



EXPERIENCIAS EN INNOVACION SOCIAL¹
Ciclo 2004-2005
FINALISTA

Asociación Taller de los Niños: Crecimiento y Desarrollo Colectivo,
San Juan de Lurigancho (Perú)

El proyecto Crecimiento y Desarrollo Colectivo, que lleva a cabo la ONG peruana Asociación Taller de Niños, inició sus actividades en 1995, en el distrito de San Juan de Lurigancho, en Lima, capital de Perú.

La ONG está inserta en la zona desde hace tres décadas y desarrolla diferentes iniciativas con la población, a favor de la infancia, adolescencia y las familias, y desarrolla capacidades de autocuidado de la salud, con énfasis en la población en situación de pobreza e indigencia.

El proyecto se generó con el apoyo de fondos de financieras de Europa, de programas de Responsabilidad Social Empresarial Privada, y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Frente a las preocupantes tasas de abandono de la lactancia materna, la desnutrición infantil crónica, los retrasos en el desarrollo, los problemas de crianza y de la violencia familiar, y su enorme impacto negativo en las conductas saludables y en particular en la alimentación infantil, la Asociación decidió iniciar el programa Crecimiento y Desarrollo Colectivo con el fin de aprovechar al máximo la presencia de los padres y de las madres con sus hijos en el Centro de Salud.

Su propósito es generar actividades grupales con padres y madres cuyos hijos tengan la misma edad, para acompañarlos en el proceso de crecimiento de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir sobre el futuro de la familia es a través de acciones de prevención que permitan mejorar las habilidades y el desarrollo de los más pequeños.

Es un proyecto innovador y visionario, que ofrece una alternativa sustantiva para fomentar la implementación de acciones que potencien el desarrollo y crecimiento de niños y niñas en toda la región. Es de especial importancia el claro involucramiento de los padres (hombres) en la crianza de sus hijos e hijas.

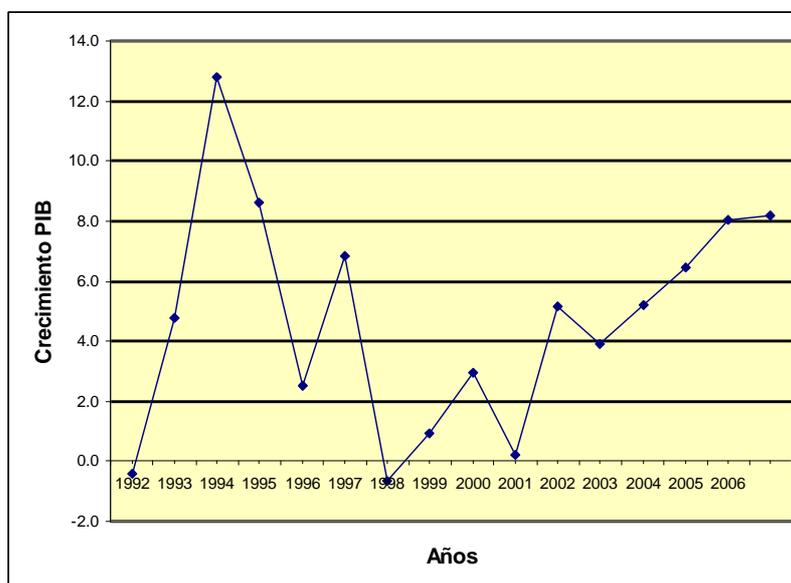
¹ Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Fundación W.K. Kellogg.

El proyecto actúa sobre los determinantes de la salud, pero va más allá de detectar y diagnosticar problemas de crecimiento y desarrollo, trabajando el fortalecimiento de las familias y de la relación entre padres, madres y sus hijos, para desarrollar un ambiente saludable que favorezca el crecimiento y desarrollo pleno. La calidad, impacto e innovación de este proyecto lo hizo finalista en el primer ciclo del concurso Experiencias en Innovación Social, iniciativa de la CEPAL con el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg.

Contexto Local de San Juan de Lurigancho, Lima, Perú:

Entre 1982 y 1992, Perú presenció un periodo de violencia que causó grandes impactos a nivel económico y humano en todo el país. La reducción y posterior desaparición del conflicto armado permitió retomar el crecimiento económico. Como se aprecia en el Gráfico 1, desde 2002, el PIB registra un crecimiento superior al 4.0% llegando a 8.0% en 2006. En el 2007, El PIB por habitante superó los US\$ 2.000 ubicándolo en el puesto 50 entre los 180 países miembros del Fondo Monetario Internacional².

Grafica 1
Tasa de crecimiento del PIB en Perú
1993- 2006



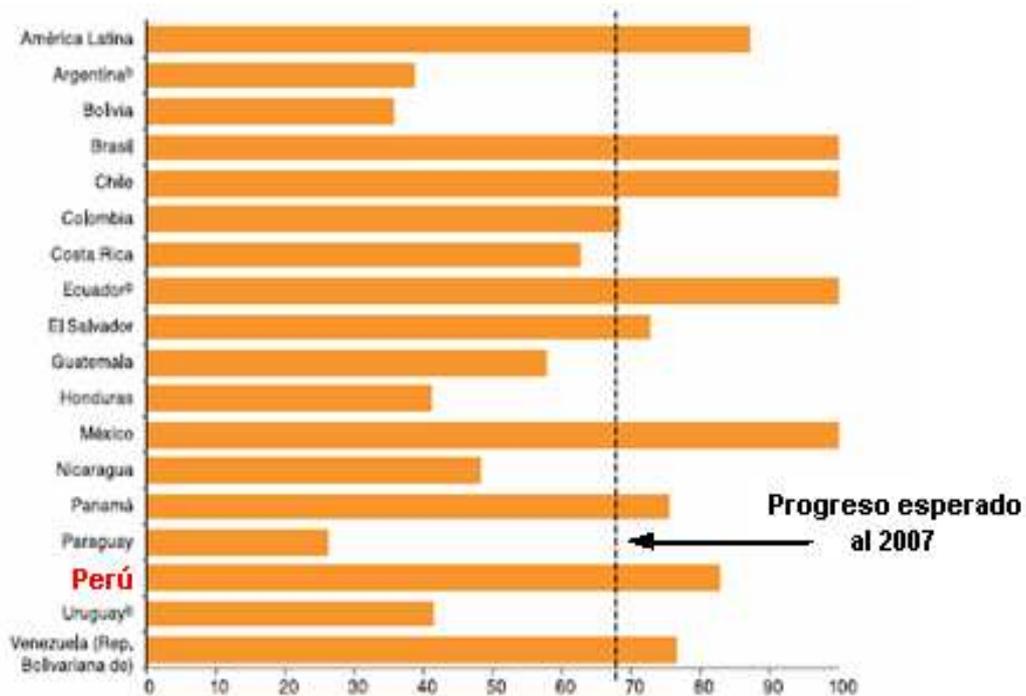
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras oficiales.

Igualmente, y en parte como consecuencia de este mayor crecimiento económico, el país ha avanzado de manera significativa en el cumplimiento de

² International Monetary Fund. World Economic Outlook Database; 2006.

varias de las Metas de Desarrollo del Milenio. Como se aprecia en el gráfico 2, Perú esta ya por encima de lo esperado para 2007 en la reducción de la indigencia, con lo cual es prácticamente seguro que la va a cumplir, incluso antes de 2015.

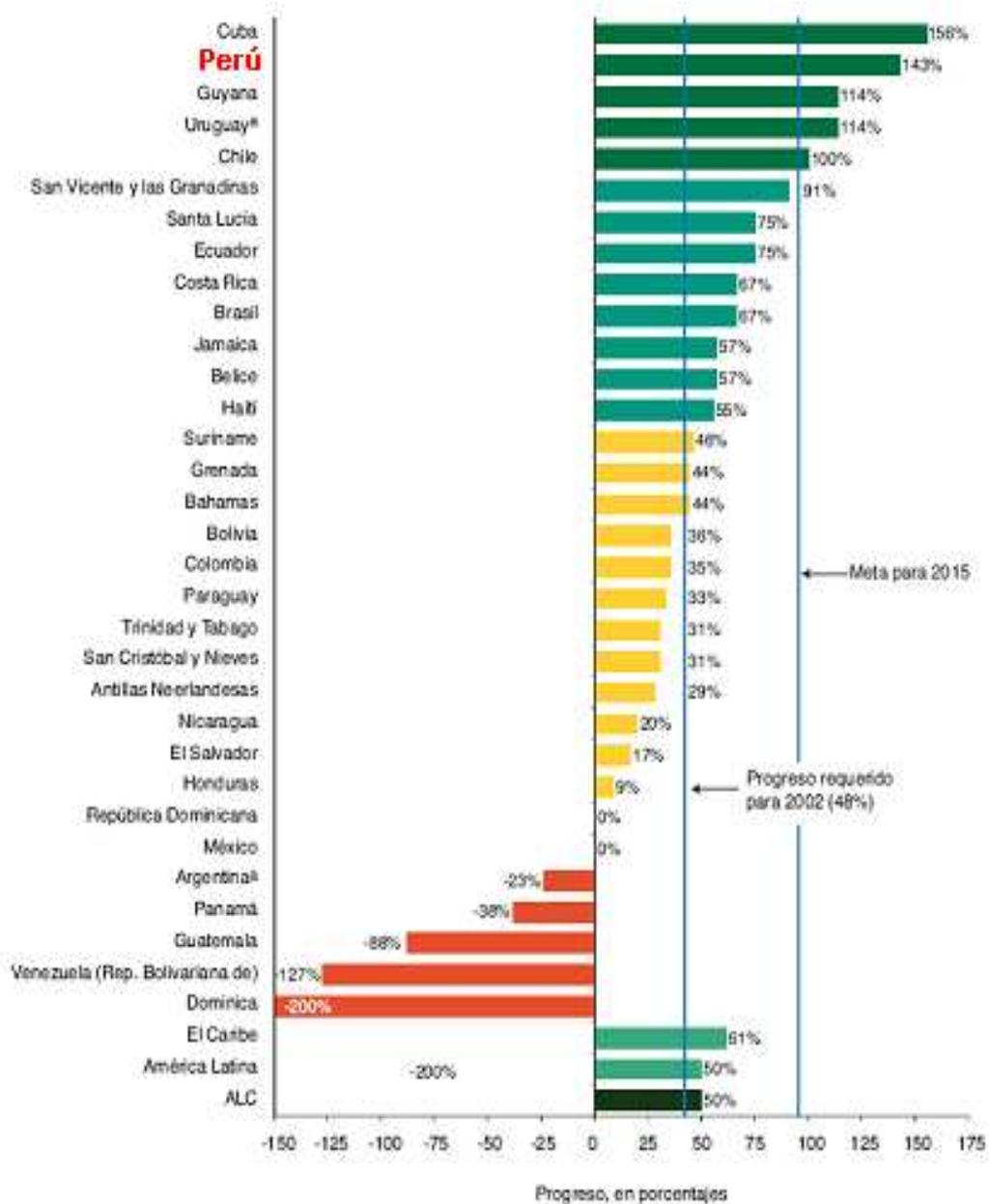
Gráfico 2
América Latina (17 Países): Avances en la reducción del número de personas indigentes, 1990 y 2007 (En porcentajes)



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

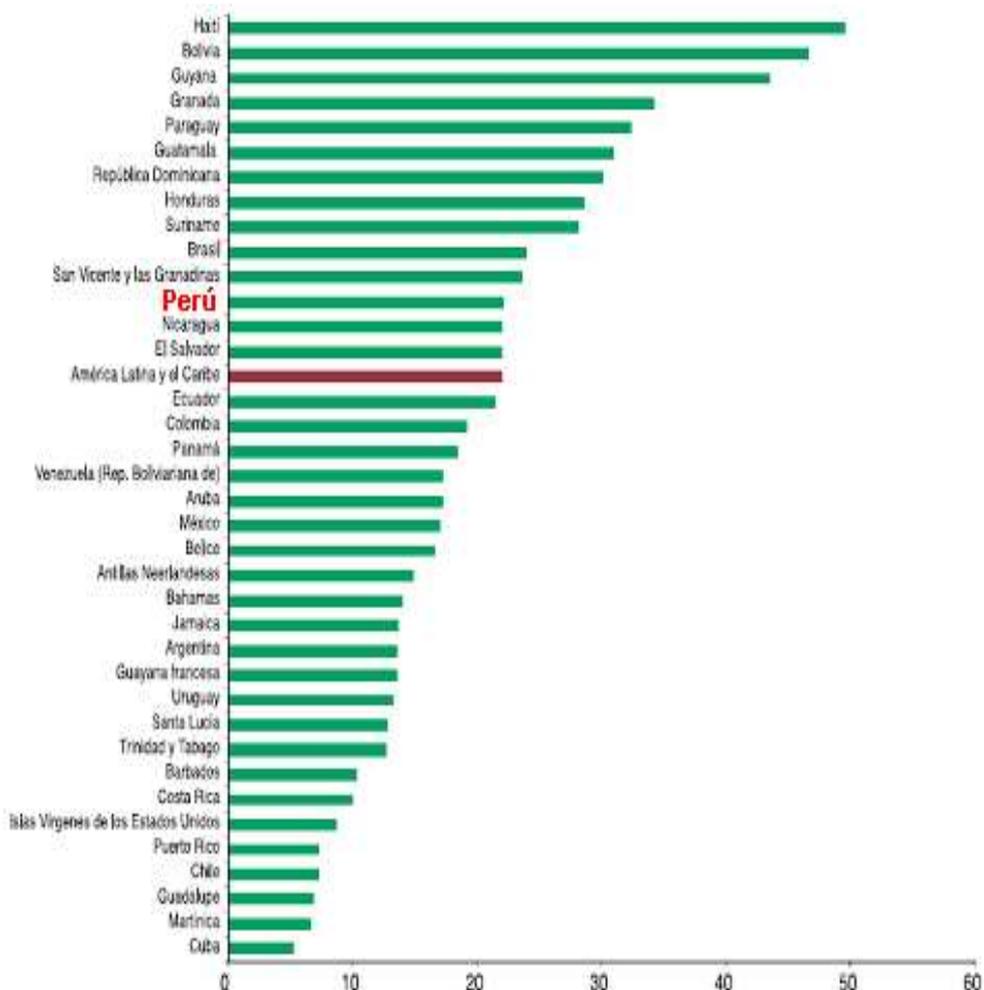
Así mismo, según cifras oficiales ya ha sobrepasado la meta de reducción de la subnutrición, siendo solo superado por Cuba (Gráfico 3). No obstante, aún persiste el problema para la reducción de la mortalidad infantil que se encuentra levemente por encima del promedio de América Latina. (Gráfico 4)

Gráfico 3
 América Latina y el Caribe (32 países): Avances hacia el logro de la meta en materia de subnutrición (En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación (FAO), Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2004, Roma, 2004

Gráfico 4
América Latina y el Caribe (35 países y territorios): Mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2007

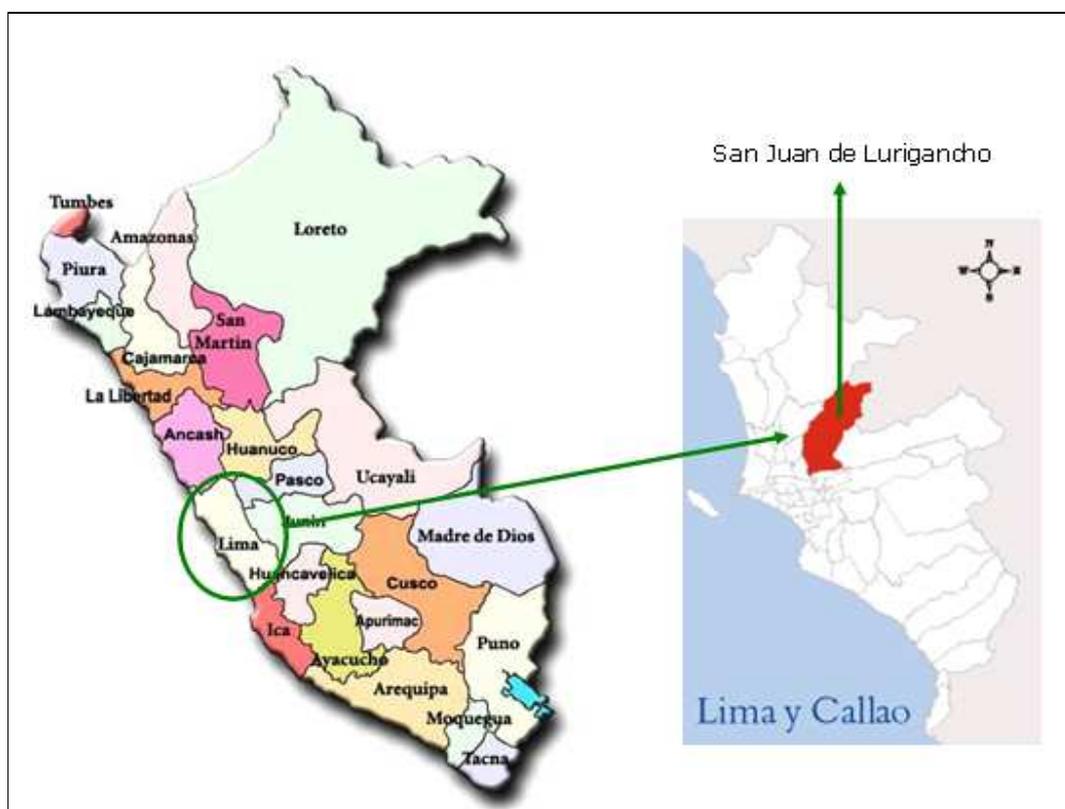


Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population prospects. The 2006 Revision (<http://www.esa.un.org/unpp>)

Como en buena parte de los países de la región, aun se mantienen enormes desigualdades en las condiciones de vida, entre grupos poblacionales y zonas urbanas y rurales. En el Perú, el 20% de la población con ingresos más altos concentra 47.5% del ingreso nacional, mientras que el 20% con ingresos más bajos recibe solo un 6%. La pobreza es mayor en zonas rurales y los casos más extremos están en el departamento de Huancavelica, donde llega a 88.5%, y la pobreza extrema a 74.1%³.

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. La pobreza en el Perú 2003-4; 2005.

Mapa No. 2
Ubicación de San Juan de Lurigancho



La zona costera y en particular la Provincia de Lima y el Callao tienen los mejores índices socio-económicos del país. El ingreso promedio mensual en Lima Metropolitana alcanza 628.6 nuevos soles (US\$ 190), mientras que en departamentos como el Huanuco solo alcanza a 138.4 nuevos soles (US\$ 41). A diferencia de los departamentos más pobres del país como Ayacucho, Amazonas, Huancavelica y Huanuco, donde menos del 35% de los hogares tienen servicio de electricidad, en Lima Metropolitana 98% cuenta con este servicio. Similar es el acceso a alguna fuente de agua potable. En Lima, lo tienen nueve de cada diez hogares, y en la zona selvática, solo un 36% cuentan con esta conexión⁴. Pero si bien la mayoría de la población capitalina tiene acceso al agua potable a través de tuberías que llegan hasta la casa, el acceso real al agua corriente es discontinuo. Por ejemplo, hay zonas en donde solo les llega el agua por dos horas cada tres días. Aunque en términos reales la posibilidad de acceder a beneficios públicos es mayor en las zonas urbanas, dentro de Lima un 26.4% de la población vive en estado de pobreza y no

⁴ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES 2000).

puede acceder a los beneficios ofrecidos a gran parte de la población⁵. Es el caso de San Juan de Lurigancho.

San Juan de Lurigancho



De hecho San Juan de Lurigancho, Distrito que hace parte de la Provincia de Lima, ciertamente presenta condiciones de vida radicalmente menores que el promedio de la Provincia. Es el distrito más poblado del Perú, con cerca de un millón de habitantes⁶ y también es el distrito con la mayor cantidad de pobres (50%) y pobres extremos del Perú (11%)⁷. La población del distrito de San Juan de Lurigancho, ha duplicado su población cerca de ocho veces en los últimos treinta años.

Su tamaño se explica, en buena parte, por el enorme flujo migratorio de población desplazada de zonas rurales durante la época de la violencia, concentrando personas de muy diversos rincones de la geografía del Perú. Esto marcó un desarrollo socioeconómico caracterizado por bajos niveles educativos, escasa capacitación y experiencia laboral para insertarse en mercados urbanos, tomas de tierras y altos índices de pobreza e indigencia. Es así una comunidad altamente vulnerable y que requiere de estrategias específicas que permitan mejorar las condiciones de vida de sus pobladores.

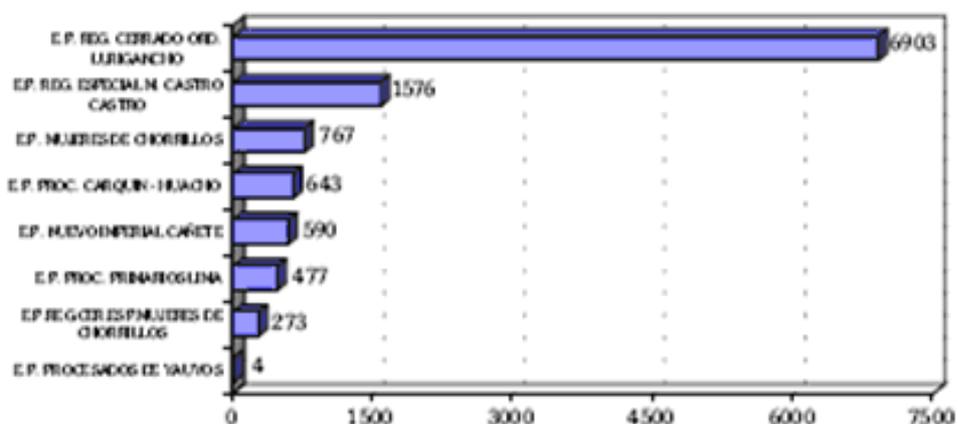
⁵ Banco Mundial. La reducción de pobreza de acentúa en Lima.

⁶ PNUD, Informe de Desarrollo Humano, Perú, 2006.

⁷ Lima reúne el 31.0% de la población total del Perú.

La pobreza y vulnerabilidad que lo caracterizan ha traído como consecuencia altos índices de violencia y delincuencia. El distrito alberga los dos centros penales con mayor cantidad de reclusos, no solo en el área Metropolitana de Lima sino en todo el país. (Gráfico No. 5)

Gráfico No. 5
Departamento de Lima. Población Penal por establecimiento penitenciario: a junio 2000



Fuente: INEI. Conociendo Lima: Guía Estadístico. 2001

La pobreza e inseguridad de este distrito queda demostrado en la encuesta de seguridad ciudadana realizado por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. En esta se determinó que la preocupación por su situación económica y la inseguridad son los dos aspectos más relevados por estas mujeres. Para las madres de familia una inquietud básica es el desempleo, la falta de trabajo y la poca capacidad adquisitiva, así como el futuro que les espera a sus hijos e hijas. "La sensación de inseguridad está relacionada con el crecimiento de la delincuencia, pero también con la forma como la sociedad se está insensibilizando frente a estos hechos, partiendo de las propias autoridades. La pobreza, o la carestía son otros elementos que inciden en la inseguridad de los consultados. Otro elemento que origina la inseguridad tiene que ver con problemas al interior del grupo familiar"⁸. Las pandillas presentes en la zona, son vistas como un elemento de violencia tanto por los enfrentamientos entre estas como por el peligro que enfrentan los vecinos cuando se encuentran en el medio de las "batallas". Además, la escasez de espacios de recreación para la juventud lleva a que se reúnan en las esquinas, consuman drogas y agredan a las personas que pasan por allí, tanto verbal como físicamente. Para hacer más complicada esta situación, la violencia externa tiene relación directa a la

⁸ Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. "Estudio sobre la Seguridad Ciudadana: Percepción desde las mujeres de los distritos de San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador". Pg. 20.

situación de violencia dentro de los hogares. Una cifra impactante se demuestra al encontrar que San Juan de Lurigancho tiene el índice más alto en Lima, de violencia contra la mujer, con 3.060 casos reportados cada año⁹. Además, el hacinamiento y la pérdida de la unidad familiar traen consigo violaciones al interior de los hogares.

Por otra parte, San Juan de Lurigancho tiene un alto índice de abandono de la educación, la cual aumenta las posibilidades de que los jóvenes ingresen a pandillas y a la delincuencia. La educación se considera un instrumento importante para la eliminación de la pobreza, y desafía la violencia en zonas urbano-marginales de países en desarrollo.

Según información de la Encuesta de Hogares del 2002, cerca de cinco millones de alumnos en el Perú viven por debajo del umbral de la pobreza. El Ministerio de Educación estimó que más del 25% de los jóvenes no culmina la escuela secundaria y obtendrán difícilmente empleos capaces de modificar las condiciones sociales y de pobreza en las cuales ellos crecieron¹⁰. La salida temprana del sistema educativo aumenta aun más las posibilidades de que estos niños se unan a las pandillas y la delincuencia.

Los centros educativos en el Perú, no proveen la educación y seguridad necesaria para proteger a los niños de San Juan de Lurigancho. El informe internacional realizado por la OECD sobre la calidad educacional que alumnos en secundaria demostró la pobre calidad de la educación de los estudiantes peruanos. La prueba internacional PISA, puso en evidencia el hecho que la mayoría de los jóvenes que están por terminar sus estudios de secundaria pueden leer un texto, pero que no son capaces de comprender su contenido.

El problema se agudiza aún más cuando los jóvenes también carecen de una educación de valores y principios, la cual es cultivada dentro del hogar. Los niños y jóvenes deben tener el apoyo y comprensión de sus padres, consejo y orientación. Las mujeres encuestadas por Flora Tristan dijeron que la situación de los jóvenes en pandillas y metidos en la delincuencia se debía a la falta de la presencia de los padres, que solo se dedicaban a trabajar, y no se preocupaban por orientar a sus hijos. "La mayoría de los jóvenes que se han unido a pandillas o aquellos que se dedican a la delincuencia provendrían de hogares faltos de cariño, carentes de valores familiares, donde no han recibido ningún tipo de educación ni orientación, escapando muchas veces de situaciones de violencia y maltrato"¹¹. El Centro Flora Tristan concluyó que el problema de violencia tiene sus raíces en la incapacidad de los padres de cuidar y vigilar adecuadamente a los hijos, varios factores causan esta

⁹ Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan. "Estudio sobre la Seguridad Ciudadana: Percepción desde las mujeres de los distritos de San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador".

¹⁰ INEI. ENDES: Evaluación de Desarrollo en Hogares. 2003.

¹¹ Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan. "Estudio sobre la Seguridad Ciudadana: Percepción desde las mujeres de los distritos de San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador". Pg. 53.

dificultad, la más preocupante siendo que más padres simplemente no conocen la manera mas adecuada de criar a sus hijos¹².

Salud Infantil en el Perú

En una encuesta realizada por CEPAL en el 2005, se comprueba que el principal problema de salud en Perú es la mortalidad materna e infantil y las enfermedades infecciosas¹³. Perú tiene uno de los peores índices de la región para cumplir la meta del milenio de reducción de la mortalidad infantil de menores de 5 años¹⁴.

Después de Haití y Bolivia, los países más pobres de la región, Perú tiene los índices más altos de mortalidad infantil de niños menores de cinco años (Gráfico No. 6). Cada año mueren más de 20.000 niños antes de cumplir su primer año de vida, 8.000 de los cuales fallecen antes de la primera semana de vida¹⁵. Aunque el gobierno peruano reconoce que el problema de salud más preocupante es el mal estado de salud de los menores de cinco años, poco se ha hecho para solucionar el problema. Los niños pequeños reciben poca atención por parte del estado, aparte de los programas obligatorios que deben asegurar la disminución de la morbi-mortalidad y elevar el número de niños inmunizados por el sistema de salud.

La mortalidad infantil en Perú ha disminuido de manera sostenida en los últimos 30 años, con mayor aceleración durante los noventa y en especial en el área rural. Incluso, como se aprecia en el gráfico No. 6, es inferior a la del promedio de América Latina y el Caribe. Según UNICEF, en 1980 la tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos era de 82, mientras que en el 2003 fue de aproximadamente 60 por 1,000 nacidos vivos¹⁶. Estimaciones con base en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000, muestran una reducción del 37% entre los quinquenios 1990-1995 y 1995-2000¹⁷. (Ver Cuadro No. 5)

¹² Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan. “Estudio sobre la Seguridad Ciudadana: Percepción desde las mujeres de los distritos de San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador”. Pg. 54.

¹³ CEPAL: Panorama Social de América Latina 2005.

¹⁴ ODM5: reducir en dos terceras partes entre 1990-2015 la mortalidad de menores de 5 años.

¹⁵ UNICEF: Un Buen Inicio de la Vida. Pg. 13.

¹⁶ United Nations Statistics Division.

¹⁷ CEPAL: Serie Mujer y Desarrollo No. 55. Las Metas del Milenio y la Igualdad de género: el caso de Perú. Pg. 52

Gráfico No. 6

Mortalidad de menores de 5 años por 1000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe, 2003



Fuente: PAHO: Health in the Americas, 2007. Volume I- Regional. An Overview of Regional Health. Pg. 4

Si bien cerca de 96% de los niños menores de un año cuentan con su esquema de vacunas completas al cumplir el año de edad, menos del 30% acuden con regularidad a sus controles de crecimiento y desarrollo hasta los 12 meses, y solo el 16% de los niños de 13 a 24 meses son evaluados en su desarrollo. Aunque el número total de atenciones post-natales tiene una leve alza, la atención post-parto a madres y niños, comparado con las atenciones durante el periodo de embarazo, bajó un 52% en el año 2000.

Cuadro No. 5

Tasas de Mortalidad Infantil en países seleccionados de América Latina y el Caribe. 1980-2005 (Muertes por cada mil nacidos vivos)

	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Argentina	32	22	24	22	20
Bolivia	109	90	75	66	56
Brasil	64	55	47	42	38
Chile	24	18	14	12	12
Cuba	17	13	10	9	8
Haití	122	100	74	66	59
Honduras	65	53	43	35	31
México	47	40	34	31	28
Nicaragua	80	65	48	43	39
Panamá	30	28	25	21	19
Paraguay	49	47	43	39	37
Perú	82	68	56	45	37
Uruguay	34	23	20	18	13
Venezuela	34	27	23	21	19

Fuente: OPS, 2000¹⁸

¹⁸ Dammert, Ana Cecilia. “Acceso a Servicios de Salud y Mortalidad Infantil en el Perú”. Investigaciones BREVES 18. Lima: 2001. pg. 20

En general, los países más pobres de la región presentan los riesgos más altos de muerte temprana y, a pesar de la leve baja en los indicadores de salud, la heterogeneidad entre áreas geográficas y grupos sociales se mantiene e inclusive aumenta en algunos países¹⁹. Mientras que la mortalidad neonatal se asocia con problemas congénitos, la muerte durante la niñez se asocia con factores socioeconómicos, especialmente aquellos que tengan que ver con la calidad de vida de los hogares y particularmente de la madre. En Perú en el 2001, "66% de los menores de 5 años vivía en situación de pobreza y de ellos un tercio en situación de pobreza extrema, es decir, en hogares con un nivel de gasto insuficiente para adquirir la canasta mínima alimentaria"²⁰.

La desnutrición infantil tiene como causa principal el alto porcentaje de la población que se encuentra por debajo el umbral de pobreza. La desnutrición crónica es considerada "un indicador importante de retardos en el desarrollo como también un indicador de ambientes desfavorables para el desarrollo óptimo del potencial humano del niño"²¹. La desnutrición infantil marca el destino de los niños y jóvenes, dado que el déficit alimentario frena las posibilidades de aprendizaje y de su desarrollo.

El nivel nacional de desnutrición crónica está presente en el 25% de los niños menores de 5 años, cifras que se incrementan al 40% en zonas rurales. En niños menores de 2 años la ocurrencia es mayor²². En la última década estos índices se han mantenido e incluso entre el 2002 y 2004 aumento del 25.6% al 26.7%²³. Aunque los índices son en promedio mayores en zonas rurales, el problema no es exento de zonas urbanas marginales, como San Juan de Lurigancho, donde la tasa de desnutrición crónica infantil en niños menores de 3 a 5 años alcanza el 61.9%²⁴.

Una de las causas más preocupantes de la desnutrición crónica en el Perú ha sido el abandono de la lactancia materna exclusiva. El Ministerio de Salud dio a conocer la creciente tendencia del abandono de la lactancia por parte de mujeres con hijos menores de 6 meses en un estudio realizado en 2001²⁵. La lactancia materna exclusiva se refiere a cuando el recién nacido recibe solamente la leche de la madre sin acompañarla con ningún otro tipo de líquido o preparado²⁶. Aunque la lactancia materna exclusiva ha aumentado en

¹⁹ CEPAL: Panorama Social de América Latina 2006.

²⁰ CEPAL: Serie Mujer y Desarrollo No. 55. Las Metas del Milenio y la Igualdad de género: el caso de Perú. Pg. 52.

²¹ UNICEF: Un Buen Inicio de la Vida. Pg. 13.

²² UNICEF: Un Buen Inicio de la Vida. Pg. 13.

²³ Instituto Nacional de Salud: Prevalencia de Desnutrición Crónica según ENNSA, ENDES 1996, ENDES 2000, MONIN CENAN – INS 2002 y MONI CENAN – INS 2004:

www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2,4,157,O,S,0,458%3BS%3B1%3B134,-

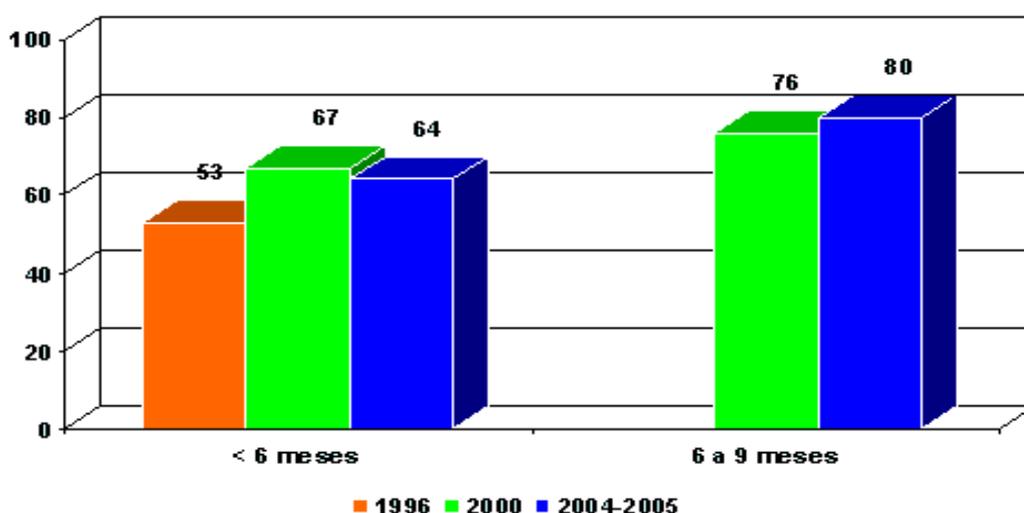
²⁴ Asociación Taller de Niños: CRED Colectivo: Formulario de Información Adicional. Pg. 4.

²⁵ Red Peruana de Lactancia Materna. Evaluación de la Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Perú 2001.

²⁶ UNICEF: Un Buen Inicio de la Vida. Pg. 28.

la última década, las cifras han sufrido una leve baja desde el 2000. Varias razones han llevado a la disminución de la lactancia materna exclusiva, como son: el aumento en la inserción femenina dentro del mercado laboral, la falta de normas laborales para la licencia de maternidad y horarios de trabajo estrictos.

Gráfico No. 7
Lactancia Materna / Alimentación Suplementaria



Fuente: Mazzetti Soler, Pilar. Presentación Ministra de Salud: "Plan Nacional de acción por la Infancia y la Adolescencia (2002-2010)".

Según OPS, la "alimentación exclusiva con leche materna hasta los 6 meses de vida garantiza los nutrientes esenciales para el bebé y disminuye el riesgo de padecer diarreas y enfermedades respiratorias"²⁷. Más aún, está comprobado que la leche materna ayuda a la formación del cerebro del niño y optimiza su desarrollo²⁸. Un estudio científico realizado sobre 260 lactantes en maternidades de San Pedro Sula, en Honduras, comprobó que los niños que recibieron leche materna exclusivamente durante los primeros 6 meses de edad, gatearon más temprano y caminaban ya a los 12 meses, a diferencia de aquellos que tomaron leche materna solo en los primeros 4 meses²⁹.

Programa Estatal de Salud Wawa Wasi

Frente a los indicadores de salud infantil e importancia otorgada al buen crecimiento y desarrollo de los niños, el Gobierno del Perú destinó más

²⁷ Organización Panamericana de la Salud: Noticias e Información Pública, "Enfatizan importancia del consumo exclusivo de leche materna hasta los 6 meses".

²⁸ UNICEF: Un Buen Inicio de la Vida. Pág. 28

²⁹ Organización Panamericana de la Salud: Noticias e Información Pública, "Enfatizan importancia del consumo exclusivo de leche materna hasta los 6 meses".

recursos al fomento de la salud infantil, con una visión integral. El crecimiento se refiere al aumento de la estatura y del tamaño de los órganos del cuerpo. El desarrollo, a la maduración de las funciones del cerebro y de los otros órganos vitales. Aunque el crecimiento y el desarrollo terminan en la adolescencia, es el período temprano el que presenta mayor vulnerabilidad³⁰.

En el año 1990, el Perú firmó el compromiso de los Derechos del Niño y asumió la responsabilidad de elevar en un 10%, en una década, la atención a hijos e hijas de madres trabajadoras, teniendo como referencia el 1.7% de cobertura en 1990. Dentro de este marco nace el Programa Nacional Wawa-Wasi³¹ (PNWW) en 1993, a cargo del Ministerio de Educación, con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo y el apoyo técnico y financiero de UNICEF. Se materializa en los denominados "Hogares Educativos Comunitarios", además promovidos y creados por la Asociación Taller de los Niños, focalizando la atención en los niños y niñas de 6 meses a 3 años de edad, ubicados en lugares de extrema pobreza³², que ofrecen atención integral, que articulan estrategias de aprendizaje infantil temprano, salud infantil preventiva-promocional, y atención alimentaria y promoción nutricional. Se ejecuta combinando la acción social del Estado con la participación de la comunidad en donde la comunidad aporta las madres cuidadoras y Comités de Gestión.

Las madres cuidadoras son voluntarias de la propia comunidad -que después de una evaluación médica y psicológica- son capacitadas y constantemente supervisadas por el PNWW para ejecutar las estrategias de salud, alimentación y educación. El Comité de Gestión está formado por cinco miembros -pertenecientes a alguna Organización Social de Base- quienes son elegidos en asamblea comunal para administrar los recursos del PNWW en su comunidad³³.

En 2001, el Departamento de Lima presentó la mayor cobertura del PNWW, con alrededor de mil centros, que atendían a unos 8.430 niños. Por su parte la región metropolitana concentraba el 84.5% de los centros, 74 de ellos en San Juan de Lurigancho³⁴. A pesar del número de centros habilitados para el programa, persistía un bajo nivel de asistencia al programa integral. De acuerdo con un estudio del Ministerio de Educación, los servicios del Wawa Wasi lograron importantes impactos en el apoyo alimenticio y cobertura de inmunizaciones. Más del 90% de niños encuestados tenían sus vacunas al día. El 78% de niños tenía algún registro de peso y talla el año anterior a la encuesta y el 65% estaban afiliados al Seguro Integral de Salud. Sin embargo encontraron que el programa había fallado en la capacidad de crear en los padres y madres conciencia sobre la importancia de la asistencia integral de

³⁰ UNICEF: Un Buen Inicio de la Vida.

³¹ En quechua: Casa de niños y niñas

³² Instituto Nacional de Salud. Evaluación de Impacto del Programa Wawa Wasi 2003. pg. 7

³³ <http://www.mimdes.gob.pe/wawawasi/servicios.htm>

³⁴ INEI. Conociendo Lima: Guía Estadístico. 2001. pg 80..

salud: solo el 38% de las madres identifican que los centros son un lugar de estimulación para sus hijos³⁵. En cuanto a la permanencia, se encontró que más del 50% de los niños permanecían por menos de 6 meses. Otro aspecto detectado en la evaluación fue la enorme diferencia en calidad entre diferentes centros, con lo cual uno de los mayores retos fue la homogenización de la calidad. En Lima Metropolitana, solo un 31.6% de locales (6 de 19) tienen un ambiente disponible para el sueño de los niños, y el 35.3% de locales (6 de 17) no disponen de un ambiente para efectuar servicios higiénicos.

Proyecto: Crecimiento y Desarrollo Colectivo, San Juan de Lurigancho

Origen del Proyecto

A partir de una evaluación del sistema de CRED en San Juan de Lurigancho, la directora de la Asociación Taller de los Niños, encontró varias aristas en el programa que explicaban el impacto y la calidad del servicio, en especial en relación al personal de enfermería. Es así como en 1995, en conjunto con el personal del centro de salud, se comienza a construir una idea innovadora donde se plantea que la atención de los niños y especialmente de sus padres y madres, podría mejorar. Frente a este reto y la constatación diaria que no existe una "cultura de crianza" ni una conciencia que "los niños no son adultos pequeños sino seres en construcción", el Taller de los Niños se traza el desafío de encontrar una forma activa y participativa de generar una nueva visión y conciencia sobre las necesidades y los derechos de los niños, de gozar no solo de vigilancia de su salud y una alimentación adecuada, sino también una atención y estimulación temprana que les permita alcanzar su máximo potencial, promoviendo un mayor equilibrio afectivo y emocional en los padres y las madres de familia.

Asumiendo la importancia de incrementar la asistencia de niños y niñas a los controles de desarrollo integral, en 1995 se crea el programa "Crecimiento y Desarrollo Colectivo (CRED colectivo)", como una alternativa para mejorar la eficiencia de las actividades en el centro de salud.

Los elementos centrales de la propuesta son:

1. Se consideran a las madres y a los padres no como simples beneficiarios sino como parte esencial de la construcción de un nuevo saber para criar a sus hijos e hijas pequeños.
2. La enfermera debe ser considerada como un elemento clave y motor para modificar conductas y para generar consensos y construcciones de saber, lo cual hace necesario que además de su calidad profesional logre establecer con los padres y madres una relación más horizontal, y libre de juicio.
3. Finalmente, el espacio de CRED debe ser entendido como un lugar privilegiado para construir, **en conjunto**, habilidades y no un modelo

³⁵ Instituto Nacional de Salud. Evaluación de Impacto del Programa Wawa Wasi 2003. pg. 160-161.

de atención individual, a cada una de las madres, en el que se les señalan sus "incompetencias y errores" en lugar de fortalecer su auto-estima con consejos positivos.

Como componentes principales del programa, se plantea la prevención temprana y detección de daños en el desarrollo, la disminución de la desnutrición y malnutrición, el aumento de la cobertura de las inmunizaciones para niños, niñas y madres, el desarrollo de una conciencia social de deberes y derechos de la persona y los bebés, y mejorar la auto-estima y las capacidades de las madres y de los padres de niños menores de cinco años.

Las metas establecidas por el proyecto son:

- La prevención y detección temprana de daños en el desarrollo.
- Disminución de la desnutrición y malnutrición.
- Aumento en la cobertura de inmunización del niño y también de la madre.
- Desarrollo de una conciencia social de deberes y derechos.
- Mejora en la auto-estima y capacidades de las madres y de los padres de niños menores de cinco años.

Ejecución y gestión del proyecto

El aspecto más importante de CRED Colectivo es la implementación de actividades de evaluación y desarrollo de habilidades sociales de los padres y las madres, en forma colectiva, con grupos de padres y madres de niños de la misma edad. El énfasis del proyecto es fortalecer los lazos afectivos entre la madre, el padre y el hijo/hija, en base a desarrollo de habilidades prácticas de conexión afectuosa. Aprovechar la oportunidad de "comparar" el desarrollo de su hijo con otro niño o bebé se convierte en un factor estimulante para que la madre y el padre quieran participar más, ejecutar las actividades de desarrollo, fomentar la interacción con su bebé para salir "airosos" en la sesión.

El programa Crecimiento y Desarrollo Colectivo, intenta aumentar la participación creando una relación de confianza entre los padres y los miembros del sistema de salud. La información entregada a los padres y madres por el personal médico no cambia, lo que se modifica es cómo esta información es entregada. El cuerpo médico crea un ambiente amigable, y entrega información a través de actividades interactivas. Estas apuestan a fortalecer la comunicación, uniendo grupos etéreos similares para mejorar la atención infantil en los establecimientos de salud a través de una actividad central y sub-actividades grupales, al igual que encuentros individuales.

Actividad Central:

- *Vigilancia del Desarrollo:* actividades que permiten acompañar a lo largo de sus 5 primeros años de vida, al niño/la niña, en su crecimiento y desarrollo controlando: peso, talla, desarrollo psicomotor, de lenguaje, la lactancia materna, la inmunización del bebé y de la madre.

Sub-Actividades:

- *Piel a Piel*: destinado a brindar en los padres y la madres un fortalecimiento de lazos de afecto con el recién nacido, en particular con madres que no desearon su embarazo.
- *Consejería Nutricional*: actividades prácticas para resolver problemas nutricionales.
- *"Solo para papá"*: entre varones con sus hijos, para generar un espacio que les permita empoderarse de su rol. Como una forma de reforzar además nuestro eje transversal: el Trinomio, para fomentar la participación del padre.

A partir de esta iniciativa, se empezó a revisar las planillas de seguimiento de los niños y niñas inscritas en el proyecto hasta la fecha con el fin de ordenarlos por grupos etéreos. Durante este periodo se capacitó al personal en áreas de lactancia materna y comunicación con los padres y madres a fin de asegurar la detección oportuna de nudos y tensiones en la casa. Durante los primeros años del programa, se hizo un monitoreo continuo de las tensiones y logros del programa. Así se fortaleció a mejorar la calidad del sistema y eliminar los nudos creados por el programa anterior con el equipo médico.

Una vez conformados los grupos etéreos, se inicio una propuesta de trabajo con los niños y niñas, priorizando un espacio para nuevos. También se elaboró un piloto con grupos de padres y madres para mejorar las actividades de estimulación y crianza con los niños. A partir de este momento, se inició el trabajo en grupos de padres y madres con sus hijos e hijas, comenzado con grupos pequeños de cuatro a cinco parejas, hasta finalmente tener grupos que alcanzan ocho núcleos familiares participando, manteniendo la misma calidad de servicio. El programa notó la dificultad de lograr que familias de estratos sociales muy bajos se involucraran en el programa en general por "vergüenza" por no tener ropa adecuada para el bebe, y especialmente porque en pobreza existe poca oportunidad de priorizar la "prevención" que pareciera ser una pérdida de tiempo frente a lo urgente: sobrevivir.

Ante esta situación se decide iniciar un proceso focalizado hacia este grupo, con un primer contacto que incluye:

- **Entrevista de contacto inicial**: Normalmente se aprovecha la consulta médica que trajo a la familia y al bebe para que la madre y el padre visiten el proyecto y son informados sobre el sistema de atención grupal, sus propósitos y beneficios. En general, los padres suelen acercarse para un control de salud al bebé, momento en que se ofrece la atención médico obstétrica a la madre también recordando que gran parte de los problemas de lactancia surgen no por voluntad propia sino por problemas de salud y dolores percibidos por la mamá, dicho beneficio es parte ya del sistema de Crecimiento y Desarrollo Colectivo.
- **Se invita a los padres y madres a acudir a una primera actividad grupal**: durante esta intervención se visita el servicio y se toma un tiempo

con los papás y las mamás para que puedan observar un grupo de trabajo en plena actividad.

- **Se invita a las madres a participar libremente del Taller de Piel a Piel**, si es que ella es primeriza o adolescente.
- **Consulta médica pediátrica con el médico del proyecto.** Se informa a los padres y madres que el programa dispone de un pediatra exclusivamente para los niños que participan activamente del programa, siendo visto como un privilegio frente a la consulta externa donde se congregan niños provenientes de todos los asentamientos humanos y sin controles de salud previos.
- **Vigilancia focalizada a grupos vulnerables:** Cuando se percibe que la familia es de extrema pobreza se la invita a una nueva cita, individual, la cual se desarrolla en el mismo local donde se realizan las actividades de estimulación, de tal forma que la madre pueda observar e interesarse por el proceso (en la experiencia se ha podido observar, que los pobres extremos suelen marginarse de las actividades educativas, considerando éstas como no prioritarias dentro de sus escalas de valores y necesidades a resolver). Se estima que en promedio, la madre pobre extrema requiere de cuatro citas para solicitar formalmente ser incorporada a un grupo de trabajo.



Madre recibiendo capacitación en estimulación

En general, los padres y las madres suelen acercarse al centro médico para un control de salud al bebe. El Taller de los Niños considera la importancia de la salud de las madres al igual que la de sus hijos. Al momento del contacto en familia donde se verifica el peso y talla del bebe, antes de pasar a la consulta,

se recuerda a la madre que el sistema del Taller de los Niños asegura que ella puede pasar además con la enfermera obstetra que la esta esperando cuando termina la consulta pediátrica. A partir del primer encuentro con los padres y el recién nacido, el Taller de los Niños ofrece una atención integral de **Madre/Hijo gratuita.**

La estrategia responde además al hecho que las madres suelen llevar a su hijo a su control de salud durante el primer mes de vida, mientras que ellas se despreocupan de su propia salud. En el Panorama Social 2006 de CEPAL, se demuestra que "solo en el caso de Perú se menciona a la población femenina como uno de los grupos en los cuales los problemas de atención de la salud inciden con mayor intensidad, ya que registran una más alta de carga de enfermedades"³⁶. La atención gratuita para la madre e hijo es importante para demostrar que la salud de la madres es tan importante como la del bebe, para asegurar su buen inicio de vida.

Controles de salud en los primeros cinco años de vida

En el programa de Taller de los Niños los bebes menores de 12 meses tienen un control mensual, de los 12 meses hasta los tres años es bi-mensual y de los tres hasta los cinco años la consulta es trimestral.

Un elemento central e innovador de este modelo es la percepción de la importancia de trabajar con la familia y conocer el estado de cada miembro individualmente, antes de que asistan a los trabajos en grupo. Cada control se inicia con un reconocimiento individual físico del niño (con la medición de peso, talla, perímetro cefálico, control de genitales, piel, aseo, y estructura ósea). Estas mediciones permiten detectar los problemas de salud agudos y poder derivarlos al médico pediatra de manera inmediata.

Servicio de salud amigable

Durante la intervención individual las enfermeras son entrenadas para que en ningún momento se emitan juicios sobre lo observado durante la consulta, más bien se destacan los logros establecidos, haciendo que el servicio de salud sea amigable. Lo importante es generar un ambiente de confianza y una relación cercana entre padres y personal de salud del centro de salud lo que estimula a que vuelvan y no abandonen el programa.

Después del trabajo individual, los padres, las madres y los hijos son invitados a reunirse alrededor de colchonetas y/o mesas, donde durante 50 minutos, los padres revisan, conjuntamente, los avances, los logros y las dificultades que sus hijos hayan enfrentado durante el mes/meses. Luego se comienza con las actividades grupales que comprenden diversos temas tales como:

³⁶ CEPAL: Panorama Social 2005. pg. 265.

- a. **Las actividades que estimulen el desarrollo motor:** realizando ejercicios que se deben practicar luego en el hogar y que después en la sesión mensual de trabajo grupal, demuestran que el niño/niña ha aprendido y, que logra realizar las acciones o actividades. Estas actividades/ejercicios/juegos varían en función de la edad y han sido plasmados en módulos de estimulación temprana destinados a los padres.
- b. **Las actividades que estimulen el aprendizaje del lenguaje:** cada mes, las madres y los padres aprenden una nueva canción, la que además esta plasmada en el folleto de estimulación del mes. Ello permite desarrollar el tema de la adquisición del lenguaje de manera agradable, y con nuevas palabras. A partir del año de edad, los padres van "construyendo" el "Cuaderno de Lenguaje" donde se van dibujando o pegando imágenes que permiten estimular el lenguaje de acuerdo a la edad del niño. Teniendo el cuaderno, las madres también aprenden a hilar historias usando las imágenes que el niño podrá ir nombrando a medida que vaya creciendo.
- c. **Los conocimientos y prácticas de las madres y de los padres para la nutrición** (sea ésta la lactancia o la complementación): ello permite además verificar si existen factores que puedan interferir en la alimentación de los bebés como por ejemplo: presencia de una abuela o suegra que quiera implementar sus costumbres "que siempre sirvieron" o ausencia del cuidado diario del bebé porque la madre trabaja. En este caso, es preferible solicitar también la presencia de quien se encarga del cuidado del bebé.



Madres trabajando en estimulación

- d. **Las prácticas de crianza y cuidado:** en un sociedad violenta, donde la pobreza impera, resulta fundamental poder trabajar con los padres la necesidad de controlar los impulsos y la ira. El espacio de Crecimiento y Desarrollo Colectivo permite en esta instancia ir previniendo comportamientos violentos y que dañen la confianza básica del bebé.

Dependiendo del grupo, se tocan los temas que tienen que ver con los propios sentimientos de las madres (o de los padres), sus temores y reacciones nos resulta mucho más fácil hablar de los derechos de los niños a vivir en alegría y en la tolerancia y, al mismo tiempo, recalcar que los sentimientos maternos de frustración son normales pero que se requiere controlar los impulsos violentos.

El proyecto **Piel a Piel** tiene el propósito de ofrecer a madres y padres de recién nacidos un espacio donde podrán aprender a relacionarse con sus hijos. El proyecto también está abierto para que los padres aprendan a cuidar a sus hijos, al mismo tiempo que le enseña como ser pareja de la nueva mamá. El poder comunicar y expresar sus tensiones y tener acceso a un especialista les permite vivir mejor como pareja en esta nueva etapa.



Madre recibiendo apoyo para el baño de su bebe

También se les enseña a darle el primer baño a su bebé gozando de un apoyo emocional y técnico facilitado por las enfermeras. A las madres se les entrega un apoyo importante por parte de las enfermeras y de las otras madres que comparten el mismo sufrimiento y dificultades. A aquellas mujeres que presentan las mayores dificultades emocionales, se les ofrece un segundo taller con énfasis en los masajes y caricias y la resolución de problemas. En Piel a Piel, una especialista está disponible para aquellos casos donde se presenta una depresión postparto acentuada y las madres adolescentes, que les ayudaran a empoderar y asumir de manera inmediata un rol activo con su bebé. En este espacio, se efectúan actividades donde las madres aprenden a ser mamás. Se les enseña a dialogar en silencio con su bebé, a establecer nuevos y fuertes lazos y apego.

Otro componente importante dentro del CRED Colectivo es resolver el problema evidenciado por la Red de Lactancia Materna y el Ministerio de Educación sobre la creciente y peligrosa baja de la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses. El abandono temprano puede causar un aumento de episodios de diarreas agudas, disminución en el crecimiento y desarrollo, aumento de costos de alimentación del hijo por compras de leche maternizada o artificial, los cuales a su vez disminuyen la capacidad de compras de la familias para alimentarse bien. Las madres primerizas y las adolescentes son las más vulnerables, teniendo un 25% problemas durante la lactancia.^{37/38} Lamentablemente, muchas de las familias que rodean a madres que enfrentan problemas durante la lactancia no incentivan la intervención médica, sino recomiendan la compra de productos de leche maternizada y la introducción del biberón "para que el bebe deje de llorar". Ello tiene por efecto, una disminución constante de la producción de leche y el aumento de los gastos en leche artificial.



Apoyo para la lactancia

El programa ha capacitado a sus enfermeras con el propósito de asegurar que las prácticas para una lactancia saludable sean dominadas por todos los profesionales del centro. La **Sala de Re-lactancia** es un espacio donde las madres con mastitis y grietas en los pezones que ya han incorporan la leche artificial, son acogidas con el fin de ofrecerles un acompañamiento capaz de revertir el proceso iniciado. Durante el tratamiento se les enseña las técnicas de lactancia, aprenden a comunicarse con su bebe, para formar una relación

³⁷Los problemas encontrados tienen relación con problemas de salud de la madre (mastitis, grietas en el pezón) y con la percepción que no tiene una producción de leche suficiente.

³⁸ Red Peruana de Lactancia Materna. Evaluación de la Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Perú 2001.

más afectiva y amorosa entre ellos. El emblema de esta iniciativa es "Paciencia y Buen Humor" se logra así revertir la escasa producción de leche y reiniciar la lactancia materna exclusiva.

La **Consejería Nutricional** es un aporte importante del Crecimiento y Desarrollo Colectivo que se enfoca en eliminar los problemas asociados con la desnutrición infantil que tienen una relación paralela al desarrollo infantil. A partir del sexto mes de vida del bebe, luego de haber recomendado la lactancia exclusiva en los primeros seis meses, el programa de Crecimiento y Desarrollo inicia las sugerencias para el inicio del "destete". El 75% de las madres suelen pasar este nuevo reto en la crianza de su bebe sin mayor dificultad. Las mujeres que tienen problemas para abandonar la lactancia, suelen tener hijos que presentan curvas de peso aplanadas y las primeras señales de desnutrición aparecen con el adelgazamiento continuo mes a mes. Los niños que no han tenido un crecimiento adecuado, son enviados a la consejería nutricional para poder revertir el proceso de pérdida de peso. En los casos de niños mayores de 18 meses los problemas son más sociales que económicos y fueron en general producto de una dificultad de la madre para establecer las normas.



Prácticas nutricionales

A partir de una intervención individual, donde las enfermeras recogen información sobre las practicas actuales de las familias de los niños que presentaron problemas de crecimiento y a través de talleres colectivos se brinda las facilidades y actitudes necesarias para que las madres puedan alimentar a sus hijos teniendo el soporte necesario para establecer las normas

que con frecuencia no se han atrevido a poner. Los talleres prácticos permiten descubrir en grupo como se cocinan las mazamorras, los postres, las papillas, las ensaladas, y platos ricos en hierro. El grupo no solo prepara estos platos, sino que también los comen, esto permite que tanto los papás y las mamás como los hijos prueben nuevos sabores y gustos y exploren en familia y en grupo cada paso hacia una alimentación sólida y saludable. La innovación en este programa es que sin que los padres se sientan juzgados, gracias a la participación activa entre los padres, hijos, y el cuerpo medico, se les brinda los elementos necesarios para que sus bebes crezcan y se alimenten adecuadamente.

Durante las diversas actividades ofrecidas por el programa, se refuerza la importancia de la participación del papá en la atención, cuidado y crianza de sus hijos. El Taller de los Niños ha notado que con frecuencia es la madre quien aleja al padre durante los primeros meses de vida del hijo -suele decir "haz esto" "haz lo otro" "cuidado!" "déjalo que lo hago más rápido", impidiendo que el padre pueda tener su propio aprendizaje igual que una madre primeriza-. Así mismo, el sistema de salud peruano, en zonas de pobreza, margina al varón dificultando su acceso a los controles de embarazo e impidiendo el acceso a la sala de parto para ver el nacimiento de su hijo.

El programa Crecimiento y Desarrollo, junto con la Consejería Nutricional invitan a grupos de padres/varones cada sábado a **"Solo para ti, Papá"**, para que solos con sus hijos, puedan descubrir el placer de la paternidad. Con el fin de evitar que las mamás intervengan en el proceso, las madres son invitadas a participar en actividades separadas durante el proceso de aprendizaje de los padres. "Solo para ti, papá" no tiene el propósito de separar a los padres, sino devolver el espacio que les corresponde, hacerles sentir el placer de cumplir con su rol y por otra parte dar la oportunidad a la madres de ver con sus propios ojos que los papas son capaces de ayudarla eficazmente. Al mismo tiempo, al separar a la madre de este proceso, ellas aprenden a tener paciencia, tolerancia y confianza en su pareja en el cuidado de su hijo o hija.



Solo para ti, Papá

Costos y Financiamientos del Proyecto

Una de las grandes virtudes del CRED Colectivo es el bajo costo de sus servicios, el cual es comparable con los del Ministerio de Salud. Sin embargo, la calidad del servicio brindado por el Taller de los Niños mediante su programa es más alta y su impacto de calidad en la vida de los niños que acuden al CRED Colectivo es aún más importante. El desarrollo de las actividades asegura un costo de seguimiento anual, de US\$ 23.000 por 1700 niños controlados, inmunizados y con seguimiento de nutrición y salud mujer. Lo cual es aproximadamente de US\$ 1,80 por niño anualmente, una suma muy baja para la calidad y eficiencia del servicio brindado por el CRED Colectivo.

Desde 1990, los centros de salud reciben los insumos para la inmunización de los niños y madres de parte del Ministerio de Salud. La infraestructura y recursos humanos que ya son parte de los centros médicos han sido utilizados, como insumos del programa. Al ya contar con los recursos entregados por parte del gobierno Peruano, el programa CRED ha logrado reducir en gran parte los costos del programa.

El programa ha consagrado financiamientos importantes desde sus inicios en 1995 mediante el diálogo y al demostrar que el programa CRED Colectivo no es un programa aislado. El reconocimiento internacional recibido por el programa logró que entre 1995-1997, el Taller de Niños empezara a contar con financiación extranjero por parte de la Asociación Atelier des Enfants, de

Suiza. A partir de 1998, la Asociación Taller de los Niños comenzó a desagregar las actividades del CRED Colectivo, con el fin de obtener recursos específicos, de instituciones interesadas en financiar proyectos y actividades particulares. Este método resultó en importantes aportes, tales como el compromiso financiero de la cooperación Suiza, en el 2000 y nuevamente por tres años a partir del año 2003. En el 2004, se recibieron los recursos necesarios para la ambientación de la sala de estimulación renovada, al igual que los fondos necesarios para la creación de una sala para el programa Piel a Piel.

Los costos también son cubiertos por el insumo de las madres, ya que ellas asumen el costo de la Planificación Familiar y otras necesidades médicas. A pesar de una positiva colaboración de fuentes financieras, el programa no ha podido cubrir la demanda del programa, ya que su financiamiento no es suficiente para poder aumentar los recursos humanos. El gobierno Peruano ha reconocido los grandes avances del programa CRED Colectivo y en el primer semestre del año 2009 se ha iniciado un trabajo coordinado con la dirección del Ministerio de Salud para poder incluir la propuesta dentro de las normas nacionales.

Cuadro No. 6
Costos del Programa
En Nuevos soles

PROGRAMA : " CRECIMIENTO Y DESARROLLO COLECTIVO"								
CODIGO : 406 - B								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
I.- PERSONAL	75.991	98.594	116.490	103.350	101.930	84.174	98.750	119.273
II .- ALIMENTACION	2.817	4.614	4.544	6.384	4.578	5.987	5.699	8.518
III .- GASTOS OPERATIVOS	10.755	15.945	24.550	25.638	27.050	29.970	31.360	42.270
IV.- ABASTECIMIENTO	3.736	4.220	8.600	7.100	8.800	9.100	9.600	4.200
V.-SERVICIO DE VIGILANCIA	2.280	2.500	2.500	2.750	3.750	3.750	3.750	3.750
TOTAL DEL PROGRAMA :	95.579	125.873	156.684	145.222	146.108	132.981	149.159	178.011
INGRESOS PROPIOS PROYECTADOS:	14.000	16.000	18.000	20.000	20.000	51.825	28.000	28.000
	81.579	109.873	138.684	125.222	126.108	81.156	121.159	150.011
COSTO DÓLAR: \$	29.665	35.443	39.624	35.778	36.031	33.656	34.617	45.458

Cuadro No. 7
Costos por unidad producida
En US\$

Actividad	Costo Total (USD)	Costos CRED Colectivo 2004		Costo Total (USD)	Costos CRED Colectivo 2005	
		Unidades Producidas, Servicios Prestados, Población Atendida	Costo Unitario (USD)		Unidades Producidas, Servicios Prestados, Población Atendida	Costo Unitario (USD)
<u>Crecimiento y Desarrollo Colectivo</u>	\$ 44,316.00		\$ 16,779.00	\$ 53,941.00		\$ 13,195.00
<i>Intervenciones de Estimulación Temprana</i>		152.259			8.337	
<i>Intervenciones de Re-lactancia.</i>		814			3.399	
<i>Dosis de Vacunas Aplicadas.</i>		8.879			953	
<i>Padres Asistentes a Taller</i>		164			164	
<i>Visitas a Domicilio.</i>		543			342	
<u>Consultas Médicas</u>	\$ 44,142.00	26.753	\$ 1.65	\$ 26,954.44	18.982	\$ 1.42
<i>Consultas Pediátricas</i>		9.502			5.190	
<i>Atenciones Gratuitas a Recién Nacidos</i>		472			597	
<u>Piel a Piel</u>	\$ 1,639.00	(Plan Piloto, Personal Parcial)	\$ 6.50		\$ 6,057.00	\$ 5.30
<i>Intervenciones madre/hijo</i>		205			374	

Consejerías/ Intervenciones en Crisis		N/A			190
---	--	-----	--	--	-----

Cuadro No. 8
Fuente y monto de financiamiento, por años
En US\$

Año	Fuente	Monto de Financiamiento	Periodicidad de Financiamiento	Compromiso a
2003	Atelier Des Enfants	\$ 33,733.00	Trimestral	
2003	Participación Comunitaria	\$ 7,138.00	Atenciones	
2004	Atelier Des Enfants	\$ 34,224.00	Trimestral	
2004	Participación Comunitaria	\$ 10,092.00	Atenciones	
2005	Atelier Des Enfants	\$ 22,352.00	Trimestral, en proceso	\$ 23,105.00
2005	Participación Comunitaria	\$ 4,393.00	Atenciones, en proceso	\$ 4,091.00
2006-2008	Atelier Des Enfants			\$ 53,941.00

Año	Fuente	Monto de Financiamiento	Periodicidad de Financiamiento	Compromiso a
Programa Consejería Nutricional				
2003	Fundación Barranco	\$ 12,200.00	Semestral	
2004	R.S.E. Privada	\$ 13,199.00	Semestral	
2005	R.S.E. Privada	\$ 5,492.00	Semestral, en proceso.	\$ 5,982.00
	R.S.E. Privada		Compromiso Asegurado / Año	\$ 11,924.00
Programa Piel a Piel				
2005	Embajadores "Ayuda de Amor"		Presupuesto Anual	\$ 7,573.00
	Embajadores "Ayuda de Amor"		Compromiso Asegurado / Año	\$ 7,573.00

Dificultades que ha enfrentado el Programa:

El programa CRED Colectivo, al ser una nueva alternativa para mejorar la salud integral de los niños, no estuvo exento de dificultades durante sus inicios. En el primer año de operación del programa, se dedicó a analizar las tensiones y los logros del programa hasta ese punto. Al comienzo resultaba difícil lograr que las familias llegaran a la hora establecida para juntarse con sus grupos. Ya que el programa CRED Colectivo demanda más tiempo dentro del centro médico, las madres se mostraban frustradas por el cambio de estrategia, sin embargo, al ver el progreso de sus hijos, con el tiempo lograron aceptar los cambios.

Uno de los desafíos más importantes se enfrentó con las enfermeras a cargo. Resultó difícil lograr que estas se arrodillaran o sentaran con las madres a su misma altura y que pudiesen transmitir la información, dejando un espacio para la comunicación, la retro-alimentación y el compartir las experiencias personales. Las enfermeras percibían que perdían el control y que manejar al grupo resultaba difícil. Para poder superar este problema, el equipo discutió las dificultades y compartió su sentir con las madres y padres participantes. A partir de ellos, las enfermeras se mostraron abiertas a modificar naturalmente sus gestos y mensajes. Con tiempo, han logrado acercarse de otra manera a las madres, llegando a arrodillarse y a sentarse al mismo nivel que ellas, sin sentir incomodidad alguna.

En 1997, se planteó abrir un espacio diferenciado para las madres y adolescentes y sus hijos, con el fin de compartir con ellas de manera diferenciada las tensiones vividas durante el embarazo. La experiencia fracasó ya que las madres adolescentes se sintieron marginadas, y al citarlas aparte se lograba visualizar aún más su condición. Dado lo anterior, se modificó el sistema y se incorporó a las madres adolescentes en los grupos de trabajo según la edad de sus hijos e hijas. Así las adolescentes pudieron comprobar que todas las madres viven las mismas tensiones y dificultades. Al unir las madres adultas también eliminaron sus prejuicios en contra de las jóvenes madres. También se ha tomado un cuidado adicional y es que cuando se trabaja en grupo, se debe tener el cuidado de ubicar a la adolescente madre cerca de la enfermera para brindarle mayor apoyo.

Otro problema que se enfrenta con las adolescentes, es el alejamiento del padre, más generalizado a partir del cuarto mes de vida de su hijo. Se percibe que los padres adolescentes, al comenzar el programa están encantados con el trabajo en grupo, pero al mismo tiempo, se observa la presión de su propia familia y el entorno juvenil en contra de su participación, lo que eventualmente causa el abandono completo de su rol como padre. Situación similar ocurre con los padres adultos, la sociedad machista peruana dificulta la participación de los padres dentro del programa. Es la propia población que genera la mayor irresponsabilidad como padre, "con tal que les des de comer y tenga con qué dormir, ya estas cumpliendo como papá. No tienes porque hacer más"³⁹.

Los prejuicios sobre el rol masculino y la masculinidad provocan el alejamiento del padre, y una muy baja participación en la crianza de sus hijos. El programa apunta

³⁹ Frase citada por un padre adolescente de San Juan de Lurigancho, dicha por su propio papá.

a eliminar la baja participación del padre mediante el programa **"Solo para ti, Papa"** y el descuento de las consultas médicas hechas en pareja están dirigidas a fomentar la asistencia de ambos padres (la atención cuesta la mitad si la mamá/mujer acude con su compañero o padre del hijo). Se observa en los meses siguientes que aumenta el número de parejas que asisten a las consulta y a la vez, que cuando la mujer esta siendo acompañada de su compañero, el 90% accede a un tratamiento en las 24 horas siguientes, mientras que las mujeres que asisten solas, deben esperar hasta 72 horas para reunir el dinero (60% de los casos).

El proyecto no logra cubrir la demanda, dado que tiene gran acogida, la comunidad presiona por ingresar al sistema, ya que el servicio tiene una alta valorización de la calidad, eficiencia y eficacia. En el 2003 surgen las primeras dificultades por exceso de demanda de niños entre 0 y 3 años. El equipo se ve obligado a privilegiar el acceso al programa a niños de 0 a 6 meses de edad, priorizando así la intervención temprana y en particular el periodo donde la lactancia materna exclusiva debe prevalecer. En el 2004, la demanda por parte de los padres aumenta aun más, y se debe limitar nuevamente el ingreso, esta vez sólo a bebés menores de 1 mes. Mientras que se mantiene la atención excepcional a niños de hasta los 24 meses que presentan signos de desnutrición. Estas decisiones surgen con el fin de mantener la calidad de trabajo alcanzada hasta el momento. Dado al éxito del programa, la mayor dificultad que afecta el programa ha sido las limitaciones financieras que impiden aumentar los recursos humanos para poder acoger la gran demanda por el servicio.

Otro obstáculo importante para el programa, han sido sus limitaciones de replica causado por el cambio frecuente de autoridades en el sector de salud. En 1999, luego de recibir el reconocimiento por parte de oficiales de UNICEF, el Ministerio de Salud envía varias comisiones de evaluaciones para ver las posibilidades de replica. Cuando se esta a punto de firmar un acuerdo de capacitación para las enfermeras a cargo del programa de crecimiento y desarrollo en establecimientos públicos, se presenta un cambio en el Ministerio de Salud, generando una remoción de los responsables en la área lo que provocó el no seguimiento del proceso. La instalación de la experiencia en otros servicios del sector se ha visto dificultada, sin embargo, el esfuerzo continúa y existe un claro interés en desarrollar algunos pilotos demostrativos en otros Centros de Salud.

Logros, Innovación y Replicabilidad del programa:

El programa CRED Colectivo ha sido un instrumento crucial para la salud de los niños y niñas de San Juan de Lurigancho. El modelo de gestión de control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, implementa una oferta individual y una colectiva, incluye al varón y se centra en el desarrollo de habilidades de crianza, cuidado y protección de los niños y niñas. El programa logra demostrar a los padres y las madres, la importancia de la estimulación temprana del desarrollo psicomotor, la prevención de violencia familiar, consejería nutricional y tratamiento oportuno de problemas de desnutrición, servicios diferenciados para madres adolescentes, trabajo con padres varones y con madres mayores de cuarenta años. Todas las características han logrado triplicar el número de beneficiarios entre 1995 y el 2004.

Cuadro No.8
Evolución de los beneficiarios

Periodos	Beneficiarios
1995 - 1999	550 niños por año con seguimiento adecuado.
2000 - 2001	970 niños por año con seguimiento adecuado
2002 - 2004	1500 niños por año, con seguimiento adecuado.

❖ Valor institucional: aumento de recursos para el proyecto:

Todos los usuarios del CRED Colectivo manifiestan el reconocimiento de la calidad del servicio, todos lo diferencian de otros servicios, especialmente de los servicios de sector de salud, por el trato adecuado, calidad y respeto. Muchos de los beneficiarios reconocen que nunca han experimentado tales niveles de satisfacción por un servicio, como el que tienen en el CRED, donde no solo encuentran respuesta a los problemas de salud, sino que aprenden a ser padres y madres, aprenden a cocinar, a dar masajes, a expresar afecto y a relacionarse como seres humanos. Ellos sostienen que a través del servicio han aprendido mucho más que en años asistiendo a los servicios de salud del MINSA, y que ahora, realmente están previniendo y mejorando la vida de sus familias e hijos, ya que antes de ser parte del programa solo atendían a los centros para vacunarlos o curarlos de enfermedades.

El programa intenta mantener un monitoreo continuo del estado de sus pacientes, para poder mantener la calidad del servicio y hacer los cambios necesarios cuando se encuentren problemas. Para lograr un mejor monitoreo, se modifica el sistema de evaluación establecido por el Ministerio de salud. El Test Abreviado, es ampliado con nuevos indicadores y criterios de salud y desarrollo, los cuales son registrados dentro de la tarjeta de control de vacunas y desarrollo en cada consulta del paciente. El cuerpo médico del Taller de los Niños también sistematiza la información de sus pacientes y la metodología de sus actividades destinadas a la auto-capacitación de las enfermeras que trabajan en el programa CRED. A partir del 2000, como instrumento para la difusión del Crecimiento y Desarrollo y apoyo para la replicabilidad del sistema CRED colectivo, el programa publica documentos de apoyo, tanto para los padres de niños pequeños que participan en el proyecto, como para enfermeras que deseen aplicar el sistema en otros centros de Salud.

La innovación de este programa, es la creación de capital humano en una zona urbana marginal, donde hay altos índices de pobreza extrema. El programa CRED colectivo es una intervención social que logra fortalecer la población a través de un cambio sustantivo del enfoque tradicional de la atención de salud infantil. El programa busca mejorar la calidad de vida de los pobres, al asegurar el buen comienzo de vida de las nuevas generaciones.

El programa ha logrado fomentar la participación ciudadana en San Juan de Lurigancho, al descargar la labor del personal de salud y brindarles a los padres una educación participativa y una relación de pares entre ellos y los profesionales de enfermería.

El éxito del programa se debe al cambio de estrategia utilizada por el centro médico para aumentar la calidad de atención infantil mediante una mejora en la calidad de trabajo dentro del cuerpo médico. El programa evalúa la calidad de trabajo y apunta a mejorar la calidad de la consulta, en búsqueda de aumentar un conjunto de indicadores de salud. Se cambia así el propósito del centro médico. En vez de preocuparse de aumentar el número de consultas médicas, se intenta mejorar la salud de los pacientes mediante un conjunto de indicadores de salud. CRED Colectivo buscó soluciones locales y descentralizadas para descargar la labor del personal de salud, que de por sí se enfrenta a tareas importantes y donde se ha considerado los constantes riesgos del desgaste físico y mental que se sufre al ser personal de salud que trabaja en una zona urbano marginal, de pobreza y violencia. La atención de la enfermera mejora al considerarla como un actor importante en el desarrollo de los pacientes. El programa establece un sistema donde su propia salud mental fue comprendida como un elemento clave.

Otra estrategia que ha logrado que CRED Colectivo tuviese éxito, es considerar a los padres (papá y mamá) de los niños y niñas como actores de su propio desarrollo y no meros seres humanos en espera de recibir la información o evaluación de sus hijos por parte de un profesional. Se genera una propuesta de trabajo a partir del diario vivir y no de teoría, con el fin de considerar los eventuales nudos y dificultades que todos los actores podrían enfrentar. En reuniones grupales los padres pueden comparar el desarrollo entre sus hijos y los de otros padres, esto tuvo un efecto positivo que impactó de manera social a los padres (varones) que tenían poca participación y que se lograron interesar por los diferentes aspectos de sus hijos frente a los otros. Al poder incorporar los padres y las madres en el cuidado y crianza de los niños permite reforzar conocimientos, desterrar mitos, y creencias peligrosas.

El programa no se limitaba exclusivamente a mejorar la salud infantil, pero también considera la importancia de fortalecer el núcleo familiar. La incorporación del varón o marido en el proceso permitió que se modificaran las formas de ver al papá/varón dentro de la familia quitándole, hasta entonces, exclusiva función de sustento económico dentro de la familia y a la vez, la visión nativa de un hombre inactivo y poco deseoso de ser parte de los cambios. Esto también les da la seguridad a las madres de que los padres también se pueden apoderar de la crianza de sus hijos. La familia, para el Taller de los Niños, es el núcleo básico sobre el cual se construye la sociedad, "ello quiere decir que nos atrevemos a afirmar que el proyecto de Crecimiento y Desarrollo Colectivo sirve de cimiento para una sociedad más justa equitativa y no violenta".

El programa es absolutamente replicable, dado al bajo costo y la alta rentabilidad social. El control de crecimiento y desarrollo es una actividad que ya cuenta con los recursos humanos necesarios y una asignación presupuestaria en Perú. Lo que el programa CRED Colectivo logra es utilizar los recursos actuales, para crear

actividades interactivas que mejoraran las condiciones nutricionales, las habilidades de crianza y la protección íntegra de los niños. Para poder concretar la replicabilidad del programa en otros centros de salud del Perú, es necesaria la intervención política de una estrategia integrada de crecimiento y desarrollo para los niños. Esta política debe asistir a los centros médicos con la infraestructura, la capacitación del cuerpo médico y la reestructuración de las normas de salud. La propuesta de "Promoción de Salud" ha resultado ser la única opción para enfrentar tempranamente los problemas de la comunidad. Pero aún falta atacar el reto de incorporar el tema de la calidad. "La idea de la salud como una unidad, con un conjunto de actividades que deben complementarse y apoyarse, apostando siempre en la visión de la prevención como estrategia más eficaz para alcanzar una visión de desarrollo humano"⁴⁰.

Desde el segundo semestre de 2009, la estrategia de trabajo colectivo ha sido incluida en la nueva norma de vigilancia del crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud. Convertirse en política pública es clave para asegurar su permanencia en el tiempo y también tener el financiamiento para continuar el servicio.

Para más información comunicarse con:

Asociación Taller de los Niños

- María Isabel Cifuentes R.
- Christiane Ramseyer Denbreaz

ceitani@terra.com.pe

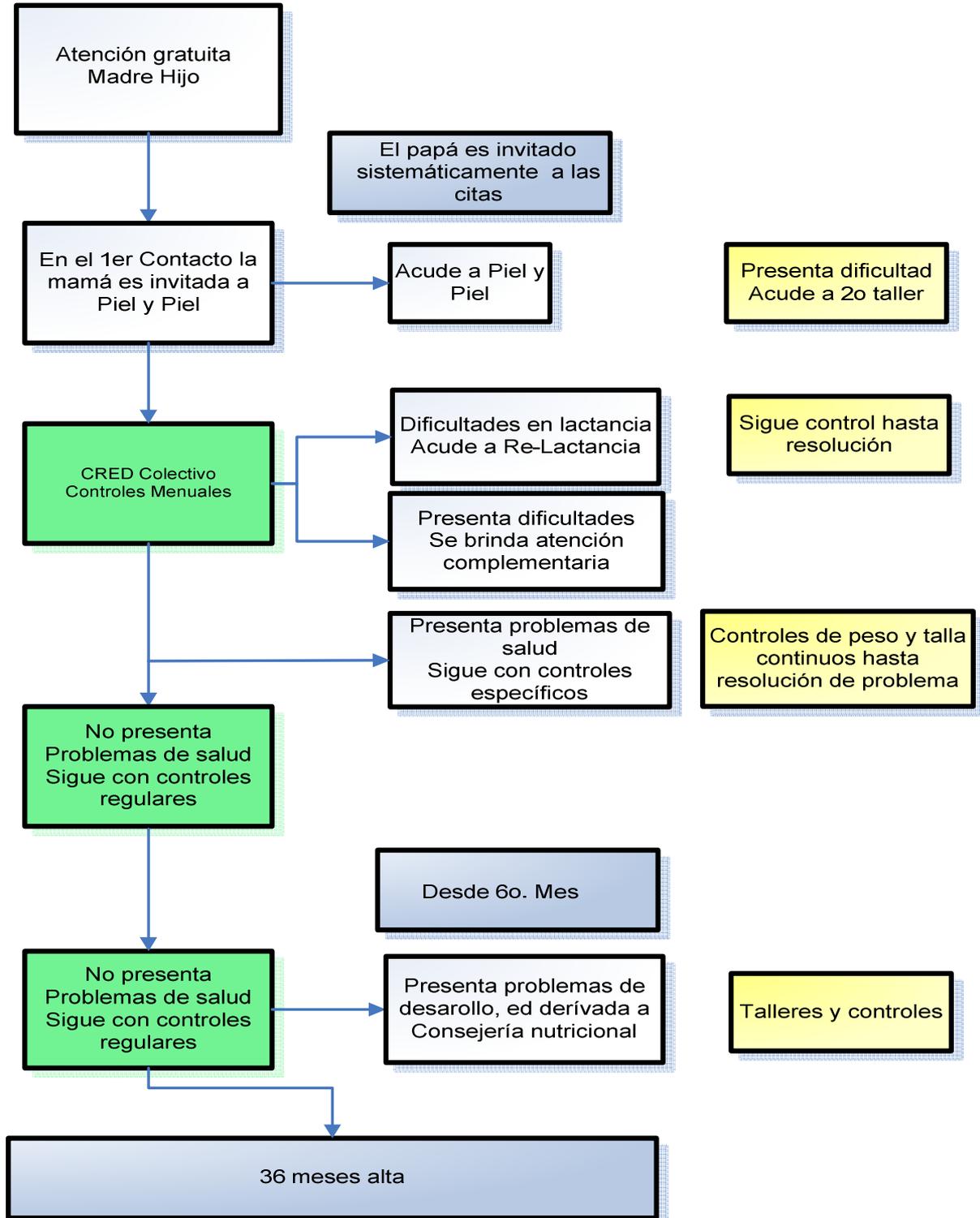
<http://www.tallderlosninos.org.pe>

Av. María Parado de Bellido 179
Magdalena del Mar. Lima 17 - Perú
051-1-4619389

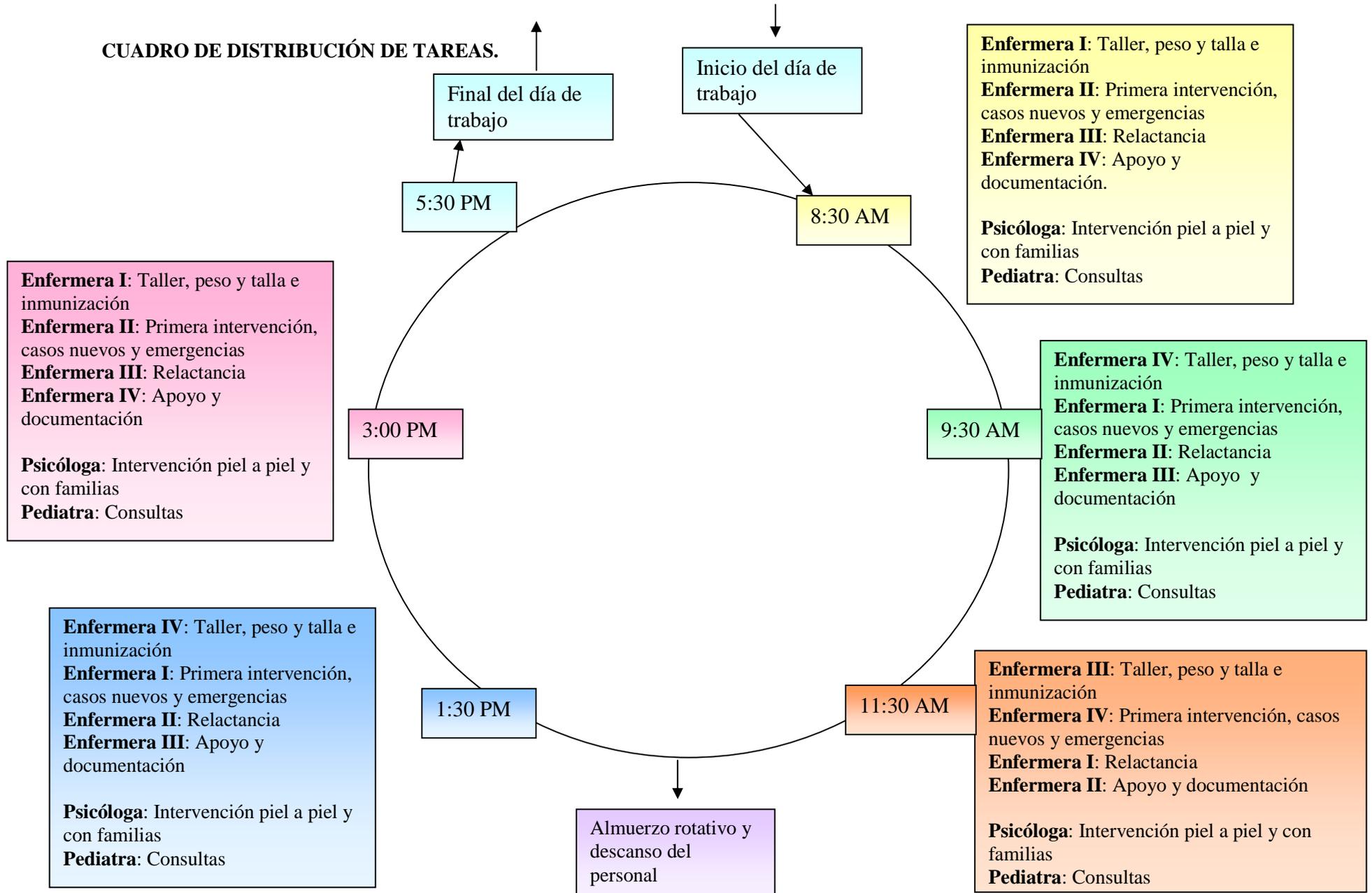
⁴⁰ Asociación Taller de los Niños. Formulario de Información Adicional. Pg. 37.

Anexos

Anexo No. 1 Flujograma, Crecimiento y desarrollo colectivo



CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE TAREAS.



Los circuitos en diferentes áreas del cerebro maduran en diferentes períodos de tiempo. Como resultado de esto, diferentes circuitos son más sensibles a las experiencias de la vida a diferentes edades. Lo importante es que la niña o el niño reciban la estimulación necesaria en el momento necesario.

PRENATAL	NACIMIENTO	1 AÑO DE EDAD	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS
Desarrollo Motriz										
	Control Emocional									
	Vista									
	Vinculos Sociales									
	Vocabulario									
Segundo Idioma										
		Matemática/Lógica								
				Música						

Fuente: Sharon Begley, Newseek, "El Cerebro de su Niño".

TALLER DE PIEL A PIEL



El Taller de los Niños, la invita a pasar un momento grato e inolvidable con su bebe donde aprenderá a cuidarlo, entenderlo y comunicarse mejor con él. Le ofrecemos un ambiente calido y agradable donde la ayudaremos a relajarse, a bañar a su niño y a alimentarlo adecuadamente.

Día: _____

Hora: _____

Lugar: Centro Médico Asociación Taller de los

Niños

Paradero 16 de la Avenida Canto Grande

Además tendrá la oportunidad de resolver sus dudas y compartir 

TALLER DE PIEL A PIEL



El Taller de los Niños, la invita a pasar un momento grato e inolvidable con su bebe donde aprenderá a cuidarlo, entenderlo y comunicarse mejor con él. Le ofrecemos un ambiente calido y agradable donde la ayudaremos a relajarse, a bañar a su niño y a alimentarlo adecuadamente.

Día: _____

Hora: _____

Lugar: Centro Médico Asociación Taller de los

Niños

Paradero 16 de la Avenida Canto Grande

Además tendrá la oportunidad de resolver sus dudas y compartir 

TALLER DE PIEL A PIEL



El Taller de los Niños, la invita a pasar un momento grato e inolvidable con su bebe donde aprenderá a cuidarlo, entenderlo y comunicarse mejor con él. Le ofrecemos un ambiente calido y agradable donde la ayudaremos a relajarse, a bañar a su niño y a alimentarlo adecuadamente.

Día: _____

Hora: _____

Lugar: Centro Médico Asociación Taller de los

Niños

Paradero 16 de la Avenida Canto Grande

Además tendrá la oportunidad de resolver sus dudas y compartir 

TALLER DE PIEL A PIEL



El Taller de los Niños, la invita a pasar un momento grato e inolvidable con su bebe donde aprenderá a cuidarlo, entenderlo y comunicarse mejor con él. Le ofrecemos un ambiente calido y agradable donde la ayudaremos a relajarse, a bañar a su niño y a alimentarlo adecuadamente.

Día: _____

Hora: _____

Lugar: Centro Médico Asociación Taller de los

Niños

Paradero 16 de la Avenida Canto Grande

Además tendrá la oportunidad de resolver sus dudas y compartir 

Bibliografía:

Bravo, Rosa. "Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de Perú". *Serie Mujer y Desarrollo No 55*. Santiago, Chile: CEPAL, Mayo de 2004.

CEPAL. *Panorama Social de Latino América*. CEPAL: 2006.

CEPAL. *Panorama Social de Latino América*. CEPAL: 2005.

CEPAL: Serie Mujer y Desarrollo No. 55. Las Metas del Milenio y la Igualdad de género: el caso de Perú. Pág. 52

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. *Estudio sobre la Seguridad Ciudadana: Percepción desde las mujeres de San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador*. Lima: 2001. 10 de Noviembre.

< <http://www.flora.org.pe/investigaciones.htm> >

Comisión de la Verdad y la Reconciliación, Informe Final, Lima, 2003

Dammert, Ana Cecilia. "Acceso a Servicios de Salud y Mortalidad Infantil en el Perú". *Investigaciones Breves 18*. Lima: CIES/GRADE: 2001.

Degregori, Carlos Iván. "Harvesting Storms: Peasant *Rondas* and the Defeat of Sendero Luminoso in Ayachucho," en *Shining and Other Paths: War and Society in Peru, 1980-1995*, ed. Steve Stern, Duke University Press: Durham and London, 1998 (ISBN 0-8223-2217-X).

INEI. *Conociendo Lima: Guía Estadístico*. Lima: INEI, 2007.

INEI. ENDES: Evaluación de Desarrollo en Hogares. 2003.

INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES 2000). Lima, Perú: INEI, 2000.

INEI. La pobreza en el Perú 2003-4; 2005. Lima Perú

INEI. Mapa de necesidades básicas insatisfechas de los hogares a nivel distrital. Lima: INEI, 1994

INEI. "PERU: Perfil Sociodemográfico. 2007". Lima, Perú: INEI. 21 de Septiembre, 2007.

< www.inei.gov.pe/biblioineipub/Est/Lib0007/caP0202.htm >

Instituto Nacional de Salud. *Evaluación de Impacto del Programa Wawa Wasi*. Lima: 2003.

- Instituto Nacional de Salud. *Prevalencia de Desnutrición Crónica según ENNSA, ENDES 1996, ENDES 2000, MONIN CENAN – INS 2002 y MONI CENAN – INS 2004. 1 de Diciembre, 2007.*
<www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2,4,157,O,S,0,458%3BS%3B1%3B134>
- IMF. *World Economic Outlook Database*. 2006. 22 de Septiembre, 2007.
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2005/02/index.htm>
- Isbell, Billie Jean. *Shining Path of Peru*, ed. David Scott Palmer. Segundo Edición. St. Martin's Press: New York, 1994. (ISBN 0-312-10619-X)
- Mazzetti Solar, Pilar. Presentación Ministra de Salud: "Plan Nacional de acción por la Infancia y la Adolescencia (2002-2012)."
<http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=2550&mes=6&anio=2005>
- Municipalidad de San Juan de Lurigancho. "Historia de San Juan de Lurigancho". 10 de Noviembre, 2007. < <http://www.sanjuandelurigancho.com/>>
- Naciones Unidas, World Population prospects. The 2006 Revision (<http://www.esa.un.org/unpp>)
- Nyberg Sorensen, Ninna; Stepputat, Finn. La población desplazada entre la asistencia y el desarrollo en los Andes centrales del Perú. Copenhague, 2000.
<http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc13592/doc13592.htm>
- OECD. *Informe PISA: Perú 2000*.
- OPS/OMS. *Salud en las Americas 2007*. Volumen I-Regional. Publicación Científica y Técnica No. 662. Washington D.C: OMS 2007.
- OPS/OMS. *Salud en las Americas 2007*. Volumen II-Regional. Publicación Científica y Técnica No. 662. Washington D.C: OMS 2007.
- OPS. "Enfatizan importancia del consumo exclusivo de leche materna hasta los 6 meses". 3 de Agosto de 2004. *Noticias e información Pública: Comunicado de Prensa*. 1 de Octubre, 2007
<<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=4888&SE=SN>>
- PAHO. *Health in the Americas, 2007*. Volume I – Regional. An Overview of Regional Health. 22 de Septiembre, 2007.
< http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_604.htm>
- PNUD, Informe de Desarrollo Humano, Perú, 2006.

Red Peruana de Lactancia Materna. *Evaluación de la Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Perú 2001*. 1 de Diciembre, 2007 <<http://www.lactared.com.pe/evaluacion>>

Sharon Begley, Newseek, "El Cerebro de su Niño".

Switzer, Russell W., Jr. B.S., University of the State of New York. *Sendero luminoso and peruvian counterinsurgency, May 2007*
<http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-01242007-200500/unrestricted/russswitzerthesis.pdf>

UNICEF/ USAID/ Ministerio de Salud de Peru. *Un Buen Inicio en la Vida*. 2006. 24 Septiembre, 2007.
<http://www.unicef.org/peru/_files/Publicaciones/SobrevivenciaDesarrolloInfantil/buen_inicio_en_la_vida.pdf>

UN Statistics Division.
<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_series_results.aspx?rowID=561>