Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Acciones de doble finalidad: políticas de salud implementadas en Perú según recomendaciones globales para abordaje de la doble carga de la malnutrición en infantes menores de 2 años

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud

AUTOR

Violeta Magdalena ROJAS HUAYTA

ASESOR

Dra. Zully Luz ACOSTA EVANGELISTA

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rojas V. Acciones de doble finalidad: políticas de salud implementadas en Perú según recomendaciones globales para abordaje de la doble carga de la malnutrición en infantes menores de 2 años [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2024.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Violeta Magdalena Rojas Huayta
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40419829
URL de ORCID	**https://orcid.org/0000-0003-0018-8851**
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Zully Luz ACOSTA EVANGELISTA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08199506
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2005-4116
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Margot Rosario Quintana Salinas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	24002212
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Giovanni Giuseppe Simon Meneses Flores
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10680791
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Maria Luisa Dextre Jauregui
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	42693476
Datos de investigación	
Línea de investigación	A.3.1.2. Nutrición y desarrollo humano
Grupo de investigación	NO APLICA

Agencia de financiamiento	CONCYTEC/PROCIENCIA PERU. 032-2019-FONDECYT UK Medical Research Council. MR/S024921/1
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020-2021
URL de disciplinas OCDE	Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Políticas de Salud, servicios de salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

SECCION DOCTORADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los seis días del mes de junio del año dos mil veinticuatro, siendo las 12:00 m, ante el Jurado de sustentación, bajo la Presidencia de la **DRA. MARGOT ROSARIO QUINTANA SALINAS,** y los Miembros del mismo:

❖ **DRA. MARGOT ROSARIO QUINTANA SALINAS**	**PRESIDENTE**
❖ **DR. GIOVANNI GIUSEPPE SIMON MENESES FLORES**	**MIEMBRO**
❖ **DRA. MARIA LUISA DEXTRE JAUREGUI**	**MIEMBRO**
❖ **DRA. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA**	**ASESOR**

La postulante al grado de Doctora es: **MAGÍSTER EN CIENCIAS DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES**, doña: **VIOLETA MAGDALENA ROJAS HUAYTA**, procedió a la exposición y defensa pública de su tesis titulada: "**ACCIONES DE DOBLE FINALIDAD: POLÍTICAS DE SALUD IMPLEMENTADAS EN PERÚ SEGÚN RECOMENDACIONES GLOBALES PARA ABORDAJE DE LA DOBLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN EN INFANTES MENORES DE 2 AÑOS**" para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: **"B" MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** a continuación la Presidenta del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister: **VIOLETA MAGDALENA ROJAS HUAYTA**, el Grado Académico de **DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD.**

Se expide la presente acta y siendo la 1:00 pm. se da por concluido el acto académico de sustentación presencial.

DRA. MARGOT ROSARIO QUINTANA SALINAS
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. GIOVANNI GIUSEPPE SIMON MENESES FLORES
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DRA. MARIA LUISA DEXTRE JAÚREGUI
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACION

DRA. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA
ASESORA DE LA TESIS

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Zully Acosta Evangelista, en mi condición de asesor acreditado con Dictamen N° 000531-2021-UPG-VDIP-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título es **""Acciones de doble finalidad: políticas de salud implementadas en Perú según recomendaciones globales para abordaje de la doble carga de la malnutrición en infantes menores de 2 años"** ", presentado por la Mg: **Violeta Magdalena ROJAS HUAYTA** para optar el grado académico de **Doctor en Ciencias de la Salud.**

CERTIFICO

Que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **11% de similitud**, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado Académico de Doctor.





Dra. Zully Luz Acosta Evangelista

DNI: 08199506 Huella digital

Se adjunta: resultado del Informe del Turnitin

Página de dedicatoria y agradecimiento

A mis padres, hermanas, sobrinos,
sobrinos nietos y amigos por sus cuidados, cariño
y alegrías en todos estos años de dedicación a los
estudios del doctorado.

A mi esposo Christian por su motivación, y apoyo en este
camino de los estudios de doctorado y de elaboración de la tesis.

A la Dra. Zully Acosta E. mi asesora y a Dra. Rebecca
Pradeilles y Dra. Michelle Holdsworth mis co-
asesoras por todas sus enseñanzas en lo
profesional y en lo personal.

A CONCYTEC/PROCIENCIA a través de su unidad ejecutora FONDECYT convenio (032-2019) y el UK Medical Research Council mediante el fondo Newton por el financiamiento del presente estudio

A cada uno de los investigadores del círculo de investigación UK, Europa y Perú



INDICE GENERAL

Página de aceptación o veredicto de la Tesis por los miembros del Jurado Examinador....II
Página de dedicatoria y agradecimiento.....III-IV
Índice general.....V-VI
Lista de tablas.....VII
Lista de figuras.....VIII-IX
Glosario de abreviaturas.....X
RESUMEN.....XI
ABSTRACT.....XII

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN ..... - 1 -

1.1 Situación problemática..... - 1 -

1.2 Formulación del Problema ..... - 3 -

1.3 Justificación teórica..... - 4 -

1.4 justificación práctica..... - 5 -

1.5 Objetivos ..... - 5 -

1.5.1 Objetivo general..... - 5 -

1.5.2 Objetivos específicos..... - 6 -

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO ..... - 6 -

2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación..... - 6 -

2.1.1 Doble carga de malnutrición, orígenes de la problemática. ..... - 6 -

2.1.2 Doble carga de malnutrición, orígenes de la problemática en el Perú..... - 10 -

2.2 Antecedentes de investigación ..... - 13 -

2.3 Bases Teóricas ..... - 18 -

2.3.1 Doble carga de malnutrición ……..... - 18 -

2.3.2 Determinantes de la doble carga de malnutrición..... - 20 -

2.3.3 Políticas de Salud..... - 23 -

2.3.4 Recomendaciones globales para abordar la doble carga de malnutrición..... - 24 -

2.3.5 Acciones de doble finalidad..... - 24 -

2.3.6 Infantes menores de 2 años..... - 25 -

CAPITULO 3: METODOLOGÍA..... - 26 -

3.1 Enfoque y tipo de estudio..... - 26 -

3.2 Diseño..... - 27 -

3.3 Escenario del estudio.....- 32 -

3.4 Población…….. .....…..…….....- 33 -

3.5 Unidad de análisis ……..…….....….....- 33 -

3.6 Tamaño de muestra ……..…….....….....- 33 -

3.7 Selección de la muestra .....- 33 -

3.8 Unidad de muestreo……...- 33 -

3.9 Recolección de datos…….- 34 -

3.10 Análisis de datos…….- 35 -

3.11 Aspectos éticos.....- 37 -

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION.....- 38 -

4.1 Resultados.....- 38 -

4.1.1 Evidencias de las políticas de salud implementadas en Perú para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida.....- 38 -

4.1.2 Alcance de la implementación de las políticas de salud implementadas en Perú para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida.....- 43 -

4.1.3 Barreras identificadas en la implementación en Perú de las políticas de salud implementadas para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida..... ....- 46 -

4.1.4 Priorización de las políticas de salud para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida en el Perú.....- 68 -

4.2 Discusión de resultados.....,.... - 71 -

4.2.1 Resumen de resultados.....- 71 -

4.2.2 Aspectos positivos.....- 72 -

4.2.3 Acciones políticas que necesitan fortalecerse.....- 73 -

4.2.4 Acciones gubernamentales con baja implementación.....- 72 -

4.2.5 Priorización de acciones gubernamentales.....- 74 -

4.3 Fortalezas y limitaciones.....- 78 -

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....- 79 -

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....- 81 -

ANEXOS ……..……..…..….....- 90-

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores que componen la herramienta de análisis de las acciones de doble finalidad - Indicadores de acciones de doble finalidad.....- 30 -

Tabla 2. Indicadores que componen la herramienta de análisis de las acciones de doble finalidad - Indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad.....- 31 -

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Impulsores de la doble carga de malnutrición.....- 22 -

Figura 2. Etapas del estudio.....- 28 -

Figura 3. Herramienta de análisis de las acciones de doble finalidad elaborada para fines del estudio.....- 29 -

Figura 4. Numero de evidencias halladas para cada uno de los indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad.....- 41 -

Figura 5. Numero de evidencias halladas para cada uno de los indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad.....- 42 -

Figura 6. Alcance de la aplicación de cada uno de los indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad desde la perspectiva de los expertos.....- 45 -

Figura 7. Alcance de la aplicación de cada uno de los indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad desde la perspectiva de los expertos.....- 47 -

Figura 8. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de Lactancia Materna según referencias de codificación.....- 54 -

Figura 9. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de Alimentación Complementaria según referencias de codificación.....- 58 -

Figura 10. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de regulación de la publicidad de alimentos no saludables y formulas infantiles, según referencias de codificación.....- 62 -

Figura 11. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de programas de nutrición materna, según referencias de codificación.....- 64 -

Figura 12. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de programas de alimentación preescolar, según referencias de codificación.....- 66 -

Figura 13. Indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad priorizados desde la perspectiva de los expertos considerando los criterios de viabilidad e impacto esperado.....- 70 -

Figura 14. Indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad priorizados desde la perspectiva de los expertos considerando los criterios de viabilidad e impacto esperado.....- 71 -

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ADF: Acciones de doble finalidad

DCM: Doble carga de malnutrición

Food-EPI: Índice de Políticas de Entorno Alimentario Saludable

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

INM2A: Infantes y niños menores de dos años

INFORMAS: International Network for Food and Obesity / Non-communicable Diseases (NCDs)

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

WFP: World Food Programme

WHO: World Health Organization

RESUMEN

Introducción: En Perú coexisten múltiples formas de malnutrición en infantes menores de dos años (INM2A). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto acciones de doble finalidad (ADF) para abordar la doble carga de malnutrición (DCM). **Objetivo**: Se evaluó la implementación actual y la prioridad de las acciones a nivel gubernamental para abordar la DCM en los INM2A en Perú. **Metodología**: Estudio de enfoque cualitativo basado en la teoría de representaciones sociales. Se adapto la herramienta denominada Índice de Políticas de Entorno Alimentario Saludable (Food-EPI). El proceso metodológico se dividió en cinco fases. **Participantes**: 16 expertos nacionales provenientes del sector gubernamental, cooperación internacional y ONGs. **Análisis de datos**: Usando el programa Microsoft Excel 2016 se generaron puntuaciones medias para el nivel de implementación y priorización de indicadores relacionados a las ADF y al soporte de las ADF. Se uso el software Nvivo versión 12 para el análisis cualitativo de identificación de barreras. **Resultados**: Todos los expertos nacionales consideraron que sólo 5 de 27 indicadores de los ADF y 1 de 20 de soporte a las ADF se aplicaban plenamente. Entre los obstáculos para la aplicación se encontraron: la viabilidad jurídica, el seguimiento y evaluación inadecuados para garantizar su cumplimiento, las influencias comerciales sobre los responsables políticos, la insuficiencia de recursos, el cambio de prioridades de salud pública con la pandemia de Covid-19 y la inestabilidad política. Los expertos dieron prioridad a 11 indicadores de las ADF y a ocho indicadores de soporte a las ADF para abordar la DCM en INM2A. **Conclusiones**: Los expertos destacaron la necesidad de mejorar la aplicación de todos los ADF y las de soporte a las ADF.

Palabras clave: infantes, malnutrición, política de salud (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Multiple forms of malnutrition coexist in Peru in infants under two years of age (IU2YA). The World Health Organisation (WHO) has proposed double-duty actions (DDA) to address the double burden of malnutrition (DBM). **Objective**: We assessed the current implementation and prioritisation of actions at the governmental level to address DBM in IU2YA in Peru. **Methodology**: Qualitative approach study based on the theory of social representations. The tool called the Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI) was adapted. The methodological process was divided into five phases. **Participants:** 16 national experts from the governmental sector, international cooperation and NGOs. Data analysis: Using Microsoft Excel 2016 software, mean scores were generated for the level of implementation and prioritisation of indicators related to the DDA and DDA support. Nvivo version 12 software was used for qualitative analysis to identify barriers. **Results**: All national experts considered that only 5 out of 27 DDA indicators and 1 out of 20 DDA support indicators were fully implemented. Barriers to implementation included: legal feasibility, inadequate monitoring and evaluation to ensure compliance, commercial influences on policy makers, insufficient resources, changing public health priorities with the Covid-19 pandemic and political instability. The experts prioritised 11 DDA and eight DDA-supporting indicators to address DBM in IU2YA. Conclusions: The experts highlighted the need to improve the implementation of all DDA and those supporting DDA.

Keywords: infant, malnutrition, health policy, nutrition policy (MeSH)

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

La doble carga de la malnutrición (DCM) se define como la coexistencia de la malnutrición por carencia (deficiencias de micronutrientes, bajo peso, retraso del crecimiento y emaciación infantil) y por exceso (sobrepeso/obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta- DR-NCDs), que puede afectar a países, hogares e individuos (Popkin et al., 2020). Durante mucho tiempo, ambas formas de malnutrición se han abordado como problemas de salud pública independientes que requieren diferentes conjuntos de soluciones. Sin embargo, la realidad nutricional emergente muestra que ambas coexisten y están interconectadas y, por lo tanto, requieren que las intervenciones de salud pública y nutrición se reformulen para abordar múltiples formas de malnutrición simultáneamente (Hawkes et al., 2020).

Las formas de mayor prevalencia de malnutrición en niños menores de cinco años son el retraso del crecimiento y la anemia (Development Initiatives (DI), 2021). A nivel mundial, se estima que casi una cuarta parte de todos los niños menores de cinco años sufren retraso en el crecimiento. Al mismo tiempo, el sobrepeso y la obesidad en este grupo de edad están aumentando rápidamente en casi todos los países del mundo, sin signos de desaceleración (DI, 2021). En Perú, a nivel nacional el panorama de la nutrición ha evolucionado en los últimos años. Se han producido cambios positivos. En primer lugar, la prevalencia de retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años ha disminuido constantemente en la última década de 23,2% (2010) a 11,5% (2020) (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2010; INEI, 2020); y

en segundo lugar la anemia en niños menores de 3 años ha disminuido ligeramente de 43,5% (2015) a 38,8% (2021), pero aún sigue siendo alta y actualmente se considera uno de los principales problemas de nutrición de salud pública en el Perú (INEI, 2021). Sin embargo, esto va acompañado de un rápido aumento de la prevalencia de sobrepeso/obesidad en los primeros años de vida, la prevalencia de sobrepeso/obesidad en niños menores de cinco años se estimó en 9,6% en 2021 (INEI, 2021). Mientras que el sobrepeso/obesidad en niños de 5 a 9 años es considerablemente mayor (37,4% en 2017-2018) (Ministerio de Salud, 2021) lo que podría indicar que el aumento de la prevalencia se produce desde la primera infancia.

En Perú, el 12,1% de los hogares experimentaron la DCM en 2012, cuando se define como una mujer/niño con sobrepeso y un niño con emaciación/retraso o una mujer con delgadez dentro del mismo hogar (Popkin et al., 2020). En 2016, se estimó que el 7% de las díadas madre-hijo experimentaron DCM a nivel del hogar, definida como un niño menor de 5 años desnutrido (con bajo peso o retraso en el crecimiento o emaciación) y una madre con sobrepeso u obesidad (Pomati et al., 2021). De todas las díadas madre-hijo que presentaban DCM a nivel familiar, la forma más común era la de un niño con retraso en el crecimiento y una madre con sobrepeso/obesidad, lo que representaba el 79% de todos los hogares con DCM (Pomati et al., 2021). A nivel individual, la prevalencia de DCM, definida como un niño menor de 5 años con retraso en el crecimiento y anemia, se estimó en un 2,5% en 2012 (Irache et al., 2021).

Para abordar la DCM, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) ha propuesto las denominadas "acciones de doble finalidad" (ADF) como intervenciones, programas y políticas con el potencial de reducir simultáneamente el riesgo o la carga de la desnutrición y el sobrepeso/obesidad. Estas incluyen Iniciativas para promover o implementar: lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y lactancia materna continuada hasta los 2 años; alimentación complementaria adecuada en lactantes a partir de los 6 meses; programas de nutrición materna y atención prenatal; políticas y programas de alimentación escolar; y regulaciones de comercialización. Estas acciones no son necesariamente nuevas, ya que pueden incluir acciones que ya se utilizan para abordar formas individuales de malnutrición, pero que tienen el potencial de convertirse en acciones de doble función que proporcionan soluciones

integradas para múltiples formas de malnutrición (OMS, 2017; Pradeilles et al., 2019; Hawkes et al., 2020).

En el Perú si bien aún no existe una política explícita para abordar simultáneamente la doble carga de malnutrición, el gobierno peruano ha demostrado en las últimas décadas un compromiso político para abordar con éxito el retraso del crecimiento, ya que la evidencia muestra que la combinación de tres acciones clave ayudó a disminuir la prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños: la implementación de la Estrategia Nacional de Nutrición (conocida como CRECER), la creación del programa presupuestario denominado Programa Articulado Nutricional (llamado PAN), la adopción de un programa de transferencias monetarias condicionadas (conocido como JUNTOS) y la Iniciativa de Nutrición Infantil (conformada por organizaciones no gubernamentales, agencias de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil) (Acosta, 2011). Como resultado, Perú es incluso un modelo para otros países de la región en la reducción del retraso del crecimiento. Sin embargo, la anemia, el sobrepeso y el sobrepeso/obesidad infantil (Informe Global de Nutrición, 2021), el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta en adultos (INEI, 2021) así como la doble carga de malnutrición a nivel individual y del hogar (Pomati et al., 2021; Irache et al., 2021), siguen siendo un reto para los servicios de salud pública peruanos a pesar de los esfuerzos del gobierno por reducirlos.

Por lo tanto, es necesario generar evidencia sobre: el estado actual de la implementación en el Perú de las acciones de doble finalidad recomendadas por la OMS, y la definición de acciones prioritarias para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros años de vida.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el alcance de las políticas de salud, de las barreras en la aplicación y de las prioridades de las acciones de doble finalidad implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida?

Preguntas secundarias

¿Cuál es el alcance de la aplicación (en función al ciclo de formación de políticas) de las acciones de doble finalidad y de las acciones de soporte a las acciones de doble finalidad implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida?

¿Cuáles son las barreras para la aplicación de las acciones de doble finalidad en el Perú para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los dos primeros años de vida?

¿Cuáles son las acciones de doble finalidad y las acciones de soporte a las acciones de doble finalidad prioritarias (según criterios de relevancia y viabilidad) en el Perú para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los dos años de vida?

1.3. Justificación teórica

Los estudios que abordan la malnutrición en los primeros años de vida se justifican ya que existen varios aspectos que explican la vulnerabilidad de los primeros 1000 días como son: el rápido crecimiento y desarrollo, elevadas necesidades nutricionales, mayor susceptibilidad a las infecciones, alta sensibilidad a los efectos de la programación metabólica y plena dependencia de los demás para el cuidado, la nutrición y la interacción social (Martorell, 2017).

Este estudio se justifica también desde las implicancias de la DCM en la primera infancia debido a que representan un marcado impacto social y económico a mediano y largo plazo. La desnutrición infantil tiene un alto costo debido a la pérdida del potencial de productividad en la vida adulta, daños permanentes e irreversibles en la salud (World Food Program (WFP), 2017). Además, la desnutrición en los primeros años de vida puede aumentar el riesgo de obesidad central en la edad adulta, incrementando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con

la dieta (ECNT-RD) (Hawkes et al., 2020). Por otro lado, el sobrepeso en edades tempranas aumenta el riesgo de sobrepeso, obesidad y ECNT-RD como la diabetes tipo 2 y la hipertensión en la edad adulta (Hawkes et al., 2020). cuyo tratamiento y complicaciones suponen mayores costos para el sistema sanitario (WFP, 2017). En el Perú para el 2019 los costos asociados a las atenciones de salud, el bajo rendimiento escolar y la baja productividad debido a la doble carga de la malnutrición provocó una pérdida de 10.5 mil millones dólares, equivalentes al 4,6% del Producto Interno Bruto (PIB) (WFP, 2022).

1.4. Justificación práctica

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el objetivo 2.2, que propone "poner fin a la malnutrición en todas sus formas" se destaca la necesidad de abordar estos problemas interconectados simultáneamente (International Food Policy Research Institute (IFPRI), 2016), ya que los estudios demuestran que la malnutrición, la deficiencia de micronutrientes, la obesidad y los DR-NCDs están estrechamente vinculados a través de la nutrición en la primera infancia, por lo tanto, es vital identificar el grado de aplicación y las acciones de doble finalidad prioritarias para abordar las diferentes formas de malnutrición desde la infancia en el Perú.

Existe limitados estudios a nivel global y nacional que estudien el nivel de aplicación de las políticas gubernamentales relacionadas con las acciones de doble finalidad recomendadas para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde la infancia. En el Perú este es el primer estudio que aborda esta problemática. En este contexto, esta investigación busca generar evidencia sobre el grado de implementación y de las políticas con potencial de doble finalidad en el Perú. Los resultados de esta investigación pueden servir de referencia para los tomadores de decisiones para el diseño de estrategias para hacer frente a la doble carga de malnutrición desde los primeros años de vida.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Describir las evaluaciones que realizaron los expertos sobre las políticas de salud, las barreras en la aplicación y las prioridades, de las acciones de doble finalidad implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida.

1.5.2. Objetivos específicos

Describir las evaluaciones que realizaron los expertos sobre el alcance de la aplicación (en función al ciclo de formación de políticas) de las acciones de doble finalidad y de las acciones de soporte a las acciones de doble finalidad implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

Identificar desde la perspectiva de los expertos, las barreras para la aplicación de las acciones de doble finalidad implementadas en el Perú para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

Identificar desde la perspectiva de los expertos, las acciones de doble finalidad y las acciones de soporte a las acciones de doble finalidad prioritarias (según criterios de relevancia y viabilidad) en el Perú para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación

2.1.1. Doble carga de malnutrición, orígenes de la problemática

La malnutrición es un problema antiguo cuyos reportes en la literatura científica fueron descritos a partir del año 1908 en varias revistas locales de América Latina, donde se reportaba la existencia del *kwashiorkor* conocido como un síndrome pluricarencial infantil (Golden, 2002). En los años 30 la pediatra Cicely Williams describió un síndrome en niños de África caracterizado por edema periférico, emaciación y diarrea, el cual localmente era llamado "*kwashiorkor*". Los niños afectados solían tener entre 6 meses y 4 años, los cuales eran amamantados por una

madre desnutrida o embarazada, y luego de ser destetados eran alimentados únicamente con granos de maíz (Semba, 2016).

Con este antecedente, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) crearon en 1949 el Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición. En su primera reunión, observaron que el *kwashiorkor* estaba muy extendido en los países en desarrollo pertenecientes a América Central y América del Sur (Brock & Autret, 1952).

Posteriormente, la preocupación por el problema del hambre y la alimentación ha ido adquiriendo cada vez más relevancia en el campo de las políticas y de la comunidad internacional, a partir de la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992 y la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, ambas realizadas en Roma (Martinez, 2005).

La Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) presento la primera "cumbre mundial" sobre nutrición, lo cual significo la culminación de los trabajos llevados a cabo para analizar la situación y formular estrategias de solución. Como parte del proceso, se planearon talleres preparatorios para que los países examinarán los factores económicos, sociales y políticos que es preciso considerar al establecer las estrategias regionales. El CIN fue organizado con el fin de fomentar el bienestar en materia de nutrición en todo el hemisferio, en los talleres se examinaron los datos correspondientes al estado nutricional de las diversas poblaciones, se evaluaron los programas y políticas actuales, y se plantearon estrategias para el futuro. Por último, se elaboraron planes de acción basados en estudios e informes nacionales (OPS, 1993).

El CIN fue organizado conjuntamente por la OPS y la FAO, contó con la presencia de unos 1400 delegados de más de 160 países, así como de representantes de otros tantos organismos internacionales y no gubernamentales. Los delegados dieron a conocer las duras realidades acerca de la malnutrición: i) cerca de 780 millones de personas -20% de la población- no tenían acceso a comida suficiente para satisfacer sus necesidades diarias, ii) 190 millones de niños menores de 5 años padecían malnutrición proteino-energética y iii) 2000 millones de personas adolecían de carencias de micronutrientes que causaba ceguera, retardo mental o muerte. Esto sucedía al mismo tiempo que en los países industrializados y de ingresos medianos el

consumo excesivo por parte de las personas acaudaladas les producía graves trastornos de salud. Se evidenciaba desde ya la existencia de la doble carga de malnutrición aun no siendo definida como tal (OPS, 1993).

Para hacer frente a esta problemática la Conferencia aprobó una Declaración Mundial que expresa la determinación de acabar con el hambre y todas las formas de malnutrición. En ella se manifiesta que el hambre y la malnutrición son inaceptables en un mundo que tiene los conocimientos y la capacidad para dar fin a esta catástrofe humana. Se reconoce además que, desde el punto de vista global, hay recursos alimentarios suficientes para todos y que la principal dificultad es la desigualdad de acceso. Por último, se declara el compromiso de actuar solidariamente para garantizar que la eliminación del hambre se convierta en realidad. En la Declaración Mundial se señala también que la pobreza, la falta de educación, las prácticas y leyes discriminatorias, las calamidades naturales y la distribución inadecuada de recursos a nivel nacional obstaculizan el bienestar nutricional. El poco progreso logrado en la resolución de los problemas de nutrición refleja, por un lado, la falta de recursos humanos y financieros y de capacidad institucional, y por otro la ausencia en muchos países del compromiso político que se requiere para evaluar los problemas nutricionales y poner en marcha programas que permitan solventarlos. En la Declaración se insiste en que se lleven a cabo investigaciones básicas y aplicadas y se establezcan sistemas de vigilancia para identificar tanto los factores que contribuyen al problema de la malnutrición como las formas de eliminarlo, especialmente en las mujeres, los niños y los ancianos (OPS, 1993).

La Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 tuvo como objetivo disminuir el número de personas subalimentadas en el mundo. En la Cumbre se discutió sobre el problema ético y moral que representa el hambre y la malnutrición de millones de seres humanos desde el enfoque del derecho a la vida y el derecho a la alimentación. También se debatió sobre la necesaria voluntad política para resolver el problema del hambre. Se propusieron múltiples soluciones que van desde asegurar paz, justicia social, respeto a los derechos humanos hasta la implementación de agricultura sustentable, la implementación de políticas demográficas y nuevos modelos de desarrollo (FAO, 1997).

El siglo XX y XXI ha arrojado algunas paradojas en materia de salud nutricional debido a que además de la desnutrición se ha visto duplicarse la obesidad infantil en el mundo entre 1990 y 2011, con aumentos alarmantes tanto en los países desarrollados como en los países en vía de desarrollo. En 2011, la obesidad afectó al 7% de los menores de cinco años en todo el mundo, con un 7% en África, un 5% en Asia y un 15% en los países desarrollados. Se reporto la coexistencia de bajo peso y sobrepeso a nivel comunitario e incluso a nivel del hogar, evidenciándose la "doble carga" de malnutrición. Se inicio el uso de la expresión "triple carga" caracterizada por la existencia de la doble carga de malnutrición más la presencia de carencias de micronutrientes, esta última se evidenció tanto en niños con bajo peso como en niños con sobrepeso y se denomina "hambre oculta" (Kramer & Allen, 2015).

En el año 2012, la doble carga de la malnutrición (DBM) fue definida como la coexistencia de desnutrición y sobrealimentación en la misma población a lo largo de la vida simultáneamente (The World Bank (WB), 2012).

En el 2017 el informe de UNICEF sobre el estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo reportó que el número de personas desnutridas en el mundo disminuyó desde principios de la década de 2000. Sin embargo, el descenso fue inferior al 20% y se evidencio que el descenso se detuvo en 2015. Este informe reportó además que las tasas de obesidad no han dejado de aumentar en los últimos 40 años y que este aumento afecta a todos los continentes. Esta coexistencia de malnutrición en cada extremo del espectro es lo que se denomina la "doble carga" de la malnutrición, la cual representa un gran reto para los países emergentes (Prentice, 2018)

En el año 2017, la doble carga de malnutrición fue definida por la Organización Mundial de la Salud como la coexistencia de la desnutrición junto con el sobrepeso y la obesidad, o las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, dentro de los individuos, los hogares y las poblaciones, y a lo largo de toda la vida (WHO, 2017).

Más adelante en 2020, la doble carga de la malnutrición (DBM), fue definida como la coexistencia de la desnutrición (ejemplo: carencias de micronutrientes, insuficiencia ponderal y retraso del crecimiento y emaciación infantil) y sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (Popkin et al., 2020).

En 2020 también se pueden apreciar la definición de doble carga de malnutrición como la coexistencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) junto con la malnutrición por déficit (retraso del crecimiento, emaciación, déficit e insuficiencia de micronutrientes), en todos los niveles de la población: país, ciudad, comunidad, hogar e individuo, ambas cargas se han entendido y abordado como un problema de salud pública independiente, sin embargo, la nueva realidad emergente es que ambas coexisten y están interconectadas (Hawkes et al., 2020).

2.1.2. Doble carga de malnutrición, orígenes de la problemática en el Perú

En el Perú los primeros reportes de investigación sobre nutrición datan de los años 50, el autor Guzmán en el año 1955 señalaba que los primeros historiadores de la conquista española reportaron el aspecto robusto del indígena de esa época, una de las teorías sobre ello es que en esa época disponían de fuentes de proteína de origen animal y vegetal en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de la población. La nutrición de los niños era asegurada con la prolongación de la lactancia materna, la ingesta de cereales como la quinua y el cañihuaco en cuya preparación se usaban sales de calcio, la ingesta de frutas y verduras eran variadas y suficientes para cubrir las necesidades de vitaminas. La nutrición en el antiguo Perú era balanceada debido al régimen de producción, distribución y conservación de alimentos casi perfecta que existía en la época (Guzmán, 1955).

Posteriormente en 1978 el autor Antúnez de Mayolo confirmaba esta perspectiva, señalando que los antiguos peruanos gozaron de una buena nutrición la cual era favorecida por la cuantiosa disposición de alimentos almacenados. Con una alimentación basada en maíz, quinua, cañihua, papa, pallares, frijol, maní, yuca, camote y cacao lograron un aporte de nutrientes. Este autor menciona además que a raíz de la conquista española, que implicó el exterminio, extinción de la cultura, destrucción de recursos y aridización del territorio; generando una dependencia de la importación de alimentos para sustentar la alimentación de la población, en el año 1900 se importó el 4% de los alimentos consumidos per cápita, porcentaje que se incrementó a 20% en los años 70. Este proceso generó hambre, desnutrición y pobreza en el poblador peruano (Antúnez de Mayolo, 1978).

En 1984 el investigador peruano Pollit describe las deficiencias nutricionales presentes en la época en el Perú y en los países en desarrollo: la malnutrición proteico-energética, anemia ferropénica, carencia de vitamina A y xeroftalmia, carencia de yodo y bocio. Estos cuatro tipos de malnutrición según el autor afecto la evolución y la adaptación del comportamiento del niño así como en el desarrollo cognitivo que incide en el desempeño escolar del niño, sobre todo cuando estos tipos de malnutrición está presente durante la primera infancia y etapa preescolar (Pollit, 1984).

A partir de la década del noventa se evidencia la denominada transición nutricional en el Perú, por un lado, el retraso del crecimiento disminuyó mientras que por otro lado la obesidad aumentó en todos los grupos sociales entre los años 1992 y 2017. En este mismo periodo la prevalencia del retraso del crecimiento urbano disminuyó a un cambio porcentual anual promedio de -4,5%, mientras que la prevalencia del retraso del crecimiento rural disminuyó a -2,6%. Con relación al exceso de peso, la prevalencia de la obesidad entre las mujeres del grupo extremadamente pobre y las que vivían en zonas rurales aumentó a un ritmo más rápido que el de sus homólogas. La prevalencia de la obesidad rural aumentó a razón de un cambio porcentual anual de 8,5% anual, mientras que la prevalencia de la obesidad urbana aumentó a un 2,0% (Santos et al., 2021).

A pesar de la transición nutricional en curso, el Perú concentró sus esfuerzos en la lucha contra la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años logrando ser reconocido por su éxito en reducirla de 23% en 2010 a 12% en 2020. Se observó que esta reducción fue mayor en los niños del quintil de riqueza más bajo, de las zonas rurales y de las madres con menor nivel educativo. Estos avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil se explican debido a la voluntad política sostenida de aplicar intervenciones basadas en evidencias, junto con un período de crecimiento económico (Huicho et al., 2020).

Hacia el año 2021 se registra que el Perú a pesar de haber reducido marcadamente la desnutrición crónica infantil se continúa enfrentando a problemas nutricionales como la anemia en niños de 6 a 35 meses (40%) mientras que los niños en edad escolar presentan 64% de sobrepeso y obesidad (Carrillo-Larco et al., 2021).

A pesar de que la transición nutricional vino ocurriendo desde la década de los noventa es recién desde el año 2017 que la comunidad científica peruana inicia el abordaje de la doble carga de malnutrición como tal. El autor Torres-Huaman et al. (2017) resalta la necesidad de mitigar la doble carga de malnutrición mediante un enfoque multidisciplinario, concientización e involucramiento en el diseño de estrategias para políticas de largo plazo. Así como, la participación de los responsables de toma de decisiones, partes interesadas y académicos para hacer frente a la doble carga de desnutrición.

En el año 2020 Temponi & Velazquez-Melendez (2020) evaluaron la doble carga de malnutrición a nivel del hogar determinando que en el Perú esta problemática presentaba un 6,7% (IC95%= 5,9 - 7,5), se observó que la prevalencia de doble carga de malnutrición fue mayor en los hogares del área rural en comparación al área urbana (11,9% vs 4,1%). En ese mismo sentido Mendoza-Quispe et al., (2021) muestra que la prevalencia de doble carga de malnutrición fue menor en las zonas urbanas que en las rurales, también se observó que fue menos prevalente en las ciudades y capitales/ciudades grandes, y más prevalente en ciudades menos urbanizados, como las zonas rurales y periurbanas, particularmente aquellos con menos de 2.500 habitantes/km2.

Con relación al patrón con el que se presenta la doble carga de malnutrición a nivel del hogar en el Perú, un estudio publicado por Pomati et al (2021) evidencia que entre los años 1996 y 2016, los niños desnutridos han experimentado el mayor aumento relativo del riesgo de tener una madre con sobrepeso (31% frente a 37%) o una madre obesa (6% frente a 17%). Este estudio también muestra que todos los niños, independientemente de su propio estado nutricional tienen más probabilidades de vivir con una madre con sobrepeso u obesidad, este patrón es similar en todos los subgrupos de riqueza, ubicación y educación, y en todas las regiones del Perú.

En ese mismo sentido el estudio realizado por Bernabe-Ortiz (2022) demuestra que la presencia de la doble carga de malnutrición a nivel del hogar determina que los niños sin retraso del crecimiento cuyas madres tenían sobrepeso tengan mayor riesgo de desarrollar sobrepeso, en comparación con el riesgo de los niños con retraso del crecimiento cuyas madres no tenían sobrepeso. El estudio concluye que la doble carga de malnutrición a nivel del hogar es un factor de riesgo de sobrepeso y obesidad

infantil en el Perú y que es necesaria la implementación de políticas de doble finalidad para reducir la doble carga de malnutrición y sus efectos futuros en el Perú.

2.2. Antecedentes

El estudio “Evaluation and prioritisation of actions on food environments to address the double burden of malnutrition in Senegal: perspectives from a national expert panel” publicado por la revista Public Health Nutrition, tu como finalidad evaluar el grado de aplicación de las políticas públicas destinadas a crear entornos alimentarios saludables en Senegal en comparación con las mejores prácticas internacionales e identificar las acciones de doble finalidad prioritarias para hacer frente a la doble carga de la malnutrición. En la metodología se aplicó la herramienta llamada Índice de Política de Entorno Alimentario Saludable (Food-EPI) contó con la participación de un grupo de 31 expertos locales provenientes del sector gubernamental, organismos no gubernamentales y organismos de la cooperación internacional. Los expertos evaluaron el nivel de aplicación de cuarenta y tres indicadores de buenas prácticas en materia de políticas e infraestructuras de apoyo, comparándolos con las mejores prácticas internacionales mediante una escala de Likert, e identificar las acciones de doble prioritarias para hacer frente a la doble carga de la malnutrición en Senegal (Manga, 2022).

Los resultados del estudio muestran que en Senegal la aplicación 31 de los 43 (72%) de los indicadores destinados a crear entornos alimentarios saludables fueron calificados en estado de "baja" implementación en comparación con las mejores prácticas. En el taller de priorización, los expertos identificaron 45 acciones de doble finalidad, priorizando 10 como relativamente más viables, relevantes y relativamente más eficaces para reducir la doble carga de la malnutrición en Senegal. Entre las acciones de doble finalidad priorizadas están el desarrollo e implementación de menús escolares regionales basados en productos locales y medir el alcance de la promoción de alimentos poco saludables a los niños (Manga, 2022).

El informe denominado “Mid- term review of the Strategic Action Plan to reduce the double burden of malnutrition in WHO South-East Asia Region 2016–2025 – Final

Report", publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2022, tuvo el objetivo de realizar una revisión intermedia para evaluar los progresos de cada uno de los 11 Estados Miembros en la aplicación del Plan de Acción Estratégico para reducirla doble carga de la malnutrición en la Región de Asia Sudoriental de la OMS en 2016-2025 a medio plazo, de acuerdo con las prioridades y el contexto de cada país. En la evaluación se empleó un método mixto, en el que se recopiló información cuantitativa para complementar la información cualitativa. Se realizó una revisión documental de datos e informes (más de 100 documentos) publicados entre 2016 y 2021. Esto también incluyó un análisis de los datos de seguimiento ya publicados para los indicadores relacionados con la nutrición. También se realizó entrevistas a informantes clave con 22 partes interesadas para evaluar las actividades, la aplicación y los progresos del Plan de Acción Estratégico, documentar los logros y los documentar los logros y desafíos, y determinar el nivel de atribución percibida al Plan de Acción Estratégico. Los expertos entrevistados procedían principalmente de la Organización Mundial de la Salud, los ministerios implicados y los socios técnicos (WHO, 2022). Como resultados se evidencio que se produjo una serie de logros históricos en la región con respecto a las acciones de doble finalidad como es la formulación/revisión de políticas y planes con el fin de aplicar intervenciones basadas en evidencias para abordar la doble carga de malnutrición. También se evidencio que los 11 países miembros cuentan con políticas, programas, estrategias o planes de acción nacionales en materia de nutrición. Casi todos los países han definido objetivos de nutrición con plazos concretos, basados en los objetivos de desarrollo sustentable relacionados con la nutrición y en los objetivos de las ENT relacionadas con la dieta. en documentos de política pública. Además, se evidencio que todos los Estados miembros han implementado la acción de doble finalidad referida a la formalizado o están en proceso de formalizar/establecer un mecanismo multisectorial para la nutrición. Otra acción de doble finalidad evidenciada fue que más de la mitad de los países de la Región han elaborado directrices dietéticas basadas en los alimentos que promueven dietas saludables y son utilizados para la promoción de la nutrición. Casi todos los Estados miembros, han realizado la acción de doble finalidad referida a la ejecución de encuesta demográfica y de salud o una encuesta de indicadores múltiples por conglomerados o una encuesta nacional de nutrición comparable al menos una vez

en los últimos cinco años, lo que ha permitido recopilar datos y realizar un seguimiento de los indicadores relacionados con la nutrición (WHO, 2022).

Otra acción de doble finalidad implementada por varios de los países miembros ha sido la promulgación de leyes que gravan las bebidas azucaradas y prohíben la comercialización de sucedáneos de la leche materna. También se ha evidenciado un impresionante aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en la región gracias al apoyo técnico y a la promoción de la lactancia materna por parte de la OMS (WHO, 2022).

Este estudio identificó los principales facilitadores relacionados a la aplicación de las acciones de doble finalidad para el abordaje de la doble carga de malnutrición, entre los principales facilitadores se identificaron a: el apoyo técnico brindado por la Organización Mundial de la Salud, el incremento de la voluntad política y el compromiso de los Estados Miembros, la colaboración entre los organismos de las Naciones Unidas para la optimización de los recursos y la racionalización de los procesos y actividades fundamentales para avanzar hacia el objetivo común de reducir la doble carga sobre la desnutrición en la región (WHO, 2022).

También se identificaron barreras para la implementación de las acciones de doble finalidad entre las cuales están: la baja disponibilidad, accesibilidad, deseabilidad y asequibilidad de alimentos saludables, un etiquetado engañoso/inadecuado), influencia de determinantes comerciales, acceso limitado a alimentación saludable que ha empeorado debido al COVID-19, coordinación multisectorial inadecuada (alimentación, salud, agua, saneamiento e higiene, educación), seguimiento y difusión de datos subóptimos para la planificación en tiempo real son algunos de los desafíos clave identificados. Se identificaron además barreras como disminución de inversiones financieras, priorización de la respuesta de emergencia a la pandemia, incumplimiento de normativas vigentes, escasa difusión y recursos humanos insuficientes. Además, se evidencio que la pandemia amenazó los frágiles avances en servicios de nutrición logrados por la región durante la última década y a medida que la pandemia se intensifica, las perspectivas de la nutrición son preocupantes (WHO, 2022).

El estudio "Implementation of healthy food environment policies to prevent nutrition-related non-communicable diseases in Ghana: National experts' assessment

of government action" desarrollado por Laar et al. publicado en la Revista Food Policy Volumen 93, May 2020, 101907, tuvo como objetivo evaluar la acción gubernamental, las brechas en la implementación e identificar prioridades para mejorar el entorno alimentario en Ghana. Se utilizo como herramienta el Índice de Política de Entorno Alimentario Saludable (Food-EPI) con 43 indicadores de buenas prácticas, y como método el panel compuesto por expertos gubernamentales e independientes (n = 19) quienes calificaron la acción gubernamental para mejorar el entorno alimentario en Ghana en comparación con las mejores prácticas internacionales e identificaron los pasos a seguir para mejorar el entorno alimentario en Ghana. Dentro de los resultados se resalta que tres cuartas partes de los indicadores de buenas prácticas se calificaron como de "baja" o "muy baja" aplicación. Fueron priorizadas diez acciones políticas prioritarias para su aplicación entre las cuales destacan la restricción de la comercialización de alimentos poco saludables en los entornos infantiles y en los medios de comunicación. La acción de apoyo a la infraestructura más prioritaria fue la provisión de fondos suficientes para la investigación nacional sobre nutrición y enfermedades no transmisibles. Otras acciones prioritarias de apoyo a la infraestructura fueron las relacionadas con el liderazgo, el seguimiento y la evaluación. Este estudio concluye que existen lagunas en la aplicación en Ghana de las políticas recomendadas internacionalmente para promover entornos alimentarios saludables. Los resultados proporcionan una línea de base para medir el progreso del gobierno hacia la implementación de políticas efectivas para prevenir las ENTs (Laar et al, 2020).

El estudio denominado "Benchmarking food environment policies for the prevention of diet-related non-communicable diseases in Kenya: National expert panel’s assessment and priority recommendations" realizado por Asiki et al. publicado en la revista PlOS ONE 15, 2020. Tuvo como objetivo examinar las políticas de entornos alimentarios saludables en Kenia e identificar las prioridades para futuras acciones. En relación con el método se utilizando el Índice de Política de Entorno Alimentario Saludable (Food-EPI) conformado por 43 indicadores de buenas prácticas. Un panel de 15 expertos nacionales calificó el alcance de la acción gubernamental en cada indicador en comparación con el ciclo de desarrollo de políticas y las mejores prácticas internacionales, respectivamente. Sobre la base de las brechas encontradas, se identificaron y priorizaron las acciones para mejorar los entornos alimentarios en

Kenia. Entre los resultados resalta que 16/43 (37%) de los indicadores de políticas de buenas prácticas se consideraron en fase de "implementación" según el ciclo de desarrollo de políticas. La mitad (22/43) de los indicadores se consideraron "en desarrollo". Teniendo en cuenta la importancia y la viabilidad, se priorizaron siete acciones en las áreas de liderazgo, composición de los alimentos, etiquetado, promoción, precios y políticas de salud en general. El estudio concluye que es importante crear conciencia de las lagunas existentes en las políticas relacionadas al entorno alimentario. El seguimiento regular mediante el Food-EPI puede contribuir a abordar la carga de las ENT relacionadas con la dieta en Kenia (Asiki, 2020).

El estudio "Extent of implementation of food environment policies by the Malaysian Government: gaps and priority recommendations" realizado por See Noe Ng et al. publicado en la Revista Public Health Nutr. 2018 Dec;21(18):3395-3406. Tuvo como objetivo determinar el grado de implementación de las políticas de entorno alimentario saludable en relación con las mejores prácticas internacionales. La metodología consideró el uso del Índice de Política Alimentaria y Medioambiental (Food-EPI) conformada por cuarenta y siete indicadores de buenas prácticas, el grado de aplicación y priorización fue evaluado por un panel de 26 expertos. Dentro de los resultados más relevantes se encontró que la mayoría (62%) de los indicadores fueron calificados como de "baja" implementación, y ningún indicador fue calificado como de "alta" o "muy baja" en términos de implementación. El estudio concluye que este primer estudio de políticas realizado en Malasia identificó una serie de lagunas en la aplicación de políticas clave para promover entornos alimentarios saludables, en comparación con las mejores prácticas internacionales. Los resultados del estudio podrían reforzar la defensa por parte de la sociedad civil de la responsabilidad del gobierno para crear un entorno alimentario más saludable (Ng et al., 2018).

El estudio ejecutado por Vandevijvere et. al. "An 11-country study to benchmark the implementation of recommended nutrition policies by national governments using the Healthy Food Environment Policy Index" publicado en la Revista Obesity Reviews. Volumen 20, Issue S2. Pag 57-66 Noviembre 2019 (11). Tuvo como objetivo aplicar el Índice de Políticas de Entorno Alimentario Saludables (Food-EPI) en 11 países de seis regiones durante los años (2015-2018). Se ejecutaron paneles nacionales de salud pública en materia de nutrición (n = 11-101 expertos) quienes calificaron el grado de aplicación de 47 indicadores de buenas prácticas. Dentro de los resultados más

importantes se halló que Chile tuvo la mayor proporción de políticas (13%) calificadas como de "alta" implementación, mientras que Guatemala tuvo la mayor proporción de políticas (83%) calificadas como de "muy baja o ninguna implementación". La puntuación general del Food-EPI fue "media" para Australia, Inglaterra, Chile y Singapur, mientras que "muy baja o ninguna" para Guatemala. Las áreas políticas a las que se dio prioridad con mayores frecuencias fueron los impuestos sobre los alimentos poco saludables, la restricción de la promoción de alimentos poco saludables y el etiquetado en la parte delantera del envase. En conclusión, el Food-EPI resultó ser una herramienta y un proceso sólidos para evaluar el progreso de los gobiernos en la creación de entornos alimentarios saludables.

2.3. Bases teóricas

2.3.1 Doble carga de malnutrición.

Si bien es cierto la doble carga de malnutrición puede manifestarse a lo largo del curso de vida del individuo, cabe resaltar que las causas se remontan a varias generaciones, en este proceso intergeneracional se ha identificado como factor nutricional clave al fenotipo materno que determinaría el desarrollo temprano del individuo en los periodos críticos como el embarazo y la lactancia (Wells et al., 2020).

En este origen intergeneracional se evidencian dos procesos el primero relacionado con la desnutrición, en países de ingresos bajos y medios se observa que existen ciclos intergeneracionales de desnutrición y sus efectos. El ciclo de la desnutrición está asociado a dietas inadecuadas en energía y deficiencias de micronutrientes que limita el crecimiento y reduce la capacidad metabólica para mantener el equilibrio entre todos los sistemas del cuerpo necesarios para funcionar de forma adecuada (Wells et al., 2020). La desnutrición materna compromete el crecimiento fetal y aumenta el riesgo de insuficiencia ponderal, retraso del crecimiento y carencia de micronutrientes en los dos primeros años de vida (Victoria et al.,2010). Se evidencia así que el retraso del crecimiento es un proceso acumulativo que forma parte de ciclos intergeneracionales difíciles de cortar ya que los estudios muestran que las intervenciones orientadas a ello como la suplementación durante el embarazo y lactancia tiene efectos positivos ligeros en el peso al nacer, pero sin embargo no beneficia al crecimiento en el largo plazo (Devakumar et al., 2016).

El segundo proceso del origen intergeneracional de la doble carga de malnutrición está relacionado a la malnutrición por exceso, en las madres con exceso de peso se observa una mayor adiposidad fetal el cual se ve incrementada aún más con la presencia de diabetes gestacional. Además, la elevada ganancia de peso durante la gestación, el exceso de peso al nacer y el aumento de peso postnatal elevado está relacionada con mayor riesgo de resistencia a la insulina, obesidad y obesidad central en la edad adulta (Wells et al., 2020). Este proceso intergeneracional de la malnutrición por exceso asociado a dietas hipercalóricas, que genera un exceso de combustible metabólico y una adiposidad elevada, que al igual que el proceso intergeneracional de la desnutrición pone en peligro el equilibrio homeostático y el balance entre todos los sistemas del cuerpo indispensable para funcionar de forma adecuada (Wells et al., 2020).

Ambos procesos intergeneracionales (relacionados a la malnutrición por exceso y déficit) tienen efectos negativos diversos en la salud del individuo. Las transiciones nutricionales, entendida como los cambios predecibles en la dieta por causa de la urbanización, modernización, desarrollo económico y el incremento de los ingresos económicos (Misra & Khurana, 2008), que las personas experimentan durante el transcurso de sus vidas, agravando el impacto de los efectos negativos en la salud de los procesos intergeneracionales relacionados a la malnutrición por déficit y por exceso (Wells et al., 2020).

Acompañan a los procesos antes descritos los vínculos complejos de ida y vuelta entre los patrones de crecimiento y el desarrollo de la adiposidad. El retraso en el crecimiento del feto al principio del embarazo podría producir un aumento de la adiposidad del feto antes del nacimiento. Los individuos que nacieron con bajo peso suelen experimentar una adiposidad elevada en la infancia o la niñez (Ong et al., 2000). En países de ingresos medios y bajos se observa que el rápido aumento de peso infantil se asocia con una mayor estatura y masa magra en la edad adulta (Kuzawa et al., 2012), así como con una mayor adiposidad después de los 2 años de edad aproximadamente (Adair et al., 2013). En países de ingresos altos el aumento de adiposidad en la infancia se asocia con la obesidad posterior (Baird et al., 2005). Como se puede apreciar la evidencia es variada en la explicación del vínculo entre el crecimiento y la adiposidad esto debido a que este vínculo está mediado por la transición nutricional, los patrones postnatales de crecimiento y nutrición, incluidos los patrones de alimentación complementaria. Los hallazgos son más consistentes para establecer la relación entre la desnutrición temprana

y la reducción permanente de la masa magra y sus respectivos efectos funcionales (Wells et al., 2020)

Otro vínculo complejo es la relación entre el estado nutricional de la madre y el riesgo de retraso en el crecimiento del feto, al respecto se evidencia que la talla baja de la madre aumenta el riesgo de retraso del crecimiento, mientras que el exceso de peso de la madre suele reducir este riesgo, siempre que la madre no tenga talla baja o sobrepeso y talla baja al mismo tiempo (Wells et al., 2020)

2.3.2 Determinantes de la doble carga de malnutrición.

Existen tres procesos que vienen ocurriendo de forma progresiva, procesos que han originado por un lado el incremento gradual de la talla y esperanza de vida, mejora de la alimentación y salud de la población, pero también ha originado un incremento del sobrepeso, obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. Los tres procesos de cambio denominados transición nutricional, transición epidemiológica y transición demográfica están considerados como determinantes de la doble carga de malnutrición (The World Bank (WB), 2012).

La transición nutricional describe el cambio en el consumo de alimentos y el gasto energético que se encuentra asociada al desarrollo económico a lo largo del tiempo, en el contexto de la globalización y la urbanización. Estos cambios se relacionan a la transición desde una presencia mayor de la desnutrición hacia una prevalencia mayor de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (WHO, 2017a).

La transición epidemiológica se refiere a los cambios en la carga de morbilidad de la población asociados el aumento de la prosperidad económica con un cambio desde el predominio de enfermedades infecciosas y las relacionadas con la desnutrición hacia una mayor y creciente tasas de enfermedades crónicas no transmisibles (WHO, 2017a).

La transición demográfica se refiere al cambio en la estructura de la distribución poblacional según grupos etarios de la población y el alargamiento de la esperanza de vida, originando cambios migrando desde la mayor proporción de población joven hacia una mayor proporción de población de mayor edad, este envejecimiento poblacional genera una mayor carga de atención de enfermedades crónicas no transmisibles (WHO, 2017a).

En general dentro de los impulsores de la doble carga de malnutrición se encuentran una combinación de factores biológicos, medioambientales, sociodemográficos y conductuales tal como se puede apreciar en la figura 1 (WHO, 2017a).

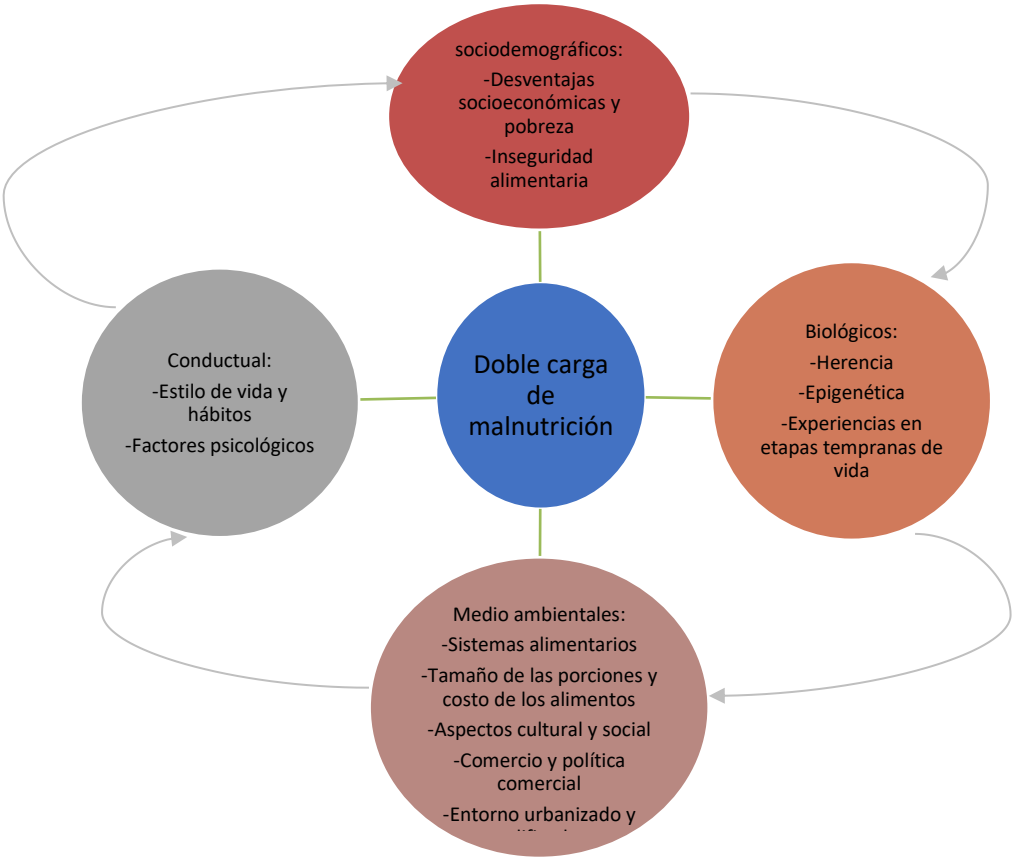

Figura 1. Impulsores de la doble carga de malnutrición (adaptado de WHO, 2017a)

Los aspectos epigenéticos son referidos a las alteraciones en la expresión de los genes que influyen en el riesgo de bajo peso al nacer, el sobrepeso, la obesidad y las Enfermedades crónicas no transmisibles. Los aspectos epigenéticos pueden verse afectados por la restricción del crecimiento intrauterino como consecuencia de la desnutrición materna, que provoca cambios en la forma en que el cuerpo del feto regula la energía. Estos cambios pueden transmitirse de forma intergeneracional, incluso cuando el estímulo ya no está presente (Gluckman et al., 2007).

La nutrición en etapas tempranas de vida impacta en la salud de forma significativa durante toda la vida. La calidad de la dieta durante la gestación y la infancia influyen en la función inmunitaria del organismo, el desarrollo cognitivo y la regulación del

almacenamiento y el gasto energético, incluidas las reservas de grasa (Godfrey et al., 2017).

El estilo de vida y las conductas alimentarias poco saludables conducen a una mayor ingesta de energía, menor ingesta de micronutrientes y a una menor calidad de la dieta en general, estos comportamientos se basan en decisiones conscientes y también en respuestas automáticas a estímulos del entorno inmediato. La repetición| y reforzamiento hace que estos comportamientos pueden convertirse en hábitos que provocan la ingesta de una dieta de pobre calidad afectando en consecuencia el estado nutricional del individuo a largo plazo y dificultando el abordaje de esta debido a hábitos instalados en el largo plazo (Dietz et al., 2015).

El acceso a los alimentos, tamaño de las raciones y costo está relacionada con la calidad de la dieta, junto con los sistemas que los producen, tienen una marcada influencia en el estado nutricional de las poblaciones. En los últimos 50 años, el tamaño de las porciones de las comidas para llevar y de los productos ultraprocesados han aumentado, y sus costos relativos han disminuido debido a la industrialización. Mientras que el costo de los productos frescos ha aumentado, sobre todo en países de ingresos medios a bajos que importa alimentos. Situación diferente se muestra en regiones afectadas por la inestabilidad política, los conflictos sociales o desastres naturales, donde la ingesta de alimentos inadecuados y el tamaño de las porciones no satisfacen las necesidades nutricionales y energéticas (WHO, 2017a).

El bajo estatus socioeconómico, la desigualdad y la pobreza disminuye la capacidad del individuo para permitirse la ingesta de una dieta saludable predisponiendo a la desnutrición y también al sobrepeso y la obesidad. Las evidencias muestran una correlación entre la inseguridad alimentaria, la pobreza y la obesidad en muchos países de países de ingresos medios y altos. A nivel mundial, la obesidad está afectando a países de todos los grupos de ingresos (WHO, 2017a).

La urbanización, el diseño y el entorno urbanos construido son considerados impulsores de la doble carga de malnutrición, ya que actualmente más de la mitad de la población mundial vive en espacios urbanos, estos desempeñan un papel importante en el estado nutricional de las personas y las poblaciones. Los entornos urbanos con una infraestructura inadecuada de agua y saneamiento pueden exponer a las poblaciones a un mayor riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua y a infecciones

relacionadas con la higiene generando el deterioro del estado nutricional (WHO, 2017a). El diseño y el entorno construido pueden desincentivar la actividad física y los desplazamientos activos. También pueden aumentar la dependencia de los alimentos comprados, incrementar el acceso a alimentos ultra procesados, exposición a la publicidad de alimentos poco saludables, así como reducir la disponibilidad de los alimentos cultivados por pequeños agricultores, incrementando el riesgo de inseguridad alimentaria de la población (Eckert & Kholer, 2014).

Los sistemas alimentarios han sufrido marcados cambios cualitativos y cuantitativos en la producción mundial de alimentos produciendo un acceso mayor y casi universal a alimentos ultra procesados y poco saludables. Se observa una tendencia hacia la homogeneización de las dietas ricas en grasas saturadas, sal y azúcar, y más pobres en vitaminas y minerales, que las dietas tradicionales (Monteiro et al., 2013).

2.3.3 Políticas de Salud

Política es definida por la Real Academia Española como el arte, doctrina u opinión referente al gobierno de los Estados (Real Academia Española (RAE), 2014).

Política pública fue conceptualizada por Thomas Dye en 1972 como todo aquello que un gobierno decide hacer y no hacer (Dye, 1972). Mas adelante Birkland definió política pública como aquellas decisiones gubernamentales de implementar o no implementar acciones para solucionar o no solucionar un problema público (Birkland, 2001).

Política de salud o políticas sanitarias es definida por la Universidad de Columbia en 2021 como el conjunto de acciones y decisiones gubernamentales expresadas leyes, reglamentos aplicados a la sociedad con el fin de promover el bienestar y garantizar el cumplimiento de objetivos sanitarios específicos a nivel poblacional, esta definición resalta que las políticas de salud abarca todo el proceso desde la promulgación de una legislación hasta los esfuerzos de divulgación en la comunidad, otro aspecto que se resalta es su carácter multidisciplinar que involucra diferentes sectores, como: asistencia sanitaria, seguros de salud, educación, agricultura, sector privado, entre otros (Columbia University, 2021).

2.3.4 Recomendaciones globales para abordar la doble carga de malnutrición

La Organización Mundial de la Salud propuso a la comunidad mundial una hoja de ruta conteniendo recomendaciones globales para abordar la doble carga de malnutrición

desde los primeros años de vida en un documento publicado en el año 2017 denominado “Double-duty actions for nutrition” en ella se describen un conjunto de acciones llamadas “Acciones de doble finalidad” recomendadas por la OMS a la luz de las evidencias científicas las cuales (Menon & Peñalvo, 2019).

2.3.5 Acciones de doble finalidad.

Las acciones de doble finalidad (ADF) deriva del término en ingles denominado double-duty actions (DDA) el cual fue acuñado por primera vez en el 2015 en el documento denominado “Global Nutrition Report” (GNR) para hacer alusión a las acciones de lucha contra la malnutrición en todas sus formas las cuales a decir del GNR requiere una combinación de medidas específicas para cada país con el fin de crear un entorno político propicio para la acción, aprovechar las oportunidades que ofrece el sector privado y mejorar la calidad de vida de los niños (IFPRI, 2015). Este informe también indica que hay oportunidades para "acciones de doble función" que pueden ayudar a abordar tanto la malnutrición como promoviendo un crecimiento más sano en los primeros 1.000 días de vida de los niños, entornos alimentarios más sanos, sistemas alimentarios favorables a la nutrición y entornos políticos más propicios (IFPRI, 2015).

Posteriormente en el año 2017 la Organización Mundial de la Salud oficializó el uso del término “double-duty actions” para referirse a las acciones de doble finalidad que incluyen intervenciones, programas y políticas que pueden reducir simultáneamente el riesgo o la carga de la desnutrición (incluida la emaciación, el retraso del crecimiento y la o insuficiencia de micronutrientes) y el sobrepeso, la obesidad o las relacionadas con la dieta (diabetes de tipo 2, enfermedades y algunos tipos de cáncer). (WHO, 2017). Las acciones de doble acción aprovechan la coexistencia de múltiples formas de malnutrición y sus causas comunes para ofrecer soluciones integradas. Entre las acciones de doble finalidad sugeridas por la OMS están las relacionadas a las intervenciones para promover la lactancia materna exclusiva y las medidas para optimizar la nutrición precoz, la nutrición materna, la atención prenatal, las políticas alimentarias escolares y las normas de comercialización de alimentos (WHO, 2017).

En el año 2020 en la serie Lancet denominada “Double burden of malnutrition 3” el artículo de Hawkes et al. (2020) añade aspectos a la definición de las denominadas acciones de doble finalidad referidas a identificar acciones prioritarias de doble

finalidad, brindando la justificación de las acciones de doble de malnutrición comparten factores comunes) y utilizando estas para desarrollar un marco sencillo de los factores que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar para abordar más de una forma de malnutrición.

2.3.6 Infantes menores de 2 años

La Real Academia Española define Infancia como aquel período de la vida humana comprendido desde el nacimiento hasta la pubertad (Real Academia Española (RAE), 2014).

Según la Asociación Médica Americana (2022) se denomina infantes a quienes tienen entre 1 mes hasta 1 año de edad y niño a quien posee entre 1 año hasta 12 años de edad (National Institute of Health (NIH), 2022)

El término en inglés “infant and young children” hace referencia a los dos primeros años de vida, etapa considerada como un periodo crítico en la que el menor de 2 años aprende a aceptar alimentos y bebidas saludables y establece prácticas alimentarias, además es también un periodo de mayor riesgo de retraso del crecimiento, carencias de micronutrientes y enfermedades comunes de la infancia, como la diarrea y las infecciones respiratorias (Lutter et al., 2021).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Enfoque y tipo de estudio

Estudio de enfoque cualitativo basado en la teoría de representaciones sociales, la cual permitió conocer desde la perspectiva de los expertos nacionales (actores sociales) el alcance de la implementación de las acciones de doble finalidad (ADF) en el Perú, basado en ese análisis la identificación de ADF prioritarias con las que el Perú pueda hacer frente a la DCM en menores de 2 años, este enfoque facilitó además la identificación de barreras que obstaculizan la implementación efectiva de las ADF priorizadas.

Las representaciones sociales son un tipo de conocimiento que permite a quien conoce y ha experimentado determinada temática situarse dentro de lo que conoce y desde allí atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura, de esta forma la representación social se convierte en una modalidad de conocimiento que se traduce en comportamiento y comunicación entre individuos que forman parte de una sociedad (Mora, 2002).

El tipo de estudio es de tipo exploratorio y descriptivo. Exploratorio porque la presente investigación representa un punto de partida en la búsqueda de estrategias para hacer frente a la DCM desde los 2 primero años de vida en el Perú debido a la escasez de evidencia científica en esta temática, los estudios publicados hasta la fecha con relación al Perú se centran en cuantificar la DCM, identificación de drivers y en la medición de su impacto económico. Este estudio es descriptivo porque describe el alcance de las acciones gubernamentales en la implementación de las ADF en el Perú, las ADF priorizadas y las barreras identificadas en la aplicación de las ADF priorizadas, desde la perspectiva de los expertos.

3.2 Diseño del estudio

El proceso metodológico se dividió en cinco pasos: i. identificación de las ADF recomendadas a nivel global; ii. identificación y documentación de las ADF implementadas por el gobierno peruano; iii. validación del documento de evidencias; iv. evaluación del alcance de la implementación de las ADF en el Perú; v. identificación de las ADF prioritarias en el contexto peruano. El proceso fue llevado a cabo durante el periodo de enero de 2020 a junio de 2021. Los métodos incorporaron algunos de los enfoques del Índice de Políticas de Entorno Alimentario Saludable (Food-EPI); una herramienta desarrollada para medir el alcance de la implementación de políticas de entorno alimentario saludable para prevenir las ECNT-RD (Vandevijvere et al., 2015; INFORMAS, 2020). Esto se adaptó para evaluar la implementación de las cinco acciones de doble finalidad recomendados por la OMS (WHO, 2017b). Para este estudio, se utilizó además métodos cualitativos para explorar las barreras para la implementación de las ADF.

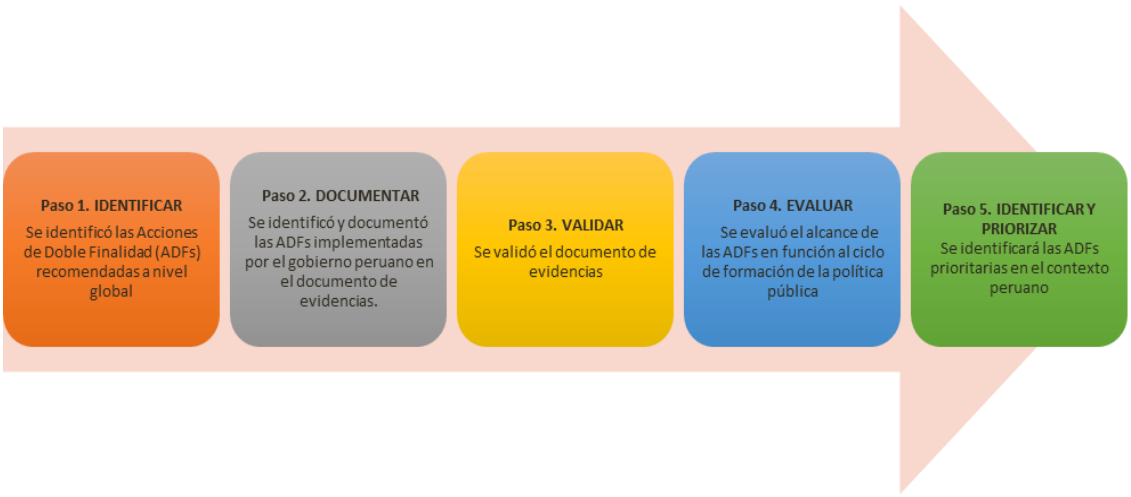

Figura 2. Etapas del estudio

3.2.1 Paso 1 IDENTIFICAR: identificación de las ADF recomendadas a nivel global.

Dentro de esta etapa primero se diseñó una herramienta para evaluar las cinco ADF recomendadas por la OMS y los elementos del entorno propicio (“soporte a las acciones de doble finalidad”), utilizando los mismos pasos que en la herramienta Food-EPI, pero adaptada para las ADF (Figura 3). Se incluyeron los cinco ADF de la OMS (evaluados

mediante 27 indicadores): lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, comercialización de alimentos, nutrición materna y nutrición preescolar (adaptado del ámbito escolar porque nuestro grupo objetivo fue niños menores de dos años). El entorno político propicio denominado "soporte a las acciones de doble finalidad", se evaluó con 20 indicadores en seis dominios (salud en todas las políticas, plataformas para interacciones, financiamiento, monitoreo, gobernanza, liderazgo). Se adopto algunos de los indicadores de la herramienta Food-EPI que eran relevantes para el estudio.

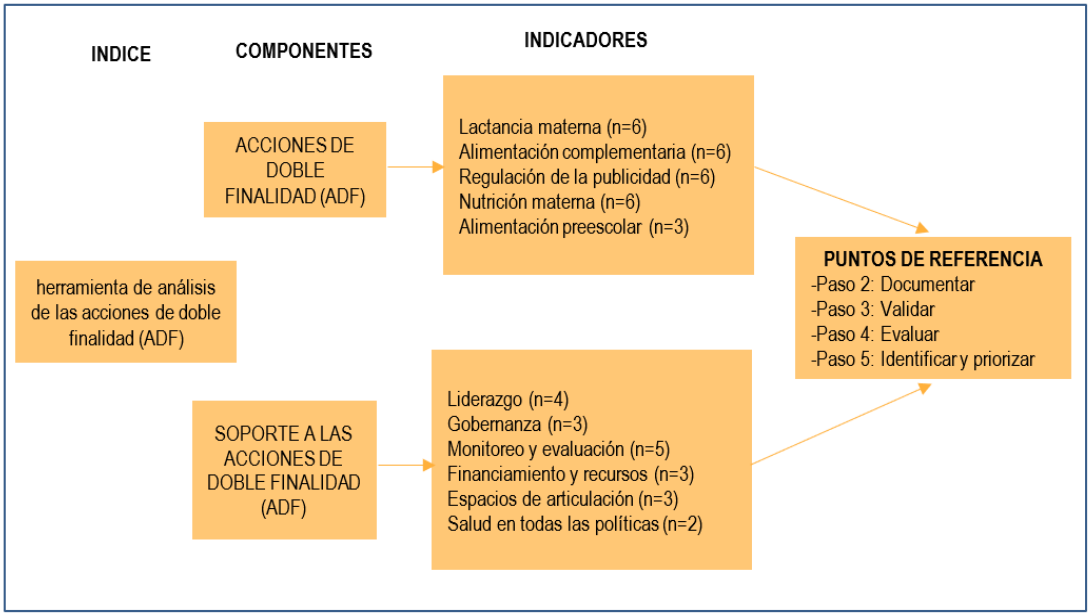

Figura 3. Herramienta de análisis de las acciones de doble finalidad elaborada para fines del estudio

La selección de los indicadores (Tabla 1 y 2 descripción corta de indicadores; Anexo 1 descripción en extenso de indicadores) implicó sintetizar evidencia sobre qué tipo de intervenciones y puntos de referencia (indicadores) deberían incluirse en cada ADF a partir de informes y publicaciones académicas globales recientes e importantes sobre intervenciones, políticas y programas recomendados para abordar todas las formas de desnutrición en menores de dos años.

Tabla 1. Indicadores que componen la herramienta de análisis de las acciones de doble finalidad - Componente: acciones de doble finalidad

Indicadores de Acciones de Doble Finalidad
1. Iniciativas para promover y proteger la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses y más allá LM1: El gobierno aplica políticas eficaces El gobierno ha adoptado/aprobado oficialmente una política nacional sobre lactancia materna, acompañada de un plan de acción que incluye objetivos y plazos para aplicar y promover la política. LM2: El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Código Nacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna se han incorporado a la legislación y se hacen cumplir. LM3: Se han adoptado los criterios nacionales de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños/Diez Pasos y se han incorporado a las estrategias/políticas y sistemas de evaluación del sistema sanitario para designar los centros de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños/Diez Pasos. LM4: Legislación sobre licencia de maternidad remunerada LM5: Se han elaborado normas y directrices nacionales para la promoción y el apoyo a la lactancia materna, que se han difundido a todos los centros y al personal que presta atención a la maternidad y al recién nacido. LM6: Las actividades comunitarias de divulgación y apoyo a la lactancia materna tienen cobertura nacional 2. Promoción de una alimentación temprana y complementaria adecuada en los lactantes AC1: Se ha adoptado oficialmente una política nacional de alimentación del lactante y del niño pequeño. Existe un plan de acción nacional en materia de FC. Existe un organismo nacional que dirige la aplicación de la estrategia como respuesta nacional coordinada AC2: Asesoramiento para la alimentación complementaria AC3: Suplementos de hierro en una población en la que los niños de 6-59 meses tienen un 20% más de prevalencia de anemia AC4: Suplementación de vitamina A AC5: Polvos de micronutrientes múltiples (MNP para la anemia) en una población en la que los niños de 6-59 meses tienen un 20% o más de prevalencia de anemia AC6: Suplementación preventiva con zinc 3. Normativa sobre acciones de doble función de marketing MARKANS1: El gobierno aplica políticas eficaces para restringir la exposición y el poder de promoción de alimentos poco saludables entre los niños a través de los medios de comunicación (televisión, radio). MARKANS2: El gobierno aplica políticas eficaces para restringir la exposición y el poder de la promoción de alimentos poco saludables entre los niños a través de medios de comunicación no televisivos (por ejemplo, Internet, redes sociales, envases de alimentos, patrocinios, publicidad exterior, incluso alrededor de las escuelas). MARKANS3: El gobierno aplica políticas eficaces para garantizar que no se promocionan alimentos poco saludables entre los niños en los lugares donde se reúnen (por ejemplo, centros preescolares, eventos deportivos y culturales). MARKFI1: El gobierno aplica políticas eficaces para restringir la exposición y el poder de promoción de los preparados para lactantes a través de los medios de comunicación (televisión, radio). MARKFI2: El gobierno aplica políticas efectivas para restringir la exposición y el poder de promoción de los preparados para lactantes a través de medios de comunicación no audiovisuales (por ejemplo, Internet, redes sociales, envases de alimentos, patrocinios, publicidad exterior, incluso alrededor de los centros de salud). MARKFI3: El gobierno aplica políticas eficaces para garantizar que los preparados para lactantes no se promocionan comercialmente en entornos prenatales y postnatales. 4. Programas de nutrición materna y atención prenatal NM1: El gobierno ha establecido suplementos orales de hierro y ácido fólico (suplementos IFA) con 30 a 60 mg de hierro elemental y 400 μg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia durante el embarazo. NM2: Consejería o asesoramiento nutricional (contenido específico) durante el embarazo NM3: Suplementos de calcio para embarazadas con una ingesta baja de calcio NM4: Suplemento de vitamina A para embarazadas (dosis baja para poblaciones con alta prevalencia de carencia) NM5: Desparasitación para poblaciones en las que las mujeres embarazadas tienen una prevalencia del 20% o más de infección por anquilostoma o T. trichiura Y una prevalencia del 40% o más de anemia. NM6: Retraso en el pinzamiento del cordón umbilical 5. Programas y políticas de alimentación preescolar PREE1: El gobierno ha establecido objetivos/normas de composición de los alimentos para los servicios de alimentación preescolar en relación con el contenido de nutrientes preocupantes en determinados alimentos o grupos de alimentos si contribuyen de forma importante a la ingesta de estos nutrientes preocupantes por parte de la población (grasas trans, azúcares añadidos, sal, grasas saturadas). PREE2: El gobierno garantiza la aplicación de políticas claras y coherentes (incluidas normas nutricionales) en los servicios de educación preescolar para las actividades de restauración (comedores, comida en eventos, recaudación de fondos, promociones, máquinas expendedoras, etc.) con el fin de ofrecer y promover opciones alimentarias saludables. PREE3: El Gobierno vela por que existan buenos sistemas de apoyo y formación para ayudar a los centros de educación preescolar y a sus proveedores de servicios de restauración a cumplir las políticas y directrices sobre servicios alimentarios saludables.

Fuente: Adaptado de la herramienta Food-EPI. INFORMAS 2020

Tabla 2. Indicadores que componen la herramienta de análisis de las acciones de doble finalidad - Componente: Soporte a las acciones de doble finalidad

Indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad
6. Liderazgo LID1: Existe un apoyo político fuerte y visible (a nivel de Jefe de Gobierno o Gabinete) para prevenir la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños LID2: El gobierno ha establecido objetivos claros de ingesta poblacional de los nutrientes de interés (hierro, azúcar añadido, grasas saturadas y proteínas para cumplir con los niveles de ingesta dietética recomendados por la OMS y a nivel nacional LID3: Se han establecido e implementado pautas dietéticas claras, interpretativas y basadas en evidencia para promover dietas saludables y diversas para los niños pequeños LID4: Se han establecido prioridades gubernamentales para reducir las desigualdades o proteger a las poblaciones vulnerables en relación con la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños 7. Gobernanza GOBER1: Existen procedimientos sólidos para restringir las influencias comerciales en el desarrollo de políticas relacionadas con la prevención de la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños GOBER2: Se implementan políticas y procedimientos para utilizar evidencia en el desarrollo de políticas de nutrición relacionadas con la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños GOBER3: El gobierno garantiza el acceso del público a información nutricional integral y a documentos clave (por ejemplo, documentos presupuestarios, revisiones anuales de desempeño e indicadores de salud) 8. Seguimiento e inteligencia: MONIT1: Existen sistemas de monitoreo, implementados por el gobierno, para monitorear periódicamente los entornos alimentarios (para las cinco acciones de doble finalidad propuestas anteriormente), en comparación con códigos/directrices/estándares/metas MONIT2: Existe un seguimiento regular del estado nutricional de los niños pequeños en función de la ingesta a nivel de la población en comparación con objetivos de ingesta específicos o niveles de ingesta diaria recomendados MONIT3: Se realiza un seguimiento periódico del estado y la evolución de la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia ferropénica en niños pequeños mediante mediciones antropométricas y biológicas MONIT4: Existe una evaluación suficiente de los principales programas y políticas para evaluar la eficacia y la contribución a la reducción de la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños MONIT5: Se monitorean periódicamente los avances hacia la reducción de las desigualdades nutricionales en las poblaciones de niños pequeños vulnerables 9. Financiamiento y recursos: FINAN1: La financiación de intervenciones y políticas para reducir la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños como proporción del gasto total en salud es suficiente para reducir su prevalencia y las desigualdades asociadas FINAN2: La investigación financiada por el gobierno tiene como objetivo mejorar la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños y sus desigualdades relacionadas FINAN3: Existe una agencia legal de promoción de la salud que incluye el objetivo de promover dietas saludables y diversas para los niños pequeños, con un flujo de financiación seguro 10. Plataformas de interacción PLATF1: Existen mecanismos sólidos de coordinación entre departamentos y niveles de gobierno (nacional y local) para garantizar la coherencia, la alineación y la integración de las políticas en materia de obesidad, retraso del crecimiento y anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños en todos los gobiernos PLATF2: Existen plataformas formales entre el gobierno y el sector alimentario comercial para implementar políticas alimentarias saludables para prevenir la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños PLATF3: Existen plataformas formales para interacciones periódicas entre el gobierno y la sociedad civil sobre políticas de nutrición y otras estrategias para prevenir la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños 11. La salud en todas las políticas SATP1: Existen procesos establecidos para garantizar que los impactos sobre la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro en niños pequeños de poblaciones vulnerables se consideren y prioricen en el desarrollo de todas las políticas gubernamentales relacionadas con la alimentación SATP2: Existen procesos (por ejemplo, evaluaciones de impacto en la salud) para evaluar y considerar los impactos en la nutrición y la salud durante el desarrollo de otras políticas no alimentarias

Fuente: Adaptado de la herramienta Food-EPI. INFORMAS 2020

3.2.2 Paso 2 DOCUMENTAR: identificación y documentación de las ADF implementadas por el gobierno peruano.

Se llevó a cabo una revisión de la evidencia de la actividad política actual para evaluar la implementación de los 47 indicadores de buenas prácticas incluidos en la herramienta (27 indicadores de ADF y 20 indicadores de soporte a las ADF). Esto arrojó un total de 163 documentos. La evidencia de la acción gubernamental en cada uno de los indicadores se identificó y recopiló sistemáticamente a través de varios pasos: en primer lugar, se identificaron organizaciones públicas/gubernamentales claves involucradas en la aplicación de los diferentes indicadores. Se buscaron sistemáticamente evidencias en los sitios web gubernamentales y de otras instituciones (por ejemplo, la FAO, la OMS, el UNICEF). Luego se buscaron en estos sitios web evidencia para cada uno de los 47 indicadores. Se consideró elegible la evidencia de acciones políticas del gobierno peruano en el período 2015-2020, incluidas aquellas implementadas antes de ese período, pero aún vigentes. El período de búsqueda fue de febrero a abril de 2020. La evidencia se extrajo utilizando una hoja de cálculo de Excel que incluyo nombre, fecha de publicación, institución promulgadora, tipo de evidencia (legislación, documento de política/estrategia, política, documento de presupuesto, orientación práctica/programática, sitio web, estrategia, programa/acción) y detalles sobre el contenido relevante (ver enlace de plantilla usada en Anexo 2). Cada evidencia encontrada fue codificada según el indicador al que hacía referencia. También hicimos un seguimiento con algunas partes interesadas (n=4) para discutir la evidencia emergente para revisar la evidencia recopilada y/o recopilar evidencia adicional. También se presentaron solicitudes de información a las autoridades gubernamentales pertinentes.

3.2.3 Paso 3 VALIDAR: validación del documento de evidencias que recopila evidencias de las ADF implementadas por el gobierno peruano.

La evidencia emergente se recopiló en una primera versión borrador del “documento de evidencia” que se compartió con los expertos para su validación Para el proceso de validación del documento de evidencias, se tomó como referencia los procesos realizados en la metodología Food-EPI, se preguntó a los expertos si había alguna inexactitud o alguna acción gubernamental (política, plan, estrategia, programa, documento técnico) omitida en el documento de evidencia. Diez de los 16 expertos sugirieron cambios en la evidencia colectada para los 22 indicadores de ADF y para siete indicadores de soporte a

las ADF, los cambios surgidos en el proceso de validación del documento de evidencias fueron incorporados en la versión final del documento. Entre los cambios sugeridos estuvieron: identificar evidencia adicional, agregar más detalles sobre algunas de las evidencias proporcionadas, así como eliminar algunas evidencias que se consideraron irrelevantes. Finalmente se realizaron los cambios sugeridos obteniéndose el documento de evidencia final validado por los expertos.

3.2.4 Paso 4. EVALUAR: evaluación del nivel de implementación de las ADF

Se consultó a los 16 expertos sobre el grado de implementación de cada uno de los indicadores de las ADF y de apoyo a la infraestructura para abordar múltiples formas de desnutrición en niños menores de 2 años. En este paso, se pidió a los expertos que califiquen el grado de implementación de acuerdo con las cuatro fases del ciclo de implementación de políticas: establecimiento de la agenda, formulación, implementación y evaluación (Xun Wu et al., 2017).

3.2.5 Paso 5. IDENTIFICAR Y PRIORIZAR: identificación y priorización de las ADF

Se pidió a los 16 expertos que prioricen cada uno de los 47 indicadores de buenas prácticas en una escala del 1 al 5 (donde 1=muy bajo, 2=bajo, 3=medio, 4=alto y 5=muy alto). Para este ejercicio de priorización, se utilizaron dos criterios: i) impacto definido como el alcance del impacto esperado de la acción, incluida la probable efectividad para reducir la carga de la desnutrición en niños menores de dos años y otros beneficios) y ii) viabilidad definida como la facilidad con la que la acción puede llevarse a cabo teniendo en cuenta la realidad política, presupuestaria y social peruana).

3.3 Escenario del estudio

La presente investigación fue llevada a cabo en la ciudad de Lima fundada en 1535, ciudad costera ubicada en la costa central del Perú. Lima la capital de la república del Perú es el centro económico y político. Lima es la sede de los organismos gubernamentales de nivel central y es la sede de las oficinas centrales de los organismos no gubernamentales y de cooperación internacional, por lo tanto, Lima es la ciudad del país donde se concentran la mayoría de los expertos nacionales de amplia trayectoria. Cabe resaltar que en el periodo que se recolecto la información (2020-2021) el contexto sanitario estuvo en crisis debido a la pandemia por Covid-19. Además, durante el 2020

el Perú atravesó un periodo de agudización de la crisis política durante el mes de noviembre del 2020 llegando a tener 3 presidentes en un periodo de 8 días.

3.4 Población

La población estuvo conformada por expertos nacionales en temas de alimentación y nutrición, cuyo número no es conocido debido a que no se dispone de un marco muestral de acceso público.

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis fue una política implementada en el Perú relacionada a los 47 indicadores establecidos en la herramienta de análisis de las acciones de doble finalidad construida para fines del estudio. Se considero como política a todos los documentos (en integro) oficiales como leyes, reglamentos, guías, directivas, planes, estrategias, etc., que denotan acción gubernamental.

3.6 Tamaño de muestra

Un total de 16 expertos nacionales cumplieron con los criterios de selección. Se seleccionaron expertos para las tres categorías de organizaciones involucradas en la implementación de la política de alimentación/nutrición: instituciones gubernamentales (n=11), organizaciones no gubernamentales (n=3) y agencias de cooperación internacional (n=2)

3.7 Selección de muestra

Se utilizó un muestreo de tipo intencional, el cual resulta apropiado cuando se requiere una muestra de participantes que mejor representen o conozcan el tema de investigación (Elo, 2014). Los criterios para seleccionar a los expertos fueron los siguientes: poseer más de 10 años de experiencia en el diseño y/o implementación y/o evaluación de políticas relacionadas a la alimentación/nutrición, tener puestos de alta dirección en las instituciones a las cuales representan, con habilidades de liderazgo y toma de decisiones (Phulkerd et al., 2017).

3.8 Unidad de muestreo

La unidad de muestreo fue un experto nacional que cumplía con los criterios de elegibilidad.

3.9 Recolección de datos

Para la recolección de datos primero se procedió a la construcción de la herramienta de políticas de doble finalidad la cual fue construida con el apoyo de un grupo de 10 investigadores (que formaban parte del círculo de investigación financiado por CONCYTEC/PROCIENCA y por UK Medical Research Council en el marco del cual se desarrolló esta investigación) provenientes del Instituto de Investigación Nutricional, Loughborough University, Cardiff University, French National Research Institute for Sustainable Development-IRD y Universidad nacional Mayor de San Marcos. Posterior a la construcción de la herramienta se procedió a la identificación de evidencias de las políticas implementadas por el gobierno peruano relacionadas a las acciones de doble finalidad, el documento de evidencias elaborado fue revisado por el equipo de investigadores antes mencionados. Seguidamente se procedió a la elaboración de las guías de entrevista semi estructurada para la 1ra y 2da ronda, para ello se tomó como base los instrumentos que forman parte de la metodología Food-EPI, los instrumentos elaborados fueron revisados y aprobados por el equipo de investigadores. Luego se procedió a realizar una prueba piloto con dos expertos nacionales que cumplían con los criterios de selección para poner a prueba los instrumentos, se agendaron dos entrevistas con ambos expertos via Google meet en días diferentes para aplicar los dos instrumentos conforme a los procedimientos establecidos, el tiempo de aplicación del instrumento elaborado para la ronda 1 demoró 3 horas, la aplicación del instrumento de la segunda ronda demoró 2 horas. Durante el proceso del pilotaje se observó que la redacción de los 47 indicadores era demasiado extensa lo cual dificultaba la lectura demandando mayor tiempo de aplicación. También se observó el cansancio de los entrevistados debido a lo extenso de la entrevista. Además, durante las entrevistas se evidencio la necesidad de definir algunos conceptos como acciones de doble finalidad, política, viabilidad e impacto esperado ya que los expertos entrevistados durante el piloto preguntaron sobre el tipo de definición de estos términos que se están usando en el estudio. Como resultado del pilotaje se realizó ajustes en la redacción de los 47 indicadores, elaborándose una versión corta del indicador el cual fue colocado en la versión final de los instrumentos elaborados para la 1ra y 2da ronda. Además, se incluyeron definiciones clave en la versión final de los instrumentos

Seguidamente se procedió con la identificación de los expertos nacionales que participarían el estudio, que cumplían con los criterios de elegibilidad, en este paso se contó también con el soporte de los investigadores con base en Perú. Una vez identificados se procedió a entrar en contacto con cada uno de ellos vía email invitándolos a participar del estudio, en este primer contacto se les informó sobre los fines del estudio, el tiempo que les demandaría participar en el estudio, los riesgos y beneficios de su participación, se adjuntó el consentimiento informado y el acta de aprobación del comité de ética del IIN para que puedan revisarlos. En una segunda comunicación se les envió el documento de evidencias para su revisión y se les pidió que agenden el día y la hora para proceder a hacer la 1ra ronda de entrevistas individuales virtuales. En el día de la 1ra entrevista virtual que duró en promedio 2 horas con 15 minutos se procedió primero con la grabación del consentimiento informado verbal seguidamente con la validación del documento de evidencias (el proceso de validación se explica en el acápite 3.2.3) y finalmente con la evaluación del alcance de las acciones de doble finalidad en el Perú. En una tercera comunicación se les envió para su revisión el reporte de la validación y de la evaluación del alcance de la implementación de las ADF que resultaron de la 1ra fase de entrevistas, se les pidió que agenden el día y la hora para la ejecución de la 2da etapa de entrevistas. En la segunda entrevista que duró en promedio 1h con 15 minutos se procedió a aplicar el ejercicio de priorización de las ADF.

Las 2 rondas de entrevistas virtuales se realizaron en la plataforma meet y fueron grabadas con el previo consentimiento de los expertos.

3.10 Análisis de datos.

Para el análisis cuantitativo se generaron frecuencias y porcentajes para los 47 indicadores según el nivel de calificación de implementación otorgado por los expertos (establecimiento de agenda/formulación/implementación/evaluación). Se elaboró un gráfico porcentual que muestra la proporción de expertos que calificaron los indicadores de acción gubernamental en fases de establecimiento/formulación de agenda versus fases de implementación/evaluación; el punto de corte para decidir si las acciones se encontraban en etapas tempranas o posteriores de implementación fue ≥ 50%. Para la priorización de los indicadores de las ADF y de soporte a las ADF, se crearon puntuaciones medias para impacto y viabilidad, el punto de corte para alto impacto y alta viabilidad fue una puntuación media superior/igual a 4 y 3 respectivamente, se creó un

gráfico utilizando las puntuaciones medias y los puntos de corte clasifican los indicadores en cuatro grupos (alto impacto y alta factibilidad; bajo impacto y baja factibilidad; bajo impacto y alta factibilidad; alto impacto y baja factibilidad).

Para el análisis cualitativo, se realizó un análisis de contenido deductivo, que se utiliza cuando la estructura del análisis se operacionaliza con base en conocimientos previos. El proceso de análisis deductivo se llevó a cabo en tres fases principales: preparación, organización y presentación de informes (Phulkerd, 2017; Elo, 2014).

En la fase de preparación, se procedió a la transcripción de las grabaciones de audio de las 16 entrevistas las cuales fueron transcritas de forma literal por dos asistentes de investigación del proyecto (profesionales con titulación universitaria). El proceso de transcripción fue supervisado por los investigadores del proyecto con base en Perú a fin de garantizar la exactitud de las transcripciones. Seguidamente se procedió a organizar los archivos generados durante la transcripción asignándose un código a cada archivo.

En la fase de preparación también se procedió a la construcción del libro de códigos (Anexo 3) para ello una pregunta de interés guío el desarrollo: ¿Cuáles son las barreras para la implementación de las ADF?. Para estructurar el libro de códigos se tomo como referencia los estudios realizados por Phulkerd y Galaurchi et al., en estos estudios indican como potenciales barreros en la aplicación de políticas relacionadas a alimentación y nutrición a las siguientes: escasos recursos humanos, escasos recursos financieros, el contexto económico, social y sanitario, limitado monitoreo y evaluación, limitados insumos y equipos (Phulkerd, 2017; Galaurchi et al., 2021). El libro de códigos elaborado fue revisado por el equipo de investigadores y posteriormente se creo el libro de códigos en el software NVivo versión 12.

En la fase de organización, la reducción de datos se llevó a cabo utilizando el software NVivo versión 12, se importaron al software los archivos de las 16 entrevistas transcritas y se procedió a realizar la categorizando los datos de acuerdo con el libro de códigos predefinido, los datos se analizaron considerando el enfoque de análisis temático el cual se caracteriza por identificar e interpretar patrones y temas contenidas en los datos cualitativos, este tipo de análisis deductivo se basa en contrastar perspectivas individuales de forma sistemática, esta técnica se ha desarrollado y utilizado ampliamente en la investigación en salud (Phulkerd, 2017). Durante el proceso de codificación

emergieron temáticas nuevas entre las barreras para la implementación de las acciones de doble finalidad las cuales fueron incorporadas al libro de códigos.

En la fase de presentación de informes se consideraron la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuáles son las barreras para la aplicación de cada una de las ADF? la elaboración de reportes se realizó utilizando el software NVivo versión 12 el cual facilito la visualización de los resultados y elaboración de reportes haciendo uso de matrices y mapas comparativas de nodos según referencias de codificación.

3.11 Aspectos éticos.

La aprobación ética para la ejecución del estudio se obtuvo del Comité de Ética del Instituto de Investigación Nutricional (IIN) del Perú. La aprobación realizada por el comité de ética del IIN corresponde al proyecto paraguas denominado “Nuevas estrategias para reducir la anemia y el riesgo de sobrepeso y obesidad a través de la alimentación complementaria de infantes y niños pequeños en Perú” dentro del cual tuvieron lugar cinco estudios siendo uno de ellos el estudio que se presenta en esta tesis de doctorado. Como el estudio se llevó a cabo durante el período de confinamiento obligatorio debido a la pandemia de COVID-19, todos los participantes dieron su consentimiento informado verbal después de recibir información escrita (vía correo electrónico) y verbal (vía entrevista virtual) sobre el estudio. El consentimiento verbal se obtuvo del participante mediante entrevista virtual y este proceso se registró y archivó en la carpeta reglamentaria del estudio. Los procedimientos para la toma del consentimiento informado (Anexo 4) fueron incluidos en el protocolo de investigación y fueron evaluados y aprobados por el Comité de Revisión Ética del Instituto de Investigación Nutricional (IIN) Perú (referencia 388-2019/CIEI-IIN) (Anexo 5).

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1 Evidencias de las **políticas de salud** implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

Como parte del proceso metodológico durante la ejecución del paso 2 se elaboró el documento de evidencias (anexo 6) en el cual se compiló todas las evidencias encontradas sobre la aplicación de medidas gubernamentales para cada uno de los 47 indicadores (indicadores que denotan acción gubernamental) establecidos en la herramienta construida. En total, se incluyeron 143 documentos normativos. El número de documentos encontrados para cada indicador puede verse en las Figuras 4 y 5. Cabe señalar que la evidencia recopilada para cada indicador se refiere a las acciones gubernamentales (política, ley, reglamento, guía, plan, estrategia, etc.) diseñadas para abordar el retraso del crecimiento, la anemia y el sobrepeso en menores de dos años como problemas específicos, ya que como hemos explicado en la introducción aún no existe una política explícita para abordar el DCM en Perú.

4.1.1.1 Evidencias de la implementación de los **indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad** implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

Con relación a los **indicadores de las acciones de doble finalidad,** las que tuvieron más evidencias halladas (7-10 registros cada uno) fueron: asesoramiento sobre alimentación complementaria, suplementación con hierro para niños, suplementación con multimicronutrientes (MMN) para niños y aplicación de legislación sobre maternidad remunerada.

Los indicadores con menos evidencias encontradas (1 registro) fueron: aplicación de desparasitación en embarazadas que residen en zonas con una prevalencia del 20% o más de infección por anquilostoma o T. trichiura y una prevalencia del 40% o más de anemia; aplicación del código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y aplicación de política nacional de alimentación infantil.

Para el indicador "Se han establecido objetivos/normas de composición de los alimentos para los establecimientos de servicios alimentarios preescolares", sólo se encontraron evidencias correspondientes al programa Cuna Más (programa gubernamental que pretende mejorar el desarrollo de los niños menores de 36 meses en zonas de pobreza y pobreza extrema).

Para el indicador "El gobierno garantiza que existan políticas claras y coherentes (incluyendo normas de nutrición) implementadas en los servicios de educación infantil para las actividades de servicios de alimentación (comedores, comida en eventos, recaudación de fondos, promociones, máquinas expendedoras, etc.) para proporcionar y promover opciones de alimentos saludables", la evidencia identificada se centró en la promoción más que en la provisión de opciones de alimentos saludables (ver Fig. 4).

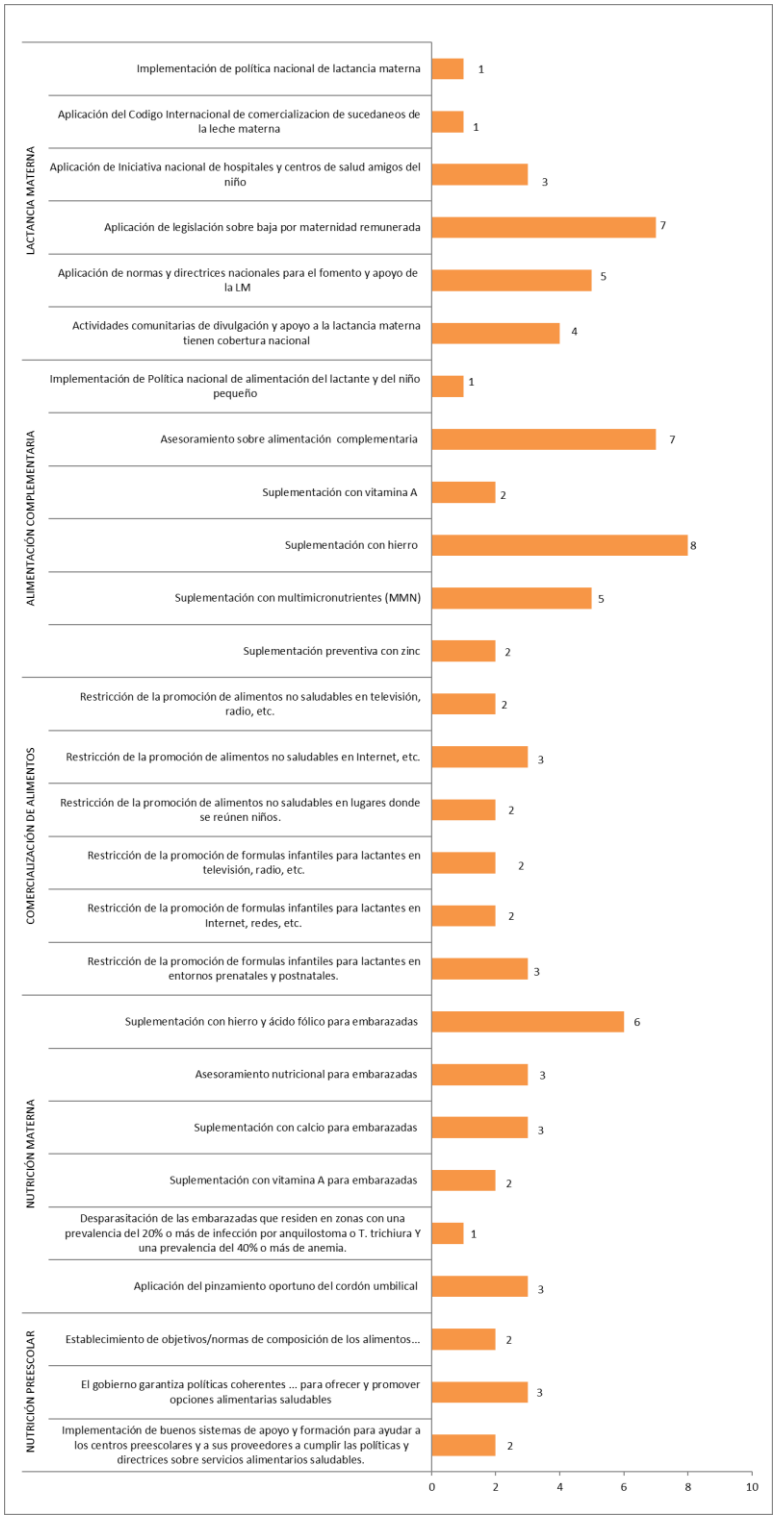

Figura 4. Numero de evidencias halladas para cada uno de los indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad

4.1.1.2 Evidencias de implementación de los **indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad** implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

En referencia a los indicadores de **soporte a las acciones de doble finalidad** los indicadores con mayor número de evidencias halladas (>= 6 registros) fueron: acceso a información nutricional y documentos clave; mecanismos de coordinación sólidos entre los diferentes sectores y niveles de gobierno para garantizar la coherencia política, la alineación y la integración de las políticas (teniendo en cuenta las estructuras de coordinación formales creadas para abordar el retraso del crecimiento y la anemia en infantes); y apoyo político de nivel central (se ha considerado las evidencias de apoyo del ejecutivo en el abordaje del retraso de crecimiento y anemia en infantes).

Los indicadores con menos evidencias (1 registro) fue: Aplicación de seguimiento regular del estado nutricional de en INM2A basado en la ingesta a nivel de población; Evaluación de los principales programas y políticas para valorar su eficacia y su contribución a la reducción de la DCM en los INM2A; Aplicación de seguimiento periódico de los avances hacia la reducción de las desigualdades nutricionales en INM2A de poblaciones vulnerables; Financiación de intervenciones y políticas para reducir la DCM e INM2A.

En cuanto al indicador: Implementación de plataformas formales entre el gobierno y el sector comercial de la alimentación para aplicar políticas alimentarias saludables con el fin de prevenir la DCM en INM2A, no se encontraron registros específicos (ver Fig. 5).

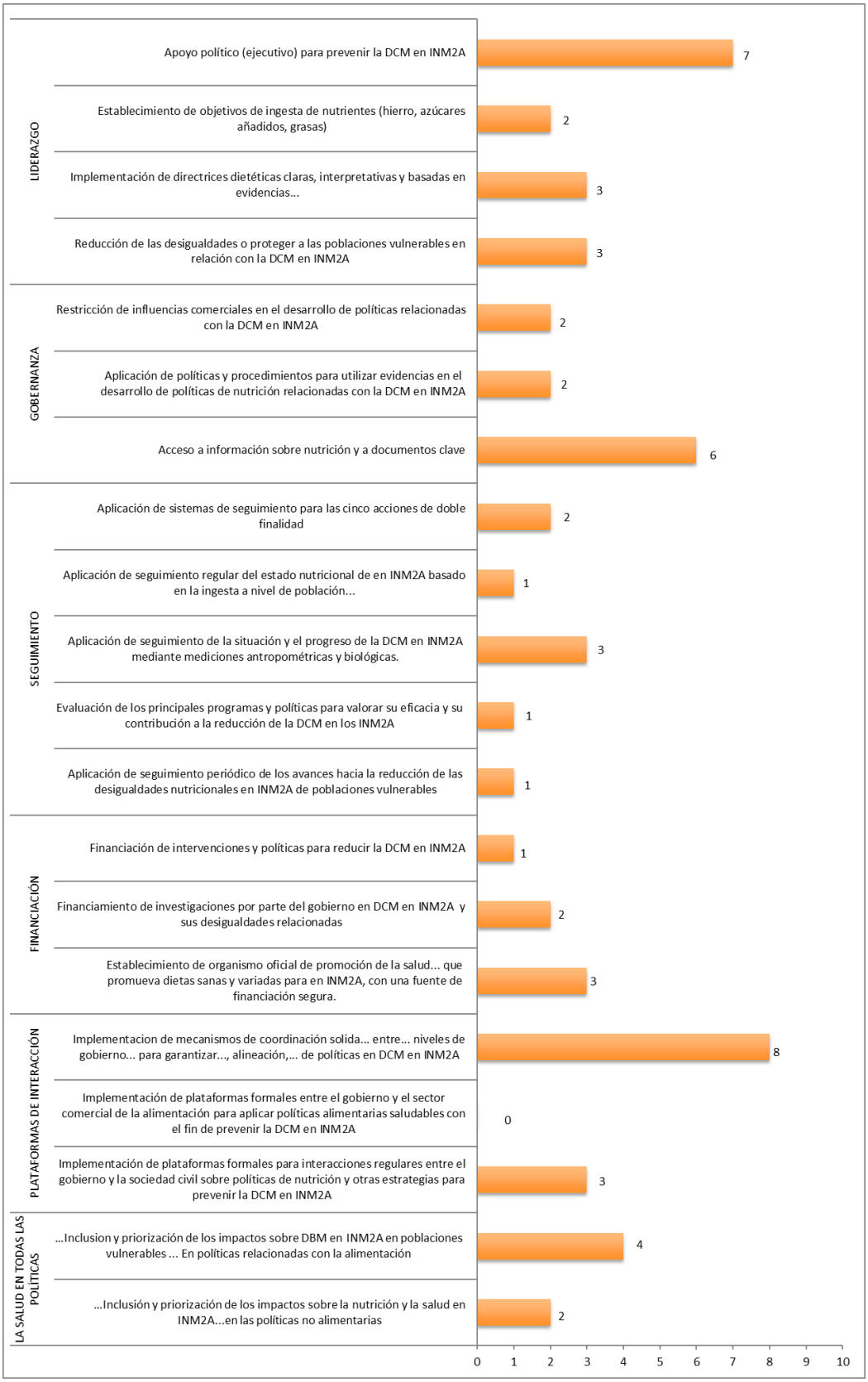

Figura 5. Numero de evidencias halladas para cada uno de los indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad

4.1.2 Alcance de la implementación de las **políticas de salud** implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

4.1.2.1 Alcance de la implementación de los indicadores relacionados a las **acciones de doble finalidad implementadas en Perú** según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

Con relación a los **indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad** tal como se muestra en la Figura 6, el gobierno peruano ha hecho algunos esfuerzos para implementar políticas que tienen el potencial de convertirse en ADF, pero sólo 5/27 indicadores fueron considerados como plenamente implementados (fase de ejecución/evaluación) por todos los expertos nacionales: Aplicación del código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; Aplicación de legislación sobre licencia de maternidad remunerada; suplementación con hierro para niños; suplementación con MMN para niños; asesoramiento nutricional para mujeres embarazadas.

Por otro lado ≥50% (n≥ 8) de los expertos consideraron que 6/27 indicadores se encontraban en las primeras fases del ciclo político (establecimiento de agenda/formulación): suplementación preventivos de zinc para niños; Implementación de buenos sistemas de apoyo y formación para ayudar a los centros preescolares y a sus proveedores a cumplir las políticas y directrices sobre servicios alimentarios saludables; restricción de la promoción de fórmulas infantiles para lactantes en Internet, redes, etc.; desparasitación de mujeres embarazadas residentes en zonas con una prevalencia del 20% o más de infección por anquilostoma o T. trichiura y una prevalencia de anemia del 40% o superior; suplementación con vitamina A en embarazadas; y restricción de la promoción de preparados para lactantes en la televisión y la radio.

Finalmente, un poco más de la mitad (16/27) de los indicadores fueron calificados en las etapas de implementación/evaluación por ≥ 50% (n≥ 8) por los expertos.

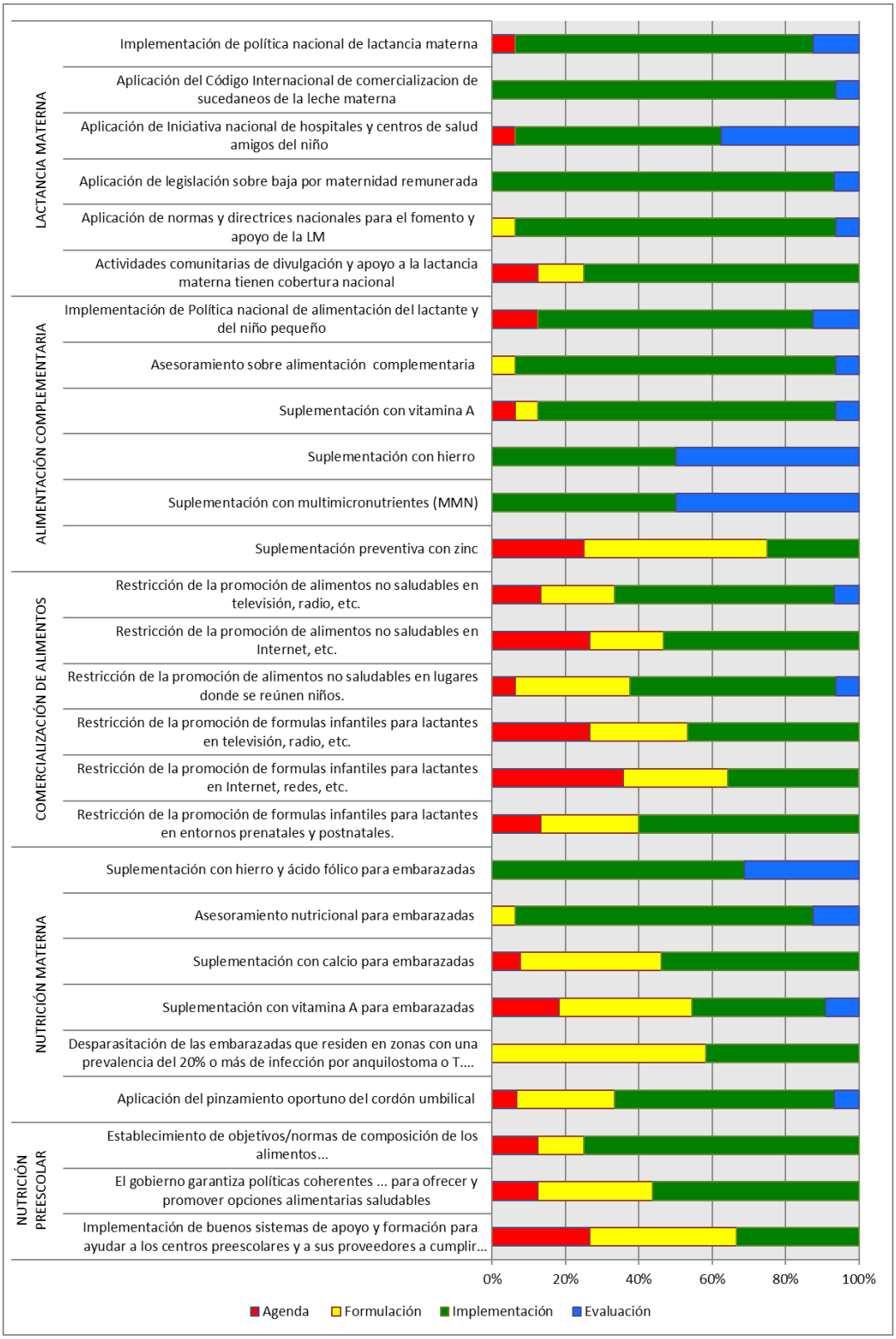

Figura 6. Alcance de la aplicación de cada uno de los indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad desde la perspectiva de los expertos

4.1.2.2 Alcance de la implementación de los indicadores **de soporte a las acciones de doble finalidad** implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

Con relación a los **indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad** (Fig. 7), sólo 1/20 de los indicadores de apoyo a la infraestructura (El gobierno garantiza el acceso a información nutricional completa y a documentos clave) fue calificado como totalmente implementado (fase de implementación/evaluación por los 16 expertos).

También se halló que casi tres cuartas partes (14/20) de los indicadores fueron calificados como totalmente implementados (fase de implementación/evaluación) por ≥50% (n=8) de los expertos.

Además se reportó que seis (de 20) acciones fueron clasificadas en las primeras fases (establecimiento/formulación de la agenda) por ≥50% (n=8): Implementación de plataformas formales entre el gobierno y el sector comercial de la alimentación para aplicar políticas alimentarias saludables para prevenir la DCM en los INM2A; restricción de las influencias comerciales en el desarrollo de políticas relacionadas con la DCM en los INM2A; establecimiento de una agencia estatutaria de promoción de la salud en funcionamiento que incluya un objetivo para promover dietas saludables y diversas de los INM2A, con un flujo de financiación seguro; priorización e inclusión de procesos para evaluar y tener en cuenta las repercusiones nutricionales y sanitarias durante el desarrollo de otras políticas no alimentarias; establecimiento de objetivos de ingesta de nutrientes (hierro, azúcares añadidos, grasas) y financiamiento de investigaciones por parte del gobierno para abordar la DCM en los INM2A y las desigualdades relacionadas.

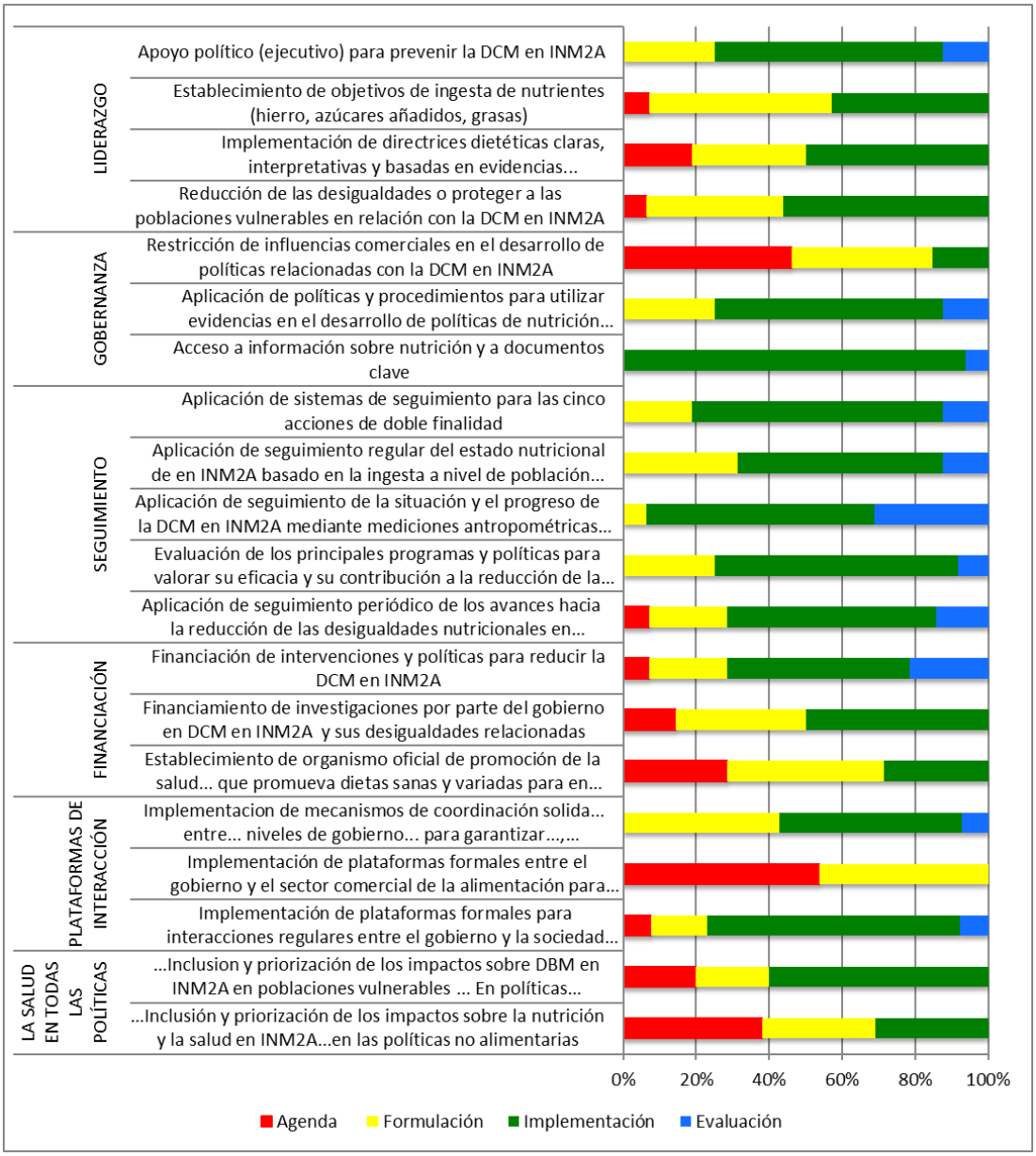

Figura 7. Alcance de la aplicación de cada uno de los indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad desde la perspectiva de los expertos

4.1.3 Barreras identificadas en la implementación en Perú de las políticas de salud implementadas según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

4.1.3.1 Barreras para la aplicación de indicadores relacionadas a las acciones de doble finalidad

4.1.3.1.1 Barreras para la aplicación de indicadores de Lactancia Materna

Para el indicador LM1: "El gobierno aplica políticas eficaces El gobierno ha adoptado/aprobado oficialmente una política nacional sobre lactancia materna, acompañada de un plan de acción que incluye objetivos y plazos para aplicar y promover la política", los expertos identificaron barreras relacionadas al **contexto sanitario** ya que este estudio se ejecutó en el contexto de la pandemia por COVID-19:

"…Actualmente la aplicación es limitada el COVID-19 nos está limitando no es que no se está haciendo; se está haciendo en los principales hospitales estamos certificando. Pero esta certificación está orientada a una mejora continua de la calidad. Los bebes nacen todos los días; es un trabajo permanente y ahí tenemos algunas dificultades. El COVID-19 nos ha replegado se están haciendo las evaluaciones, casi todos los comités están replegados e inclusive en mamás con diagnóstico de COVID-19 que están siendo separadas de sus bebes después del parto a pesar de que ya hemos puesto una norma directiva sanitaria en abril de este año en el cual hemos demostrado con evidencia que al contrario la leche materna está protegiendo al bebe…" (Representante nacional, organización gubernamental).

También se identificaron barreras relacionadas a los recursos humanos **en relación a la voluntad de los implementadores**:

"Tenemos normas, pero no se cumplen, carecen de implementación, instrumento, de voluntad política. Eso que para el tema de lactancia estamos dando un bono, dentro de ese paquete para mejorar los factores de desempeño logro de metas, nosotros al personal de salud le damos un bono y ese bono varias fichas de cumplimiento y eso al último de la ficha 21 de la protección de la lactancia materna tenemos hospitales certificados, ahí es que los hospitales de alguna forma se preocupan de querer cumplir

la norma, aunque el fin no es el bono si no la certificación. También tenemos otro limitante los gobiernos regionales y locales son los que deben de implementar, las DIRESAS, GERESAS depende de sus gobiernos regionales administrativa y financieramente hablando no depende del MINSA" (Representante nacional, organización gubernamental).

Otras barreras identificadas fueron la relacionada a **la voluntad política de los tomadores de decisiones y vacíos legales (lagunas jurídicas) de la normativa**:

"La política es el decreto supremo 009, hasta ahí estamos bien; pero acompañada de un plan para implementarla eso no se cuenta, ha habido muchos intentos de hacer un plan, pero todos han fracasado porque el plan implica pues todo el aparataje estatal. Como hay vacíos jurídicos legales es complicado; hay una comisión multisectorial de lactancia materna que por lo menos ha tenido cierta vida y hemos podido sacar algunos documentos. Por las constantes movidas de gobierno no se puede cristalizar, aquí hay dos conceptos relacionada a las políticas y un plan o sea en otras palabras para poder operar la política, hay limitaciones" (Representante nacional, organización gubernamental).

Finalmente, una de las barreras más señaladas por los expertos son las relacionadas a las **limitaciones en el monitoreo y evaluación**:

"el gobierno efectivamente cuenta con una política nacional sobre lactancia materna exclusiva, existen lineamientos establecidos y creo que se han dado algunas políticas para favorecer lactancia materna; sin embargo, muchas de estas directivas no necesariamente se vienen cumpliendo. Esto se traducen en una reducción de la lactancia materna exclusiva desde año 2013 que recuerde teníamos 72% a nivel nacional y hay un retroceso que se evidencia hasta el año pasado. Si tenemos un marco normativo, lineamientos técnicos, directivas… sin embargo a nivel operativo no se ha implementado de manera satisfactoria estos planes; a eso lo que le podemos sumar, es que ya en el año 2019 veníamos con un descenso al 63%" (Representante nacional, organización no gubernamental)

Para el indicador LM2: "El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Código Nacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna se han incorporado a la legislación y se hacen cumplir", los expertos

identificaron las siguientes barreras relacionas al recurso humano en especial a los implementadores de la normativa que tiene que ver con las **conductas poco éticas de algunos trabajadores del sector**:

"Creo que como toda norma hay mucho incumplimiento y violación de la norma empezando por el mismo personal de salud, algunos justifican que los recursos del estado son pocos y por tanto se ven obligados a organizar eventos con donaciones de las empresas que formulan que expenden estos productos, inclusive se hacen hasta congresos, pero el ministerio de salud realiza inspecciones en forma conjunta, hay un comité multisectorial que ve este tema de la comercialización lo único que faltaría es sancionar" (Representante nacional, organización gubernamental)

"Estamos en fase de ejecución; obviamente con algunas falencias: a nivel de los Hospitales ya está la norma, la política, pero el comportamiento de algunos trabajadores a nivel individual puede no necesariamente ser alienado a la política de estado, pero son situaciones individuales, comportamientos no éticos de los profesionales que se ven en los establecimientos" (Representante nacional, organización gubernamental)

Otra barrera identificada es la relacionada a las conductas al **recurso humano del nivel de los hacedores de políticas**:

"La aplicación es limitada, no es que se aplique como debería. Tiene que implicar cambios jurídicos para poder aplicarlo en su totalidad para que realmente se sienta la presencia del estado, no hay una intención fuerte, sancionadora. Porque no es que el personal de salud o las empresas desconozcan la normativa, el asunto es que no se sancionan las faltas" (Representante nacional, organización gubernamental)

Se identificaron también barreras relacionadas al **débil proceso de monitoreo y evaluación**:

"Si ha habido evaluaciones y están en ejecución, el punto es que la ejecución a mi entender es una ejecución con muchas fallas y esa parte no está ubicable en esa categoría, tiene muchas fallas: evaluación de códigos según los reglamentos aplicables en el país, si es cierto que se está aplicando el código, ¿Dónde están los informes

anuales? Quien dan cuenta efectivamente de la ejecución desde el estado de haber verificado que el código se esté cumpliendo, y estos informes en un momento en el país tuvieron cierta fuerza, 90 y después ha caído fuertemente a tal grado que el informe ha sido hecho por cumplir a posteriori" (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

Barreras relacionadas al **débil proceso de control y sanción** también fueron señaladas

"Para poder implementarlo debidamente deben existir regulaciones y que estas, deben ser pasibles de sanción cuando no la cumplen y la capacidad que tiene el estado para hacerla cumplir esta conculcada por varias barreras; acceso a información, capacidad de monitoreo efectiva en tiempo oportuno…la evidencia más clara es cuál es el número de empresas que ha sido sancionadas durante la existencia del reglamento hasta la fecha esa es una pregunta. No hay monitoreo, el número de sanciones efectivas la tasa es bajísima. Está en fase de ejecución, pero pésima" (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

Con relación al indicador **LM3**: "Se han adoptado los criterios nacionales de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños/Diez Pasos y se han incorporado a las estrategias/políticas y sistemas de evaluación del sistema sanitario para designar los centros de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños/Diez Pasos", se identificaron las siguientes barreras relacionadas a los **limitados procesos de monitoreo y evaluación**:

"Esta iniciativa sí creo ha sido muy débil de hace varios años que se empezó a conversar sobre la importancia de esta iniciativa a diferencia de otros países como Centroamérica, que creo que lo han implementado en mayor medida; en el Perú esto prácticamente no se ha avanzado" (Representante nacional, organización no gubernamental)

"Esta iniciativa estuvo muy fuerte hace algunos años. Hace dos años se evaluó y se vio que habían decaído bastante. El MINSA evaluó y había muy pocos hospitales que realmente lo venían implementando. El tema de las políticas no es que solamente tú las tomas, las asumes es como llegar a una meta, si no que permanentemente tienes que estar retroalimentándolas porque si no el tiempo van a ir un poquito relajándose y

eso lo que paso con esta iniciativa" (Representante nacional, organización gubernamental)

En referencia al indicador **LM4**: "Legislación sobre licencia de maternidad remunerada", los expertos identificaron barreras relacionadas al **contexto económico social** como es el alto porcentaje de empleos informales que impide que las mujeres que laboran en este sector accedan a las políticas de protección de la LM existentes:

"La legislación existe es como una política que si se da también en el plan de implementación y diría que a nivel de gobierno se da y al nivel de unas empresas se da. Pero como hay mucha informalidad en el trabajo no es fácil ejecutarla, implementarla a ese nivel, porque hay trabajadores cuya situación laboral no es muy estable y a veces es el mismo trabajador que prefiere no hacer uso de ese derecho porque teme perder su trabajo" (Representante nacional, organización gubernamental)

"La norma se aplica a las que tiene acceso a normas laborales. En la pandemia eran más o menos 15-18 por ciento de todas las personas empleadas quienes tenían derechos laborares o sea que están empleados con todos los derechos laborales, Entonces había un 80% que no tenía derechos laborales. Esta forma de evaluar políticas es muy ortodoxa porque la realidad lo supera necesitamos tener más lógicas heterodoxas porque ley con papelito, no sirve de nada tenemos que ser más creativos (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

Otra barrera identificada fue la relacionada a los **limitados procesos de control y sanción** del cumplimiento de la normativa:

"Sí tenemos una legislación al respecto, pero igual cerca de la mitad de los empleos son de tipo informal, además de eso las que son de tipos formales no hay una vigilancia de que realmente eso se está cumpliendo" (Representante nacional, organización no gubernamental)

“Con respecto a esto si hay ejecución, sin embargo, también hay violaciones, deberían haber sanciones o inspecciones del ministerio de trabajo ahora que hay SUNAFIL” (Representante nacional, organización gubernamental)

En referencia al indicador **LM5**: “Se han elaborado normas y directrices nacionales para la promoción y el apoyo a la lactancia materna, que se han difundido a todos los centros y al personal que presta atención a la maternidad y al recién nacido”, barreras relacionadas con el **contexto económico y social** como es la alta tasa de empleo informal en el país:

“nuevamente estamos en los mismo, porque solo puede aplicar la regla a lo formal. De toda la población empleada el 70% esta empleada por MYPES y no van a cumplir. Solo aplica para el 30% de madres que laboran en empresas grandes; igual es letra sobre papel la realidad supera la iniciativa sobre el gobierno. Estoy dando cifras prepandemia. Las cifras de empleo formal se han recortado” (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

Se identificaron también barreras relacionadas a los limitados **procesos de monitoreo y evaluación**:

“Si tenemos normativa de promoción, hay una política desde el MINSA de dar a conocer esa normativa. Pero tenemos la gran limitación en ejecución no es que todo camina muy parejo en general al tema respecto a los derechos las personas deben de hacer valer esos derechos por que las normas ya están. Entre la ejecución y evaluación hay una gran brecha; en los mismos establecimientos de salud el MINSA no ha ido a evaluar” (Representante nacional, organización no gubernamental)

Con relación al indicador LM6: Las actividades comunitarias de divulgación y apoyo a la lactancia materna tienen cobertura nacional, los expertos indicaron como barrera al **propio diseño y concepción de la política** el cual considera solo limitadas actividades masivas:

“Creo que está en la agenda ejecutar esas actividades, actualmente este tipo de actividades pero solo se limitan a la celebración del día mundial de la lactancia materna y después de eso las actividades comunitarias son muy limitada” (Representante nacional, organización no gubernamental)

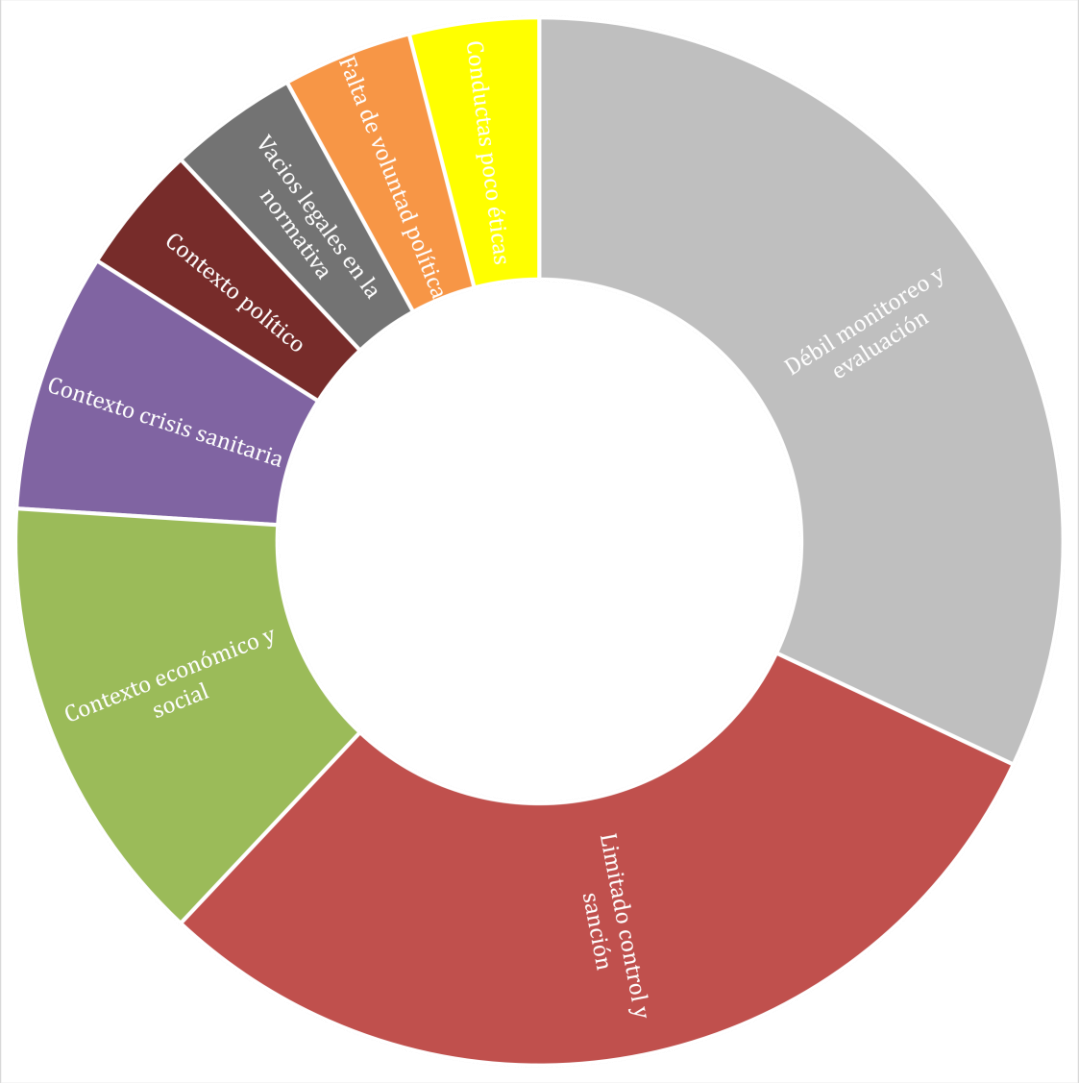

Figura 8. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de Lactancia Materna según referencias de codificación

4.1.3.1.2 Barreras para la aplicación de indicadores de Alimentación Complementaria

En referencia al indicador AC1: “Se ha adoptado oficialmente una política nacional de alimentación del lactante y del niño pequeño. Existe un plan de acción nacional en materia de AC. Existe un organismo nacional que dirige la aplicación de la estrategia

como respuesta nacional coordinada". Los expertos identificaron barreras relacionadas con la propia **formulación y concepción de la política**:

"Cuando se hizo la norma estaba más pensada en regular a la industria, no estaba centrada en la prevención, promoción lo que dice el ministerio de salud. Y por ende hay una necesidad de mayor desarrollo, si está en ejecución y en evaluación, pero necesita más desarrollo" (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

Para el indicador AC2: "Asesoramiento para la alimentación complementaria", los expertos identificaron barrera relacionadas con la **ausencia de proceso de evaluación**

"Existe la reglamentación y existe la aplicación, sí. Entonces en ese nivel de la consejería si hay hasta ejecución digamos, lo que evidentemente no hay es nada de evaluación" (Representante nacional, organización no gubernamental)

"Debería de haber un mínimo de acciones que se debería hacer. La parte de evaluación acá, debería ser planificada dentro de la misma ejecución debería estar insertada la autoevaluación de cómo vamos" (Representante nacional, organización gubernamental)

Los expertos también señalaron barreras relacionadas a los **recursos humanos referida a los implementadores en los diferentes niveles**:

"En las guías esta la Consejería de alimentación, oficialmente estamos en etapa de ejecución, pero esta depende también de la priorización que en el interior de cada región le dé el mismo personal, la voluntad, el presupuesto, asignación, disposición" (Representante nacional, organización gubernamental)

Con relaciona al indicador AC3: "Suplementación con vitamina A" se identificaron barreras relacionas a las **brechas de evidencias para la toma de decisiones** y a los débiles procesos de evaluación

"No se está haciendo levantamiento de información para evaluar vitamina A. Lo que he visto son los power point lo cual es un reclamo muy serio a lo que se hace no está existiendo la debida puesta en blanco y negro de la evidencia científica" (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

“Solo tenemos un documento técnico del año 1999-2000 que es el librito amarillo, el 2016 hemos tratado de actualizar unas cartillas. Sobre la implementación de vitamina A está en proceso de implementación sin embargo no hay una evaluación al respecto porque inclusive ha habido un tiempo creo que el año o ante año pasado no ha habido el insumo correspondiente entonces por estar concentrados en el tema de la anemia se descuida lo otros nutrientes” (Representante nacional, organización gubernamental)

Con relación al indicador AC4: “Suplementos de hierro en una población en la que los niños de 6-59 meses tienen un 20% más de prevalencia de anemia”, se evidenciaron barreras de **evaluación de la efectividad y brechas de evidencias**.

“Los niveles de adherencia a la suplementación con hierro es todavía una preocupación; y si bien es cierto desde el 2019 ya se ha adoptado una nueva forma de suplementar de todas maneras no existe hasta este momento evidencias de una reducción significativa. Entonces a pesar de que esta el proceso de implementación, a pesar de tomar medidas para su seguimiento todavía hay una brecha de investigación de la efectividad de su suplementación” (Representante nacional, organización no gubernamental)

En referencia al indicador AC5: “Polvos de micronutrientes múltiples (MMN para la anemia) en una población en la que los niños de 6-59 meses tienen un 20% o más de prevalencia de anemia”, los expertos identificaron barreras relacionadas a los **débiles procesos de evaluación**:

“Existe la información, pero el que exista la información no significa que se haga la evaluación. Hay hasta en ENDES preguntas relacionadas si en la última semana consumió suplementos de hierro, etc. Están los reportes del ministerio de salud que dicen de la entrega del suplemento, pero no saben si lo consumió. Una evaluación como política, es decir, alguien del nivel central que junte toda esa información o que haga un estudio multicéntrico que diga esto es. Están midiendo cobertura, están midiendo distribución, pero no efecto. Entonces sin medir el efecto el impacto es imposible hacer la medición de la efectividad” (Representante nacional, organización no gubernamental)

Otra barrera señalada es la relacionada a las **dificultades políticas expresadas en las reformas y contrarreformas que ha experimentado**:

“Haber lo que pasa es que seguramente sabes el tema de los multimicronutrientes ha tenido subidas y bajadas. Hubo un momento en que los multimicronutrientes era prescrito para diagnóstico de anemia y ahora esta prescrito básicamente para prevención. Una de estas de opinión de un grupo que llego al ministerio y lo intento de descalificar completamente inclusive hasta quitarlo completamente dentro de la normativa, luego regreso. Lo que tenían lo terminaron de distribuir y después salió la norma y se terminó venciendo y se lo pasaron a cuna más, etc.” (Representante nacional, organización no gubernamental)

“Hay más entretelones por detrás que es la llegada de… al ministerio de salud, ella lleva a …, se hace el despelote porque quieren cambiar normas y compras de micronutrientes que había hecho..., quien compro a través de UNICEF lo que te cuesta en el mercado te cuesta en UNICEF la tercera parte. Cuando cambian de gestión dice que van a cambiar esas normas porque eso no corrigen ni mejoran nada la anemia sigue igual. Eso hizo que el estado se quedara con un montón de MMN eso fue torpeza de los funcionarios de turno haciendo cambio de norma sin verificar botaron esos insumos se perdió plata. Se ha cambiado la norma, pero la estadística de anemia en el Perú sigue siendo igual “el producto no es el problema”. (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

En el caso del indicador AC6: “Suplementación preventiva con zinc”, los expertos identificaron como barrera **la falta de normativas o políticas específicas**:

"Si el zinc aparece en alguna norma, es porque está incluido en el paquete de multimicronutrientes, pero esa norma está dirigida a reducir la anemia. No es porque haya una política definida de suplementación preventiva con zinc". (Representante nacional, organización no gubernamental).

Los expertos señalaron que se evaluó la aplicación de la suplementación preventiva con zinc en niños, pero **no había pruebas suficientes para considerar** la carencia de zinc en niños como un problema de salud pública que justificara su aplicación.

"Debemos tener cuidado porque cuando se debatió técnicamente la suplementación preventiva, el análisis fue que no había pruebas suficientes en el país para que pusiéramos en marcha un plan de suplementación preventiva con zinc. El hecho de que no tengamos una estrategia de suplementación preventiva con zinc para niños no

está mal, es sólo que no es necesaria." (Representante nacional, organismo internacional)

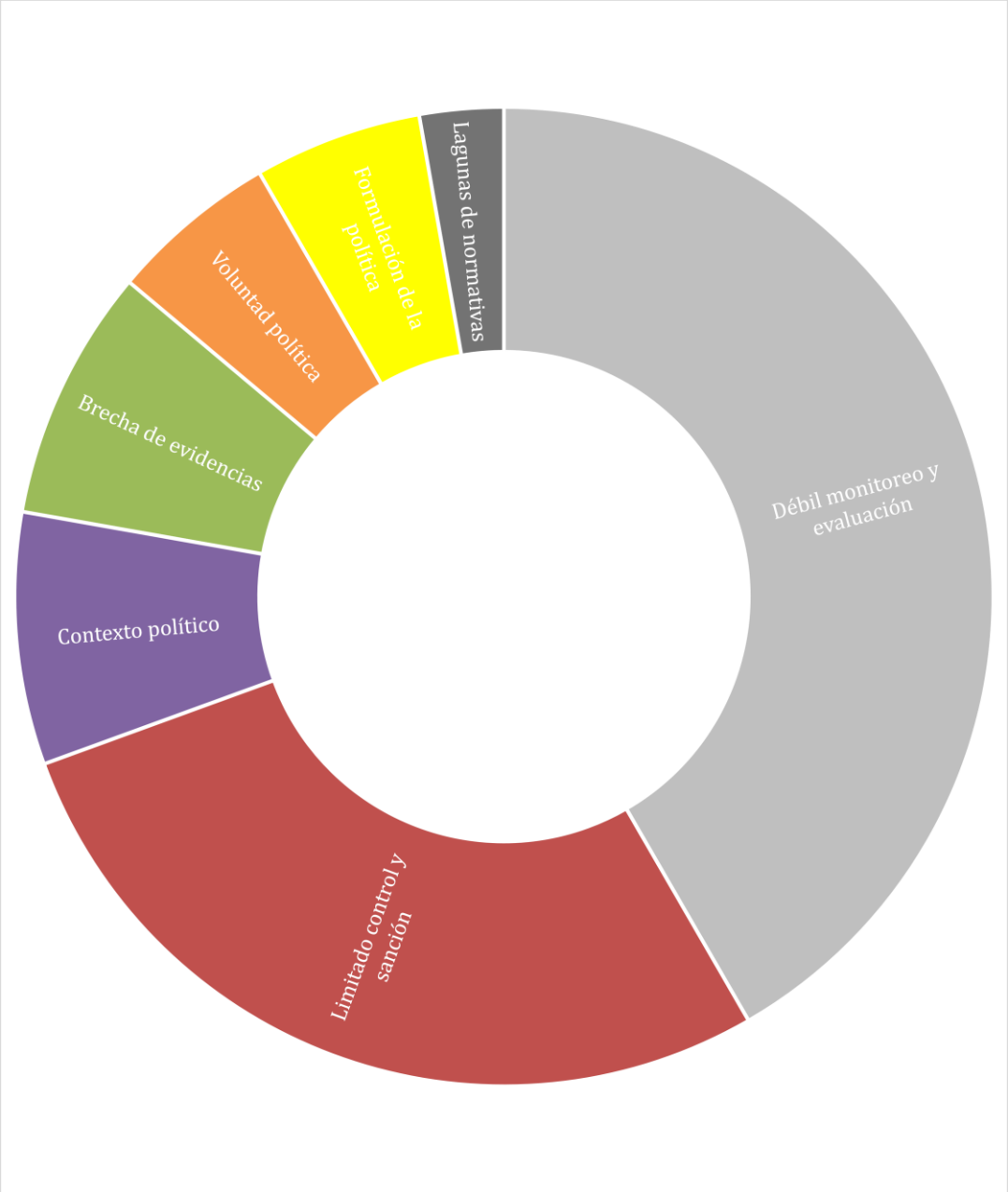

Figura 9. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de Alimentación Complementaria según referencias de codificación

4.1.3.1.3 Barreras para la aplicación de indicadores de regulación de la publicidad

Para el indicador MARKANS1: “El gobierno aplica políticas eficaces para restringir la exposición y el poder de promoción de alimentos poco saludables entre los niños a

través de los medios de comunicación (televisión, radio)", los expertos identificaron lagunas en los procesos de **seguimiento y evaluación**:

"Nada que ver, no existe evaluación. Si hay todo un tema para la restricción que ha pegado mucho en los niños, pero no hay una correcta evaluación, políticas eficaces tampoco" (Representante nacional, organismo no gubernamental)

"Si se ha normado, pero nuevamente la implementación es la que es débil porque a quien le toca hacer el seguimiento es al MINSA de la mano INDECOPI. El contrapeso de la empresa privada trabajando en contracorriente es muy grande" (Representante nacional, organismo de cooperación internacional)

También se identificaron barreras relacionadas a los **vacíos legales de la normativa**:

"La normativa esta, pero entre las líneas puedes encontrar maneras de evadir esto, y que de hecho se da porque igual se dan propagandas en la televisión, pero depende mucho de cuanto la población puede estar dispuesta o no a comprar el producto, y a exigir" (Representante nacional, organismo gubernamental)

Para el indicador MARKANS2: "El gobierno aplica políticas eficaces para restringir la exposición y el poder de la promoción de alimentos poco saludables entre los niños a través de medios de comunicación no televisivos (por ejemplo, Internet, redes sociales, envases de alimentos, patrocinios, publicidad exterior, incluso alrededor de las escuelas)", los expertos identificaron las siguientes barreras relacionadas a **lagunas de regulación específica**:

"No podemos regular ni redes sociales, ni internet ... no, no tenemos esa parte normativa en el país, es este ámbito cerrado ¿no? ni siquiera abierta. formaría parte de la agenda pública. Cómo controlas ese contenido clave en internet ¿no? No hemos llegado a ese punto la normativa" (Representante nacional, organismo gubernamental)

MARKANS3: "El gobierno aplica políticas eficaces para garantizar que no se promocionan alimentos poco saludables entre los niños en los lugares donde se reúnen (por ejemplo, centros preescolares, eventos deportivos y culturales)", los expertos señalaron **también lagunas de regulación especifica y limitada capacidad de control**

“Solamente hemos trabajado ahorita en el ámbito escolar, digamos está en una fase de ejecución. Si hablamos de centros deportivos, entornos abiertos aún no se ha iniciado. Se ha iniciado en muy pocos municipios” (Representante nacional, organismo gubernamental)

“Un principal problema es la capacidad del estado para poder cumplir eso y el sector privado por eso hace lo que quiere. Los gobiernos locales ni de salud hacer algo para replegar eso, no tiene la capacidad técnica y de control” (Representante nacional, organismo de cooperación internacional)

La debilidad de los procesos de implementación, monitoreo y evaluación; **los vacíos legale**s y los **procesos de sanción** fueron identificados como barreras para el indicador MARKFI1: “El gobierno aplica políticas eficaces para restringir la exposición y el poder de promoción de los preparados para lactantes a través de los medios de comunicación (televisión, radio)”. Los expertos mencionaron que, aunque existe regulación, hay dificultades para aplicarla. Asimismo, los expertos señalaron que la escasa aplicación de la normativa y las lagunas jurídicas impedían sancionar a las empresas por su incumplimiento.

"La normativa está ahí, pero entre líneas se pueden encontrar formas de eludirla, y eso de hecho ocurre porque sigue habiendo anuncios en la televisión". (Representante nacional, sector gubernamental)

La limitada capacidad operativa para llevar a cabo **procesos sancionadores y la escasa supervisión y evaluación** se identificaron como obstáculos para la aplicación de indicador MARKFI2: “El gobierno aplica políticas efectivas para restringir la exposición y el poder de promoción de los preparados para lactantes a través de medios de comunicación no audiovisuales (por ejemplo, Internet, redes sociales, envases de alimentos, patrocinios, publicidad exterior, incluso alrededor de los centros de salud)”. Los expertos comentaron que, según la normativa vigente, debería aplicarse una política de este tipo, pero no hay pruebas de su aplicación. Otros expertos mencionaron lo difícil que es regular lo que ocurre en internet y las redes sociales.

"Esto es más difícil de controlar, estamos mucho más allá de lo que realmente ocurre en Internet". (Representante nacional, organismo internacional)

Para el indicador MARKFI3: “El gobierno aplica políticas eficaces para garantizar que las fórmulas infantiles no se promocionan comercialmente en entornos prenatales y postnatales”. Los expertos identificaron barreras relacionadas **al recurso humano como el conflicto de interés de un sector del personal de salud**:

“Ai hay conflicto de intereses y todavía sé que están ahí los visitadores médicos y aun se ven las latas de leche en los hospitales o sea con la norma y todo, o sea pueden hacerlo” (Representante nacional, sector gubernamental)

También se identificaron barreras relacionadas a los **débiles procesos de evaluación**:

“En el entorne prenatal si existe la normativa y está bien colocado, se ejecuta, pero la evaluación es débil. La ejecución es difícil nuevamente por la cometida de empresa que hacen cosas para quebrar la ley” (Representante nacional, sector cooperación internacional)

Además, se identificaron barreras relacionadas a la **limitada capacidad de supervisión, control y sanción**:

“La posibilidad de hacer la vigilancia de todos los espacios pre y post natales excede la capacidad de hacer la vigilancia. Puede existir la norma, pero no se cumple a cabalidad, no. La ejecución de esa norma implica tener a alguien que fiscalice la normativa de impedir que esta publicidad se realice y no hay. Entonces vas a tener equipos del MINSA o de INDECOPI y de los municipios si quieres que van a salir eventualmente por alguna campaña y el resto de días del año no están, entonces no hay forma de asegurar de lo que dice la norma se cumpla” (Representante nacional, sector no gubernamental)

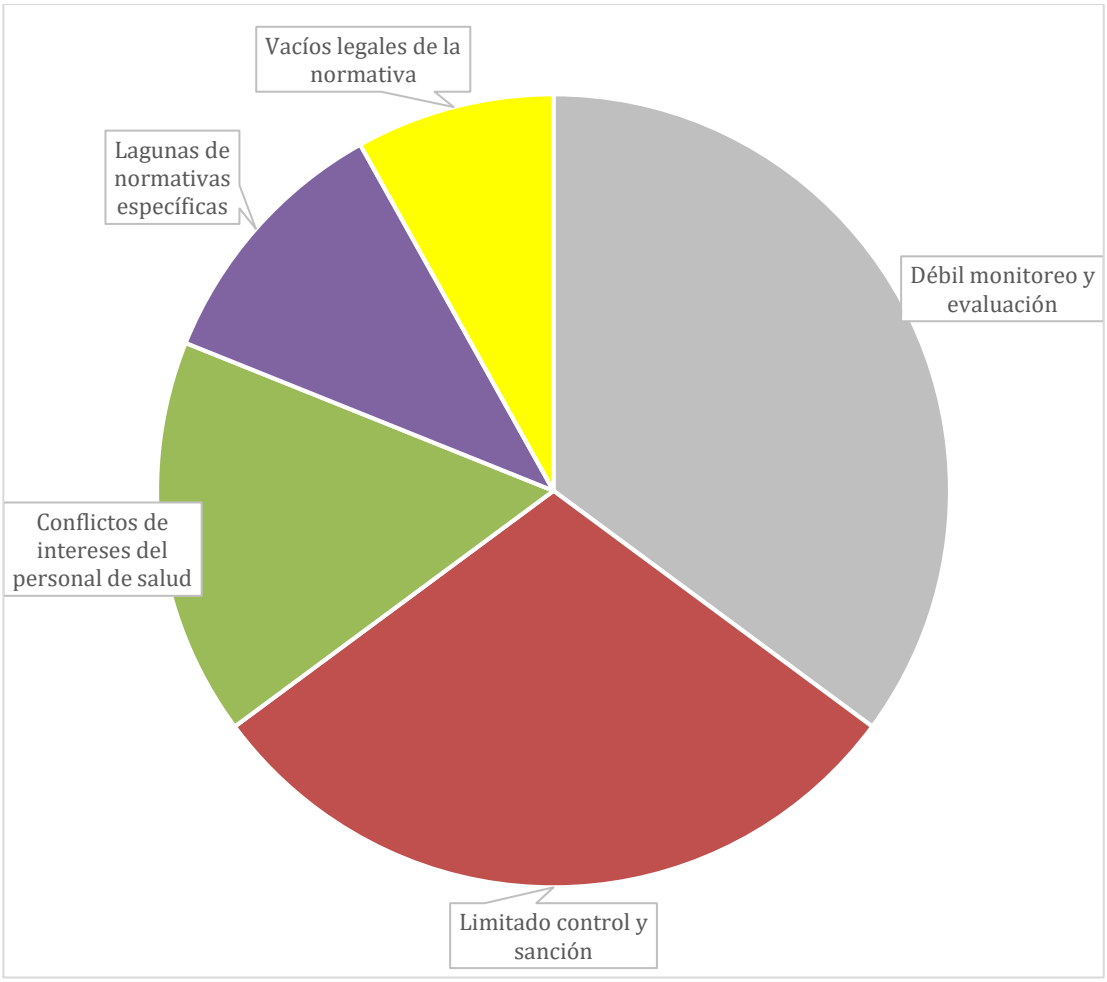

Figura 10. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de regulación de la publicidad de alimentos no saludables y formulas infantiles, según referencias de codificación

4.1.3.1.4 Barreras para la aplicación de indicadores de Nutrición Materna

Con relación al indicador NM1: “El gobierno ha establecido suplementos orales de hierro y ácido fólico con 30 a 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia durante el embarazo”, los expertos no señalaron barreras, precisaron que la evaluación continua que se hace actualmente favorece el desempeño de su aplicación, otro aspecto positivo es la adición de la norma que cubre a la gestante adolescente.

Con relación al indicador NM2: “Consejeria nutricional o asesoramiento nutricional (contenido específico) durante el embarazo”, los expertos identificaron barreras relacionadas a los **vacíos de procesos de evaluación**:

“La ejecución va bien, no se está evaluando adecuadamente a pesar de haberse creado el HIS, en REUNIS y ves ahí todavía le falta datos e indicadores adecuados contra anemia esa brecha se ha ignorado” (Representante nacional de cooperación internacional)

En referencia al indicador NM3: “Suplementación con calcio para embarazadas con una ingesta baja de calcio”, los expertos mencionaron la existencia de barreras referidas a **brechas en procesos de evaluación**:

“En el marco de la presupuestal salud materna neonatal, se entrega a todas las gestantes calcio como tal; pero en relación con la evaluación yo puedo estar entregando el suplemento, pero no necesariamente se está haciendo la evaluación a nivel nacional” (Representante nacional, sector gubernamental)

También se identificaron barreras relacionadas a la **disponibilidad de insumos**:

“Hubo queja que los suplementos no estaban disponibles para la entrega la ejecución estaba fallando” (Representante nacional, sector no gubernamental)

Para el indicador NM4: “Suplementación con vitamina A para embarazadas (dosis baja para poblaciones con alta prevalencia de carencia)”, los expertos identificaron obstáculos de **brechas de evidencias** específicos para su aplicación, ya que la consideraban innecesaria. Los expertos indicaron que la suplementación con vitamina A se administró a las puérperas hasta 2014, año en que se suspendió. Según los expertos entrevistados, la suplementación con vitamina A en mujeres embarazadas es innecesaria en el Perú y sostuvieron, además, que la evidencia sugiere que la suplementación con vitamina A sin control durante el embarazo podría ser teratogénica, razón por la cual no está en la agenda del Ministerio de Salud.

"No hay suplementación de vitamina A en embarazadas, porque por definición la evidencia sugiere que el exceso de vitamina A puede ser teratogénico, por eso no se da a embarazadas". (Representante nacional, organización no gubernamental)

En referencia al indicador NM5: “Desparasitación para poblaciones en las que las mujeres embarazadas tienen una prevalencia del 20% o más de infección por anquilostoma o T. trichiura y una prevalencia del 40% o más de anemia”, los expertos identificaron que barreras relacionadas al recurso humano (implementadores) en la ejecución y barreras en los **vacíos de procesos de evaluación**:

“La norma existe, la implementación ocurre muy de la mano de alguien que se acuerda y la hace. Hay una parte de ejecución débil y evaluación no existe” (Representante nacional de cooperación internacional)

Para el indicador NM6: “ Pinzamiento oportuno del cordón umbilical” los expertos identificaron debilidades en los procesos de **supervisión y control** de su cumplimiento así como en evaluación de resultados e impacto:

“Los porcentajes de ejecución no son malos, estamos hablando por arriba del 60% en la mayoría de los casos. En algunas regiones hasta el 80%. Podrían ser mejores, y podría haber más vigilancia; una cosa es registrar y otra cosa comprobar que se haga” (Representante nacional, organización gubernamental)

“Está en ejecución, inclusive el registro de nacido en vivo no se ha evaluado y está en discusión como verifico si el personal verdaderamente lo ha hecho, el personal te puede decir que lo ha hecho” (Representante nacional, organización gubernamental)

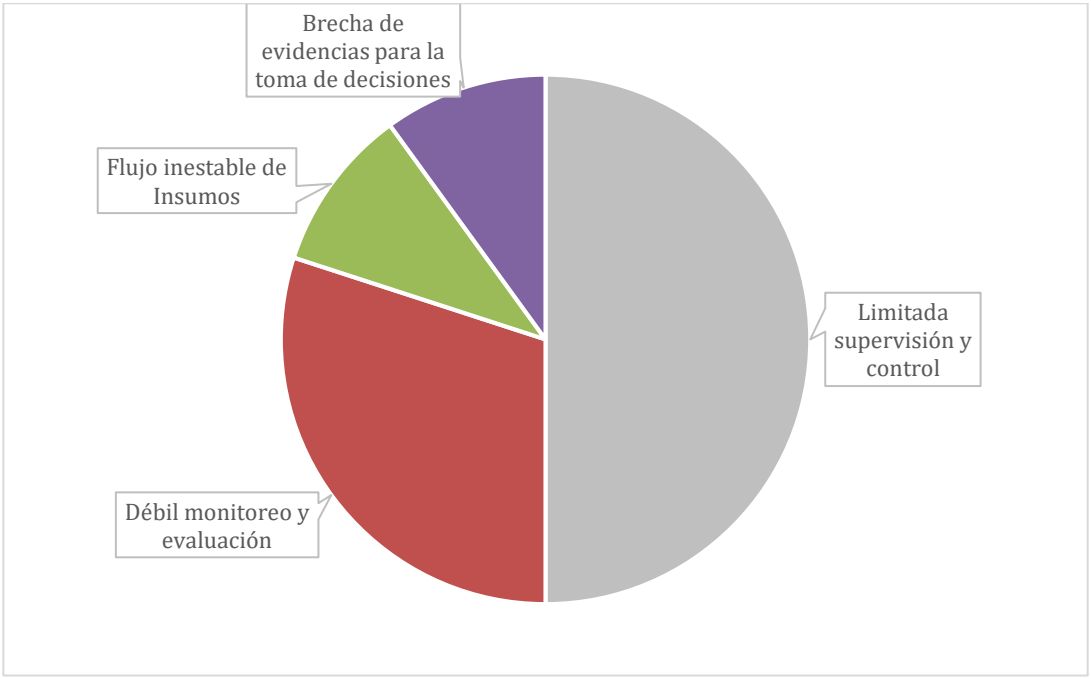

Figura 11. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de programas de nutrición materna, según referencias de codificación

4.1.3.1.5 Barreras para la aplicación de indicadores de programas de alimentación preescolar

Con relación al indicador PREE1: “El gobierno ha establecido objetivos/normas de composición de los alimentos para los servicios de alimentación preescolar en relación con el contenido de nutrientes criticos en determinados alimentos o grupos de alimentos que contribuyen de forma importante a la ingesta de estos nutrientes críticos por parte de la población (grasas trans, azúcares añadidos, sal, grasas saturadas)”. Los expertos identificaron barreras relacionadas **a vacíos de regulación específica:**

“No existe la regulación eso está en formulación como parte de una ficha técnica para entrega de alimentos en lugares donde se atiendan niños” (Representante nacional, organización gubernamental)

“No existe una regulación específica, pero creo que hay bastante material con la ley de alimentación saludable y también la guía peruana de alimentación para menores de dos años, la normativa del programa Cuna Más hay diferentes documentos y lo último sobre quioscos saludables, también está el octógono” (Representante nacional, organización gubernamental)

PREE2: “El gobierno garantiza la aplicación de políticas claras y coherentes (incluidas normas nutricionales) en los servicios de educación preescolar para las actividades de restauración (comedores, comida en eventos, recaudación de fondos, promociones, máquinas expendedoras, etc.) con el fin de ofrecer y promover opciones alimentarias saludables”. Los expertos señalaron **lagunas de regulación específica:**

“ Para promover la alimentación saludable en estos espacios existen políticas para promover alimentos en estos espacios los cuales no son específicos para menores de dos años esto está en etapa incipiente. El tema de proveer alimentación saludable ya depende de otros actores no solamente ministerio de Salud , o el CENAN; para eso faltaría trabajar un poco más con otros sectores para llegar a proveer alimentación saludable” (Representante nacional, organización gubernamental)

“Si hablamos de promover y proveer alimentación saludable solo tenemos lo que aporta el programa Cuna Más, pero la cobertura de Cuna Más es pobre, ahí estamos en fase de diseño” (Representante nacional, organización de cooperación internacional)

Con relación al indicador PREE3: “El Gobierno vela por que existan buenos sistemas de apoyo y formación para ayudar a los centros de educación preescolar y a sus

proveedores de servicios de restauración a cumplir las políticas y directrices sobre servicios alimentarios saludables". Los expertos también mencionaron la falta de seguimiento y evaluación como uno de los principales obstáculos. Los expertos volvieron a señalar que existen normativas, pero que desconocen si se **supervisa su aplicación o evaluación.**

"Lo que existe es el reglamento, la norma del MINSA involucra al MINEDU para que a través de la entrega curricular y pedagógica ocurra, pero no hay pruebas de evaluación o seguimiento ni de si se ejecuta correctamente; como estructura general no hay ninguna". (Representante nacional, organismo internacional)

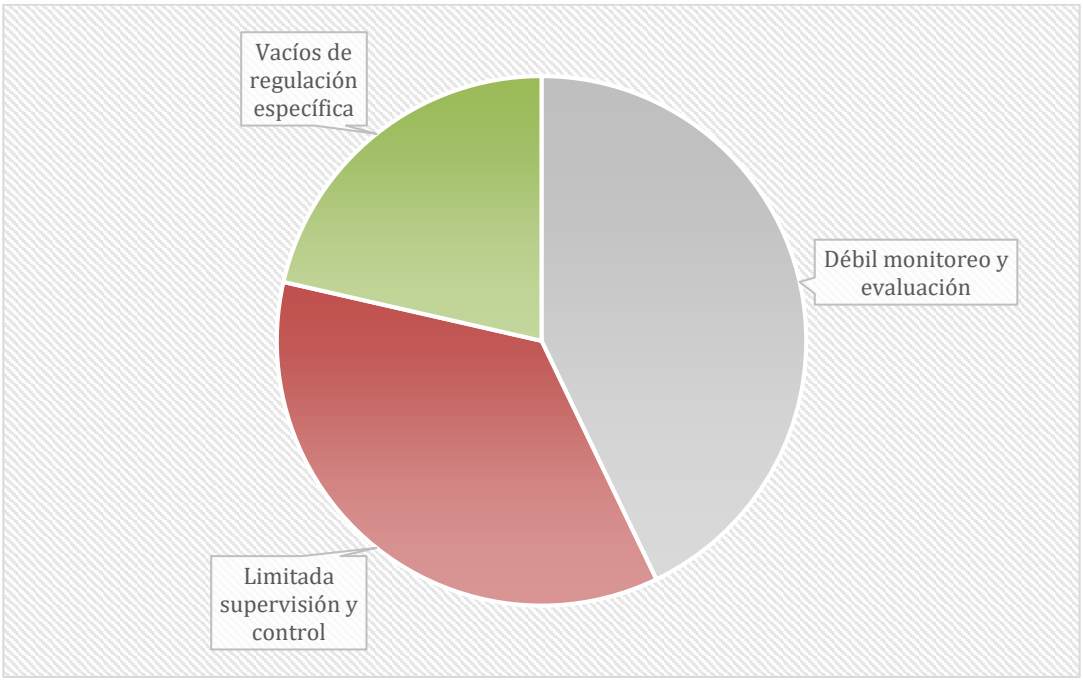

Figura 12. Gráfico comparativo de barreras identificadas para la aplicación de indicadores de programas de alimentación preescolar, según referencias de codificación

4.1.4.2 Barreras para la aplicación de Indicadores de soporte a las acciones de doble finalidad calificadas en etapas tempranas del proceso de políticas

Las barreras para introducir una plataforma formal entre el gobierno y el sector comercial de alimentos para implementar políticas de alimentación saludable para

prevenir la DBM en IYC fueron vistas como debidas a la falta de regulación o política existente y limitaciones políticas debido a la falta de continuidad de las iniciativas gubernamentales durante los cambios de gobierno en el país, como explicó un experto:

"Se implementó en algún momento un grupo de trabajo con el sector alimentario CONFIEP [Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas], pero cuando hubo cambios de gobierno, se desactivó y ya no hubo ese trabajo conjunto con el sector alimentario como el que se había iniciado en 2018, los cambios políticos afectan el rumbo de las políticas públicas, lamentablemente." (Representante nacional, sector gobierno)

Los obstáculos encontrados para restringir las influencias comerciales del desarrollo de políticas relacionadas con la prevención de la obesidad, el retraso del crecimiento y la anemia ferropénica en niños pequeños fueron la falta de regulación o política para un procedimiento estructurado, y la existencia de influencias comerciales en la elaboración de políticas, como mencionaron estos expertos:

"La sociedad nacional de la industria ha presionado al congreso para que no promulgue la ley de alimentación sana, pero el gobierno no ha puesto en marcha procedimientos sólidos para frenar este cabildeo. No hay leyes para combatir la doble agenda, ni la puerta giratoria de congresistas con funcionarios de empresas fabricantes de alimentos". (Representante nacional, organización no gubernamental)

"El gobierno no está haciendo nada para evitar que el sector privado le sobrepase, no hay nada en la agenda pública. Hay que ver los ejemplos de otros países. Los aparatos legislativos de los países tienen dispositivos legales que obligan a los candidatos a declarar quién financia su candidatura y a transparentar la llamada gestión de intereses, que está totalmente regulada y no se oculta. La investigación sobre la formalización y transparencia del quehacer político es un segmento de las tareas que no existe en el Perú." (Representante nacional, organización internacional)

Los obstáculos para poner en marcha una agencia estatutaria de promoción de la salud que incluya el objetivo de promover dietas sanas y variadas de los ASI con una fuente de financiación segura fueron la insuficiencia presupuestaria, debida a la inestabilidad política del país y a la falta de financiación sostenible.

"El presupuesto es siempre demasiado escaso para las acciones de promoción de la salud. Esto se acentúa aún más cuando hay inestabilidad". (Representante nacional, sector gubernamental)

Los expertos identificaron obstáculos en los procesos de evaluación y consideración de los impactos sobre la nutrición y la salud durante el desarrollo de las políticas no alimentarias, como la falta de una evaluación del impacto sobre la salud, ya que este proceso no se controlaba ni supervisaba adecuadamente.

En cuanto al establecimiento de objetivos de ingesta de nutrientes (hierro, azúcares añadidos, grasas), los expertos señalaron como obstáculo la falta de regulación o de políticas, e indicaron que actualmente no está en la agenda del gobierno ponerlos en práctica, según explicaron los expertos:

"Idealmente nos gustaría implementarlo, pero desafortunadamente siento que el gobierno no ha establecido objetivos claros, sólo han establecido los parámetros; sólo en el caso del hierro esto está en fase de formulación". (Representante nacional, organización internacional)

"Esto es muy complejo de implementar porque sabemos cuánto hierro necesita un niño, pero no está cubierto, por eso debemos cubrirlo, porque sabemos que la dieta es deficiente. Lo que hemos hecho aquí es aplicar el etiquetado frontal, que es una forma diferente de tener objetivos claros para reducir la ingesta. Hasta ahora no hemos trabajado con objetivos de ingesta en el país. Sin embargo, no es algo que se pueda hacer ahora". (Representante nacional, sector gubernamental)

Entre los obstáculos para la investigación financiada por el gobierno y dirigida a la obesidad, el retraso en el crecimiento y la anemia ferropénica en los AEPI y sus desigualdades relacionadas, se incluían la insuficiente investigación apoyada por el gobierno y la brecha presupuestaria entre las diferentes instituciones, tal y como afirmó un experto:

"En general, la investigación en el país ha ido mejorando mucho en cuanto a la cantidad de dinero que se invierte, pero sigue siendo pequeña en comparación con otros países como Colombia, México, Canadá, Chile y Brasil." (Representante nacional, agencia internacional)

Además, debido a la actual pandemia de COVID-19, algunas investigaciones no han podido continuar.

"Tenemos una investigación sobre anemia que se ha paralizado en cierta medida y esperamos el año que viene terminarla porque tenemos las muestras en los congeladores". (Representante nacional, sector gubernamental)

4.1.4 Priorización de las políticas de salud según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida en el Perú

4.1.4.1 Priorización de los indicadores relacionados a las **acciones de doble finalidad implementadas en Perú** según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

Se identificaron y priorizaron un total de 12/27 indicadores **relacionados a las acciones de doble finalidad**, los cuales fueron calificados como de "alto impacto" y "alta viabilidad" (Fig. 13), ver detalles de la puntuación recibida por indicador en el anexo 7. **Cinco** acciones se centradas en la **lactancia materna** (implementación de la política nacional de lactancia materna; aplicación de la iniciativa nacional de hospitales y centros de salud amigos de los niños; aplicación de la legislación sobre licencia por maternidad remunerada; aplicación de normas y directrices nacionales de promoción y apoyo a la lactancia materna; aplicación de actividades comunitarias de divulgación y apoyo a la lactancia materna. Se priorizaron **tres** acciones que giraban en torno a la **nutrición materna** (suplementación con hierro y ácido fólico en mujeres embarazadas, asesoramiento nutricional para mujeres embarazadas, aplicación del pinzamiento oportuno del cordón umbilical). También se priorizo **dos** acciones de **alimentación complementaria** (asesoramiento en la alimentación complementaria y suplementación con hierro). Finalmente se priorizo **una** acción de **comercialización de alimentos** (restricción de la promoción de alimentos poco saludables en entornos donde se reúnen los niños) y **nutrición preescolar** (El gobierno garantiza políticas coherentes para ofrecer y promover opciones alimentarias saludables)

Indicadores priorizados		
	Lactancia materna	Política nacional de lactancia materna
	Lactancia materna	Iniciativa nacional de hospitales y centros de salud amigos del niño
	Lactancia materna	Legislación sobre licencia de maternidad remunerada
	Lactancia materna	Normas y directrices nacionales para la promoción y el apoyo a la lactancia materna
	Lactancia materna	Actividades comunitarias de divulgación y apoyo a la lactancia materna con cobertura nacional
	Alimentación complementaria	Asesoramiento nutricional para una alimentación complementaria adecuada
	Alimentación complementaria	Suplementación con Hierro
	Publicidad	Restricción de la promoción de alimentos poco saludables en entornos donde se reúnen los niños
	Nutrición materna	Suplementación de hierro y ácido fólico en mujeres embarazadas
	Nutrición materna	Asesoramiento nutricional para mujeres embarazadas
	Nutrición materna	Pinzamiento oportuno del cordón umbilical
	Nutrición preescolar	Aplicación de políticas (incluidas las normas de nutrición) en los servicios de educación de la primera infancia para que los servicios de alimentación ofrezcan y promuevan opciones alimentarias saludables (nota: esta es la única acción en la fase inicial de aplicación)

Figura 13. Indicadores relacionados a las **acciones de doble finalidad** priorizados desde la perspectiva de los expertos **considerando los criterios de** viabilidad e impacto esperado

4.1.4.2 Priorización de los indicadores **de soporte a las acciones de doble finalidad** implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida

En relación con los indicadores del componente de soporte a las acciones de doble finalidad se identificaron y priorizaron un total de 8/20 considerados de "alto impacto" y "alta viabilidad" (Fig 14), ver detalle de puntuaciones para cada indicador en el anexo 8. Entre los indicadores priorizados figuran tres acciones para el liderazgo: apoyo político (ejecutivo) para prevenir la DCM en los INM2A;

Implementación de directrices dietéticas claras, interpretativas y basadas en evidencias; reducción de las desigualdades para proteger a las poblaciones vulnerables a la DCM en los INM2A. Se priorizaron también tres acciones relacionadas al seguimiento: implementación de sistemas de seguimiento para las cinco ADF; seguimiento de la situación y el progreso de la DCM en los INM2A y seguimiento del progreso de la reducción de desigualdades nutricionales en los INM2A de poblaciones vulnerables. Finalmente se priorizó una acción de los ámbitos de gobernanza (implementación de políticas y procedimientos para utilizar la evidencia en el desarrollo de políticas nutricionales para la DCM en los INM2A) y financiación/recursos (financiamiento de intervenciones y políticas para reducir la DCM en los INM2A).

Indicadores priorizados		
	Liderazgo	Apoyo político (ejecutivo) para prevenir la DCM(*) en INM2(**)
	Liderazgo	Establecer y aplicar de directrices dietéticas para INM2 basadas en evidencia
	Liderazgo	Reducir las desigualdades o proteger a las poblaciones vulnerables de la DCM en INM2
	Gobernanza	Implementar políticas y procedimientos para utilizar la evidencia en el desarrollo de políticas de nutrición relacionadas con la DCM en INM2
	Monitoreo y evaluación	Implementación de sistemas de seguimiento para las cinco acciones de doble finalidad
	Monitoreo y evaluación	Seguimiento de la situación y el progreso de la DCM en INM2 mediante mediciones antropométricas y bioquímicas
	Monitoreo y evaluación	Seguimiento periódico de los avances en la reducción de las desigualdades nutricionales en la población infantil vulnerable
	Financiamiento y recursos	Financiación de intervenciones y políticas para prevenir y reducir la DCM en INM2

Figura 14. Indicadores de soporte a las **acciones de doble finalidad** priorizados desde la perspectiva de los expertos **considerando los criterios de** viabilidad e impacto esperado

4.2. Discusión

4.2.1 Resumen de resultados

Este estudio evaluó el alcance de la implementación actual de las políticas de salud implementadas en Perú según recomendaciones globales para el abordaje de la doble carga de malnutrición desde los primeros dos años de vida. También se identificaron priorizaron las acciones gubernamentales prioritarias para hacer frente a la doble carga de malnutrición en Perú.

4.2.2 Aspectos positivos

Se evidenció que varios indicadores relacionados a las acciones de doble finalidad (ADF) estaban en etapas avanzadas del ciclo de políticas: suplementación con hierro y ácido fólico para mujeres embarazadas; suplementación con hierro para niños; suplementación con multimicronutrientes (MMN) en polvo; aplicación de legislación sobre licencia de maternidad remunerada; y aplicación del código internacional de comercialización de sucedáneos de la lactancia materna. Además, aproximadamente la mitad de los indicadores de políticas y casi tres cuartas partes (14/20) de los indicadores de soporte a las ADF se clasificaron en etapas de "implementación/evaluación".

Estos resultados pueden explicarse por el hecho de que el gobierno peruano ha demostrado durante las últimas décadas un fuerte compromiso político para abordar con éxito el retraso del crecimiento. La evidencia muestra que la combinación de cuatro acciones clave ayudó a reducir la prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños: la implementación de la Estrategia Nacional de Nutrición (conocida como CRECER), la creación del programa presupuestario denominado Programa Articulado de Nutrición (llamado PAN), la adopción de un programa de transferencias monetarias condicionadas (conocido como JUNTOS) y la Iniciativa de Nutrición Infantil (integrada por organizaciones no gubernamentales, agencias de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil) (Acosta, 2011). Es evidente que una acción clave para lograr la reducción del retraso del crecimiento fue disponer de mecanismos sólidos de coordinación entre departamentos y niveles de gobierno para garantizar la coherencia, la alineación y la integración de las políticas. El presente estudio muestra que esta acción de soporte a las ADF fue una

de las acciones gubernamentales con mayor número de evidencias identificadas (Fig 5) (considerando las estructuras de coordinación formal creadas para abordar el retraso del crecimiento y la anemia). Todas estas acciones clave, conocimientos y "konw-how" para reducir el retraso en el crecimiento podrían aprovecharse para abordar la DCM. Actualmente, la anemia y el sobrepeso/obesidad continúan siendo un desafío para los servicios de salud públicos peruanos a pesar de los esfuerzos del gobierno por reducirlos.

4.2.3 Acciones políticas que necesitan fortalecerse

Casi la cuarta parte (6/27) de los indicadores relacionados a las ADF se clasificaron en las primeras etapas del ciclo de políticas, como por ejemplo: suplementación con zinc en niños; implementación buenos sistemas de apoyo y capacitación para ayudar a los centros preescolares y a sus proveedores de alimentos a cumplir con políticas y pautas de servicios de alimentos saludables; restringir la promoción de fórmulas infantiles en Internet/redes sociales; y restringir la promoción de fórmulas infantiles en la televisión y la radio. Por otro lado, los expertos consideraron que sólo un tercio (6/20) de los indicadores del componente de soporte a las ADF se encontraban en la etapa completa de "implementación/evaluación". Además, no hubo evidencia de acción gubernamental con relación a la implementación de plataformas formales entre el gobierno y el sector alimentario comercial para implementar políticas alimentarias saludables.

Estos hallazgos podrían explicarse por el hecho de que el Perú aún no cuenta con una política explícita para abordar la doble carga de la desnutrición, y en el presente estudio los expertos identificaron obstáculos para la implementación de los indicadores de políticas y de soporte a las políticas, entre los que se incluyen: falta de regulaciones, monitoreo inadecuado /evaluación para garantizar el cumplimiento, influencias comerciales sobre los responsables de la formulación de políticas, recursos insuficientes, prioridades cambiantes de salud pública con la pandemia de COVID-19 e inestabilidad política.

4.2.4 Acciones gubernamentales con baja implementación

Entre los indicadores relacionados a las ADF (6/27) encontrados en las primeras etapas del ciclo de políticas, tres de ellos estaban relacionado con la suplementación (suplementación con vitamina A en embarazadas; desparasitación de mujeres

embarazadas residentes en zonas con una prevalencia del 20% o más de infección por anquilostoma o T. trichiura y una prevalencia de anemia del 40% o superior; suplementación preventivos de zinc para niños). En primer lugar, los expertos creían que la suplementación preventiva con zinc para los niños era irrelevante como política de salud pública en el Perú debido a la ausencia de estadísticas nacionales actualizadas sobre la deficiencia de zinc. Sin embargo, en 2011, se estimó que el 34,5% de la población peruana tenía una ingesta deficiente de zinc según los datos de ingesta dietética (Cediel et al., 2015). A pesar de las preocupaciones sobre la deficiencia de vitamina A en las zonas rurales del Perú (Pajuelo, Miranda & Zamora, 2015), la aplicación de la suplementación con vitamina A es baja en las mujeres embarazadas, lo que puede explicarse en parte por las preocupaciones planteadas en el análisis cualitativo de los expertos con respecto a la teratogenicidad de las dosis altas. Por último, la implementación de la política de desparasitación durante el embarazo es débil a pesar de la existencia de una directiva (MINSA, 2017), las barreras para la implementación incluyeron un seguimiento y evaluación deficientes.

Otros indicadores en las primeras etapas del ciclo de políticas se relacionaron con la restricción de la publicidad de fórmulas infantiles en los medios en línea o en la televisión o la radio y la implementación de buenos sistemas de apoyo y capacitación para ayudar a los entornos preescolares y sus proveedores de catering a cumplir con las políticas y pautas de servicios de alimentos saludables. En relación con la baja implementación de las restricciones a la promoción de fórmulas infantiles en Internet, televisión y radio los expertos identificaron varios obstáculos a la implementación: los débiles procesos de seguimiento, evaluación y sanción y las lagunas legales obstaculizaban la implementación de las restricciones. Una situación similar existe en otros países, por ejemplo, en México, las madres de niños pequeños están muy expuestas a la comercialización de sucedáneos de la leche materna a través de la televisión, la radio y las redes sociales, a pesar de que la legislación mexicana prohíbe la promoción de sucedáneos de la leche materna (Hernández-Cordero et al., 2022). El informe de la OMS sobre la situación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna (WHO, 2022) indica que la mayoría de los países de la región de las Américas tienen legislación que prohíbe al menos alguna forma de promoción de sucedáneos de la leche materna. Sin embargo, el marketing persiste, ya que existen lagunas en la legislación en las que los conflictos de intereses, algunos mecanismos

de promoción y anuncios públicos no están totalmente cubiertos por la legislación existente. Este informe destaca la importancia de la voluntad política al más alto nivel para acelerar el progreso en la región. En referencia a baja implementación de buenos sistemas de apoyo y capacitación para ayudar a los entornos preescolares y sus proveedores de catering a cumplir con las políticas y pautas de servicios de alimentos saludable, los expertos destacaron la falta de seguimiento y evaluación como la principal barrera. Se obtuvieron resultados similares en estudios que analizaron el nivel de implementación de entornos alimentarios saludable utilizando la herramienta Food-EPI en varios otros países (Laar et al., 2020; Nieto et al., 2019; Sánchez et al., 2022; Manga et al., 2022).

El presente estudio también encontró que 6/20(30%) indicadores relacionados con el componente de soporte a las ADF fueron calificados en las primeras etapas (establecimiento/formulación de la agenda) del ciclo de políticas. Estos resultados son similares a los reportados para Chile, que informó que el 21% de los indicadores de apoyo a la infraestructura fueron calificados como "muy bajos o nulos" de implementación (Vandevijvere et al., 2019). Por otro lado, países como Guatemala y Senegal reportaron la mayor proporción de indicadores categorizados como "baja implementación" 95% (23/24) y 90% (20/22), respectivamente (Sánchez et al., 2022; Manga et al., 2022).

4.2.5 Priorización de acciones gubernamentales

Se priorizaron 12 de 27 indicadores relacionados a las ADF para abordar la DCM en INM2A en Perú, estos fueron calificados por los expertos como de “alto impacto” y “alta viabilidad”. Entre estos, se priorizaron cinco relacionados con la lactancia materna. Al respecto, la OMS destaca el impacto de las iniciativas para promover y proteger la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses (y después) en: el crecimiento y desarrollo infantil, la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en etapas posteriores de la vida y la regulación del aumento de peso materno en el período posparto, protegiendo contra la obesidad y las ENT-RD (WHO, 2017b). Las acciones priorizadas coinciden con las de una revisión reciente sobre intervenciones efectivas de salud materno infantil para prevenir la DCM, que identificó las siguientes acciones: asesoramiento sobre lactancia materna para madres en todos los entornos, maximizar el apoyo a la lactancia materna a través de la legislación, apoyo

a la licencia de maternidad, instalaciones en el lugar de trabajo para la lactancia materna. y restricciones a la comercialización de sucedáneos de la leche materna (Keats et al., 2021). La revisión también sugiere que las intervenciones educativas realizadas a través de trabajadores de salud comunitarios durante el período posnatal fueron efectivas para mejorar las prácticas de lactancia materna. Esto podría considerarse como un indicador del componente de políticas en futuras evaluaciones.

Según una encuesta nacional reciente en Perú (INEI, 2021), la lactancia materna entre niños <6 meses ha disminuido un 4,4% entre 2020 (68,4%) y 2021 (64,0%), lo que sugiere que todavía quedan brechas por llenar para garantizar que la lactancia materna prospere. Los expertos destacaron la necesidad de una política nacional de lactancia materna, ya que el comité de lactancia materna del Ministerio de Salud identificó la necesidad de trabajar en una ley de promoción de la lactancia materna para brindar más apoyo a la lactancia materna porque las regulaciones existentes a menudo son débiles, especialmente en lo que respecta a los sucedáneos de la leche materna. Los expertos informaron que la implementación de hospitales amigos de madres y bebés requería un trabajo intensivo y constante. Los expertos destacaron las desigualdades en el acceso a la licencia de maternidad remunerada para las mujeres que trabajan en el sector informal, a pesar de la legislación. Los expertos indicaron que existe un lento proceso de implementación de "estándares y directrices nacionales para la promoción y apoyo a la lactancia materna" desde el momento en que se promulgan hasta su plena implementación en los entornos de atención médica. Los expertos también destacaron el probable alto impacto de las actividades comunitarias de lactancia materna; sin embargo, mencionaron la necesidad de capacitar al personal de salud para garantizar la implementación. Es importante considerar todos estos aspectos para mejorar las tasas de lactancia materna en el Perú.

Se priorizaron tres indicadores relacionados con la nutrición materna (suplementación de hierro y fólico en mujeres embarazadas, asesoramiento nutricional a mujeres embarazadas y corte oportuno del cordón umbilical). Cabe señalar que los expertos mencionaron la necesidad de un mejor control de la adherencia a la suplementación para lograr un impacto positivo durante el embarazo. Otra de las acciones priorizadas fue la asesoría nutricional a mujeres embarazadas. Los expertos señalaron diferentes aspectos que deben mejorarse para facilitar el impacto de la consejería en las mujeres embarazadas, como contar con suficiente

personal con tiempo disponible para realizar la consejería de acuerdo con la normativa, capacitación del personal de salud, estandarización de mensajes clave, seguimiento, estructura y espacio adecuado. También se dio prioridad al corte oportuno del cordón umbilical, pero señalaron que el éxito depende de la motivación y la confianza del personal.

Se priorizaron dos indicadores relacionados con la alimentación complementaria (asesoramiento para la alimentación complementaria; suplementación con hierro en niños). Esta priorización del asesoramiento es consistente con evidencia como la revisión sistemática de Lassi et al 2020, que muestra el impacto probable de la educación sobre alimentación complementaria para aumentar la puntuación Z del peso para la edad en 0,41 desviaciones estándar (DE) y la altura para la edad. puntuación Z de edad en 0,25 DE en INM2A. Los expertos señalaron que existen serias dificultades inherentes al sistema de salud que dificultan la implementación óptima de la consejería en alimentación complementaria, que va más allá de las capacidades y actitudes del personal de salud en términos de tiempo y recursos humanos disponibles, las exigencias del cumplimiento de metas asociadas a cobertura de servicios en lugar de estar orientados al impacto. Una situación similar se informó en Brasil en relación con la Estrategia Brasileña de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, donde la falta de financiación específica, el seguimiento de la lactancia materna y las prácticas de alimentación complementaria son los principales desafíos (Moura et al., 2022)

Surgieron otras dos indicadores prioritarios relacionados (El gobierno garantiza la aplicación de políticas claras y coherentes (incluidas normas nutricionales) en los servicios de educación infantil para las actividades de restauración (comedores, comida en eventos, recaudación de fondos, promociones, máquinas expendedoras, etc.) para ofrecer y promover opciones alimentarias saludables; El gobierno aplica políticas eficaces para garantizar que no se promocionan alimentos poco saludables entre los niños en los lugares donde se reúnen (por ejemplo, centros preescolares, eventos deportivos y culturales). La evidencia de otros estudios sugiere que para mejorar la rentabilidad de la política de nutrición preescolar, es necesario priorizar la implementación en las áreas más pobres, supervisar y controlar de cerca la cadena de suministro y distribución, fortalecer las capacidades de las familias en la alimentación del INM2A, ofrecer alimentos sabrosos y culturalmente aceptables, y

proporcionan un porcentaje de moderado a alto de la ingesta dietética recomendada de energía y micronutrientes clave (Kristjansson et al., 2016). Estos hallazgos son similares a los de Senegal (Manga et al., 2022) y a los de otros seis países del Sur Global (Chile, Guatemala, Malasia, México, Sudáfrica, Tailandia), donde la restricción de la promoción de alimentos no saludables entre los niños (a través de los medios de difusión, medios no transmitidos y lugares donde se reúnen los niños) fue una de las acciones políticas priorizadas por los expertos (Vandevijvere, 2019)

Se priorizaron ocho indicadores del componente de soporte a las ADF. Tres de ellos estaban relacionados con el fortalecimiento del liderazgo. Tres se centraron en introducir mejores sistemas de seguimiento. Los indicadores restantes apuntaban a una mejor gobernanza y a proporcionar más financiamiento para intervenciones y políticas para reducirla DCM en INM2A, con un enfoque en la reducción de las desigualdades. Expertos de otros seis países (Chile, Guatemala, Malasia, México, Sudáfrica y Tailandia) priorizaron acciones de infraestructura similares para promover un entorno alimentario saludable (Vandevijvere, 2019), entre ellas: mayor apoyo político, seguimiento del estado nutricional de la población, uso de evidencia en el desarrollo/implementación de políticas, y aumento de fondos para la promoción de la nutrición de la población. En Ghana (Laar et al., 2020; Asiki et al., 2020), los expertos nacionales identificaron y priorizaron acciones para promover un entorno alimentario saludable utilizando la herramienta Food-Epi. Ambos países priorizaron algunas acciones similares a las de Perú para abordar la DCM, incluida la necesidad de monitorear la salubridad del entorno alimentario. En general, los expertos en Perú resaltaron algunas dificultades que deben ser tomadas en consideración para facilitar la implementación de los indicadores priorizados. Por ejemplo, falta de viabilidad/regulaciones legales, monitoreo/evaluación/aplicación inadecuados, lobby comercial de los responsables de la formulación de políticas, recursos insuficientes, prioridades de salud pública contrapuestas e inestabilidad política. En relación a la falta de recursos, los expertos destacaron la grave escasez de personal sanitario, especialmente en asesoramiento nutricional. Para ello, se sugiere el uso de recursos educativos digitales para reducir la carga del personal y educar a los cuidadores y familias. Los estudios muestran que las intervenciones de e-& mHealth pueden ser efectivas para promover dietas saludables en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (Muller et al., 2016)

4.2.6 Fortalezas y limitaciones

La primera fortaleza de este estudio es la producción de un documento de evidencia reciente y completo como resultado del mapeo de políticas para el abordaje de la DCM en INM2A. El documento de evidencia recopila 143 regulaciones que muestran acciones gubernamentales relacionadas con los 47 indicadores.

Otro punto fuerte de este estudio es la incorporación de indicadores destinados a abordar la DCM en el componente de políticas de la herramienta Food-EPI adaptada. Esta es una contribución importante ya que no existen herramientas que se centren en el análisis de políticas para la DCM. Esta herramienta puede ser utilizada por investigadores y formuladores de políticas de otros países para evaluar políticas destinadas a abordar la DCM en INM2A. Sugerimos revisar y ajustar los indicadores (incluir/eliminar/modificar) a la situación particular de cada país. Por ejemplo: la deficiencia de micronutrientes puede ser de distinta naturaleza en cada país, por lo que se sugiere ajustar los indicadores de suplementación según problemáticas específicas. También se sugiere considerar la inclusión de otros indicadores relevantes (previo análisis de la evidencia científica disponible y el contexto específico de cada país) como la nutrición materna durante el período de lactancia.

Otro punto fuerte del estudio fue la inclusión de un componente cualitativo para complementar la calificación cuantitativa del nivel de implementación y priorización, proporcionando un análisis en profundidad de las barreras que obstaculizan la implementación de acciones de las ADF.

Este estudio también tiene algunas limitaciones, en primer lugar fue necesario adaptar la herramienta Food-EPI, que fue desarrollada principalmente para la prevención de ENT-RD, este hecho limitó la comparabilidad de nuestros resultados fuera del Perú. La segunda limitación se refiere a la sustitución de los paneles deliberativos presenciales habitualmente utilizados en la metodología Food-EPI por entrevistas individuales en línea debido a la pandemia de COVID-19. Si bien la realización de paneles de deliberación cara a cara con expertos puede haber contribuido positivamente al proceso de consenso al reunir a un grupo de expertos para priorizar las acciones gubernamentales en la lucha contra la desnutrición, las

entrevistas individuales permitieron una exploración más profunda de las opiniones de los expertos.

CONCLUSIONES

Con relación al alcance de la aplicación de las acciones de doble finalidad (ADF) y de soporte a las ADF encontramos que el gobierno peruano está implementando políticas relacionadas con las cinco acciones de doble finalidad recomendadas por la OMS para abordar la DBM desde los primeros años de vida. Cabe señalar que las acciones gubernamentales implementadas fueron diseñadas para abordar tipos específicos de desnutrición, como la desnutrición crónica infantil, la anemia, el sobrepeso y la obesidad.

Con relación a las barreras para la aplicación de las ADF es necesario reforzar algunos indicadores de ADF y de soporte a las ADF sobre todo las que se encuentran en las primeras etapas del ciclo de implementación de políticas ya que se identificaron barreras para su implementación que deben abordarse para mejorar la implementación y, por lo tanto, el impacto de estas acciones en la DCM. Estos incluyen viabilidad legal o falta de regulaciones, monitoreo/evaluación inadecuados para garantizar la aplicación, influencias comerciales sobre los formuladores de políticas, recursos insuficientes, prioridades cambiantes de salud pública con la pandemia de COVID-19 e inestabilidad política.

En relación con las acciones de doble finalidad y de soporte a las acciones de doble finalidad prioritarias se identificaron veinte indicadores de acciones gubernamentales prioritarias para abordar la DCM en INM2A en Perú. Un aspecto positivo es que solo uno de ellos (El gobierno garantiza la aplicación de políticas claras y coherentes (incluidas normas nutricionales) en los servicios de educación infantil para las actividades de restauración (comedores, comida en eventos, recaudación de fondos, promociones, máquinas expendedoras, etc.) con el fin de ofrecer y promover opciones alimentarias saludables) fue evaluado en las primeras etapas del ciclo de implementación de políticas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los tomadores de decisiones gubernamentales alinear las acciones existentes dentro de una política nacional con objetivos y metas específicos destinados a abordar la DCM.

Se recomienda a la comunidad científica el uso de la herramienta desarrollada para el análisis de políticas que abordan la DCM en INM2A.

A los responsables de la formulación de políticas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, se recomienda el uso de los hallazgos del estudio para facilitar el proceso de abogacía para colocar a la DCM y a las ADF como prioritarias en la agenda pública y, sobre todo, apoyar la toma de decisiones sobre el fortalecimiento y/o implementación de acciones prioritarias del gobierno, a través de un proceso participativo, para prevenir la DCM desde los primeros años de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asiki G, Wanjohi MN, Barnes A, Bash K, Muthuri S, et al. (2020). Benchmarking food environment policies for the prevention of diet-related non-communicable diseases in Kenya: National expert panel's assessment and priority recommendations. PLOS ONE 15(8): e0236699. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236699

Adair, L. S., Fall, C. H., Osmond, C., Stein, A. D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M., Sachdev, H. S., Dahly, D. L., Bas, I., Norris, S. A., Micklesfield, L., Hallal, P., Victora, C. G., & COHORTS group (2013). Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. Lancet (London, England), 382(9891), 525–534. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60103-8

Acosta, A.M. (2011), Analysing Success in the Fight against Malnutrition in Peru. IDS Working Papers, 2011: 2-49. https://doi.org/10.1111/j.2040-0209.2011.00367.x

Antúnez de Mayolo, Santiago E.(1981). La nutrición en el antiguo Perú, Lima, Banco Central de Reserva del Perú, Oficina Numismática.

Baird, J., Fisher, D., Lucas, P., Kleijnen, J., Roberts, H., & Law, C. (2005). Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. BMJ (Clinical research ed.), 331(7522), 929. https://doi.org/10.1136/bmj.38586.411273.E0

Birkland, Thomas A. (2001). *An Introduction to the Policy Process; Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*. Armonk: M.E. Sharpe.

Brock JF, Autret M. (1952). Kwashiorkor in Africa. World Health Organization Monograph Series No. 8. Geneva.

Carrillo-Larco, R. M., Guzman-Vilca, W. C., Leon-Velarde, F., Bernabe-Ortiz, A., Jimenez, M. M., Penny, M. E., Gianella, C., Leguía, M., Tsukayama, P., Hartinger, S. M., Lescano, A. G., Cuba-Fuentes, M. S., Cutipé, Y., Diez-Canseco, F., Mendoza, W., Ugarte-Gil, C., Valdivia-Gago, A., Zavaleta-Cortijo, C., & Miranda, J. J. (2021). Peru - Progress in health and sciences in 200 years of independence. Lancet regional health. Americas, 7, 100148. https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148

Cediel G, Olivares M, Brito A, Cori H, López de Romaña D. Zinc Deficiency in Latin America and the Caribbean. Food Nutr Bull. 2015;36(2 Suppl):S129-S138. doi:10.1177/0379572115585781

Development Initiatives. 2021 Global Nutrition Report: shining a light to spur action on nutrition. Country Nutrition Profiles. Available at: https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/

Columbia University. (2021). *Public Health Policy: Definition, Examples, and More. Recuperado el 2 de febrero 2024, de https://www.publichealth.columbia.edu/news/public-health-policy-definition-examples-more*

Devakumar, D., Fall, C. H., Sachdev, H. S., Margetts, B. M., Osmond, C., Wells, J. C., Costello, A., & Osrin, D. (2016). Maternal antenatal multiple micronutrient supplementation for long-term health benefits in children: a systematic review and meta-analysis. BMC medicine, 14, 90. https://doi.org/10.1186/s12916-016-0633-3

Dietz, W. H., Baur, L. A., Hall, K., Puhl, R. M., Taveras, E. M., Uauy, R., & Kopelman, P. (2015). Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. Lancet (London, England), 385(9986), 2521–2533. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61748-7

Dye, Thomas R. (1972). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.

Eckert, S., & Kohler, S. (2014). Urbanization and health in developing countries: a systematic review. World health & population, 15(1), 7–20. https://doi.org/10.12927/whp.2014.23722

Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, et al. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. SAGE Open, 4(1). https://doi.org/10.1177/2158244014522633

Galaurchi, A., Chatio, S. T., Beeri, P., O, A. R., Ofosu, W., Hanson, M., Newell, M. L., Norris, S. A., Ward, K. A., Nonterah, E. A., Biesma, R. (2021). Stakeholder Perspectives on Barriers and Facilitators on the Implementation of the 1000 Days Plus Nutrition Policy Activities in Ghana. International journal of environmental research and public health, 18(10), 5317. https://doi.org/10.3390/ijerph18105317

Global Nutrition Report 2015: Actions and accountability to advance nutrition and sustainable development. International Food Policy Research Institute, 2015. https://www.ifpri.org/publication/global-nutrition-report-2015.

Godfrey, K. M., Reynolds, R. M., Prescott, S. L., Nyirenda, M., Jaddoe, V. W., Eriksson, J. G., & Broekman, B. F. (2017). Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. The lancet. Diabetes & endocrinology, 5(1), 53–64. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30107-3

Golden, M. The Development of Concepts of Malnutrition. The Journal of Nutrition, Volume 132, Issue 7, 2002, Pages 2117S-2122S, ISSN 0022-3166, https://doi.org/10.1093/jn/132.7.2117S.7

Gluckman, P. D., Hanson, M. A., & Beedle, A. S. (2007). Non-genomic transgenerational inheritance of disease risk. BioEssays : news and reviews in molecular, cellular and developmental biology, 29(2), 145–154. https://doi.org/10.1002/bies.20522

Guzmán Barrón A. La Nutrición en el Antiguo Perú. An Fac med [Internet]. 14 de marzo de 1955 [citado 28 de agosto de 2023];38(1):43-7. Disponible en: https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/9113

Hawkes, C., Ruel, M. T., Salm, L., Sinclair, B., & Branca, F. (2020). Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. Lancet (London, England), 395(10218), 142–155. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32506-1

Hernández-Cordero S, Vilar-Compte M, Castañeda-Márquez AC, Rollins N, Kingston G, Pérez-Escamilla R. Exposure to marketing of breastmilk substitutes in Mexican women: Sources and scope. Int Breastfeed J. 2022;17(1):16. Published 2022 Mar 2. doi:10.1186/s13006-022-00455-y

Huicho L, Vidal-Cardenas E, Akseer N, et al. Drivers of stunting reduction in Peru: a country case study. Am J Clin Nutr. 2020;112 (Suppl 2):816s–829s. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa164.

INFORMAS. 2020. Benchmarking food environments. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI). https://www.informas.org/food-epi/, accessed: 2 december 2022.

International Food Policy Research Institute. 2016. Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. Washington, DC

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Online]. Available at: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/

Irache, A., Gill, P., & Caleyachetty, R. (2022). The co-occurrence of overweight/obesity and anaemia among adult women, adolescent girls and children living in fifty-two low- and middle-income countries. Public health nutrition, 25(6), 1595–1606. https://doi.org/10.1017/S1368980021002512

Keats EC, Das JK, Salam RA, et al. Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence. Lancet Child Adolesc Health. 2021;5(5):367-384. doi:10.1016/S2352-4642(20)30274-1

Kuzawa, C. W., Hallal, P. C., Adair, L., Bhargava, S. K., Fall, C. H., Lee, N., Norris, S. A., Osmond, C., Ramirez-Zea, M., Sachdev, H. S., Stein, A. D., Victora, C. G., & COHORTS Group (2012). Birth weight, postnatal weight gain, and adult body composition in five low- and middle-income countries. American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council, 24(1), 5–13. https://doi.org/10.1002/ajhb.21227

Kramer, C., Allen, S., (2015). Malnutrition in developing countries. Paediatrics and Child Health, Volume 25, Issue 9, 2015,Pages 422-427, ISSN 1751-7222, https://doi.org/10.1016/j.paed.2015.04.002.

Kristjansson EA, Gelli A, Welch V, Greenhalgh T, Liberato S et al. Costs, and cost-outcome of school feeding programmes and feeding programmes for young children. Evidence and recommendations. International Journal of Educational Development. 2016;48:79-83. https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2015.11.011

Laar A, Barnes A, Aryeetey R, et al. Implementation of healthy food environment policies to prevent nutrition-related non-communicable diseases in Ghana: National experts' assessment of government action. Food Policy. 2020;93:101907. doi:10.1016/j.foodpol.2020.101907

Lassi ZS, Rind F, Irfan O, Hadi R, Das JK, Bhutta ZA. Impact of Infant and Young Child Feeding (IYCF) Nutrition Interventions on Breastfeeding
Practices, Growth and Mortality in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review. Nutrients. 2020;12(3):722. Published 2020 Mar 10. doi:10.3390/nu12030722

Manga, J. S., Diouf, A., Vandevijvere, S., Diagne, M., Kwadjode, K., Dossou, N., Thiam, E. H. M., et al. (2022). Evaluation and prioritisation of actions on food environments to address the double burden of malnutrition in Senegal: perspectives from a national expert panel. Public Health Nutrition, 25(8), 2043–2055. Cambridge University Press. DOI: https://doi.org/10.1017/S1368980022000702

Martinez, R. Hambre y desigualdad en los países andinos La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. CEPAL. Naciones Unidas. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6116/S05788_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martorell, R . Mejora de la nutrición en los primeros 1000 días y del capital humano y la salud de los adultos. Soy J Hum Biol. 2017 ; 29 :e22952. https://doi.org/10.1002/ajhb.22952

Mendoza-Quispe, D., Hernández-Vásquez, A., Miranda, J.J., Anza-Ramirez, C., Carrillo-Larco, R.M., Pomati, M., Nandy, S. and Bernabe-Ortiz, A. (2021),

Urbanization in Peru is inversely associated with double burden of malnutrition: Pooled analysis of 92,841 mother–child pairs. Obesity, 29: 1363-1374. https://doi.org/10.1002/oby.23188

Menon, S., & Peñalvo, J. L. (2019). Actions Targeting the Double Burden of Malnutrition: A Scoping Review. Nutrients, 12(1), 81. https://doi.org/10.3390/nu12010081

Ministerio de Salud. (2021). Informe Gerencial SIEN HIS Estado Nutricional de Niños Menores de 5 Años y Gestantes que acceden a Establecimientos de Salud. https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2021/Inf%20Gerencial%20SIEN-HIS%202021.pdf, accessed: 1 december 2022.

Ministerio de Salud. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Ministry of health; 2017

Misra, A., & Khurana, L. (2008). Obesity and the metabolic syndrome in developing countries. The Journal of clinical endocrinology and metabolism, 93(11 Suppl 1), S9–S30. https://doi.org/10.1210/jc.2008-1595.

Monteiro, C. A., Moubarac, J. C., Cannon, G., Ng, S. W., & Popkin, B. (2013). Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 14 Suppl 2, 21–28. https://doi.org/10.1111/obr.12107
National Institute of Health. 2022. NIH style guide. https://www.nih.gov/nih-styleguide/age#:~:text=Children%20(1%20year%20through%2012,Adults%20(18%20years%20or%20older

Mora M. (2022).La Teoria de las representaciones sociales de Sergio Moscovici. Athenea digital. Num. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n2/15788946n2a8.pdf

Moura, A. S., Gubert, M. B., Venancio, S. I., & Buccini, G. (2022). Implementation of the Strategy for Breastfeeding and Complementary Feeding in the Federal District in Brazil. International journal of environmental research and public health, 19(9), 5003. https://doi.org/10.3390/ijerph19095003

Müller, A. M., Alley, S., Schoeppe, S., & Vandelanotte, C. (2016). The effectiveness of e-& mHealth interventions to promote physical activity and healthy diets in developing countries: A systematic review. The international journal of behavioral nutrition and physical activity, 13(1), 109. https://doi.org/10.1186/s12966-016-0434-2

Nieto, C., Rodríguez, E., Sánchez-Bazán, K., Tolentino-Mayo, L., Carriedo-Lutzenkirchen, A., Vandevijvere, S., & Barquera, S. (2019). The INFORMAS healthy food environment policy index (Food-EPI) in Mexico: An assessment of implementation gaps and priority

recommendations. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *20 Suppl 2*, 67–77. https://doi.org/10.1111/obr.12814

Ng, S., Swinburn, B., Kelly, B., Vandevijvere, S., Yeatman, H., Ismail, M. N., & Karupaiah, T. (2018). Extent of implementation of food environment policies by the Malaysian Government: gaps and priority recommendations. Public health nutrition, 21(18), 3395–3406. https://doi.org/10.1017/S1368980018002379

Laar, A., Barnes, A., Aryeetey, R., Tandoh, A., Bash, K., Mensah, K., Zotor, F., Vandevijvere, S., & Holdsworth, M. (2020). Implementation of healthy food environment policies to prevent nutrition-related non-communicable diseases in Ghana: National experts' assessment of government action. Food policy, 93, 101907. https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2020.101907

Lutter, C. K., Grummer-Strawn, L., & Rogers, L. (2021). Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. Nutrition reviews, 79(8), 825–846. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa143

Ong, K. K., Ahmed, M. L., Emmett, P. M., Preece, M. A., & Dunger, D. B. (2000). Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. BMJ (Clinical research ed.), 320(7240), 967–971. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7240.967

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). (1997). Anuario de Relaciones Internacionales: Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Recuperado el 2 febrero2024, de https://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/A97/A97-DAMB4.htm#:~:text=La%20Cumbre%20Mundial%20sobre%20la,17%20de%20Noviembre%20de%201996.

Organización Panamericana de la Salud. (1993). Programa de Alimentación y Nutrición: Conferencia Internacional sobre Nutrición. Bol of Sanit Panam. 115 (3), 1993. Recuperado el 2 febrero 2024, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16277/v115n6p558.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Conferencia%20Internacional%20sobre%20Nutrici%C3%B3n,y%20formular%20estrategias%20al%20respecto.

Pajuelo, J., Miranda, M., & Zamora, R. (2015). Prevalence of vitamin A deficiency and anemia in children under five years of age in Peru. Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública, 32(2), 245-251. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.322.1614

Popkin, B. M., Corvalan, C., & Grummer-Strawn, L. M. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. Lancet (London, England), 395(10217), 65–74. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32497-3

Pomati, M., Mendoza-Quispe, D., Anza-Ramirez, C., Hernández-Vásquez, A., Carrillo Larco, R. M., Fernandez, G., Nandy, S., Miranda, J. J., & Bernabé-Ortiz, A. (2021). Trends and patterns of the double burden of malnutrition (DBM) in Peru: a pooled analysis of 129,159 mother-child dyads. International journal of obesity, 45(3), 609–618. https://doi.org/10.1038/s41366-020-00725-x

Pollit, E.(1984). La nutrición y el rendimiento escolar. Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO). Disponible en: https://guao.org/sites/default/files/biblioteca/Serie%20de%20Educaci%C3%B3n%20sobre%20Nutrici%C3%B3n.pdf

Pradeilles, R., Baye, K., & Holdsworth, M. (2019). Addressing malnutrition in low- and middle-income countries with double-duty actions. The Proceedings of the Nutrition Society, 78(3), 388–397. https://doi.org/10.1017/S0029665118002616

Prentice A. M. (2018). The Double Burden of Malnutrition in Countries Passing through the Economic Transition. Annals of nutrition & metabolism, 72 Suppl 3, 47–54. https://doi.org/10.1159/000487383

Phulkerd S, Sacks G, Vandevijvere S, Worsley A, Lawrence, M. (2017). Barriers and potential facilitators to the implementation of government policies on front-of-pack food labeling and restriction of unhealthy food advertising in Thailand. Food Policy 71:101-110. https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2017.07.014.

Real Academia Española. (2014). Diccionario en linea de la Lengua Española. Disponible en: https://dle.rae.es/

Semba R. D. (2016). The Rise and Fall of Protein Malnutrition in Global Health. Annals of nutrition & metabolism, 69(2), 79–88. https://doi.org/10.1159/000449175

Santos, M. P., Turner, B., & Chaparro, M. P. (2021). The double burden of malnutrition in Peru: An update with a focus on social inequities. The American journal of clinical nutrition, 113(4), 865–873. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa387

Sánchez-Nóchez, C. M., Ramirez-Zea, M., Vandevijvere, S., & Kroker-Lobos, M. F. (2022). Benchmarking public policies to create healthy food environments compared to best practice: the Healthy Food Environment Policy Index in Guatemala. Archives of public health = Archives belges de sante publique, 80(1), 174. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00928-w

Temponi, H.R., Velasquez-Melendez, G. (2020).Prevalence of double burden on malnutrition at household level in four Latin America countries. Rev. Bras. Saúde

Mater. Infant., Recife, 20 (1): 27-35 jan-mar. http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000100003

Torres-Roman, J. S., Azañedo, D., Ruiz, E. F., Avilez, J. L., & Málaga, G. (2017). The double burden of malnutrition: a threat for Peruvian childhood. Gaceta sanitaria, 31(4), 359–360. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.011

Victora, C. G., de Onis, M., Hallal, P. C., Blössner, M., & Shrimpton, R. (2010). Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions. Pediatrics, 125(3), e473–e480. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1519

Vandevijvere S, Dominick C, Devi A, Swinburn B. (2015). International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support . The healthy food environment policy index: findings of an expert panel in New Zealand. Bulletin of the World Health Organization 93(5):294-302. https://doi.org/10.2471/BLT.14.145540

Vandevijvere, S., Barquera, S., Caceres, G., Corvalan, C., Karupaiah, T., Kroker-Lobos, M. F., L'Abbé, M., Ng, S. H., Phulkerd, S., Ramirez-Zea, M., Rebello, S. A., Reyes, M., Sacks, G., Sánchez Nóchez, C. M., Sanchez, K., Sanders, D., Spires, M., Swart, R., Tangcharoensathien, V., Tay, Z., … Swinburn, B. (2019). An 11-country study to benchmark the implementation of recommended nutrition policies by national governments using the Healthy Food Environment Policy Index, 2015-2018. Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 20 Suppl 2, 57–66. https://doi.org/10.1111/obr.12819

Wells, J. C., Sawaya, A. L., Wibaek, R., Mwangome, M., Poullas, M. S., Yajnik, C. S., & Demaio, A. (2020). The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. Lancet (London, England), 395(10217), 75–88. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32472-9

World Food Program. The cost of the double burden of child malnutrition: social and economic impact. (2017). Disponible en: https://es.wfp.org/publicaciones/el-costo de-la-doble-carga-de-la-malnutricion-impacto-economico-y-social-en-chile

World Food. Program. “El costo de la doble carga de la malnutrición, impacto social y económico en el Perú”. (2022). Disponible en: https://es.wfp.org/publicaciones/el-costo-de-la-doble-carga-de-la-malnutricion-impacto-economico-y-social-en-el-peru

World Health Organization -WHO. Double burden of malnutrition: Policy Brief. 2017(a). Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.3

World Health Organization -WHO. Double-duty actions for nutrition: Policy Brief. 2017(b). Available at: https://www.who.int/nutrition/publications/double-duty-actions-nutrition-policybrief/en/

World Health Organization -WHO. Mid- term review of the Strategic Action Plan to reduce the double burden of malnutrition in WHO South-East Asia Region 2016-2025 – Final Repor (2022), WHO South-East Asia Region.
New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2022. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362070/9789290209898_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2022). Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022. World Health Organization; 2022

World Bank. (2012).The double burden of malnutrition: a review of evidence.2012. Disponible en: https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/e9833429-f246-5a8b-9c3f-dc95cb65fa1f/content

Xun Wu, Ramesh M, Howlett M, Fritzen SA. (2017). The Public Policy Primer. Manging the Policy Process. 2nd Edition. United Kindong: Routledge, 166p. https://doi.org/10.4324/9781315624754

ANEXOS

https://drive.google.com/drive/folders/1PYeIufecWxBhuYy2w4eQTS7sGtl7cYMv?usp=drive_link