

## Resultados iniciales de la quinta ronda de encuestas (2016) de Niños del Milenio-Perú



Este informe presenta los primeros hallazgos de la quinta ronda del estudio Niños del Milenio en el Perú. El estudio longitudinal Niños del Milenio ha seguido dos cohortes de niños nacidos con siete años de diferencia desde 2002.

El informe brinda un panorama de indicadores claves de crecimiento y nutrición para jóvenes que en 2016 tenían 15 años (cohorte menor) y los compara con los datos de la cohorte mayor registrados siete años atrás, cuando sus integrantes también tenían 15 años de edad.

La estructura longitudinal y de cohortes paralelas del estudio permite investigar los cambios ocurridos en el transcurso del tiempo: cómo han afectado a los niños a medida que iban creciendo y qué consecuencias han tenido en su salud cuando llegaron a la adolescencia.

El estudio ha permitido dilucidar algunas de las posibles causas subyacentes del sobrepeso y la obesidad, como la falta de actividad física y el mayor consumo de “comidas rápidas”. Asimismo, hemos encontrado una asociación entre la menarquia temprana y el sobrepeso y la obesidad.

Si bien los niños de la cohorte menor presentan menor probabilidad de sufrir retrasos en el crecimiento físico respecto a los de la cohorte mayor, paralelamente se observa un aumento en el sobrepeso y la obesidad, principalmente entre las familias urbanas y más acomodadas.

### Principales hallazgos

- En cuanto al crecimiento físico, menos jóvenes de la cohorte menor (16%) muestran retraso en comparación con los de la cohorte mayor (31%) cuando tenían la misma edad.
- En la cohorte menor se observa una marcada reducción del retraso en el crecimiento entre las edades de 5 (segunda ronda) y 8 años (tercera ronda). Una reducción adicional del retraso en el crecimiento entre las edades de 12 (cuarta ronda) y 15 años (quinta ronda) resalta que la adolescencia es una segunda oportunidad para recuperar el crecimiento, una tendencia que también se observó en la cohorte mayor.
- La diferencia en el retraso del crecimiento entre los niños urbanos y rurales ha disminuido. La mayor reducción en el retraso del crecimiento entre 2013 (cuarta ronda) y 2016 (quinta ronda) se presenta en entornos rurales y en los hogares más pobres. Sin embargo, estos grupos siguen siendo los más propensos a quedarse atrás y sufrir inseguridad alimentaria.
- El sobrepeso y la obesidad se están incrementando. En 2016, los jóvenes de 15 años (cohorte menor) presentaban más probabilidades de sufrir sobrepeso u obesidad que los de la cohorte mayor cuando, en el 2009, tenían esa misma edad; esto sucedía especialmente en áreas urbanas. En ambas cohortes hay una asociación entre el inicio de la pubertad y el posterior desarrollo de obesidad en las niñas, lo que representa un mayor riesgo de enfermedades crónicas en el transcurso de sus vidas.
- En comparación con los integrantes de la cohorte mayor cuando tenían la misma edad, los de la cohorte menor consumen una dieta un poco más diversa. Las mejoras más importantes se observaron en las áreas rurales y en los hogares más pobres.

### El contexto de las políticas para el crecimiento y la nutrición en el Perú

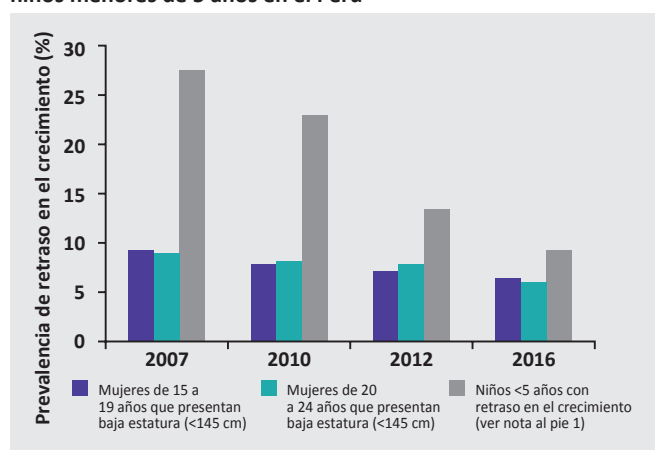
Durante el período del estudio Niños del Milenio (2002-2016), el Perú ha mostrado avances significativos en la reducción de la pobreza. Estos cambios se reflejan en la disminución del retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años (figura 1) y en el incremento de la expectativa de vida de 68 años para los nacidos en 1994-1995 —aplicable a la cohorte mayor— a 71 años para los nacidos en 2001-2002 —aplicable a la cohorte menor— y a 75 años para los nacidos en 2015 (Banco Mundial).

Este cambio se ha atribuido principalmente al crecimiento económico nacional bruto —que se ha traducido en un aumento en el ingreso per cápita y en salarios más altos— y, en menor medida, a los programas de protección social (Morley 2017).

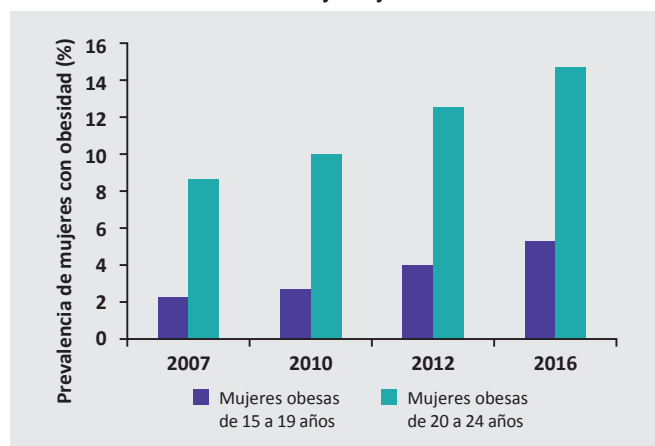
A nivel nacional, si bien las diferencias entre los hogares más ricos y los más pobres se han reducido, los niños del primer grupo aún presentan menor probabilidad de retrasarse en el crecimiento en comparación con los del segundo grupo. Sin embargo, paralelamente se ha detectado un incremento del sobrepeso y la obesidad que amenaza la salud a largo plazo de esta generación y puede tener graves consecuencias económicas y sociales (figura 1).

**Figura 1. Evolución de la obesidad y el retraso del crecimiento en el Perú**

#### Evolución del retraso en el crecimiento de mujeres, jóvenes y niños menores de 5 años en el Perú



#### Evolución de la obesidad en mujeres jóvenes



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar <inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\_digitaes/Est/Lib1433/index.html>

### Prevalencia del retraso en el crecimiento lineal

La prevalencia del retraso en el crecimiento<sup>1</sup> lineal se ha reducido durante el período de estudio. Esta reducción es evidente tanto en hombres como en mujeres, en entornos rurales y urbanos (figura 2), y entre terciles de riqueza, educación de la madre y etnicidad. La disminución es coherente con los informes de retraso en el crecimiento de niños peruanos menores de 5 años.<sup>2</sup>

Los datos de la cohorte menor también nos permiten estudiar cómo avanza el retraso a lo largo del ciclo de vida. El retraso en el crecimiento entre los integrantes del estudio Niños del Milenio es evidente al principio: el 30% de los niños de la cohorte menor mostraban un retraso en el crecimiento al año de edad, que se incrementó al 37% a los 5 años, pero que evidenciaba una reducción en la mitad de la etapa de infancia: a los 8 años, solo 21% de los niños padecían retraso del crecimiento; y a los 12 años, solo 20%. La quinta ronda ha registrado una pequeña reducción general: 16% a los 15 años.

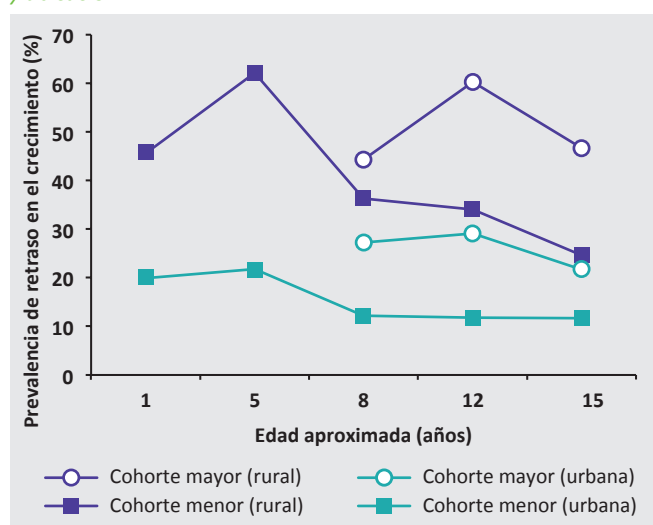
La comparación entre las dos cohortes revela cómo ha cambiado esta trayectoria. Por ejemplo, a diferencia de la cohorte menor, el retraso en el crecimiento entre los niños de la cohorte mayor aumentó del 35% a los 8 años al 43% a los 12 años, pero una gran reducción a los 15 años —llegando al 31%— sugiere que, entre los integrantes de esta cohorte, el crecimiento se recuperó durante la pubertad.

La prevalencia del retraso en el crecimiento difiere según la ubicación (figura 2); así, en las zonas rurales es mayor que en las urbanas para todas las edades.

En la cohorte mayor, el retraso en el crecimiento se incrementó entre los 8 y 12 años de edad, especialmente entre los niños de zonas rurales. Durante la adolescencia, la prevalencia del retraso en el crecimiento disminuyó tanto en los niños rurales como en los urbanos; la disminución fue mayor entre los primeros, pero la diferencia se mantuvo.

En la cohorte menor, las grandes diferencias en la prevalencia del retraso en el crecimiento por ubicación ya eran evidentes al año de edad, con una brecha que crecía aún más a los 5 años: el 62% de los niños rurales mostraban un retraso en el crecimiento, en comparación con el 22% de los niños urbanos. Sin embargo, después de los 5 años de edad hubo evidencias de recuperación del crecimiento, con una reducción en el retraso del crecimiento en la mitad de la etapa de infancia y durante la adolescencia. El retraso en el crecimiento fue menos frecuente en los niños de hogares más ricos o con madres que tenían más años de educación, pero la diferencia entre grupos más y menos privilegiados se redujo a lo largo del tiempo (cuadro 1).

**Figura 2. Evolución del retraso en el crecimiento por edad, cohorte y ubicación**

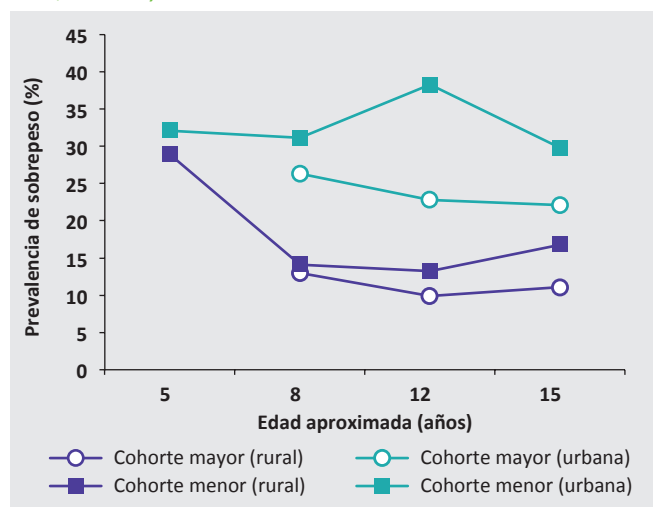


1 Las tasas de prevalencia del retraso en el crecimiento se calculan a partir del porcentaje de niños cuyo z-score de talla para la edad correspondiente es menor que dos desviaciones estándar por debajo de la altura mediana de su población de referencia (misma edad y sexo), según el estándar establecido por la OMS.  
2 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Años 2007, 2010, 2012 y 2016

### Incidencia del sobrepeso y obesidad

El sobrepeso<sup>3</sup> y la obesidad<sup>4</sup> no solo son comunes en el Perú, sino que van en aumento. En 2002, el 20% de los niños de 8 años de la cohorte mayor y el 25% de los niños de la cohorte menor —que tenían la misma edad en el 2009— presentaban sobrepeso u obesidad. En 2006, cuando los niños tenían 12 años, el 17% de la cohorte mayor padecía sobrepeso u obesidad; para el 2013 este porcentaje creció al 29% para la cohorte menor de la misma edad. En 2016, esta diferencia se mantuvo, con el 25% de todos los jóvenes de 15 años de la cohorte menor con sobrepeso u obesidad en comparación con el 17% de la cohorte mayor en 2009.

**Figura 3.** La evolución del sobrepeso, incluida la obesidad, por edad, cohorte y ubicación



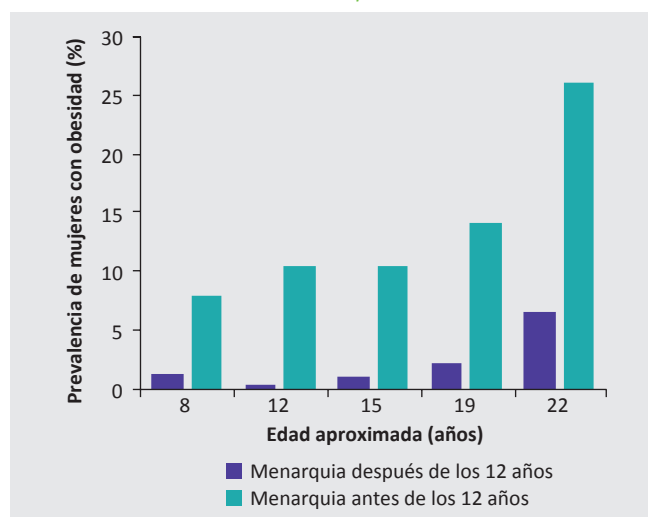
En ambas cohortes, el sobrepeso y la obesidad fueron más comunes en los hogares con mejor acceso a agua y saneamiento, aquellos que reportaban gozar de seguridad alimentaria, y dentro de la población urbana y la hispanohablante. Mientras tanto, la obesidad era más común en adolescentes de familias urbanas, acomodadas y mejor educadas (cuadro 1).

Entre los 8 y los 12 años, el sobrepeso y la obesidad son más comunes en los niños que en las niñas. En ellas existe una clara relación, evidente en ambas cohortes, con la pubertad. En la cohorte menor, las niñas que habían experimentado la menarquia antes de los 12 años (menarquia temprana) tenían entre dos y tres veces más probabilidades de sufrir sobrepeso u obesidad a los 15 años. La cohorte mayor permite observar la asociación entre la obesidad y la edad de la menarquia a lo largo de la vida. Las niñas que presentaban obesidad a los 8 años parecían estar predispuestas a la menarquia temprana, y estas mismas niñas con menarquia temprana presentaban un mayor riesgo de sufrir sobrepeso y obesidad en el futuro: a los 22 años, el 26% de estas mujeres jóvenes eran obesas, en comparación con el 7% de las niñas de 22 años que presentaron la menarquia después de los 12 años (figura 4).

### Seguridad y diversidad alimentaria

Alrededor del 10% de los hogares de ambas cohortes experimentaron inseguridad alimentaria directamente asociada con la pobreza. Por ejemplo, el 14% de los hogares de la cohorte mayor ubicados en el tercil más pobre presentaban inseguridad alimentaria en comparación con solo el 4% de los hogares en el tercil de mayor riqueza. La delgadez no era frecuente en la población encuestada, pero en la cohorte menor, entre los

**Figura 4.** Porcentaje de niñas de la cohorte mayor que sufren obesidad relacionada con la menarquia



hogares que habían tenido inseguridad alimentaria, la delgadez en 2016 fue casi el doble (1,3% frente al 0,7%).

La mayoría de los adolescentes consumió una dieta diversa, compuesta por productos de cinco o seis de los siete grupos principales de alimentos. El consumo de carne, incluida la menudencia, se asoció con una menor probabilidad de retraso en el crecimiento para la cohorte más joven de 15 años (quinta ronda): el retraso en el crecimiento fue del 16% en el grupo que consumió carne, versus el 21% en el grupo que no la consumió. A los 12 años, el efecto de comer carne había sido más marcado —el retraso en el crecimiento fue del 17% en el grupo que comió carne, versus el 33% en el grupo que no lo hizo—, lo que sugiere que la dieta a esta edad tuvo un mayor impacto en el crecimiento lineal.

### Acceso al agua y saneamiento

El acceso al agua por cañería aumentó entre 2006 (segunda ronda) y 2009 (tercera ronda), del 61% al 80% de los hogares de la cohorte menor y del 65% al 88% de los hogares en la mayor. En ambas cohortes, la mayoría de las viviendas (85% o más) tenían acceso a servicios de saneamiento; el retraso en el crecimiento fue siempre significativamente más alto en los relativamente pocos hogares que carecían de acceso a servicios de saneamiento. Estos resultados sugieren que el otorgar acceso al agua por cañería y servicios de saneamiento a las viviendas que todavía no los tienen, reduciría aún más la incidencia del retraso en el crecimiento.

### Conclusiones

La comparación entre las cohortes mayor y menor demuestra cómo ha mejorado la nutrición y el crecimiento de los niños peruanos, pues se observa una reducción del retraso en el crecimiento. Sin embargo, la desigualdad todavía persiste, con desventajas comunes para los bebés y niños que crecen en hogares rurales sin acceso a agua limpia ni saneamiento, y con menor probabilidad de consumir alimentos de origen animal.

El estudio Niños del Milenio también ha observado gráficamente otra amenaza que está empeorando de manera rápida: el aumento del sobrepeso y la obesidad en niños y adultos jóvenes. Esto es más común en áreas urbanas y en hogares con más recursos financieros. Si no se controla, este fenómeno conducirá a un incremento de enfermedades crónicas que, a su vez, ejercerá presión sobre el gasto en salud, situación que podría afectar a todo el país.

3 Las tasas de prevalencia de sobrepeso se calculan a partir de tres criterios. i. Niños menores de 5 años: porcentaje de niños cuyo z-score de peso para la talla es mayor que dos desviaciones estándar por encima de la mediana estándar calculada por la OMS. ii. Niños entre 5 y 19 años: porcentaje de niños cuyo z-score de IMC para la edad correspondiente es mayor que una desviación estándar por encima de la mediana de referencia establecida por la OMS. iii. Mayores de 19 años: porcentaje de la población cuyo IMC es mayor que 25.  
4 Las tasas de prevalencia de obesidad se calculan a partir de tres criterios. i. Niños menores de 5 años: porcentaje de niños cuyo z-score de peso para la talla es mayor que tres desviaciones estándar por encima de la mediana estándar calculada por la OMS. ii. Niños entre 5 y 19 años: porcentaje de niños cuyo z-score de IMC para la edad correspondiente es mayor que dos desviaciones estándar por encima de la mediana de referencia establecida por la OMS. iii. Mayores de 19 años: porcentaje de la población cuyo IMC es mayor que 30.



# Crecimiento y nutrición

## Resultados iniciales del estudio Niños del Milenio 2016 (quinta ronda): Perú

**Cuadro 1. Nivel nutricional de los jóvenes de 15 años en el Perú**

	Retraso en el crecimiento (%)		Obesidad (%)		Sobrepeso y obesidad (%)	
	2009	2016	2009	2016	2009	2016
<b>Sexo</b>						
Femenino	29,8	18,1	3,6	4,2	20,3	28,3
Masculino	31,9	14,6	2,9	5,2	14,5	21,1
Brecha	2,1	-3,5*	-0,8	1,1	-5,8	-7,2***
<b>Área de residencia</b>						
Rural	42,7	24,5	1,5	1,0	11,1	16,5
Urbano	21,6	11,6	4,6	6,8	22,2	29,5
Brecha	-21,0***	-12,9***	3,1	5,8***	11,2***	13,0***
<b>Índice de riqueza</b>						
Tercil inferior	40,3	22,7	2,7	1,7	14,9	14,9
Tercil medio	26,3	17,2	5,0	4,4	18,8	26,2
Tercil superior	11,8	7,0	1,9	8,9	22,0	36,1
Brecha	-28,4***	-15,7***	-0,9	7,2***	7,1	21,2***
<b>Educación de la madre</b>						
Primaria incompleta o menos	40,5	23,9	1,3	1,2	16,1	17,1
Primaria y secundaria completa	24,1	14,1	5,0	6,2	18,5	26,9
Educación superior	7,0	5,8	3,9	7,2	17,1	36,9
Brecha	-33,6***	-18,1***	2,6	6,1***	1,0	19,8***
<b>Lengua materna (indicador del origen étnico)</b>						
Idioma indígena	44,3	23,7	0,4	1,8	11,6	17,6
Español	21,2	12,4	4,8	6,2	21,2	28,5
Brecha	-23,1***	-11,3***	4,3**	4,4***	9,6**	10,9***
<b>Acceso a agua de cañería en 2006</b>						
No	39,5	22,3	4,4	2,8	12,8	18,4
Sí	23,3	12,1	2,2	6,0	21,3	29,2
Brecha	-16,2***	-10,1***	-2,2	3,2***	8,6**	10,8***
<b>Acceso a agua de cañería en 2009</b>						
No	34,0	25,1	2,1	3,3	22,6	18,2
Sí	30,3	13,9	3,4	5,1	16,5	26,6
Brecha	-3,6*	-11,2***	1,4	1,7	-6,1	8,4***
<b>Acceso a saneamiento en 2006</b>						
No	40,7	22,4	4,3	2,2	17,0	14,3
Sí	28,6	15,2	3,0	5,2	17,4	26,8
Brecha	-12,1***	-7,2***	-1,3	3,0**	0,4	12,5***
<b>Acceso a saneamiento en 2009</b>						
No	50,4	24,0	6,3	4,1	15,4	19,0
Sí	29,2	15,6	3,0	4,8	17,5	25,3
Brecha	-21,2**	-8,4***	-3,3	0,7	2,1	6,3**
<b>Con inseguridad alimentaria en 2009</b>						
No	30,8	15,7	3,5	4,9	17,3	25,3
Sí	31,3	23,3	0,8	3,1	18,1	19,8
Brecha	0,5	7,7***	-2,7	-1,8	0,8	-5,4*
<b>Todos los niños</b>	30,8	16,3	3,2	4,7	17,4	24,7
<b>Número de niños</b>	539	1730	539	1730	539	1730

Notas: Datos de niños entrevistados en las cinco rondas de encuesta. Las brechas son puntos porcentuales. Las brechas son significativas al \*\*\*1%, \*\*5% y \*10%. Las brechas fueron calculadas utilizando los siguientes indicadores: femenino, indígena, rural, primaria incompleta o menos y el tercil más pobre como línea de base. Se consideró información sobre la educación de la madre y el lenguaje materno correspondiente a 2006 (segunda ronda). El área de residencia se refiere a la ubicación del hogar en 2002 (primera ronda). Los terciles de riqueza familiar se calcularon por separado para cada cohorte usando el índice de riqueza familiar (primera ronda).

### REFERENCIAS Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Aurino, E., M. Fernandes y M. E. Penny (2016). "The nutrition transition and adolescents' diets in low and middle income countries: a cross-cohort comparison". *Public Health Nutrition*, 380(9859), 1-10. doi.org/10.1017/S1368980016001865
- Dearden, K. A., W. Schott, B. T. Crookston, D. L. Humphries, M. E. Penny y J. R. Behrma (Young Lives Determinants and Consequences of Child Growth Project Team) (2017). "Children with access to improved sanitation but not improved water are at lower risk of stunting compared to children without access: a cohort study in Ethiopia, India, Peru, and Vietnam". *BMC Public Health* 23,17(1): 110. doi.org/10.1186/s12889-017-4033-1
- Georgiadis A., L. Benny, Le Thuc, S. Galab, P. Reddy y T. Woldehanna (2017). "Growth recovery and faltering through early adolescence in low-and middle-income countries: Determinants and implications for cognitive development". *Social Science & Medicine* 179: 81-90.
- World Bank <<https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=PE>>.
- Morley, S. (2017). "Changes in rural poverty in Peru 2004-2012". *Latin American Economic Review* 26 (1) <<https://doi.org/10.1007/s40503-016-0038-x>>.
- Penny, M., M. M. Jiménez y R. M. Marín (2016). "Early rapid weight gain and subsequent overweight and obesity in middle childhood in Peru". *BMC Obesity*, 3(1), 55. doi.org/10.1186/s40608-016-0135-z

### CRÉDITOS Y AGRADECIMIENTOS

Esta publicación forma parte de una serie de informes que ofrecen un balance general de algunos datos claves surgidos de la quinta ronda de encuestas a hogares y niños como parte del estudio Niños del Milenio. Abarca los siguientes temas: diseño de encuesta y de muestra, educación y aprendizaje, crecimiento y nutrición, y transición de jóvenes a la vida adulta.

Este informe fue escrito por Mary Penny, con el apoyo y comentarios del equipo de Niños del Milenio.

En particular, quisiéramos agradecer a los niños y las familias que participaron en el estudio, tanto por su disposición como por el tiempo que brindaron libre y generosamente. También agradecemos a nuestros equipos de investigación de campo y de manejo de datos por su dedicación y entusiasmo.

Las opiniones expresadas son de los autores. Niños del Milenio/Young Lives, la Universidad de Oxford, el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) u otros donantes no necesariamente comparten ni respaldan dichas opiniones.

Para evitar repeticiones, cuando usamos el término *niño/s* en este texto, en general nos referimos a la/s niña/s y lo/s niño/s, salvo que señalemos específicamente que estamos hablando de uno de los dos sexos.

Fotografía: © Young Lives / Sebastián Castañeda Vita.

Las imágenes de nuestras publicaciones son de niños que viven en circunstancias y comunidades similares que las de los niños integrantes de la muestra Niños del Milenio.



Niños del Milenio/Young Lives es financiado por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID).

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-02419  
Primera edición, Lima, febrero 2018

Tiraje: 700 ejemplares  
Traducción: Ximena Vidal  
La publicación original en inglés se puede encontrar en <[www.younglives.org.uk](http://www.younglives.org.uk)>  
Edición y corrección de estilo: Rocío Moscoso



© GRADE, Grupo de Análisis para el Desarrollo  
© Niños del Milenio

Av. Grau 915, Barranco, Lima 4, Perú  
Apartado postal 18-0572 Lima 18  
Teléfono: 247-9988  
Fax: 247-1854  
[www.grade.org.pe](http://www.grade.org.pe)



**Niños del Milenio**  
Información para el desarrollo  
[www.ninosdelmilenio.org](http://www.ninosdelmilenio.org)



Diseño y diagramación: Impresiones y Ediciones Arteta E.I.R.L.  
Impresión: Impresiones y Ediciones Arteta E.I.R.L.  
Cajamarca 239 C, Barranco. Lima 4 Perú