luego reconvertir los códigos a aquellos requeridos por la base de datos central.

Los digitadores acompañaron a los equipos de campo a cada una de las 20 comunidades centinelas con sus computadoras portátiles. Una vez que el entrevistador completaba los formularios, éstos eran revisados por el supervisor y luego entregados al digitador para ingresar los datos al sistema. Los errores detectados por el programa para ingresar los datos (valores fuera del rango aceptable) y el resultado de la prueba de consistencia obtenido por el digitador eran referidos nuevamente al trabajador de campo y al supervisor para su inmediata resolución. Esto daba a los trabajadores de campo la posibilidad de corregir valores errados mientras tenían la memoria fresca o volver a visitar el hogar en caso necesario, aunque en la práctica esto solo ocurrió raramente. La información ingresada a la computadora era copiada en un CD-ROM, el cual se enviaba semanalmente al IIN a través del sistema de transporte público. No se perdió ningún dato con este sistema. Debido a las restricciones de tiempo y la subestimación del tiempo requerido para manejar los archivos con la información fotográfica (el tamaño total del archivo de datos fotográficos era de 43 GB), los digitadores no pudieron terminar de ingresar los datos mientras estaban en el campo y alrededor de la mitad de la información fue ingresada a su regreso a Lima.

2.5.5 Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS. Los indicadores antropométricos fueron analizados con el módulo EpiNut de EpiOnfo 2000, programa que utiliza la Referencia Internacional de Desarrollo de la OMS como estándar para derivar los puntajes Z.

Para propósitos del análisis preliminar de los datos, este informe presenta información descriptiva de toda la muestra y los resultados parciales por zonas (urbana, rural) e “índice de riqueza”. Éste se basa en el trabajo llevado a cabo por el Banco Mundial y Macro International para desarrollar el índice de riqueza citado en las Encuestas para Grupos Muestrales de Indicadores Múltiples de UNICEF. Ha sido diseñado para incluir suficientes variables que varían sustancialmente a lo largo de la muestra de acuerdo a la riqueza. El índice fue construido a partir de:

- El número de habitaciones por miembro de hogar como variable continua
- Un conjunto de variables *dummy* de bienes de consumo no perecederos, cada una de ellas equivalente a uno, si algún miembro del hogar posee: radio, refrigeradora, bicicleta, TV, motocicleta, vehículo motorizado, teléfono celular, teléfono fijo o algún indicador de consumo de bienes no perecederos específicos al contexto del país, como ventilador o calentador eléctrico
- Un conjunto de tres variables *dummy* equivalentes a uno, si la vivienda cuenta con electricidad, paredes de ladrillo o enlucidas, o un techo resistente (como calamina, tejas o concreto)
- Una variable *dummy* variable equivalente a uno, si el piso de la vivienda utiliza material noble (como cemento, losetas o laminado)
- Una variable *dummy* equivalente a uno si la fuente de la que el hogar se provee de agua potable es una tubería en la vivienda o patio

- Una variable *dummy* equivalente a uno si el hogar tiene inodoro o letrina (no compartida con otros hogares de la comunidad)
- Una variable *dummy* equivalente a uno si el hogar usa electricidad, gas o kerosene para cocinar

El índice de riqueza es un promedio simple de tres componentes:

- Calidad de la vivienda: promedio simple de habitaciones por persona, piso, techo y paredes
- Bienes de consumo no perecederos: suma según la escala de las variables *dummies* de bienes de consumo no perecederos
- Servicios: promedio simple de agua potable, electricidad, servicios higiénicos y combustible, todos los cuales son variables 0-1

El índice de riqueza es, por lo tanto, un puntaje entre 0 y 1. La distribución de este puntaje fue analizado para definir cuatro grupos a ser comparados en este informe y los siguientes puntos de corte: <0.25 “más pobres”, $0.25-<0.4$ “pobres”, $0.4-<0.7$ “menos pobres”, ≥ 0.7 “más acomodados”.

La pobreza es comúnmente reconocida como multidimensional, y la adecuación de las formas de sustento, que incluyen ingresos, bienes, disponibilidad de alimentos, etc., es solamente una de las cinco dimensiones principales a ser consideradas en NM.³⁹ El estudio no mide ingresos o consumo del hogar en el cuestionario central pero utiliza el índice de riqueza basado en los bienes en los cuatro países. Investigaciones recientes sugieren que la relación bienes-consumo es bastante cercana a los datos sobre ingresos (Filmer and Pritchett, 1998). Además, el costo y tiempo que toma recolectar datos sobre ingresos y egresos debía ser balanceado con otras necesidades del estudio, por lo cual estos datos no fueron incluidos en el núcleo común. Sin embargo, en el caso del Perú se utilizaron ambas mediciones de la pobreza dado que el panel de asesores sugirió con firmeza que por lo menos una de las mediciones de pobreza de NM debía ser comparable con las cifras de pobreza basadas en ingresos o gastos utilizadas en las estadísticas oficiales. Las preguntas específicas al caso peruano nos permitieron construir una medición de la pobreza basada en los ingresos. Se espera que la comparación entre esta medición y el índice de riqueza basado en los bienes nos permita validar la primera como una medición estructural de la pobreza o ajustarla de ser necesario. Más aún, el módulo adicional sobre ingresos del Perú nos permitirá examinar si las fluctuaciones a corto plazo o las crisis que podrían tener los hogares en el futuro son captadas mejor por la medición de los ingresos que por la medición de la riqueza.

Por último, el módulo específico al Perú incluyó un registro detallado del gasto relacionado con la escuela, a fin de evaluar el modo en que las crisis pueden afectar la calidad de la escolaridad, representada por el gasto en aportes a la escuela. En un trabajo desarrollado como parte del proyecto NM, Escobal, Saavedra y Suárez (2003) demostraron, utilizando información secundaria, que no existe evidencia de que las crisis negativas de corto plazo lleven a una reducción adicional de la cobertura educativa. En este sentido, las crisis no tendrían efectos claros en la repetición o deserción escolar. Sin embargo, encontraron que tanto en zonas urbanas como en rurales las crisis pueden reducir la acumulación efectiva de capital humano, en tanto el gasto en educación se reduce claramente cuando el ingreso o los gastos caen o cuando el/la jefe del hogar pierde su empleo. La recolección de información detallada sobre gasto escolar podría permitirnos un análisis más profundo de esta hipótesis.

³⁹ Las principales dimensiones a ser evaluadas en el estudio NM son: (1) adecuación de las formas de sustento; (2) indicadores sociales (salud y educación); (3) otros indicadores de bienestar del niño (entre ellos, trabajo, esparcimiento y juego) e indicadores de la calidad del ambiente del niño (vivienda, infraestructura, acceso a agua limpia, sanidad); (4) calidad de la vida social (tiempo de contacto con la persona a su cuidado, sentimiento de proximidad con familia/amigos, la medida en que pueden apoyarse en otros para obtener ayuda); y (5) dignidad/autonomía, incluyendo salud mental y participación.

Como se desprende de lo anterior, hay una enorme y rica cantidad de información que está siendo recogida por el proyecto NM y que dará lugar a un importante trabajo analítico durante los próximos meses del estudio, mientras se hacen los preparativos para la siguiente fase de encuesta.

3. Resultados de la encuesta sobre niños de un año

3.1 Características generales de los niños índices, las personas a cargo de su cuidado y sus hogares

Los cuadros 2, 3 y 4 muestran las principales características de los niños índices, las personas a cargo de su cuidado y sus hogares.

Cuadro 2: Características generales de las personas al cuidado de los niños (N=2,052)

- 12% tiene 19 años o menos, 54% tiene 20-29 años, 34% tiene 30 años o más
- 2% hombres
- 14% no tiene pareja, 2% tiene pareja fuera del hogar
- 8% no fue nunca a la escuela, 38% completó primaria, 45% completó secundaria, 8% completó educación superior. El 2% de los que viven en zonas urbanas y el 19% de los que viven en zonas rurales no fueron a la escuela, y la tasa disminuye de 18% a <1% del grupo más pobre al grupo más acomodado
- 72% son alfabetos en castellano. La alfabetización en castellano varía de 87% en zonas urbanas a 43% en las rurales, y de 47% en el grupo más pobre a 96% en el grupo más acomodado
- 91% habla castellano fluidamente. La fluidez varía de 99% en zonas urbanas a 72% en las rurales, y de 80% en el grupo más pobre a 100% en el grupo más acomodado
- 80% católicos, 11% evangélicos
- 92% mestizos, 5% blancos

Cuadro 3: Características generales de los hogares de las personas al cuidado de los niños (N=2,052)

- 50 % de los jefes del hogar son mujeres
- 54% tienen 2-5 miembros, 42% tienen 6-10 miembros, 4% más de 10 miembros
- 38% tienen más miembros hombres que mujeres, 41% más mujeres que hombres, 20% igual número de miembros de ambos sexos
- 1% de los jefes del hogar no completaron primaria
- El 17% de hogares en los que el niño índice tiene hermanos mayores vivos reportaron un niño fallecido (<5 años) entre los hermanos mayores

Cuadro 4: Características generales de los niños de un año (N=2,052)

- 50% hombres, 50 % mujeres
- 66% urbanos, 34% rurales
- 26% más pobres, 21% pobres, 32% menos pobres, 20% más acomodados
- 97% son cuidados por su madre biológica
- 83% vive con ambos padres
- 99% ve a su madre diariamente
- 82% ve a su padre diariamente

- 36% son hijos únicos

3.2. Estatus nutricional

El estatus nutricional, medido a través de la antropometría, es una de las dos “variables resultantes” utilizadas para los niños de un año de NM; la otra es la salud física. La Tabla 8 presenta tres indicadores esenciales del estado nutricional por zona e índice de riqueza. En general, este grupo de niños muestra un nivel “moderado” de desnutrición crónica (baja talla para la edad) (25 por ciento), un nivel “bajo” de desnutrición aguda (bajo peso para talla) y un nivel “moderado” de peso por debajo de lo esperado (10 por ciento), según la categorización de la OMS (1995).

Tabla 8: Estatus antropométrico de los niños de un año por localidad e índice de riqueza

	<i>Total</i>	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más ricos</i>
	%	%	%	%	%	%	%
	(N=2002)	(N=1319)	(N=678)	(N=525)	(N=424)	(N=648)	(N=404)
Desnutrición crónica (baja talla para la edad)							
(puntaje Z talla para la edad < -2)	501	25	18	39	38	34	16
Desnutrición aguda (bajo peso para la talla)							
(puntaje Z peso para la talla < -2)	41	2	2	3	3	2	2
Bajo peso							
(puntaje Z peso para la edad < -2)	214	10	7	18	17	17	6

Existen impresionantes diferencias de acuerdo a las zonas y el índice de riqueza para la desnutrición crónica y bajo peso. Lo niños de zonas rurales y los de los grupos más pobres tienen peores resultados, aunque hay poca diferencia en las tasas entre los pobres y los más pobres. Sin embargo, las tasas de desnutrición aguda son bajas en todos los grupos. Estas tasas son comparables a las halladas en la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (INEI, 2001b). La Tabla 9 muestra los resultados de la antropometría de ENDES de la edad de los niños índice para su comparación con los datos de NM.

Tabla 9 Resultados de antropometría ENDES por grupo de edad, Perú 2000

	6-9 meses	10-11 meses	12-15 meses	16-23 meses
Talla para la edad <-2 puntajes Z	10%	13%	22%	31%
Peso para la talla <-2 puntajes Z	1%	2%	2%	1%
Peso para la edad <-2 puntajes Z	4%	7%	12%	10.0%

3.3. Salud física

La Tabla 10 muestra una variedad de condiciones de salud de los niños índices. Catorce por ciento de las personas a cargo del cuidado de los niños consideró que tienen un nivel de salud más bajo que otros niños y existen ciertos indicadores de que esto era más probablemente reportado por las madres de las zonas rurales y por quienes tienen un índice de riqueza menor. Un considerable

veintiuno por ciento informó que sus niños tienen problemas de salud crónicos y casi un tercio manifestó que su niño ha tenido una enfermedad o accidente tan severo que pensaron que podía morir. En la mayor parte de los casos buscaron tratamiento para esas enfermedades graves. Cuando fueron preguntados específicamente sobre accidentes como quemaduras y caídas, el 15 por ciento respondió afirmativamente. Un quinto de los niños había estado enfermo durante las últimas 24 horas. En todos los indicadores, excepto en el nivel comparativo de salud, hubo poca variación por grupo socioeconómico o zonas rurales y urbanas. Esto contrasta con las diferencias encontradas en el estatus antropométrico, las cuales serán exploradas en análisis posteriores.

Tabla 10 Salud física de los niños de un año por lugar de residencia e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Más Pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
	(N=2052)	%	(N=1357)	(N=690)	(N=537)	(N=429)	(N=662)	(N=421)
Salud comparada con otros								
<i>Igual</i>								
<i>Mejor</i>	940	46	50	39	41	41	51	52
<i>Peor</i>	811	40	38	44	42	44	37	39
	274	14	12	17	18	16	12	9
Consideración de que el niño tiene un problema de salud crónico	422	21	20	21	22	26	18	18
Tuvo enfermedad que puso en riesgo su vida <i>(se buscó tratamiento por ello)</i>	633 (571)	31 (90)	30 (93)	32 (85)	33 (88)	33 (85)	30 (94)	26 (92)
Sufrió lesión o accidente grave	306	15	15	14	16	13	16	14
Enfermedad en las últimas 24 horas*	425	21	20	22	22	21	22	17

* enfermedad = cualquiera de las siguientes: vómitos, convulsiones, pérdida de conciencia, pérdida de apetito importante, fiebre alta, tres o más deposiciones sueltas con fiebre o sangre, tos con respiración agitada

3.4 Salud perinatal e inmunización

Las condiciones anteriores y durante el nacimiento pueden tener un efecto significativo sobre el desarrollo de los niños. La atención prenatal es universalmente alta, incluso en zonas rurales, y 50 por ciento de las mujeres atendidas recibió una inyección antitetánica (Tabla 11). Casi un tercio de estos nacimientos tuvo lugar en el hogar y un cuarto de los mismos no fue atendido por personal médico entrenado. Las proporciones difieren considerablemente de acuerdo a la zona e índice de riqueza, siendo las mujeres de zonas rurales y las de los grupos más pobres las más proclives a dar a luz en el hogar y sin la atención de personal entrenado.

Tabla 11 Atención prenatal, lugar de parto, atención en el parto y peso al nacer de los niños de un año, por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
	<i>(N=2037)</i>		<i>(N=1346)</i>	<i>(N=687)</i>	<i>(N=534)</i>	<i>(N=428)</i>	<i>(N=656)</i>	<i>(N=417)</i>
Algún tipo de atención prenatal	1888	93	93	92	89	90	95	97
Recibió vacuna contra tétano <i>(de quienes tuvieron atención prenatal)</i>	1504	80	78	84	82	80	80	79
Lugar de parto								
<i>Hogar</i>	644	32	18	58	59	44	17	6
<i>Hospital</i>	930	46	60	17	19	29	59	74
<i>Centro de salud</i>	433	21	20	22	20	24	23	17
Atención del parto por persona entrenada médicamente	1536	75	87	52	50	67	88	95
Bajo peso al nacer (<2500g) N=1748	104	5	6	6	7	6	5	6

Estas tasas de atención prenatal son más altas que las reportadas para circa 1999 por la OPS (2002) pero confirman los hallazgos de diferencias importantes entre los grupos de acuerdo al índice de riqueza. La última ENDES (INEI, 2001b) mostró la misma tasa de atención en las zonas urbanas pero más bajas en las zonas rurales (73 por ciento). Esta diferencia podría explicarse porque el INEI incluyó en su muestra algunas de las zonas más inaccesibles, a las cuales NM no pudo acceder debido a sus limitados recursos (véase también sección 3.7). Se obtuvo información sobre peso al nacer de 1,748 niños (85 por ciento); en 1,189 de estos casos (68 por ciento) el entrevistador tuvo la posibilidad de verificarla con documentos. Se reportó que el seis por ciento de estos niños tuvieron bajo peso al nacer (<2500g), tasa similar a la reportada por la ENDES del 2000, no existiendo diferencias entre los grupos por zona o índice de riqueza. Debe tenerse en cuenta que estos niños representan a aquellos que sobrevivieron por lo menos hasta los seis meses de edad, de allí que la prevalencia de bajo peso al nacer parezca ser menor en nuestros niños índices que entre los recién nacidos. A pesar de ello, las próximas rondas del estudio NM proporcionarán la oportunidad de estudiar los efectos a más largo plazo del peso al nacer y otras variables de la primera etapa de vida sobre los resultados hallados en edades posteriores.

Respecto a la historia reproductiva de la madre biológica del niño/a índice, 21 por ciento reportó haber tenido una pérdida y esto fue más frecuente en los hogares urbanos y más acomodados (Tabla 12). La proporción de madres que deseaban tener un hijo de sexo distinto al del niño/a índice fue similar (alrededor de 40 por ciento) para ambos sexos. Más mujeres en zonas urbanas (40 por ciento) y hogares más acomodados (43 por ciento), en comparación con las de zonas rurales (28 por ciento) y las de hogares más pobres (28 por ciento), desean tener más hijos.

Tabla 12 Historia reproductiva y preferencias de la madre biológica por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres %</i>	<i>Menos pobres %</i>	<i>Más acomodados %</i>
	<i>N=2021</i>	<i>%</i>	<i>(N=1338)</i>	<i>(N=683)</i>	<i>(N=529)</i>	<i>(N=424)</i>	<i>(N=654)</i>	<i>(N=414)</i>
Pérdidas	429	21	25	14	15	16	24	30
Preferencia por niña	765	38	38	37	37	37	40	36
Preferencia por niño	799	40	40	39	42	38	39	39
Desea tener más hijos	758	38	40	28	28	32	42	43

Tabla 13 Nivel de inmunización contra TBC y sarampión de los niños de un año por zona e índice de riqueza

<i>Vacuna</i>	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres %</i>	<i>Menos pobres %</i>	<i>Más acomodados %</i>
	<i>N=1007</i>	<i>%</i>	<i>(N=658)</i>	<i>(N=347)</i>	<i>(N=260)</i>	<i>(N=217)</i>	<i>(N=327)</i>	<i>(N=20)</i>
TBC	985	98	98	98	98	98	97	99
Sarampión	666	66	67	65	60	71	65	70
TBC y sarampión	657	64	66	64	59	70	64	70

La cobertura de la vacuna contra la TBC es bastante alta y similar para las zonas urbanas y rurales, así como para todos los grupos clasificados según el índice de riqueza (Tabla 13). Sin embargo, la cobertura de la vacuna contra el sarampión es moderada, a diferencia del más de 80 por ciento de cobertura reportada por la ENDES y otros informes oficiales. El calendario oficial de inmunizaciones en el Perú programa la vacuna contra la TBC al nacer y la de sarampión a los 12 meses, de modo que también investigamos la cobertura de la inmunización contra el sarampión entre los niños índices de 14 o más meses de edad, con resultados similares. Durante la mayor parte del 2002, el MINSA redujo por razones políticas el nivel de compra de una serie de insumos, incluyendo vacunas, lo cual resultó en un retorno sin precedentes al Banco Central de Reservas del 20 por ciento de los fondos centrales asignados al ministerio. Informes anecdóticos de funcionarios del MINSA mencionan que la cobertura de la inmunización cayó al 60 por ciento. Dada esta situación, hacia fines del 2002, el MINSA lanzó una campaña muy agresiva de vacunación para mejorar la cobertura de la inmunización. Sin embargo, la mayoría de los niños índices fueron encuestados antes de que estos esfuerzos tuvieran lugar, lo cual explica el bajo nivel de inmunización contra el sarampión observado.

No existen diferencias de cobertura entre las zonas urbanas y rurales o entre los grupos clasificados según su índice de riqueza.

3.5 Salud mental y alcoholismo en las personas a cargo del cuidado de los niños

La medición de la salud mental de las personas al cuidado de los niños se llevó a cabo con el “Self-reporting questionnaire-20 items” (SRQ20) recomendado por la OPS (1994), compuesto por 20

preguntas con respuestas sí/no que miden depresión y ansiedad. Ha sido utilizado anteriormente en el Perú pero no ha sido validado, aunque sí en varios países de la región a través de su comparación con entrevistas psiquiátricas en profundidad, que determinó que ocho o más respuestas afirmativas señalaban un caso probable de trastorno mental, punto de corte que ha sido utilizado para los análisis que se presentan a continuación.

Tabla 14 Salud mental de la persona al cuidado del niño/a por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
		%	%	%	%	%	%	%
	(N=2053)		(N=1357)	(N=690)	(N=537)	(N=429)	(N=662)	(N=421)
Posible caso de trastorno mental	625	30	30	32	31	33	33	23

La Tabla 14 muestra que se encontró trastornos mentales en un 30 por ciento de los encuestados. No hubo grandes diferencias por zona o índice de riqueza, aunque hay cierta evidencia que sugiere que el grupo más acomodado tiene una tasa más baja. Esta prevalencia es comparable a las tasas halladas en mujeres pobres de muchos países en vías de desarrollo, incluyendo en zonas urbanas y peri urbanas de Brasil. Hasta donde sabemos, es la primera vez que se mide salud mental materna en una encuesta a una comunidad amplia en el Perú. Estudios realizados en otros países han mostrado que la salud mental materna está asociada positivamente al bienestar del niño/a. El estudio NM tendrá la posibilidad de investigar si esto es así también en el Perú y de identificar los determinantes de la salud mental materna con el fin de contribuir a la formulación de políticas públicas en relación a la salud mental.

Según la OMS, el 64 por ciento de los países americanos tiene políticas específicas de salud mental y 80 por ciento tienen programas de salud mental (Salud en las Américas, 2002). No obstante, a pesar de la importancia de estos programas y políticas respecto a la carga global de enfermedades, y a su influencia en el desarrollo y productividad de la sociedad, la asignación de recursos para la salud mental es baja. La consolidación de una base de evidencias es un componente importante si se quiere que esta asignación de recursos sea más alta y NM tendría la posibilidad de contribuir a ello a través de la información recogida tanto de niños como de adultos.

Un área relacionada con la salud mental es el alcoholismo y la violencia doméstica asociada al mismo. En el 25 por ciento de los hogares la persona al cuidado del niño/a reportó que su pareja bebía alcohol por lo menos una vez por semana, tasa similar en hogares urbanos y rurales, pero con diferencias significativas entre los hogares más pobres (30 por ciento) y los más acomodados (18 por ciento) (Tabla 15). En la gran mayoría de los hogares en los que la pareja bebe (85 por ciento), la persona al cuidado del niño/a reportó que lo hacía hasta embriagarse y un tercio de éstas (28 por ciento) que eran golpeadas por sus parejas cuando se emborrachan.

Tabla 15 Alcoholismo y violencia en el hogar por zonas e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
		%	%	%	%	%	%	%
	(N=1736)		(N=1158)	(N=577)	(N=447)	(N=363)	(N=559)	(N=366)
<i>Pareja de la persona al cuidado del niño/a bebe alcohol por lo menos una vez a la semana</i>	438	25	25	25	30	28	24	18

<i>Pareja de la persona al cuidado del niño/a bebe por lo menos una vez a la semana hasta embriagarse</i>	373	21	21	22	27	25	19	15
<i>Pareja de la persona al cuidado del niño/a la golpea cuando se embriaga</i>	123	7	7	8	9	11	6	2

3.6 Cuidado de los niños

Alrededor de una quinta parte de los niños es cuidado por personas ajenas al hogar, lo cual es más común entre los niños de zonas urbanas y en los que pertenecen a hogares más acomodados (Tabla 16). El dos por ciento de los niños fue dejado por su cuenta o con otro menor por lo menos medio día a la semana en los últimos seis meses.

Table 16 Cuidado de los niños y lugar donde duermen por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
	<i>(N=2051)</i>		<i>(N=1356)</i>	<i>(N=690)</i>	<i>(N=537)</i>	<i>(N=429)</i>	<i>(N=662)</i>	<i>(N=421)</i>
			<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Niños cuidados por personas ajenas al hogar, excluyendo cuidado intitucionalizado	437	21	25	14	16	16	23	30
Niños dejados por su cuenta (sin nadie mayor de cinco años) al menos medio día a la semana en los últimos seis meses	48	2	2	3	3	3	2	1
Niños que duermen solos en su cama	135	7	9	2	2	3	7	15

Una variable relacionada al cuidado de los niños es si el niño índice duerme en su propia cama o la comparte con otros miembros de la familia, generalmente con sus padres. Solo el 7 por ciento de los niños de un año dormían en su propia cama, proporción que varía entre 2 por ciento en los hogares más pobres a 15 por ciento en los hogares más acomodados (Tabla 16).

3.7 Vivienda

Dos tercios de los hogares tienen electricidad, aunque solo el 24 por ciento de los hogares rurales tienen acceso a este servicio en comparación con el 86 por ciento de los urbanos (Tabla 17). Muy pocos del grupo socioeconómico más pobre tienen electricidad (9 por ciento) en comparación con todos los hogares del grupo más acomodado a excepción de uno. Menos del 10 por ciento de los hogares utilizan agua de fuentes carentes de protección, pero esto es más frecuente entre los de zonas rurales (16 por ciento) y en los más pobres (23 por ciento). También varían los servicios higiénicos por zona y grupo socioeconómico: mientras que el 70 por ciento utiliza inodoro/tanque séptico o tiene su propio silo, esta cifra se eleva al 82 por ciento para los hogares urbanos y disminuye al 47 por ciento en los rurales. El porcentaje varía desde 26 por ciento en el grupo más pobre al 99 por ciento en el más acomodado. La estructura de la vivienda también varía según la zona e índice de riqueza. Sin embargo debe tomarse en cuenta que todas estas variables contribuyen a la construcción del índice de riqueza y por lo tanto se espera que haya alguna correlación entre ellas.

La última ENDES (INEI, 2001b) proporciona información comparativa útil para consolidar la validez de los datos de NM. Según la ENDES, en el 2000 el 92 por ciento de los hogares urbanos tenía electricidad (en zonas rurales, el 29 por ciento), 78 por ciento tenía agua corriente en la vivienda/patio/ terreno (rurales, 35 por ciento), 68 por ciento tenía inodoro privado en el hogar (rurales, 6 por ciento) y 53 por ciento tenía piso de cemento o ladrillo (rurales, 12 por ciento). En el estudio de NM las zonas rurales muestran mayor acceso al agua corriente que la ENDES, aunque el acceso a la electricidad y a inodoros es similar.

Tabla 17 Características de la vivienda por zonas e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
	<i>(N=2049)</i>		<i>(N=1354)</i>	<i>(N=690)</i>	<i>(N=537)</i>	<i>(N=429)</i>	<i>(N=662)</i>	<i>(N=421)</i>
Electricidad	1336	65	86	24	9	56	95	>99
Fuente de agua potable								
Tubería en vivienda/lote/terreno	1577	77	84	64	41	82	89	99
Pozo en vivienda	56	3	1	6	6	4	1	0
Pozo/tanque público	69	3	2	6	9	2	1	<1
Pozos desprotegido/manantial/laguna/rio/riachuelo	157	8	4	16	23	5	2	0
Camión cisterna/venta ambulatoria	5	<1	<1	0	<1	<1	<1	<1
Otros	185	9	9	10	21	6	6	<1
Servicios higiénicos								
Inodoro/pozo séptico	903	44	64	6	4	14	63	95
silo (vivienda)	524	26	18	41	22	51	26	4
Letrina (comunitaria)	25	1	1	2	3	1	1	<1
Ninguno	356	17	10	32	48	17	4	<1
Río/canal/acequia	18	1	<1	2	3	1	0	0
Otros	223	11	8	17	20	16	7	0
Piso								
Tierra/arena	1237	60	44	92	98	92	46	3
Madera	34	2	2	1	1	2	3	<1
Piedra/ladrillos	12	1	1	<1	<1	0	1	<1
Cemento/losetas	752	37	52	6	1	5	49	96
Laminado/vinílico	3	<1	<1	0	0	0	0	1
Otros	11	<1	1	<1	0	1	1	0
Techo								
Paja/esteras	218	11	8	16	22	8	9	1
Adobe/tierra	10	<1	1	<1	<1	<1	1	<1
Madera/tablas	52	3	3	1	2	2	5	1
Calamina	827	40	39	43	34	56	48	21
Concreto/cemento	430	21	31	1	0	1	18	73
Tejas/losetas	234	11	2	22	15	21	8	1
Otros	278	14	12	17	27	12	10	2
Paredes								
Ladrillo/concreto	643	32	47	4	0	2	38	92
Adobe/tierra	821	42	30	65	62	58	39	5
Madera/ramas	139	7	4	14	7	13	7	<1
Calamina	2	<1	<1	<1	0	<1	<1	0
Esteras	25	1	2	<1	2	2	2	0
Quincha	16	1	<1	2	2	1	<1	0
Piedra y barro	83	4	3	6	7	9	2	0
Otros	251	13	14	9	19	16	12	2

3.8 Formas de sustento, diversificación, deudas, crisis y estrategias para enfrentarlas

Muchos estudios en el Perú y en otros lugares han demostrado que las oportunidades de diversificación de la actividad económica se incrementan con los bienes del hogar (Reardon et al, 2001). Con ellos concuerdan los datos recogidos por NM que muestran que los hogares más pobres tienen menores opciones de obtener ingresos. Solo el 43 por ciento de éstos tienen la posibilidad de obtener ingresos a partir de una actividad en más de un sector económico, mientras que el 65 por ciento de los más acomodados obtienen sus ingresos de actividades en más de un sector económico (Tabla 18).

Tabla 18 Diversificación de la actividad económica por zona e índice de riqueza

	Total		Urbana	Rural	Más pobres	Pobres	Menos pobres	Más acomodados
	(N=2037)	%	(N=1883)	(N=1089)	(N=535)	(N=428)	(N=655)	(N=419)
<i>Actividades en un sector</i>	935	46	28	37	57	52	40	35
<i>Actividades en más de un sector</i>	1102	54	72	63	43	48	60	65

Como se esperaba, la actividad económica en las zonas rurales está concentrada en la agricultura, la caza, la pesca y actividades forestales (Tabla 19). Pocos de los que viven en zonas rurales pueden diversificar sus fuentes de ingreso fuera de estas actividades y orientarse a la manufactura (sobre todo artesanal) o actividades comerciales.

Tabla 19 Tipo de actividad económica del hogar por zona e índice de riqueza

	Total		Urbana	Rural	Más pobres	Pobres	Menos pobres	Más acomodados
	(N=2045)	%	(N=1355)	(N=690)	(N=535)	(N=428)	(N=662)	(N=420)
<i>Agricultura, caza, pesca y activ. forestales</i>	1132	55	35	95	94	83	32	14
<i>Minería & canteras</i>	54	3	3	3	2	4	2	3
<i>Manufactura</i>	416	20	23	15	17	14	23	26
<i>Electricidad,, gas y agua</i>	8	0	0	0	0	0	1	0
<i>Construcción</i>	260	13	16	6	7	10	17	15
<i>Comercio mayorista y minorista</i>	718	35	45	16	17	22	46	54
<i>Transporte, almacenamiento y comunicaciones</i>	308	15	21	4	1	7	24	26
<i>Servicios financieros, de seguros, corretaje y administrativos</i>	71	3	5	0	0	1	3	11
<i>Servicios comunitarios, sociales y personales</i>	557	27	35	12	11	20	33	45
<i>No específica</i>	78	4	4	3	4	2	3	7
<i>Ninguna</i>	8	0	1	0	0	0	1	0

Es muy probable que la diversificación de las actividades económicas ayude a proteger a los hogares pobres contra las crisis. Sin embargo, los mecanismos precisos a través de los que la diversificación afecta el sustento del hogar es un campo de investigación muy poco desarrollado. NM ha reunido

amplia información acerca de los tipos de crisis que enfrentan los hogares y las estrategias que pueden desarrollar para enfrentarlas.

Hemos encontrado que el 39 por ciento de los hogares mencionaron por lo menos un evento que disminuyó su bienestar económico durante los últimos tres años, con un porcentaje ligeramente menor en la zona rural (Tabla 20). Resulta interesante que la crisis más común fue la pérdida de empleo o fuente de ingresos, lo cual resulta consistente respecto al declive macroeconómico que ha venido enfrentando el Perú en los últimos años. Durante los últimos tres años el PBI per cápita no ha mostrado casi ningún crecimiento, comparado con una tasa promedio de crecimiento del 2.2 por ciento de la última década. En general, no hay un patrón claro respecto a las crisis en todos los grupos socioeconómicos. Otra crisis común que enfrentan estos hogares es una enfermedad o lesión grave, experimentadas por el 8 por ciento de la muestra.

Tabla 20 Tipos de crisis por zona e índice de riqueza

	Total (N=2043)	%	Urbana (N=1353) %	Rural (N=690) %	Más pobres (N=535) %	Pobres (N=428) %	Menos pobres (N=660) %	Más ricos (N=420) %
Número de crisis								
<i>Ninguna</i>	1246	61	59	64	65	61	56	64
<i>1 a 5</i>	797	39	41	36	35	39	44	36
Tipo de crisis								
<i>Desastre natural</i>	1	0	0	0	0	0	0	0
<i>Disminución de la disponibilidad de alimentos</i>	51	2	3	1	2	3	3	2
<i>Muerte o robo de ganado</i>	26	1	1	3	2	2	0	0
<i>Pérdida o robo de cosecha</i>	38	2	1	4	4	3	1	0
<i>Fallecimiento/reducción de miembros del hogar</i>	22	1	1	1	0	1	1	1
<i>Pérdida del empleo/fuente de ingresos/empresa familiar</i>	246	12	14	9	11	9	13	15
<i>Enfermedad o lesión grave</i>	162	8	8	7	6	10	9	6
<i>Víctima de crimen</i>	12	1	1	0	1	1	1	0
<i>Divorcio o separación</i>	63	3	4	2	2	2	5	3
<i>Nacimiento/Nuevo miembro de la familia</i>	118	6	7	4	3	5	8	7
<i>Pagos por la educación de hijo</i>	6	0	0	0	0	0	0	0
<i>Mudanza, migración o huída</i>	22	1	1	1	1	1	1	0
<i>Otros</i>	229	11	11	12	10	13	13	8

Nota: Esta tabla refleja las respuestas a la pregunta sobre eventos que cambiaron el bienestar económico del hogar, por lo tanto las tasas no se refieren a la frecuencia en que éstos ocurren en general

Si se centra el análisis en las crisis más comunes enfrentadas por el hogar durante los últimos dos años, nuevamente aparecen la pérdida de empleo y enfermedades o lesiones como las más frecuentes en esta muestra (Tabla 21). En este caso, sin embargo, las crisis relacionadas con la pérdida del empleo están más concentradas en hogares urbanos y en los más acomodados en términos de posesión de bienes. Esto podría simplemente estar reflejando la naturaleza del mercado laboral peruano en el que el empleo asalariado está altamente concentrado en los hogares más acomodados, mientras que los más pobres, particularmente aquellos que viven en zonas rurales, están concentrados en fuentes de ingreso no asalariadas relacionadas con la agricultura.

Tabla 21 Crisis más comunes por zona e índice de riqueza

	Total		Urbana	Rural	Más pobres	Pobres	Menos pobres	Más acomodados
	(N=770)	%	(N=545)	(N=225)	(N=173)	(N=153)	(N=288)	(N=156)
<i>Desastre natural</i>	3	0	0	0	1	0	1	0
<i>Disminución de la disponibilidad de alimentos</i>	29	4	4	4	4	5	4	3
<i>Muerte o robo de ganado</i>	17	2	1	5	5	3	1	1
<i>Pérdida o robo de cosecha</i>	29	4	2	8	8	7	1	1
<i>Fallecimiento/reducción de miembros del hogar</i>	17	2	2	3	2	4	2	1
<i>Pérdida del empleo/fuente de ingresos/empresa familiar</i>	220	29	31	23	28	20	27	40
<i>Enfermedad o lesión grave</i>	128	17	17	16	16	20	17	13
<i>Víctima de crimen</i>	9	1	1	1	1	1	1	1
<i>Divorcio o separación</i>	50	6	7	5	4	7	8	6
<i>Nacimiento/Nuevo miembro de la familia</i>	97	13	14	10	9	9	15	16
<i>Pagos por la educación de hijo</i>	1	0	0	0	0	0	0	1
<i>Mudanza, migración o huida</i>	9	1	1	2	2	1	1	1
<i>Otros</i>	161	21	20	24	21	24	22	16

Las respuestas a la principal crisis enfrentada por estos hogares se distribuyen en una amplia gama de estrategias. Las más comunes son: buscar o aumentar los esfuerzos por encontrar una fuente de ingreso adicional (31 por ciento), recepción de transferencias de parientes o amigos (23 por ciento) o inclusive comer menos (17 por ciento) (Tabla 22). Cabe resaltar la baja frecuencia con que se menciona sacar a los niños de la escuela como una estrategia posible. Esto resulta consistente con los resultados encontrados a partir de un análisis de información secundaria reportado por este mismo proyecto (Escobal, Saavedra y Suarez, 2003). Como se esperaba, la utilización de otras estrategias, como recurrir a los ahorros o comprar menos, parece más probable en los más acomodados, mientras que comer menos o vender cosas (incluyendo ganado) son las estrategias más comunes de los más pobres.

Tabla 22 Tipo de respuesta a las crisis más comunes por zona e índice de riqueza

	Total		Urbana	Rural	Más pobres	Pobres	Menos pobres	Más acomodados
	(N=786)	%	(N=553)	(N=233)	(N=181)	(N=157)	(N=293)	(N=155)
Ninguna	65	8	8	9	8	6	8	11
Vendió cosas	25	3	3	5	4	5	4	0
Utilizó ahorros	74	9	11	6	7	6	11	12
Recurrió a crédito	13	2	2	1	1	3	2	1
Comió menos	136	17	16	22	17	25	15	14
Compró menos	54	7	8	5	4	8	7	10
Trabajó más / empezó a trabajar	247	31	32	30	29	31	33	31
Sacó a los hijos de la escuela	10	1	1	2	2	0	2	1
Hizo trabajar a los hijos	4	1	1	<1	0	1	1	0
Huyó/ se alejó del problema	3	<1	1	0	0	0	1	1
Migró para trabajar/ buscar trabajo	18	2	2	2	3	1	3	2
Recibió ayuda de familiares/amigos	182	23	26	16	23	21	25	23
Recibió ayuda del gobierno/ONG	6	1	1	1	1	3	<1	0
Cobró seguro	7	1	1	<1	1	0	<1	3
Otros	152	19	17	24	24	19	17	17

La proporción de hogares de zonas urbanas que ha contraído deudas considerables es 44 por ciento, mayor que en zonas rurales (29 por ciento) (Tabla 23). Las deudas importantes son también más prevalentes en los hogares más acomodados que en los más pobres (30 por ciento, elevándose al 48 por ciento). Entre quienes reportaron tener deudas grandes, la percepción de la capacidad de pago a tiempo no varía entre los grupos.

Tabla 23 Deuda del hogar y capacidad de pago por zona e índice de riqueza

	Total	%	Urbana	Rural	Más pobre	Pobre %	Menos pobres	Más acomodados
	(N=2047)		(N=1352)	(N=690)	(N=537)	(N=429)	(N=660)	(N=420)
Deuda considerable	795	39	44	29	30	34	43	48
Puede pagar a tiempo	695	87	86	93	88	87	88	87

3.9 Capital social

El capital social está usualmente ligado a la capacidad de los individuos para construir redes que pueden ser utilizadas para intercambiar información e ideas, mejorar la coordinación y la cooperación, manejar los riesgos y lidiar con la incertidumbre. El capital social estructural es la capacidad de establecer vínculos o redes, y aquí lo medimos por la actividad de la persona al cuidado del niño/a en grupos formales e informales de su comunidad. Esta medición se realiza en un sentido absoluto (número de grupos) y relativo (número de grupos en los que se participa comparado con el número efectivo de grupos/organizaciones de una comunidad según el cuestionario sobre la comunidad). El capital social cognitivo consiste en el modo en que las personas perciben (subjektivamente) la confianza, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a su comunidad.

Un total de 78 por ciento de las personas al cuidado de los niños no son miembros activos de ningún grupo de la comunidad (capital social estructural absoluto=0) (Tabla 24). Sin embargo, parece haber una correlación ligeramente negativa entre capital social estructural y posesión de bienes. Además, la población rural poseería mayor capital social estructural. Esto podría deberse a que los habitantes de zonas rurales y los pobres tienden a tener más redes organizacionales de soporte. Este patrón podría aparecer debido a que el capital social estructural podría estar sumando diversas fuentes de capital social. Una de ellas está relacionada con lo que se llama “estrechamiento de vínculos”, lo cual está típicamente asociado con estrategias de supervivencia; otra está relacionada con lo que se denomina “construcción de puentes”, asociado con conexiones que permiten la movilidad social y económica; finalmente, está el tipo de capital social relacionado con lo que se llama “vinculaciones”, que concierne a las conexiones con personas que están en puestos de poder que pueden ser utilizados para obtener recursos (Adler and Kwon, 2002).

Resulta de interés anotar que el 70 por ciento de las personas al cuidado de los niños han recibido apoyo social en el último año, y que casi todas ellas tienen cierta confianza en las personas de la comunidad así como el sentimiento de que forman realmente parte de su comunidad (alto capital social cognitivo) (Tabla 24). Sin embargo, no es común que trabajen conjuntamente para resolver un problema o asunto común, dado que la ausencia de la noción de ciudadanía es común en el 80 por ciento de ellas. Este capital social cognitivo es similar en las zonas rurales y urbanas, así como en todos los grupos socioeconómicos. Sin embargo, el apoyo social parece incrementarse con el aumento del índice de riqueza.

Tabla 24 Dimensiones del capital social de las personas al cuidado de los niños por zonas e índice de riqueza

	Total		Urbana	Rural	Más pobres	Pobres	Menos pobres	Más acomodados
	(N=2028)	%	(N=1343)	(N=685)	(N=532)	(N=426)	(N=658)	(N=412)
Capital social estructural absoluto								
Ninguno	1572	78	79	75	74	78	78	81
Medio	429	21	20	24	24	21	20	18
Alto	27	1	1	1	2	1	2	1
Capital social estructural relativo								
Ninguno	1574	78	79	75	74	79	78	81
Medio	332	16	18	13	15	14	19	17

Alto	122	6	3	12	11	8	3	3
Apoyo social								
Ninguno	607	30	25	39	38	37	26	19
Medio	1281	63	68	55	55	57	68	72
Alto	140	7	7	6	7	6	6	9
Capital social cognitivo								
Ninguno	81	4	4	4	3	4	5	5
Medio	1081	53	55	49	46	46	60	58
Alto	866	43	40	47	51	50	35	37
Noción de ciudadanía								
Ninguna	1631	80	84	73	73	74	85	88
Cierta	397	20	16	27	27	26	15	12

3.10. Higiene doméstica

Estudios en Lima peri urbana han demostrado que el Perú tiene una de las tasas más altas de enfermedades diarreicas infantiles. Aun cuando la mortalidad por diarrea ha disminuido sustancialmente debido a un adecuado manejo de los casos, la incidencia de la diarrea sigue siendo la misma. La promoción de prácticas higiénicas, particularmente la de lavarse las manos, ha sido identificada como una conducta higiénica clave a ser promovida para reducir la incidencia de diarrea en el Perú por un gran proyecto financiado por el Banco Mundial y USAID. El proyecto NM ha incluido preguntas específicas sobre higiene para contribuir a este esfuerzo y para evaluar los cambios a lo largo del tiempo cuando este programa sea introducido en el país. La prevalencia del jabón en los hogares de los niños índices fue alta (99 por ciento), inclusive en las zonas rurales, como lo confirman los trabajadores de campo que constataron su presencia, aunque su utilización para lavarse las manos es menos frecuente en los hogares rurales y más pobres que en los más acomodados (Tabla 25). El jabón es más prevalente que el detergente, que también es usado con menos frecuencia para lavarse las manos. Los trabajadores de campo observaron también las condiciones higiénicas del hogar y si había presencia de heces en las áreas del hogar que estaban a la vista.

Tabla 25 Prevalencia de jabón y detergente constatada por los trabajadores de campo en los hogares, por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
	<i>(N=2049)</i>		<i>(N=1354)</i>	<i>(N=690)</i>	<i>(N=537)</i>	<i>(N=429)</i>	<i>(N=662)</i>	<i>(N=421)</i>
Uso de jabón en el hogar								
<i>Sí, solo para lavarse las manos</i>	190	9	11	6	6	8	10	14
<i>No</i>	34	2	2	2	2	1	3	<1
<i>Sí, solo para lavar la ropa</i>	731	36	26	56	58	52	22	12
<i>Sí, para lavarse las manos y la ropa</i>	1092	53	62	36	35	40	65	73
Uso de detergente								
<i>Siempre, solo para la ropa</i>	983	48		39	34	42	56	61
<i>No</i>	240	12	53	22	24	14	6	3
<i>Para la ropa y para lavarse las manos:</i>	581	28		24	25	29	30	28
• <i>Siempre</i>	134	6	31	8	9	7	5	6
• <i>Ocasionalmente</i>	63	3	6	5	5	5	2	<1
• <i>Raramente</i>	43	2	2	3	4	3	1	1
<i>Otros</i>								

3.11 Programas de asistencia alimentaria

Dos tercios de los hogares reportan haber recibido asistencia alimentaria; ésta es más común en las zonas rurales y entre los hogares más pobres (Tabla 26). Los donantes principales son el programa oficial Vaso de Leche y, en zonas rurales, el MINSA. En casi todos los casos los niños índices recibieron algunos alimentos.

Tabla 26. Proporción de hogares de niños índices que recibieron asistencia alimentaria por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
	<i>(N=2037)</i>		<i>(N=400)</i>	<i>(N=1600)</i>	<i>(N=446)</i>	<i>(N=753)</i>	<i>(N=610)</i>	<i>(N=191)</i>
			<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Recibieron asistencia alimentaria	1332	65	52	91	86	83	56	33

4. Resultados de la encuesta sobre niños de ocho años

4.1. Estatus nutricional

La prevalencia de desnutrición se eleva al 26 por ciento, siendo el doble entre niños rurales que entre los urbanos y tres veces más alta entre los más pobres comparados con los más acomodados (Tabla 27). La tasa de prevalencia de desnutrición aguda y bajo peso fue más baja y por lo tanto las tendencias a lo largo de los grupos por zonas e índice de riqueza no puede ser estimado. Existe cada vez mayor preocupación por el aumento de la tendencia global al sobrepeso. Para un examen preliminar de este problema, se registró el índice de masa corporal (IMC-peso en kg/altura en cm cuadrados) y comparado con las tablas de crecimiento basadas en niños de los EEUU. Se registró una proporción por encima del percentil 95 (20 en el caso de los niños y 20.6 en el de las niñas de ocho años), lo cual muestra que el 5 por ciento de los niños de este estudio puede ser considerado obeso y que esto es más común en zonas urbanas que en rurales. No se ha observado una tendencia entre los grupos de riqueza pero las cifras son pequeñas. También se obtuvo las medidas antropométricas de las madres biológicas de los niños de uno y ocho años en el Perú, incluyendo circunferencia del brazo y pliegue tricípital, las cuales serán utilizadas en análisis futuros para estudiar la relación entre sobrepeso materno y obesidad infantil.

Tabla 27 Estatus nutricional de niños de ocho años por zonas e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Muy pobres</i>	<i>Más ricos</i>
		%	%	%	%	%	%	%
	(N=700)		(N=515)	(N=185)	(N=125)	(N=153)	(N=250)	(N=172)
Desnutrición crónica (baja talla para la edad) (puntaje Z talla para la edad < -2)	180	26	20	41	45	34	20	13
Desnutrición aguda (bajo peso para la talla) (puntaje Z peso para la talla < -2)	4	1	<1	1	0	1	<1	1
Bajo peso (puntaje Z peso para la edad < -2)	20	3	2	4	4	4	3	1
Obeso (>percentil 95 CDC)	36	5	6	3	6	2	6	7

4.2 Salud física

Aproximadamente 11 por ciento de las personas al cuidado de los niños de ocho años perciben que su nivel de salud es peor que el de otros niños, y esto es más frecuentemente reportado en las zonas rurales y en los hogares más pobres (Tabla 28). El 17 por ciento reportó problemas de salud crónicos y muchos de ellos manifestaron que su niño/a sufre de asma u otro problema respiratorio serio. El 24 por ciento considera que su niño tuvo una enfermedad o accidente que puso en riesgo su vida en los últimos tres años, para lo que en la mayoría de los casos se buscó tratamiento. Casi la mitad de los niños ha tenido dolor de muelas severo en el último año y 41 por ciento estuvo enfermo en las últimas dos semanas (la mayoría con “gripe”, dolor abdominal/diarrea u otras dolencias). Estas tasas de prevalencia no difieren por zona o condición socioeconómica. Se harán otros análisis de estos datos con el fin de identificar más precisamente las enfermedades específicas pero hay un patrón consistente según el cual el asma y otros problemas respiratorios tienen un papel importante en la salud de los niños de ocho años.

Tabla 28 Salud física de los niños de ocho años por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Más pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
	<i>(N=714)</i>		<i>(N=529)</i>	<i>(N=185)</i>	<i>(N=125)</i>	<i>(N=158)</i>	<i>(N=254)</i>	<i>(N=177)</i>
Salud comparada con otros								
<i>Igual</i>								
<i>Mejor</i>	408	57	60	48	41	56	61	64
<i>Peor</i>	230	32	31	35	42	27	32	30
	75	11	8	17	17	17	7	6
Consideración de que el niño tiene un problema de salud crónico	122	17	18	16	16	20	16	17
Tuvo enfermedad que puso en riesgo su vida <i>(se buscó tratamiento por ello)</i>	170	24	22	29	26	27	24	20
	<i>(148)</i>	<i>(87)</i>	<i>(87)</i>	<i>(87)</i>	<i>(88)</i>	<i>(77)</i>	<i>(92)</i>	<i>(91)</i>
Tuvo dolor de muelas severo en el último año	311	44	44	43	40	48	44	42
Estuvo enfermo en las dos últimas semanas	294	41	42	40	44	44	41	37

4.3 Escolaridad

Prácticamente todos los niños de ocho años asisten a la escuela (99 por ciento). Los niños se mostraron llanos a dar sus opiniones sobre las cosas que les gustan y les desagradan de la escuela, aunque los niños de las zonas rurales y de los grupos más pobres fueron más proclives a contestar “nada” sobre lo que no les gusta, lo cual indicia probablemente sus dificultades para expresar sus opiniones más libremente en una entrevista. Aunque todavía se requiere procesar las respuestas con más detalle, lo que más comúnmente dijeron les gustaba menos de la escuela era que son golpeados por sus profesores o compañeros, lo cual respalda los resultados del estudio preliminar de NM llevado a cabo en algunas regiones del Perú. Este patrón es similar en todas las zonas y grupos socioeconómicos. Las respuestas positivas acerca de la escuela parecen similares en las zonas urbanas y rurales, así como en los grupos socioeconómicos, siendo la más frecuente “aprender/estudiar”.

Cuando son preguntados acerca de la principal actividad que realizan para divertirse, jugar con amigos fue la opción más común (72 por ciento), aunque esta respuesta es más frecuente entre los niños de zonas rurales (84 por ciento) que entre los que viven en zonas urbanas (68 por ciento). También hay una variación entre el 85 por ciento del grupo más pobre y el 60 por ciento del grupo más acomodado. A la inversa, son más los padres de zonas urbanas que los de rurales (10 por ciento vs. 2 por ciento) que reportan que ver televisión es la principal actividad que realiza su hijo para divertirse, y más también los de los grupos más acomodados en comparación con los más pobres (14 por ciento vs. 1 por ciento).

4.4 Trabajo infantil

El 13 por ciento de las personas al cuidado de los niños manifestó que el niño trabaja a cambio de un pago, y esto fue más frecuente en las zonas rurales (23 por ciento) que en las urbanas (10 por ciento), y disminuye del 24 por ciento en el grupo más pobre al 6 por ciento en el más acomodado (Tabla 29). No está incluido aquí el trabajo no remunerado, realizado habitualmente en el hogar o empresa familiar. Los motivos que se dan para explicar por qué trabajan fueron similares en todos los grupos, aunque los siete casos de trabajo obligado aparecieron en los hogares pobres o más pobres. Cuando se preguntó directamente a los niños sobre su trabajo, casi todos expresaron que les gustaba hacerlo (96 por ciento). Sin embargo, alrededor de un tercio reportó haber tenido que faltar a la escuela por lo menos una vez debido a su trabajo, siendo esto más común en zonas rurales (40 por ciento) que en urbanas (24 por ciento). Cabe resaltar que el 14 por ciento de los niños sufrió alguna lesión mientras trabajaba, generalmente cortes, quemaduras y fracturas.

Tabla 29 Principales características del trabajo infantil asalariado*

		No.	%
¿Ha trabajado alguna vez el niño por dinero o a cambio de productos?	<i>Sí</i>	96	13
	<i>No</i>	720	87
Total grupal		816	100
Razón principal por la que trabajan	<i>Aumentar el ingreso del hogar</i>	35	36
	<i>Generar sus propios ingresos</i>	4	4
	<i>Ganar experiencia</i>	7	7
	<i>Le gusta trabajar</i>	23	24
	<i>Evitar que se metan en problemas</i>	9	9
	<i>Trabajo obligatorio</i>	7	7
Total grupal		90	100
¿Ha tenido algún accidente serio en el trabajo?	<i>Sí</i>	13	14
	<i>No</i>	77	86

* no incluye el trabajo no remunerado, por ejemplo, en la casa o en la chacra

4.5 Salud mental infantil

La salud mental infantil fue medida con el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) que consiste en 25 preguntas planteadas a la persona al cuidado del niño acerca de síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, interacción con sus compañeros e interacción social general. Este instrumento ha sido validado en varios países en vías de desarrollo pero no en el Perú. Los análisis preliminares de estos datos han mostrado que se requiere trabajar más para validar los puntajes de clasificación y en general el instrumento para niños peruanos, de modo que los resultados serán reportados en una etapa posterior.

4.6 Percepciones de los niños

Una medición de los resultados de NM centrada en el niño es la percepción que tiene de su calidad de vida. Aquí presentamos algunos de los principales indicadores evaluados, los demás requieren un procesamiento mayor antes de ser analizados. Muchos niños perciben que el agua y el aire de su comunidad son buenos o promedio, sin embargo el 96 por ciento reportó que era mucha la cantidad de basura (Tabla 30). Cerca de un tercio considera que su comunidad es insegura para los niños y esto es más común entre los niños urbanos que entre los de zonas rurales y entre los grupos más acomodados. La mayoría de los niños considera que tienen suficiente comida para alimentarse.

Tabla 30 Percepción del niño respecto a su bienestar por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Muy pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
El agua que se toma aquí es: (N=673)								
<i>Buena</i>								
<i>Mala</i>	445	66	65	70	67	78	67	62
<i>Promedio</i>	73	11	10	14	16	2	8	13
	155	23	25	16	18	20	25	25
El aire que se respire aquí es: (N=674)								
<i>Bueno</i>								
<i>Malo</i>	438	65	63	71	72	73	62	59
<i>Promedio</i>	83	12	12	14	12	13	12	12
	153	23	25	16	16	15	26	29
La cantidad de basura que hay en la calle es: (N=670)								
<i>Buena</i>								
<i>Mala</i>	8	1	1	1	2	0	1	2
<i>Promedio</i>	639	96	96	95	94	98	97	93
	23	3	3	4	4	2	2	5
¿Es segura para los niños la comunidad donde vives? (N=677)								
<i>Sí</i>	458	68	64	78	75	76	62	64

	<i>Total</i>		<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Muy pobres</i>	<i>Pobres</i>	<i>Menos pobres</i>	<i>Más acomodados</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
¿Tienes suficientes alimentos para comer? (N=672)								
<i>Sí</i>	554	82	81	86	88	89	79	79

4.7 Capital social de los niños

El estudio NM experimentó con algunas mediciones del capital social de los niños (relaciones sociales y sentimiento de estar vinculado a la comunidad). Aquí presentamos los resultados preliminares de algunos indicadores. El 50% de los niños reportó jugar diariamente con amigos. Esto es más frecuente en zonas rurales (61 por ciento) que en las urbanas (46 por ciento), y entre los más pobres (61 por ciento) en comparación con los más acomodados (38 por ciento). Ochenta por ciento de los niños informó que cuando tienen un problema hay alguien que los puede ayudar y en casi la mitad de casos esa persona es la madre. Esta tasa no difiere por zonas o grupos socioeconómicos.

4.8 Lectoescritura y habilidades matemáticas básicas

Las destrezas para desempeñarse en la vida, como la lectoescritura y habilidades matemáticas básicas, son mediciones de resultados incluidas en el marco conceptual de trabajo de NM. La mayoría de los niños de ocho años (83 por ciento) pudo leer una oración que se les presentó como prueba, 56 por ciento pudo escribir una oración de prueba sin errores o dificultades y 57 por ciento pudo responder correctamente una pregunta aritmética básica correctamente (Tabla 31). Sin embargo, hubo notables diferencias por zonas y niveles socioeconómicos. El desempeño de los niños de zonas rurales fue más bajo que los de zonas urbanas en todas las mediciones de logros en las pruebas de lectura, escritura y matemáticas básicas. Igualmente, las tendencias a lo largo de los grupos clasificados por índice de riqueza son evidentes para todas las pruebas, en las que los niños más pobres tuvieron un desempeño más bajo.

Tabla 31 Lectoescritura y habilidades matemáticas básicas de los niños de ocho años por zona e índice de riqueza

	Total	Urbana	Rural	Más pobres	Pobres	Menos pobres	Más acomodados
	%	%	%	%	%	%	%
Lectura* (N=663)							
No pudo leer nada		8	5	18	16	12	2
Solo pudo leer letras	55	5	4	8	11	7	3
Solo pudo leer palabras	31	2	2	2	4	2	1
Pudo leer la oración	14	83	88	69	64	77	93
Se rehusó a responder la prueba	550	2	1	4	6	3	<1
	13						
Escritura** (N=679)							
No pudo escribir la oración					24		
Escribió sin dificultades o errores	81	12	8	22	34	15	8
Escribió con dificultades o errores	378	56	64	33	40	47	72
Se rehusó a responder la prueba	216	32	28	43	1	37	20
	4	1	<1	2		1	0
Habilidades matemáticas básicas*** (N=678)							
Multiplió correctamente	384	57	64	37	31	43	82
Multiplió incorrectamente	130	19	18	23	23	20	8
No supo	147	22	17	33	39	33	8
Se rehusó a responder la prueba	17	2	1	1	7	4	1

* oración = *El pan es rico*

** oración = *Me gustan los perros*

*** $2 \times 4 = ?$

4.9 Desarrollo infantil

Además de la lectoescritura y las habilidades matemáticas básicas, el desarrollo cognitivo del niño podría ser afectado por la escolaridad (así como por las condiciones en el hogar) y esta es otra medición de resultados del marco conceptual de NM. Existen muchas pruebas para medir el desarrollo cognitivo de los niños, el proyecto NM eligió la prueba de Matrices Progresivas de Raven (MPR) debido a su simplicidad y adecuación para su utilización en estudios transculturales ya que no utiliza ningún código ni instrucciones escritas. Esta prueba ha sido hallada confiable y válida para diversas culturas (Raven et al, 1998). Tiene tres partes de doce problemas cada una: la parte A examina la capacidad del niño para completar patrones continuos; la parte AB mide la capacidad del niño para reconocer figuras discretas en totalidades espacialmente asociadas, mediante la selección de una figura para completar el diseño; y la parte B contiene una serie de problemas basados en analogías que el niño debe ser capaz de discriminar. Los niños se desempeñaron mejor en la parte A (56 por ciento tuvo un puntaje alto) que en la AB (36 por ciento tuvo un puntaje alto) o B (22 por ciento tuvo puntaje alto) (Tabla 32). Hubo mayor frecuencia de puntajes altos en zonas urbanas que en las rurales y en los grupos más acomodados.

Tabla 32 Resultados de la prueba de Raven por zona e índice de riqueza

	<i>Total</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Pobres</i>	<i>Muy</i>	<i>Menos</i>	<i>Más</i>
	%	%	%	%	<i>pobres</i>	<i>pobres</i>	<i>acomod</i>
	(N=681)	(N=501)	(N=178)	(N=117)	%	%	ados %
					(N=143)	(N=243)	(N=176)
Parte A							
<i>Bajo (0-4)</i>							
<i>Promedio (5-8)</i>	28	4	2	10	12	4	2
<i>Alto (9-12)</i>	273	40	37	49	54	45	38
	380	56	61	40	34	51	60
							69
Parte AB							
<i>Bajo (0-4)</i>							
<i>Promedio (5-8)</i>	175	26	20	42	44	34	23
<i>Alto (9-12)</i>	261	38	40	35	35	40	42
	245	36	40	23	20	27	35
							55
Parte B							
<i>Bajo (0-4)</i>							
<i>Promedio (5-8)</i>	285	42	36	57	62	54	36
<i>Alto (9-12)</i>	246	36	39	26	17	29	43
	150	22	24	16	20	17	21
							30

5. Conclusiones provisionales e implicaciones para las políticas públicas

El panel de NM de niños de un año y sus familias constituye una oportunidad única para ampliar nuestro conocimiento de la pobreza y para identificar el modo en que las políticas públicas implementadas a diferentes niveles pueden marcar una diferencia en la vida de estos niños en los próximos años. Aun cuando la mayoría de aspectos de estas políticas que esta primera fase de recolección de información puede abarcar requiere de análisis posteriores, los resultados preliminares que presenta este informe llevan a las siguientes recomendaciones provisionales:

Vivienda

- El acceso a la electricidad es bastante bajo en los hogares más pobres y en zonas rurales. Los programas para el desarrollo en el Perú deben prestar debida atención a ello.
- Si bien en la muestra de NM el acceso al agua corriente es más alto de lo esperado, existe la necesidad de continuar trabajando para facilitar el acceso al agua potable en todos los hogares peruanos.
- La cobertura del sistema de alcantarillado o servicios higiénicos adecuados es todavía muy bajo en los hogares rurales y más pobres. Debe fortalecerse y continuarse los programas para mejorar el saneamiento.

Nutrición

- En concordancia con otras encuestas nacionales, el principal problema nutricional en el Perú, según los indicadores antropométricos, es la baja talla (desnutrición crónica). Muchos estudios en el Perú han señalado claramente que problema es consecuencia de una dieta pobre entre los 6 y 18 meses de edad, lo cual puede explicar porqué es más grave en las zonas rurales y en los hogares más pobres. Existe la necesidad de desarrollar programas para mejorar la calidad de los alimentos complementarios que se ofrecen a los niños menores de tres años y promover la lactancia materna.
- La frecuencia de la desnutrición aguda observada es muy baja, inclusive en los hogares rurales y más pobres, lo cual sugeriría que la falta de alimentos no es un problema

importante en el Perú. También respalda el concepto de que el principal foco de atención de los programas nutricionales en el Perú debe ser la calidad de la dieta.

- Las deficiencias de nutrición se concentran principalmente en los hogares más pobres y las zonas rurales, lo que refuerza el concepto de definir mejor el grupo objetivo al que deben dirigirse los programas nutricionales.
- La obesidad parece estar apareciendo como un problema de salud pública en relación a los niños peruanos. Este problema requiere ser atendido inmediatamente mediante la promoción de dietas saludables que en el futuro puedan reducir el riesgo de obesidad y otras enfermedades crónicas asociadas a una dieta inadecuada.

Programas de asistencia alimentaria

- El número de hogares que reciben asistencia alimentaria es bastante alto en los hogares rurales y más pobres, lo cual indica que estos programas han sido efectivamente dirigidos al grupo objetivo adecuado.
- Dada la alta prevalencia de la desnutrición crónica en los niños de los mismos grupos de hogares que reciben asistencia alimentaria, los resultados de NM sugieren la necesidad de concentrarse en mejorar la calidad de la dieta de los niños a través de estos programas y complementarlos con educación nutricional para las madres.

Salud perinatal

- La alta cobertura de la atención prenatal y de la inmunización contra el tétano en la muestra de NM, incluso en las zonas rurales y hogares más pobres, indica que estos programas son equitativos.
- Existe una brecha significativa entre el alto nivel de atención prenatal y el bajo nivel de atención profesional y acceso a servicios de salud en el momento del parto en las zonas rurales y en los hogares más pobres. Esto indica que el problema no es el acceso físico a los servicios de salud sino de otro tipo, como la calidad de la atención y/o el costo. Estos problemas requieren la atención del MINSA para reducir la mortalidad materna en el país.
- La proporción de mujeres que han tenido pérdidas, así como la de mujeres que desean tener más hijos, son más altas en las zonas urbanas y en los hogares más acomodados. Esto indicaría que el número de abortos podría ser mayor en zonas urbanas y que la necesidad de planificación familiar es mayor en las zonas rurales.

Salud infantil

- Los resultados preliminares del proyecto NM en el Perú indican que un porcentaje significativo de las madres perciben que sus hijos, particularmente los de ocho años, sufren enfermedades crónicas (de largo plazo). Aun cuando debe analizarse más este tema, en el Perú se requiere brindar mayor atención a enfermedades respiratorias crónicas como el asma.
- La frecuencia de accidentes y lesiones en los niños es relativamente alta. Es necesario desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención para evitarlos.
- Existe una alta prevalencia de problemas dentales en los niños en edad escolar. Si esto se confirma, debe promoverse programas de salud dental en las escuelas.

Higiene

- La presencia de jabón en los hogares peruanos es muy alta, incluso en los hogares rurales y más pobres.

- Se deben desarrollar, implementar y evaluar programas para promover el lavado de las manos y prevenir la diarrea y otras enfermedades infantiles.

Programas de inmunización

- La alta incidencia de la vacuna BCG comparada con la de sarampión en los niños de NM en el 2002 confirma el problema que existió temporalmente en el Perú con los insumos para las vacunas. Para mantener una alta cobertura en todos los niños y evitar la reaparición del sarampión, así como para controlar otras enfermedades, los programas de inmunización en el Perú deben ser adecuadamente atendidos.
- La cobertura de la inmunización es similar en zonas urbanas y rurales, así como en todos los grupos socioeconómicos de la muestra, lo cual indica que los programas de vacunación en el Perú son equitativos.

Salud mental

- La prevalencia de personas al cuidado de los niños con potenciales problemas de salud mental es alta. Se sabe que las consecuencias de la depresión maternal en los niños pequeños son muchas y duraderas. Se debe desarrollar, implementar y evaluar programas de salud mental para controlar la depresión materna.
- El alcoholismo es un problema de salud pública importante y está asociado con la violencia doméstica. Existe la necesidad de desarrollar programas efectivos para controlar este problema.
- La condición de la salud mental de los niños en edad escolar debe ser objeto de análisis posteriores.

Escolaridad

- La cobertura de la educación primaria en el Perú es muy alta.
- La violencia escolar (tanto de los profesores como entre los alumnos) parece ser un problema importante no reconocido en el Perú, que afecta el bienestar de los niños. Se debe desarrollar, implementar y evaluar programas para evitar la violencia en la escuela.
- Las pruebas de lectoescritura y habilidades matemáticas básicas administradas a los niños de ocho años en el Perú indican que la calidad de la educación es un problema serio, que afecta particularmente a los niños de zonas rurales y hogares más pobres. Debe darse prioridad a los programas para mejorar la calidad de la educación, prestando particular atención a las zonas rurales y más pobres del país.

Medio ambiente

- Los niños, perciben que viven en una comunidad insegura, particularmente los de zonas urbanas y hogares más acomodados. Se debe desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención del crimen en zonas urbanas.
- La mayoría de los niños percibe que la basura es un problema importante de su comunidad. Se debe desarrollar programas cívicos que promuevan ambientes limpios.

Crisis económicas

- Una proporción significativa de hogares (40 por ciento) ha sufrido crisis que afectaron su bienestar económico, tanto en zonas urbanas como rurales, así como en todos los grupos clasificados según el índice de riqueza.
- La crisis que afectó más comúnmente a las familias de la muestra NM es la pérdida reciente del empleo o fuente de ingresos. El gobierno peruano debe dar prioridad a las

políticas de promoción del trabajo, seguridad laboral y compensaciones, a fin de reducir estas crisis económicas.

- La segunda causa más frecuente de crisis económica reportada fue una enfermedad o lesión grave. Esto indica que la gran mayoría de los hogares no tiene acceso a las pólizas de seguro que brindan protección frente a estas crisis. Se debe desarrollar e implementar sistemas universales de seguros de salud.
- La llegada de un recién nacido o de un nuevo miembro a la familia fue reportada como la tercera crisis más común que afecta la economía del hogar. Esto sugiere que no existe un sistema para proteger a las familias ante este tipo de eventualidades. Existe la necesidad de estudiar más este problema para poder identificar programas que podrían ser desarrollados para compensar este tipo de crisis económica.
- El acceso a ahorros/ créditos que podrían ser utilizados ante una crisis económica en el hogar no es alto y está concentrado en las zonas urbanas y los hogares más acomodados. Existe la necesidad de crear programas de ahorro y crédito al alcance de los pobres en el Perú.

Trabajo infantil

- En cuanto a las fuentes de ingreso, una baja proporción de niños de ocho años de la muestra de NM trabaja y esto no es percibido como un problema importante por ellos. Sin embargo, el trabajo parece interferir con sus actividades escolares y los expone a lesiones laborales.

La muestra del Perú cubre un grupo de familias rigurosamente seleccionado en el que están adecuadamente representados los niños que viven en zonas rurales y hogares pobres dado que las 20 comunidades centinelas fueron seleccionadas apropiadamente a partir de la escala de pobreza de FONCODES. No obstante, debido al modo en que se armaron los grupos muestrales de niños y la exclusión de zonas del Perú de acceso sumamente difícil (principalmente localizadas en la Selva), la muestra de NM no representa tan bien la extrema pobreza del Perú. Este sesgo en la selección podría explicar el elevado nivel educativo observado en las personas a cargo del cuidado de los niños así como la alta cobertura de atención prenatal en las zonas rurales y en los hogares más pobres de la muestra. Sin embargo, otras variables son comparables a las tasas nacionales. Pese a ello, debe tenerse cuidado de interpretar los resultados de NM como representativos de todo el Perú. Este sesgo potencial, no obstante, no limitará el valor de la muestra de NM para estudiar las zonas seleccionadas a través del tiempo y para identificar qué políticas públicas marcan una diferencia para los pobres en el Perú.

Anexo 1- Principales variables de los cuestionarios

A – niños de un año

1. Características demográficas	4. Salud infantil
Edad	Percepción general sobre la salud
Sexo	Enfermedades/síntomas en las últimas 24 horas
Grupo étnico	Enfermedad o accidente serio que la persona a cargo del cuidado del niño considera puso en riesgo su vida
Religión	<i>Tipo de enfermedad/ accidente</i>
Lugar entre los hermanos	<i>Hospitalización o tratamiento</i>

	Alguna vez ha sufrido una quemadura que ha dejado cicatriz
2. Antropometría	Alguna vez se ha roto o fracturado un hueso
Peso al nacer	Alguna vez ha tenido una caída seria
Peso y talla en el momento de la encuesta	<i>Consecuencias de la caída seria</i>
	Enfermedades/ discapacidades crónicas
3. Temperamento del niño	<i>Tipos de enfermedad/ discapacidad crónica</i>
Percepción del llanto del niño comparado con otros	Nivel de inmunización
Acciones tomadas para que deje de llorar	Alguna vez ha sido hospitalizado
	Seguro de salud

B- niños de ocho años

1. Características demográficas

Edad

Sexo

Grupo étnico

Religión

2. Antropometría

Peso al nacer

Peso y talla en el momento de la encuesta

3. Salud del niño

Percepción general sobre la salud

Enfermedades en las últimas dos semanas

Problemas de salud que afectan la capacidad de hacer amigos o jugar-tipos

Problemas de salud que afectan la capacidad de asistir a la escuela o al trabajo-tipos

Problemas crónicos de salud-tipos

Enfermedad/accidente serio en los últimos tres años que la persona al cuidado del niño considera puso en riesgo su vida

Tipos de enfermedad/ accidente

Hospitalización o tratamiento

Dolor de muelas severo en el último año

Uso del tiempo libre de los padres con el niño

6. Trabajo infantil

Trabajo realizado en los últimos 12 meses

Actividades formales/informales realizadas por pago en efectivo o productos

Edad en que empezó a trabajar

Tiempo que pasó trabajando durante períodos escolares

El niño ahorra o se queda con el dinero de su

	trabajo
	Razones principales del trabajo infantil
Seguro de salud	Participa en los quehaceres del hogar en los últimos siete días- pago, tiempo
	Sufrió enfermedades o lesiones severas mientras trabajaba
4. Salud mental del niño	<i>Tipos de enfermedades/ lesiones</i>
25 preguntas sobre la salud mental del niño (SDQ)	7. Percepciones del niño respecto a su bienestar y su vida (preguntadas directamente al niño)
5. Escolaridad del niño	Trabajo que el niño desea realizar cuando crezca
Alguna vez asistió a la escuela	Cosas que hacen al niño feliz o infeliz
<i>Edad de enrolamiento</i>	Aspectos del lugar donde vive que gustan o desagradan al niño
<i>Años de escolaridad</i>	Lo que piensa el niño acerca del agua, el aire y la basura en su comunidad
<i>Grado más alto aprobado</i>	El niño se considera bien considerado por su comunidad
Asiste a la escuela actualmente	Percepción de seguridad
Principales de inasistencia a la escuela	Cantidad de alimentos suficiente para comer
Tipo de escuela	8. Relaciones sociales del niño
Detalles sobre la escuela	Frecuencia con la que juega con amigos
Percepción sobre la calidad de la educación	Persona que ayuda al niño cuando tiene un problema
Ayuda con las tareas escolares en el hogar	Actividades de recreación en los últimos seis meses
	9. Percepción del niño sobre su salud
	Tiene problemas de salud que limitan su capacidad para hacer amigos o jugar- tipo
	Tiene problemas de salud que le impiden asistir a la escuela o trabajar - tipo
	Otros problemas de salud
	12. Opinión del niño sobre escuela y trabajo
Transporte a la escuela	Asistencia a la escuela en el último año
Gasto en educación	Mejores y peores aspectos de la escuela
Horarios de estudio	Ganar dinero para sí mismo y su familia
Recibe desayuno escolar	<i>Tipo de trabajo</i>
10. Lectoescritura y habilidades matemáticas básicas del niño	
Habilidad para la lectura	
Habilidad para la escritura	
Habilidad para multiplicar	
11. Desarrollo cognitivo del niño	<i>Agrado o desagrado por el trabajo</i>

Prueba de Raven

Principales razones por las que el trabajo le disgusta
No asiste a clases por el trabajo

C- Padres del niño

Madre

1. Información demográfica

Lugar de nacimiento
Tiempo de residencia en la comunidad
Grupo étnico
Religión
Lectoescritura en castellano
Lenguas que habla
Fluidez en castellano
Educación
Estado civil
Lugar de nacimiento de la madre
Vive con su pareja
Frecuencia con la que ve a su hijo
Quién es el jefe del hogar
Peso, talla, pliegue tricípital

2. Historia del parto

Partos previos – nivel de supervivencia por sexo y edad

3. Embarazo del niño índice

Atención prenatal – fecha de inicio, número de visitas
Vacunación contra el tétano
Embarazo deseado o no
Percepción sobre su salud durante el embarazo
Preferencia sobre el sexo de su hijo

4. Parto

Dificultades en trabajo de parto
Lugar de parto – motivo si fue en el hogar
Si se hizo cesárea, ¿fue programada?
¿Quién atendió el parto?
¿Fue parto prematuro?
Peso y talla al nacer según recuerda
Peso y talla al nacer registrados

5. Lactancia del niño índice

Siempre ha sido amamantado
Duración de la lactancia materna

7. Salud mental de la madre

Preguntas del SRQ20

Padre (de no ser la madre)

1. Antecedentes

Lugar de residencia
Frecuencia con que ve al niño

Persona a cargo del cuidado del niño

1. Antecedentes

Lugar de residencia
Estado civil
Presencia de pareja

Las preguntas de algunas secciones del cuestionario fueron planteadas a la persona a cargo del cuidado del niño cuando esta función no era realizada por la madre, mientras que las de otras secciones solo fueron planteadas a la madre.

D - Hogares

1. Composición y datos demográficos del hogar

3. Formas de sustento (continúa)

(de cada miembro)

Nombre, sexo, edad

Relación con el niño índice

¿Asiste a la escuela?

Nivel de educación completado

Discapacidad crónica

¿Asume regularmente la responsabilidad de cuidar al niño índice?

¿Brinda apoyo económico o de otro tipo al niño índice?

2. Cuidado del niño/a índice (niño de un año)

¿Se envió al niño a una guardería?

Tiempo que va a la guardería

Otro tipo de servicio de cuidado del niño – tiempo, pago

¿Se deja al niño solo regularmente o a cargo de otro menor?

¿Dónde duerme el niño?

3. Formas de sustento

Tres actividades principales de todos los miembros del hogar para generar ingresos– si se realizan por contrato, frecuencia de trabajo en los últimos 12 meses, días de trabajo a la semana

Actividades que más aportaron la economía del hogar

Transferencias recibidas y enviadas en los últimos 12 meses

Recepción de dinero o productos de diversas fuentes

Relación de la persona que ayuda con el niño

Frecuencia de recepción

Tipo de productos recibidos

5. Capital social (preguntas para la persona al cuidado del niño)

Pertenencia a grupos de la comunidad

Apoyo (emocional o material) de estos grupos u otras fuentes

Preguntas sobre el espíritu, actividad y confianza en la comunidad

Experiencias de crímenes, acciones realizadas

6. Crisis económicas

Crisis que tuvieron impacto negativo y estrategia utilizada

Deudas importantes

Capacidad de pago de deudas

Recepción de donaciones de alimentos

Planes para períodos de dificultades económicas

Utilización de cocinas comunitarias

Información sobre ingresos y egresos (alimentación y educación)

4. Bienes y servicios del hogar

Propiedad de la vivienda

Número de habitaciones

Acceso a electricidad

Material de paredes, piso, techo

Fuente de agua potable

Servicios higiénicos

Combustible utilizado para cocinar

Bienes de consumo – lista de 24

Herramientas y maquinaria agrícolas

Propiedad o alquiler de la tierra-extensión y utilización del terreno

Utilización de fertilizantes químicos

Irrigación

Uso compartido de maquinaria agrícola o trabajo agrícola compartido

Ganado – tipo, propiedad, compra, pérdida

Uso de Internet

7. Otros

Observación de la higiene del hogar

Uso de jabón, detergente

para manejarlas

Crisis que tuvieron impacto positivo y estrategia utilizada para manejarlas

E - Comunidades

1 – Entorno natural

Extensión

Población

Cambios en la dimensión de la población en los últimos tres años

Forma parte de una ciudad o pueblo

Tiempo, distancia y modalidad de transporte a la capital distrital y provincial

Clasificación ecológica

Meses del año en que la comunidad sufre escasez de alimentos, alza en el precio de los mismos, hay más trabajo, inmigraciones o emigraciones

Desastres naturales en los últimos dos años: tipos, población afectada, apoyo recibido

Tipo de problemas que afectan a la comunidad

Tipos de vivienda en la comunidad

2. Características sociales

Lenguas principales

Grupos religiosos principales

Familia más numerosa/grupos de poder

Estatus legal de la comunidad

Representación política

Asesinatos políticos, corrupción

Delincuencia

4 – Economía

Principales formas de sustento, empleo

¿Alguien es propietario del 5, 10 o 20% de las tierras de la comunidad?

Jornal agrícola promedio: por edad, género y tipo de trabajo

Modo principal de obtener derechos sobre la tierra

Principales cultivos

Uso de fertilizantes, herbicidas o pesticidas

3 – Infraestructura y servicios

Tipos de servicio: mejoras recientes, distancia, tiempo de transporte

Principales fuentes de agua potable

Principales servicios sanitarios

Dónde se deposita la basura

Mercados/comercio

Tipo de instalaciones y servicios comerciales

Productos en venta

Distancia y tiempo de transporte desde la comunidad

Principales puntos de venta de alimentos y otros productos

Caminos: tipo, accesibilidad, distancia de la comunidad

Tipos de transporte público, distancia, frecuencia

Programas de asistencia social: alimentación, educación, salud, infraestructura, otros

Grupos organizados/ membresía de organizaciones

5 – Salud y educación

Acceso a diferentes servicios de salud: disponibilidad, distancia, tiempo para llegar a ellos

Costo de las consultas

Servicios específicos como curanderos tradicionales, banco de sangre

Nombre y tipo de escuelas

Distancia y tiempo de transporte a escuelas más cercanas

Costo de las pensiones

Crop subsidisation by government or NGOs

Programas de alfabetización

Existencia de empresa o productor agrícola que emplee >5% de la comunidad: nombre, principales cultivos, número de empleados

Existencia de fábrica que emplea >5% de la comunidad: nombre, productos principales, número de empleados, salarios

Existencia de negocio que emplea >5% de la comunidad: nombre, productos principales, salarios

Salario promedio de profesor de escuela secundaria, enfermera, trabajador municipal

Lista de precios de productos básicos

Fuentes de crédito

Anexo 2: Comunidades centinelas (información basada en datos secundarios)

Departamento	Provincia	Distrito	Población	Índice de pobreza absoluto	Clasificación de pobreza (*)	Ránking pobreza	Tasa de desnutrición	Vía principal de acceso	Kilómetros de la capital de provincia	% sin agua corriente	% sin alcantarillado	% sin electricidad
Huánuco	Dos de Mayo	Chuquis	3,699	0.655	Extrema pobreza	161	48.52	Camino carrozable no asfaltado	30	55.4	94.3	97.2
Piura	Morropón	Chalaco	11,564	0.608	Muy pobre	305	46.98	Camino carrozable no asfaltado	71	68.7	82.9	89.9
Ayacucho	Huamanga	Vinchos	7,392	0.562	Muy pobre	462	46.72	Camino carrozable no asfaltado	52	0.0	99.9	95.5
Amazonas	Chachapoyas	Mariscal Castilla	1,504	0.511	Muy pobre	662	42.81	Camino carrozable no asfaltado	70	8.3	78.2	64.9
San Martín	Rioja	Yuracyacu	5,526	0.484	Muy pobre	786	38.83	Carretera no asfaltada	18	94.6	58.7	52.8
Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo	15,282	0.459	Pobre	919	47.88	Carretera asfaltada	3	62.1	81.3	37.8
Junín	Satipo	Pangoa	24,376	0.434	Pobre	1036	44.41	Carretera no asfaltada	34	32.2	89.0	63.6
Ancash	Huaylas	Santo Toribio	2,064	0.407	Pobre	1150	47.05	Carretera no asfaltada	35	0.0	96.3	31.8
Ayacucho	Lucanas	Lucanas	1,905	0.384	Pobre	1259	38.51	Carretera no asfaltada	30	31.3	99.2	32.4
Puno	San Román	Juliaca	189,275	0.366	Pobre	1351	24.97	Carretera asfaltada	0	58.5	64.9	29.9
Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	141,588	0.354	Pobre	1401	34.72	Carretera asfaltada	0	27.4	45.1	38.5
Piura	Sullana	Marcavelica	22,279	0.334	Pobre	1466	28.63	Carretera asfaltada	3	13.1	82.7	63.2
La Libertad	Trujillo	La Esperanza	124,766	0.322	Pobre	1511	21.76	Carretera asfaltada	3	34.7	41.2	24.8
Arequipa	Camaná	Nicolás de Piérola	5,830	0.302	Regular	1564	23.62	Carretera asfaltada	6	34.3	89.7	43.4
Ancash	Huaraz	Huaraz	55,732	0.285	Regular	1623	34.47	Carretera asfaltada	0	8.8	36.9	28.0
Lima	Lima	Ate	380,480	0.282	Regular	1631	18.48	Carretera asfaltada	20	40.8	52.6	27.6
San Martín	San Martín	Tarapoto	66,997	0.258	Regular	1674	18.42	Carretera no asfaltada	0	15.2	0.0	12.0
Tumbes	Tumbes	Tumbes	90,625	0.239	Regular	1702	16.88	Carretera asfaltada	0	22.2	43.2	22.6
Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	713,018	0.231	Regular	1712	17.14	Carretera asfaltada	0	43.1	48.5	23.5
Lima	Lima	Villa María del Triunfo	324,107	0.225	Regular	1726	14.76	Carretera asfaltada	0	34.1	39.0	22.9

Notas: (*)1818 distritos clasificados:extrema pobreza, muy pobre, pobre, regular o ,

Fuente: Mapa de la pobreza FONCODES 2000

Anexo 3: Encuesta sobre comunidad: Acceso a servicios claves

	Ranked By FONCODES Poverty Index (quintiles)					TOTAL
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
Tienda con productos básicos	80.0	85.7	93.8	100.0	100.0	87.8
Uso común de letrina al interior de la vivienda	84.0	85.7	50.0	87.5	100.0	78.4
Instituciones religiosas, iglesia	72.0	81.0	68.8	87.5	100.0	77.0
Transporte diario al exterior de la comunidad	55.0	83.3	81.3	100.0	100.0	76.0
Camino/carretera carrozable es principal ruta de acceso	88.0	57.1	56.3	75.0	75.0	70.3
Agua corriente	56.0	57.1	87.5	87.5	100.0	68.9
Teléfono público, comunal o rural	44.0	57.1	62.5	100.0	100.0	60.8
Se quema la basura	48.0	81.0	62.5	50.0	33.3	59.9
Irrigación	40.0	61.9	81.3	62.5	25.0	56.8
Electricidad	24.0	47.6	62.5	87.5	100.0	50.0
Camino/carretera no asfaltada es principal ruta de acceso	12.0	47.6	37.5	87.5	50.0	37.8
Uso común de inodoro o tanque séptico	32.0	9.5	31.3	87.5	100.0	35.1
Camino/carretera asfaltada es principal ruta de acceso	8.0	23.8	37.5	87.5	75.0	31.1
Basura es echada en campos de reciclaje	36.0	23.8	18.8	50.0	0.0	28.4
Red telefónica	0.0	14.3	18.8	87.5	100.0	23.0
Basura es recolectada	4.0	4.8	18.8	87.5	100.0	21.6
Área de esparcimiento	16.0	4.8	43.8	12.5	50.0	20.3
Transporte semanal al exterior de la comunidad	30.0	16.7	18.8	0.0	0.0	18.9
Comisaría	16.0	4.8	12.5	62.5	50.0	18.9
Uso común de letrina fuera del hogar	20.0	25.0	6.3	12.5	0.0	16.6
Oficina de correo	0.0	9.5	12.5	50.0	50.0	13.5
Cine	0.0	0.0	6.3	37.5	50.0	8.1
Servicios bancarios públicos	4.0	0.0	6.3	25.0	50.0	8.1
Servicios de internet	0.0	0.0	6.3	25.0	50.0	6.8
Servicios bancarios privados	0.0	0.0	6.3	12.5	75.0	6.8
Transporte mensual al exterior de la comunidad	15.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.1
Número de grupos organizados en la comunidad	4.5	4.0	4.2	6.9	6.5	4.6
Número de comunidades consideradas en cada quintil	25	21	16	8	4	74

REFERENCIAS

- Adler, P y Kwon, S (2002) 'Social capital: prospects for a new concept', *Academy of Management Review*, vol. 26, no. 1, pp. 17-40
- Alcazar, L. y Wachtenheim, E. (2002) *Las Pérdidas en el Camino. Fugas en el Gasto Público: Transferencias Municipales, Vaso de Leche y Sector Educación* manuscrito inédito, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)
- Amat y León, C y León, H (1981) *Distribución del Ingreso Familiar en el Perú*, Lima, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP)
- ECLAC (1998) *Social Panorama of Latin America*, Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Escobal, J, Saavedra, J y Suarez, P (2003) 'Shocks Económicos y Cambios en los Patrones de Escolaridad y Gasto Educativo', manuscrito inédito, Young Lives Project, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)
- Escobal, J, Saavedra, J y Torero, M (2001) *Los activos de los pobres en el Perú*, Working Paper no. 26, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)
- Figueroa, A (1998) 'Políticas Macroeconómicas y Pobreza en el Perú' en *Política Macroeconómica y Pobreza en América Latina y El Caribe* (eds) Ganuza, E, Taylor, L y Morley, S, New York, UNDP
- Filmer, D. y Pritchett, L. (1998) *Estimating Wealth Effects without Expenditure Data—or Tears: With an Application to Educational Enrollments in States of India*, Policy Research Working Paper, Washington, DC, The World Bank.
- FONCODES (2000) *Mapa de Pobreza 2000: Principales indicadores que definen el nivel de vida*. Lima, Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social.
- Francke, P (2001) *Políticas Sociales: Balance y propuestas*, Working Paper no. 194, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP)
- GIN (1999) *La Situación de los Niños, Niñas y Adolescentes en el Perú – 1999*, Grupo de Iniciativa Nacional por los Derechos del Niño, , Lima, 1999.
- Hentschel, J (1999) 'Perú: pobreza y desarrollo social, 1994-1997' en *Diálogos sobre Experiencias y Retos en la Lucha contra la Pobreza: Análisis y plenarias*. Lima, Comité Organizador del Primer Foro sobre Pobreza, Lima
- INEI (2002) *Compendio Estadístico 2001*. Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática
- INEI (2001a) *Compendio Estadístico 2000*. Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática
- INEI (2001b) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000* Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática
- INEI (1998) *Trabajo Infantil y Adolescente*, Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática
- Organización Internacional del Trabajo 1998, *Trabajo Infantil en los Países Andinos*, Working Paper no. 75, Lima, OIT – Oficina Regional para América Latina y El Caribe

- Ortiz de Zevallos, G (2002) 'Desafíos de las políticas sociales' en *Annual Seminar of the Economic and Social Research Consortium*, Lima, CIES (Diciembre)
- Pan American Health Organization (2002) *Health in the Americas*, Washington, PAHO
- Pascó-Font, A y Saavedra, J (2001) *Reformas Estructurales y Bienestar: Una mirada al Perú de los noventa*, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)
- Portocarrero, F, Beltrán, A, Romero, M E y Cueva, H (2000) *Gestión Pública y Políticas Alimentarias en el Perú*, Lima, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP)
- Reardon, T, Berdegue, J y Escobar, G (2001) 'Rural nonfarm employment and incomes in Latin America: Overview and policy implications', *World Development*, vol. 29, no. 3, pp. 395-409
- Saavedra, J y Cárdenas, M. (2002) *Access, Efficiency and Equity of the Peruvian Educational System: An analysis of indicators using the LSMS and the school census*, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)
- Saavedra, J y Suárez, P (2002a) *El Financiamiento de la Educación Pública en Perú: El rol de las familias*, Working Paper no. 38, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)
- Saavedra, J y Suárez, P (2002b) 'Equidad en el gasto social: el caso de la educación pública y privada', Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) (mimeo)
- Save the Children (2002) 'Policy matrix –Peru', London, Save the Children UK (mimeo)
- Valdivia, M (2002a) *Acerca de la Magnitud en la Inequidad en Salud en el Perú*, Working Paper no. 37, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)
- Valdivia, M (2002b) 'Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient healthcare services in Peru', *Health Policy and Planning*, vol. 17, Suppl 1, pp. 12-19
- Vásquez, E, Cortez, R, Parodi, C, Montes, J y Riesco, G (1999) 'Final Report on Peru', in *Gasto Público, Gasto Social y Servicios Básicos en América Latina y el Caribe: Análisis desde la perspectiva de la iniciativa 20/20* (eds) Ganuza, E, Sauma, P y León, A, New York, UNDP
- Vásquez, E and Mendizabal, E (2002) *¿Los Niños... Primero? El gasto social focalizado en niños y niñas del Perú: 1990-2000*, Lima, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico and Save the Children Sweden
- Vásquez, E y Riesco, G (2000) 'Los programas sociales que alimentan a medio Perú', en *Políticas Sociales en el Perú: Nuevos aportes* (ed) Portocarrero, F, Lima, Red para el Desarrollo de la Ciencia Social
- Webb, R y Ventocilla, M (1999) *Pobreza y Economía Social: Análisis de una encuesta ENNIV 1997*, Lima, Instituto Cuánto
- World Bank (2001a) *Initiating Memorandum. Peru: Social sector adjustment loan*, Washington, DC, The World Bank
- World Bank (2001b) *Peruvian Education at a Crossroads: Challenges and opportunities for the 21st century*, Washington, DC, The World Bank