

# ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

DR. CARLOS COLLAZOS CHIRIBOGA\*

La alimentación constituye uno de los componentes esenciales del bienestar y un valioso indicador de los niveles de vida de una comunidad, y representa, junto con otros indicadores, el grado de desarrollo de un país. Una de las formas de expresión del atraso y la pobreza de una colectividad está dada por el hambre y la desnutrición.

Los niños y las madres son los grupos poblacionales que sufren más los efectos de una alimentación desbalanceada. Una de las causas de la alta tasa de mortalidad infantil es la desnutrición proteico calórica. De ahí que la OPS, desde el inicio de su labor a favor de la salud de la población, haya promovido la acción de los gobiernos para elevar los niveles de vida, desarrollar una política alimentaria y agrícola, y mejorar la educación básica en salud y el saneamiento del medio. También han sido objetivos específicos de la OPS: mantener un buen estado nutricional, reducir la prevalencia de las enfermedades infecciosas, y conseguir la rehabilitación nutricional temprana y completa de los niños mal nutridos.

Sin embargo, algunos expertos consideraban que cualquier esfuerzo programático sería vano debido a la propaganda comercial, a la importación de productos de leche maternizada y a la introducción de dietas propias de países de diferente contexto sociocultural. De allí, que la OPS inicialmente limitara sus actividades en nutrición a apoyar planes encaminados a resolver los problemas locales, a partir

de alimentos de producción local, acordes a los hábitos alimentarios de la población y a la capacidad económica de las familias. Ya antes el SCISP, a través del Instituto Nacional de Nutrición, había estudiado el valor nutricional de los alimentos autóctonos, entrenado un grupo selecto de nutricionistas y elaborado dietas balanceadas. La preparación de tales alimentos era enseñada a las madres de familia, mediante demostraciones en los centros de salud y en los domicilios, con la cooperación de las demostradoras del hogar del Servicio de Extensión Agrícola (SCIPA) del Ministerio de Agricultura.

La cooperación técnica de la OPS en el área de la alimentación y nutrición comenzó en 1946, cuando con apoyo de la Fundación W.K. Kellogg, se formularon los planes para llevar a cabo, la creación del Instituto Nutricional de Centroamérica y Panamá (INCAP), con el fin de conocer y resolver los problemas de salud de los países de América Central. El Instituto empezó a operar en setiembre de 1949, al mismo tiempo la Fundación K.W. Kellogg proporcionó el financiamiento necesario para establecer una sección de nutrición en la Oficina Sanitaria Panamericana.

---

\* Médico Nutriólogo, ex -Director del Instituto Nacional de Nutrición, pionero de las investigaciones sobre el estudio nutricional de los alimentos autóctonos peruanos y miembro de la Asociación Consultores Internacionales en Salud.

Preparó y puso a disposición de los gobiernos la versión español del *Codex alimentario* para América Latina y el Caribe y el de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

El INCAP actúa como un centro regional técnico de docencia e investigación en problemas de nutrición, valiéndose de los análisis de laboratorio de muestras de alimentos nativos, de encuestas y estudios clínicos, bioquímicos y nutricionales, y de pruebas de su contenido en nutrientes. Aun cuando el INCAP está al servicio de los países centroamericanos y Panamá, en la práctica ha servido a casi todos los países latinoamericanos por sus investigaciones y su labor de entrenamiento de especialistas en nutrición.

En la década de los sesenta, la nutrición humana se convirtió en un problema creciente de salud pública y, por ello, la OPS le concedió una alta prioridad en su programa de cooperación. Hubo necesidad de establecer cargos de asesores en las oficinas de zona, entre ellas la Zona IV con sede en Lima. Por la creciente demanda de los gobiernos por obtener orientación en nutrición, la Organización estableció cargos de nutricionistas de salud pública no médica en diversos países, entre ellos el Perú. Los nutricionistas debían colaborar en la implantación de los programas de Nutrición Aplicada, con los auspicios de OPS/OMS, FAO y UNICEF. En 1965 estas agencias internacionales y la OIT organizaron conjuntamente la reunión de un grupo de trabajo que estableció los métodos de evaluación de los programas nacionales y locales de nutrición aplicada. Este grupo formuló una serie de protocolos detallados en los campos de salud, agricultura y educación, a ser empleados en los países, como el Perú. El análisis de los datos recogidos en los países fue efectuado en un seminario conjunto de OPS/OMS y FAO (Colombia, 1966).

**102**

En 1966 la OPS estableció un programa para vigorizar los centros nacionales de enseñanza de la nutrición y dietética para personal profesional de los países latinoamericanos. Se dio inicio a una encuesta en veinte escuelas de dietética y nutrición de América Latina, entre ellas la Escuela de Dietistas del Seguro Social del Perú, ubicada en el Hospital Obrero de Lima, para obtener información básica sobre

las características del personal docente, plan de estudios, contenido del syllabus, requisitos de admisión de las postulantes, etc. Posteriormente, un consultor de corto plazo asesoró a dieciocho de dichas escuelas, entre ellas la del Hospital Obrero de Lima, para evaluar *in situ* las condiciones en las que operaban, formulando recomendaciones sobre un programa de cooperación de la OPS a dichas instituciones docentes. Dicha cooperación consistió en asesoramiento técnico por parte del asesor de la Zona IV, capacitación de su profesorado y suministro de equipo de enseñanza. En 1966 se efectuó una reunión de directores de las referidas escuelas para definir objetivos, necesidades y recursos para una efectiva enseñanza.

Durante el período inicial, la OPS impulsó en los países un activo programa de investigación sobre los problemas de nutrición en el continente. En 1963 la OPS/OMS estableció un Centro Regional en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), en Caracas, para entrenar investigadores y técnicos latinoamericanos interesados en estudiar la deficiencia de hierro como una de las causas de las anemias nutricionales.

En el Perú, el Instituto de Nutrición del MINSA realizó, entre 1963-1971, una extensa investigación a lo largo del territorio recogiendo y analizando información sobre la alimentación y el estado de nutrición de la población en las diferentes regiones del país. Se escogieron cinco poblaciones suburbanas cercanas a Lima Metropolitana, la sierra central y la costa norte. En el sur, se seleccionaron ocho localidades de Puno, donde se realizaba el Plan Nacional de Integración de la Población Aborigen, con la participación de la OPS y UNICEF. Adicionalmente se estudiaron los distritos de la provincia de Tarma, donde la Universidad Cayetano Heredia investigaba la prevalencia, tratamiento y prevención del bocio endémico. Se trataba de estudiar el contenido del yodo en los alimentos y su variedad. La metodología empleada fue rigurosa, con selección aleatoria de las familias a estudiar en cada lugar. Se hicieron mediciones de peso y talla de la población.

Entre las conclusiones se destacaron varios hechos. En primer lugar, el régimen dietético era desbalanceado debido al predominio de los carbohidratos en

la cobertura de las calorías totales dada por la alimentación. Las tres cuartas partes o más consumían menos del 75% de los estándares recomendados de calcio; la tercera parte o más ingerían un porcentaje similar al anterior; y la cuarta parte o más recibían menos de lo recomendado en proteínas, calorías, vitamina C y riboflavina.

En cuanto al gasto en alimentos, era mayor en la costa, debido al hecho que las familias andinas disponían de alimentos de su propia producción. La anemia era más marcada en los escolares de Junin; la carencia de yodo predominaba en las tierras y alimentos de las poblaciones afectados por el bocio endémico.<sup>1</sup>

Los factores ambientales del medio en que vivían las poblaciones estudiadas eran manifiestamente desfavorables. Así, por ejemplo, en muchos de los asentamientos humanos no se disponía de suministro de agua potable, las excretas se eliminaban en campo libre, siendo además deficiente la higiene de las viviendas.

En este mismo periodo, la OPS emprendió un estudio sobre las anemias, como parte de un estudio mundial de la OMS. Cinco laboratorios, entre ellos uno peruano, estudiaron el problema de las anemias que se presentan durante el embarazo y la lactancia. El laboratorio de referencia era el del Instituto Venezolano de Investigación Científica (IVIC). En agosto de 1968, un grupo científico, convocado por la OPS, estudió el problema de las anemias nutricionales y los programas para su control que se llevaban a cabo en América Latina y el Caribe.

En el citado periodo, la OPS patrocinó un estudio sobre el bocio endémico y el cretinismo, y su prevención, en el que participaron once laboratorios del continente, entre ellos uno del Perú. La Organización convocó, entre 1963 y 1965, dos reuniones para informar los datos obtenidos, compararlos y recomendar procedimientos para aplicar los resultados, y definir los problemas pendientes de investigación.

La gravedad de la desnutrición en el continente estaba evidenciada en las altas tasas de mortalidad infantil, en particular entre los menores de 5 años, que acusaban desnutrición como dolencia básica.

El subregistro precisó la existencia de una proporción considerable de los fallecidos y los desnutridos. Esta situación fue confirmada por la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez que, en el transcurso de 1966 a 1968, emprendió la Organización con la participación de diez gobiernos americanos. Un análisis preliminar de 6,519 defunciones correspondientes a 13 áreas de estudio en ocho países, reafirmó con hechos lo anterior. Esta investigación fue el segundo proyecto coordinado de investigación de gran alcance, emprendido por la OPS para obtener un mayor conocimiento de la epidemiología de las enfermedades como base para los programas de salud en las Américas.<sup>2</sup>

En 1963 un Centro Regional fue establecido en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), en Caracas, con los auspicios de OPS /OMS, para entrenar investigadores y técnicos en investigaciones de salud. En agosto de 1968, la OPS /OMS convocó en Caracas a un grupo científico sobre Investigaciones en Anemias Nutricionales. El grupo estudió el programa de anemias nutricionales para América Latina y el Caribe, elaborado por la Organización, analizó los parámetros para la comparación de la información procedente de diferentes laboratorios cooperantes y formuló las correspondientes recomendaciones.

La anemia por deficiencia de hierro era la más común en América, y también en el Perú. Mientras que entre la población periurbana de Lima y Callao, el núcleo de la alimentación estaba constituida por papa, arroz, fideos, azúcar, pan y aceite y, ocasionalmente, un moderado consumo de leche preferentemente evaporada; en las poblaciones rurales de Puno, la alimentación consistía predominante en papa, chuño, cebada y quinua, con un modesto consumo de carne seca o fresca de ovino. No consumían frutas ni verduras. En Piura, la base alimentaria la constituían: pescado, frijol, arroz, fideos, pan, azúcar rubia y aceite; la leche y la carne se consu-

<sup>1</sup> Collazos Chiriboga, Carlos. *La alimentación y el estado de Nutrición en el Perú*. Vol.II. Lima: MINSA, Instituto de Nutrición, 1985.

<sup>2</sup> OPS/OMS. *Características de la Mortalidad en la Niñez*. Washington: OPS/OMS, 1973 (Pub. 262).

mían de modo eventual. En las poblaciones rurales de Junin, la alimentación incluía papa, maíz, cebada, olluco, con un reducido consumo de frutas, leche fresca de vaca y carne de ovino.

Consecuentemente, frente a estos hechos, los gobiernos decidieron formular una política de alimentación y nutrición para satisfacer primordialmente las necesidades biológicas de la población. Los ministerios de Salud y de Agricultura se pronunciaron al respecto y un grupo mixto de expertos de la FAO y OPS/OMS definieron las bases y prácticas en el informe titulado *Elementos de una política de alimentación y nutrición en América Latina*. Formular y ejecutar progresivamente dicha política fue uno de los aspectos destacados de la agenda de la OPS para el referido decenio.

Durante la década de los setenta, se constató a través de nuevas encuestas que la desnutrición proteico-calórica, las anemias nutricionales por carencia de hierro, ácido fólico y vitamina B 12, el bocio y el cretinismo seguían constituyendo graves problemas de salud pública.

Los factores condicionantes del acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, que determinan o no la presencia de enfermedades nutricionales, se encuentran ubicados en diferentes sectores del desarrollo de un país. Aunque el sector salud recibe en forma más directa el impacto de tales problemas y realiza acciones para combatirlos, éstas últimas no podrían por sí solas controlarlos en forma efectiva. Se hace necesario realizar simultáneamente actividades de educación nutricional e higiénica, suplementación alimentaria de los grupos más vulnerables (madres y niños), saneamiento ambiental, inmunizaciones, etc, además de otros programas para mejorar los niveles educativo y económico de la población, con el fin de asegurar una demanda efectiva de alimentos. Asimismo, se deben organizar programas de producción agropecuaria y pesquera y de comercialización de alimentos para obtener una oferta suficiente en calidad y cantidad para satisfacer las necesidades de la población.<sup>3</sup>

Entre las recomendaciones de dicho Plan Decenal, formulado por los ministros de salud del continente,

destacaron las siguientes: (1) *Promover y contribuir al establecimiento de legislación para organizar estructuras de planificación y apoyo técnico para la formulación de políticas de nutrición y alimentación; y definir los principios y métodos para la formulación y desarrollo de tales políticas.* (2) *Promover y contribuir a la formulación de una política nacional de alimentación y nutrición orientada biológicamente, y ejecutar programas intersectoriales coordinados, por lo menos en el 75% de los países.*

En cumplimiento de este mandato, en octubre de 1975, en las discusiones técnicas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización, se trató sobre la metodología para la formulación de políticas nacionales de alimentación y nutrición y su ejecución intersectorial. Se reconoció que los problemas de alimentación y nutrición en la Región no habían mejorado a pesar de los esfuerzos de los gobiernos, y que incluso podrían agravarse como resultado de la inestabilidad económica mundial. Asimismo, hubo consenso en señalar que al sector salud le correspondía ejercer liderazgo prominente en la búsqueda de soluciones a los problemas de alimentación y nutrición que afectan a grandes núcleos de población, en especial aquellos más marginados económica, social y geográficamente. Los ministerios de salud tienen, en la formulación y ejecución de políticas, el elemento catalítico indispensable para lograr el cumplimiento de las metas acordadas en el Plan Decenal de Salud para los países americanos, 1971-1980. Dichas políticas nacionales deben estar orientadas, mediante acciones coordinadas intersectoriales, al diseño y ejecución de programas destinados al incremento de la producción y consumo de alimentos, que satisfagan las necesidades biológicas de la población. Para modificar favorablemente los factores socioeconómicos y culturales que influyen sobre el nivel de salud de la población y que restringen la efectividad de los programas, es necesario que los servicios de salud actúen en coordinación con todos los sectores que, directa o indirectamente, influyen sobre la produc-

<sup>3</sup> OPS/OMS. *Plan Decenal de Salud para las Américas para el período 1971-1980*. Washington: OPS/OMS, 1973 (D.O.118).

ción, procesamiento, comercialización y consumo de alimentos, pues de lo contrario la eficacia de las acciones continuaría siendo limitada.

El mayor obstáculo para la formulación y ejecución de esas políticas es la falta de una decisión política que establezca la coordinación intersectorial necesaria. Este hecho se debe al escaso conocimiento existente sobre la magnitud del problema, o porque se considera inexistente, o no se ven con claridad las alternativas de solución propuestas por los grupos técnicos. Para una coordinación eficaz, se requiere que los representantes de los diversos sectores cuenten con un grupo técnico responsable que elabore los estudios para su análisis, proponga alternativas de solución y preste el apoyo necesario para lograr la coherencia de las decisiones y la convergencia de los objetivos. Pero sobre todo deberá existir una voluntad política superior que posibilite la actuación armónica de todos los sectores y que las acciones se traduzcan en un conjunto de políticas coherentes con un propósito común. Cuando falta esta voluntad política o no existe una secretaría técnica permanente, la coordinación es imposible y fracasa.

La acción sinérgica de la desnutrición y las infecciones establece un círculo vicioso cuyo resultado final se refleja en diversos grados de retardo en el crecimiento físico del niño, muchas veces irreversible. Además, esta situación frecuentemente deriva en alteraciones en la capacidad de aprendizaje; asimismo el estado nutricional está directamente relacionado con la capacidad y rendimiento físico del individuo. Si el sector salud se circunscribe a la atención de la desnutrición y, a la vez, no se promueven mejores niveles de ingreso, educación y alimentación, difícilmente se obtendrán resultados significativos y duraderos para lograr un óptimo estado nutricional en toda la población.

El poder adquisitivo de la persona, el acceso y consumo real de alimentos, y la educación del consumidor son importantes factores externos al sector salud. Dentro de este sector, la problemática se reduce a la prevención y control de la desnutrición como enfermedad en sí y como condicionamiento de otras patologías. De allí, la necesidad de una acción sinérgica de todos estos factores mediante

esfuerzos complementarios que actúen sobre la base de acciones preventivas y curativas de la salud, incluyendo la promoción de una adecuada alimentación. Por tanto, deben recibir alta prioridad las siguientes áreas en los planes y programas del sector salud:

- *Fortalecimiento y extensión de las actividades de nutrición en los servicios generales de salud, como componente de los programas de salud de la familia;*
- *Vigilancia del estado nutricional de la población, en especial de los grupos de más alto riesgo: madres y niños;*
- *Medidas de prevención para el control de enfermedades nutricionales específicas;*
- *Fortalecimiento técnico y administrativo de los servicios de alimentación en escuelas, hospitales, guarderías, empresas colectivas;*
- *Fortalecimiento y adiestramiento en nutrición del personal de los servicios de salud, en especial del personal intermedio y auxiliar.*

El sector salud tiene una doble responsabilidad en la evaluación de la política alimentaria y nutricional: de un lado, debe determinar la eficiencia de la política en forma integral en términos de modificación del estado nutricional de la población; y de otro, debe evaluar su participación —como sector— en la ejecución de esa política. Esta evaluación es esencial, ya que sirve para identificar los cambios que requiere la política adoptada, y consecuentemente precisar la intervención sectorial en la continuidad de la misma.

Si no hay una política nacional de alimentación y nutrición, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de programar las actividades de nutrición dentro del plan nacional de salud, de establecer reglamentos y normas para el desarrollo y evaluación de estos programas, y de promover la participación concertada de los diversos sectores involucrados en la solución del problema alimentario y nutricional.

La infraestructura necesaria para realizar estos programas será la misma de los servicios de salud del país. En los niveles central e intermedio se contará con el personal mínimo especializado en nutrición (médico nutriólogo y nutricionista-dietista) que co-



labore con todo el personal del servicio de salud en el diseño, ejecución, supervisión y evaluación del programa de nutrición. Las actividades de nutrición son parte integral de las funciones básicas de los servicios de salud.<sup>4</sup>

En vista del exiguo número de dietistas-nutricionistas existentes y de la urgencia de emitir recomendaciones prácticas para la orientación efectiva en la formación de esta categoría profesional, la OPS organizó y llevó a cabo una Conferencia sobre Adiestramiento de Nutricionistas-Dietistas de Salud Pública (Caracas, 1966). Asistieron los directores y el personal docente de las escuelas de formación de estas profesiones, cuya categoría era relativamente nueva en algunos países. Se reconoció que este personal requería conocimientos y habilidad para:

- 1) La operación de servicios de salud pública, en los que el énfasis estaba dado en las actividades preventivas y de fomento de la salud para que la población alcance el más alto grado de bienestar; y
- 2) El manejo de servicios de alimentación en hospitales, centros de salud e instituciones cuya responsabilidad se concentre fundamentalmente en la administración y en el tratamiento dietéticos de los enfermos.

Se definió a la nutricionista-dietista *como “la persona calificada por formación y experiencia para actuar en los servicios de salud pública y atención médica institucional como parte esencial en el mejoramiento de la nutrición humana y mantenimiento del más alto grado de salud.*

La Conferencia estableció los aspectos esenciales de la organización de programas de enseñanza para la categoría profesional de nutricionista-dietista, que incluyó las áreas generales de ciencias básicas, ciencias de la nutrición y la alimentación, ciencias sociales y económicas, ciencias pedagógicas y ciencias de salud pública. La enseñanza teórica debían ser 75% y la práctica un 25%. Recomendó también que las escuelas formadoras de este personal fuesen de nivel universitario. En el Perú, las conclusiones de la Conferencia fueron aplicadas en la Escuela de Dietistas de la Caja Nacional del Seguro

Obrero en Lima, con lo cual se mejoró notablemente el nivel profesional de las nutricionistas-dietistas, aunque el número de las egresadas siguió siendo insuficiente para satisfacer las necesidades del sector salud.

Para dar cumplimiento a las recomendaciones de la Segunda Conferencia sobre Adiestramiento de Nutricionistas-Dietistas (Brasilia, Brasil, 21-27 enero 1973), la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos de Nutrición y Dietética en América Latina (CEPANDAL) en su III Reunión (agosto 1977) estudió y discutió, entre otros temas, la guía para la evaluación de las prácticas globales, instrumento para sistematizar y facilitar la evaluación del alumno y permitir la equivalencia de los estudios realizados. Recomendó que la OPS continúe apoyando el establecimiento de un sistema de divulgación científica para todas las escuelas de nutrición y dietética de América Latina.

Asimismo, que su Sección de Nutrición en la sede, en coordinación con CLATES de Brasil, propició el desarrollo de un programa de tecnología educativa para las referidas escuelas.<sup>5</sup>

Es de observar que desde la década de los cincuenta la preocupación de los gobiernos miembros, entre ellos el del Perú, se orientó al problema de la desnutrición proteico-calórica. Desde entonces, se han efectuado reuniones periódicas de expertos FAO-OMS/OPS-UNICEF que han estudiado diferentes aspectos del crecimiento y desarrollo del niño, la relación desnutrición-infección, la epidemiología de la enfermedad en sus estados más graves de Kwashiorkor o síndrome pluricarencial de la infancia y marasmo.

En el Perú, como en otros países de la Región, se viene utilizando la *Guía de Crecimiento del Niño*, propuesta por la OPS/OMS-UNICEF, y que tiene como bases los tres parámetros: edad, peso y talla, y que

<sup>4</sup> OPS/OMS. *Políticas nacionales de alimentación y nutrición*. Washington: OPS/OMS, 1936 (D.O.139).

<sup>5</sup> OPS/OMS. *Formación Académica de Nutricionistas-Dietistas en América Latina*. Washington: OPS/OMS, 1979 (Pub. 340-A).

utiliza los valores de referencia propuestos por el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los EE.UU. En 1996 el 7.9% de los niños menores de 5 años presentaban déficit de peso para la edad y el 1.1% déficit de peso para la talla, cifras un poco menores a las que ofrecían en 1991 (10.8% y 1.4%, respectivamente). La insuficiencia de talla para la edad afectó al 25.9% de los niños menores de 5 años, pero en los niños próximos a cumplir los 5 años llegó a 30.5%.<sup>6</sup>

En la actualidad se vienen registrando en el país apreciables cambios en lo referente al tipo y a la frecuencia de la desnutrición en el niño menor, la que en general parece estar disminuyendo en su severidad en los primeros años de edad, siendo menos frecuentes las formas clínicas de desnutrición avanzada que antes caracterizaron a la desnutrición pluricarencial. El porcentaje de desnutrición en menores de 5 años es de 25.8%; y en de escolares, de 6 a 13 años, es de 29.8%. La desnutrición infantil crónica afecta al 49% de la población escolar primaria.<sup>7</sup> Como se sabe, en etapas ulteriores de la vida, la situación nutricional tiende a ser relativamente menos severa, al establecerse procesos de adaptación fisiológica. Sin embargo, en ningún caso ello puede considerarse como el equivalente a un estado de plena normalidad.

La alta prevalencia de la desnutrición crónica puede deberse a una ingesta inadecuada, a la mala utilización de los alimentos y a episodios infecciosos frecuentes y prolongados que desencadenan el círculo vicioso de desnutrición-infección. En las áreas rurales se halla el nivel más alto de desnutrición crónica (40.6%); en cambio, en Lima, la cifra alcanza a 10.1%. La prevalencia es de 17.1% en la costa, de 37.9% en el área andina, y de 33.3% en la selva. Igualmente, el 50.5% de hijos de las madres analfabetas y el 5.3% de los de madres con educación superior tienen desnutrición crónica. No existen datos actualizados sobre deficiencia de vitamina A y de hierro. En 1987 se demostró que la deficiencia de yodo era endémica en la mayoría de las provincias de la sierra y de la selva. En 1990, con ayuda de la OPS y de la Fundación K. Kellogg, se logró que el 70% de la sal consumida en el país estuviese yodada. En 1995 la ENDES mostró que le 93.9% de la población consumía sal yodada. En la actualidad, gracias

al programa de lucha contra el bocio, esta enfermedad prácticamente ha desaparecido en el país.

Entre las carencias específicas alimentarias más frecuentes en el Perú, merecen especial mención las anemias por deficiencias de hierro, y en menor medida de folatos, las que suelen traducirse en una deficiencia acentuada de la capacidad física laboral. La desnutrición crónica definida como el retardo en el crecimiento del niño en relación a su edad, está considerada como un indicador síntesis de la calidad de vida debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su período de gestación, nacimiento y crecimiento. No es, por tanto, casual que los departamentos con mayores índices de mal nutrición infantil en menores de 5 años sean aquellos con mayores niveles de pobreza. Así, Huancavelica presenta el más alto nivel de desnutrición crónica con 50%, le siguen Pasco y Apurímac con 47% y Ayacucho con 43%. Los departamentos con menores problemas de desnutrición crónica son: Tacna con 10.1%, Moquegua y Lima con 10.7% cada uno y Arequipa con 12.4%.

Como se ha visto, la desnutrición y la educación presentan una relación inversa. De donde, la inversión en la educación de las niñas, futuras madres, tiene efectos sinérgicos y permite ampliar capacidades, mayor autoestima, mejores niveles de ingreso y de salud en la familia.

No cabe duda alguna de la importancia de la cooperación técnica de la OPS/OMS en el país. Su labor cooperativa ha sido ardua debido a la pobreza y a factores políticos fundamentalmente. En las dos últimas décadas, estos factores restrictivos no han permitido lograr los avances que se esperaban en este campo. Un alto porcentaje de la población continúa viviendo en la pobreza. Se estima que el 49% de la población peruana se encuentra en situación de pobreza, y el 10.3% en pobreza extrema. En la última década se ha incrementado tal situación de-

<sup>6</sup> OPS/OMS. *La Salud en las Américas*. Vol. II. Washington: OPS/OMS, 1998 (Pub. 569).

<sup>7</sup> INEI. *Encuesta Nacional de Estadística e Informática (ENDES III)*. Lima: 1998.

bido al aumento del costo de vida y al desempleo masivo, derivados de la aplicación de una política de globalización sin rostro humano, esto es, sin una correspondiente política social que favorezca el desarrollo sustentable.

Desde 1988 el Perú ha estado en una recesión permanente. El PBI no primario (la producción nacional excluyendo la minería, pesca y agricultura) decayó en 1998 y 1999. Solo el 37% de los adultos tiene un empleo adecuado según el Ministerio de Trabajo. A nivel nacional, el 54% de la población sólo puede gastar 1.25 dólares por día (o sea S/. 4.40 diarios). Los pobres extremos únicamente subsistían con un gasto diario de apenas dos soles en el año 2001. El gasto familiar ha decaído en 8% entre 1997 y 2000; en los sectores más pobres la reducción ha sido de 17%. Tomando en cuenta su poder adquisitivo, de acuerdo al Banco Central de la Reserva el ingreso por persona en el año 2000 era menor que en 1970.<sup>8</sup>

Los peruanos en situación de pobreza es un pueblo que cuestiona y desarrolla creativamente múltiples estrategias de supervivencia y acomodo, contestando y rebasando el orden establecido, la norma, lo legal, lo oficial, lo formal. Así han creado negocios unifamiliares en los que todos son empleados y socios; y han surgido los comedores populares, los comités del vaso de leche y los clubes de madres, a partir de las organizaciones de masas. Se estima que, únicamente en la ciudad de Lima, unas 350,000 familias se alimentan en los comedores populares, a cargo de voluntarias de las organizaciones de base popular.

Sin embargo, la acción cooperadora de la OPS/OMS ha permitido, pese a las crisis económicas y políticas que han ocurrido en el Perú, lograr positivos avances en el campo de la alimentación y nutrición, desde el momento que se implantaron los primeros programas de suplementación alimentaria, que suministraban la leche en polvo. Al mismo tiempo, se confeccionaron las primeras tablas de composición de los alimentos. En los servicios de salud se hicieron corrientes los controles periódicos del estado de salud y de nutrición de las madres y niños, se hizo también evidente para los especialistas en nutrición la necesidad de buscar alimentos de alto

valor nutricional y bajo costo. Por otra parte, en el país se hizo manifiesta la necesidad de preparar nutricionistas-dietistas para trabajar en hospitales y centros de salud, y la responsabilidad estatal por asignar al sector salud la conducción de estos programas, integrándolos dentro de las actividades regulares de los servicios de salud.

Durante la década de los sesenta, estuvieron en auge los programas destinados a combatir —no a prevenir— los efectos de las carencias nutricionales. Entre las medidas estuvieron: el enriquecimiento y fortificación de la leche, cereales, sal, aceite vegetal, azúcar, etc., con nutrientes como vitaminas, minerales, proteínas y aminoácidos. En esta tarea contribuyó en gran medida el INCAP con sus investigaciones.

Las proteínas animales son caras y en algunas zonas del país no ha sido posible producir alimentos como la carne y la leche en cantidades suficientes. Para enfrentar esta situación, la OPS/OMS ha procurado fomentar la producción y la distribución de mezclas proteínicas vegetales baratas, elaboradas a base de cereales, legumbres y concentrados proteínicos de semillas oleaginosas, enriquecidas con minerales y vitaminas. Esas mezclas pueden ser eficaces para prevenir y, en determinados casos tratar, la malnutrición proteinocalórica. El INCAP preparó una mezcla de ese tipo, *la Incaparina* que se produce comercialmente desde 1960. Se han preparado por ese Instituto otros productos tales como concentrados proteínicos de pescado, de coco y de semilla de girasol y sésamo, y se han hecho esfuerzos para mejorar los métodos de elaboración. El Grupo Consultivo FAO/OMS/UNICEF sobre Proteínas se reúne periódicamente para asesorar sobre la inocuidad y la eficacia de nuevos productos destinados a la alimentación de lactantes y niños de corta edad.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> *Plan de Gobierno del Partido Perú Posible para salir de la crisis*. Lima: 2001 (Suplemento de *El Comercio*, edición del 27 de mayo del 2001).

<sup>9</sup> Ver OPS/OMS. *Normas Generales para un Programa de Fortificación de Alimentos en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS, 1972 (Pub. 240).



El uso de estas mezclas se ha visto limitado debido a su alto precio en comparación con alimentos básicos como la quinua, la maca o el maíz. Esta dificultad se obviaría mediante su distribución gratuita o subvencionando su precio.

Los programas de suplementación alimentaria aumentaron su cobertura al ser dirigidos primordialmente al niño lactante o escolar y la mujer embarazada. Los servicios de educación y recuperación nutricional destinados a la recuperación nutricional del pre-escolar desnutrido y a la educación de las madres se extendieron. Al evaluarse esta experiencia, luego de 14 años de operación de los centros de recuperación nutricional en América Latina, se observaron los resultados siguientes:

- 1) *Principales Ventajas:* Las relaciones costo hospitalario/costo recuperación nutricional ambulatorio fluctuaron entre 13/1 y 4.5/1; el niño desnutrido se recuperaba durante el período que asistió o permaneció en el centro.
- 2) *Principales limitaciones:* (a) Poca utilidad en el medio rural, donde la distancia y el aislamiento dificultaban el acceso y el trabajo educativo con las familias; (b) Baja recuperación en el cambio de hábitos relativos a la dieta familiar, debido al insuficiente ingreso económico para cubrir las necesidades nutricionales mínimas, por parte de la mayoría de las familias con niños beneficiados.

*Los programas Integrados de Nutrición Aplicada (PINA)* reemplazaron a los programas anteriores y fueron una de las experiencias más interesantes de la década. Fueron definidos como “actividades educativas de las madres y niños de las zonas rurales”. A nivel local o comunal, coordinaban las labores de salud, educación y producción agropecuaria. Sus resultados fueron desiguales en las diferentes regiones del país porque no siempre las autoridades locales de los sectores tenían plena conciencia del papel que les correspondía y cómo actuar, hubo sectores que no tuvieron suficiente apoyo técnico y financiero. Con todo, las experiencias recogidas sirvieron de germen del enfoque multicausal del problema nutricional y de la necesidad de enfrentarlo multisectorialmente. Su importancia consistió en ampliar a nuevos sectores la responsa-

bilidad del Estado y de haber asociado a la comunidad en la solución del problema.

En síntesis, durante la década de los sesenta, la OPS/OMS, asociada a otros organismos de las Naciones Unidas, colaboró activamente con el gobierno peruano en promover y participar en nuevas experiencias, avances científicos e institucionales, que repercutieron en más acciones de campo, numerosas investigaciones de laboratorio, nuevos centros de formación e investigación y mayor información técnica de los recursos humanos envueltos.

La década de los setenta se caracterizó por una creciente preocupación por el problema alimentario y nutricional por parte de la OPS/OMS y el gobierno. Esto se debió al conocimiento que se tomó de que las tasas de desnutrición infantil continuaban siendo altas en el país y al creciente desequilibrio entre las necesidades alimentarias de la población y sus posibilidades para satisfacerlas.

A comienzos de esa década los ministros de salud y de agricultura de la Región, convocados por OPS/OMS, acordaron recomendar a sus respectivos gobiernos que en los planes nacionales de desarrollo se formularan y pusieran en ejecución políticas nacionales de alimentación y nutrición. Asimismo, solicitaron a OPS/OMS, FAO y UNICEF que incentivarán y apoyaran a los gobiernos en el diseño e implementación de dichas políticas. Como respuesta a este pedido, surgió el Proyecto Interagencial de Promoción de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición. Al mismo tiempo, el INCAP reorientó su División de Nutrición Aplicada para dar apoyo preferencial al desarrollo de estas políticas en los países latinoamericanos. En el Perú, las instituciones nacionales creadas para hacer frente al problema nutricional fueron: el Instituto Nacional de Planificación, Comisión Multisectorial (1971); Ministerio de Alimentación (1974); Ministerio de Agricultura y Alimentación (1974); Sección de Alimentación (se suprimió este Ministerio en 1977). El Programa Mundial de Alimentos colaboró en el decenio aportando alimentos, por un valor, que en 1970, fue de US\$ 237,000 y en 1977 fue de US\$ 2,091,000.

En la década de los ochenta, la crisis de la deuda externa y sus repercusiones desastrosas en el país

hicieron que los programas del sector salud se deterioraran, principalmente el de alimentación y nutrición. El Perú —como ha sucedido en muchos de los países latinoamericanos— carece de un sistema efectivo de vigilancia alimentaria y nutricional, que permita el estudio sistemático de indicadores confiables de la situación alimentaria y nutricional de sus grupos poblacionales. Los procesos de información y vigilancia son costosos y difíciles de emprender si no se cuenta con el conocimiento operativo ni el personal suficiente e idóneo. La alternativa de emplear encuestas periódicas es costosa y la experiencia actual demuestra que los resultados de tales encuestas tardan años en publicarse y su análisis de la realidad es parcial. Por otro lado, aún persiste el concepto de que la inversión en alimentación y nutrición es menos rentable, o sea de menor beneficio por unidad de costo que otras inversiones en salud y otros sectores, y que su impacto político es menor que el de otras inversiones.

Se reconoce que la subalimentación crónica de la población constituye uno de los más serios problemas que enfrenta el país y que la desnutrición concomitante representa uno de los mayores obstáculos para elevar los niveles de salud y bienestar de las comunidades en general y de los lactantes y niños menores de 5 años en particular.<sup>10</sup> Entre 1970 y 1975 no se percibieron variaciones notables en relación con el decenio anterior en lo referente a la disponibilidad per cápita de calorías y proteínas. Así entre 1975 y 1977, la población peruana disponía en promedio de 2,284 calorías y 58.5 gramos de proteínas, mientras que entre 1981 y 1982 la disposición per cápita fue de 2,141 calorías y 46.4 grs. de proteínas.<sup>11</sup>

Cualquier que sea la definición que se mantenga de lo que es la desnutrición, en el Perú durante el año 1984 más de la mitad de las familias rurales y numerosas familias urbanas contaban con niños cuyo peso y tamaño los clasificaba como desnutridos o en riesgo de ser considerados como tales. Empero, quizás más importante que dicha clasificación, es el hecho que, como ya se ha visto, también sufrían de otras deficiencias: hacinamiento en sus hogares, malas condiciones del ambiente físico y social, carencia de agua potable, enfermedades agudas o cró-

nicas, muy bajos ingresos económicos y bajo nivel de escolaridad.

En 1984 las estadísticas indicaban que aproximadamente 250,000 familias vivían en el país en condiciones tan precarias que por lo menos uno de sus niños estaba desnutrido. Muchos de estos niños seguramente fallecieron debido a la desnutrición. Unas 250,000 familias adicionalmente tenían niños cuyo status nutricional era considerado severo, y otras 365,000 familias contaban con niños que sufrían de desnutrición crónica. Esto es que los tres cuartos de un millón de familias tenían al menos un niño mal nutrido. El número de niños menores de seis años de edad que sufrían de desnutrición crónica excedía de un millón.

Aproximadamente, el 60% de las familias con niños desnutridos dependía económicamente de la agricultura y del jornal diario para su sustento. Su ingreso económico era insuficiente para proporcionarles alimentación adecuada, vivienda, saneamiento básico, agua potable y acceso a los servicios de salud y participación en los procesos económicos de la sociedad peruana.

Los grupos prioritarios que requerían más ayuda, según los resultados del estudio de 1984, fueron los jornaleros y pequeños propietarios agrícolas de los Andes, en particular de la Sierra Sur y de la del Centro del país, así como de la Selva. Existían en esos grupos 136,063 familias con un niño malnutrido por familia, que requería cuidado nutricional inmediato.<sup>12</sup>

Según un estudio realizado por el equipo de trabajo de la División de Investigaciones, Dirección General de Asuntos Financieros del Ministerio de Economía y Finanzas, en colaboración con el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, la pro-

<sup>10</sup> OPS/OMS. *Las Condiciones de Salud en las Américas 1981-1984*. Vol. I Washington: OPS/OMS, 1986 (Pub. 500).

<sup>11</sup> Banco Mundial. *Informe 1984*. Oxford University Press, 1984.

<sup>12</sup> Parrillon, Gutberto y otros. *Nytritional Functional Classification Study of Perú: Who and where are the poor?* Raleigh, North Carolina: 1987.

porción de familias que estaba por debajo de sus requerimientos de calorías y nutrientes era realmente dramática. Así, Lima Metropolitana, a pesar de tener los más altos ingresos familiares del país, tenía el 40% de su población con deficiencia calórica. Empero la situación nutricional era aún más crítica en el área rural, donde residía el 54% de las familias peruanas. El 70% de las familias rurales tenía una ingestión de calcio por debajo de sus requerimientos; el 56% de ellas no satisfacían sus requerimientos de riboflavina y caroteno; y el 54% no recibían sus necesidades de calorías. Entre el 30% y el 40% de las familias tampoco satisfacían sus necesidades de los tres nutrientes. El estudio planteó el problema nutricional como un fenómeno dependiente del sistema económico, vale decir de un proyecto integral de desarrollo nacional.

La Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAH 2001), correspondiente al cuarto trimestre del año 2001, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, reveló que 14'600,000 peruanos viven en condiciones de pobreza, mientras que 6'513,000 personas subsisten en situación de extrema pobreza. En términos porcentuales, el 54,8% de la población vive en condiciones de pobreza, es decir, por debajo del costo de una canasta básica de consumo que varía entre S/.147.39 y S/.260.21 en la Selva y en Lima Metropolitana, respectivamente. El 24.4% vive en extrema pobreza, esto es por debajo del costo de una canasta básica de alimentos, que fluctúa en S/.95.01, S/.138.18 y S/.121.95 en la selva central, la selva urbana y Lima Metropolitana, respectivamente.

Debido a cambios en la metodología empleada, los resultados del año 2001 no son estrictamente comparables con los años 2000. Con todo, se observa que la pobreza total habría aumentado en 1.4% respecto al año 2000 y en 7.1% en relación al año 1997. En el caso de la pobreza extrema, en el 2001 habría aumentado en 4.5% respecto al año 2000 y el 1.3% con respecto al año 1997.

Si se aplicara la misma metodología en el período 1997-2001, se observaría un incremento de la pobreza total. Así, en 1997, la pobreza alcanzó al 42.7% de la población. En 1998 llegó a al 42.4%. En 1999 al 47.5%; en el año 2,000 al 48.4% ; y en el

2001 al 49.8%. La pobreza extrema tuvo similar evolución en ese mismo período. Así, en 1997, alcanzó al 18.2% de la población; en 1999 al 18.4%; en el año 2000 al 15% y en el 2001 al 19.20%.

Según la mencionada encuesta, los cinco departamentos con mayor pobreza extrema en el país son: Huancavelica (74.4%), Huánuco (61.9%), Apurímac (47.4%), Cajamarca (50.8%) y Cuzco (51.3%). En cambio los departamentos con menor pobreza extrema, localizados todos en la costa son: Lima y Callao (3.1%), Tacna (5.2%), Tumbes (7.4%), Moquegua (7.6%) e Ica (8.6%). Desde una perspectiva regional, el 72% de los departamentos andinos sufre de pobreza. En la selva, la pobreza alcanza al 68.7% de la población, mientras que en la costa llega al 39.3%. En cuanto al área rural, la pobreza total afecta al 78.4% de su población; mientras que en el área urbana alcanza sólo al 42%. En el caso de la pobreza extrema, los porcentajes son 51.3% y 9.9%, respectivamente. Finalmente, se observa que la pobreza y la pobreza extrema son mayores en los hogares encabezados por hombres (79.6%) y menores en hogares a cargo de mujeres (20.4%).<sup>13</sup>

Esta situación revela la necesidad de mirar no solo las políticas sociales, sino también revisar las políticas de desarrollo que promueven el gobierno y el sector privado. Así, el problema de la educación no consiste en construir aulas sino en poner mayor énfasis en la labor nutricional. En suma, se trata de un problema de mayor acceso a alimentos.<sup>14</sup>

El *bocio endémico* por muchos años constituyó un problema importante de salud debido a que afectaba a un porcentaje apreciable de poblaciones que no reciben suficiente ingestión de yodo en los alimentos, en particular algunas poblaciones andinas. El establecimiento de programas efectivos de yodación de la sal de cocina en los decenios de los sesenta y los setenta permitió la reducción del problema en algunos países de América Latina. El bo-

<sup>13</sup> Amat y León, Carlos y otros. *La Alimentación en el Perú*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1981.

<sup>14</sup> INEI. *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2001*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2002.

cio endémico siguió constituyendo un problema de salud pública en el Perú, Ecuador, Bolivia, Brasil, Paraguay y Venezuela. En 1983 la OPS revisó la situación en estos países. En la sierra del Perú se observó además una alta incidencia de retardo mental y crecimiento endémico. En el Perú se comenzó a estudiar como enfrentar el problema al final de la década. La prevalencia del bocio en el Perú, en el año 1976, era al nivel nacional de 15.0, según la clasificación de la OMS modificada.

Aunque no había estudios recientes sobre la prevalencia de las *anemias nutricionales* en la década, se estimó que una alta prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro persistía en niños menores de 2 años, adolescentes y mujeres en edad fértil, debido a la mayor pobreza (por una menor ingestión de productos cárnicos y cítricos que son los que favorecen la absorción del hierro) y a la infestación con parásitos intestinales (uncinaria) que son comunes en las zonas rurales y en los asentamientos humanos de las ciudades. En Iquitos, capital del departamento de Loreto, un estudio encontró en los escolares un promedio de hemoglobina de 10.6 gr. por 100ml., y que un 56% de ellos tenían menos de 10 gr. por 100 ml.<sup>15</sup>

En la década de los noventa, en cumplimiento de la suscripción por el Perú de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, se dictó el decreto supremo N.º 161-91-PCM del 20 de noviembre de 1992, que aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia del país. Este Plan Nacional era la adecuación a la realidad peruana de los objetivos del Plan de Acción Mundial por la Infancia. El referido Plan proponía desarrollar un gran esfuerzo de coordinación y concertación para fortalecer los programas de supervivencia, desarrollo y protección de la niñez existentes en el país, lo cual suponía un proceso de movilización social a nivel nacional, regional y local para ejecutar el Plan.

En 1992 la tasa de mortalidad infantil se estimaba en 80 por 1,000 nacidos vivos, promedio que ocultaba las diferencias regionales y locales. De las 13 regiones que integraban el país, 10 tenían una tasa de mortalidad infantil superior al promedio nacional. La tasa de mortalidad materna se estimaba en

303 por 100,000 nacidos vivos, siendo una de las más altas de América Latina. Se identificaron como causas inmediatas la hemorragia, la infección, la obstrucción del parto y el aborto séptico. Pero las raíces del problema eran, y siguen siendo, la desnutrición, el bajo nivel de escolaridad, el aborto inducido y la baja cobertura de partos atendidos por personal profesional. En el año 2001, la tasa de mortalidad infantil se estimó en 37% por 1,000 nacidos vivos, siendo la mortalidad urbana de 27% y la rural de 53% por 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años fue de 47% por 1,000 nacidos vivos, con una tasa urbana de 32% y rural de 64% por 1,000 nacidos vivos. En el mismo año la tasa de mortalidad materna se estimó en 185 por 100,000 nacidos vivos.

La *desnutrición crónica* (talla/edad) en menores de 5 años afectaba al 36.5% en 1991, mientras que la *desnutrición global* (peso/edad) llegaba al 10.8%. En el año 2000, la prevalencia de dicha desnutrición crónica se calculó en 25.4. Entre los factores contribuyentes a la desnutrición destacaban aparte de la pobreza creciente de la población, la falta de educación nutricional de las familias y los hábitos alimentarios, en particular la ingestión predominante de hidratos de carbono.

Una consecuencia adicional de la gran crisis económica que sufría el país fue la disminución del gasto social del Estado y el del sector salud que se redujeron en 56% y 67%, respectivamente. En 1998 el gasto nacional de salud representó el 4.3% del PBI.

Entre los objetivos del Plan figuraba reducir los niveles de desnutrición grave y moderada en menores de 5 años de edad; para lo cual se contemplaba un programa de alimentación y nutrición cuyas metas buscaban: (a) incrementar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, para luego iniciar la alimentación complementaria adecuada; (b) atender con suplemento de yodo a menores de 5 años y mujeres hasta los 45 años; (c) disminuir los niveles de anemia en mujeres en edad fértil; y (d)

<sup>15</sup> Gandra, Yars R. y otros. "Studies of the pathogenesis of a tropical normocytic anemia". *Amer. J. Clin. Nutrition*, 18:116-122 (1966).

obtener niveles serios adecuados de retinol en menores de 3 años de edad. Además, el Plan Nacional incluía la eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo en las zonas endémicas que venía realizando el Programa Nacional de Control del Bocio y Cretinismo, enfermedades epidemiológicamente asociadas con la sordomudez y el retardo mental.

En vista de la magnitud del problema del bocio endémico en varios países latinoamericanos, entre ellos el Perú, la OPS/OMS preparó una estrategia regional para combatir los trastornos por carencia de yodo. La OMS y la UNICEF colaboraron con el Programa Nacional de Control del Bocio, dentro del programa mixto OMS/UNICEF de fomento de la nutrición.<sup>16</sup>

Se ha demostrado que el yodo urinario es un indicador más confiable que el bocio para determinar el estado actual de los trastornos causados por la deficiencia de yodo. Gracias a los programas de fortificación de la sal con yodo, el Perú ha logrado significativos avances en la lucha contra el bocio endémico. Sin embargo, los datos de prevalencia han mostrado que gran parte de la población de algunas zonas de los Andes tiene concentraciones urinarias de yodo inferiores a 10ug/dl, por lo que hubo necesidad de llevar a cabo la administración de aceite yodado muy estable a los pobladores para que el bocio dejara de constituir un problema de salud pública en el país, tarea que realizó el *Programa Nacional de Control del Bocio y el Cretinismo*. La información disponible mostró concentración urinaria de yodo mayor del 10 ug /dl en el 80.8% de las comunidades que viven en los Andes, 98.5% de las existentes a lo largo de la costa y 98.9% de las de la selva.<sup>17</sup>

En cuanto a la fortificación de la sal común con yodo, se ha logrado en el país una cobertura de más del 90% de la población. Sin embargo, no toda la sal contiene las cantidades recomendadas de yodo, y todavía hay focos de población que no disponen de sal yodada o cuyos patrones culturales fomentan el consumo de sal sin yodo. Es de recordar que el INCAP, administrado por la OPS, demostró que la yodación de la sal común, es eficaz para controlar el bocio endémico en el continente.

De noviembre del año 2000 a julio del 2001, se ha emprendido la tarea de coordinar las acciones de las entidades de los sectores público y privado, de acuerdo con los lineamientos de Políticas Multi-sectoriales de Alimentación y Nutrición, acordadas en la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. En la Política Nacional del Perú se señalan los mecanismos y estrategias para reducir la desnutrición crónica. El Programa de Desayunos Escolares, que estaba a cargo de FONCODES, fue transferido al Instituto Nacional de Salud, del que depende el Instituto de Nutrición, lo que ha favorecido su integración con otros programas de alimentación a cargo del MINSA, como: PACFO, PANFAR, PANTOC y PROMAR.

A mediados del año 2001, la desnutrición crónica a nivel nacional era de 24%, con grandes diferencias de acuerdo a las demarcaciones geográficas. En Lima Metropolitana era de 12%, en contraposición al trapezio andino que era del 50%. El área urbana concentra al 54% del total de pobres del país, mientras que la población en situación de pobreza extrema reside en un 70% en el área rural y el 30% restante en el área urbana. La mayor parte de los pobres son niños y adolescentes. Más de la mitad de los menores de 18 años vive en hogares pobres. Como lo afirman OPS/OMS y UNICEF, ninguna estrategia de lucha contra la pobreza tendrá éxito si el Estado y la sociedad no garantizan la sobrevivencia, la protección y el desarrollo de los niños. La inversión temprana en los recursos humanos del país constituye una estrategia básica para la reducción de la pobreza.

<sup>16</sup> OPS/OMS/UNICEF. *Seminario sobre yodización de la sal para prevención del bocio endémico*. Washington: OPS/OMS, 1965.

<sup>17</sup> Pretell, Eduardo: "The optimal program for prophylaxis of endemic goiter with iodized oil". En Stanbury, J..B. y R.L. Kroc (eds.), *Human Development and the Thyroid Gland..* New York: Plenum Publishing Corporation, 1972.