

---

**políticas sociales**

**H**ambre y desigualdad en los  
países andinos.

**La desnutrición y la vulnerabilidad  
alimentaria en Bolivia, Colombia,  
Ecuador y Perú.**

Rodrigo Martínez  
Coordinador



NACIONES UNIDAS

**C E P A L**

Santiago de Chile, octubre del 2005

El presente informe fue preparado en el marco del Convenio entre el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el fin de contribuir a la comprensión de los distintos aspectos relacionados con el problema del hambre en América Latina y el Caribe. Tanto el trabajo de investigación como esta publicación fueron posibles gracias al apoyo y el financiamiento otorgado al Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas por el Departamento de Desarrollo Internacional del Gobierno del Reino Unido.

Este documento corresponde al segundo de tres informes subregionales contemplados en el Memorando de Acuerdo establecido en 2003 entre la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del PMA y la CEPAL.

La coordinación del documento estuvo a cargo de Rodrigo Martínez y en su elaboración también participaron Arturo León y Ernesto Espíndola, funcionarios de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, junto a los consultores Andrés Fernández, Antonio Ávila y Carolina Pinto.

En la preparación del presente informe colaboraron también funcionarios de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del PMA, de las oficinas nacionales de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, y de la oficina de la CEPAL en Bogotá, así como un conjunto de funcionarios nacionales y de otros organismos internacionales que facilitaron información.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas  
ISSN impreso 1564-4162  
ISSN electrónico 1680-8983

ISBN: 92-1-322780-9  
LC/L. 2400-P  
N° de venta: S.05.II.G. 147

Copyright © Naciones Unidas, octubre del 2005. Todos los derechos reservados  
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Resumen de resultados y conclusiones</b> .....	9
<b>I. Pobreza y hambre frente a las metas del Milenio</b> .....	13
A. Los países andinos en el contexto regional.....	13
B. La extrema pobreza y el hambre en la región .....	21
C. Avances en el cumplimiento de las metas para la reducción de la pobreza y el hambre .....	31
<b>II. Desnutrición en los países andinos: desigualdades y factores asociados</b> .....	37
A. La pobreza y la indigencia .....	38
B. Las diferencias urbano-rurales .....	39
C. Las diferencias geográficas .....	40
D. Las diferencias étnicas.....	42
E. La importancia de la educación de la madre .....	46
F. El rol del agua y el saneamiento .....	48
G. Las diferencias entre hombres y mujeres.....	49
H. El ciclo de la desnutrición en los menores .....	51
I. La situación de las madres.....	51
J. El hambre y las enfermedades asociadas.....	53
<b>III. Políticas y programas alimentarios</b> .....	57
A. Bolivia.....	59
B. Colombia.....	64
C. Ecuador.....	69
D. Perú.....	75

Anexos .....	83
Bibliografía .....	87
Serie políticas sociales: números publicados.....	91

## Índice de cuadros

Cuadro I.1	Países Andinos: indicadores económicos y distribución del ingreso .....	15
Cuadro II.1	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: distribución de los casos de desnutrición en menores de 5 años, según su lugar de residencia.....	40
Cuadro II.2	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según el área geográfica.....	41
Cuadro II.3	Bolivia y Perú: desnutrición según la lengua hablada en el hogar y la pobreza.....	44
Cuadro II.4	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: acceso de la población a los servicios de agua potable y alcantarillado .....	49
Cuadro II.5	Bolivia, Colombia y Perú: déficit de talla de las madres y desnutrición en menores de 5 años .....	53
Cuadro II.6	Bolivia, Colombia y Perú: desnutrición en menores de 5 años, según incidencia de diarrea.....	54
Cuadro II.7	Bolivia y Perú: incidencia de desnutrición y anemia en menores de 5 años .....	55
Cuadro III.1	Modelos de gestión implementados por los programas de alimentación y nutrición del Ecuador .....	73
Cuadro III.2	Distribución porcentual del gasto público de los programas de alimentación y nutrición de cada ministerio, según quintales de consumo, 1999 .....	74

## Índice de gráficos

Gráfico I.1	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: distribución geográfica de la población indígena.....	15
Gráfico I.2	Distribución del coeficiente de Gini de ingresos por grupos de países.....	16
Gráfico I.3	América Latina: cambios en el coeficiente de Gini.....	16
Gráfico I.4	América Latina (18 países): Relación entre el ingreso por habitante del 10% más rico y el 40% más pobre de la población .....	17
Gráfico I.5	América Latina (18 países): nivel del gasto social por habitante entre 1990-1991 y 2000-2001 .....	18
Gráfico I.6	América Latina (18 países): relación entre extrema pobreza, subnutrición y desnutrición .....	23
Gráfico I.7	América Latina (17 países): incidencias de extrema pobreza en la población urbana y rural, alrededor de 2001-2003 .....	24
Gráfico I.8	América Latina y el Caribe (24 países): niveles de suministro de energía Alimentaria (SEA) y población subnutrida, 2000-2002 .....	26
Gráfico I.9	Países andinos (4 países): evolución del suministro de energía alimentaria entre 1990 y 2002 .....	26
Gráfico I.10	Países andinos (4 países): estructura del suministro total de alimentos 1990-2002 .....	27

Gráfico I.11	América Latina y el Caribe (23 países): evolución de la desnutrición en niños menores de 5 años entre 1980-1991 y 1995-2001.....	29
Gráfico I.12	América Latina y el Caribe (23 países): distribución de la desnutrición crónica por grupos de países, 1995-2001 .....	30
Gráfico I.13	América Latina (17 países): avance en el logro de reducir la pobreza extrema a la mitad.....	32
Gráfico I.14	América Latina (19 países): avance en el logro de reducir la subnutrición a la mitad .....	34
Gráfico I.15	América Latina (12 países): avance en el logro de reducir la desnutrición a la mitad .....	36
Gráfico I.16	América Latina (12 países): avance en el logro de reducir la desnutrición crónica a la mitad .....	36
Gráfico II.1	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según condición de pobreza .....	38
Gráfico II.2	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según su lugar de residencia.....	39
Gráfico II.3	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según provincia o departamento .....	42
Gráfico II.4	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según etnia .....	44
Gráfico II.5	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: distribución geográfica de la población indígena en los respectivos países .....	45
Gráfico II.6	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: distribución geográfica de la población afrodescendiente en los respectivos países.....	46
Gráfico II.7	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según nivel educativo de la madre.....	47
Gráfico II.8	Bolivia y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según el nivel educativo de la madre y la etnia .....	48
Gráfico II.9	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición global en menores de 5 años, según la forma de acceso al agua.....	50
Gráfico II.10	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: incidencia de la desnutrición en menores de 5 años, según sexo.....	50
Gráfico II.11	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú: evolución de la desnutrición entre los 0 y 59 meses de vida.....	52



---

## Resumen

---

La preocupación por el problema del hambre y la alimentación no es nueva en la historia. Ya en el siglo XIX fue objeto de estudio y desde hace varias décadas concita la atención en el campo de las políticas y de la comunidad internacional. A partir de la Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, 1992) y la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996), dicha preocupación ha ido adquiriendo cada vez más relevancia. Pese a ello, y a la luz de los antecedentes de distintas fuentes, todavía hoy las deudas pendientes en América Latina y el Caribe son enormes.

Al año 2002, existían 221 millones de latinoamericanos pobres, de los cuales 97 millones no contaban con los recursos necesarios para cubrir una canasta básica de alimentos. Hacia fines de los años noventa, el 11% de la población no tenía acceso suficiente a los requerimientos calóricos mínimos y a fines del siglo XX, el 8% de los niños y niñas menores de 5 años tenía un peso insuficiente para la edad y el 21% presentaba baja talla.

Así, el flagelo del hambre es hoy un problema de primera prioridad, lo que lo ha llevado a situarse en el centro de la agenda de los países, formando parte del objetivo 1 de la Declaración del Milenio: erradicar el hambre y la pobreza extrema al año 2015. A su vez, ha motivado la Declaración Conjunta contra el Hambre y la Pobreza, suscrita el 30 de enero de 2004 por los presidentes Lula da Silva de Brasil, Ricardo Lagos de Chile y Jacques Chirac de Francia, a la que luego se adhirió el Presidente del Gobierno español, José Luis Rodríguez Zapatero. Esta declaración, que además contó con el apoyo expreso de Koffi Annan, fue reafirmada en septiembre del mismo año en la Sede de las Naciones Unidas.

En este contexto de creciente preocupación por el problema, en el año 2003, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Dirección Regional del Programa Mundial de Alimentos (PMA) firmaron un convenio de tres años de duración orientado a describir y analizar las características del hambre y la desnutrición en los países de la región. Durante el primer año, se dio una mirada global al problema regional y se analizaron en detalle los países del Istmo Centroamericano. Se destacó, respecto de esta subregión, su mayor vulnerabilidad en comparación con el resto de la región, sus problemas de estabilidad en la oferta alimentaria, la alta incidencia que tiene la desigualdad en el hambre y la alta incidencia de la desnutrición crónica en la subregión.

El presente documento trata sobre el problema del hambre y la extrema pobreza en los países andinos, en particular Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, con el objeto de contar con una mirada analítica del fenómeno en estos países en el contexto latinoamericano. Este estudio, cuya síntesis de los principales hallazgos se presenta en las páginas que siguen, incluye una descripción y un análisis de los factores centrales de la desnutrición, junto con una evaluación preliminar sobre los avances alcanzados por los países en la consecución de las metas del milenio relativas al hambre y la pobreza. A su vez, se analizan las distintas características de ciertos grupos poblacionales más vulnerables a la inseguridad alimentaria y la desnutrición. Finalmente se presenta una exposición y un análisis resumido de las características de las políticas y los programas alimentarios existentes en los respectivos países.

## Resumen de resultados y conclusiones

---

### 1. El hambre y las metas del milenio

En los cuatro países andinos analizados en el presente estudio, a finales del siglo XX, se registraban 801 mil niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad), afectando a un 7,6% de la población de dicho grupo etario. La desnutrición crónica (baja talla para la edad) afectaba a 2,13 millones, vale decir, a uno de cada cinco niños. Esto indica que los países andinos presentan una alta incidencia de desnutrición crónica y si bien ésta ha disminuido en los últimos años, no ha ocurrido lo mismo con el total de desnutridos, dado el aumento vegetativo de la población infantil en situación vulnerable. Sin duda la subregión andina tiene un problema nutricional que excede al promedio de la región, pues mientras estos cuatro países albergan el 19% de los menores de 5 años de América Latina concentran el 25% de los que presentan déficit de talla.

A nivel de cada país, la insuficiencia de peso afecta al 12% de los niños ecuatorianos, 8% de los peruanos y 7% de los bolivianos y colombianos, mientras que la incidencia de cortedad de talla es de 27% en Bolivia, 26% en Ecuador, 25% en Perú y 14% en Colombia. Así, este último país tiene problemas menores que sus vecinos, aunque está lejos de los niveles de Chile, Cuba, Costa Rica, Jamaica y República Dominicana, cuyas tasas fluctúan entre 1% y 6% para ambos indicadores.

Al analizar la evolución del problema desde 1990, se observa que los avances en el logro de las metas planteadas en los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), relativas a disminuir a la mitad la incidencia de la pobreza extrema y el hambre al año 2015, presentaron una evolución dispar en el conjunto de América Latina, así como en los cuatro países andinos.

En cuanto a la extrema pobreza, al año 2002 el conjunto de la región presentaba un logro promedio de sólo 28% de la meta, no obstante haber transcurrido el 48% del tiempo. En dicho contexto, Ecuador experimentó fuertes retrocesos en la década de los noventa, pero avanzó hasta algo más del 50% hacia fines de dicho año, lo que permite inferir que de mantenerse constante esa tendencia podría alcanzar la meta al 2015. En cambio Bolivia, con un logro de 12%, y Perú, de sólo 10%, sumados a los retrocesos de Colombia (equivalentes a 8 puntos porcentuales), tienen una baja probabilidad de alcanzar la meta. Por otro lado, la alta volatilidad que la subregión muestra tanto en su dinámica económica como en su evolución social torna más problemático proyectar tendencias sostenidas.

En este escenario, y en atención a la estrecha relación entre la pobreza extrema y el hambre, cabe preguntarse qué ocurre con los distintos indicadores de hambre y desnutrición. En primer lugar, la incidencia de la subnutrición (proporción de población que no tiene acceso diario a los requerimientos energéticos mínimos, aproximadamente 1.800 kilocalorías) presenta situaciones diversas. Perú y Ecuador forman parte de los países que ya habrían alcanzado totalmente la meta, en tanto Colombia ha avanzado la mitad del camino, por lo que de mantenerse la tendencia, es probable que la logre. Pero Bolivia muestra rezagos que hacen menos probable lograr el desafío. Cabe destacar que en los cuatro países andinos analizados el suministro de energía alimentaria (SEA) es bastante estable y supera en más de 40% el requerimiento mínimo, de lo que se deduce que, con mayor claridad incluso que en Centroamérica, la subnutrición *no es un problema de insuficiencia de oferta agregada de alimentos, sino de desigualdad en el acceso a los mismos*. De allí que la reducción de ésta contribuiría decisivamente a la eliminación de dicho flagelo.

Con respecto a la desnutrición global, Perú ha mostrado avances significativos, por lo que es muy probable que se adelante claramente al 2015 en el logro de la meta propuesta. Colombia y Ecuador muestran avances a un ritmo equivalente o algo superior al necesario para alcanzar la meta en relación con el tiempo transcurrido, por lo que en la medida en que se mantengan las políticas y los programas en ejecución, y de no ocurrir importantes deterioros económicos o catástrofes naturales, es probable que logren reducir a la mitad el porcentaje de desnutrición global. Bolivia, por su parte, habiendo alcanzado logros similares a los de Perú en la mayor parte de los años noventa, entre 1998 y 2003 no mostró avances, lo que pone cierto grado de incertidumbre sobre las posibilidades de progreso en los próximos años.

Finalmente, la desnutrición crónica, como indicador más duro que los oficiales de seguimiento de los ODM, registra una tendencia parecida a la de la desnutrición global, pero más lenta. En cuanto a la disminución de la incidencia de 1990 a la mitad, Perú muestra un logro de algo más de 80%, mientras que Bolivia registraba hacia fines de los años noventa la mitad de la tarea cumplida, pero sin cambios entre 1998 y 2003. Colombia y Ecuador, por su parte, muestran progresos bastante menores (30% a 35%). Así, estos tres últimos países deberían hacer mayores esfuerzos en las políticas de seguridad alimentaria y nutricional para lograr reducir a la mitad la incidencia del retardo del crecimiento al 2015.

## **2. Las desigualdades**

Al preguntarse a quiénes afecta el hambre en los países andinos, del estudio se concluye que la distribución de este problema, y sus consecuencias, no es homogénea en la población. Las personas más vulnerables a la inseguridad alimentaria, además de ser mayoritariamente pobres, presentan en gran medida rasgos indígenas, habitan en zonas rurales de la sierra y del altiplano o en la periferia urbana, tienen poco acceso a los servicios de agua potable y saneamiento, presentan un bajo nivel educativo, y

en su mayoría son herederos de las condiciones socioeconómicas desfavorables y la desnutrición sufrida por sus padres y abuelos, lo que se traduce en que estos factores adversos se reproduzcan de una generación a la siguiente.

Así, la probabilidad de que los niños en extrema pobreza sufran desnutrición global es entre 40% y 130% superior a la media nacional, equivalente a entre 2,4 y 6,4 veces la de los no pobres, siendo Perú el que muestra la mayor diferencia, mientras que Ecuador y Colombia presentan las menores diferencias. Por su parte, el déficit de talla entre los niños indigentes es 50% a 90% mayor a la media nacional, con Perú y Ecuador ubicados en el extremo superior de este rango de desigualdad, y Bolivia y Colombia en el inferior, con una diferencia entre los pobres extremos y los no pobres que fluctúa entre 3 y 4 veces.

Por su parte, la probabilidad de ser desnutrido es significativamente mayor entre niños de zonas rurales que entre los urbanos. En cuanto a desnutrición global, las diferencias alcanzan 8,6 puntos porcentuales en Perú, 6 en Bolivia y Ecuador y 3,2 en Colombia, siempre en detrimento de la población infantil rural. En cuanto a la desnutrición crónica, la probabilidad es de entre 1,8 y 2,9 veces mayor para los niños de zonas rurales, con 26,5 puntos de diferencia en Perú, 18,5 en Bolivia, 10 en Ecuador y 8,4 en Colombia. Considerando la distribución de la población en cada país, Colombia es el que presenta la mayor proporción de casos en zonas urbanas (casi 60%), mientras que en los otros tres países los desnutridos crónicos son mayoritariamente rurales (entre 54% y 76%), lo que refleja también el mayor peso relativo de la población rural en estos países.

Los sectores rurales de las zonas altas de la cordillera de Los Andes son los más vulnerables a la desnutrición de los menores de 5 años. En Ecuador, destacan las provincias de Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar (con promedios hasta 50% más altos que las demás). En Perú, las mayores incidencias se presentan en Huancavelica (18% en desnutrición ponderal y 53% en desnutrición crónica), seguida de Cuzco, Pasco, Apurímac y Cajamarca, en la sierra, y Amazonas y Loreto en la selva. En Bolivia, destacan el norte de Potosí y Oruro, en el altiplano, y Chuquisaca, en el valle, por las altas incidencias de la desnutrición global y crónica (hasta 14% y 47%, respectivamente). En Colombia, las diferencias entre las zonas son bastante menores (hasta 4 puntos porcentuales), destacando el 15% de cortedad de talla en la zona del Pacífico (departamentos de Chocó, El Valle, Cauca y Nariño).

Las diferencias étnicas, pese a ser muy importantes, no se han analizado en toda su complejidad en los estudios nacionales. Se requeriría profundizar entre los distintos grupos étnicos, sus rasgos culturales y sus respectivas pautas alimentarias a fin de contar con conclusiones más precisas. La información existente sólo permite observar que entre los niños y niñas pertenecientes a hogares de habla indígena prácticamente uno de cada dos menores padece desnutrición, lo que equivale a entre 1,6 y 2,4 veces las incidencias entre los niños de hogares donde se habla sólo el español. Al analizar distintos grupos indígenas, tanto en Bolivia como en Perú, se deduce que los de habla quechua son significativamente más vulnerables que los aymaras, lo que reafirma la necesidad de diferenciar adecuadamente a los grupos étnicos para mejorar tanto el análisis como el diseño de los programas y sus impactos.

Cabe destacar que la mayor vulnerabilidad de los pobres aumenta significativamente si son indígenas. Cuando éstos dejan la pobreza disminuye significativamente su probabilidad de desnutrirse, pero mantienen una distancia importante con sus pares no indígenas. Así, al mejorar sus ingresos, se reduce la vulnerabilidad pero no desaparecen las desigualdades. Por otra parte, la situación nutricional de los menores indígenas se entremezcla con su mayor presencia en las zonas rurales y en las áreas geográficas con más altas incidencias de desnutrición global y crónica en los niños y de mujeres adultas con talla inferior a 1,45m. De lo anterior se deduce que existe una estrecha y compleja interacción entre pobreza, origen étnico y zona de residencia cuando se trata de explicar la vulnerabilidad de la población frente al hambre y la desnutrición.

La localización de la población afrodescendiente también se relaciona con los indicadores de desnutrición. Esto es particularmente claro en Colombia, donde los departamentos de Chocó y Cauca tienen la mayor proporción de este grupo poblacional junto con las mayores incidencias.

La educación de la madre es otro aspecto fundamental que no puede estar fuera de las políticas de seguridad alimentaria nutricional. La incidencia de la desnutrición global es 30% a 40% inferior entre los niños con madres que cursaron educación primaria frente a las sin educación, y baja 25% a 47% más entre los niños cuyas madres cursaron educación secundaria. Cabe destacar que en Bolivia y Perú el impacto de la educación es positivo entre indígenas y no indígenas, pero es mayor en estos últimos. Esto sugiere que la educación no es condición suficiente para disminuir la brecha de oportunidades que separa a ambos grupos, lo que nuevamente llama a la reflexión sobre la necesidad de reforzar la especificidad cultural en los programas alimentarios y educativos.

El estudio revela también que el acceso a los servicios básicos es otro factor fundamental, pues las incidencias de diarrea y desnutrición son mayores en los hogares que no tienen acceso al agua potable y alcantarillado.

Por último, el análisis de las tasas de desnutrición global y crónica según la edad de los niños permitió constatar que en los cuatro países andinos se registra un proceso de crecimiento continuo de ambos fenómenos hasta las edades comprendidas entre los 18 y los 24 meses. A partir de esas edades, se produce una disminución de las tasas de desnutrición global y una relativa estabilización de las de desnutrición crónica, sin presentarse mayores diferencias por sexo.

### **3. Las políticas**

Las políticas sociales modernas hacen clara referencia a la atención integral, con programas y proyectos que cubren las distintas dimensiones de la pobreza y la vulnerabilidad. En ellas el tema alimentario y nutricional está ocupando un rol central, como objetivo y como medio para alcanzar otros objetivos, a través de programas nacionales de seguridad social y de combate a la pobreza. Lograr que dichas políticas sean eficientes y efectivas requiere una mirada de largo plazo, marcos jurídicos consensuados, financiamiento estable y la consideración de los distintos componentes del proceso alimentario, desde la producción hasta el consumo, de todos los miembros de la sociedad.

Los países andinos muestran avances tanto en materia de políticas y programas para enfrentar el problema del hambre y sus consecuencias, como del perfeccionamiento de la institucionalidad necesaria para ponerlos en práctica. Al respecto, destacan los mayores esfuerzos por centrarse en los grupos identificados en este estudio como los más vulnerables. No obstante, aún queda un largo camino por recorrer, que requiere aunar esfuerzos públicos y privados, tanto nacionales como de la cooperación internacional, a fin de que las buenas intenciones se conviertan realmente en acciones de largo plazo que comprometan a todos los sectores.

## **I. Pobreza y hambre frente a las Metas del Milenio**

---

### **A. Los países andinos en el contexto regional**

La riqueza sociocultural generada por la variedad de zonas de vida y la fusión de culturas existentes en los países andinos está marcada por diferencias regionales, sociales y económicas importantes.<sup>1</sup> Como se describe en el presente capítulo, ello hace imposible referirse a una subregión homogénea, sino más bien a una amplia variedad de contextos con sus especificidades.

#### **1. Aspectos sociales y culturales**

Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú conforman un grupo de países con gran variedad étnica, cultural y social. De una u otra manera están marcados por elementos históricos comunes que vienen de la época prehispánica, cuando por sus territorios transitaban y comercializaban sus productos los chibchas, quitus, incas, quechuas, nazcas, aymaras, guaraníes y muchos otros. Hoy la variedad cultural incluye importantes influencias foráneas de origen europeo, africano y asiático, las que junto con los indígenas locales fueron conformando una riqueza cultural muy importante, en la que se pueden identificar más de 190 grupos étnicos diferentes.

---

<sup>1</sup> Excluido Venezuela.

En términos geográficos, la variedad de zonas de vida incluye extensos llanos tropicales (costeros y amazónicos) marcados por la humedad y las altas temperaturas, valles andinos templados, el altiplano y páramos fríos, y grandes extensiones de desierto costero con valles transversales.

La distribución geográfica de la población tiene relación con sus características étnicas y, a su vez, se asocia a los niveles de pobreza y hambre existentes en cada localidad. De acuerdo con datos de encuestas de hogares y de ingresos y gastos de los distintos países, salvo en los casos de Venezuela y Brasil, la mayor parte de la población indígena de América Latina vive en zonas rurales, destacándose Honduras, Ecuador y Panamá, donde más del 80% de dicha población es rural. A su vez, el 90% tendría actividades de cultivo de subsistencia en minifundios y empleos de temporada, minería y artesanía, y el 10% restante habita en zonas tropicales o bosques de secano. En ambos casos, su vulnerabilidad es alta debido a las presiones derivadas de la expansión de la frontera agrícola y de la gran minería. Por su parte, los afrodescendientes viven mayoritariamente en zonas costeras y en zonas urbanas.

En Colombia, la población afrodescendiente, que constituye aproximadamente el 25% de la población, habita mayormente en las áreas costeras del Pacífico y el Atlántico, caracterizadas por un clima tropical húmedo (Busso, Cicowiez y Gasparini, 2004).<sup>2</sup> En cambio los indígenas, que representan menos del 2%, se localizan en los valles de Los Andes (de clima más frío, de serranía, sobre los 2.000m de altura) y en la amazonía (tropical).

En Ecuador, los afroecuatorianos viven mayoritariamente en la provincia de Esmeraldas, en la costa norte, de clima tropical. En cambio la mayor parte de la población indígena habita en la sierra (de clima templado de altura), mientras que otros grupos indígenas (menores en cantidad) lo hacen en la selva amazónica.

El caso del Perú es similar en cuanto a la localización y las características de los grupos indígenas que habitan en la sierra y la amazonía. La población afrodescendiente, proporcionalmente menor, se concentra mayormente en la zona litoral norte.

En Bolivia, la población indígena de origen quechua y aymara está localizada principalmente en el altiplano, las zonas altas con clima frío y seco, y en los valles. En cambio, la de origen guaraní se ubica en las zonas oriente y sur del país, de clima tropical.

## 2. Aspectos socioeconómicos

El examen comparativo de algunos indicadores económicos de los cuatro países muestra características diferenciales entre sí. Por lo tanto, no es posible hablar de una subregión particularmente homogénea, tanto por la situación actual de cada uno de ellos en el presente siglo como por las respectivas tendencias y procesos que han venido siguiendo durante los últimos quince años. Estos elementos son centrales para poder analizar con claridad las diferencias observadas entre los indicadores de pobreza, hambre y desnutrición de cada país.

En lo que se refiere a los ingresos por habitante existen diferencias significativas. Por un lado, Perú y Colombia, con un promedio de ingresos cercano a los 2.300 dólares, se ubican levemente bajo el promedio regional, seguidos de Ecuador con una media un 28% inferior (1.776 dólares) y muy distantes de Bolivia que – con valores 40% inferiores – registra el promedio más bajo de Sudamérica, aunque supera a Honduras y Nicaragua.

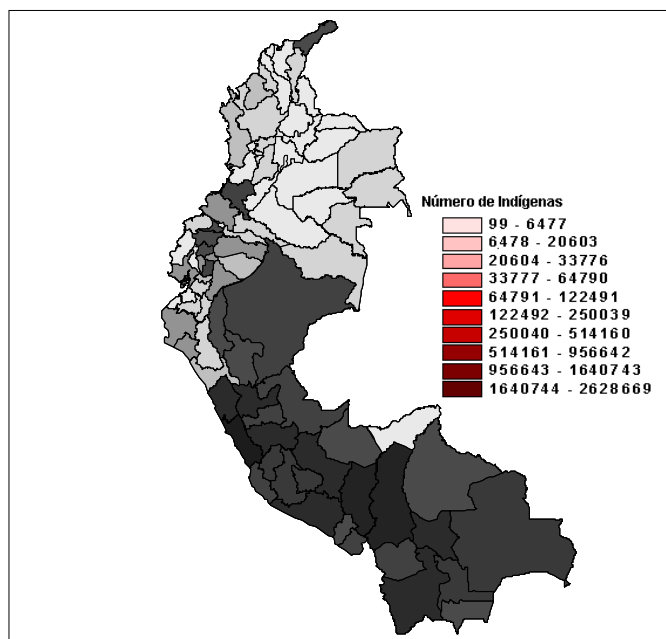
Los ingresos medios como múltiplos de las líneas de pobreza de cada país disminuyen las diferencias, con un rango entre 6,1 y 7,2 veces entre los cuatro países andinos.<sup>3</sup> Esto estaría reflejando importantes diferencias de costo en las canastas básicas de alimentos utilizadas para medir la pobreza en cada país y disminuiría la distancia entre los países respecto del acceso a los alimentos.

---

<sup>2</sup> Negros y mulatos.

<sup>3</sup> La línea de la pobreza es el valor de una canasta mínima para satisfacer las necesidades básicas de una persona o una zona geográfica en un tiempo determinado. Este indicador se utiliza como unidad de medida para expresar los ingresos y compararlos en términos de capacidad adquisitiva entre países y/o períodos.

**Gráfico I.1**  
**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA**  
**DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**  
*(En número de personas, 2000)*



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Encuestas de Hogares de Perú (1999), Ecuador (2002) y Bolivia (1999); y Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Censo de 1993.

Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Con relación a la distribución del ingreso, en distintas ocasiones se han destacado los altos niveles de desigualdad existentes en América Latina, cuyo valor promedio de 0,51 en el coeficiente de Gini sólo se compara con los países con mayores desigualdades del África Subsahariana y está muy lejos de los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y Asia (con valores bajo 0,33). Los cuatro países andinos contemplados en el estudio no escapan a dicho escenario, aun cuando no presentan una situación homogénea (Banco Mundial, 2004).

Como se muestra en los gráficos siguientes, el coeficiente de Gini también presenta diferencias entre los cuatro países andinos. Colombia aparece con los niveles más altos, y sin mayores cambios, entre principios de los años noventa y comienzos del presente siglo, aun cuando está lejos de Brasil, que presenta los mayores valores de la región. Un segundo lugar lo ocupa Bolivia, que mejoró parcialmente en los años noventa, pero que entre 1999 y 2000-2001 alcanzó valores por sobre 0,55. Por su parte, Ecuador sufrió un deterioro importante en la década anterior, pero se mantuvo estable durante los dos primeros años del presente siglo, pese a que cabe analizar detenidamente el impacto generado por las reformas económicas y la dolarización. Finalmente, Perú, para el cual no se dispone de datos en torno a 1990, muestra que entre 1999 y 2000-2001 tuvo una leve mejora y presenta valores similares a Ecuador en cuanto al indicador de referencia.

Gráfico I.2

**DISTRIBUCIÓN DEL COEFICIENTE DE GINI DE INGRESOS POR GRUPOS DE PAÍSES<sup>4</sup>**

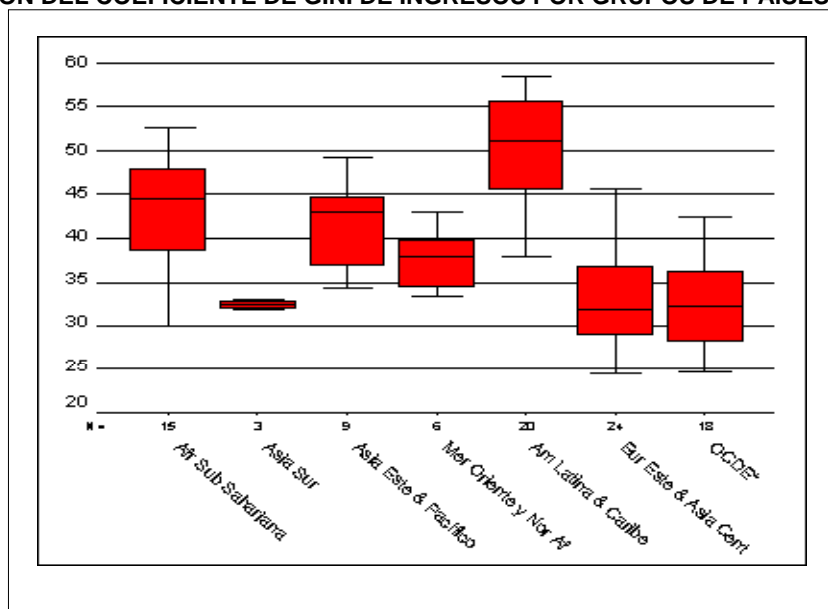
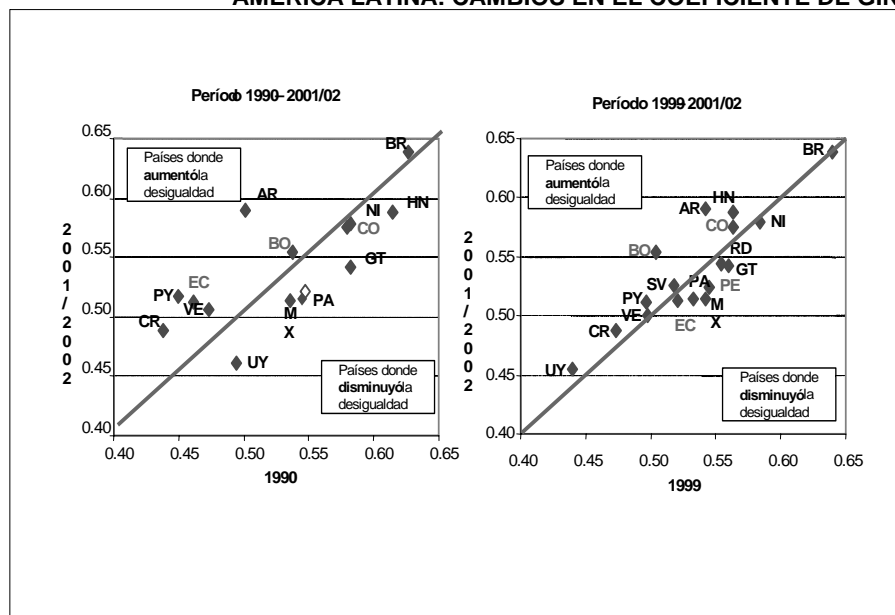


Gráfico I.3

**AMÉRICA LATINA: CAMBIOS EN EL COEFICIENTE DE GINI**



**Fuente:** CEPAL, sobre la base de fabulaciones especiales de las encuestas de hogares.

a/ Calculada a partir de la distribución de las personas ordenadas según su ingreso per per. Datos sobre áreas urbanas para Boivia, Colombia, Ecuador, Panamá, Paraguay y Uruguay. Datos de Argentina corresponden a Gran Buenos Aires, de Bolivia (1990) a ocho ciudades principales más El Alto y de Paraguay (1990) al área metropolitana de Asunción.

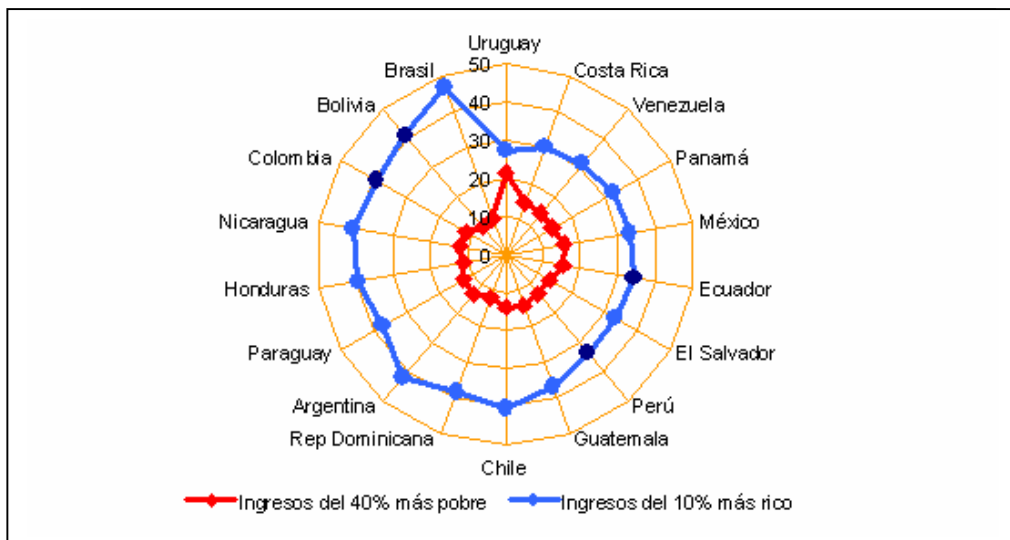
Al comparar la proporción del ingreso total que reciben los distintos grupos poblacionales, nuevamente se observa que la situación de los países analizados resulta dispar. Brasil es el país de la región donde el decil más rico de la población percibe una mayor proporción de los ingresos totales del

<sup>4</sup> La línea al interior de cada barra indica el promedio de los coeficientes de Gini en cada grupo de países; los límites de las barras reflejan los percentiles 25 y 75. Las líneas marcan los límites máximo y mínimo de dicho indicador.

país, de manera similar a Bolivia que supera en más de 30 veces el ingreso per cápita del 40% más pobre. El tercer lugar lo ocupa Colombia con una relación de 25 veces. Perú y Ecuador presentan una situación bastante mejor, con valores inferiores a la media (17,4 y 15,7, respectivamente), semejantes a El Salvador, México y Panamá. Estas diferencias se incrementan si se compara el 20% más rico con el 20% más pobre, destacándose el caso de Bolivia, en que los primeros tienen ingresos medios equivalentes a 44 veces los de los segundos, lo que indica también una gran dispersión dentro de los pobres.

Gráfico I.4

**AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE EL INGRESO POR HABITANTE DEL 10% MÁS RICO Y EL 40% MÁS POBRE DE LA POBLACIÓN**  
(Alrededor de 2002)



Cuadro I.1

**PAÍSES ANDINOS: INDICADORES ECONÓMICOS Y DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO**  
(Alrededor de 2002)

PAÍS	AÑO	PIB por habitante (en dólares de 1995)	Ingreso por habitante (en dólares de 1995) a/	Ingreso promedio en múltiplos de línea de pobreza	Coeficiente de Gini b/	Participación en el ingreso total del:		Relación del ingreso per cápita Q5/Q1 c/	Relación del ingreso per cápita D10/D(1-4) c/
						40% más pobre	10% más rico		
Bolivia	2002	938	930	6,1	0.60	9,5	41,0	44,2	30,3
Colombia	d/ 2002	2 277	2 216	7,2	0.55	11,9	39,1	29,6	25,0
Ecuador	d/ 2002	1 776	1 740	6,7	0.50	15,4	34,3	16,8	15,7
Perú	2001	2 290	2 179	6,2	0.52	13,4	33,5	19,3	17,4

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

a/ Se refiere al ingreso bruto nacional real por habitante.

b/ Calculado a nivel de personas ordenadas según el ingreso per cápita de su hogar.

c/ D1 representa el 10% de hogares de menores ingresos, D(1-4) representa el 40% de los e de menores ingresos, D10 es el 10% de los de mayores ingresos.

d/ Las primeras dos columnas refieren a datos nacionales, las demás son sólo urbano.

### 3. El gasto social

El gasto público social en América Latina, considerado como porcentaje del PIB, tuvo un fuerte crecimiento entre 1990 y 2001. Esto es válido tanto en el conjunto de países como en los andinos en particular, lo que refleja un mayor esfuerzo de los gobiernos por atender los problemas sociales. Bolivia es el país andino que destina mayor parte de sus ingresos a estos fines (17,9%), aun cuando hay otros cinco países en la región que destinan una mayor proporción. El segundo del grupo es Colombia (13,6%) que se ubica en torno al promedio regional. En cambio, Ecuador y Perú se ubican entre los que destinan una menor proporción del PIB a estos fines (8,8% y 8,0%, respectivamente) (CEPAL, 2004).

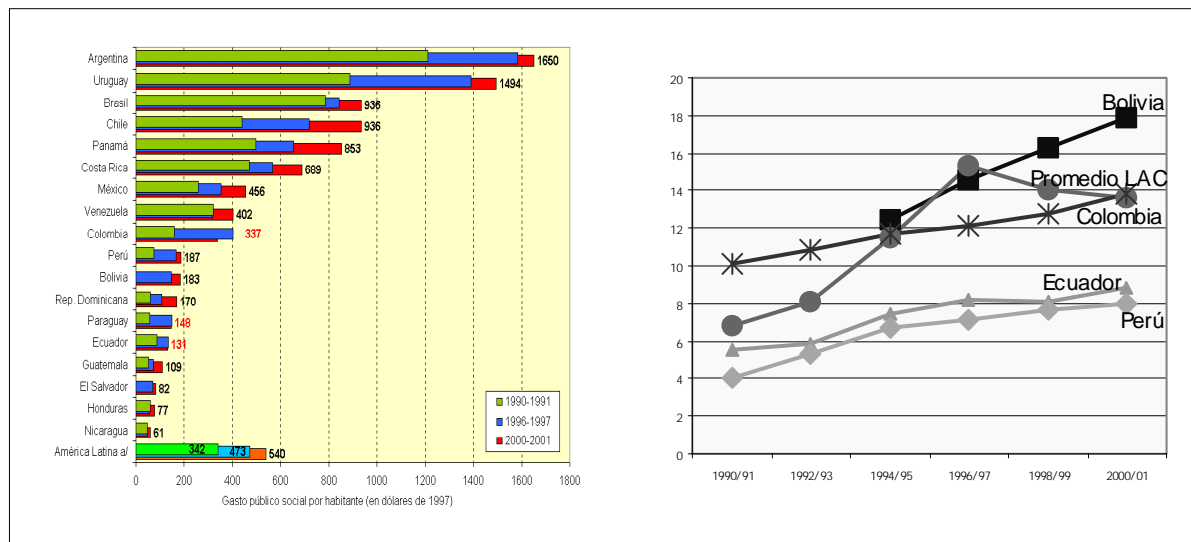
Como valor por habitante, en dólares, el gasto social de los cuatro países los ubica en el grupo bajo de la tabla, con valores bastante inferiores al promedio de América Latina, aun cuando con unos significativamente superiores a los que asignan los países centroamericanos. Colombia es el único país que supera los 300 dólares per cápita, mientras que los otros tres no superan los 200 dólares.

Gráfico I.5

#### AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): NIVEL DEL GASTO SOCIAL POR HABITANTE ENTRE 1990-1991 Y 2000-2001

En dólares 1997

Porcentaje del PIB



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos sobre gasto social. a/ Corresponde al promedio simple de 16 países, excluidos Bolivia y El Salvador.

Los valores anteriores se dieron en un contexto en que los países de América Latina experimentaron un período de alta volatilidad de la dinámica económica, marcado por una desaceleración importante del crecimiento a partir de 1998, sobre todo a raíz de la crisis asiática. Esto ha exacerbado la vulnerabilidad de la población y la tendencia de la migración hacia el exterior, tanto a Europa como los Estados Unidos y otros países latinoamericanos. A principios de la década actual, se agrega la dolarización de Ecuador, lo que también implica un cambio sustancial.

En cuanto al gasto social destinado a ayuda alimentaria en la región, y según datos del Programa Mundial de Alimentos (PMA), para el 2001 los programas que implican una transferencia en especie y/o monetaria habrían incrementado su monto monetario a 3.701,1 millones de dólares, equivalentes al 1,1% del gasto social (PMA, 2004). La mayoría de los países destina menos del 1% del gasto social al financiamiento de programas de alimentación.

## 4. Aspectos institucionales y políticos

El crecimiento económico y el proceso del desarrollo no se dan en un vacío político institucional. Existe una fuerte interrelación en este contexto que a su vez tiene repercusiones directas sobre la pobreza y el hambre de la población.

Las oportunidades económicas dependen de reglas, instituciones y necesidades sociales que son mediadas por un proceso político. Un ambiente de gobierno caracterizado por la estabilidad, el imperio de la ley y la cooperación social fomentará la creación de abundancia y proporcionará mejores oportunidades económicas para el territorio. Así, el subdesarrollo no es solamente un problema de carencia de recursos económicos, sino también se asocia en gran medida a una política volátil, instituciones disfuncionales y estructuras sociales altamente segmentadas.<sup>5</sup>

En el caso de los países andinos, el proceso político es a menudo desordenado y las instituciones están lejos de ser el sistema ideal que reduce al mínimo los costos de las transacciones sociales. Por otra parte, las relaciones sociales se caracterizan por el conflicto, la exclusión y la violencia.

Los sistemas políticos formales no siempre garantizan sistemas presidenciales fuertes ni democracias estables. Este es el caso de los países andinos donde existe una alta incidencia de crisis presidenciales y de democracias de consolidación media. Respuestas recurrentes a esta inestabilidad han sido la consolidación de sistemas presidenciales y la tendencia a realizar cambios constitucionales, factores que por sí mismos no logran evitar las crisis políticas. Durante el siglo veinte, la frecuencia de reformas constitucionales ha sido alta y si se interpreta una reforma constitucional como una tentativa de rediseñar los contratos sociales existentes, es posible afirmar que estos no son muy estables en los países andinos. Cambiar la Constitución no es una solución definitiva para los problemas políticos, económicos y sociales de un país. Además suele suceder que estos cambios vienen acompañados de nuevas complicaciones no previstas por quienes las llevaron a cabo.

Al respecto, cabe mencionar algunos ejemplos de lo sucedido en el último tiempo:

- La crisis presidencial boliviana de 2003 que condujo a la salida del presidente Sánchez de Lozada sucedió en un momento en que las rentas de los cultivadores de la coca y de los campesinos pobres declinaron agudamente como resultado de las políticas anti-coca del gobierno. Aun cuando había causas económicas y sociales detrás del conflicto, no se trató de un caso en que una crisis política sigue a una macroeconómica.
- En Colombia, después de la reforma de 1991, la extensión de los derechos económicos y de la descentralización a niveles subnacionales no contempló los necesarios aumentos en la renta destinados a financiarla, lo que generó problemas administrativos, sociales y económicos en el mediano plazo.
- Ecuador sufrió de crisis económicas y financieras macro severas en el período 1998-1999, caracterizadas por la depreciación acelerada de la moneda, la inflación, el colapso del sistema bancario y la disminución del producto interno bruto en más del 9%. Con esta crisis de fondo, el presidente Mahuad enfrentó una sublevación indígena-militar en enero de 2000, lo que podría entenderse como una crisis presidencial precedida por una económica. También existieron otros factores políticos detrás del derrumbamiento de su administración como, por ejemplo, su manejo de los conflictos entre la sierra y la costa y su relación con el parlamento.
- Otras crisis presidenciales se relacionan con escándalos de corrupción tales como la salida del Presidente peruano Fujimori en el año 2000, accionada por el escándalo del soborno que implicó a su Jefe de Seguridad, Vladimiro Montesinos.

<sup>5</sup> Para mayor información, véase Solimano (s/f).

En suma, varias experiencias recientes en la región andina sugieren que un tipo de crisis –política o económica– no es precedido o antecedido necesariamente por la otra.

La estabilidad y la calidad de la democracia en los países andinos han seguido, histórica y recientemente, ciclos de alternancia con el autoritarismo. Durante los años sesenta y setenta, hubo cambios de régimen en que los militares alternaron el poder con el sistema democrático en Bolivia, Perú y Ecuador. Esto subraya la fragilidad de la democracia en estos países. En Colombia, en cambio, la democracia lleva cuatro décadas de hegemonía, pese a que existe en este país un conflicto armado interno crónico. En general, es posible asociar la calidad de la democracia a la eficacia de las instituciones políticas en mediar y representar los intereses y las preferencias de diversos individuos, partidos políticos y grupos sociales a fin de lograr los resultados deseados.

Por otro lado, en el contexto de los países andinos, la exclusión y la carencia de la representación de ciertos grupos sociales y étnicos demuestran que la democracia es incompleta. Ejemplo de ello son las actuales demandas de los grupos indígenas en Bolivia, Ecuador y Perú que persiguen tener mayor voz y representación y una eventual autonomía.

Otro factor que influye en la calidad y la estabilidad de la democracia dice relación con el manejo de la violencia. Colombia es el país con la mayor incidencia de violencia política en América Latina. El país ha sufrido por más de cuatro décadas un conflicto armado que comenzó con demandas socioeconómicas y políticas por parte de las organizaciones armadas de campesinos, pero que posteriormente se vincularon con el tráfico de drogas, cambiando la naturaleza original del conflicto. Durante los años ochenta y principios de los noventa, Perú también sufrió altos niveles de violencia interna propiciada por el grupo extremista Sendero Luminoso. La violencia política persistente refleja la incapacidad del sistema democrático para imponer la ley y mantener el monopolio del uso de la fuerza legítima como facultad exclusiva del Estado de Derecho.

Las instituciones políticas, los recursos naturales, la vulnerabilidad externa y la actividad ilegal actúan conjuntamente en el sistema económico de los países andinos. En general, sus economías dependen de los recursos naturales como fuente principal de moneda extranjera y de utilidades fiscales. Éste es el caso del petróleo para Ecuador, el gas para Bolivia y el cobre para el Perú. Esta dependencia implica una alta vulnerabilidad económica ante la volatilidad internacional derivada de los ciclos de los precios de las materias primas. Esta dependencia no sólo crea problemas macroeconómicos, sino también políticos debido a que pone a la economía en el dilema de decidir cómo y dónde distribuir las ganancias y pérdidas de la explotación. Por otra parte, el manejo de estas ganancias resulta un desafío para la administración nacional en cuanto a la transparencia, el sistema de tributación y el imperativo de evitar la corrupción.

Otro aspecto relativo a los recursos naturales dice relación con el tráfico ilegal de drogas, especialmente el basado en el cultivo de la hoja de coca y amapolas. Al respecto, el caso de Colombia ha sido particularmente serio, ya que desde los años sesenta las rentas por concepto de la droga proporcionan recursos a los grupos rebeldes que perpetúan el conflicto interno. También Bolivia y Perú se han visto afectados por el tráfico de droga, al menos desde los años ochenta. Esta actividad ilegal multiplica los niveles de corrupción en las instituciones, debilitando el sistema democrático y desviando la producción económica lejos del desarrollo.

En cuanto a los factores geopolíticos, cabe señalar que los países andinos están bajo la influencia directa de los Estados Unidos, de su política extranjera y de sus políticas financieras internacionales. También la influencia de algunos gobiernos latinoamericanos y europeo-latinos es relevante. La región andina se ve afectada por las decisiones de instituciones financieras internacionales tales como el FMI, el Banco Mundial, el BID y la CAF. Algunos planes de estabilización apoyados por estas instituciones no han tenido los efectos esperados en cuanto al desarrollo económico y político de los países andinos. Por ejemplo, la retención de un gran préstamo por parte del FMI a Ecuador en 1999 tuvo un efecto decisivo sobre el debilitamiento del gobierno del Presidente Mahuad en el año 2000. También el Plan Colombia apoyado por los Estados Unidos y algunos países europeos ha sido instrumental en su intento

por afectar el curso del conflicto armado que sufre el país. La política de los Estados Unidos frente a las drogas en Bolivia y Perú afectó los patrones de localización geográfica de la producción, lo que hizo más compleja aún la situación al interior y exterior de la región andina. Del mismo modo, las políticas de erradicación de la coca en Bolivia, alentadas desde el extranjero, alteraron los frágiles equilibrios sociales y políticos de esta nación.

## B. La extrema pobreza y el hambre en la región

Distintos autores han destacado la alta relación que existe entre pobreza, hambre y malnutrición, con estudios que indican una elasticidad ingreso-ingesta calórica equivalente a 0,2 –0,3 (Strauss y Thomas, 1995-1998; Hoddinott, Skoufias y Sashburn, 2000), una elasticidad ingreso per cápita-bajo peso en escolares de –0,5 (Haddad y otros, 2003), y una asociación negativa entre el ingreso per cápita y el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer (Behrman y Rosenzweig, 2004).<sup>6</sup>

No obstante, y coincidentemente con lo indicado en el informe sobre pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y Panamá, la inseguridad alimentaria y el hambre son fenómenos que se relacionan estrechamente con la pobreza extrema, pero con características específicas (CEPAL, 2003). Tal situación, como se verá más adelante, es igualmente pertinente en el caso de los países andinos.

El hambre se vincula con la cantidad de ingesta alimentaria inferior a la necesaria para satisfacer los requerimientos de energía de las personas. Para que esto no ocurra, se requiere:

1. Contar con un volumen de alimentos de calidad suficiente, que al menos permita cubrir los requerimientos mínimos (alrededor de 1.800 kcal/día). Cuando esta condición no se cumple, existe subnutrición.
2. Tener facilidades de acceso para que la población pueda consumir los alimentos de manera balanceada y permanente, en términos de canales de distribución y capacidad de compra por parte de la población. Cuando no se cuenta con los recursos económicos suficientes para solventar los costos de una canasta básica de alimentos, definida de acuerdo con las pautas culturales, se tiene extrema pobreza.
3. Que el consumo realmente se produzca y cumpla con los estándares mínimos de higiene y balance de nutrientes, a fin de lograr los efectos positivos esperados y evitar que se generen problemas de desnutrición y otras enfermedades.

Como se desprende de los gráficos siguientes, la subnutrición y la extrema pobreza aumentan la probabilidad de desnutrición, pero no la determinan.

- Los países con altos índices de pobreza extrema también presentan una mayor proporción de población con inseguridad alimentaria, pero ello explicaría algo menos del 40% de los casos, con una relación que crece a tasa decreciente en niveles altos de indigencia. Así, países como Uruguay, Chile y Costa Rica, con niveles de indigencia y subnutrición bajo 6%, contrastan con México y Argentina que presentan niveles de subnutrición similares, pero con una pobreza extrema cercana a 20%, y más aún con Ecuador que supera el 40% en este indicador (uno de los más altos de la región). Por otro lado, junto con Argentina y México, Perú, El Salvador, la República Bolivariana de Venezuela, Panamá y República Dominicana, presentan niveles similares de indigencia, en tanto la subnutrición varía entre 2% y 26%.
- Menor aún es la fuerza de la relación entre la subnutrición y la desnutrición en menores de 5 años: sólo logra explicar el 24% de los casos de desnutrición global y crónica, aunque con ambos se da una relación positiva creciente a tasa decreciente. En el gráfico I.6 se observa que los países que se ubican en mayor medida en valores relativamente bajos de desnutrición

<sup>6</sup> Para mayor información, véase Behrman, Alderman y Hoddinott (2004).

global son los países centroamericanos (Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua), junto con Haití, Ecuador y Bolivia.

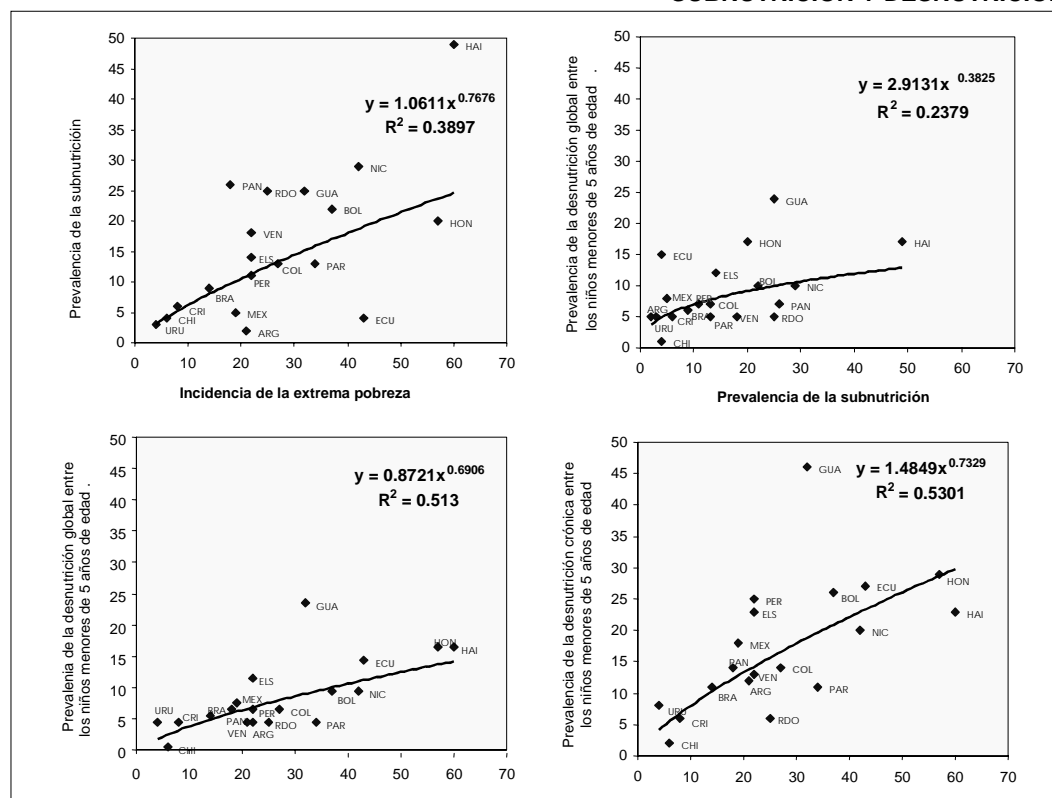
- Por su parte, la extrema pobreza parece tener una relación bastante más marcada con la desnutrición infantil, la que explicaría la mitad de las varianzas de la insuficiencia ponderal y de la cortedad de talla. La fuerza de la relación (pendiente de la curva) entre la indigencia y la desnutrición crónica es mayor que respecto de la desnutrición global, pero también es mayor la dispersión entre los países. Esto se observa al comparar Guatemala y Paraguay: mientras las incidencias de extrema pobreza son similares (32% y 34%, respectivamente), se observan diferencias importantes en talla/edad (46% y 11%).

Estos antecedentes permiten concluir que “una alimentación deficitaria afecta no sólo a quienes viven en condiciones de extrema pobreza sino también a estratos más amplios y a grupos que residen en zonas o regiones con una inseguridad alimentaria permanente” (CEPAL, 2003). A su vez, para hacer un análisis adecuado de la situación nutricional de un país o una región se requiere considerar al mismo tiempo las diferencias y relaciones específicas que se dan respecto de la situación socioeconómica de la población.

En este contexto, cabe preguntarse sobre la forma en que ambos problemas se presentan en los países andinos, su comparación con los demás países de América Latina y el Caribe y el grado de avance y proyecciones existentes respecto del grado de cumplimiento de las metas del Milenio.

Gráfico I.6

### AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE EXTREMA POBREZA, SUBNUTRICIÓN Y DESNUTRICIÓN



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares y Encuestas de Demografía y Salud (EDS) en los respectivos países y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *Hojas de balance de alimentos*.

## 1. La extrema pobreza

El *Panorama social de América Latina, 2002-2003* indica que al año 2002 en la región existían algo más de 221 millones de personas viviendo bajo la línea de la pobreza (44,4% sin recursos suficientes para alimentos, vivienda, vestuario, transporte, etc.), de los cuales poco más de 97 millones se encontraban en extrema pobreza (19,4% sin recursos para cubrir la canasta básica de alimentos), proyectando que dicha situación habría registrado un crecimiento de 3% a 5% para el 2003.

En los últimos 25 años, los países latinoamericanos no han podido disminuir la cantidad de personas y hogares que viven en la pobreza o indigencia, situación estrechamente relacionada con la dinámica económica y su volatilidad. Entre 1980 y 1990 (la “década perdida”) ambos indicadores (pobreza y pobreza extrema) tuvieron un deterioro relativo del 20%, situación que a 1997 se había recuperado parcialmente, pero que vuelve a agudizarse con las crisis financieras que afectaron al mundo y particularmente a la región. Por ende, las estimaciones al 2002 siguen siendo entre uno y cuatro puntos porcentuales superiores a 1980.

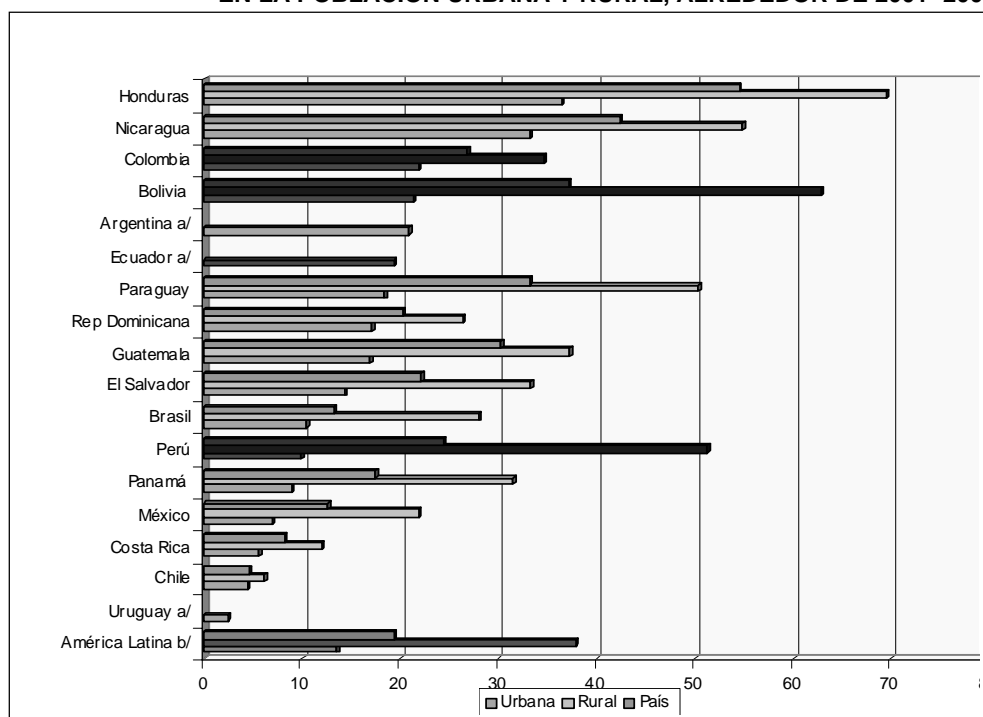
Un elemento central es que, dadas las características de desigualdad en la distribución de los ingresos que existe en la región, cuando los procesos económicos frenan su crecimiento o éste es negativo, la población más afectada es la más pobre y la que está levemente por sobre la línea de la pobreza. En cambio en los procesos de recuperación ellos son los últimos en obtener los beneficios. Un ejemplo de ello es Chile, que aún cuando no ha frenado su disminución de la pobreza e indigencia, en los últimos años ésta disminuyó su

velocidad mucho más que lo ocurrido con el crecimiento del PIB, y los aumentos de éste, registrados en los últimos dos años, no se han traducido en mejoras equivalentes en la población más vulnerable.

Dentro de los países, claramente la población rural es la que presenta mayor vulnerabilidad, con algo menos de un cuarto de la población de la región (24%), aporta el 23% de los pobres no extremos, pero acumula el 47% de la población en extrema pobreza. Así, aun cuando tiene un tamaño poblacional menor, la probabilidad de ser pobre extremo en el campo es casi tres veces la de la ciudad (37,9% contra 13,5%). Si a ello se suman las dificultades relacionadas con la dispersión geográfica y el acceso, por ejemplo, es posible deducir que se trata de un complejo desafío para las políticas públicas.

Gráfico I.7

**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): INCIDENCIAS DE EXTREMA POBREZA EN LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL, ALREDEDOR DE 2001- 2003**



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Sólo registra información a nivel urbano.

b/ Estimación para 19 países de la región (incluidos Haití y Venezuela).

Como se observa en el gráfico I.7, los países andinos presentan una incidencia de pobreza extrema superior a la media regional con rangos equivalentes a los existentes en Centroamérica y Paraguay. Por otro lado, las diferencias de distribución entre las zonas urbana y rural también son significativamente mayores al promedio, particularmente en Perú, donde la probabilidad de ser indigente en el mundo rural es más de cinco veces la del urbano, seguido de Bolivia y Ecuador donde la relación se ubica en torno a 3 veces.<sup>7</sup> Como se verá más adelante, esta diferencia también se refleja en los indicadores de desnutrición de la población infantil y adulta.

<sup>7</sup> Según datos sobre pobreza extrema del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), 1999.

## 2. Inseguridad alimentaria y subnutrición

América Latina es una región rica en alimentos, con grandes extensiones de tierra fértil y un producto agrícola y ganadero que representa algo más de 9% del PIB total, lo que la ubica en niveles medio-altos de oferta alimentaria (CEPAL, 2003, p. 101). Sólo durante el año 2002, los países latinoamericanos y caribeños (24) produjeron un volumen de alimentos que permitiría alimentar a más de 1.800 millones de personas –más de tres veces la población regional, de alrededor de 530 millones de habitantes–;<sup>8</sup> tan sólo las exportaciones fueron equivalentes al alimento básico de poco menos de 460 millones de personas. Así, los habitantes de la región disponen de 2.848 kcal/persona/día, límite muy superior a los requerimientos mínimos en materia energética (unas 1.815 kcal/percápita/día) e incluso a los medios (unas 2.104 kcal/persona/día).

No obstante lo anterior, existen importantes diferencias entre economías con mayor o menor capacidad para satisfacer la demanda potencial de productos alimentarios, reflejo de distintos niveles de desarrollo agropecuario, productividad e ingresos.<sup>9</sup> Por ejemplo, si bien al año 2000 la productividad agrícola en la región alcanzaba los 3.307 dólares, en tres países (Bolivia, Haití y Honduras) ésta era menos de la mitad de dicho valor. A estos países se agregan Ecuador, El Salvador, Guatemala y Perú si se considera una productividad inferior a 60% de la media regional. Aunque en promedio el PIB agrícola representaba a comienzos del milenio 9,2% del PIB total, en países como Argentina, Chile, México, Suriname y Trinidad y Tabago no alcanzaba el 6%, en tanto que en Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay superaba el 15%. Con respecto a los niveles de suficiencia alimentaria del trienio 2000-2002, el gráfico I.8 muestra la gran heterogeneidad existente entre los países: en la región coexisten países con muy alta disponibilidad de alimentos (sobre 3.000 kcal/persona/día), como Argentina, Brasil y México, y 8 países cuya disponibilidad alimentaria es considerada media-baja (menos de 2.500 kcal/persona/día), de los cuales dos (Guatemala y Haití) se encuentran en una situación alarmante (menos de 2.200 kcal/persona/día).

En el caso de los países andinos, pese a que en los cuatro existe un nivel superior al requerido, la situación es heterogénea, tanto respecto de la productividad en la agricultura como de la oferta alimentaria interna. Bolivia tiene un nivel de suministro de energía alimentaria (SEA) de poco más de 2.200 kcal/persona/día y una productividad de 756 dólares, mientras que Colombia y Perú se encuentran en una situación intermedia (sobre 2.500 kcal/persona/día), aunque con importantes diferencias en su productividad agrícola (3.642 y 1.914 dólares, respectivamente por cada persona ocupada en el sector), y Ecuador en una situación bastante mejor (más de 2.700 kcal/persona/día, pero con una productividad de 1.660 dólares).

Sin embargo, la trayectoria que ha llevado a estos cuatro países a sus niveles actuales es relativamente diferente. En particular, destaca Perú, que a comienzos de los años noventa se encontraba en una situación muy grave: en 1991 el SEA fue menor que 1.930 kcal/persona/día y en el período 1990-1992 la población subnutrida alcanzó aproximadamente el 40%. No obstante, durante la primera parte de la década aumentó rápidamente su disponibilidad, pasando a un nivel aceptable dentro de la región, con un aumento promedio del PIB agrícola de 4,7% anual, uno de los valores más altos de la región. Ecuador también tuvo un proceso de rápido aumento de la disponibilidad interna de alimentos (unas 200 kilocalorías en promedio) a mediados de la década pasada, con un crecimiento de su PIB agrícola de 4,1% anual. En contraste, es notoria la variabilidad y lentitud con que ha crecido la oferta interna de alimentos en Bolivia, con todavía bajos niveles de SEA y un crecimiento del PIB del sector que sólo alcanzó 2,8% anual, principalmente debido a su desaceleración en el segundo quinquenio de la década (4% anual entre 1990 y 1996 y luego 1,6% hasta 2002). Finalmente, Colombia ha sido el país con mayor estabilidad en el suministro de energía alimentaria, aún cuando registró un comportamiento cíclico, en particular entre 1994 y 1998, lo que. Esto coincide con la evolución económica del sector agrícola colombiano (su crecimiento fue de 1,4% entre 1990 y 2002, mientras que entre 1996 y 2002 lo hizo tan sólo a una tasa anual de 0.9%).

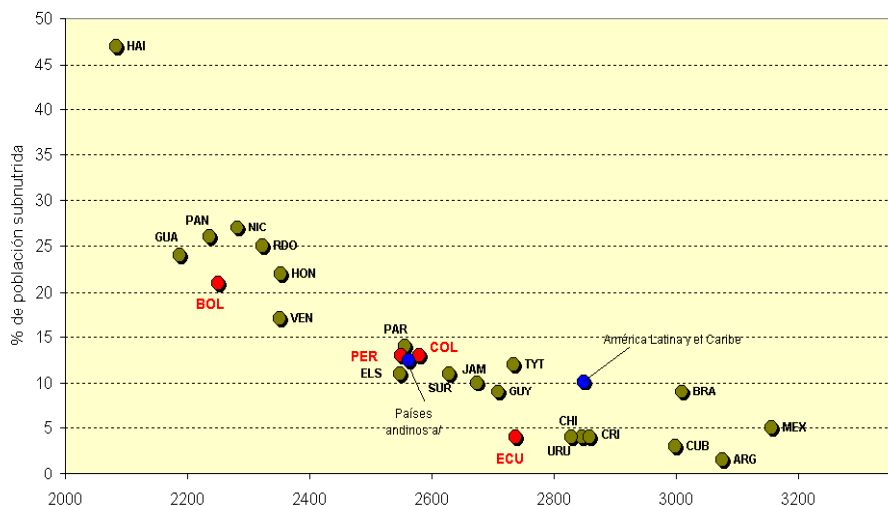
<sup>8</sup> Considerando la satisfacción del requerimiento energético mínimo, en torno a 1.815 kcal/persona/día.

<sup>9</sup> Véase el anexo.

Gráfico I.8

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (24 PAÍSES): NIVELES DE SUMINISTRO DE ENERGÍA ALIMENTARIA (SEA) Y POBLACIÓN SUBNUTRIDA, 2000-2002**

(En kilocalorías por persona al día y en porcentajes)



**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2004*, Roma, 2004; y *Hojas de balance de alimentos*.

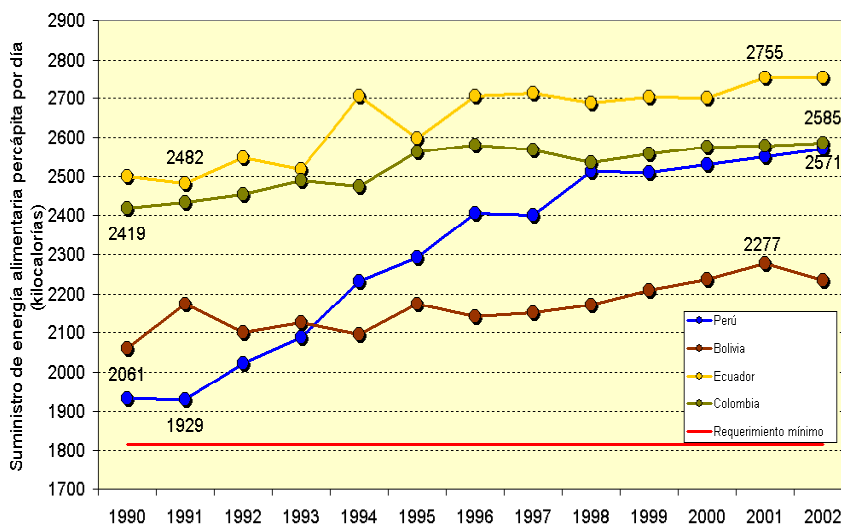
a/ Incluye Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Nota: Los agregados regional y subregional son promedios ponderados.

Gráfico I.9

**PAÍSES ANDINOS (4 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL SUMINISTRO DE ENERGÍA ALIMENTARIA ENTRE 1990 Y 2002**

(Promedio de kilocalorías por persona al día)



**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *Hojas de balance de alimentos*.

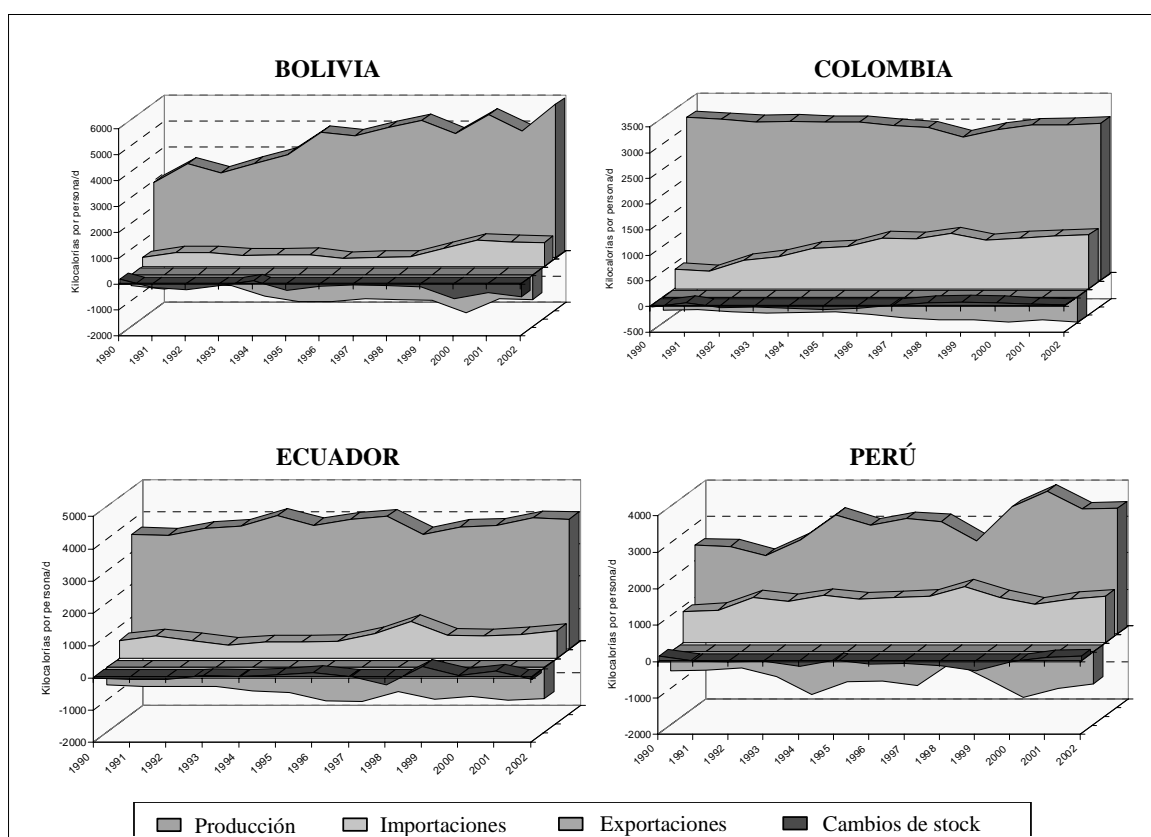
Como se observa en el gráfico I.9, en los últimos quince años, los cuatro países andinos han tenido un SEA estable, con muy pocos casos de disminución y más bien con una tendencia de crecimiento estable a largo plazo y un crecimiento de las exportaciones (en los puntos máximos de

aumento de la producción, gran parte se destinó a las exportaciones, como se aprecia en el crecimiento de éstas en Bolivia en los años 1994, 1995 y 2000, en Ecuador durante 1994, 1996 y 1997, y en Perú tanto en 1994 como en 2000).

Al respecto, cabe destacar que Bolivia aumentó notablemente su producción, prácticamente duplicándola, y dio un impulso moderado al aumento de las exportaciones alimentarias, pese a que esto último fue compensado por igual aumento de las importaciones en este rubro. Por su parte, la estabilidad de Colombia resulta de haber compensado a través de las importaciones la fuerte caída en la producción ocurrida hacia fines de la década pasada (disminución de 10,9% entre 1990-1992 y 1998). Como tendencia, el paulatino aumento de las exportaciones ha sido superado con creces por el aumento sostenido de las importaciones, dejando al país con una balanza comercial alimentaria desfavorable.

**Gráfico I.10**  
**PAÍSES ANDINOS (4 PAÍSES): ESTRUCTURA DEL SUMINISTRO TOTAL DE ALIMENTOS**  
**1990–2002**

(En kilocalorías por persona al día)



**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *Hojas de balance de alimentos*.

Si bien el balance productivo y comercial en materia alimentaria es muy significativo para mantener la estabilidad o aumentar paulatinamente la oferta de alimentos, también adquiere relevancia el uso dado a los diversos productos alimentarios disponibles en el mercado interno. En el período 1990-1992, Colombia destinaba 26% del stock total de alimentos a otros usos, porcentaje que sólo aumentó a 29% entre los años 2000 y 2002. Ecuador destinó prácticamente 29% de sus productos alimentarios a otros usos en ambos períodos. Por su parte, Perú aumentó la cantidad de productos destinados a consumo humano, así como los destinados a otros usos, manteniendo una proporción de 68% a 32%, respectivamente. Bolivia, en cambio, registró un aumento significativo del uso productivo de los insumos alimentarios, que incluso el año 2002 superó a la cantidad de kilocalorías disponibles

destinadas a consumo humano. Es decir, pasó de destinar a uso principalmente productivo poco más de 34% de su stock total de alimentos en 1990-1992 a poco más de 53% en 2000-2002, dinámica que explica el que, pese al significativo aumento de la producción alimentaria, el SEA, para consumo humano, sólo logró reducir el porcentaje de población subnutrida de 28% a 21% en la década (130 mil personas).<sup>10</sup>

El aumento de las importaciones constituye una buena estrategia para proteger la suficiencia alimentaria ante los vaivenes de la producción. Sin embargo, ello encierra el riesgo de la dependencia, lo que incrementa la vulnerabilidad de los sistemas de seguridad alimentaria, haciendo a los precios dependientes de los alimentos en los mercados nacionales ante cambios en el mercado internacional. Entre los países andinos, en Bolivia y más claramente en Perú, los aumentos y las caídas en las exportaciones tienden a seguir el ciclo de la producción, lo que denota una mayor propensión a que el excedente de producción se destine a exportaciones, aunque en momentos de caída de la producción predomina la orientación hacia el mercado interno (se reducen simultáneamente las exportaciones como porcentaje de la producción). En Colombia, en cambio, el comportamiento de las exportaciones como porcentaje de la producción es más o menos independiente de las variaciones de ésta. Perú es el país andino que destina el mayor porcentaje de la producción a la exportación de alimentos, lo que explica en parte su alto grado de dependencia respecto de las importaciones. Entre 2000 y 2002, Bolivia importó en promedio 42% de los alimentos que forman el régimen alimenticio de su población, Colombia el 40%, Ecuador el 28% y Perú el 46%.

Al examinar la balanza comercial, se puede afirmar que los cuatro países andinos analizados son un poco más vulnerables que el conjunto de la región respecto de las variaciones de los precios internacionales de los alimentos. Esto se debe a que el porcentaje del valor de sus exportaciones totales que depende de la exportación de productos alimentarios prácticamente duplica la regional (23,5% frente a 12,5% respectivamente en 2000-2002). Al respecto, Ecuador ocupa un lugar destacado, pues casi 40% del valor de sus exportaciones depende de la comercialización de productos alimentarios en los mercados internacionales, y sólo es superado por Guatemala (49%), Honduras (58%), Nicaragua (67%), Panamá (70%) y Uruguay (42%). Salvo este último y hasta cierto punto Panamá, son países con altos niveles de pobreza y subnutrición. No obstante, los países andinos considerados mantienen una relativa autonomía de estas exportaciones, pues en conjunto sólo importan alimentos por un valor equivalente a 41% del valor de lo que exportan en alimentos, siendo Bolivia el que presenta un menor grado de autonomía (casi 66% de los recursos obtenidos por la exportación de alimentos es destinado a la importación de los mismos), seguido de Colombia (54%), Perú (47%) y, lejanamente, Ecuador (19%).

Considerando todo lo anterior, el hecho de que en los países andinos analizados haya suficiente disponibilidad de alimentos y aún así se registren niveles significativos de subnutrición de la población y niveles de desnutrición infantil nada despreciables se relaciona fundamentalmente con los altos niveles de desigualdad en el acceso a los alimentos. Estas diferencias se explican en gran medida por los bajos ingresos y la consiguiente incapacidad de compra de alimentos a precios de mercado, hecho particularmente notorio en Bolivia.

### **3. La desnutrición**

La manifestación más directa de los problemas de hambre existentes en una población son las limitaciones que genera al desarrollo del potencial físico e intelectual de las personas, cuyos indicadores más difundidos se reconocen en los niños y niñas menores de cinco años a través de la desnutrición global (bajo peso para la edad o déficit ponderal), la desnutrición crónica (baja talla para la edad o cortedad de talla) y la desnutrición aguda (bajo peso para la talla o emaciación).

---

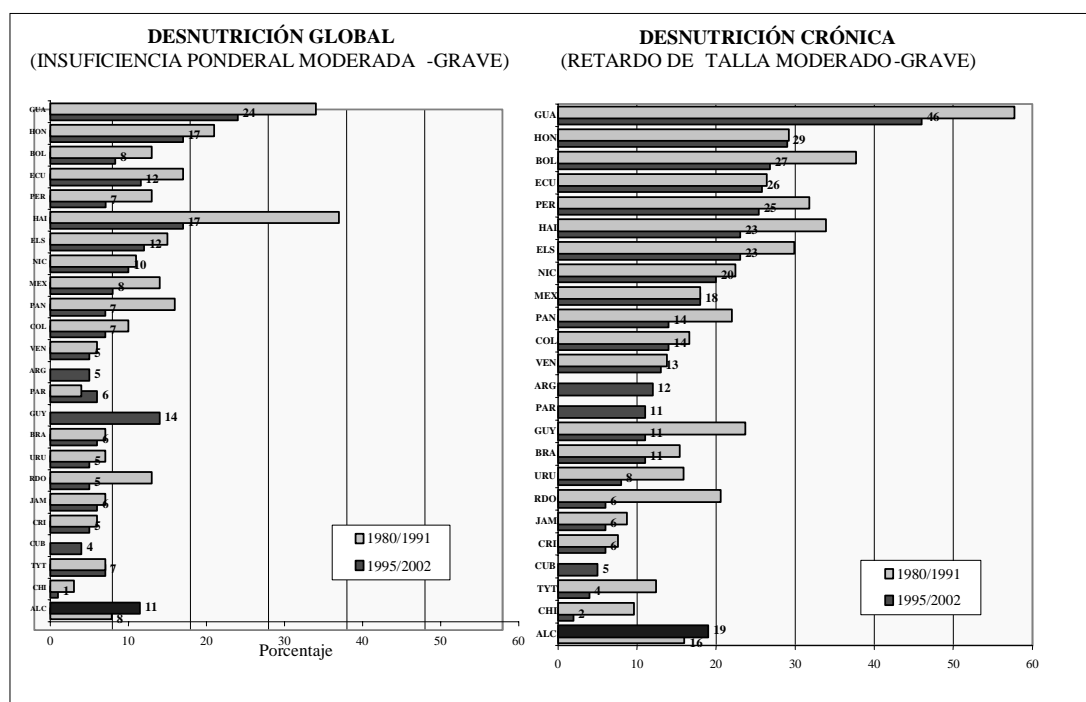
<sup>10</sup> Estas cifras incluyen también un pequeño porcentaje de pérdidas de alimentos (principalmente debidas a deterioros por problemas de almacenamiento).

En las últimas décadas del siglo XX, América Latina y el Caribe presentaron en promedio una baja cercana a los tres puntos porcentuales en los dos primeros indicadores. Si bien se registran diferencias entre los países, en general la tendencia ha sido positiva, con la excepción de Paraguay y Argentina.

En cuanto a la desnutrición global (indicador de seguimiento de la meta relativa al hambre en la Declaración del Milenio), entre los avances observados cabe destacar el caso de Haití que, según los datos del UNICEF, habría logrado bajar la incidencia en más de 20 puntos porcentuales en el período, seguido de Guatemala, Panamá y República Dominicana, con bajas entre 8 y 10 puntos. Los países andinos presentaron avances de entre 3 y 6 puntos, es decir, mejoraron más que el promedio regional tanto en términos relativos, a la línea de base, como absolutos.

Gráfico I.11

### AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (23 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ENTRE 1980-1991 Y 1995-2001



**Fuente:** Insuficiencia ponderal, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993. Nueva York, 1993. Estado mundial de la infancia, 2004 (<http://www.unicef.org/spanish/sowc03/tables/table2.html>) y DHS 1990-2003, ([www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com))  
Desnutrición crónica, Fuente: "Está disminuyendo la malnutrición? Análisis de la evolución del nivel de malnutrición infantil desde 1980", Mercedes de Onis, Edward A. Frongillo y Monika Blössner. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No. 4, 2001 y DHS 1990-2002, ([www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)).

Nota: América Latina y el Caribe: Promedio ponderado de los 23 países.

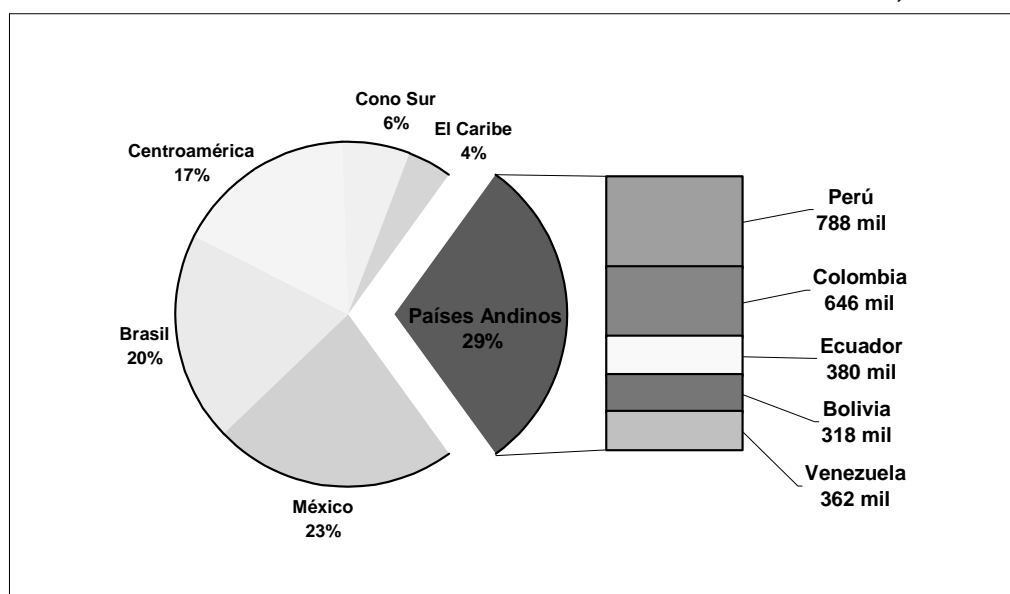
Con relación a la desnutrición crónica (moderada o grave), que es la manifestación más habitual en los países de América Latina, se destaca que tres de los cinco países con mayor incidencia son andinos. En efecto, luego de Guatemala, que ha logrado importantes avances, pero que sigue presentando la peor situación de la región, Bolivia, Ecuador y Perú, junto con Honduras, son los países donde la cronicidad del déficit nutricional es mayor, superando en más de diez veces el valor normal esperado (2,5%). A éstos le siguen Haití, El Salvador y Nicaragua, conformándose una alta concentración de la incidencia entre los países centroamericanos y andinos.

Al analizar el problema en términos de cantidad de casos, entre mediados de los años ochenta y fines de los noventa, los niños y niñas con desnutrición ponderal disminuyeron aproximadamente en 26%, bajando de 5,6 a 4,1 millones de casos. En cambio, la desnutrición crónica tuvo un crecimiento acumulado de 4%, llegando a 8,7 millones de casos.

En los cuatro países andinos analizados, la insuficiencia ponderal se comportó de manera similar al total, alcanzando 801 mil casos al final del siglo, es decir, una incidencia de 7,6% de los niños en la cohorte de edades entre 0 a 5 años. Por su parte, el déficit de talla tuvo un incremento de 8%, alcanzando un total de 2,13 millones de niños (20%). Esta variación es menor que la experimentada por el crecimiento poblacional del segmento etario, pero muestra una concentración importante respecto del resto de la región, pues acumula el 25% de los casos, en circunstancias que el total de niños y niñas menores de cinco años sólo representa 19%. Si al grupo se suma Venezuela, la subregión andina suma 2,5 millones de desnutridos crónicos (30% de la región).

Gráfico I.12

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (23 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR GRUPOS DE PAÍSES, 1995-2001**



**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Mercedes de Onis, Edward A. Frontillo y Monika Blösner, "¿Está disminuyendo la malnutrición? Análisis de la evolución del nivel de malnutrición infantil desde 1980", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos N° 4*, 2001 y Encuestas de Demografía y Salud (EDS), 1990-2002 [en línea] <www.measuredhs.com>, 1990-2002.

**Nota:** América Latina y el Caribe: promedio ponderado de los 23 países

Lo anterior refleja que los países andinos no sólo presentan una alta incidencia de desnutrición crónica, sino además su volumen está creciendo a un ritmo equivalente a tres veces el promedio regional, con una disminución en la incidencia, pero no en la cantidad de casos. Esto supone un importante desafío para las políticas públicas a fin de incrementar los esfuerzos e impactos de la gestión que actualmente se realiza en materia de seguridad alimentaria y nutricional, más aún si se consideran los primeros años del presente milenio, en que las crisis económicas y los conflictos armados y sociales han afectado de manera importante a la subregión.

Ante estos resultados, cabe preguntarse cuántos de los niños y niñas con desnutrición crónica padecen también desnutrición global. Según los datos recopilados en las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), el 24% de los desnutridos crónicos bolivianos y peruanos y el 37% de los colombianos

presentan también un déficit en el peso para la edad.<sup>11</sup> A la inversa, 85% de los casos de insuficiencia ponderal de Bolivia y Perú tienen también rezago de talla, valor que alcanza a 75% en el caso de Colombia. Así, identificando niños o niñas con baja talla para su edad, lo más probable es que también se identifique a la mayor parte de los casos de insuficiencia ponderal, particularmente en las regiones que presentan mayor prevalencia de rezago de talla.

## C. Avances en el cumplimiento de las metas para la reducción de la pobreza y el hambre

El objetivo 1 de la Declaración del Milenio establece “erradicar la extrema pobreza y el hambre” y define dos metas específicas que deben ser alcanzadas para el año 2015:

1. Reducir a la mitad la proporción de población que vivía en pobreza extrema en 1990.
2. Disminuir en un 50% la incidencia del hambre del año 1990. Para esto se consideran dos indicadores: subnutrición y desnutrición global en menores de cinco años de edad.

A continuación se indican los avances y retrocesos de los países andinos y del conjunto de la región en cuanto a la consecución de dichas metas.<sup>12</sup>

### 1. Los logros en materia de pobreza extrema

De acuerdo con los antecedentes provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países, en torno al año 2000 el promedio de avance hacia el cumplimiento de la meta en América Latina bordeaba el 40%, porcentaje equivalente al tiempo transcurrido desde 1990, lo que se podría considerar adecuado si el proceso de avance fuese lineal. No obstante, la reducción en el crecimiento económico, y su correspondiente impacto social, produjo un retroceso de 12 puntos porcentuales en dos años, haciendo que transcurrido el 48% del tiempo, la región sólo haya avanzado un 28% en el logro de la meta (CEPAL, 2004).

Los avances en la región son muy dispares: al año 2002, algunos países parecían haber alcanzado la meta (como Chile), otros estaban cerca de lograrla (Brasil y México), pero la mayor parte mostraba avances medios y otros fuertes retrocesos.

Como es característico en el conjunto de la región, entre los países andinos hay diferencias significativas. Un extremo es el caso ecuatoriano, donde el fuerte retroceso experimentado en la década de 1990 se compensa con una recuperación reciente muy intensa. Así, al año 2002, mostraba un avance mayor que el tiempo transcurrido en vistas al logro de la meta al 2015. Bolivia también muestra avances y registra a partir de 2000 una velocidad media 2,5 veces mayor que en los años noventa. Para lograr la meta, sería necesario mantener la tendencia de esta década, lo que a la luz de la información secundaria existente no parece estar sucediendo.

Perú presenta una situación opuesta a la de Bolivia, con avances entre 1990 y 2000 y retrocesos posteriormente. Por esta razón, el desafío de alcanzar la meta al 2015 se ve distante, lo que supone esfuerzos redistributivos mayores y recuperar los altos ritmos de crecimiento como los alcanzados en algunos años de la década pasada. En el extremo opuesto se encuentra Colombia, país que mostró un aumento de la indigencia de casi 8 puntos porcentuales, por lo que, dado que ha transcurrido la mitad del plazo, enfrenta el desafío de alcanzar una meta 77 % superior (es decir, bajar de 27,7% a 10%).

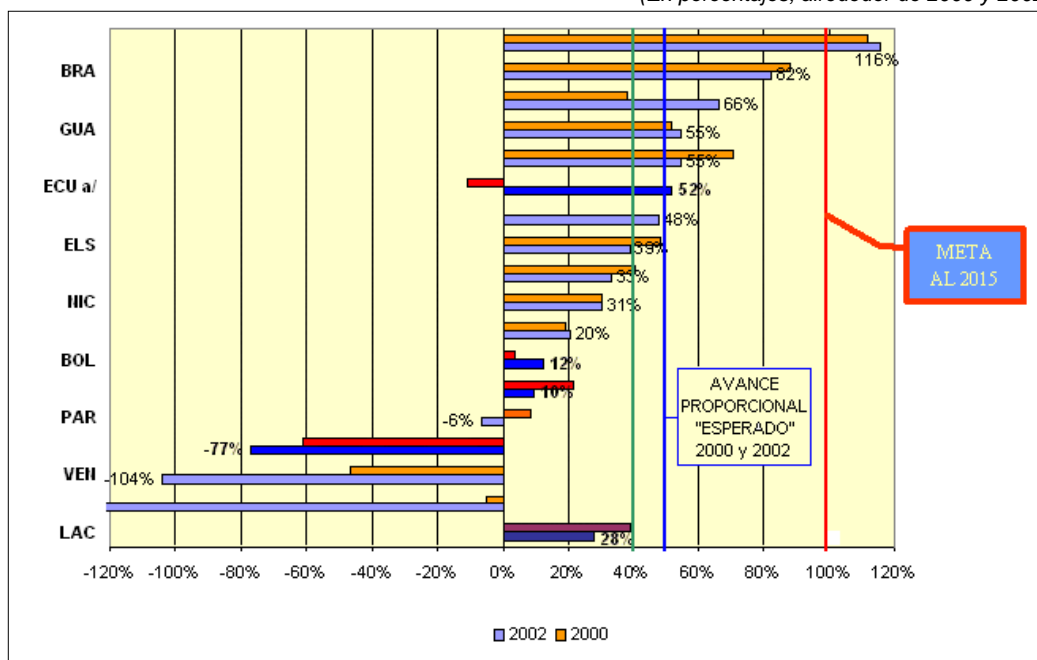
<sup>11</sup> Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000).

<sup>12</sup> Cabe recordar que los datos se refieren al valor de línea de base de cada país, por lo que los avances porcentuales similares en el logro de la meta pueden reflejar niveles muy distintos de variación de incidencias.

Gráfico I.13

### AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): AVANCE EN EL LOGRO DE REDUCIR LA POBREZA EXTREMA A LA MITAD

(En porcentajes, alrededor de 2000 y 2002)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Sector urbano

De todo lo anterior se desprende que los logros de cada país son muy particulares y cada uno parece seguir su propio curso. Sin embargo, los países andinos tienen como factor común una alta volatilidad, con avances y retrocesos importantes a lo largo del tiempo.

Ante este escenario, para que estos cuatro países logren disminuir a la mitad la proporción de hogares sin ingresos suficientes para adquirir una canasta básica de alimentos, deberían alcanzar tasas de crecimiento económico superiores a 5% anual e incrementar significativamente la inversión social (superando los menos de 300 dólares de gasto público per cápita anual de la subregión) (CEPAL, 2003, p. 65). Para ello es necesario contar con una estabilidad política e institucional, junto con políticas sociales y económicas de largo plazo, factores que al menos por ahora siguen siendo un desafío más que un logro en la región.

En caso de que la meta establecida se sustituyera por una más exigente, como por ejemplo reducir a la mitad la cantidad de población extremadamente pobre, y no sólo la proporción, obviamente que el desafío se torna aún mayor.

## 2. Los avances en materia de subnutrición

Al igual que en la pobreza, la evolución en la disponibilidad y el acceso a los alimentos en los países de la región presenta situaciones bastante diferentes, con grandes avances y fuertes retrocesos.

En un extremo, se ubican cuatro países que en el trienio 1999-2001 registraban una disminución incluso superior a la meta propuesta para el 2015, por lo que es altamente probable que alcancen incluso a disminuir no sólo la proporción, sino también la cantidad de personas subnutridas. Este grupo está compuesto por Perú y Ecuador, en el Área Andina, y Uruguay y Chile, en el Cono Sur.

Paraguay, Brasil, Haití y Colombia conforman el grupo de países cuya subnutrición habría disminuido entre 20% y 40% más de lo que se requeriría en una proyección lineal, acorde con el tiempo. En dicho contexto, salvo que ocurriera algún cambio muy brusco en las tendencias en la disponibilidad y/o el acceso a los alimentos, se puede considerar que es probable que alcancen sin mayores problemas la meta al 2015.

Un tercer grupo está compuesto por Bolivia, Costa Rica, Honduras, República Dominicana y Nicaragua, países que pese a registrar avances, éstos no van acorde con el tiempo transcurrido. Por consiguiente para alcanzar la meta deberán realizar esfuerzos significativamente superiores.

Finalmente, seis países no registran avances o, por el contrario, muestran retrocesos, por lo que de no producirse cambios estructurales en los sistemas productivos y de comercialización, junto con significativas disminuciones en la desigualdad de acceso a los alimentos, es muy poco probable que alcancen la meta relativa al hambre, en subnutrición. Este grupo está compuesto por México, Argentina, El Salvador, Panamá, Guatemala y la República Bolivariana de Venezuela.

Al proyectar los avances observados en el suministro de energía alimentaria (SEA), en un escenario de disminución de 5% en el coeficiente de variabilidad (CV) (indicador que mide la desigualdad de acceso), Bolivia y los países centroamericanos del tercer grupo (Costa Rica, Honduras y Nicaragua), así como México y El Salvador, del cuarto grupo, lograrían revertir su situación actual, disminuyendo a la mitad el porcentaje de personas subnutridas al 2015.

En el caso de los países andinos, cabe destacar que, de los cuatro países considerados, Colombia y Bolivia son los que tienen mayores desigualdades en el acceso a los alimentos (según el CV informado por la FAO) y son precisamente los que menos avances en subnutrición presentan. En contrapartida, Perú registra los mayores avances y la menor desigualdad, con un CV equivalente a la mitad del de Colombia.

Al analizar la meta planteada en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, los logros en la región se reducen significativamente y frente al escenario propuesto (de mantención del crecimiento del SEA y disminución de 5% del coeficiente de variabilidad), de los 19 países señalados, sólo Chile, Ecuador y Perú la alcanzarían.

Por otro lado, de mantenerse las tendencias observadas en los últimos 15 años, ningún país de la región lograría erradicar la subnutrición al año 2015.

En resumen, los países andinos registran importantes avances en materia de suministro y acceso a los alimentos, por lo que de mantenerse la tendencia sólo Bolivia corre el riesgo de no alcanzar la meta del milenio. A su vez, aun cuando la meta planteada en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se ve muy distante para la región, Ecuador y Perú formarían parte del reducido grupo de países que la lograría.

### **3. Los avances en materia de desnutrición**

De acuerdo con estimaciones basadas en los estudios nutricionales de las últimas dos décadas, los países de la región de América Latina muestran un importante avance hacia el cumplimiento de la meta en materia de desnutrición global.<sup>13</sup> Para el período 1990–2000 se observa, en promedio, un 60% del camino recorrido, en circunstancias que el tiempo transcurrido equivale al 40%.<sup>14</sup> De esta manera, las tasas de disminución han sido, en promedio, 1,5 veces superiores al equivalente temporal, lo que constituye una ventaja en el camino al 2015.

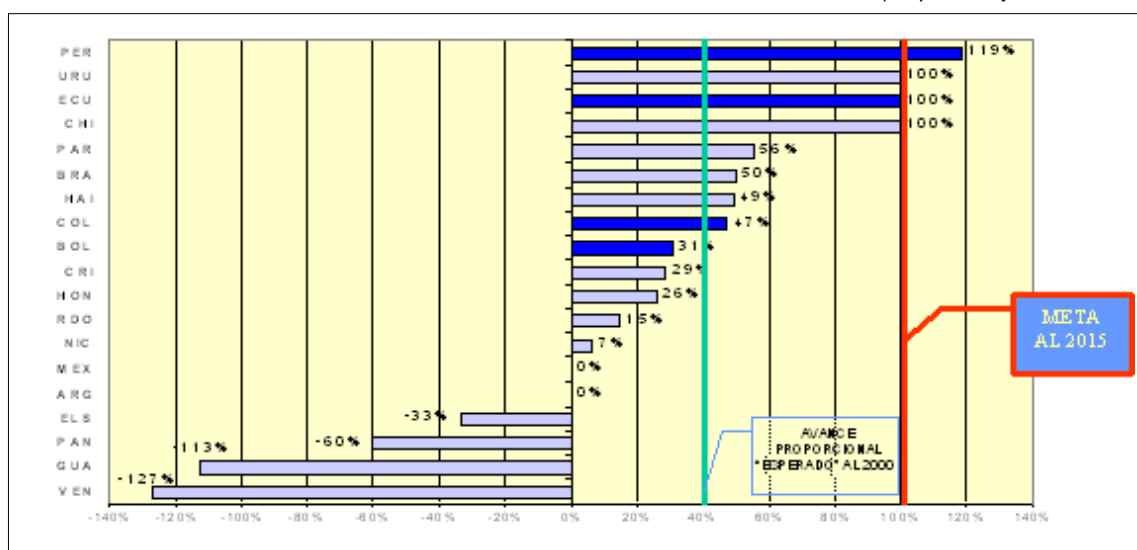
<sup>13</sup> Para hacer una evaluación de la meta en materia de desnutrición, se estimaron las incidencias a 1990, interpolando y/o extrapolando a partir de los datos de cada país y se utilizaron los datos de encuestas realizadas entre 1998 y 2002 como punto de comparación. Dados los problemas de confiabilidad que dichas proyecciones, y sus correspondientes comparaciones, generaban en algunos casos, los avances se estimaron sólo para 13 países.

<sup>14</sup> La estimación hecha es conservadora. En rigor, para una reducción proporcional, el avance esperado al año 2000 debería ser cercano a 48%, con una tasa anual mínima de 2,7%, que se requeriría para alcanzar la meta al 2015.

Gráfico I.14

### AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): AVANCE EN EL LOGRO DE REDUCIR LA SUBNUTRICIÓN A LA MITAD

(En porcentajes, 1999-2001)



**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *Hojas de balance de alimentos*.

Al comparar los países, se observa también que existe una alta heterogeneidad entre ellos. Mientras algunos ya alcanzaron la meta, otros han avanzado poco o incluso han retrocedido. En el primer extremo se encuentran Chile, México y República Dominicana, que ya han logrado reducir a la mitad la incidencia, seguidos bastante de cerca de Perú y Venezuela que muestran un avance superior al 80%, por lo que es esperable que cumplan la meta antes de 2015. Bolivia también se ubica en este grupo, pese a que en los primeros años del siglo XXI ha frenado el avance logrado en los años noventa y no ha mostrado diferencias al 2003, lo que pone cierta incertidumbre en el proceso.<sup>15</sup>

Colombia, Ecuador, Haití y Guatemala se ubican en el segundo grupo, con avances equivalentes o algo superiores a la proporción de tiempo transcurrido (entre 40% y 60%). En consecuencia, en la medida en que se mantengan las políticas y los programas en ejecución, y de no ocurrir importantes deterioros económicos o catástrofes naturales, es probable que alcancen la meta.

Honduras y El Salvador, por su parte, presentan bajas probabilidades de alcanzar la meta, dado que si bien muestran avances positivos desde 1990, estos son insuficientes. Por consiguiente, se ven obligados a redoblar los esfuerzos para recuperar el tiempo transcurrido fuera de la tendencia de logro.

Finalmente, Paraguay muestra un retroceso tal que resulta improbable que logre cumplir la meta.

Un elemento característico es que en los avances y retrocesos identificados no es posible relevar una regularidad según el punto de partida de los países. Algunos iniciaron la década de 1990 con incidencias muy bajas y han tenido avances importantes (como Chile) y otros incluso retrocesos (como Paraguay); al tiempo que entre aquellos con incidencias más altas, algunos lograron avances muy significativos (como México) y otros tuvieron mejorías más moderadas (como El Salvador y Honduras).

Al considerar como punto de comparación no sólo la *proporción*, sino también la *cantidad* de niños con insuficiencia ponderal, los países centroamericanos y andinos, junto con Paraguay, padecen rezagos considerablemente mayores. Entre los países andinos, Bolivia es el que presenta la mayor tasa de crecimiento entre la población menor de 5 años, por lo que los logros en materia de desnutrición

<sup>15</sup> Según el informe preliminar de la EDS de 2003, la variación entre 1998 y 2003 es de sólo 0,3 puntos porcentuales.

serían inferiores en 18 puntos si se analiza este indicador. Colombia es el segundo en esta relación, bajando en 12 puntos, seguido de Ecuador y Perú (7 y 5 puntos, respectivamente).

Al comparar los avances en cuanto a desnutrición global con la meta propuesta con ocasión de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en 1990, de los 13 países analizados sólo Chile, México y República Dominicana la habrían logrado.

Aun cuando la desnutrición crónica no es un indicador oficial de seguimiento de la meta, dada su relevancia en la región se ha considerado importante hacer un análisis de cómo se da este indicador en los distintos países, observándose que de manera coincidente con la desnutrición ponderal, Chile, México y República Dominicana son los países que ya habrían logrado la meta, seguidos de Perú con algo más de 80% de avance.

Bolivia se ubicaría en un segundo grupo junto con Honduras y Haití, con avances equivalentes o levemente superiores al tiempo transcurrido. Sin embargo, la falta de avances entre 1998 y 2003 pone también aquí una nota de incertidumbre sobre el camino futuro de dicho país sudamericano.

Colombia y Ecuador, junto con Guatemala, muestran progresos relativos bastante menores en talla que en peso, lo que podría obedecer en parte a la volatilidad de este último indicador. A ellos se suman El Salvador y Venezuela con tendencias similares. Aun cuando estos cinco países registran avances, estos son insuficientes para reducir a la mitad la incidencia al 2015, lo que hace necesario realizar mayores esfuerzos en las políticas de seguridad alimentaria y nutricional.

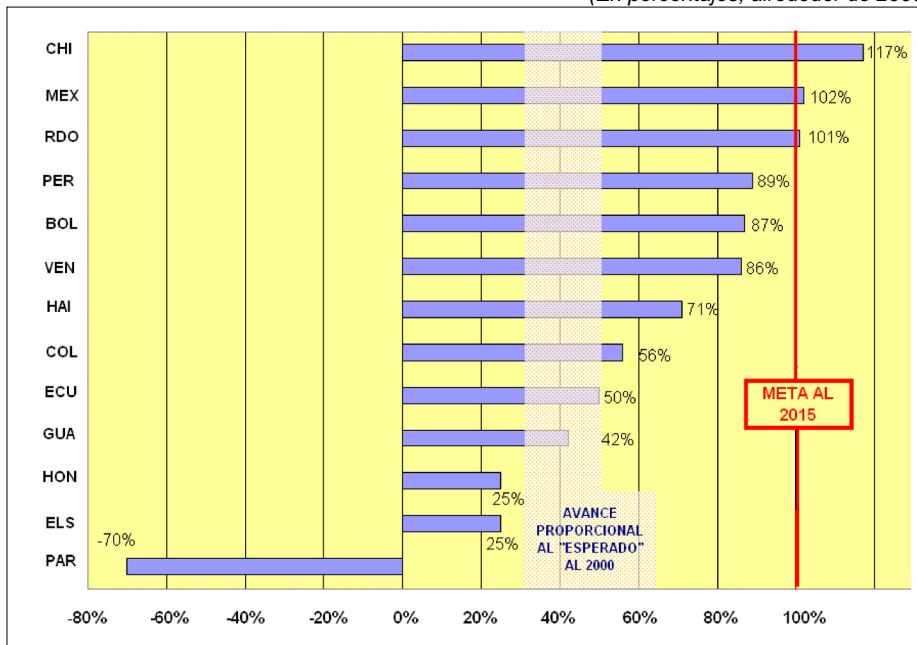
Finalmente, si se analiza la cantidad de niños y niñas con desnutrición crónica, y no sólo la proporción, dado su mayor crecimiento poblacional, Bolivia y Colombia ven disminuidos sus logros casi a la mitad (de 51% a 27% y de 30% a 15%, respectivamente). Ello, sumado a los 8 puntos que disminuyen en Ecuador, hace difícil que estos tres países puedan reducir a la mitad el número de menores desnutridos.

A la luz de estos datos, el problema de la desnutrición en los países andinos muestra algunos avances dispares respecto de la situación de 1990. Por un lado, Perú pareciera estar muy cerca de lograr la meta, lo que coincide totalmente con su fuerte disminución de la subnutrición, de manera que de mantenerse la senda, lo más probable es que así suceda.

Por otra parte, Bolivia muestra avances significativos en cuanto a la insuficiencia ponderal, pero en términos relativos los avances son algo menores en déficit de talla. Por su parte, Colombia y Ecuador, con distintos niveles de incidencia, presentan procesos similares, pero con logros menores en ambos indicadores.

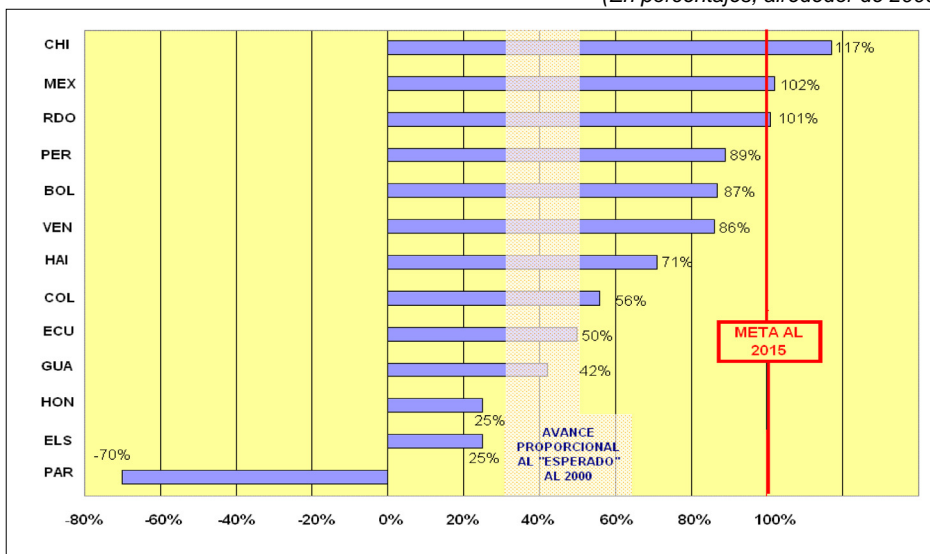
Hasta aquí, los antecedentes subrayan la necesidad de incrementar los esfuerzos de política e inversión social, así como el aporte de la ayuda internacional a fin de que los impactos logrados puedan incrementarse y estabilizarse en el largo plazo, disminuyendo así la vulnerabilidad de la población ante escenarios de incremento de riesgos sociales y/o ambientales. Dichos esfuerzos debieran considerar acciones estructurales de largo plazo en el tema alimentario (acceso a la tierra, tecnologías de producción agropecuaria, fortificación de alimentos, canales de distribución, entre otras), programas de aumento en la capacidad adquisitiva en los hogares (orientados al acceso a los alimentos y su mejor aprovechamiento, con transferencias de ingreso y alimentación escolar, alfabetización y educación alimentaria, etc.), y acciones preventivas y de emergencia, a más corto plazo (como la distribución de alimentos para situaciones de emergencia y sistemas de vigilancia de seguridad alimentaria en las localidades más vulnerables).

**Gráfico I.15**  
**AMÉRICA LATINA (12 PAÍSES): AVANCE EN EL LOGRO DE REDUCIR LA DESNUTRICIÓN A LA MITAD**  
 (En porcentajes, alrededor de 2000)



**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Objetivos de desarrollo del Milenio* [en línea] <<http://www.eclac.cl/mdg/>>; Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2004*, diciembre de 2003; Banco Mundial, *World Development Indicators 2004*, Washington, D.C.; Macro International Inc (ORC Macro) [en línea] <<http://www.macrint.com>>; Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de los respectivos países; Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) y Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de Ecuador.

**Gráfico I.16**  
**AMÉRICA LATINA (12 PAÍSES): AVANCE EN EL LOGRO DE REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA A LA MITAD**  
 (En porcentajes, alrededor de 2000)



## **II. Desnutrición en los países andinos: desigualdades y factores asociados**

---

Como se destacó en el capítulo anterior, al igual que en Centroamérica, el hambre en los países andinos tiene dos características bien definidas (CEPAL, 2003). En primer lugar, las limitaciones de disponibilidad de alimentos no son el problema, sino las restricciones de acceso a los mismos, derivadas mayormente de las limitaciones económicas, pero también incrementadas por las barreras geográficas y culturales. En segundo lugar, la desnutrición crónica en niños y niñas es la expresión más clara de los efectos de dicha inseguridad, la que en las últimas décadas ha presentado una menor incidencia pero un persistente crecimiento en la cantidad absoluta de afectados. Este flagelo afecta mayoritariamente a poblaciones que viven en una situación de extrema pobreza, entre las que destacan los grupos indígenas de las zonas rurales de la sierra y el altiplano de los países, así como los sectores marginados ubicados en la periferia de las zonas urbanas más grandes.

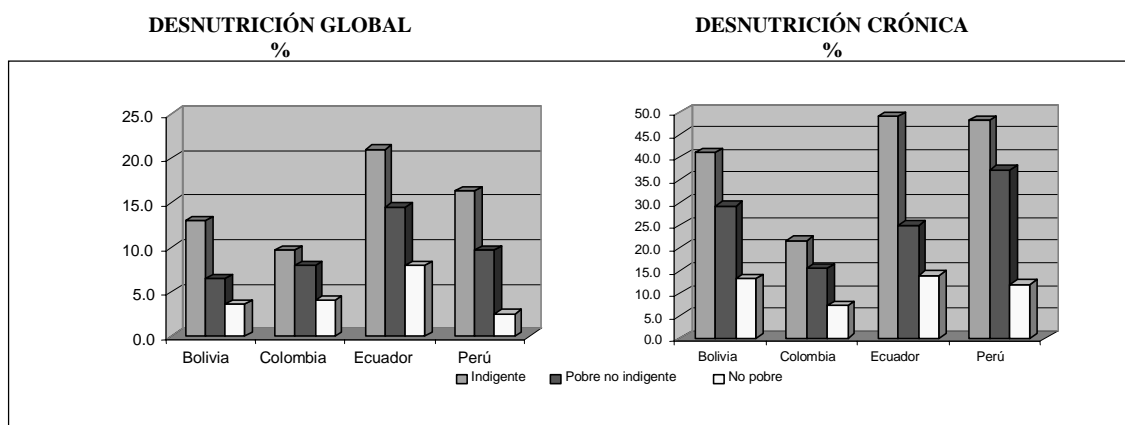
Los desastres naturales (como terremotos, sequías e inundaciones) también aumentan la vulnerabilidad alimentaria de la población. Sin embargo, dichos eventos tienden más bien a agravar una situación que se basa, en primera instancia, en los problemas más estructurales de la pobreza, la distribución de los ingresos, el acceso a la tierra, las vías de comunicación y la comercialización de productos.

Aun cuando los elementos mencionados se presentan como características comunes de los cuatro países, existen particularidades que es preciso tener presente. A continuación se presentan algunos de los principales problemas asociados al problema nutricional y las diferencias que se dan dentro y entre los países.

## A. La pobreza y la indigencia

Como se destacó en el capítulo anterior, el hambre y la pobreza son fenómenos distintos, pero que están relacionados. Al analizar la desnutrición en menores de cinco años de edad en los países andinos, se observan diferencias significativas entre los distintos grupos socioeconómicos. Así, la probabilidad de que los niños indigentes sufran desnutrición global es 40% y 130% superior a la media nacional y equivale a entre 2,4 y 6,4 veces la de los no pobres. Perú muestra aquí la mayor diferencia, mientras que las menores se observan en Ecuador y Colombia.

**Gráfico II.1**  
**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA**  
*(Alrededor de 1999)*



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000), y estimaciones sobre datos secundarios de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de Ecuador, 1999.

Por su parte, la desnutrición crónica entre los niños indigentes es 50% a 90% superior a la media nacional, con Perú y Ecuador en el extremo superior de este rango de desigualdad, y Bolivia y Colombia en el inferior. Entre los pobres extremos y los no pobres la razón de incidencias varía de 3 a 4 veces, obviamente en perjuicio de los pobres extremos.

Al comparar las incidencias en los países, la probabilidad de que un niño pobre no indigente en Ecuador tenga bajo peso para la edad es 1,5 veces la de un niño indigente en Colombia e igual a la de un indigente en Perú. A su vez, un niño no pobre en Ecuador tiene igual probabilidad de presentar insuficiencia ponderal que la de un pobre no indigente en Bolivia o Colombia.

En cuanto a desnutrición crónica se da una situación similar, destacándose que los niños colombianos aun siendo pobres tienen igual probabilidad de tener baja talla que los no pobres de los otros tres países, y estos últimos tienen el doble de probabilidades que los no pobres de Colombia.

Es decir, no contar con los ingresos suficientes para cubrir los costos de una canasta básica de alimentos representa distintos niveles de vulnerabilidad ante las consecuencias del hambre según el país al que pertenezca cada niño. Esto refuerza la idea de que las políticas y estrategias de intervención deben adaptarse a condiciones nacionales diversas.

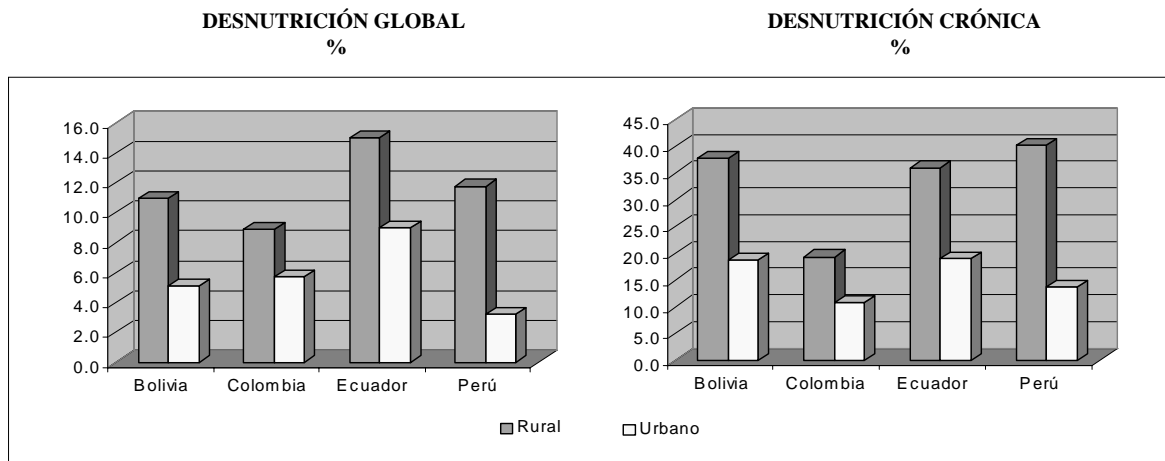
## B. Las diferencias urbano-rurales

De manera concordante con la hipótesis inicial, en todos los países, la probabilidad de que un niño o niña sea desnutrido es significativamente mayor en zonas rurales que en urbanas. En materia de desnutrición global, las diferencias varían entre 1,6 y 3,7 veces, siendo Perú el país que presenta las mayores diferencias (11,8% en zonas rurales contra 3,2% en zonas urbanas), seguido de Bolivia (11,1% y 4,8%, respectivamente), Ecuador (15% y 9%) y Colombia (8,9% y 5,7%).

En lo que se refiere a desnutrición crónica, la situación es similar, con probabilidades entre 1,8 y 2,9 veces más para los niños de zonas rurales. El orden también es similar, liderado por Perú, con incidencias de 40,2% en zonas rurales y 13,7% en zonas urbanas, seguido por Bolivia (37,0% y 18,5%), Ecuador (36% y 19%) y Colombia (19,4% y 10,8%).

Gráfico II.2

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA**



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), 2000.

No obstante lo anterior, la mayor vulnerabilidad en el sector rural no conlleva igual relación en la cantidad de casos. De los 800 mil niños y niñas con insuficiencia ponderal, el 44% se encuentra en el sector urbano y de los 2,14 millones con déficit de talla, el 41% se encuentra en ese mismo sector. Así, la incidencia presenta diferencias altas entre ambas zonas, pero el sector urbano representa igualmente un área de preocupación para las políticas y los programas alimentarios.

Cuadro II.1

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA***(En porcentajes, alrededor de 1999)*

País	Desnutrición global			Desnutrición crónica		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
<b>Bolivia</b>	38	62	100	40	60	100
<b>Colombia</b>	59	41	100	56	44	100
<b>Ecuador</b>	46	54	100	43	57	100
<b>Perú</b>	24	76	100	28	72	100
<b>Total</b>	44	56	100	41	59	100
<b>Total de casos</b>	<b>355.839</b>	<b>443.814</b>	<b>766.653</b>	<b>873.266</b>	<b>1.259.258</b>	<b>2.132.524</b>

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), 2000.

Como se desprende del cuadro II.1, Colombia es el país con mayor proporción de casos urbanos, lo que refleja un perfil bastante distinto al del resto de los países. Ello se debe a dos factores: por un lado, es el país con mayor proporción de población urbana menor de cinco años (70%), y por otro, las características del perfil epidemiológico de la desnutrición presenta características bien particulares, derivadas de las consecuencias sobre los desplazados por los conflictos armados entre el gobierno, las guerrillas y los paramilitares, sin dejar de mencionar la violencia que existe en el país a raíz de la droga. En sus primeras versiones, el desplazamiento poblacional se produjo con comunidades enteras que abandonaron sus hogares y migraron hacia las ciudades, pero en los últimos años se observó un desplazamiento de grupos menores y hogares individuales, por lo que al llegar a las ciudades se encuentran sin redes sociales de apoyo y con grupos desplazados por “bandos” antagónicos, aumentando su vulnerabilidad en los barrios marginales que se forman en las ciudades receptoras. En los últimos años se ha dado también una situación de confinamiento, en que los habitantes de localidades en el área del conflicto se ven impedidos de transitar hacia otros lugares del país y comercializar sus productos, lo que limita el acceso a los alimentos. En ambos casos, se han detectado situaciones de usurpación de tierras de los campesinos, los que al no contar con títulos de dominio vigentes pierden la capacidad de reclamarlas, lo que afecta su patrimonio.

Perú, en cambio, es el país con la mayor proporción de casos de desnutrición en zonas rurales, pues tres de cada cuatro menores de cinco años desnutridos viven en el campo. Así, el esfuerzo en políticas requiere prestar especial atención a las zonas rurales, lo que también debiera darse, aunque en menor medida, en Bolivia y Ecuador.

## C. Las diferencias geográficas

La distribución geográfica también es un aspecto relevante al analizar la desnutrición en estos países. Las zonas de vida son muy variadas: grandes extensiones de áreas tropicales costeras y amazónicas, caracterizadas por altos niveles de humedad y temperatura; valles andinos templados; altiplano y páramos fríos; y extensas zonas de desierto costero con valles transversales. Esta diversidad influye, tanto en los patrones de producción de alimentos como en los patrones alimentarios y de consumo energético de los habitantes, lo que hace que las incidencias de la desnutrición sean distintas. También las diferencias étnicas, asociadas a la mayor presencia de una u otra etnia en zonas geográficas concretas, redundan en características socioculturales propias de cada zona que influyen en la situación alimentaria.

Como se muestra en el cuadro II.2 y en los gráficos siguientes, los sectores rurales de las zonas altas de la cordillera de Los Andes son las más vulnerables a la desnutrición de los niños menores de 5 años.

**Cuadro II.2**  
**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS,**  
**SEGÚN EL ÁREA GEOGRÁFICA**  
(En porcentajes, alrededor de 1999)

País	Área geográfica	Ponderal		Crónica	
		Urbano	Rural	Urbano	Rural
<b>Bolivia</b>	La Paz	4,5	11,4	20,5	36,1
	Valle	4,3	12	14,2	39,3
	Altiplano	8,5	13,6	32,9	50
	Llano	5	7,2	16,3	27,1
	Total	5,1	11	18,8	37,8
<b>Colombia</b>	Bogota	5,4		14,5	
	Atlántica	5,9	10,7	9,5	15,1
	Oriental	3,3	9,4	8,2	20
	Central	6,9	8,9	10,9	20,2
	Pacífica	6,5	6,7	10,6	21,8
	Total	5,7	8,9	10,8	19,3
<b>Ecuador</b>	Costa	8	15	17	29
	Sierra	10	16	22	43
	Amazonía	7	12	23	33
	Total	9	15	19	36
<b>Perú</b>	Lima metropolitana	0,7		7,3	
	Resto costa	2,7	6,5	13,8	23,6
	Sierra	5,8	12,3	20,9	45,1
	Selva alta	2,9	10,7	16,5	34,5
	Selva baja	11,9	16,6	23,9	35,6
	Total	3,2	11,8	13,4	40,2

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), 2000.

En Ecuador, salvo en desnutrición crónica urbana, las provincias de la Sierra (en particular Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar) presentan valores promedio hasta 50% más altos que las demás (llegando a 13% en insuficiencia ponderal y 32% en cortedad de talla). Por su parte, los niños y niñas del campo, en la sierra y la costa, tienen casi el doble de probabilidad de tener baja talla en comparación con los de sectores urbanos. Algo similar sucede en materia de insuficiencia ponderal en la Amazonía y la Costa.

En Perú, las mayores incidencias de las provincias de la sierra destacan en Huancavelica, Cuzco, Pasco, Apurímac, Cajamarca, Huanuco, Ayacucho, Junín y Ancash (hasta 18% en desnutrición ponderal y 53% en crónica). En las zonas de selva, Amazonas y Loreto presentan las mayores incidencias (con hasta 17% en desnutrición global y 36% en crónica). La costa presenta menores incidencias, especialmente Lima y Tacna, pero hay enclaves rurales con incidencias relativamente altas (como La Libertad, con cortedad de talla de 43% e insuficiencia ponderal de más de 10 veces la incidencia urbana). Las diferencias geográficas en Perú son mayores a las registradas en los demás países, con rangos de 17 y 48 puntos porcentuales en desnutrición global y crónica, respectivamente.

En Bolivia, el norte de Potosí y Oruro, en el altiplano, y Chuquisaca, en el valle, destacan por las altas incidencias en los indicadores de desnutrición global y/o crónica (hasta 14% y 42%, respectivamente). Beni y Pando, en la zona oriental, también presentan incidencias relativamente altas

(9,5% en desnutrición global y 25,5% en crónica). Al centrarse en la zona urbana, destacan también altos indicadores para Cochabamba (14% de insuficiencia ponderal y 40% de cortedad de talla).

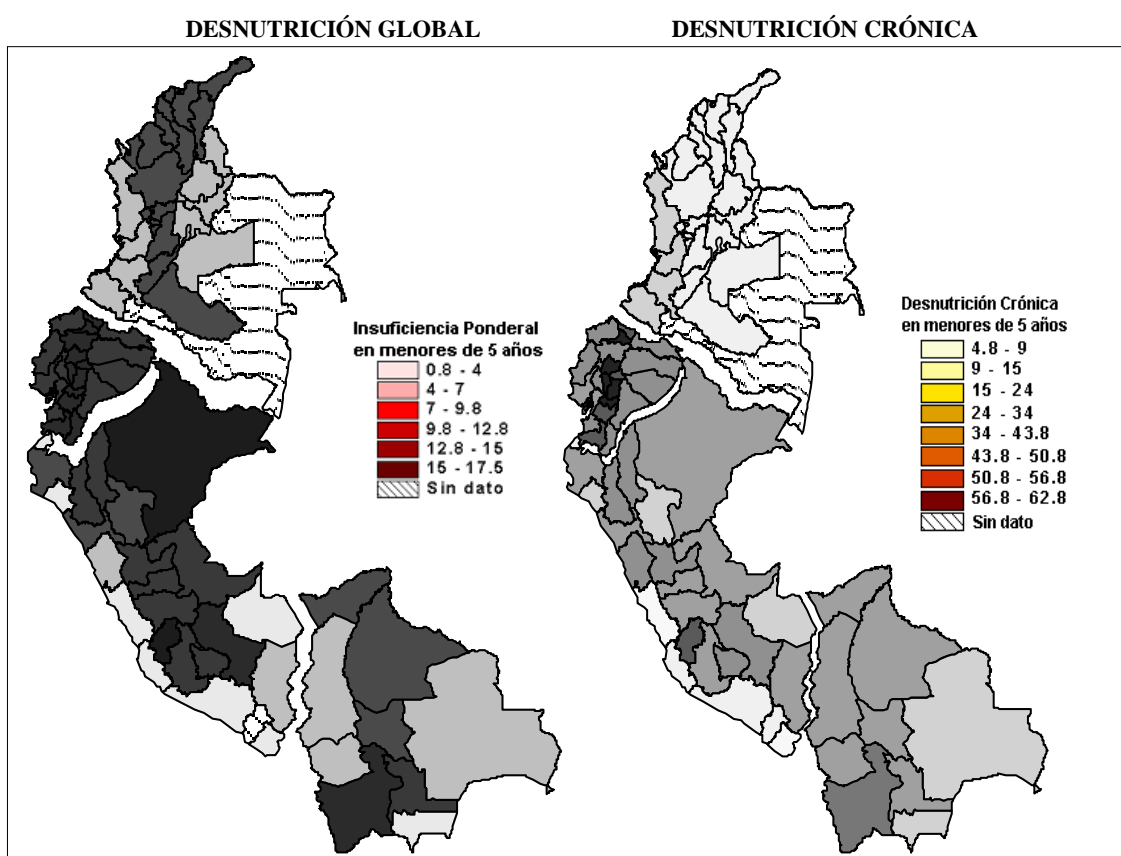
Colombia, además de presentar cifras inferiores, tiene diferencias bastante menores entre las zonas. Sus rangos no superan los 4 puntos porcentuales en desnutrición crónica y 2 en global. La zona del Pacífico (Chocó, El Valle, Cauca y Nariño) presenta las incidencias más altas en cortedad de talla (15%), pero en la zona Central (Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Huila y Caquetá) se registra la más alta insuficiencia ponderal (11%).

Cabe destacar que justamente en las zonas más vulnerables de los cuatro países es donde existe mayor presencia de los programas de ayuda alimentaria, tanto nacional como de la cooperación internacional.

Gráfico II.3

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN PROVINCIA O DEPARTAMENTO**

(En porcentajes, alrededor de 1999)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), 2000.

Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

## D. Las diferencias étnicas

Si bien existen varias referencias sobre la mayor vulnerabilidad que tienen los grupos indígenas y afrodescendientes respecto de los mestizos y “blancos”, el tratamiento del tema en los trabajos sobre

desnutrición en los países no considera esta dimensión de manera adecuada. Las categorizaciones se centran fundamentalmente en la lengua utilizada en el hogar y no en los rasgos culturales y las relaciones de parentesco y pertenencia. Así, en muchos casos la adscripción a una minoría étnica se ve subregistrada dado que el idioma español está presente en la mayoría de las comunidades y existe poca experiencia en educación intercultural bilingüe. Por otra parte, no puede hablarse de poblaciones indígenas como un todo homogéneo, ya que en Los Andes viven decenas de pueblos indígenas distintos, aun cuando comparten similitudes lingüísticas: 35 en Bolivia, 80 en Colombia, 27 en Ecuador y 47 en Perú (MACPIO, 2000; DANE, 1993; Fundación Hemeram, 2004; SIISE, 2004; y CHIRAPAQ, 2004).<sup>16</sup>

Por su parte, los afrodescendientes no aparecen identificados como un grupo independiente aun cuando según distintas estimaciones representan casi el 25% de la población colombiana, y hasta 10% de la peruana y la ecuatoriana (Banco Mundial, 2004).<sup>17</sup> Como ellos no presentan lazos idiomáticos característicos, distintos del español, difícilmente se los puede analizar de manera específica cuando el rasgo lingüístico es el único referente considerado en las fuentes de datos.

Similar es la situación de otros grupos étnicos, como los asiáticos (que tienen una presencia importante en Perú) y gitanos, entre otros, que tampoco aparecen identificados. Esto subraya la necesidad de considerar la elaboración de un diagnóstico y análisis específico de las diferencias étnicas en estos estudios, a fin de orientar las políticas y los programas alimentarios hacia una mejor adecuación a dichos rasgos.

Considerando lo anterior, y asumiendo las restricciones que ello supone, en el presente trabajo se hizo una aproximación al tema para el caso de los indígenas, utilizando la lengua habitual del hogar y algunas inferencias derivadas de las encuestas de hogares, para Bolivia, Ecuador y Perú.<sup>18</sup> Como se desprende del gráfico II.4, en los tres países, los niños y niñas que pertenecen a hogares de habla indígena tienen una probabilidad de padecer desnutrición significativamente superior a la de los no indígenas (1,6 a 2,4 veces). La incidencia de desnutrición crónica de los indígenas es 44% a 50% (uno de cada dos), mientras que entre los no indígenas supera levemente el 20% (es decir la quinta parte). La menor desigualdad se presentaría en la deficiencia ponderal en Ecuador, donde los niños indígenas tienen una incidencia de 18% y los demás de 11%.

---

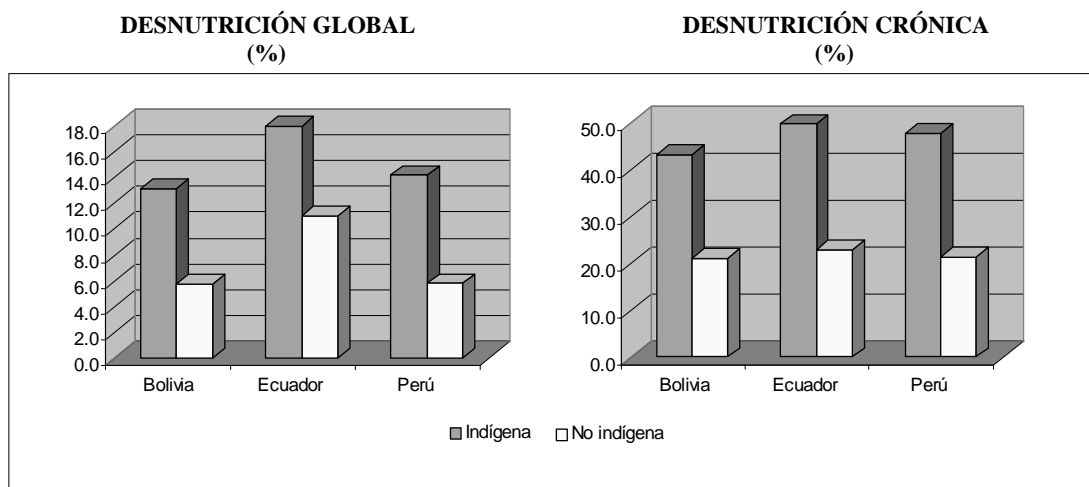
<sup>16</sup> Véase la lista de las etnias en el anexo.

<sup>17</sup> En el caso de Ecuador, el último Censo de población muestra que la población negra o mulata representa el 5%.

<sup>18</sup> No se cuenta con información confiable y comparable para Colombia.

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ETNIA**<sup>19</sup>

(En porcentajes, alrededor de 1999)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), 2000.

Ciertamente la situación no es homogénea entre los distintos grupos indígenas. En Perú y Bolivia, los grupos de lengua quechua son más vulnerables que los aymaras (15% contra 7% a 8,5% en insuficiencia ponderal y alrededor de 48% contra 35% en déficit de talla), lo que reafirma la necesidad de contar con estudios más profundos en relación con el origen étnico.

Cuando se analiza conjuntamente el origen étnico y la pobreza con relación a la desnutrición, se observa que la mayor vulnerabilidad de los pobres crece significativamente si éstos son indígenas. En contrapartida, cuando los indígenas logran salir de la pobreza, disminuyen significativamente su probabilidad de padecer desnutrición, pero igualmente mantienen una distancia importante con sus pares no indígenas. Es decir, una mejoría en los ingresos del hogar disminuye las vulnerabilidades de ambos grupos, pero mantiene la desigualdad.

**BOLIVIA Y PERÚ: DESNUTRICIÓN SEGÚN LA LENGUA HABLADA EN EL HOGAR Y LA POBREZA**

(En porcentajes, alrededor de 1999)

País	Desnutrición global				Desnutrición crónica			
	Indígena		No indígena		Indígena		No indígena	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
<b>Bolivia</b>	13,8	5,0	8,0	3,6	44,8	21,6	30,3	13,0
<b>Perú</b>	14,9	6,4	11,6	2,5	49,1	37,4	38,7	11,3

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998) y Perú (2000).

Esto no significa que exista una condicionante genética en los distintos grupos étnicos, sino más bien es el resultado de los mayores grados de marginalidad y discriminación en que viven los indígenas,

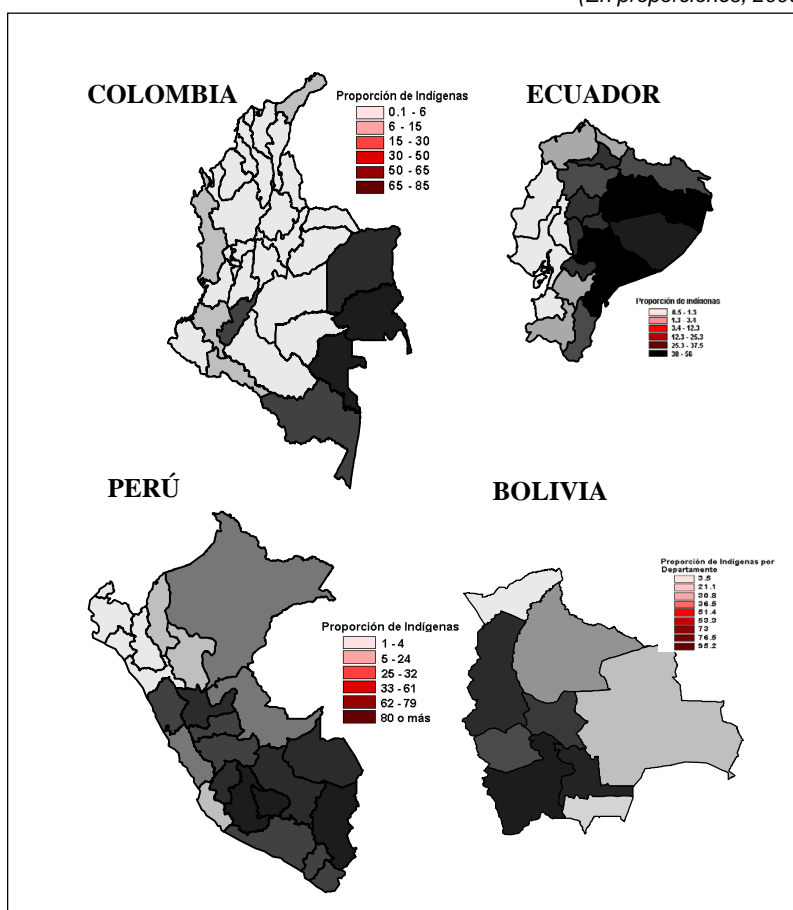
<sup>19</sup> Estimada a partir de la lengua hablada en el hogar.

como lo han demostrado diversos estudios realizados en Chile, Brasil, México, y Sudáfrica (Bustos y otros, 2001; Rivera y otros, 2003; Chaning-Pearce y Solomon, 1986; Burgard, 2002).

La situación nutricional de los niños y niñas indígenas se combina con su mayor presencia en sectores rurales y localización preferente en algunas zonas geográficas de los respectivos países, lo que redobla la situación de rezago.

**Gráfico II.5**  
**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EN LOS RESPECTIVOS PAÍSES**

(En proporciones, 2000)



Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

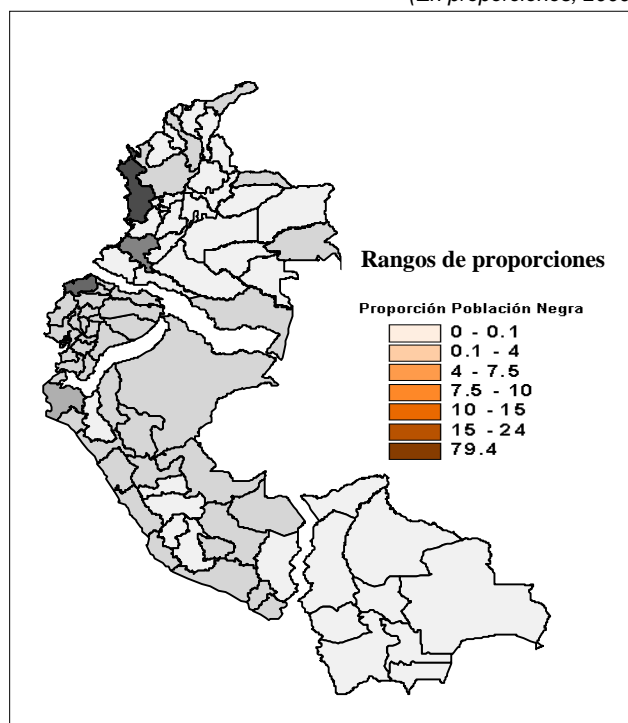
Como se observa en el gráfico anterior, las zonas geográficas con mayor presencia de comunidades indígenas coinciden con las de mayor incidencia de desnutrición global y crónica, en los niños, y de mujeres con una talla inferior a 1,45m. Esto se da principalmente en las zonas de la sierra y el altiplano, seguidas de las que conforman la amazonía en los respectivos países.

La localización de la población de origen africano también muestra una asociación con algunos indicadores de desnutrición, particularmente en Colombia, donde los departamentos de Chocó y Cauca, con la más alta densidad de población identificada como “negra” en los censos y encuestas de hogares (9% y 11%, respectivamente) componen, junto con Nariño y Valle del Cauca, la zona del país con mayor incidencia de rezago de talla (costa del Pacífico, con 22%). En Ecuador, la provincia de Esmeraldas, fronteriza con Colombia, con 24% de población “afrodescendiente”, constituye una de las zonas más empobrecidas y de mayor vulnerabilidad nutricional en el litoral del país.

Gráfico II.6

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE EN LOS RESPECTIVOS PAÍSES**

(En proporciones, 2000)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Encuestas de Hogares de Perú (1999), Ecuador (2002), Bolivia (1999); Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Censo de 1993.

a/ Para Perú se considera conjuntamente la población negra y mulata; en Colombia no se pregunta por mulatos; para Ecuador el gráfico incluye sólo la proporción de quienes se identifican como negros.

Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

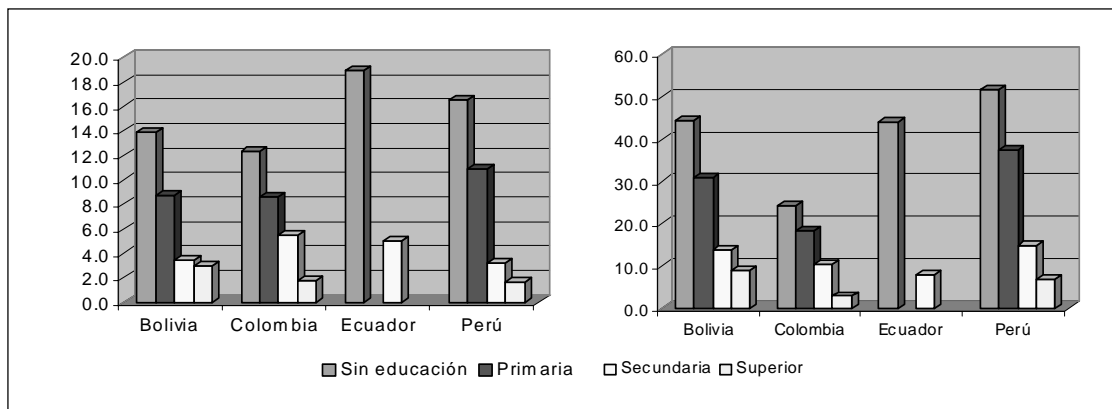
## E. La importancia de la educación de la madre

Uno de los indicadores más asociados a la pobreza es el bajo nivel educativo. Así, la educación de la madre aparece como una variable clave en las políticas orientadas a disminuir la vulnerabilidad alimentaria.

Como se muestra en el gráfico II.7, en los países andinos esto parece ser particularmente cierto. La incidencia de la desnutrición global es 30% a 40% inferior entre los niños con madres que cursaron educación primaria frente a las “sin educación”, y baja 25% a 47% más entre las que cursaron educación secundaria. De esta manera, el hecho de que las madres alcancen la educación secundaria produce una menor vulnerabilidad a la deficiencia ponderal de sus hijos: 55% en Colombia, 75% en Bolivia, 74% en Ecuador y 80% en Perú. En desnutrición crónica, el impacto de la educación primaria de las madres es 70% a 77% y se incrementa 34% a 43% con la educación secundaria, de manera que alcanzar este nivel educativo disminuye la vulnerabilidad en 57% en Colombia, 69% en Bolivia, 71% en Perú y 82% en Ecuador.

Así, por un lado, los impactos relativos de la educación en ambos indicadores de desnutrición son similares. Por otro lado, a medida que sube el nivel educativo de las madres disminuyen las diferencias entre los países, particularmente en la insuficiencia ponderal, lo que hace más parecido el perfil epidemiológico dentro de cada categoría educacional, independientemente del país.

**Gráfico II.7**  
**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS**  
**SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE**  
*Alrededor de 1999*



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (2003), Colombia (2000) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)/Instituto Nacional de Estadística (INEC), Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 1999.

**Nota:** Para Ecuador sólo hay datos de sin educación y secundaria.

Al analizar el impacto de la educación entre indígenas y no indígenas de Bolivia y Perú, se observa que en ambos casos éste es positivo. Sin embargo, los logros acumulados son mayores para estos últimos. Así, incrementar el nivel educativo de la madre disminuye progresivamente la vulnerabilidad, pero por lo observado hasta el momento, éste no sería suficiente para disminuir la brecha de oportunidades que separa a ambos grupos. Esto debería reforzar una orientación con especificidad cultural en las herramientas sobre alimentación y nutrición que se diseñan y entregan en las políticas, así como en los programas educativos en general.

Si las madres pasan a la educación secundaria, también se producen beneficios en la nutrición de los hijos, pero incrementando más aún la brecha entre los grupos étnicos: los no indígenas reducen su probabilidad de desnutrición global en 40% y 70%, en Bolivia y Perú respectivamente, contra 28% y 31% entre los indígenas. En el caso de la desnutrición crónica las variaciones son de 49% y 59% entre no indígenas y 22% y 21% entre los indígenas.

Es decir, el incrementar el nivel educativo de la madre disminuye progresivamente la vulnerabilidad, pero por lo observado hasta el momento éste no sería suficiente para disminuir la brecha de oportunidades que separa a los indígenas de los no indígenas, lo que debería orientar a los encargados de diseñar las políticas a reforzar la incorporación de una orientación con especificidad cultural de los distintos pueblos (educación intercultural bilingüe) en las herramientas sobre alimentación y nutrición que entregan, y en los programas educativos en general.

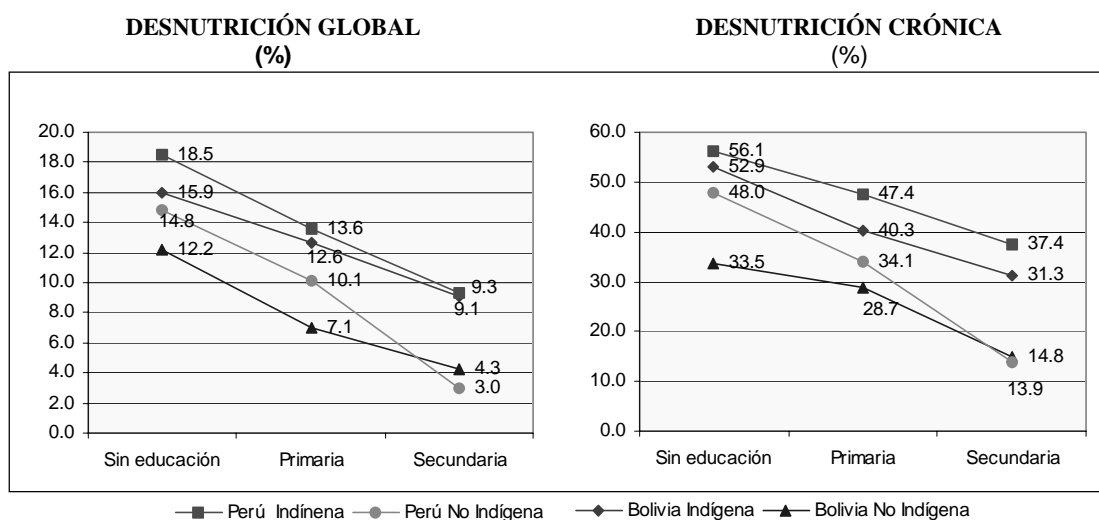
## F. El rol del agua y el saneamiento

Como se ha indicado, los problemas de inocuidad de los alimentos son factores importantes en la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria nutricional y a sus consecuencias patógenas. Todos los grupos etarios, pero particularmente los más pequeños, incrementan la probabilidad de enfermarse y desnutrirse al consumir alimentos contaminados. El grado en que ello sea controlado o disminuya depende de: a) las políticas, la normativa y los controles sanitarios existentes en cada país; b) las tecnologías de producción, el almacenamiento, el transporte y la comercialización; y c) las pautas de manipulación, conservación y alimentación que tienen las familias en el hogar.

Gráfico II.8

### BOLIVIA Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE Y LA ETNIA

(Alrededor de 1999)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998) y Perú (2000).

En lo que se refiere a la manipulación de los alimentos en los lugares de expendio y el hogar, la calidad del agua consumida y el acceso a los servicios de alcantarillado son áreas de intervención reconocidamente costo-efectivas, lo que reafirma la importancia de proseguir (e incrementar) los esfuerzos por mejorar la oferta de infraestructura sanitaria que distintas organizaciones públicas (como los ministerios de obras públicas, fondos de inversión social y municipios) implementan en los países.

Colombia es el país con mejor nivel de acceso al agua potable (91%), a significativa distancia de Bolivia, Perú y Ecuador, que tienen entre 70% y 75% de cobertura, observándose una situación similar en los servicios de alcantarillado, aunque con valores menores (OPS, 2004). Estos no se distancian demasiado de los promedios regionales (90% y 79%, respectivamente), pero aún queda trabajo por hacer, sobre todo en áreas rurales, donde tales cifras descienden entre 20 y 30 puntos porcentuales.

La provincia ecuatoriana de Sucumbíos es la que registra los menores niveles de cobertura de agua “de cañería”, con sólo 26%. En Perú, las menos provistas de este recurso son Ucayali y Loreto (31% y 34%, respectivamente), y en Bolivia es Pando (38%).<sup>20</sup> Así, las zonas selváticas orientales de los países son las menos abastecidas.

<sup>20</sup> Para los departamentos de la Amazonía Colombiana no se cuenta con información.

**Cuadro II.4**  
**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO**  
*(En porcentajes, 1998)*

País	Cobertura de agua potable			Cobertura de alcantarillado		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
<b>Bolivia</b>	73.5	93.1	44.0	63.5	82.3	35.3
<b>Colombia</b>	90.6	98.0	73.0	83.4	97.0	51.0
<b>Ecuador</b>	70.3	81.5	51.4	58.0	70.5	37.0
<b>Perú</b>	75.4	86.8	50.7	73.7	89.5	39.5

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Situación de la salud en la Américas*, 2004.

Los datos de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) reflejan claramente que las incidencias de diarrea y desnutrición global y crónica son mayores en los hogares que no tienen acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado. La tasa de desnutrición global en hogares con agua proveniente de fuentes inseguras (río, lago o pozo) (entre 11% y 15%) es significativamente mayor que la de aquellos que tienen acceso a “agua de cañería” (6%). La incidencia en hogares con agua provista “por camión” presenta una situación dispar, registra las menores incidencias en Bolivia y Perú (3% a 4%), pero llega a casi 8% en Colombia. Esto alerta sobre la necesidad de que exista una preocupación especial por la calidad del agua que entregan los camiones aljibes en este país, pues sus hogares usuarios, junto con presentar mayores incidencias de diarrea, presentan mayores niveles de desnutrición.<sup>21</sup>

Aun cuando la calidad del agua es un factor relevante, no es el único, por lo que la asociación anterior no aparece tan determinante al desglosarse territorialmente. Así, a pesar de que en general las zonas con baja cobertura de agua y saneamiento ocupan lugares de alta incidencia relativa en sus respectivos países, éstas no superan a las de la sierra y el altiplano, que cuentan con un mayor abastecimiento de dichos servicios.

## G. Las diferencias entre hombres y mujeres

Los indicadores de los cuatro países muestran que no existen diferencias significativas en la situación nutricional de hombres y mujeres. Como se observa en el gráfico II.10, las variaciones son pequeñas. Sólo marcan una leve diferenciación a favor de los hombres en la insuficiencia ponderal de Colombia y Ecuador, y de las mujeres en cortedad de talla en Ecuador.

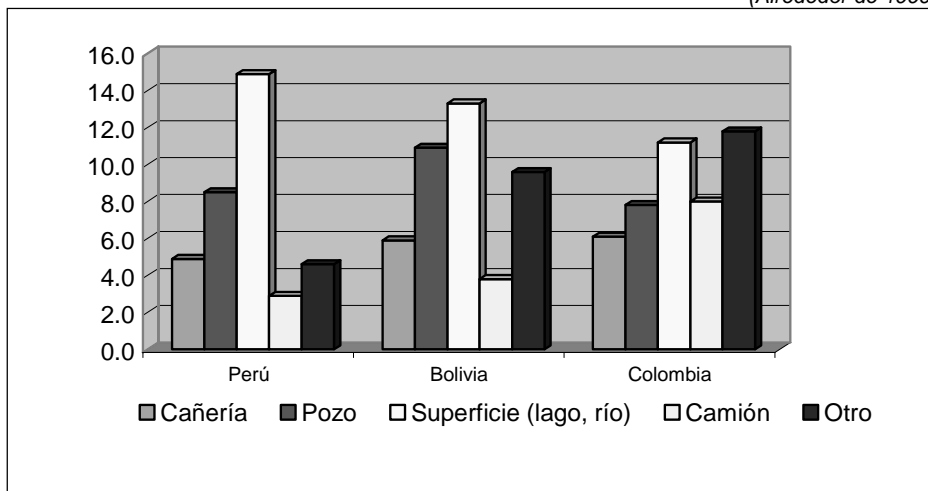
Al abrir el análisis entre los indígenas en Bolivia y Perú, sólo se presentan diferencias significativas en la situación de desnutrición crónica, donde las niñas tienen una incidencia de 47% y los niños de 40%. Estos antecedentes llevan a concluir que, salvo las excepciones propias de algunas localidades específicas, los programas nacionales de protección y recuperación de la vulnerabilidad alimentaria deben enfocarse a atender por igual a niños y niñas.

<sup>21</sup> No se cuenta con información desagregada para Ecuador.

Gráfico II.9

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN GLOBAL EN MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN LA FORMA DE ACCESO AL AGUA**

(Alrededor de 1999)

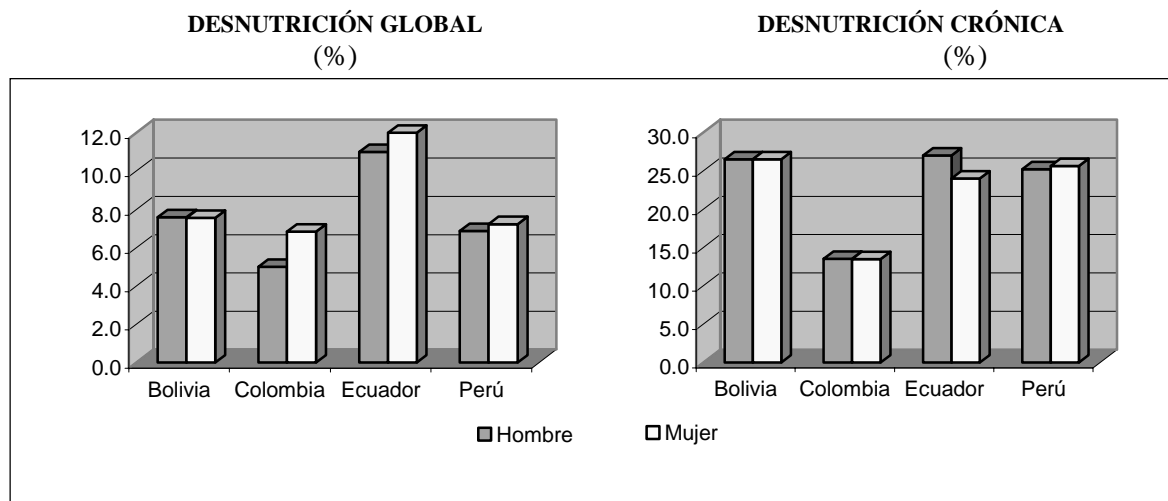


**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000).

Gráfico II.10

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN SEXO**

(Alrededor de 1999)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (2003) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), 2000.

## H. El ciclo de la desnutrición en los menores

La mayor relevancia de la desnutrición crónica en la región y los países andinos refleja una falta de alimentación y nutrición adecuadas durante los períodos más críticos del desarrollo físico y psicomotor de los niños. Los efectos de ello son en gran medida irreversibles, lo que lo convierte en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

El análisis de los datos de las Encuestas de Demografía y Salud de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000), así como el de los datos existentes para Ecuador, permite concluir que los primeros dos años de vida son clave para controlar el proceso epidemiológico de la desnutrición. A partir del nacimiento se inicia un proceso de deterioro continuo que alcanza valores máximos entre los 18 y 24 meses de vida, independientemente de la incidencia promedio de cada país. En dicho momento, la desnutrición global muestra un descenso de la incidencia, que se estabiliza aproximadamente en la mitad de su recorrido, entre los 38 y 44 meses. Por su parte, en los primeros dos años de vida la desnutrición crónica muestra un crecimiento significativamente mayor (con valores que incluso duplican a la desnutrición global en el punto máximo) y luego se estabiliza, en un punto ligeramente inferior al máximo. Es decir, una alta proporción de niños y niñas, entre dos y cinco años, recuperan un peso adecuado pero este no se traduce en incrementos suficientes de talla, con lo cual el aumento del volumen de alimentos ingeridos no recupera la pérdida de estatura generada en los primeros 24 meses de vida.

La importancia de los primeros dos años de vida en la incidencia y cronicidad de la desnutrición no es un tema desconocido en la región. Forma parte de las políticas y los programas de seguridad alimentaria de los distintos países y progresivamente se está incorporando en los sistemas de seguridad social integrados. No obstante, esta mayor relevancia no debiera llevar a focalizar los recursos exclusivamente en dicha cohorte, aun cuando los impactos sean menores. La adecuada alimentación en la etapa escolar es central para el aprendizaje, por lo que debería estar siempre presente como insumo del proceso educativo.

Otro elemento que suele tomarse en consideración al momento de describir la desnutrición en los niños y niñas es la cantidad de hermanos que tienen y el orden de nacimiento. Las familias de bajo nivel socioeconómico suelen tener una mayor cantidad de hijos que las de niveles medios y altos, lo que aumenta su vulnerabilidad, pues a sus bajos ingresos se suma una mayor cantidad de personas que alimentar. Así, es esperable que los niños pertenecientes a familias pobres y con mayor cantidad de hijos tengan mayores limitaciones en el acceso a un alimento adecuado y por lo tanto mayor desnutrición, lo que se verifica con el hecho de que para Bolivia, Colombia y Perú, la correlación del número de hijos con desnutrición global varía entre 0,87 y 0,97, y con la crónica entre 0,93 y 0,99.

A lo anterior se suma la hipótesis de que los hermanos menores son los que se llevan la peor parte, debido a que desde su nacimiento les toca una repartición entre más personas y, a la vez, el cuidado de la madre se ve limitado por la necesidad de trabajar más para incrementar los recursos del hogar, por lo que deben quedar en muchos casos al cuidado de otros familiares o hermanos mayores.

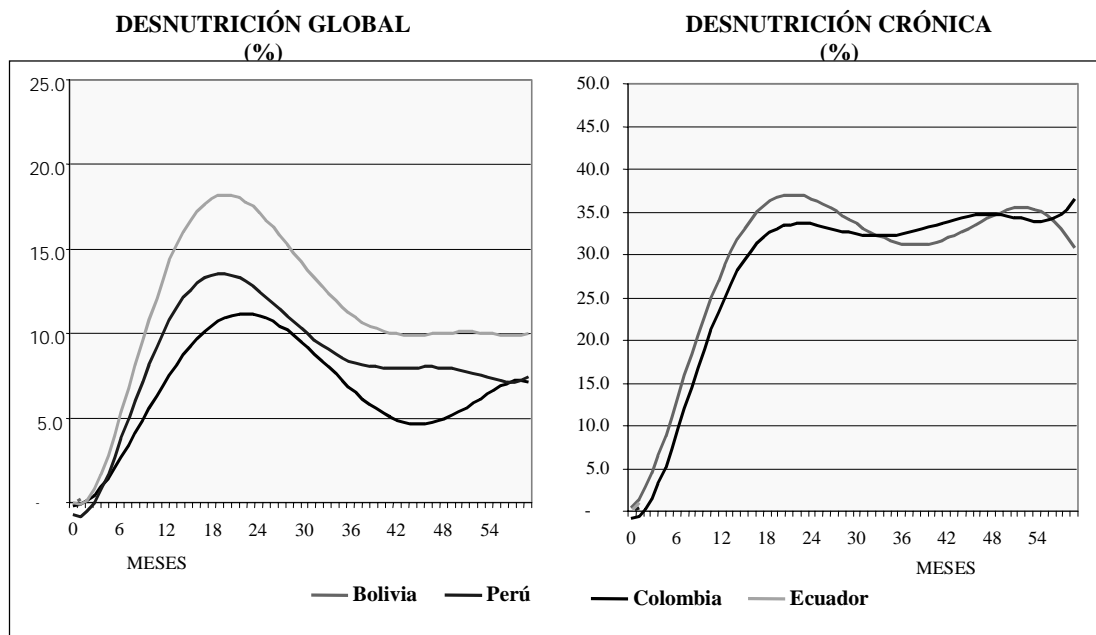
Baste lo anterior para resaltar que el tema de la fecundidad de las familias más pobres es muy relevante y debe tenerse en consideración en el diseño de las estrategias de reducción de la vulnerabilidad alimentaria.

## I. La situación de las madres

Las malas condiciones de alimentación no sólo afectan a los menores de cinco años. También perjudican a los niños y adolescentes en edad escolar (con rezagos de peso y talla) y a los adultos (con manifestaciones agudas, identificadas con indicadores como el índice de masa

corporal, y crónicas, con baja talla).<sup>22</sup> A su vez, como se indicó anteriormente, el déficit nutricional de los adultos, particularmente de las madres, es un factor altamente relevante en la desnutrición perinatal e infantil.

**Gráfico II.11**  
**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: EVOLUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN ENTRE LOS 0 Y 59 MESES DE VIDA**  
(Alrededor de 1999)



**Fuente:** CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), 2000.

**Nota:** El gráfico corresponde a un modelo polinomial de ajuste de la serie de datos de desnutrición según edad en meses (0-59). Para Ecuador la serie corresponde a puntos medios de la serie en años.

A fin de reflejar en parte esta situación, se contrastaron los rezagos de talla de las madres entrevistadas en las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de los respectivos países, y se encontró que los mayores problemas se presentan en Perú, con 14% de las mujeres con una estatura inferior a 1,45m, seguido de Bolivia con 10% y Colombia 3%.

Al interior de Perú, la población con mayor déficit se encuentra en Huancavelica (27%), seguida de Ayacucho, Junín y Apurímac, en la sierra, La Libertad, en la costa, y Amazonas en la selva (con valores entre 24% a 20%). En Bolivia destaca Potosí con 24%.

Como se muestra en el cuadro II.5, éste déficit de talla en las madres se asocia fuertemente con los indicadores de desnutrición infantil, lo que hace que la probabilidad de desnutrición global y crónica de un niño o niña se incremente entre 1,7 y 2,6 veces en los casos de las madres con baja estatura. En cambio, los datos existentes en relación con el índice de masa corporal de las madres ( $IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$ ), no muestran una relación clara al respecto.

<sup>22</sup> En el presente estudio se intentó hacer un análisis en la edad escolar, pero no se contó con suficiente información de censos de talla confiable y comparable en los cuatro países. Por tal motivo, se optó por remitirse a los datos provenientes de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) más recientes y las otras nacionales con metodologías similares.

**Cuadro II.5**

**BOLIVIA, COLOMBIA Y PERÚ: DÉFICIT DE TALLA DE LAS MADRES Y  
DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS**

*(En porcentajes, 1998-2000)*

País	Déficit de talla de las madres	Desnutrición global			Desnutrición crónica		
		Talla de la madre		Total	Talla de la madre		Total
		< 1,45m	> 1,45m		< 1,45m	> 1,45	
<b>Bolivia</b>	10,0	13,4	6,7	7,6	44,4	24,0	26,8
<b>Colombia</b>	3,4	17,3	6,1	6,7	34,2	12,3	13,5
<b>Perú</b>	13,5	12,8	5,9	7,1	42,4	22,1	25,4

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de los respectivos países.

Finalmente, cabe destacar que los distintos indicadores analizados muestran una diferencia significativa entre lo que sucede con la desnutrición en Colombia y los otros tres países andinos en que se centra el estudio (Bolivia, Ecuador y Perú). Como se describe más adelante, dicho país presenta niveles bastantes menores, particularmente en la desnutrición crónica, así como especificidades sociales, geográficas y étnicas que marcan diferencias. Por lo mismo, tal como en términos socioeconómicos no se puede hablar de una subregión andina homogénea, del mismo modo cabe hablar de un conjunto de realidades que conviven en un medio ambiente natural, social, económico y cultural muy variado, con algunas similitudes en algunos aspectos y grandes diferencias en otros.

## J. El hambre y las enfermedades asociadas

El hambre y la desnutrición se dan en un contexto en que dada la insuficiente ingesta alimentaria y los problemas de calidad de los alimentos ingeridos, se produce una mayor vulnerabilidad a la aparición de distintas enfermedades, directa o indirectamente asociadas: diarreas (EDA), infecciones respiratorias (IRA), anemia, cretinismo, déficit de vitamina A, etc. Esto sin dejar de olvidar las expresiones más graves de la desnutrición como el marasmo y el kwashorcor que afortunadamente no son recurrentes en la región andina.

La diarrea es una manifestación directa de los problemas de calidad e higiene de los alimentos (derivada de la transmisión de agentes patógenos del cólera, la amebiasis, la salmonella y otros) y la composición de la alimentación de los niños, la que a su vez se convierte en un factor de desnutrición y de las causas prevenibles de la mortalidad entre los menores.

En los países andinos, las madres entrevistadas en las encuestas nutricionales dan cuenta de una incidencia de diarrea en los menores de cinco años que alcanza el 21% en Ecuador, 19% en Bolivia, 16% en Perú y 14% en Colombia.<sup>23</sup> A su vez, los niños cuyas madres informaron dichos episodios de diarrea presentan entre un 45% y 95% más de probabilidades de tener insuficiencia ponderal y entre 23% y 65% más de cortedad de talla.<sup>24</sup>

Lo anterior subraya la importancia de los factores sanitarios, asociados a la diarrea, como un área de intervención necesaria para atacar el problema del hambre y sus consecuencias, tanto en los procesos productivos como en su manipulación en el hogar.

<sup>23</sup> Informe de episodios de diarrea aguda durante las dos semanas previas a la entrevista.

<sup>24</sup> El dato de Ecuador proviene de la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) de 1999.

**Cuadro II.6**  
**BOLIVIA, COLOMBIA Y PERÚ: DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS**  
**SEGÚN INCIDENCIA DE DIARREA**  
*(En porcentajes, 1998-2000)*

País	Incidencia de diarrea	Desnutrición global			Desnutrición crónica		
		Con diarrea	Sin diarrea	Total	Con diarrea	Sin diarrea	Total
<b>Perú</b>	15,5	9,6	6,6	7,1	30,1	24,5	25,4
<b>Bolivia</b>	19,3	11,2	6,7	7,6	30,3	26,0	26,8
<b>Colombia</b>	14,1	11,5	5,9	6,7	17,9	12,8	13,5

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000).

Cabe también destacar que en América Latina el 6,2% de las muertes en menores de cinco años se debe a enfermedades diarreicas agudas (EDA). Entre los países andinos analizados, Ecuador es el que presenta una mayor incidencia (8,1%), en cambio Colombia y Perú se ubican bajo el promedio regional (5,7% y 4,7%, respectivamente), aunque a significativa distancia de Chile, Cuba y Costa Rica que presentan valores entre 0,8% y 1,6% (OPS, 2004). Así, por cada mil nacidos vivos, entre los 0 y 5 años, 4,4 mueren por diarrea en Ecuador, 2,4 en Perú y 1,8 en Colombia.<sup>25</sup>

Como se indicó más arriba, otro elemento que hay que tener en cuenta en las enfermedades asociadas a los problemas nutricionales es la incidencia de patologías derivadas de la insuficiencia de micronutrientes. Este es el caso de la anemia, por insuficiencia de hierro, que afecta alrededor de 94 millones de personas de nuestro continente, principalmente mujeres embarazadas y niños (Freire, 1998).

La anemia moderada o severa afecta al 21% de los menores de cinco años en Bolivia y al 13% en Perú. En tanto la leve tiene una incidencia de 40% y 43%, respectivamente. Así, menos del 40% de los niños peruanos y bolivianos presentan una situación de normalidad (según las EDS de Bolivia de 1998 y Perú de 2000), lo que indica que este también es un problema de gran envergadura que subraya la importancia de las políticas de fortificación de la harina con hierro que se están implementando en la región.

Concordante con lo esperado, entre los niños con anemia se observa una mayor incidencia de desnutrición. Mientras la insuficiencia de peso alcanza el 5% entre los niños sin déficit de hierro, la incidencia es 50% superior entre quienes tienen anemia leve y tres veces mayor entre los casos moderados o severos. El déficit de talla presenta igualmente una asociación significativa, pero con una fuerza de relación menor.

Por último, como otra característica de la pobreza, la probabilidad de que los niños sufran anemia por insuficiencia de hierro es mayor entre los pobres e indigentes, los que presentan una incidencia 23% superior a los no pobres en Bolivia y 17% en Perú. Así, es en estos grupos poblacionales donde se deben focalizar más (o expandir más fuertemente) los recursos invertidos en los programas de fortificación de hierro.

<sup>25</sup> Para Bolivia no se cuenta con información validada sobre la mortalidad por diarreas. Sin embargo, su mortalidad en niños menores de cinco años (69,9 por mil) es significativamente mayor a los demás países (53,5 en Ecuador, 50,8 en Perú y 31,9 en Colombia).

**Cuadro II.7**  
**BOLIVIA Y PERÚ: INCIDENCIA DE DESNUTRICIÓN Y ANEMIA**  
**EN MENORES DE 5 AÑOS**  
*(Alrededor de 1999)*

País	Desnutrición global			Desnutrición crónica		
	Con anemia		Sin anemia	Con anemia		Sin anemia
	Severa o moderada	Leve		Severa o moderada	Leve	
<b>Bolivia</b>	14,7	7,5	5,3	41,1	28,5	22,1
<b>Perú</b>	10,5	7,7	5,0	32,1	27,5	19,7

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las últimas Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Bolivia (1998) y Perú (2000).



### **III. Políticas y programas alimentarios**

---

Los encargados de formular la política social han potenciado progresivamente la articulación de los distintos sectores, a fin de atender los problemas de las personas de una manera integral y participativa. Esta orientación se sustenta en una mirada sistémica que destaca la fuerte interacción existente entre distintas fuentes de vulnerabilidad (salud, nutrición, educación, vivienda, trabajo y medio ambiente). A su vez, el impacto alcanzado en la solución de cada uno de dichos problemas desencadena también cambios positivos en los otros. Por lo tanto, al analizarlos y trabajarlos en conjunto se genera un círculo virtuoso que revela importantes sinergias.

En la misma línea, las políticas y los programas de seguridad alimentaria nutricional han incorporado cada vez más dicha mirada integradora, situando a la alimentación como un objetivo, pero también como un medio para alcanzar otros. La inversión en tecnologías de producción, la capacitación, la fortificación de alimentos y el mejoramiento de los canales de distribución son fundamentales para mejorar el volumen y la calidad de los alimentos nutritivos, así como el acceso a los mismos. A su vez, la entrega de alimentos en los centros de salud y las escuelas constituye un incentivo efectivo para potenciar las acciones de dichos sectores, pues operan como sistemas de transferencias condicionadas que inducen a las madres a llevar a sus hijos a controles médicos y a estudiar.

Una expresión clara de esta noción sistémica y de las sinergias que supone la intervención integrada se encuentra en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, que define ocho objetivos

interdependientes. A su vez estos objetivos consideran metas medidas tanto por la magnitud de las carencias como por los recursos requeridos para alcanzarlas, donde el hambre y la pobreza encabezan la lista.

A lo anterior se suman algunas de las políticas promovidas por quienes están a cargo del seguimiento de dichas metas, entre las cuales cabe mencionar las siguientes:

- a) Aumento de la capacidad productiva en la agricultura de subsistencia a través de inversiones en el mejoramiento de los suelos, el manejo del agua, el almacenamiento y las actividades de extensión.
- b) Mejoramiento de la calidad de los productos, con inversión en nuevas tecnologías, fortificación con micronutrientes, capacitación e higiene.
- c) Inversión en infraestructura de agua y saneamiento en zonas marginales.
- d) Acopio y distribución de alimentos para emergencias en poblaciones vulnerables por marginalidad, conflictos sociales y desastres naturales.
- e) Suplemento alimentario para mujeres embarazadas, nodrizas y lactantes, y promoción de la lactancia materna.
- f) Alimentación escolar.
- g) Distribución de dinero y/o alimentos para poblaciones en condiciones de extrema pobreza, como contraprestación por asistencia a otros servicios públicos, trabajos comunitarios, capacitación y alfabetización.

Parte de la visión integral de las políticas de seguridad alimentaria y nutricional es la necesidad de contar con una perspectiva de largo plazo. Los logros en la reducción de la extrema pobreza y la desnutrición, particularmente en el caso de la desnutrición crónica, requieren años de trabajo con continuidad de enfoques. Esto supone que el problema del hambre debe formar parte central de la agenda pública y tener un financiamiento asegurado. Para ello es fundamental que los países cuenten con un marco jurídico que provea estabilidad y que las políticas y los planes de gobierno pasen a ser políticas de estado.

Otra característica de las políticas sociales modernas, y en particular de la alimentaria, son los principios de participación y focalización de los recursos. El primero en el entendido de que parte de la integralidad supone involucrar a la población, no sólo como receptores sino como actores en la identificación de los problemas y en el diseño e implementación de las políticas, de manera que las soluciones se adapten a sus especificidades socioculturales y ambientales. El segundo, como un medio para alcanzar la universalidad de la seguridad alimentaria, lo que supone enfocar los esfuerzos hacia los más vulnerables, es decir, aquellos que no solo viven en condiciones de mayor riesgo (por amenazas del medio ambiente humano y natural), sino que además tienen menos capacidad de respuesta individual o colectiva (con menor capital privado y social).

A su vez, la evaluación y el monitoreo constituyen pilares fundamentales para llevar adelante una adecuada gestión de los programas alimentarios. El hecho de que los impactos sean menores a los esperados y se mantengan las inequidades, se debe en parte a los problemas de gestión y probidad que persisten en la región. En ello son clave los sistemas de información con indicadores de procesos e impactos, lo que subraya nuevamente la necesidad de proseguir con la implementación periódica de encuestas de demografía y salud articuladas con las encuestas de hogares.

En definitiva, el hambre, como una expresión de la vulnerabilidad social, y el alimento, como medio para aplacar esta y otras desigualdades, constituyen hoy los ejes centrales de la política social, la que debe ser tratada con perspectiva de largo plazo, en un marco de seguridad jurídica.

En el caso de los países andinos, el problema del hambre tiene un espacio claramente definido en la política social, que se resume en que además de asumir los compromisos adoptados en la Conferencia

Internacional sobre Nutrición (1991), la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (1996 y 2002) y la Declaración del Milenio (2002), en junio del 2003, el Consejo Presidencial Andino emitió la Declaración de Quirama, que instruye al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores a que establezcan los lineamientos de una política de seguridad alimentaria subregional. A esto se suma el que los cuatro países cuentan con un marco de política de seguridad alimentaria y nutricional, en que los programas alimentarios se van integrando progresivamente a nuevos sistemas de seguridad social. Sin embargo, aún queda bastante trabajo por hacer para que dichas políticas de gobierno se constituyan en políticas de estado de largo plazo y aseguren el adecuado marco institucional para la continuidad de los programas.

## A. Bolivia

### 1. La política alimentaria y nutricional y su contexto jurídico

La política alimentaria boliviana se encuentra sistematizada desde la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). En ella se establecen cuatro líneas de acción: i) programas de protección social, ii) atención integral a la niñez, iii) programas de prevención de riesgos, atención de desastres y situaciones de emergencia, y iv) seguridad jurídica en la tenencia de activos y la definición de un marco formativo para el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales.<sup>26</sup>

Según la EBRP, la seguridad alimentaria debería abordarse con una política integral y multisectorial. El mejoramiento del estado nutricional de los pobres se conseguirá mediante la capacitación en el uso óptimo de los alimentos y la focalización de los recursos hacia los hogares con alto riesgo de desnutrición. Esos recursos incluyen insumos productivos, infraestructura productiva y social, programas de salud y educación, y acciones en materia de nutrición (fortificación de alimentos, promoción de la lactancia, control, promoción y evaluación del crecimiento, y suplemento de micronutrientes). Las poblaciones con mayor inseguridad alimentaria son identificadas como agricultores con menos de cinco hectáreas de tierra –especialmente mujeres-, personas sin tierra, víctimas de catástrofes naturales, hogares encabezados por mujeres, mujeres gestantes y madres lactantes, así como niños con carencias nutricionales. Esta estrategia tiene un proceso de aprobación por decreto supremo y una aprobación legislativa. De la EBRP surgió la Ley del Diálogo Nacional del 2000 y otros cuerpos jurídicos más generales referidos a las reformas del Estado y la reforma educativa.

Una característica común dentro de las estrategias y los planes antipobreza en Bolivia es la cobertura geográfica y no nacional de sus políticas. Los programas funcionan únicamente en las zonas definidas por el Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad (VAM) como de alto riesgo social. Ellas comprenden el altiplano (departamentos de Potosí, Oruro y La Paz) y los valles (departamentos de Chuquisaca y Cochabamba).

Pese a los esfuerzos reunidos en la EBRP, Bolivia no posee un marco legal específico sobre seguridad alimentaria nutricional (SAN) que ordene y aúne las acciones de gobiernos sucesivos hacia el logro de metas de largo plazo. La FAO, el PMA y la Academia de las Ciencias de Bolivia elaboraron un documento de reflexión para contribuir en el diseño de la Política de Seguridad Alimentaria Integrada y el Plan Nacional Alimentario Nutricional. Los lineamientos propuestos se orientan al incremento de los ingresos, el desarrollo e incremento de la base productiva sostenible, el apoyo a la microempresa, el desarrollo de mercados, la construcción de infraestructura productiva y la inversión en capital humano.

Las prácticas concretas respecto de la seguridad alimentaria y nutricional se encuentran plasmadas en programas asociados a los Ministerios de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural (MAGDR), de Salud y Prevención Social, y de Educación, Cultura y Deportes. Se trata de programas que atienden a grupos específicos y que son cofinanciados por entidades externas de colaboración.

<sup>26</sup> Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza para el período 2001-2002.

En búsqueda de una mayor cooperación intersectorial, en mayo del 2003 se creó el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) compuesto por los Ministros de la Presidencia, de Hacienda, de Desarrollo Sostenible, de Desarrollo Económico, de Educación, de Salud y Deportes, de Trabajo, y de Asuntos Campesinos, Indígenas y Agropecuarios, y presidido por la Primera Dama. Su misión es realizar el seguimiento de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, aunando los esfuerzos de cada ministerio y sus programas y acciones al respecto. Su objetivo principal es conseguir una Política de Estado en materia de seguridad alimentaria nutricional que atienda a las poblaciones de menores de 5 años, embarazadas y mujeres en edad fértil, que promueva la fortificación de los alimentos con micronutrientes (hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo), y que fomente las actividades de promoción de la lactancia materna y educación nutricional. En la actualidad, el funcionamiento de este Consejo no se ha traducido en una estructura estable ni en un plan de acción definido.

Los antecedentes recopilados indican que existe debilidad institucional por parte de los organismos gubernamentales respecto de la creación y la implementación de políticas de seguridad alimentaria nutricional. Los planes desarrollados no han logrado convertirse en políticas, son complejos y sin capacidad operativa. Esto explica en parte la importancia del financiamiento externo y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales en estos temas.

En cuanto a las mediciones sobre seguridad alimentaria en Bolivia, existen dos organismos que generan y/o administran gran parte de la información relevante sobre los niveles de nutrición y alimentación de la población. El Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) es el organismo gubernamental encargado de la administración de los datos de los centros de salud, básicamente de los indicadores de peso y talla. Por otra parte, el Sistema Nacional de Seguimiento a la Seguridad Alimentaria y Alerta Temprana (SINSAAT) ha apoyado la generación de dos Hojas de balance de la FAO (años 1998-1999 y 2000-2001) y el VAM. Este organismo opera con datos secundarios provenientes del Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología (SENAMHI), del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), del MAGDR y directamente de los precios urbanos y ferias rurales.

En cuanto a la evaluación y el seguimiento de los sectores económicos, las políticas y los programas gubernamentales, Bolivia cuenta con la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) dependiente del Ministerio de Planeamiento y Coordinación. Esta instancia ha puesto de manifiesto que a pesar de los esfuerzos reiterados del Estado en materia de seguridad alimentaria, gran parte de los planes no logran convertirse en políticas concretas, son complejos y sin capacidad operativa. Por otra parte, destacan las experiencias positivas en cuanto al crecimiento y la variación de la producción agrícola y la fortificación de alimentos con yodo, hierro y flúor.

Finalmente, cabe mencionar que, en cuanto a la gestión de desastres naturales, Bolivia no cuenta con una oficina nacional de emergencias.

## **2. Los programas nacionales de ayuda alimentaria**

El Programa Nacional de Atención a Niñas y Niños Menores de Seis Años (PAN) fue creado mediante un decreto supremo en 1997 con el objetivo de “garantizar la promoción de servicios de educación inicial, salud, nutrición y protección en todo el territorio nacional, a todos los niños y niñas de 0 a 6 años de edad”, estableciendo el carácter intersectorial, integral, descentralizado y participativo del Programa.<sup>27</sup> Su creación se inscribe en el marco de las políticas de desarrollo humano que conciben la atención a niños y niñas como una inversión estratégica en reemplazo de los enfoques asistencialistas anteriores. Su servicio consiste en la atención diaria de niños durante 8 horas con educadoras que provienen de la misma comunidad. En cada jornada se entrega alrededor del 70% de los requerimientos energéticos diarios distribuidos en 4 comidas. El PAN cuenta con 2.300 centros de atención distribuidos en 166 municipios (lo que representa al 48% del total) priorizados a través del (VAM). Su atención se estima en 60.000 niños de entre 6 y 59 meses, lo que significa una cobertura aproximada del 6% de los

---

<sup>27</sup> Decreto Supremo N° 24557.

niños menores de 6 años que se encuentran en situación de pobreza. Existe una evaluación del BID que destaca problemas de sostenibilidad de los eventuales impactos del PAN, los que derivan de que la atención es de lunes a viernes y de que no opera durante la época estival. Por lo tanto, durante los fines de semana y el verano, los niños presentan fuertes disminuciones en su estado nutricional lo que se constata a través de un seguimiento nutricional semanal y otro psicomotor, una a dos veces al año. En cuanto a su financiamiento, seis de los nueve departamentos en que opera el PAN son apoyados por el PMA. No hay claridad sobre el futuro del PAN, fundamentalmente debido al término del financiamiento del BID en diciembre del 2004. Aún cuando ya han transferido el 70% de los centros del PAN a los municipios, el resto tiene dificultades para seguir gestionando a futuro. A esto se suma la disminución del aporte realizado por los padres.

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) está enfocado a mejorar las condiciones de aprendizaje de la población en edad escolar, promoviendo así los derechos de la infancia, el cuidado de la salud y el estado nutricional de niños y niñas, incluidas la desparasitación y provisión de micronutrientes, con un enfoque de equidad de género. Actualmente existen en Bolivia 178 municipios priorizados según el VAM que cuentan con desayuno escolar a partir de este programa, lo que significa una cobertura del 47% de la población escolar de colegios públicos. El costo del PAE para el año 2004 es de 20 dólares anuales por niño. Su gestión y financiamiento comprende aportes municipales, del PMA, del UNICEF y de Project Concern International (PCI), entre otros. Entre 1997 y 2003, se atendieron aproximadamente 50 mil niños de 670 escuelas cada año; se distribuyeron alimentos fortificados que cubrían el 56% del aporte energético recomendado, tabletas de vitamina A y antiparasitarios; se realizaron construcciones de infraestructura productiva y de mejora en las escuelas; y se capacitaron 19 mil personas entre profesores, juntas escolares y comunidades.

El Programa de Desarrollo Rural Integral y Participativo de Áreas Deprimidas (DRIPAD) depende del MAGDR y opera en zonas muy pobres de los departamentos andinos de La Paz, Cochabamba, Potosí, Chuquisaca, Tarija y Oruro. Su objetivo es promover la creación de activos sociales y humanos, permitiendo que los hogares, cuya seguridad alimentaria depende de los recursos naturales degradados, puedan contar con medios de subsistencia más sostenibles, promoviendo la creación de bienes de apoyo a la producción agropecuaria sostenible y el manejo de los recursos naturales. También se concibe para asistir rápida y adecuadamente a las víctimas de desastres naturales y otras emergencias. La estrategia de funcionamiento del DRIPAD es a través del sistema “Alimentos por Trabajo” y “Alimentos por Capacitación”, en el cual entregan raciones de 5 productos para la familia. La entidad ejecutora es la Oficina Nacional a través de sus oficinas regionales dependientes de las prefecturas en coordinación con municipios priorizados.

El Programa Nacional de Nutrición e Inocuidad alimentaria (PRONIA), dependiente del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, tiene como objetivo contribuir al mejoramiento del estado nutricional de la población boliviana, con la implementación de acciones directas, integradas y oportunas, que permitan revertir las prevalencias de desnutrición de la población en general, focalizada en los grupos de riesgo. Entre sus actividades del año 2004 cabe destacar la evaluación de hospitales –y capacitación de sus cuerpos técnicos– que apoyan la lactancia materna, la conformación de comisiones técnicas en nutrición, fortificación y seguridad alimentaria dispuestas desde el CONAN, la revisión de reglamentos y leyes sobre la lactancia materna, el desarrollo de una papilla nutritiva con alimentos locales, el diagnóstico y la evaluación de las acciones en fortificación de alimentos con vitamina A, hierro y yodo, la cooperación con el SNIS para mejorar los sistemas de registro sobre información nutricional del país, y la realización de investigaciones puntuales sobre alimentación y nutrición.

### **3. Cooperación bilateral e internacional**

El rol del PMA en Bolivia se encuentra definido en su Programa País del período 2003-2007 que tiene como propósito aumentar la seguridad alimentaria y los medios de vida sostenibles de 554 mil beneficiarios por año en las zonas de mayor vulnerabilidad, así como contribuir a satisfacer las

necesidades alimentarias que surgen como resultado de situaciones de emergencia. Funciona sobre un esquema de focalización geográfica basado en el VAM.

En cuanto a la seguridad alimentaria y los medios de vida, el trabajo del PMA se traduce en tres actividades principales ejecutadas a través del DRIPAD: i) capacitación y alfabetización, principalmente de mujeres; ii) creación y protección de activos físicos y naturales que permitan mitigar los efectos de catástrofes y otras crisis; y iii) asistencia rápida y oportuna a víctimas de desastres naturales y otras emergencias. Las intervenciones reciben financiamiento de contraparte mediante mecanismos locales, en el marco de la planificación participativa que permite que la población rural plantee sus prioridades a las autoridades municipales, a fin de que se las incluya en los planes operacionales anuales.

En cuanto al apoyo del desarrollo de capital humano, el PMA realiza tres tipos de intervenciones que comprenden anualmente a 121 mil beneficiarios. La primera es el apoyo al PAN dedicado a la atención integral de menores de seis años, contribuyendo con recursos alimentarios, capacitación, seguimiento nutricional, asistencia técnica e inclusión de la perspectiva de género en el conjunto de las acciones del programa, entre otros. La segunda corresponde al apoyo del PAE en escuelas rurales de los municipios de Potosí, Tarija y Chuquisaca, donde contribuye con alimentos, supervisión y asistencia técnica y logística general de alimentos. La tercera intervención en materia de desarrollo de capital humano es el apoyo a la rehabilitación de niños y adolescentes de la calle, actividad dependiente del Despacho de la Primera Dama, que opera en las ciudades de La Paz, El Alto y Cochabamba.

El financiamiento del PMA para las dos líneas de trabajo anteriormente descritas fue de 2,25 millones de dólares anuales durante el período 2001-2002, monto que ascendió a 7,03 millones de dólares anuales en 2003.

En relación con los micronutrientes, el PMA junto con el Ministerio de Salud y Deportes, apoya la fortificación de alimentos de consumo masivo con hierro y vitamina A y a las asociaciones de información, educación y capacitación orientadas al consumo de alimentos nutritivos. Durante el 2002, el Programa de Micronutrientes benefició a 113 mil mujeres embarazadas y 30 mil niños y niñas menores de cinco años.

También contribuye a la investigación sobre seguridad alimentaria a través del apoyo de la Encuesta Nacional de Consumo y Nutrición, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud y el Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad Alimentaria (VAM).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) opera en Bolivia desde 1950, apoyando las políticas nacionales de nutrición centradas en niños menores de dos años y en sus madres, especialmente en la promoción de la lactancia, y monitorea el crecimiento infantil a nivel comunitario y en los centros de atención infantil. Actualmente trabaja en 54 municipios en la elaboración de líneas de base sobre la desnutrición infantil y apoya la lactancia materna y la estimulación temprana. Opera en coordinación con el PMA, el PAN y otros programas, utilizando el VAM para la selección de las áreas de intervención.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) centra su asistencia en la vigilancia nutricional en materia de seguridad alimentaria. Cuenta con trabajos y publicaciones recientes sobre micronutrientes referidos al diagnóstico, la prevención y el control de la anemia nutricional en la región andina, la fortificación de alimentos como la harina de trigo, y el consumo de alimentos ricos en hierro, así como con manuales técnicos sobre micronutrientes y garantía de calidad de los alimentos fortificados. Además realiza esfuerzos en materia de promoción de la lactancia junto con otros organismos de cooperación como el UNICEF y el gobierno.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha otorgado apoyo específico al INE en la realización de los Censos de 1976, 1992 y 2001, y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2003.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de su Unidad de Seguridad Alimentaria, presta apoyo bilateral a través de dos objetivos estratégicos: la salud

materno infantil y la generación de ingresos derivados de la producción y comercialización de los recursos agrícolas. A su vez, realiza transferencias de alimentos por trabajo, capacitación y/o control de salud; también apoya las emergencias derivadas de desastres naturales y su interconexión con proyectos de desarrollo posteriores a la emergencia. La USAID ha entregado 20 millones de dólares en alimentos (50% monetizado), los que se han distribuido a través de organizaciones no gubernamentales como ADRA, Food for the Hungry International (FHI), CARE y Save the Children Fund.

La Unión Europea coopera, en la actualidad, con aproximadamente 5 millones de euros al año, los que son transferidos a la población a través del Gobierno y las organizaciones no gubernamentales. Paralelamente, tiene otros 53 millones de euros distribuidos en el Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria (PASA) y en gobiernos locales con proyectos de infraestructura algo lejanos a la disponibilidad y el uso de alimentos. Su agenda a futuro busca profundizar el enfoque hacia la seguridad alimentaria mediante el fortalecimiento institucional a través de las organizaciones no gubernamentales.

La cooperación italiana entrega donaciones y concede créditos junto con los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales italianas. Funciona sobre la base de las prioridades del Gobierno de Bolivia, lo cual presenta algunas limitaciones debido a la falta de una estrategia nacional a largo plazo. Dos acuerdos por la suma de 1,5 millones de dólares financiaron la compra local de alimentos para el PAN. La posibilidad de un tercer acuerdo para el 2005 depende de la continuidad del programa nacional. A ello se suman unos 20 millones de dólares en créditos para infraestructura y donaciones y otros proyectos de reconversión productiva asociados a los organismos de las Naciones Unidas que se estiman en 5 millones de dólares. Las organizaciones no gubernamentales italianas operan a través de la presentación de ideas de proyecto, las que deben estar visadas por instituciones y grupos comunitarios. Estos proyectos involucran montos de entre 500 mil y 2 millones de euros cada uno. Actualmente están en ejecución entre 13 y 15 proyectos que distribuyen ayuda alimentaria para niños en lugares donde no hay cobertura del PAN.

La Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) opera en las áreas de saneamiento básico, modernización del Estado y desarrollo agropecuario sostenible. Actualmente, su trabajo en cuanto a seguridad alimentaria es menor. Hasta hace unos años financió el proyecto PROSANA en Cochabamba –que duró aproximadamente 11 años– y otro en Potosí, asociado a la gestión de riesgos y la seguridad alimentaria. Opera tanto en forma directa como a través de organizaciones no gubernamentales, consultoras y municipios.

El aporte de las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales es sin duda importante e indispensable para la ejecución de programas y la distribución de alimentos asociados a la cooperación bilateral y multilateral. Algunas organizaciones se han articulado en redes que sistematizan gran parte de la experiencia en el tratamiento del hambre y la seguridad alimentaria de varias décadas:

- Project Concern International (PCI) trabaja en Bolivia hace más de 20 años, facilitando los procesos de desarrollo comunitario en salud materno-infantil, agua y saneamiento básico, ingresos familiares y educación básica. En cuanto a salud y seguridad alimentaria, opera con el apoyo de la USAID y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.
- Food for the Hungry (FHI) lleva 20 años trabajando en Bolivia centrado en las condiciones de vida, fomentando la educación, la salud, la vivienda, el agua y saneamiento y proporciona infraestructura básica, canales de riego e insumos.
- World Vision actualmente realiza 25 proyectos en materia de seguridad alimentaria nutricional, que abarcan aproximadamente 30 comunidades de bajos recursos.
- Catholic Relief Services (CRS) trabaja principalmente en desarrollo comunitario. Su aporte en temas relativos al hambre y los alimentos se produce más bien en situaciones de emergencia.
- La Asociación de Instituciones de Promoción y Educación (AIPE) es una red de 27 instituciones dedicada a la lucha contra la pobreza a través de programas de desarrollo urbano

y rural, que abarcan temas sobre municipio productivo, desarrollo económico local, seguridad alimentaria nutricional, soberanía alimentaria y medio ambiente, entre otros, promoviendo los derechos económicos sociales y culturales junto con la incidencia en políticas públicas y plataformas de reflexión de la sociedad civil. Posee una historia de 12 años en el trabajo sobre seguridad alimentaria y actualmente opera en 90 municipios del país.

- El Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI) está integrado por 37 instituciones sin fines de lucro con presencia en el 80% de los municipios del país, que patrocinan y realizan programas de salud integral y apoyan proyectos locales de gestión comunitaria, destinados a mejorar la seguridad alimentaria de familias de bajos ingresos y, especialmente, de las mujeres y los niños.

## **B. Colombia**

### **1. Las políticas sobre seguridad alimentaria nutricional y su contexto jurídico**

En Colombia, la alimentación y la nutrición han estado en la discusión desde antaño. En la actualidad, la política de seguridad alimentaria nutricional se encuentra compilada en el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005 (PNAN) que tiene por objetivo “contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, en especial la más pobre y vulnerable, integrando acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación agricultura, educación, comunicación y medioambiente”.<sup>28</sup> Este Plan responde a la situación alimentaria y nutricional del momento y a los compromisos adquiridos por Colombia en la Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en Roma en 1992. Su presupuesto inicial era de 875 mil millones de pesos, recursos que están destinados a garantizar la seguridad alimentaria, el control de calidad y la inocuidad de los alimentos, el manejo de las deficiencias de micronutrientes, de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el apoyo a la lactancia materna y la promoción de estilos de vida saludables.

El Instituto Colombiano de Bienestar Social es la entidad coordinadora y ejecutora del PNAN, pero en él también participan otras entidades, como los Ministerios de Protección Social, de Agricultura y Desarrollo Rural y de Educación, junto con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos.

El PNAN fue aprobado mediante el documento CONPES N° 2847 del 29 de mayo de 1996 y cuenta con el apoyo del Comité Nacional de Nutrición y Seguridad Alimentaria (CONSA). En él participan los directivos de las entidades públicas y privadas involucradas en el tema y grupos o comités técnicos que apoyan el desarrollo de las líneas de acción. Sus funciones consisten en decidir, concertar y aprobar las acciones que se desarrollan desde el gobierno central. Adicionalmente, el mismo año se creó el Comité Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes (CODEMI), como un órgano técnico para apoyar el trabajo de prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, coordinado por el Ministerio de la Protección Social.

Las líneas de acción del PNAN son ocho: seguridad alimentaria; promoción y control de calidad e inocuidad de los alimentos; prevención y control de micronutrientes; prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias; promoción, protección y apoyo a la lactancia materna; promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables; investigación y evaluación; y formación de recursos humanos.

Si bien el PNAN es una instancia de carácter nacional y supra ministerial que ha guiado los esfuerzos de diferentes sectores del gobierno hacia la implementación de políticas más eficaces como

---

<sup>28</sup> Aprobado mediante el documento N° 2847/96 del Consejo de Política Económica y Social (CONPES).

conjunto, su ejecución no ha sido tarea fácil. En la mayor parte de los casos se observa dificultad en el posicionamiento del programa en cada cambio de gobierno o administración. Por otra parte, las dificultades para la disponibilidad presupuestal, la congelación y el recorte de los recursos no han permitido la ejecución presupuestaria prevista en materia de programas de lactancia materna, investigación y evaluación y tabla de composición de los alimentos, entre otros. Otra dificultad derivada de las anteriores es que a pesar del compromiso e interés de los técnicos delegados por las entidades, ninguno de ellos tiene poder de decisión respecto de los recursos o programas, lo que hace más dispendiosa la labor de coordinación y cooperación interinstitucional en objetivos comunes y en inversión de recursos (Colombia, 2004).

Los municipios y departamentos colombianos tienen un rol muy importante en la ejecución de programas de seguridad alimentaria nutricional (SAN), entre los que destacan Bogotá, con su programa “Bogotá sin Hambre”, y Antioquia, con el programa “Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia” (MANA).

Un tema transversal en Colombia sigue siendo su crisis humanitaria tras 40 años de conflicto que ha ocasionado un desplazamiento en el interior del país de más de 1,5 millones de personas, lo que lo convierte en uno de los países con mayor número de personas desplazadas del mundo. Forzar a las personas a huir de sus hogares y de sus tierras es una estrategia deliberada del conflicto, que surge de disputas acerca de la tenencia de las tierras y el control de territorios. El problema afecta en medida desproporcionada a afrocolombianos y grupos indígenas y ha tenido un efecto negativo en la seguridad alimentaria de las personas desplazadas. Los principales problemas se relacionan con el difícil acceso a los alimentos y la menor calidad de los mismos, así como con los problemas de producción. Según un estudio del PMA, realizado en mayo del 2001, el consumo diario de calorías entre personas desplazadas estaba muy por debajo de las 2.100 kilocalorías requeridas; por otra parte, se afirma que si bien las familias desplazadas comienzan a consolidar sus ingresos una vez transcurridos los primeros 24 meses, permanecen igualmente en un círculo vicioso de pérdida de bienes, consumo de alimentos más baratos, menor consumo de alimentos, malnutrición y endeudamiento.

Dada la relevancia que tiene este tema en la nación y sus impactos en el hambre, Colombia cuenta con el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD), creado por la Ley 387 de 1997, que es coordinado por la Red de Solidaridad Social (RSS). El SNAIPD está constituido por el conjunto de entidades públicas, privadas y comunitarias que elaboran planes, programas, proyectos y acciones específicas, tendientes a la atención integral de la población desplazada. La Ley 387 también creó el Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, como órgano consultivo y asesor, encargado de formular la política y garantizar la asignación presupuestaria de los programas ejecutados por las entidades responsables del funcionamiento del Sistema Nacional de atención integral a la población desplazada por la violencia. Este sistema alinea su funcionamiento en cuatro grupos de estrategias: de desarrollo de programas de protección de la población desplazada y prevención del desplazamiento; de mejoramiento de programas de atención humanitaria de emergencia; de desarrollo de programas de estabilización socioeconómica; y de fortalecimiento de la capacidad institucional. En cada una de estas estrategias se desarrollan los programas y proyectos dirigidos a los desplazados dependientes de diferentes instituciones tales como la Red de Solidaridad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Fondo Nacional de Atención a la Población Desplazada, el Fondo Nacional de Calamidades, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Defensa y el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria.

De acuerdo con el PMA, pese a los avances logrados en materia de seguridad jurídica e institucional, los recursos humanos y financieros nacionales y locales no alcanzan para satisfacer las necesidades derivadas de los desplazamientos (PMA, 2002a). Esto pone de relieve el rol central que tiene la cooperación internacional en la implementación de la política de seguridad alimentaria, así como el aporte que entregan las organizaciones no gubernamentales orientadas a la ayuda humanitaria y seguridad alimentaria.

## 2. Los programas de alimentación y nutrición

En general, la seguridad alimentaria y nutricional se aborda en Colombia en concordancia con el PNAN. Sin embargo, la gestión de programas es regional y se materializa en instancias de cobertura departamental. Esto tiene consecuencias a nivel de evaluación de políticas y de elaboración de metas conjuntas para el país.

En Bogotá, los programas de alimentación y nutrición dependen de la Secretaría de Salud de Bogotá. A partir del 2000, esta instancia inició un enfoque interinstitucional integrado en materia de seguridad alimentaria nutricional (SAN) con el proyecto del Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) llamado “Nutrir para el Futuro”. Su objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones nutricionales de los grupos vulnerables (niños, niñas, madres gestantes, ancianos y ancianas, familias en situación de crisis, ciudadanos y ciudadanas habitantes de la calle), desarrollando su capacidad para nutrirse de manera adecuada. Opera a través de unidades independientes, entregando servicios de alimentación preescolar para madres, lactantes, discapacitados y adultos mayores. Actualmente el programa de mayor relevancia en cuanto a su especificidad y alcance es el programa “Bogotá sin Hambre” que es el “conjunto de políticas y acciones orientadas al diseño e implementación de una Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá en el marco de la Ciudad-Región y que buscan la reducción de la vulnerabilidad alimentaria y nutricional de la población en Bogotá, D.C., especialmente de los más pobres”. Se desarrolla mediante seis estrategias: suplemento nutricional, comedores infantiles, comedores comunitarios, tiendas comunitarias y cooperativas de distribución de alimentos, fomento y promoción de cadenas alimentarias y el banco de alimentos. Su financiamiento dice relación con fondos de desarrollo local que en la actualidad representan 4,3 millones de dólares en ejecución. Los comedores comunitarios cuentan con 20.800 beneficiarios y los escolares con 16 mil; el refrigerio escolar se entrega a 1.980 niños y el bono alimentario para adultos mayores, madres gestantes y lactantes se distribuye entre alrededor de 7.500 personas. Las metas a futuro de las acciones de alimentación y nutrición dicen relación con el apoyo alimentario y nutricional para 625 mil personas. Esto se logra con recursos de los distritos y se manifiesta a través de comedores comunitarios, la suplementación con micronutrientes a 191 mil niños menores de 12 años, el apoyo alimentario a 500 mil escolares con refrigerio y a otros 40 mil con comida caliente, entre otras.

Por otra parte, el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF) también ejecuta programas enfocados a preescolares, escolares, madres gestantes y lactantes y niños y jóvenes abandonados. Este último grupo cuenta también con otros programas específicos dependientes del Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON).

MANA es el plan de seguridad alimentaria del departamento de Antioquia y tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de los menores de 14 años y sus familias, a través del trabajo en 6 ejes prioritarios: estrategias de complementación alimentaria, inducción a servicios de salud, pactos por la infancia, sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, proyectos productivos y proyectos pedagógicos. Entre sus logros cabe mencionar los siguientes: la entrega de 7.100.000 refrigerios con un aporte calórico de 20% de los requerimientos totales y 28% de los requerimientos proteicos, beneficiando a más de 53 mil niños menores de 5 años; la sensibilización de más de 16 mil madres en cuanto a hábitos alimenticios y estilos de vida saludables; la capacitación de 2.117 escolares menores de 14 años en hábitos alimentarios; la capacitación del 70% de los municipios participantes en formación, educación, salud y lactancia materna; y la entrega de suplementos con micronutrientes a 2 mil gestantes, junto con la realización de controles prenatales para cada una de ellas. Este programa funciona en 96 de los 125 municipios que conforman Antioquia y cuentan con el financiamiento de la Gobernación departamental, el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar, el PMA, la FAO, la OPS/OMS, algunas organizaciones no gubernamentales locales y la comunidad. Finalmente, el MANA está realizando un estudio sobre seguridad alimentaria nutricional respecto del acceso y consumo de alimentos y sobre las causas sociales de las muertes por desnutrición.

En cuanto a los programas destinados a la ayuda de las personas desplazadas al interior del país (PDI), cabe señalar que la política oficial está orientada a restablecer las condiciones que permitan a los desplazados pasar de la asistencia social al trabajo agropecuario y a otras actividades productivas. El SNAIPD, como sistema integrador de los programas y proyectos relativos a los desplazados, contó para su financiamiento del año 2001 con 63,4 millones de dólares y con 70,5 millones para el 2002. Las instituciones que tienen programas con componentes asociados a la alimentación y nutrición de las personas desplazadas son la Red Solidaria Social (entrega de alimentos), el ICBF (entrega de suplementos a niños y madres lactantes), el Fondo Nacional de Atención a Desplazados y el Fondo Nacional de Calamidades (financiamiento de suministros alimenticios, tomando en cuenta las costumbres y los hábitos alimentarios de los beneficiarios), entre otros. En general, la gestión de cada proyecto tiene un énfasis local y opera con comités departamentales, locales y distritales.

### **3. Cooperación bilateral e internacional**

Debido a la persistencia y agudización del conflicto social y su consiguiente problema humanitario en Colombia, la presencia de los organismos de las Naciones Unidas en el país es amplia y dinámica. Las Naciones Unidas han puesto en marcha un Plan de Acción Humanitaria para Colombia que incluye la apertura de más oficinas, que se sumarán a las 38 ya existentes en todo el país. Entre ellas, se creó una entidad regional en Bogotá de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) que coordina este plan, articulando el general de las intervenciones dirigidas a las personas desplazadas por parte del Sistema de las Naciones Unidas.

En este contexto, el rol del PMA está centrado en cubrir las necesidades alimentarias inmediatas de la población más vulnerable, particularmente de los desplazados, apoyando sus procesos de organización y formación, la creación de proyectos de infraestructura y la generación de información relevante sobre ellos. Con respecto a este último punto, destaca el estudio realizado entre diciembre de 2002 y marzo de 2003 que abarcó 41 municipios de zonas urbanas con alta concentración de población desplazada. El estudio determinó que cuatro de cada cinco personas desplazadas viven con gran estrechez económica y no tienen acceso a alimentos suficientes para una nutrición normal; el 60% presenta una deficiencia de calorías, el 52% de calcio y el 25% de hierro.

La estrategia actual del PMA está definida en la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación Colombia 10158.0 (OPSR 10158) que opera entre enero de 2003 y diciembre de 2005. Dicho programa presta asistencia a personas desplazadas en transición del socorro a la recuperación y está centrado en las necesidades de las familias en el período comprendido entre los 4 y 24 meses posteriores al desplazamiento. El objetivo principal es respaldar la reinserción social y económica de esta población, mediante la mejora de su seguridad alimentaria, con lo cual se espera: a) aliviar el hambre inmediata y desarrollar la capacidad para mejorar la salud y el bienestar de las familias desplazadas; b) acrecentar su capacidad para mejorar la seguridad alimentaria mediante la construcción y rehabilitación de bienes productivos y la adquisición de aptitudes; y c) fortalecer la capacidad de las instituciones locales y las redes sociales para atender los problemas relacionados con la seguridad alimentaria de las personas desplazadas mediante un mejor sistema de recolección de datos, análisis y adopción de decisiones.

El costo total de la OPSR 10158 para el PMA es de más de 25 millones de dólares, de los cuales 15 millones corresponden a productos alimenticios. Por su parte, el gobierno aporta con 22 millones de dólares.

Las intervenciones funcionan con coejecutores en el ámbito local, generándose así una multiplicidad de proyectos, potenciando una cobertura territorial mayor. El proyecto comprende apoyo a los programas de alimentación preescolar en curso, comedores comunitarios, salud materno-infantil y recuperación nutricional. En lo que respecta a las actividades de alimentos por trabajo y alimentos por capacitación, la OPSR anterior del PMA (6139) respaldó principalmente los proyectos de agricultura, ganadería y cultivos, dadas las necesidades inmediatas de los desplazados. Los componentes básicos del

programa son la entrega de 92 mil complementos nutricionales a madres gestantes y lactantes, y preescolares (en una ración que aporta 716 kilocalorías y 18 gramos de proteínas por día); el suministro de alimentación escolar a 113 mil niños (raciones durante 240 días al año equivalentes a 635 kilocalorías y 10 gramos de proteínas por persona al día) y la prestación de asistencia a 170 mil familiares en actividades relativas al fomento de capacidades y la creación de activos. La RSS se encarga de la coordinación y el seguimiento de todas las actividades, y junto con el ICBF constituyen los principales asociados en la consecución y el aporte de contrapartidas gubernamentales para la OPSR.

Adicionalmente, el PMA trabaja en la creación de un sistema de registro de beneficiarios e identificación de la población vulnerable, dado que uno de los factores que agrava el problema de los desplazados es la dificultad para dimensionar la magnitud de las personas afectadas y su localización.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) canaliza su trabajo a través de la Sala de Situación Humanitaria, instancia que administra información y mapas en línea sobre la acción de las distintas organizaciones de ayuda en el país. A partir del 2005, la ACNUR encabezará una misión conjunta con la Organización Internacional para las Migraciones, el Programa Mundial de Alimentos y la RSS para construir centros comunales en varias zonas de retornados en la zona de Boyacá. Estos centros también pueden ser utilizados como albergues de emergencia en caso de que se produzcan afluencias de desplazados internos.

La OPS otorga asistencia con los proyectos de Escuelas Saludables, mitigación de riesgos, salud ambiental y salud de la madre, el recién nacido y el niño. A su vez apoya algunas instancias gubernamentales en curso tales como capacitación en salud, asesoría para hospitales, control prenatal, agua y saneamiento para comunidades indígenas, entre otros.

El UNICEF, en concordancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, intenta crear las condiciones necesarias para que todos los niños sin excepción puedan disfrutar a plenitud de su derecho de vivir en un ambiente que cuente, entre otros, con buenas condiciones alimentarias y nutricionales. Actualmente cuenta con dos programas que consideran el alimentario: “Promoción y defensa de los derechos de niños, niñas, adolescentes y mujeres” y “Promoción de la equidad y la inclusión social”. Estos programas incluyen fundamentalmente respuestas humanitarias y de seguridad alimentaria nutricional ante desastres naturales y conflictos armados.

La FAO participa con el gobierno en distintos proyectos de desarrollo agrícola a través de la prestación de asistencia técnica y recursos. Los proyectos son de nivel local y tienen un horizonte de trabajo anual. Su población objetivo es la familia campesina, indígena, desplazada y con jefatura de hogar femenina. Su aporte se traduce en la entrega de alimentos e insumos tales como aves, cabras, semillas, peces y cerdos, entre otros, por un monto aproximado anual de 68 millones de dólares.

En Colombia existe una larga lista de organizaciones no gubernamentales que trabajan en proyectos de ayuda humanitaria asociados al tema de los desplazados, los que generalmente cuentan con componentes de seguridad alimentaria. Entre estas organizaciones cabe mencionar las siguientes:

- La Cruz Roja Internacional trabaja en el país desde 1980 y cuenta con oficinas en Bogotá y otras 16 ciudades y pueblos. Su cometido es velar por que los grupos armados muestren un mayor respeto por el derecho internacional humanitario, sobre todo en relación con la protección debida a los no combatientes, y prestar ayuda de emergencia a las personas desplazadas y otras víctimas del conflicto. Su acción en materia alimentaria se caracteriza por la entrega de raciones de alimentos durante la asistencia de grupos de desplazados.
- La Conferencia Episcopal apoya con asistencia humanitaria a las poblaciones desplazadas así como también con el levantamiento y análisis de información sobre sus condiciones y evolución. A través de la Sección Movilidad Humana del Secretariado Nacional de Pastoral Social ejecuta y mantiene el Sistema de Información sobre población desplazada por la violencia (RUT), que responde a la necesidad de contar con datos confiables sobre el número

y las características sociodemográficas de las familias y personas desplazadas por la violencia. Sobre la base de este sistema, en 2002 se realizó un estudio exploratorio en alianza con el PMA que, además de proporcionar información demográfica sobre los desplazados, consideró elementos como la nutrición, subnutrición y localización territorial en su diagnóstico (PMA, 2002b).

- Médicos Sin Fronteras (MSF) lleva cerca de veinte años en Colombia operando en diez departamentos del país, organizando jornadas de salud para poblaciones aisladas sin acceso al sistema general de salud. También favorece el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento cuando son deficientes. MSF ofrece asistencia médica y educación sanitaria a desplazados y otros grupos vulnerables en zonas urbanas y rurales. Además tiene programas de atención y rehabilitación para las víctimas de la violencia urbana. Realizan adicionalmente campañas de vacunación y programas de salud materno-infantil y de salud mental. A su vez presta apoyo con estudios sobre malnutrición en las personas desplazadas.

## C. Ecuador

### 1. Las políticas sobre seguridad alimentaria nutricional y su contexto jurídico

Ecuador tiene más de 50 años de historia en la implementación de programas de alimentación y nutrición. Sin embargo, durante este período no se ha contado con un marco de política de largo plazo, sino con variadas iniciativas con diferentes enfoques, en las cuales han participado distintos actores, tanto del gobierno como de organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y países donantes.

Al igual que en los demás países analizados, las experiencias gubernamentales sobre seguridad alimentaria y nutricional se encuentran fundamentalmente en los ministerios sectoriales de Agricultura y Ganadería (MAG), de Educación y Culturas (MEC), de Salud Pública (MSP) y, en los últimos años en el de Bienestar Social (MBS) y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA).

Los antecedentes recopilados no permiten identificar una política integral a nivel nacional, aun cuando en el año 2003 se creó el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN), organismo dependiente de la Comisión Nacional de Alimentos, compuesta por los ministros de Salud Pública, Bienestar Social, Educación y Culturas, y Agricultura y Ganadería, más los directores o coordinadores nacionales de los programas sociales de alimentación y nutrición.

A dicha Comisión le corresponde: “a) definir las políticas sociales de alimentación y nutrición del país; b) conocer los planes y presupuestos operativos anuales de cada uno de los programas sociales de alimentación y nutrición, y priorizar la inversión; c) gestionar la asignación de los recursos económicos necesarios para el funcionamiento de los programas; d) disponer que los programas sociales de alimentación ejecuten los componentes: focalización de los beneficiarios de los programas a los dos primeros quintiles de la población más pobre y vulnerable [...], educación nutricional promoviendo prácticas de alimentación y nutrición saludables, Sistema Integrado de Información sobre la cobertura de beneficiarios y los procesos de atención de los programas, Sistema de Vigilancia Alimentaria/Nutricional, Evaluación de impacto de los programas con el apoyo del Sistema de Indicadores Sociales (SIISE) de la Secretaría Técnica del Frente Social y organismos internacionales de cooperación; e) definir y concretar lineamientos específicos en materia alimentaria y nutricional para cada uno de los programas, en razón a sus objetivos particulares y a su población beneficiaria; f) establecer una agenda mínima nutricional del país, que contribuya a la uniformidad de las propuestas y programas nutricionales y a la formulación de objetivos y metas comunes; g) promover el diálogo con los diferentes sectores sociales sobre temas de alimentación, nutrición y seguridad alimentaria; h)

promover procesos de participación ciudadana, desconcentración y descentralización de los programas, respetando las iniciativas y situaciones locales; i) coordinar con el Comité Ejecutivo Nacional de Seguridad Alimentaria medidas de apoyo a la gestión de los programas sociales de alimentación; j) gestionar y promover alianzas interinstitucionales para la consolidación del Sistema integrado de Alimentación y Nutrición; y, k) expedir las normas que contribuyan al cumplimiento del objeto de creación del SIAN.”<sup>29</sup>

La coordinación general de la Comisión está a cargo del Ministro de Bienestar Social, en su calidad de Coordinador del Frente Social, y la coordinación técnica a cargo del Ministro de Salud Pública. Para cumplir sus objetivos “contará con la asesoría y el apoyo de la Dirección Nacional de Nutrición del Ministerio de Salud Pública y de la Secretaria Técnica del Frente Social.” A su vez, “para la administración de los recursos económicos que financian a los programas sociales de alimentación se creará el Fondo Nacional de Alimentación”<sup>30</sup>.

El mayor problema que se presenta en la implementación del SIAN es que, a la luz de la información recolectada entre ejecutivos de los programas, existen problemas organizacionales que debilitan su accionar. Estos se centran en los efectos presupuestarios y la capacidad de articulación derivados de problemas de coordinación e integración de actividades y de la debilidad institucional de los sectores y personal involucrados, que enfrenta permanentemente una alta rotación de funcionarios.<sup>31</sup>

No obstante lo anterior, de los cuatro países analizados, Ecuador es el que presenta mayores avances en términos de seguridad jurídica, con el inicio de la tramitación de un proyecto de Ley Nacional sobre Seguridad Alimentaria en 2001, el que en la actualidad se encuentra en su segundo debate legislativo y que radicaría la responsabilidad del tema en el Ministerio de Bienestar Social.

En el ámbito de la investigación, el año 1945 se creó el Instituto de Nutrición del Ministerio de Salud Pública, actualmente Instituto de Ciencia y Tecnología (ICT), avocado a hacer diagnósticos sobre el consumo de micronutrientes en la población y evaluaciones de programas. Este Instituto responde a las políticas y objetivos emanados del Comité de Micronutrientes, que tiene la misión de velar por la fortificación de los alimentos.

Por otro lado, en el país funciona una Comisión Ad-hoc de Alimentación y Nutrición, compuesta por connotados especialistas, provenientes del sector público y privado, y encargada de la discusión, el análisis y la asesoría en temas relacionados.

Una característica que ha marcado la implementación de la política y los programas alimentarios del Ecuador es su carácter centralizado, donde el rol del nivel local en la toma de decisiones es limitado, pues se privilegia la compra centralizada de alimentos por sobre el desarrollo de las experiencias locales. Por otra parte, existe una oferta uniforme de los servicios, lo que podría interpretarse como una universalización. Sin embargo, no recoge las características de ser un país pluricultural y multiétnico, lo que incide directamente en los patrones alimentarios y genera requerimientos distintos entre los diversos grupos poblacionales, situación particularmente relevante en el caso de los grupos indígenas del sector rural.

## 2. Los programas de alimentación y nutrición

Las primeras experiencias en programas alimentarios surgen en la década de 1950 con la distribución de alimentos en escuelas, campamentos vacacionales de población pobre y en situaciones de emergencias por parte de CARE International, Catholic Relief Services (CRS) y Caritas.

---

<sup>29</sup> Decreto Supremo N° 850, 25 de septiembre de 2003.

<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/paginas/R.O.Septiembre.25.2003.htm#anchor328668>

<sup>30</sup> *Ibíd.*

<sup>31</sup> Ejemplo de ello es que la Dirección Nacional de Nutrición del Ministerio de Salud Pública ya no existe en la estructura de dicho Ministerio.

En los años 1960, se implementó un programa de alimentos por trabajo en los proyectos de infraestructura vial y sanitaria en el marco de la Misión Andina.

En la década de los setenta, se inició la gestión de gobierno en los programas alimentarios, con el aporte de donaciones del gobierno de los Estados Unidos y de algunos estados europeos. Y a partir de 1975, tanto la OPS como el PMA iniciaron gestiones de apoyo a los programas existentes. La distribución de donaciones de alimentos se orientó hacia las escuelas y los centros de salud, lo que durante los años noventa derivó en los programas de Alimentación Escolar (PAE) del Ministerio de Educación y Culturas y de Alimentación Complementaria Materno Infantil (PACMI), que desde el año 2000 fue sucedido por el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN) del Ministerio de Salud Pública, orientado a promover la lactancia materna y una adecuada alimentación infantil y de las mujeres gestantes y en lactancia.

El PAE tiene dos componentes: el *desayuno escolar*, definido como una ración de 35g de colada y 30g de galleta fortificada, equivalentes a 272 kcal/día a un costo de 0,13 dólares la ración; y el *almuerzo escolar*, consistente en cereales, leguminosas, atún en lata, azúcar, sal, avena y aceite vegetal, que equivale a 600 kcal/día por un valor de 0,25 dólares la ración. Ambos están orientados a alumnos de entre 5 y 14 años de edad de escuelas municipales, fiscales y fiscomisionales con mayores índices de pobreza, y operan a través de las juntas alimentarias compuestas por profesores y padres de familia, con lo que se alcanza una cobertura de 70% del total de escuelas (cercana al 100% de las bilingües o étnicas) y 58% de los alumnos, lo que da un total de “1,5 millones de niños de más de 15 mil escuelas” (Gutiérrez, 2004). Sin embargo, dicha cobertura cubre sólo una parte del año escolar, pues en el último ciclo alcanzó para aproximadamente 40 días. Por otro lado, existen deficiencias operativas que hacen que en varios casos se entreguen ambos servicios juntos, lo que atenta contra el impacto esperado por el programa, dado que los alumnos pasan gran parte de la jornada sin ingerir alimentos. Por tal razón, se estaría analizando concentrar los esfuerzos en el servicio de desayuno.

En términos operativos, la compra de los productos básicos se centraliza y luego éstos se distribuyen a las escuelas, donde se complementan con aportes de los padres. Sin embargo, de acuerdo con datos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), la variabilidad en los menús del PAE es baja y sólo se utilizan 8 productos para todo el país, lo que genera problemas de adaptación al no respetar la especificidad de gustos y las pautas alimentarias de las diferentes zonas geográficas y grupos étnicos.

Para cubrir todas las necesidades de la población objetivo del programa, para el 2004 se ha planteado un presupuesto en torno a los 47 millones de dólares, pero sólo se cuenta con 16 millones, que son administrados financieramente por el PMA y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

“El PACMI aportaba el 23% de los requerimientos calóricos de los hogares que tenían niños/as menores de 5 años con desnutrición moderada y grave o madres embarazadas con bajo peso. La ración alimenticia, que era distribuida por las unidades del MSP y preparada en su planta de procesamiento de alimentos, consta de 5 productos: arroz (8 kilos), leguminosas (2 kilos), harina (2 kilos), carne (2 latas de 1 libra), aceite (2 litros). La ración se entregaba a los beneficiarios una vez al mes”.<sup>32</sup> Sin embargo, en 1999 sólo alcanzó una cobertura de 5% de la población objetivo (Vos y otros, 2000).

El PANN 2000 entrega “información, comunicación, educación y capacitación continua en barrios y comunidades; el control periódico de niños y madres en las unidades de salud; y la distribución de *Mi Papilla y Mi Colada*”.<sup>33</sup> El primero está orientado a niños y niñas de 6 a 24 meses y el segundo se distribuye a mujeres embarazadas y lactantes. En ambos casos se entregan raciones alimentarias elaboradas a partir de harinas precocidas de cereales, leguminosas y leche en polvo con vitaminas y minerales esenciales, equivalentes a 65g de alimento diario, y que contienen 275 Kcal, 10g de proteína,

<sup>32</sup> <http://www.siise.gov.ec/fichas/inve02pi.htm>

<sup>33</sup> <http://www.siise.gov.ec/fichas/inve02pi.htm>

100% de los requerimientos de ácido fólico, hierro y zinc, 60% de los de vitaminas E, C, B1, B2, B6, B12, niacina y magnesio, y el 30% de los de vitamina A, calcio y fósforo. Cabe destacar que dichas papillas no varían, por lo que todos reciben el mismo alimento, independientemente de las preferencias de las comunidades y las necesidades específicas de las personas, que presentan distintas necesidades según su situación nutricional, lo que representa una debilidad en cuanto a la factibilidad de producir impactos en la población con mayores déficit.

En el año 2003, la cobertura del PANN 2000 alcanzó a “115 mil niños de 0 a 2 años y 92 mil madres embarazadas y lactantes” (Lucio Gutiérrez, 2004), en tanto la meta inicial es de 350 mil personas para luego llegar a 650 mil (Gutiérrez, 2004). Por su parte, los recursos ejecutados suman 5,4 millones de dólares y se espera llegar a 10,5 millones para cumplir la meta antes mencionada.

En junio de 2002, el Ministerio de Bienestar Social creó el Programa de Alimentación para el Desarrollo Comunitario (PRADEC) con dos componentes: Comedores Comunitarios (PCC), para niños y niñas de 2 a 59 meses, discapacitados y adultos mayores de 65 años del primer y segundo quintil de ingresos; y ii) Proyectos para el Desarrollo (PAD), orientado a los trabajadores de proyectos de desarrollo local y sus familiares directos, con una cobertura actual de 720 mil personas, que reciben raciones alimentarias de frijoles, arroz, avena y azúcar, equivalentes a 620 kcal/día.

A partir del PRADEC, en el año 2003 se conformó el programa “Aliméntate Ecuador”, incorporando el Programa de Asistencia Alimentaria, de características similares al PCC, servicios de asistencia técnica y equipamiento de cocinas, un modelo de gestión a través de las Juntas Parroquiales y un modelo de focalización basado en datos del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) y del Sistema de Selección de Beneficiarios (SELBEN) del Ministerio de Bienestar Social.

“Con el programa Aliméntate Ecuador, con una canasta de 11 productos básicos de consumo se ha beneficiado a 826 mil habitantes, con una inversión de 10 millones de dólares” (Gutiérrez, 2004).

A partir de los años noventa, con el objetivo de garantizar la transparencia de los programas, el gobierno ecuatoriano, junto con el PNUD y el PMA, elaboró un nuevo esquema operativo, transfiriendo el manejo de los recursos a dichos organismos y externalizando la provisión y distribución de alimentos a través de la empresa privada.

El en cuadro III.1, se resume la información sobre algunas características de los modelos de gestión de los tres programas, el esquema de financiamiento y el rol de los distintos actores.

**Cuadro III.1**

**MODELOS DE GESTIÓN IMPLEMENTADOS POR LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL ECUADOR**

Programa	Financiamiento	Administración de fondos	Compra y distribución de alimentos	Ejecución	Seguimiento y evaluación	Participación comunitaria
<b>PANN 2000</b>	Estado: 70% PMA: 30%	PMA	Centralizada, Empresa Privada “Moderna”	Unidad ejecutora nacional y MSP a nivel provincial	Unidad ejecutora nacional	No existe
<b>PAE</b>	Estado: 90% PMA: 10%	PMA PNUD	Centralizada, Empresa Privada “Moderna” y otros.	Unidad ejecutora nacional y MEC a nivel provincial	Unidad ejecutora nacional.	En la preparación de alimentos
<b>PRADEC</b>	Estado: 100%	PMA	Fabricas nacionales	Unidad ejecutora nacional y MBS a nivel provincial	Unidad ejecutora nacional	En la preparación de alimentos

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Catalina Vaca Espín, “Diagnóstico de la situación de los programas sociales de alimentación del Gobierno ecuatoriano y propuesta de modelo de gestión”, documento de trabajo del Programa de Políticas Públicas, Quito, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador), mayo de 2004.

A los antes indicados se suma el Programa de Desarrollo Infantil (PDI) del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) que opera desde 1988. Su objetivo es contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas mediante: i) cuidado diario en salud, nutrición y desarrollo psicosocial y recreación; ii) educación permanente y progresiva de los padres y madres de familia respecto de sus hábitos de crianza y de la relación con sus hijos; y iii) desarrollo de conceptos de derechos y deberes en la relación entre padres e hijos.

El programa opera a través de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) cogestionados con las comunidades, concebidas como actores de su propio desarrollo. A través de los más de mil centros que tiene el Instituto, se entrega un complemento nutricional de alta densidad energética y proteínas, fortificado con vitaminas y minerales, a 47 mil niños y niñas.<sup>34</sup> El Programa ofrece recursos económicos para equipamiento, capacitación y funcionamiento diario (bonificación a las madres comunitarias, material fungible, recreación y alimentación). Además cuenta con un programa de “comedores y apoyo escolar” para atender a niños y niñas de familias pobres de 6 a 12 años de sectores urbanos. Su población objetivo comprende niños y niñas entre 6 meses y 6 años de edad cuyas familias trabajan fuera del hogar y que no tienen acceso a un cuidado diario adecuado, o de calidad, que según las estimaciones del SIISE, representa algo más de un millón de niños y niñas. Sin embargo, actualmente sólo se atiende a 38 mil.

Como se ha mencionado, los programas alimentarios están orientados a personas del primer y segundo quintil de ingresos. Sin embargo, a la luz de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 1999, existen serios problemas de focalización, que debieran llevar a una revisión del modelo de gestión y de los sistemas de información utilizados en cada programa. Como se observa en cuadro III.2, la situación más compleja se da en el Ministerio de Bienestar Social (MBS), cuyos programas llegan en un 77% al cuarto quintil de ingresos y sólo 23% corresponde a la población objetivo. En el caso del INNFA, el error de inclusión alcanza a 64% de los beneficiarios, 49% en el MEC y 35% en el MSP.

Cuadro III.2

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO PÚBLICO DE LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE CADA MINISTERIO, SEGÚN QUINTALES DE CONSUMO, 1999**

Quintiles	MEC	MSP	MBS	INNFA
<b>20% más pobre</b>	38	55	16	15
<b>Segundo quintil</b>	15	12	7	21
<b>Tercer quintil</b>	12	13	0	53
<b>Cuarto quintil</b>	33	20	77	11
<b>20% más rico</b>	2	0	0	0

**Fuente:** Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), sobre la base de Encuestas de Condiciones de Vida (ECV) de 1999.

En el ámbito de los micronutrientes, el MSP cuenta con el Programa Integrado de Micronutrientes (PIM), encargado de la fortificación de los alimentos. Entre sus aportes destacan la galleta fortificada y la colada enriquecida dentro del PAE, el fortalecimiento de la sal con yodo y flúor, de la harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B, y de aceites con vitamina A. Al respecto, los estudios del Instituto de Ciencia y Tecnología (ICT) muestran que la suplementación de hierro no habría alcanzado los impactos esperados en la incidencia de anemia, por lo que se está trabajando en un programa integral con “hierro reducido”, con una cobertura del 90% de la producción de harinas; y que ha habido una disminución de casos con déficit de vitamina A, llegando a 11% a nivel nacional (22% a 10% en la Sierra y estable en 13% en la Costa).

<sup>34</sup> Véase [www.innfa.org](http://www.innfa.org).

El PIM, desde 1995 contó con el apoyo de la OPS/OMS, el Instituto Internacional de las Ciencias de la Vida (ILSI), el Banco Mundial, el proyecto FASBASE, el UNICEF, la ACIDI, la USAID, el Proyecto de Oportunidades para Intervenciones con Micronutrientes (OMNI), la Cooperación Belga, el PMA, la FAO y el UNFPA (Fierro y otros, 2003).

### **3. Cooperación bilateral e internacional**

El PMA es hoy un actor central en la gestión de los programas alimentarios del Ecuador, con una historia que se inició en 1965. Hacia fines de la década pasada, los aportes económicos habían totalizado más de 70 millones de dólares para proyectos de desarrollo (37% en salud, 34% en educación, 28% en desarrollo comunitario y 1% en reforestación), 5,5 millones de dólares para operaciones de emergencia derivadas de catástrofes naturales (inundaciones, sequías, terremotos) y 1 millón para artículos no alimentarios (PMA, 1998).

Entre 1990 y 1995, el volumen de ayuda del PMA alcanzó al 36% de la ayuda alimentaria al Ecuador, con cantidades que oscilaron entre 12 mil y 30 mil toneladas anuales, alcanzando un promedio de 26 mil toneladas anuales entre 1995 y 1997 (PMA, 1998).

Como se indicara anteriormente, durante esa década, el PMA asume el rol de administrar los recursos de los programas nacionales, encargándose de la gestión de compra de alimentos y la contratación de servicios junto con actividades de asesoría técnica para los programas del PAE, PANN 2000, PRADEC y PDI y canalización de las donaciones de otros países.

A partir del año 2000, el PMA inicia una fase distinta en términos de cooperación, en la que progresivamente ha ido disminuyendo sus aportes financieros y en alimentos, al punto que para el período 2000-2003 se presupuestaron 7,1 millones de dólares para alimentación escolar, 1,4 millones para alfabetización de adultos y 1,4 para el sector salud, con un progresivo incremento de la participación presupuestaria por parte del gobierno, hasta asumir el 100% del presupuesto.

Las acciones del PMA están orientadas a los grupos más vulnerables, por lo que deberán dar prioridad a “las poblaciones indígenas que viven en tres regiones del país, y deberán poner el acento en las mujeres embarazadas y los niños en edad preescolar y escolar, las mujeres cabeza del hogar, los desempleados y los campesinos sin tierra. Se dará especial prioridad a las poblaciones que viven en la Sierra central y occidental donde están localizadas las mayores concentraciones de población indígena” (PMA, 1998).

Sumado a la participación en la gestión de los programas del MEC, MSP, MBS e INNFA, y en diversas operaciones de desastres naturales asociados al fenómeno del Niño (inundaciones, sequías) y terremotos, cabe destacar la participación del PMA en el programa Atención Primaria de Salud y Mejora del Saneamiento Básico (Ecuador 4463), orientado a mitigar los efectos del ajuste estructural en la población vulnerable, mediante la atención sanitaria familiar de 36.700 familias de alto riesgo, cursillos de capacitación para 3.760 agentes de salud voluntarios, 3.760 parteras tradicionales y 1.092 dirigentes comunitarios, y la construcción de infraestructura de saneamiento básico (82.665 letrinas y 545 sistemas rurales de abastecimiento de agua), en las provincias más pobres del país: Azuay, Cotopaxi, Chimborazo, Esmeraldas y Manabí. Además, el PMA da seguimiento y apoyo para la utilización del fondo de inversiones, del proyecto Ecuador 2770, en el sector lechero.

Por último, en marzo de 2004, el PMA, junto con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) comprometió su apoyo a un proyecto de nutrición y desarrollo integral para los niños de la frontera norte del Ecuador, que “permitirá la atención de 13.300 niños entre 2 y 5 años de edad, incluyendo aproximadamente 400 niños hijos de refugiados colombianos, en las 61 parroquias más pobres y vulnerables de la zona” (Embajada de los Estados Unidos, 2004). Estos recibirán 2 kilos mensuales de NUTRINNFA y atención a sus familias por parte de facilitadores comunitarios del INNFA, que incluye control de crecimiento, educación alimentaria y nutricional. Para estos fines, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos mediante sus

programas de ayuda de alimentos PL-480 financiará 1.125 millones de dólares y el INNFA \$280 mil dólares, en tanto el PMA apoyará la ejecución del proyecto y brindará asistencia técnica en nutrición y alimentación, diagnóstico de situación, y capacitación, con la producción y distribución.

El UNICEF propicia el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas a disfrutar de una nutrición adecuada a través de la línea prioritaria 'Todos bien nutridos' que abarca tres áreas prioritarias en el Ecuador: deficiencia de micronutrientes, educación nutricional y alimentación complementaria. Respecto de la primera, existen trabajos sobre la promoción de la sal yodada, el consumo de harina fortificada con hierro y la suplementación con tabletas a embarazadas. En el año 2000, el UNICEF donó 8 millones de tabletas de suplementación al Ministerio de Salud Pública y durante 2004, gracias al apoyo del Gobierno de Holanda, programó la entrega de 30 millones de tabletas de hierro. A esto se suman las donaciones de cápsulas de vitamina A para niños y niñas menores de 5 años.

Acorde a los compromisos internacionales adquiridos, el gobierno ecuatoriano decidió establecer el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria en Ecuador (PESAE) a través de la petición correspondiente a la FAO por parte del Ministerio de Relaciones Exteriores en junio de 1997. La FAO, a través del PESAE, entrega cooperación técnica para la definición de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y, paralelamente, cuenta con algunos proyectos demostrativos de seguridad alimentaria en Ambuquí, Provincia de Imbabura y en Portoviejo, Provincia de Manabí.

Dentro del trabajo del PNUD en Ecuador, está presente el compromiso con todas las acciones que conduzcan al éxito del desarrollo sostenible. En materia de seguridad alimentaria nutricional, este organismo financia una parte de las operaciones del PANN 2000 del Ministerio de Salud Pública, por un monto de 630 mil dólares para el período comprendido entre 1999 y 2004. De la misma manera, el PNUD financia el Programa Nacional de Colaciones Escolares asociado al PAE, dependiente del Ministerio de Educación y Culturas, por un monto de 47.808.447 dólares para el período 1994-2004. También apoya un programa de sistematización y diseminación de prácticas exitosas en preparativos para desastres y manejo de riesgos.

En el caso de la cooperación de la USAID, en Ecuador ésta no se centra especialmente en materia de seguridad alimentaria nutricional. Entre otros, tiene un programa de asistencia a emergencias dirigido a mitigar los efectos de la actividad volcánica de la sierra. Dicho programa proporciona asistencia técnica y distribuye alimentos a las poblaciones afectadas en coordinación con la Defensa Civil, la Cruz Roja y otras organizaciones no gubernamentales.

Además de las organizaciones ya mencionadas, existen otras ONG que trabajan en temas relacionados con los estudios y la implementación de programas nutricionales en el país: Plan Ecuador, COOPI, Centro de Planificación y Estudios Sociales (CEPLAES), y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

## **D. Perú**

### **1. La política alimentaria y nutricional en Perú y su contexto jurídico**

El Estado peruano ha expresado su decisión de atender la problemática de la seguridad alimentaria en el país con la creación de la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria en noviembre del 2002. Este organismo está encargado de coordinar, evaluar y priorizar las políticas y medidas intersectoriales orientadas a garantizar la seguridad alimentaria de la población y de los grupos vulnerables. La Comisión es dirigida por el Presidente del Consejo de Ministros (PCI) e integrada por los Ministros de Agricultura, de Educación, de Salud y de la Mujer y Desarrollo Social entre otros, y por el Presidente de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza. Su órgano operativo y

deliberativo es el Comité Técnico, presidido por la Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) de la Presidencia del Consejo de Ministros.

En su corta historia, esta institución ha estado dedicada a la formulación de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria (ENSA) de mediano y largo plazo. Para ello, su órgano deliberativo, el Comité Técnico, ha recogido las experiencias del país y ha ampliado el debate en el tema, realizando reuniones periódicas y siendo asesorado técnicamente por la FAO en cuanto a la atención de los compromisos asumidos durante la Cumbre Mundial sobre la Alimentación del 2002.

Conforme a sus objetivos, la ENSA deberá integrar las acciones y políticas sectoriales de manera coordinada, bajo un enfoque integral, tomando en cuenta aspectos relacionados con la disponibilidad, estabilidad con el suministro de alimentos, acceso y el uso de los mismos, junto con mantener una estrecha relación con la Estrategia de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres, aprobada mediante decreto supremo en enero del 2003. En general, los programas de alivio a la pobreza, incluyendo aquellos de asistencia alimentaria, han mantenido una tendencia creciente, de modo que entre 1995 y el 2001 se incrementaron de 178 millones a 400 millones de dólares. Se generaron 32 programas, a cargo de distintos operadores, y se experimentó una sobre cobertura de poblaciones objetivo en determinadas zonas del país y una falta de atención en otras.

A diferencia de otros países que han emprendido estrategias de reducción de la pobreza, el Estado peruano ha financiado la mayor parte de este gasto con recursos del tesoro público. Antes de 1990, los esfuerzos en materia de seguridad alimentaria y nutrición se realizaban directamente desde el sector salud, focalizados en la madre y el niño, y en la alimentación escolar, con un importante apoyo de la cooperación internacional (en particular del PMA y la USAID). En los años noventa el esquema cambió, pasando a un financiamiento fuertemente estatal (alrededor del 90%), lo que fue posible gracias al aumento presupuestario de alrededor de 500 millones de dólares en favor de las políticas alimentarias.

En 1992, las iniciativas del sector pasaron a depender del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), específicamente del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), que aún a la mayor parte de los programas de asistencia alimentaria del Perú, tales como el Programa de Alimentación Escolar (PAE), Comedores Populares y Alimentos por Trabajo, y cuyo objetivo es contribuir a elevar el nivel alimentario y nutricional de la población en extrema pobreza, con atención preferente de grupos vulnerables tales como niños, madres gestantes y lactantes y damnificados por situaciones de emergencia temporal.

Durante el 2002, por decreto supremo, diversos programas de asistencia alimentaria -antes administrados por el Instituto Nacional de Salud- se fusionaron bajo la administración del PRONAA, el que en la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión de recursos, en 2003 comenzó su proceso de descentralización de gobiernos locales, contándose a la fecha con la transferencia de los programas Comedores Populares y Alimentos por Trabajo.

No obstante la atención y la fuerte inversión del Estado peruano hacia las personas en situación de pobreza e inseguridad alimentaria, según los datos recopilados, los avances han sido menores que los esperados. El bajo impacto de estas políticas dice relación con la naturaleza de la intervención estatal, caracterizada por una baja coordinación intersectorial (con multiplicidad de programas operantes con poblaciones objetivos similares), una debilidad institucional ligada al centralismo y nula participación de los gobiernos locales, y a una deficiente focalización territorial.

## **2. Los programas de alimentación y nutrición**

En el Perú existe una diversidad de programas sociales públicos y privados que se han planteado atender los problemas de la falta de seguridad alimentaria y de desnutrición del país. En la década de los noventa se produjo una masificación de programas de este tipo a raíz de los altos niveles de pobreza, convirtiéndose en medios para satisfacer las demandas de aquellas personas o familias en riesgo.

Los programas que dependen del PRONAA corresponden en un 80% a iniciativas orientadas a nutrición (como alimentación escolar o infantil) y el resto corresponde a una lógica compensatoria (como comedores populares o alimentos por trabajo).<sup>35</sup> Sus principales características son:

### a) Programas nutricionales

i) El Programa de Alimentación Infantil (PAI) tiene como objetivo mejorar el estado nutricional y prevenir daños en la población menor de 6 años en zonas de extrema pobreza y busca reducir el déficit de micronutrientes tales como hierro, yodo, vitamina A y C. El programa cuenta con tres áreas de intervención:

- Comedores Infantiles, que entregan de lunes a sábado una ración de almuerzo y refrigerio a niños de entre 6 meses y 6 años de edad, proporcionándoles el 60% de los requerimientos energéticos y el 100% de los requerimientos de proteínas y de hierro. Operan desde 1996 y están focalizados en el primer y tercer quintil de pobreza en Centros de Atención dirigidos por madres de la misma comunidad. Durante el 2004 alcanzaron los 136 mil beneficiarios con un costo de 5,4 millones de dólares.
- El Programa de Compensación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo (PACFO), dirigido a la población del primer y segundo quintil de pobreza, desde 1994 entrega papillas todos los días del año a niños de entre 3 y 36 meses de edad, proporcionándoles el 36% de la energía, el 65% de las proteínas y el 100% del hierro estimados para cubrir sus requerimientos. Durante el año 2004, los beneficiarios directos se estiman en 317 mil niños con un costo anual de aproximadamente 15 millones de dólares.
- El Programa de Alimentación y Nutrición para Familias en Alto Riesgo (PANFAR), iniciado en 1996, es de naturaleza recuperativa y está focalizado en la población entre el primer y segundo quintil de pobreza. Entrega raciones de almuerzo y refrigerio a niños de 6 a 36 meses de edad y a sus madres. Operan todo el año y aportan el 85% de la energía y el 100% de las proteínas y el hierro necesarios para cubrir el requerimiento diario. Durante el año 2004, este programa benefició a 49 mil personas con un costo anual aproximado de 3,5 millones de dólares.

El PAI utiliza dos criterios de focalización: el Mapa de Pobreza del Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) del año 2000 y el Censo de Talla y Peso del año 1999 del Ministerio de Educación.

ii) El Programa de Alimentación Escolar (PAE) opera de lunes a viernes durante el período escolar y tiene como finalidad contribuir a incrementar el contenido calórico y proteico del régimen alimenticio de los estudiantes, y con ello mejorar el rendimiento escolar y reducir la inasistencia. El programa tiene cobertura nacional, pero actúa focalizado de la misma manera que el PAI, operando en los Centros Educativos de los distritos con mayor pobreza (entre el primer y tercer quintil de pobreza) y con elevados índices de desnutrición.

Las áreas de intervención del PAE son:

- Los Desayunos Escolares, destinados a niños de entre 6 y 12 años de edad, entregan una ración que aporta el 23% de la energía, el 44% de las proteínas y el 100% del hierro requeridos cada día. Durante el 2004, este programa benefició a 1,6 millones de niños con un costo anual aproximado de 26,9 millones de dólares.
- Los Almuerzos Escolares entregan una ración que aporta el 35% de la energía y el 83% de las proteínas requeridas diariamente, a niños de entre 6 y 12 años de edad. Durante el 2004, este programa benefició a 496 mil niños con un costo anual aproximado de 6,9 millones de dólares.

<sup>35</sup> [www.pronaa.gob.pe](http://www.pronaa.gob.pe)

- Los Centros de Educación Inicial (CEI) y el Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI) son una iniciativa preventiva destinada a mejorar el nivel nutricional de niños de entre 3 y 5 años de edad. De lunes a viernes se les entrega un refrigerio y un almuerzo que aporta el 60% de la energía y el 100% de las proteínas y el hierro necesario diariamente. Durante el 2004, este programa benefició a 2,5 millones de niños con un costo anual aproximado de 6,9 millones de dólares.

iii) Para atender las necesidades alimentarias de niños y adolescentes en riesgo, existen dos instancias específicas del PRONAA:

- Un convenio con la Fundación por los Niños del Perú, a través del cual le entrega alimentos en crudo, y que ésta distribuye en forma de raciones cocidas a los niños de sus “cunas” y “aldeas”. Se atienden 2.800 niños y adolescentes con un costo anual aproximado de 31 mil dólares.
- Apoyo a hogares, albergues y centros de rehabilitación social para asistir la alimentación de menores, a través de la entrega de alimentos para su posterior preparación y consumo. Los beneficiarios, que alcanzan a unos 19.400 niños y adolescentes, reciben raciones diarias de almuerzo que cubren por lo menos el 35% de su requerimiento calórico y el 83% de su requerimiento proteico. Su financiamiento esperado para el 2004 fue de 650 mil dólares.

## **b) Programas alimentarios compensatorios**

i) El Programa de Comedores Populares tiene como objetivo abastecer de alimentos, mediante la entrega de raciones complementarias, a los comedores populares a nivel nacional. Estos comedores formados por madres de familia brindan un servicio alimentario balanceado a bajo costo y operan focalizados según el Mapa de Pobreza del 2000 del FONCODES y el Censo de Peso y Talla de 1999 del Ministerio de Educación. Actualmente atienden cerca de un millón de personas a un costo de 23 millones de dólares.

ii) El PRONAA otorga subsidios económicos con el objeto de aumentar los niveles nutricionales de la población en extrema pobreza y comprar alimentos perecibles en comedores populares de Lima y Callao. Los beneficiarios anuales alcanzan las 136 mil personas con un costo aproximado de 2,7 millones de dólares.

iii) El Programa de Alimentación y Nutrición del Menor en Estado de Abandono y Riesgo Nutricional (PROMARN) busca contribuir a mejorar el nivel alimentario y nutricional de niños y adolescentes en riesgo moral y de salud, alojados en hogares, albergues o centros de rehabilitación de menores, quienes reciben raciones diarias de almuerzo que cubren al menos el 35% de su requerimiento calórico y el 69% de su requerimiento proteico. Opera en 11 departamentos con un total de 4.000 beneficiarios anuales atendidos con un costo aproximado de 230 mil dólares.

iv) El programa de Obras Comunales (Alimento por Trabajo) del PRONAA tiene por objeto estimular, apoyar y direccionar las iniciativas de la población en la generación y ejecución de obras comunales con beneficios posteriores, generando puestos de trabajo de carácter temporal. La población objetivo es la de extrema pobreza concentrada en zonas urbano-marginales y rurales y que expresen voluntad de apoyar a su comunidad.

v) Otro programa es el destinado a mejorar las condiciones alimentarias del adulto mayor en riesgo moral y de salud a través de los Centros de Atención como los asilos. Este programa tiene una cobertura focalizada en los departamentos del Cuzco, Lima, Cajamarca y Arequipa y proporciona raciones 25 días al mes durante todo el año, con un total de 1.220 beneficiarios anuales con un costo de 31 mil dólares.

vi) El Programa de Alimentación y Nutrición para el paciente ambulatorio con tuberculosis y familia (PANTBC) contribuye a elevar el nivel nutricional de la población en extrema pobreza y enferma de tuberculosis, entregando 2,1 millones de dólares en raciones diarias de alimentos.

vii) La Beneficencia del Callao es un programa que atiende en sus comedores a niños, madres gestantes, lactantes, población en situación de pobreza extrema y que beneficia a 2 mil personas con un costo de 51 mil dólares.

viii) El programa de alimentos para discapacitados busca mejorar las condiciones alimentarias de la población discapacitada asociada al Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS). A través de dicho programa, se garantiza el acceso a un aporte nutricional complementario diario de la población discapacitada en los comedores de sus asociaciones. Para el año 2004 se estiman 10 mil beneficiarios con un costo anual de 250 mil dólares.

### **c) Programas asociados a emergencias**

El PRONAA cuenta con varias instancias de cooperación asociadas a la mitigación de los perjuicios alimentarios que pueden sufrir las poblaciones en riesgo debido a catástrofes naturales, emergencias, indigencia o discapacidad. Una de ellas es un acuerdo con la Policía Nacional mediante el cual se entregan raciones de alimentos a poblaciones temporalmente afectadas del Departamento de Lima. Otro acuerdo es el establecido con la Vicaría, que busca mejorar las condiciones alimentarias de ancianos invidentes y minusválidos. Otro acuerdo, es el establecido con el Hogar de Cristo que pretende mejorar las condiciones alimentarias de niños, adolescentes y ancianos. También existen acuerdos asociados a la protección del Adulto Mayor en riesgo moral y de salud.

Además del PRONAA, existen otros programas que presentan componentes asociados a la nutrición y la seguridad alimentaria. Este es el caso del Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW), también iniciativa del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), que es el único programa social del Estado que brinda atención integral a la primera infancia. Proporciona cuidado diurno, educación y alimentación para niñas y niños menores de cuatro años en situación de riesgo y en condición de pobreza o extrema pobreza. El componente de alimentación se define principalmente en la entrega de tres comidas diarias. Creado en 1993 y financiado por el BID desde 1999, el PNWW atiende a cerca de 40 mil niñas y niños en todo el país por medio de 4.600 Wawa Wasi que funcionan mayoritariamente en casas particulares y están a cargo de señoras quienes reciben un salario del ministerio. El trabajo es supervisado a través de 33 sedes descentralizadas, conjugando la acción social del Estado con el voluntariado, la cooperación internacional y la gestión comunal.

Una instancia similar es el Programa del Vaso de Leche que depende administrativamente del sector de salud y forma parte del conjunto de medidas del Gobierno para la lucha contra la pobreza extrema. Se orienta específicamente a complementar la alimentación de la población materno-infantil a nivel nacional, así como también la de la población en estado de desnutrición o afectada por tuberculosis. Su cobertura es nacional y comprende a todos los distritos del país, atendiendo a unos 5 millones y medio de beneficiarios. Su financiamiento se realiza a través de transferencias directas del Ministerio de Economía y Finanzas a los Gobiernos Locales por un monto aproximado de 100 millones de dólares al año. Cabe destacar que el 35% de los fondos se destinan a los municipios de Lima Metropolitana.

### 3. Cooperación bilateral e internacional

Desde 1964 el PMA ha asumido un rol complementario y colaborador con las políticas de gobierno orientadas a resguardar la seguridad alimentaria. Su apoyo se ha concentrado en el desarrollo de recursos humanos y de proyectos que buscan crear las condiciones y los mecanismos para el logro de una seguridad alimentaria nutricional sustentable para grupos vulnerables, dentro del contexto de la estrategia focalizada del gobierno para combatir la extrema pobreza. Sus objetivos se han enfocado en el trabajo con las áreas rurales andinas donde vive la gente más pobre del país y en el rol clave de las mujeres en el proceso de desarrollo.

El PMA ha ejecutado proyectos de desarrollo centrándose en las zonas con mayor vulnerabilidad (según VAM), como Huancavelica, Apurímac, Ayacucho, Tumbes y Piura, por un monto de 30 millones de dólares, apoyando actividades de capacitación, alfabetización, nutrición y alimentación escolar que favorecen a más de 300 mil personas anualmente, principalmente niños y madres gestantes y lactantes.

En la actualidad el PMA apoya dos proyectos en el Perú, “Asistencia Alimentaria a Niños Pre-escolares y de Educación Primaria en zonas rurales” y “Promoción del Desarrollo Sostenible de Microcuencas Altoandinas”, más la asistencia a emergencias. El primer programa se centra en el suministro diario de una galleta/pan fortificado y una bebida enriquecida a escolares en cinco departamentos del país, mientras que el segundo pone un énfasis especial en la nutrición, la higiene y las buenas prácticas alimentarias.

Otra actividad del PMA es el recientemente aprobado Piloto de Huancavelica, que consiste en un proyecto de 17 meses localizado en la región andina, orientado a niños de 1 a 11 años de edad, en áreas donde la desnutrición crónica está presente en más de 50% de la población. El proyecto apoyará al gobierno a manejar su programa de asistencia alimentaria, desarrollando la capacidad para producir y distribuir una mezcla fortificada complementaria y costo-efectiva (Inka Mix) a niños de 1 a 11 años, y estableciendo un modelo de intervención educativo-nutricional dirigido a mujeres embarazadas y madres con niños de entre 0 y 36 meses de edad. Los beneficiarios se estiman en 92 mil niños de la localidad y su presupuesto alcanza los 3.253.604 dólares financiados por el PMA. De resultar exitoso el proyecto, su implementación puede ampliarse a otras áreas y departamentos del Perú, con fuentes de recursos del gobierno y el sector privado.

El UNICEF, en su Programa de Cooperación PERU-UNICEF 2001-2005, focaliza sus programas en la capacitación y promoción de los derechos de los niños. En materia de seguridad alimentaria, trabajó hasta 1998 en la fortificación de alimentos con yodo y en la promoción de la lactancia materna. A su vez, su Programa Crecimiento y Desarrollo Temprano “Buen Inicio”, establecido en cooperación con la USAID, opera con un paquete integrado de salud, nutrición, higiene y manejo de infecciones y estimulación psico-afectiva, en comunidades pobres de los departamentos del Cuzco, Cajamarca, Apurímac y Loreto, y cuenta con una cobertura de 25 mil gestantes y 35 mil niños menores de 3 años. En conjunto con los servicios de salud, las organizaciones no gubernamentales y las municipalidades, dicho programa realiza investigaciones nutricionales, entrega capacitación sobre crecimiento, nutrición y técnicas de antropometría y monitorea el crecimiento y desarrollo de niños y niñas de las comunidades. También participa en el Programa Wawa Wasi (Casa de Niños y Niñas) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social que atiende a la población menor de 4 años.

La FAO tiene algunos proyectos en nutrición y seguridad alimentaria, pero a baja escala. Tal es el caso del Programa Especial de Seguridad Alimentaria que se encuentra aprobado, pero que aún no cuenta con financiamiento, o el de las Hojas de Balance de Alimentos que no se actualizan desde 1998. Sus diagnósticos y acciones llaman la atención sobre los problemas de tierra y manejo de aguas en la región.

La Oficina del Banco Mundial en el Perú es la sede de la Dirección Subregional para Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela. En ella se ejecutan variados proyectos centrados en la población pobre, rural e indígena, tales como el proyecto Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Afroperuanos, financiando 500

mil dólares hasta junio de 2004, el proyecto de Innovación y Competitividad para el Agro Peruano, financiando 960 mil dólares hasta junio 2004, o el programa de rehabilitación de agua y alcantarillado de Lima Metropolitana, con 200 mil dólares hasta diciembre del 2006.

La USAID comenzó su asistencia alimentaria al Perú hace 50 años, a través del Programa Alimentos para el Desarrollo, que se traduce en aproximadamente 2.200 millones de dólares de inversión en alimentos. Mediante la reciente renovación, en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, donó alrededor de 30 mil toneladas métricas de alimentos valorizados en 20 millones de dólares durante el 2004, los que ejecuta a través de los organismos voluntarios cooperantes (ADRA, CARE, CARITAS y PRISMA), trascendiendo el mero abastecimiento de alimentos y sirviendo como instrumento de desarrollo y fortalecimiento de la gestión local.

La USAID tiene proyectos específicos en seguridad alimentaria en microfinanzas, salud y nutrición de niños y sus madres e ingresos. Esta larga trayectoria de apoyo contribuyó en el Perú a la formación y consolidación de programas propios del gobierno peruano, tales como Wawa Wasi, PANFAR y los programas de alimentación escolar, nutrición infantil, cocinas familiares y comedores comunales. El impacto del programa en estos 50 años de vigencia habría evitado que aproximadamente 125 mil niños por año caigan en la extrema pobreza, volviendo menor el riesgo de que sufran desnutrición crónica. Asimismo, ha permitido la capacitación de 140 mil madres gestantes y lactantes por año en diversas actividades de índole productivo para el alivio de la pobreza. Actualmente la USAID y sus cuatro ONG asociadas apoyan el proceso de descentralización que experimenta el Gobierno a través del trabajo con el Ministerio de Salud con el objetivo de transferirles destrezas a nivel local, focalizando sus acciones a nivel de la población menor de tres años.

A las organizaciones no gubernamentales antes mencionadas (ADRA, CARE, CARITAS y PRISMA), que tienen una importante presencia en Perú, se suma Food for the Hungry International (FHI), que trabaja en el país desde 1982, con dos líneas de acción en materia de seguridad alimentaria y nutricional: la primera dice relación con la asistencia técnica para el desarrollo agrícola y, la segunda, con la capacitación sobre salud y educación para madres.



## **Anexos**

---

























---

## كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى : الأمم المتحدة ، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف .

### 如何获取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

### HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

### COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

### КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

### COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o dirijase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

---

Las publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y las del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) se pueden adquirir a los distribuidores locales o directamente a través de:

Publicaciones de las Naciones Unidas  
Sección de Ventas – DC-2-0853  
Fax (212)963-3489  
E-mail: publications@un.org  
Nueva York, NY, 10017  
Estados Unidos de América

Publicaciones de las Naciones Unidas  
Sección de Ventas, Fax (22)917-0027  
Palais des Nations  
1211 Ginebra 10, Suiza

Unidad de Distribución  
CEPAL – Casilla 179-D  
Fax (562)208-1946  
E-mail: publications@eclac.cl  
Santiago de Chile

Publications of the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and those of the Latin American and the Caribbean Institute for Economic and Social Planning (ILPES) can be ordered from your local distributor or directly through:

United Nations Publications  
Sales Sections, DC-2-0853  
Fax (212)963-3489  
E-mail: publications@un.org  
New York, NY, 10017  
USA

United Nations Publications  
Sales Sections, Fax (22)917-0027  
Palais des Nations  
1211 Geneve 10, Switzerland

Distribution Unit  
CEPAL – Casilla 179-D  
Fax (562)208-1946  
E-mail: publications@eclac.cl  
Santiago, Chile