

Resumen de la Mesa Redonda No 4 Desafíos de la Nutrición Pública en el Perú.

Paolo Valverde¹

Participantes en la mesa: Walter Vilchez², Rocio Vargas Machuca³, Carlos Rojas⁴, Ana María Higa⁵

¹Nutricionista, Jefe del Servicio de Nutrición, Psicología y Servicio Social del Hospital IV Alberto Sabogal S – Essalud. ²Nutricionista, Docente de la Universidad Federico Villarreal y Asesor de Nutrición Pública, CARE Perú. ³Nutricionista, Programa Mundial de Alimentos Perú. ⁴Nutricionista, Coordinador de Programas de Nutrición y Seguridad Alimentaria, CARE Perú, Senior Consultant en Nutrición para el Banco Mundial. ⁵Nutricionista, Profesora Asociada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Consultora Nacional en Nutrición UNICEF - Perú
Email: paolovalverde@hotmail.com, wvilchez@care.org.pe, rvargasmachuca@hotmail.com, crojas@care.org.pe, amhigay@yahoo.com

Capacidades adquiridas: Al finalizar este artículo, los lectores podrán:

- Revisar y discutir los problemas de Nutrición Pública en el Perú.
- Evaluar el papel del Nutricionistas dentro de las políticas nacionales de Nutrición.
- Analizar el impacto económico y social de no combatir la desnutrición crónica.
- Actualizar la información disponible sobre las enfermedades por deficiencia de Yodo.

Palabras clave: *Hambre, Hierro, yodo, desnutrición crónica, políticas, nutrición pública*

Introducción

Por años, la desnutrición crónica ha sido considerada incluso por los Nutricionistas que trabajan temas comunitarios, como el único problema de Salud Pública en el país, cuando en realidad, asociada a ella coexisten otros problemas de similar importancia. Nos hemos acostumbrado, gracias a la repetición, a considerar que la desnutrición crónica es el único objetivo a combatir y en muchos casos, al no establecer una posición clara, los Nutricionistas hemos certificado de modo tácito que este y los otros problemas de Nutrición Pública peruanos se pueden resolver con solo entregar alimentos a la población.

El objetivo de la presente mesa ha sido presentar de manera ordenada y sustentada cuáles son los problemas de Nutrición Pública más importantes en nuestro país y como el Nutricionista puede tener un papel realmente trascendente en el manejo de la situación.

¿Es la desnutrición el único problema de salud pública en el país?

La desnutrición crónica afecta a países en vías de desarrollo y el Perú, no está exento de ella. Desde las encuestas de 1975 se reconocía a este problema como de salud pública puesto que afectaba a casi un 40% de la población menor de 5 años (fig. No 1 y 2). En los últimos 10 años, estos valores han disminuido constantemente aunque estas disminuciones no parecen ser tan apreciables cuando se utilizan los nuevos patrones de referencia promovidos por la Organización Mundial de salud (OMS) desde el año 2006 (fig. No 3)

Sin embargo, la desnutrición crónica no es el único problema de salud pública en el Perú. La anemia ferropénica es una situación de alta prevalencia que golpea de igual manera a los niños menores de 5 años como a las mujeres en edad fértil (fig No 4 y 5). Menos prevalente pero igualmente preocupante es el número de niños

Fig. No 1

Perú 1975-2007: Prevalencia de la desnutrición crónica en niños < 5 años, según distintas encuestas

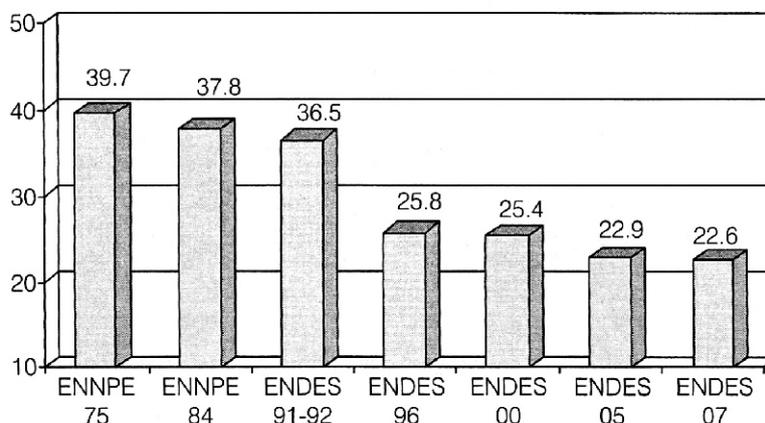


Fig. No 2

Perú 1975-2007: Prevalencia de la desnutrición crónica en niños < 5 años, según distintas encuestas

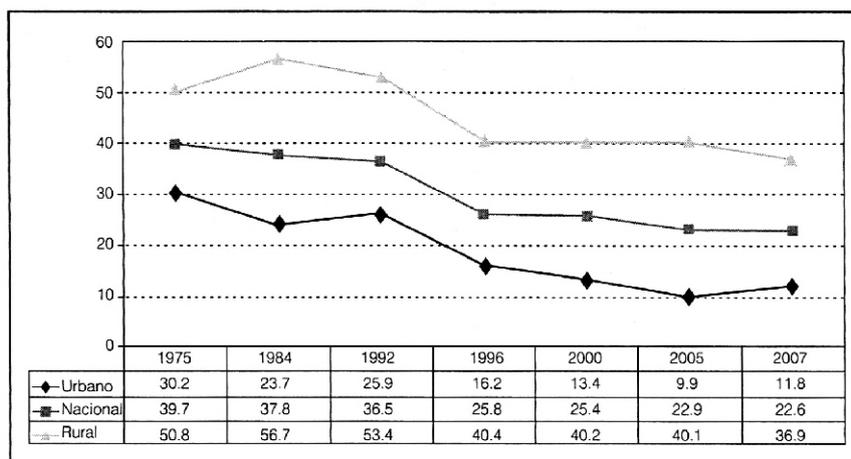


Fig. No 3

Variación de los niveles de desnutrición crónica cuando se usan los patrones OMS 2006

Ambito	Referencia	1992	1996	2000	2005	2007
Nacional	NCHS	36.5	25.8	25.4	23.9	23.5
	OMS2006		31.6	31.3	29.3	29.1
Urbano	NCHS	25.9	16.2	13.4	10.1	11.5
	OMS2006		20.9	18.2	13.7	15.7
Rural	NCHS	53.4	40.4	40.2	39.0	36.1
	OMS2006		47.8	47.3	46.3	43.5

Fig. No 4
Prevalencia de anemia ferropénica en menores de 5 años

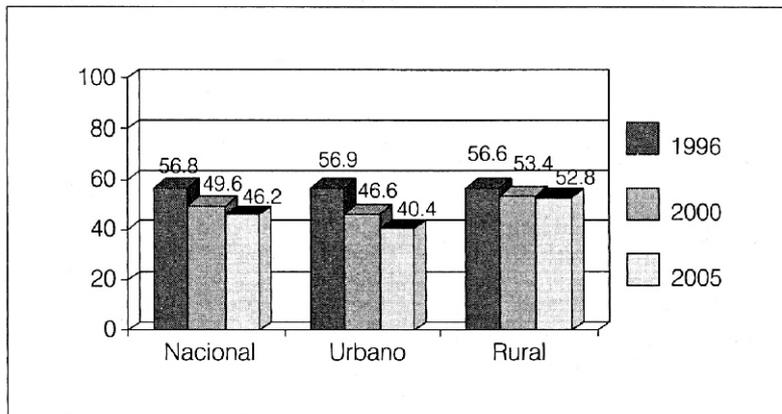


Fig. No 5
Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres en edad fértil

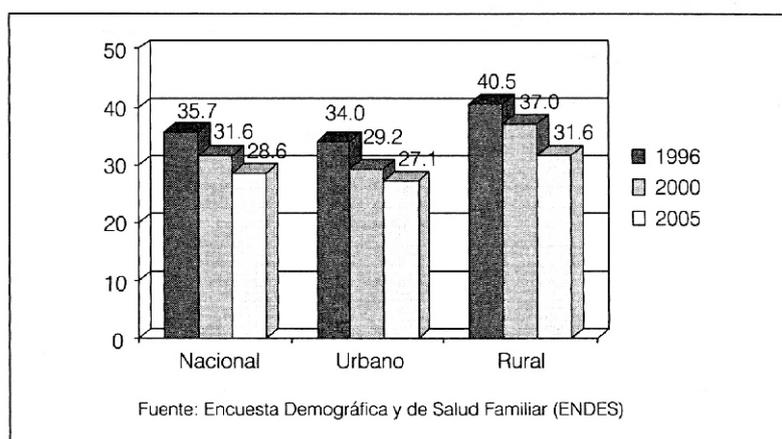


Fig. No 6
Prevalencia de deficiencia de vitamina A en niños menores de 5 años

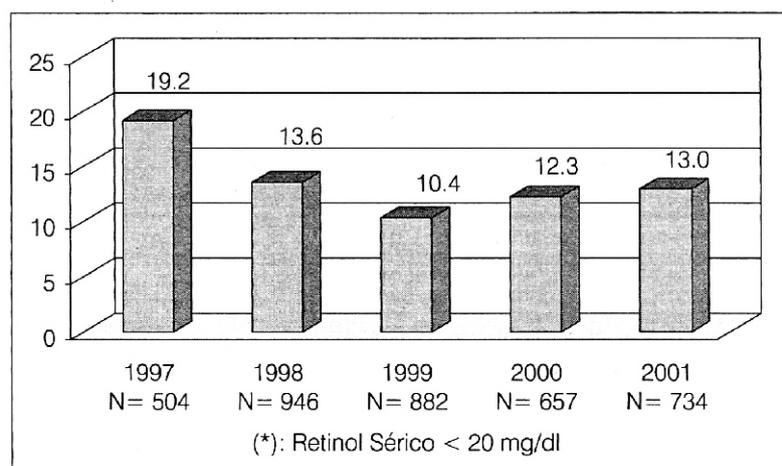
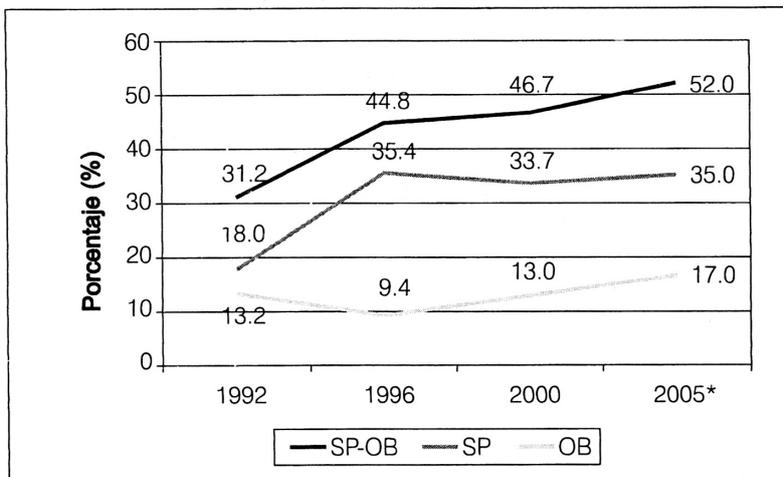


Fig. No 7
Tendencia del sobrepeso y la obesidad



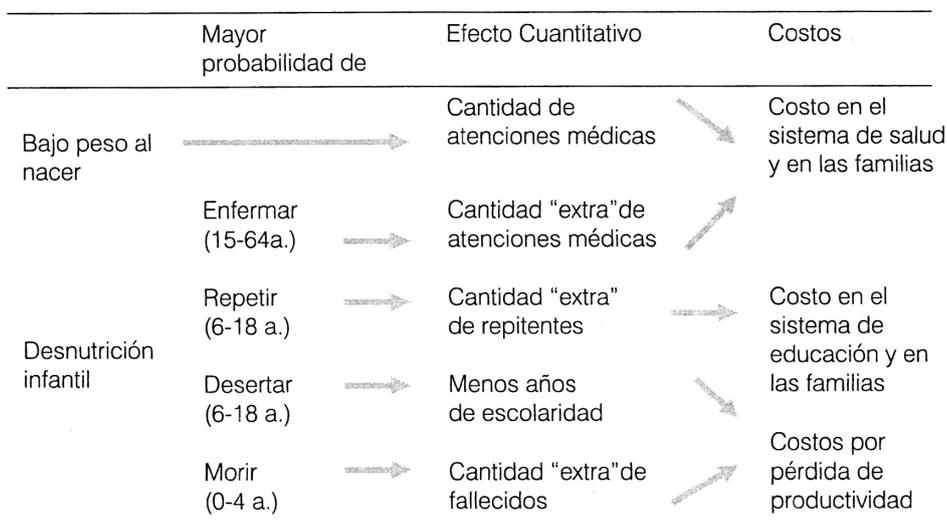
menores de 5 años afectados por deficiencia de vitamina A (fig. No 6). Un problema emergente es el avance del sobrepeso y la obesidad. En relación a la deficiencia de yodo, ya no es un problema en el Perú, pero se deben mantener los controles sobre el nivel de yodación de la sal y la cobertura de atención nacional.

El costo del hambre en el Perú

En el año 2005, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), ambos organismos de las Naciones Unidas, acordaron llevar a cabo

este estudio. Su metodología ya había sido aplicada anteriormente en países de Centroamérica y el Paraguay. Su objetivo fue medir el impacto económico de la desnutrición global infantil en el 2005 y a través de un modelo econométrico estimar los efectos y costos asociados a la desnutrición en SALUD, EDUCACION y PRODUCTIVIDAD (fig. No 8). Se tomo una cohorte de niños a partir de los cuales se obtuvo información que permitió elaborar una "incidental retrospectiva (IR)" que estimaba los costos para el 2005 de la desnutrición y una "incidental prospectiva (IP)" que estimaba los costos a futuro.

Fig. No 8
Variables, efectos cuantitativos y costos de la desnutrición infantil



Los resultados de la IR arrojaron que el costo aproximado de la desnutrición infantil fue de 7,882 millones de soles (US\$ 2,391 millones) equivalente al 3% del PBI y a 1/3 gasto social total del país en el 2005. Mientras que los resultados de la IP arrojaron que la desnutrición infantil le costará al Perú aproximadamente de 1,139 millones de soles (US\$ 343.7 millones), concentrándose la pérdida en el menor logro educativo y la pérdida de horas productivas por mortalidad

Políticas públicas en Nutrición en el país

En términos macroeconómicos, la desnutrición genera pérdidas directas en la productividad del país por el deterioro del estado físico de los trabajadores; pérdidas indirectas por el daño en la capacidad cognitiva y deficiente desempeño educativo de los estudiantes; y pérdidas generales por el mayor costo del cuidado de la salud y atención de enfermedades. En el ámbito microeconómico, la desnutrición crónica o la anemia ferropénica en los niños, producen disminución de sus capacidades cognitivas, debido a lo cual estos niños fracasan en el proceso educativo, se vuelven jóvenes que no pueden acceder a otros niveles de formación y se convierten en adultos con trabajos de baja productividad que generan hogares pobres con más niños desnutridos o anémicos.

Si quisiéramos cuantificar el daño de la desnutrición podríamos agrupar sus consecuencias en dos categorías: aquella de afectación de las capacidades físicas y mentales de los niños que luego serán adultos; y aquella de afectación de la productividad y el crecimiento económico. En cuanto a la primera categoría, ésta está asociada de manera directa o indirecta con el 50% de las enfermedades de la infancia y con el 60% de la mortalidad infantil; incrementa el riesgo de mortalidad materna en 25%; reduce el coeficiente intelectual entre 10 a 15 puntos; y genera atraso educativo (~1 año de la escuela). En relación a la segunda categoría, ésta genera una reducción del 10 % de los ingresos de toda la vida adulta; produce una disminución del PIB en 2% a 3% anual; y provoca un incremento del porcentaje (hasta 33%) de enfermedades crónicas en la vida

adulta, que producen un mayor gasto en el presupuesto público de salud para su atención (2,5% del PIB).

Es tanta la asociación que existe entre nutrición y desarrollo económico que bien podría, la desnutrición crónica, ser considerada como un indicador de pobreza. Sin embargo, muchas veces el comportamiento de ambas variables no es proporcional. Por ejemplo, ¿por qué, si en los últimos años el Perú ha tenido tan buenos indicadores macroeconómicos esto no se ha reflejado en la misma magnitud en los indicadores de pobreza y desnutrición crónica? Probablemente se deba a una inadecuada distribución y utilización de los recursos disponibles. Sin embargo, a pesar de esta realidad, existe suficiente consenso internacional como para considerar que la apuesta por corregir la malnutrición de un país puede sacarlo de sub-desarrollo (tabla No 1)

¿Por qué no ha disminuido la desnutrición en el Perú? Porque se ha manejado sólo como un problema alimentario, no se ha tomado en cuenta su multicausalidad, no se ha enfocado de manera multisectorial, las intervenciones no se han desarrollado en forma coordinada y simultánea.

¿Qué es lo que ha funcionado en las experiencias en el Perú? Las intervenciones que tienen evidencia de reducción (desde uno hasta 3 punto porcentuales al año) tuvieron los siguientes elementos: Mejorar las prácticas de alimentación e higiene; acceso al agua segura y al saneamiento básico; acceso a los servicios de salud de calidad; acceso a suplementos de micronutrientes; mejorar la disponibilidad de alimentos nutritivos; promover la estimulación y cuidado del niño en el hogar; fortalecer la organización comunal y la gestión local; mejorar los ingresos de las familias; articular al gobierno local con los sectores, en particular salud.

Algunos ejemplos de éxito en la lucha contra la desnutrición incluyen: Tailandia que logró en 10 años una disminución de 10 puntos porcentuales desnutrición moderada que pasó de 25% (1986) a 15% (1995); Nicaragua que en 4 años produjo una disminución de la desnutrición crónica de 25% (1997-98) a 20%

(2001); o Chile que en 15 años disminuyó la desnutrición en 22% de 24% (1965) a 2% (1980).

Existen 4 elementos de éxito a nivel institucional y político: a) Compromiso y entendimiento en todos niveles y con todos los actores, gobierno nacional, regional y local, sociedad civil, sector privado, liderazgo político, transformación de política de administración del Estado; b) Armonización y alineación: arreglos e incentivos institucionales; roles y responsabilidades claras; c) adaptación al contexto local y participación comunitaria; y d) Capacidades necesarias: técnicas, financieras, administrativas; vincular niveles, y pueblo con gobierno

Eliminación sostenible de los desórdenes por la deficiencia de yodo (DDI) y nutrición óptima de yodo

Hasta los años 60s y 70s inclusive, la deficiencia de yodo se media principalmente con la presencia de bocio endémico (manifestación

clínica de la deficiencia de yodo expresada en un crecimiento anormal de la glándula tiroidea), sin embargo, con el avance de las investigaciones durante los años 80s y hasta la actualidad el reconocimiento del papel del yodo en el desarrollo cerebral ha sido tan grande que la presencia de bocio endémico ha pasado a ser un indicador complementario.

El yodo es esencial para la supervivencia humana, el crecimiento y el desarrollo. El periodo crítico para el cerebro y sistema nervioso central va desde las 12 semanas de gestación hasta los 3 años. La deficiencia de yodo es la principal causa de daño cerebral y retardo mental que pueden ser prevenidos.

La deficiencia de yodo ha sido uno de los problemas más estudiados por la comunidad científica y aquel donde los planes de intervención mejores resultados han mostrado al punto de que se considera que en la actualidad más del 70% de la población tiene acceso al yodo a través de la provisión de sal yodada, lo cual es un indicador que muestra

Tabla No 1

Ranking de Copenhague: Acciones de mayor impacto para el desarrollo de un país

Ranking de Proyectos del Consenso de Copenhague (Lomborg, 2004)			
Puntaje del Proyecto	Desafío	Oportunidad	
Muy Bueno	1	Enfermedades	Control del HIV/SIDA
	2	Malnutrición	Provisión de micronutrientes
	3	Subsidios y Comercio	Liberalización del Comercio
	4	Enfermedades	Control de la Malaria
	5	Malnutrición	Desarrollo de nuevas tecnologías agrícolas
	6	Serv.Sanitarios y Agua	Tecnología de agua en pequeña escala para el sustento
	7	Serv.Sanitarios y Agua	Provisión de serv.sanitarios y agua administrada por la comunidad
	8	Serv.Sanitarios y Agua	Investigación sobre la productividad del agua en la producción de alimentos
	9	Gobierno	Disminución del costo de comenzar nuevas empresas
	10	Migración	Disminución de las barreras a la migración de trabajadores calificados
	11	Malnutrición	Mejoramiento de la nutrición de infantes y niños
	12	Malnutrición	Reducción de la prevalencia del bajo peso al nacer
	13	Enfermedades	Aumento de la cobertura de los servicios básicos de salud
	14	Migración	Programas de trabajadores visitantes para los no calificados
	15	Clima	Impuesto óptimo al carbono
	16	Clima	Protocolo de Kyoto
	17	Clima	Impuesto al carbono "value-at-risk"

que la mayor parte de las personas se encuentran protegidas. Gracias a estas investigaciones se ha logrado elaborar indicadores muy confiables y estandarizados a nivel mundial que además son de fácil aplicación (tabla No 2).

Elementos clave para el control de los DDI en el Perú

1. Investigación académica 1940-1980

- Uso de aceite yodado en salud pública
- Efectos de la deficiencia de yodo en la relación materno-fetal
- Uso del yodo urinario como indicador
- Estudios de prevalencia de bocio en áreas específicas

2. Intervención continuada en salud pública. Se puede dividir en 3 fases:

Fase I Investigación diagnóstica y acciones inmediatas

- Identificación del problema en el Perú y sus factores condicionantes
- Análisis de las causas y alternativas de solución
- Tratamiento con aceite yodado

Fase II Ataque mediante yodación universal de la sala

- Estrategia de Mercadeo social
- Desarrollo de la vigilancia epidemiológica

Fase III Consolidación

- Continuidad del monitoreo de la sal y vigilancia de la población

En 1983 se establece en el MINSA un equipo para diagnosticar y tratar los DDI. En función de la poca información existente se desarrolló un modelo que ha servido hasta ahora (fig. No 9).

El primer diagnóstico fue preparado entre 1986 y 1987 y arrojó que la tasa promedio de excreción urinaria de yodo estaba alrededor de 71 $\mu\text{g/L}$, es decir debajo de los estándares internacionales (100 $\mu\text{g/L}$); que solo el 57% de la población tenía acceso a sal yodada y además solo 30.8% de esta sal cumplía el requisito de tener más de 15 ppm de yodo. Aunque se ha avanzado considerablemente y hemos logrado extender la cobertura de distritos con sal adecuadamente yodada (89%), es necesario mantener la vigilancia y monitoreo porque hay países que habiendo controlado perfectamente el problema, en la actualidad nuevamente lo tienen como Guatemala.

Indicadores del proceso de la yodación de la sal:

Calidad de yodación adecuada en plantas	95%
Calidad de yodación en mercados	90%
Volumen de producción de sal yodada	100%

Indicadores de efecto

Cobertura de distritos con sal yodada	> 90%
Nivel de consumo de sal yodada	> 90%

Indicadores de impacto

Excreción urinaria de yodo: Mediana	> a 100 $\mu\text{g/L}$
Tamaño de tiroides: Prevalencia de bocio en escolares	5%

Tabla No 2

Indicadores de la eliminación sostenible de los DDI

Indicadores	Metas
Yodización de la sal	
Proporción de hogares usando adecuada sal yodada (15ppm yodo)	> 90%
Yodo urinario	
Proporción por debajo de 100 $\mu\text{g/l}$	<50%*
Proporción por debajo de 50 $\mu\text{g/l}$	<20%*
Mediana de excreción urinaria de yodo	100 $\mu\text{g/l}$
Mediana de excreción urinaria de yodo en gestantes	150 $\mu\text{g/l}$
Cumplimiento de indicadores programáticos	80 a 10

Fig. No 9
Modelo de manejo de las DDI

