

Los problemas nutricionales, el Estado y las alternativas de solución adicionales

Gissela Ottone C.

Sumilla

El presente ensayo pretende hacer un análisis de la intervención del Estado para disminuir la desnutrición crónica infantil y la anemia principalmente. El análisis parte de demostrar cómo el Estado no toma la debida importancia a un derecho fundamental que es el derecho a la alimentación y que es a partir del desconocimiento de la importancia del mismo que pueden surgir problemas alimenticios. No solo se da cuenta de datos estadísticos sino de documentación recopilada en libros, videos, informes, entre otros, en donde claramente se muestra las acciones del Estado sin considerar lo que han hecho otras instituciones sobre el tema. Por otro lado, también se cuestiona sobre la tendencia a la disminución de estas enfermedades en un contexto de desigualdades y en donde claramente se nota que van en aumento. Adicional a ello, se resalta la aparición de nuevas enfermedades como la obesidad y el sobrepeso que van en aumento. Finalmente, se hacen algunas propuestas a partir de diversas experiencias de campo que podrían complementar la acción del Estado, aterrizándola, además, a nivel regional y local.

El derecho a la alimentación

A nivel mundial, son reconocidos los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) como aquellos derechos humanos relativos a las condiciones sociales y económicas básicas necesarias para una vida en dignidad y libertad. Estos se refieren al trabajo, la seguridad social, la salud, educación, alimentación, agua, vivienda, medioambiente adecuado y cultura.

El derecho a la alimentación es esencial para la vida y necesario para la realización de otros derechos como a la salud, la vida, la educación y al trabajo. Por ello, la alimentación se vuelve importante para sobrevivir y tener un pleno desarrollo de las capacidades físicas y mentales. Es necesario señalar que esta alimentación debe ser de buena calidad y suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los humanos. Es por ello que se podría reflexionar en si lo que el mundo necesita es un «derecho a la alimentación» o un «derecho a estar bien nutrido». Pues un derecho a la alimentación podría considerarse el consumo de cualquier alimento que satisfaga la necesidad de sentir hambre pero no necesariamente de nutrirse. Esto implicaría no solo la disponibilidad de alimentos y su acceso en el transcurso de los años, sino el debido conocimiento que deberían tener los pueblos en relación a lo que significa una alimentación sana y nutritiva.

Por otro lado, el derecho a la alimentación incluye los conceptos de seguridad alimentaria y soberanía alimentaria. El primero está referido a tener alimentos suficientes y poder acceder a ellos para las generaciones presentes y futuras, y el segundo se refiere al derecho de los pueblos de definir sus propios sistemas alimentarios y agrícolas, respetando además la biodiversidad en un contexto complejo de cambio climático.

Con respecto a este derecho como tal, nuestro país no ha hecho mucho, pues los problemas relacionados con la alimentación se tratan principalmente desde la salud, cuando deberían empezar a tratarse desde el suelo, es decir, desde la tierra que provee los alimentos para los consumidores. Considerarlo desde la salud es como apagar un fuego que pronto puede volver a producirse. Es así que nuestra carta magna no considera el derecho a la alimentación como tal, sino más bien como parte de nuestro derecho a la salud. Así, el artículo 6 de la Constitución nos dice que es un deber y un derecho de los padres alimentar, educar y dar seguridad a los hijos. De igual modo, los artículos 7 y 9 nos mencionan el derecho a la salud que tenemos los peruanos y que el Estado determina la política nacional de salud. No se menciona, entonces, absolutamente nada al respecto del derecho a la alimentación.

A diferencia de nosotros, en la mayoría de países de la región las constituciones políticas mencionan artículos referidos al derecho a la alimentación. Así tenemos que en la Constitución del Ecuador¹, en su capítulo 2, sobre derechos del buen vivir, y en la sección primera, sobre agua y alimentación, mencionan que las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; en la Constitución Política de Colombia², en el capítulo 2, sobre derechos sociales, económicos y culturales, en su artículo 44, sostiene que son derechos fundamentales de los niños la vida, la

¹ Ver: bit.ly/2LJiyEq

² Ver: bit.ly/2E13Ox2

integridad física, la salud y la seguridad social, y la alimentación equilibrada, entre otros; en la Constitución de Bolivia³, en el título III, sobre desarrollo rural integral sustentable, y su artículo 407, se menciona como un objetivo de la política de desarrollo rural integral del Estado, garantizar la soberanía y seguridad alimentaria, priorizando la producción y el consumo de alimentos de origen agropecuario producidos en el territorio boliviano; y, finalmente, en la Constitución de Brasil⁴, en el capítulo II, de la unión, y su artículo 23, se señala que es competencia común de la unión, de los Estados, del distrito federal y de los municipios fomentar la producción agropecuaria y organizar el abastecimiento alimenticio.

A pesar de esa ausencia, nuestro país se ha comprometido con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuyo segundo objetivo es poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria, la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. Como parte de ese compromiso, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) está diseñando un sistema de seguimiento a los indicadores de los objetivos de desarrollo sostenible⁵, no estando listo aún pues falta identificarse algunos de los objetivos. Sin embargo, según el SDG Index and Dashboards Report 2018, estudio elaborado por Bertelsmann Stiftung y Sustainable Development Solutions Network, en donde se evalúa el desempeño de los países en la implementación de los ODS, el Perú se encuentra en la posición 64 de 156⁶.

³ Ver: bit.ly/2L7livD

⁴ Ver: bit.ly/2pW7UOk

⁵ Ver: bit.ly/2S2F6AU

⁶ «Avance de la Agenda 2030 en el Perú: Objetivos vinculados a empresas y derechos humanos». *idehpucp.pucp.edu.pe*, Lima, 31 de julio del 2018. Ver en: bit.ly/2LF0bAa

El problema de la alimentación: la desnutrición crónica infantil, la anemia y la obesidad

Desde hace ya algunos años, existe una preocupación mundial por las formas de alimentación de las personas, lo que nos ha permitido confirmar que existe una malnutrición, ya sea por déficit o exceso, y que ello está ocasionando que ya no solo se hable de desnutrición crónica infantil, sino que se hable de anemia, obesidad y, en el peor de los casos, de inanición en niños y niñas menores de cinco años. Es más, esta realidad ya no solo es visible en sectores considerados pobres, los que se encuentran principalmente en zonas rurales, sino también en lugares de mayores recursos económicos, la mayoría ubicados en espacios urbanos. Además, ahora los peruanos hablamos de anemia en niños y niñas mayores de cinco años y en madres gestantes.

Es conocido por todos que el Perú atraviesa desde hace ya varios años problemas en salud infantil, que, pese a los recursos invertidos desde el Estado y desde la cooperación internacional, y, por qué no decirlo, desde las propias familias, no se han obtenido los resultados esperados en la disminución de la anemia en niños y niñas menores de cinco años. No podemos decir lo mismo en la desnutrición crónica infantil, ya que aquí sí se han logrado resultados significativos, aunque en el 2018 se registran ligeras alzas en las regiones de Junín, Loreto, Puno y Huancavelica⁷.

De acuerdo al INEI⁸, la anemia se encuentra en un 43.6% en promedio a nivel nacional, siendo las regiones con mayores indicadores de anemia las ubicadas en las zonas rurales tanto de selva como de sierra, en donde la anemia llega a un 53.33% en niños

⁷ Instituto Peruano de Economía (IPE). *Índice de Competitividad Regional (Incore)* 2019. Lima: IPE, 2019. Ver en: bit.ly/2XCwBxP

⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*. Lima: INEI, 2018.

y niñas menores de 36 meses, mientras que en zonas urbanas llega a un 40% en promedio.

La relación entre desnutrición crónica infantil y anemia es un problema que está claro, pues la primera ha disminuido mientras la segunda ha avanzado, siendo una relación inversa de la cual se pueden generar varias hipótesis. Algunas de ellas pueden ser:

- El consumo de proteínas que contribuye al crecimiento de los niños y niñas no necesariamente ayuda a satisfacer los requerimientos nutricionales en cuanto a hierro. Por ejemplo, el excesivo consumo de carne de pollo y de carne de cerdo pueden proporcionar proteínas, pero no las cantidades necesarias de hierro. Recordemos que la desnutrición crónica infantil se mide en relación a talla versus edad.
- Existe una alta parasitosis, seguramente debido a la falta de adecuadas infraestructuras de saneamiento, así como al manejo de las mismas y al consumo de alimentos de origen animal mal procesados. Los parásitos al adherirse a las paredes intestinales viven de la sangre de las personas, por lo que disminuyen las cantidades de hemoglobina.
- El escaso consumo de vísceras, sangrecita y pescados azules contribuye a no satisfacer las necesidades de hierro diario.
- La presencia de otras enfermedades como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), principalmente, hace que los defensas bajen, se den infecciones, disminuyendo los niveles de hierro debido al necesario consumo de antibióticos.
- Existe un factor de riesgo debido a la exigencia en el cumplimiento de metas al personal de los establecimientos de salud. El informar de manera inoportuna el seguimiento de un niño/niña con anemia o desnutrición crónica hace que sigamos arrastrando a alguien que puede haberse recuperado.

Se supone que si se mejoran los índices de desnutrición crónica infantil es porque los niños y niñas se alimentan mejor, por lo tanto, están saludables, tienen la talla adecuada y sus niveles de hierro en sangre son los necesarios, pero no sucede así. Entonces, ¿qué es lo que está pasando?, ¿cómo se explica que los niños/niñas alcancen niveles adecuados de peso y talla mientras son anémicos?, ¿acaso estos problemas no dependen de la alimentación?, ¿o de quién más dependen?

Otro problema identificado es el incremento en los indicadores de obesidad. Según Jaime E. Villena⁹, la obesidad es un problema creciente en el Perú que conlleva a otras enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras.

Es así que el Estado, la sociedad civil y las familias tenemos una gran responsabilidad sobre estas enfermedades, por lo que debemos asumir el compromiso de contribuir a solucionarlas.

La propuesta del Estado

El Gobierno peruano ha asumido el reto de disminuir la desnutrición crónica infantil al 6% y la anemia al 19% para el 2021. Estos resultados contribuyen al compromiso que ha asumido el Perú, al igual que varios países, con el cumplimiento de los ODS, de llegar a hambre 0 al 2030. Esto implica una serie de desplazamientos, propuestas y estrategias de intervención articuladas con la finalidad de lograr dicho objetivo.

En el año 2017, el Banco Mundial publicó el libro *Dando la talla: el éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica infantil*, presentado por Alberto Rodríguez, director del Banco Mundial para Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El libro da cuenta

⁹ E. Villena, Jaime. «Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú». *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 63, n.º 4. Lima: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 2017, pp. 593-598. Ver en: bit.ly/2QyntdX

de la intervención del Estado para disminuir la desnutrición crónica infantil durante los años 2009 al 2016.

Para el Banco Mundial, la caída en el retraso del crecimiento de niños de 60 meses se ha producido debido a dos aspectos fundamentales:

- La reducción de enfermedades en niños y niñas menores de 24 meses como las EDA y las IRA debido a que se incrementó la cobertura para el suministro de vacunas.
- La buena calidad de dietas en niños y niñas de entre seis y 24 meses, que incluyen el lavado de manos, la lactancia exclusiva en niños y niñas menores de seis meses y la preparación adecuada de comidas.

Por su lado, el Estado manifiesta haber llegado a un modelo de intervención que le ha permitido disminuir este indicador. Este modelo comprende de seis puntos, los cuales son:

- Compromiso político al más alto nivel. Esta política de Estado ha trascendido a cuatro gestiones de gobierno nacional.
- La modernización del Estado basado en una gestión por resultados a partir de evidencias y registros.
- La priorización de asignación de presupuesto público a los Programas Presupuestales, en este caso al Programa Articulado Nutricional.
- Enfoque de articulación entre los diferentes sectores del Estado. No solo se involucra el sector Salud.
- El seguimiento y monitoreo a los resultados propuestos en los Programas Presupuestales.
- La comunicación efectiva, cuyo objetivo es involucrar a la población para el conocimiento de la problemática de la desnutrición crónica infantil y su solución.

Si bien este modelo de intervención persiste en la actualidad, no es suficiente para la disminución de la desnutrición crónica en las zonas rurales, en donde, por ejemplo, en distritos como Río Tambo en Satipo (Junín) o Andaymarca en Concepción (Junín), al 2018 están sobre el 40% en desnutrición crónica infantil y otro tanto en anemia.

Así pues, no parece justo el apunte hecho por el Banco Mundial a los grandes éxitos obtenidos en el Perú para disminuir la desnutrición crónica infantil, si aún encontramos distritos con una desnutrición por encima del promedio nacional. Tampoco es justo que no se haga una correlación de estas enfermedades con las desigualdades existentes, pues si no se tuviera una brecha grande, los promedios nacionales serían más reales y entonces se tendría que revisar las estrategias y formas de intervención.

Como se muestra en el acápite anterior, tampoco se ve una relación directa entre anemia y desnutrición crónica infantil, pues al parecer no convendría al Estado. ¿Qué de diferente debería incluirse al modelo propuesto por el Estado para disminuir la desnutrición crónica infantil y la anemia? ¿Acaso ambos no son problemas relacionados con las formas de alimentarse y directamente con la pobreza?

Cabe resaltar, además, que la participación de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en la solución de los problemas de nutrición, como la desnutrición crónica infantil, no es considerada en el modelo del Estado. Un ejemplo de los logros obtenidos con apoyo de estas instituciones se registra en Huancavelica. En esta región, las ONG iniciaron desde el año 1999 un proceso de intervención en el que se trabajó muy fuerte la seguridad alimentaria con miras a disminuir la desnutrición crónica infantil. En esos años existían programas sociales del Ministerio de Salud (Minsa), el Programa Vaso de Leche de las municipalidades, el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (Pronaa), comedores

infantiles y desayunos escolares, estos tres últimos gestionados desde el, en ese entonces, Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (Promudeh) –hoy en día Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis)–, con fines netamente clientelistas, orientados por la política de gestión del Gobierno de turno. Quizá estos en algo pudieron solucionar el problema, pero apuntaban más a fines políticos, sin manejarse indicadores de desnutrición crónica infantil y, menos, de anemia. Es más, los indicadores utilizados en ese tiempo no mencionaban nada al respecto de estas enfermedades.

Es recién en el año 2001 que se tratan de resolver diversos problemas desde el gobierno central, empezándose a mirar de cerca las necesidades que involucraban directamente a la población, encontrándose la desnutrición crónica infantil como un problema sumamente grave.

Así pues, se idean formas y fórmulas de intervención con un enfoque de gestión de resultados. Sin embargo, es recién en el año 2007 que se tiene el Programa Presupuestal y el Programa Articulado Nutricional con recursos, aunque el primer año muy escasos, para combatir la desnutrición crónica infantil. Es a partir del 2011 en donde el gobierno peruano firma un convenio con la Unión Europea para intervenir con mayores recursos en tres regiones donde la desnutrición crónica infantil era muy alta: Ayacucho, Huancavelica y Apurímac.

Mientras el Estado, en una lentitud normal, empezaba con el Programa Articulado Nutricional (PAN), las ONG seguían realizando actividades para combatir el problema, respaldados por las fuentes de cooperación internacional, las que incrementaban sus presupuestos para dicho fin, situación que no solo pasaba en el Perú, sino también en países de América Latina.

Es así que en el 2014 Huancavelica registró una disminución en desnutrición crónica infantil, pasando de 54.2% el 2011 a 35%

el 2014, de acuerdo a datos del Minsa¹⁰, siendo visible que no se hubiera logrado esta disminución sin el concurso y el esfuerzo de todas las instituciones, tanto públicas como privadas, en la región. Sospechamos que lo mismo ocurre en otras regiones, por lo que se refuerza la idea de que los logros obtenidos no son solo desde el gobierno central.

Retomando el tema del Estado y haciendo un análisis, los programas sociales propuestos a partir del 2001 tienen como objetivo la disminución de la desnutrición crónica infantil. El Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - Juntos es señalado por varios autores como un programa símbolo pues es un modelo de transferencias monetarias condicionadas. Como se sabe, este programa otorga dinero a condición de que las familias lleven a sus hijos/hijas al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), y a que asistan a los colegios y escuelas.

Otro programa importante es el Programa Nacional Cuna Más, antes Programa Nacional Wawa Wasi, cuya atención es a niños/niñas menores de tres años, tanto desde el aspecto cognitivo como de alimentación. Si bien este programa empezó desarticulado del sector Salud, hoy en día existen esfuerzos para que se dé esa articulación; sin embargo, aún queda camino por recorrer pues es necesario trabajar algunos criterios homogéneos (por ejemplo, el Minsa recoge indicadores de niños/niñas de cero a cinco años, mientras el Midis lo hace de niños/niñas de entre cero y tres años).

Finalmente, se encuentra el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, antes denominado Pronaa. Este programa atiende a niños y niñas que asisten a educación inicial y primaria brindándoles desayunos escolares. Incluso algunos centros

¹⁰ Citado en: Ottone, Gissela. *Implementación de políticas públicas nacionales en gobiernos regionales: el caso del Programa Articulado Nutricional en Junín y Huancaavelica 2011-2014*. Tesis para optar el título de magistra en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Públicas. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), 2018.

educativos ya cuentan con el servicio de almuerzo. En el Foro Internacional Hambre Cero¹¹, realizado este año en enero, se presentó una evaluación de los resultados que se vienen obteniendo con dicho programa.

Los objetivos de Qali Warma son garantizar el servicio alimentario todos los días del año escolar; mejorar la atención de los usuarios en clase, favoreciendo su asistencia y permanencia; y promover mejores hábitos de alimentación escolar en los usuarios y usuarias. La evaluación mencionada líneas arriba indica que el 98% de los padres/madres dicen que sus hijos/hijas toman el desayuno ofrecido, además de que a un 90% les gusta; de igual modo consideran que sus hijos/hijas, al consumir el desayuno en los centros educativos, les generan un ahorro de 17% y que el desayuno ayuda a incrementar su memoria en el corto plazo.

Al parecer, el programa Qali Warma estaría dando resultados de acuerdo a sus objetivos, aunque se resalta que no hay un objetivo directamente relacionado con la disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia, salvo el de hábitos alimenticios.

En el marco de las reformas para la modernización del Estado, se trabaja a través de Programas Presupuestales. Es así que se tiene el Programa Articulado Nutricional (PAN), cuyo objetivo principal es reducir la desnutrición crónica infantil de niños y niñas menores de cinco años, integrando acciones para mejorar la alimentación y nutrición, reducir la morbilidad por IRA, EDA, entre otras enfermedades; acceso al agua segura; controles de CRED; mejora de la atención; entre otras. Es directamente este programa el que viene logrando la disminución de la desnutrición crónica infantil con inversiones que se han mantenido parcialmente similares en los últimos cinco años.

¹¹ Ver: bit.ly/2xHXtC4

Cuadro n° 1
Inversiones realizadas por el gobierno central en el período
2015-2019

Año	Presupuesto Institucional Modificado (PIM)(en soles)	% ejecucion
2015	776 872 143	97
2016	651 015 289	98.4
2017	783 549 067	96.2
2018	899 396 537	98
2019	796 261 462	34.1

Fuente: Página amigable del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Ver: bit.ly/2LLTkoJ

Como se aprecia, el presupuesto se ha mantenido en los últimos años. Este, en su mayoría, está destinado a los gobiernos regionales, los cuales tienen que cumplir con metas a través de las Direcciones Regionales de Salud. Esta situación se vuelve en algunos casos tediosa, pues el personal de salud se recarga de actividades y los gobiernos regionales se vuelven instancias operativas y de entrega de información hacia el Minsa. Esto puede ser bien visto, pero también se puede tomar como una intromisión en la independencia de los gobiernos regionales, pues así no pueden desempeñarse con las «autonomías» que deberían tener en el marco de actuar bajo un proceso supuesto de descentralización. Las acciones que se deben realizar en el PAN vienen dadas desde Lima, teniendo las Direcciones Regionales de Salud muy poco margen para opinar o proponer modificaciones o adecuaciones a lo estipulado, pues no existen los mecanismos ni espacios donde realizarlo. Así pues, esta política se convierte en una política pública vertical dada de arriba a abajo.

Se ha elaborado también un plan multisectorial de lucha contra la anemia. Este plan menciona que en los últimos años en el Perú

la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de cinco años ha disminuido en 6.6 puntos porcentuales, pasando de 19.5% en el 2011 a 12.9% en el 2017. Sin embargo, la anemia registra altos índices, como se ha mencionado anteriormente. En este punto, cabe recalcar que no solo padecen de esta enfermedad los niños y niñas, sino también las madres gestantes, en un 29% según el INEI¹².

En el plan multisectorial se mencionan dos causas principales de la anemia: el bajo consumo de hierro y su pobre calidad (el de origen vegetal), y la elevada presencia de enfermedades infecciosas, en especial la alta parasitosis registrada debido a la escasez en el consumo de agua segura por las deficiencias en el manejo de la calidad del agua, principalmente en zonas rurales.

Los gobiernos regionales y locales deben aterrizar este plan, constituyendo, en primer lugar, las instancias regionales y locales para la atención de la anemia. Esto se realizaría en el marco de concretar sinergias y articulaciones entre las diversas instancias, del Estado principalmente, pues, aunque no se quiera visibilizar, son notorias las escasas estrategias de articulación entre los mismos organismos del Estado, lo que perjudica una intervención efectiva para el logro de resultados.

Finalmente, podemos mencionar las nuevas leyes dadas en favor de una alimentación saludable: la ley de alimentación saludable, la ley de quioscos saludables y otras normas relacionadas con la inocuidad alimentaria, la seguridad alimentaria y la pequeña agricultura.

Como podemos ver, es mucha la inversión en recursos que ha realizado y realiza el Estado para combatir estos problemas de salud. También se cuenta con legislación, herramientas e instrumentos que permiten tener un marco de actuación válido para la intervención organizada a nivel nacional.

¹² Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Censos Nacionales 2017*. Lima: INEI, 2018.

Algunas alternativas de solución para los problemas nutricionales

A continuación, se proponen algunas alternativas que podrían complementar los esfuerzos del Estado para disminuir estos problemas de salud:

La seguridad alimentaria

Esta sigue siendo la base para la solución de los problemas alimentarios, en las zonas rurales principalmente. Como también es conocido, los cinco pilares de la seguridad alimentaria son: acceso, disponibilidad, uso, estabilidad e institucionalidad. Tendríamos que añadir a estos pilares los contextos globales en que se desenvuelven los actuales sistemas alimentarios, que son el cambio climático y la agroecología.

Debido al cambio climático los periodos de lluvias están siendo alterados, así como las emanaciones de radiación ultravioleta sobre todo en las zonas a más de 3000 msnm. Estas condiciones afectan la periodicidad de los cultivos, por lo tanto, la disponibilidad de alimentos, el acceso y la estabilidad. Situación que debería ser considerada por los gobiernos regionales y locales en sus planes de desarrollo, planes de contingencia y otros. Pero no solo en los planes, sino también en las asignaciones presupuestales y en la creación de sinergias y alianzas institucionales en el sector público y privado.

Sobre la agroecología, el uso excesivo de químicos ha degradado el suelo, por ello algunos alimentos han empezado a tener minerales tóxicos en forma «natural», como el caso del cacao, cuyos límites permisibles de cadmio han sido sobrepasados debido a la calidad de los suelos en el norte del país. Es necesario cultivar el suelo, aunque sea un proceso que demore años, pues nuestros alimentos en forma natural, sin procesamientos, traen

consigo una carga importante de impurezas que pueden afectar en el largo plazo la salud de las personas. Sucede lo mismo con los mares, sobre los cuales es cada vez más frecuente escuchar que las especies marinas están buscando lugares más alejados donde vivir o que están consumiendo los desechos que arrojamamos al mar. Con todo esto, imaginemos entonces lo que realmente consumimos cuando probamos un ceviche o una ensalada, o un buen chocolate.

Un término que pasa desapercibido cuando hablamos de seguridad alimentaria es la inocuidad alimentaria. Según el Decreto Ley n° 1062-2008, Ley de la Inocuidad de los Alimentos, en sus anexos se define la inocuidad de los alimentos como la garantía de que los alimentos no causarán daño al consumidor cuando se preparen y/o consuman de acuerdo con el uso a que se destinan. Se entiende entonces que cuando hablamos de seguridad debería hacerse en el más amplio sentido de la palabra, por lo que la inocuidad debería ser considerada un pilar de la misma. No debería existir seguridad alimentaria sin inocuidad, y quizá porque esto se descuida es que tengamos los problemas nutricionales que tenemos.

Por ello, el gobierno central y los gobiernos regionales y locales deberían promover acciones en sus territorios que mantengan una seguridad alimentaria basada en productos locales, complementando lo que haga falta en sus canastas alimentarias de acuerdo a los pisos altitudinales en los que se encuentre la población. Unido a ello están los cumplimientos a la ley de inocuidad por parte de las autoridades locales para asegurar la sanidad en el consumo de alimentos.

Los programas sociales

Se ha mencionado que los programas sociales tienen un diseño propuesto desde el gobierno central, con pocos espacios para la retroalimentación en las regiones.

Por ello, se propone que los gobiernos regionales y locales hagan una revisión de estos programas sociales y, por qué no, una evaluación para conocer el grado de satisfacción de los usuarios y las nuevas necesidades que surgen, como por ejemplo el uso de alimentos locales y el intercambio (similar al trueque) entre los diferentes pisos altitudinales.

Los gobiernos regionales y locales también deberían promover otros programas diferentes a los del gobierno central, orientados estos a la inocuidad alimentaria, la promoción del consumo de alimentos locales, la promoción de la agroecología, entre otros.

Los hábitos alimenticios

Uno de los problemas de la anemia es la deficiencia en el consumo de alimentos de origen animal: carnes rojas, pescados azules, sangrecita y vísceras. Contrario a ello está el alto consumo de comida «chatarra» con alto contenido en grasas saturadas, encontrándose en este rubro el pollo *broaster*, la salchipapa, las donas, entre otros.

Una de las causas para el alto consumo de este tipo de comidas son las condiciones de vida que tiene la población actualmente. La relación hábitos alimenticios con formas de vida parece ser una relación muy estrecha. En las zonas rurales, tanto el papá como la mamá salen a trabajar, teniendo que dejar a sus hijos/hijas en los Cuna Más, en el Programa No Escolarizado de Educación Inicial (Pronoei) o con otros miembros de la familia. Esto ocasiona muchas veces que se descuide la alimentación saludable de los niños/niñas o que se coma a deshoras. Sumado a ello, tenemos que los niños/niñas de las escuelas consumen principalmente galletas, caramelos, chizitos, etc., en los quioscos escolares, sin que estos cuenten con registros sanitarios, lo cual hace peligrar su salud. Este desorden alimenticio no solo genera anemia sino también obesidad.

Hace poco ha sido aprobada la Ley de Promoción y Protección de la Alimentación Saludable en las Instituciones Educativas Públicas y Privadas de la Educación Básica, en donde se dan los lineamientos para que los quioscos y comedores escolares no expendan alimentos con altos contenidos en grasa saturada, sodio o azúcar. Lo que no se ha dimensionado en esta ley es que afuera de los centros educativos no se tiene el control de lo que las y los alumnos consuman. Menos aún en las bodegas que se encuentran alrededor de los centros educativos.

Se propone un fuerte trabajo de promoción del consumo de alimentos ricos en hierro, como las vísceras (en la que se incluya el conocimiento del origen de estas, su forma de preparación y la frecuencia de su consumo), al mismo tiempo que se hace campaña por el consumo medido o controlado, o que no se haga, de alimentos «chatarra». Para todo esto se necesita de autoridades fuertes y competentes, tanto de los gobiernos locales como del sector Salud, para que se realice un trabajo coordinado en el control de alimentos que se expenden para los alumnos y alumnas de los centros educativos.

- El sistema alimentario urbano

Los indicadores muestran que las zonas urbanas también tienen problemas de desnutrición crónica infantil, anemia y obesidad. Aquí se resalta el hecho de que muchas veces la pobreza urbana se considera más complicada de superar que la pobreza rural, por lo que también sería bastante difícil poder disminuir las enfermedades nutricionales en las ciudades. Mencionamos difícil porque lo que necesitan las familias en las ciudades para poder superar sus problemas es dinero, a diferencia de las familias rurales que, en su gran mayoría, por no decir todas, tienen pequeñas parcelas donde pueden sembrar algunos productos.

En el espacio urbano nos encontramos con mercados de abastos, grandes supermercados, restaurantes, ambulantes, centros de

beneficio de animales, plantas de transformación de productos, entre otros.

En estos espacios también podemos visibilizar los cinco pilares de la seguridad alimentaria con el añadido del dinero que deben de contar las familias para acceder a ellos. Otro ingrediente es el manejo de residuos sólidos proveniente de diferentes fuentes: las familias, las fábricas, los centros de salud, etc.

Nos preguntamos nuevamente si conocemos cuál es el origen de los alimentos que consumimos¹³. Al Mercado Mayorista n° 1 de Lima llegan alimentos de todo el Perú y se distribuyen tanto en la ciudad capital como en algunas regiones, bajo un sistema precario, monopólico, en el que no es posible mantener y realizar acciones sobre la inocuidad y la calidad.

En las regiones la situación no es muy diferente. Es muy difícil poder controlar un sistema que carece de infraestructuras adecuadas, de capacitación a los trabajadores y mínimas condiciones de salubridad. Un claro ejemplo es la cantidad de camales certificados y autorizados por el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (Senasa) para su funcionamiento. En Lima hay 72 camales, la mayoría de regiones tienen solo uno, hay uno para cinco regiones (Tumbes, Piura, Apurímac, Loreto y Cajamarca) y el Callao no tienen ningún camal autorizado para su funcionamiento¹⁴. Esto nos indica el tipo de carne y vísceras que estamos consumiendo, las cuales pueden considerarse insalubres.

Entonces, si las carnes rojas, pescado, sangrecita y vísceras son la principal fuente de hierro para superar los problemas de anemia, tanto en niños y niñas menores de cinco años de edad como en adultos, ¿qué seguridad tenemos de consumirlas sanas, que no ocasionen parasitosis o enfermedades infecciosas de diversa índole? La respuesta es ninguna.

¹³ Ver: *El sistema alimentario peruano*, en: bit.ly/2xFAqaZ

¹⁴ Ver: bit.ly/2G6wR24

Se sugiere a los gobiernos regionales y locales plantear modelos de sistemas alimentarios que integren el campo con la ciudad en forma saludable, con mínimas condiciones de sanidad y calidad. Las autoridades deben exigir el cumplimiento de las leyes que ellos mismo han dado, siendo su responsabilidad el manejo de los alimentos (productores, comercializadores y restaurantes). La asignación para el gasto presupuestal no debería ser un problema para esto pues existe un Programa Presupuestal, el 0041, «Mejora de la inocuidad alimentaria». Lamentablemente, para este 2019, solo ocho regiones han considerado presupuesto para realizar acciones al respecto del manejo de los alimentos, siendo Huancavelica, la considerada región más pobre del Perú, la que va a ser la mayor inversión, con 4 633 100.00 soles.

- El agua

Es un tema crucial si queremos disminuir la desnutrición crónica infantil y la anemia. El cerrar brechas en cuanto a la infraestructura de saneamiento es una política pública del gobierno central. El año 2018, el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, promovió que todas las regiones realizaran o actualizaran sus planes regionales de saneamiento con un horizonte al 2021, proponiéndose dos metas: 0% de brechas de saneamiento en zonas urbanas al 2021 y 0% de brecha de saneamiento en zonas rurales al 2030. Con estos indicadores se lograban las metas como país camino al bicentenario, pero también el cumplimiento del Objetivo 6 referido a agua y saneamiento de los ODS.

Sin embargo, el Plan Nacional de Saneamiento al 2021, de donde parten los planes regionales, no considera como un indicador principal la calidad del agua, pues más que las infraestructuras lo importante es la calidad del agua, y aquí hay mucho por hacer.

En zonas urbanas, el agua para consumo es administrada por las Entidades Prestadora de Servicios de Saneamiento (EPS), por lo que de alguna manera se puede asegurar la calidad de la misma.

El problema surge en zonas rurales, donde hay diversas formas de administración del agua (Unidades de Gestión Municipal -UGM-, Áreas Técnicas Municipales -ATM-, Juntas Administrativas de Servicios de Saneamiento -JASS-, organizaciones comunales, empresas particulares, entre otras), lo que hace difícil realizar controles a la calidad, ya ello requiere de inversión, voluntad, capacitación y gestión.

Por eso se sugiere que las municipalidades tengan sus áreas de gestión municipal fortalecidas y se establezcan los mecanismos necesarios para que el control de la calidad del agua esté asegurado. Aquí es importante la alianza con la Dirección Regional de Salud de cada jurisdicción, pues estas, a través de sus centros de salud, podrían hacer una vigilancia efectiva a la obtención de agua segura.

Por último, el cumplimiento de la ejecución presupuestal para las obras de infraestructura y un minucioso seguimiento al Programa Multianual de Inversiones (PMI) para la construcción de las obras, hasta la liquidación de las mismas, bastaría para decir que todos los peruanos disponemos de agua.