

alarmante en los menores de dos años donde 80% de los niños tienen anemia. Este problema afecta a todas las regiones del país (Gráfico No. 49).

En 1997, un estudio del CENAN demostró que la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años era 43.4% mientras que en las mujeres en edad fértil era del orden de 37.7%. Estos datos están en los límites de los valores reportados por ENDES.

▪ Deficiencia de vitamina A

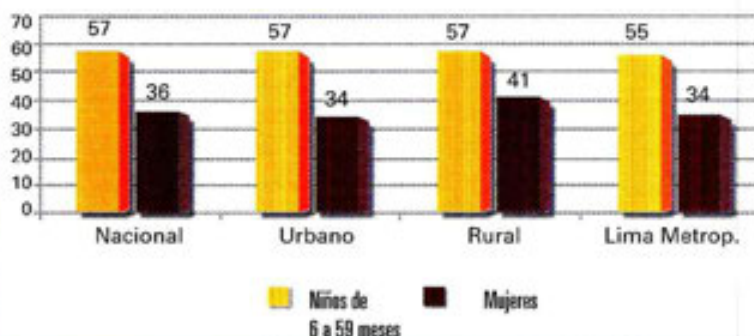
Los resultados de un monitoreo nacional de indicadores nutricionales realizado por el CENAN en una muestra representativa de cinco estratos: sierra, costa, sierra urbana, sierra rural y selva, muestran que la deficiencia de Vitamina A en menores de cinco años constituye un problema de salud pública. La proporción de niños con retinol sérico menor de 20 ug/dl disminuyó de 55,35 (IC:46,5-64,0) en el semestre 1996 II a 28,9% (IC:15,2-21,2) en 1997-I y posteriormente a 13,8% (IC:9,66-17,9) en 1997-II. En las mujeres en edad fértil la prevalencia de retinol sérico bajo varió de 19,9% (IC:15,1-24,7) en el semestre 1996-II a 11,9% (IC:8,2-15,5) en el 1997-I y posteriormente a 4% (IC:5-5,9) en el 1997 II.

La tendencia descendente de la proporción de niños y mujeres en edad fértil que presentan deficiencia de vitamina A se refleja en todos los estratos estudiados. Estos hallazgos podrían explicarse por la mejora de los servicios y actividades preventivas promocionales de salud; a los Programas de Complementación Alimentaria con productos fortificados y a las mejora de condiciones básicas generales de vida en los últimos años.

▪ Deficiencia de Yodo

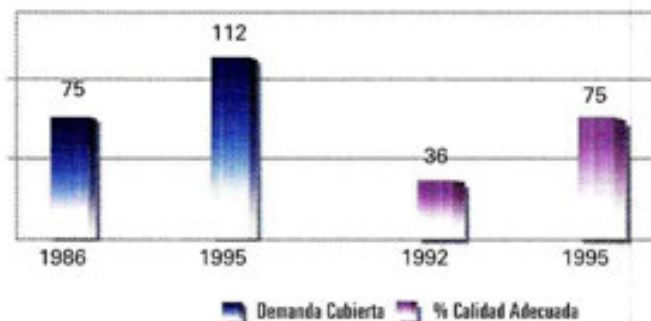
En los últimos años se han tenido significativos logros en el control de los desórdenes por deficiencia de yodo. El consumo de sal yodada ha mostrado variación favorable. Esto debido a una estrategia integral de intervención y vigilancia epidemiológica implementada por el MINSA sumada a la liberalización de la producción de sal en 1992. La producción que en 1986 satisfacía sólo al 57% de la población superó la demanda desde 1995, incrementando el consumo de sal yodada (verificada por test cualitativo) de 81.8 a 90% entre 1995 y 1997 (Gráfico No. 50).

Gráfico No. 49
Perú 1996: Prevalencia de Anemia en Niños de 6 a 59 meses y Mujeres según Residencia



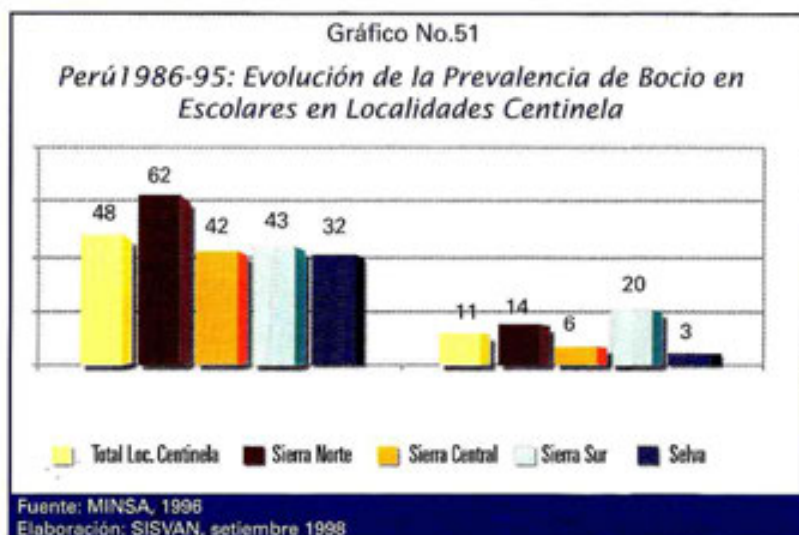
Fuente: ENDES, 1996
Elaboración: SISVAN, setiembre 1998

Gráfico No. 50
Perú 1986-95: Cobertura de Demanda de Sal Yodada y % con Calidad Adecuada



Fuente: MINSA, 1996
Elaboración: SISVAN, setiembre 1998

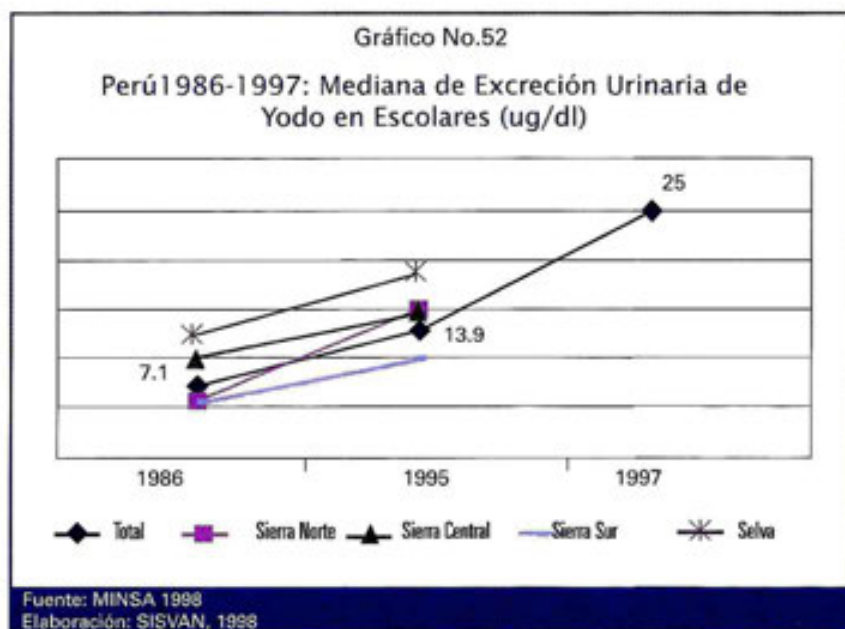
La disminución de la prevalencia de bocio en escolares es un importante logro del sector (Gráfico No. 51).



Asimismo la mediana de excreción urinaria de yodo (EUI) ha aumentado en promedio de 13,9 en 1995 a 25 en 1997 (Gráfico No 52).

Valores semejantes (28 ug/dl) en niños y mujeres en edad fértil han sido encontrados por el CENAN en muestra representativa de la población general, no sólo de la población en riesgo. La población en riesgo disminuyó de 6 a 1.2 millones de personas entre 1986 y 1997

▪ Consumo de Alimentos



Desde los inicios de la década del setenta se cuenta con datos completos y confiables del consumo de alimentos en todas las regiones del Perú. La primera encuesta nacional denominada Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA) se realizó en 1971-72 (Amat y León, 1981). Los hallazgos de este estudio muestran una situación que puede haber cambiado considerablemente, especialmente teniendo en cuenta los cambios mostrados en la disponibilidad de alimentos per cápita en el país.

En dicho estudio, el promedio de consumo a nivel nacional fue de 2,000 Kcal, las regiones con ingestas energéticas más bajas fueron la Sierra y Lima Metropolitana con 1910 y 1944 Kcal por persona por día, respectivamente. Mientras desde el pun-

to de vista de la calidad de la dieta, la región de la Selva estaba en peores condiciones con la ingesta proteica más baja (Gráfico No. 53).

Después de ENCA ha habido diferentes estudios, la mayoría de ellos son de alcance local, departamental o regional y por ende sus hallazgos no pueden generalizarse.

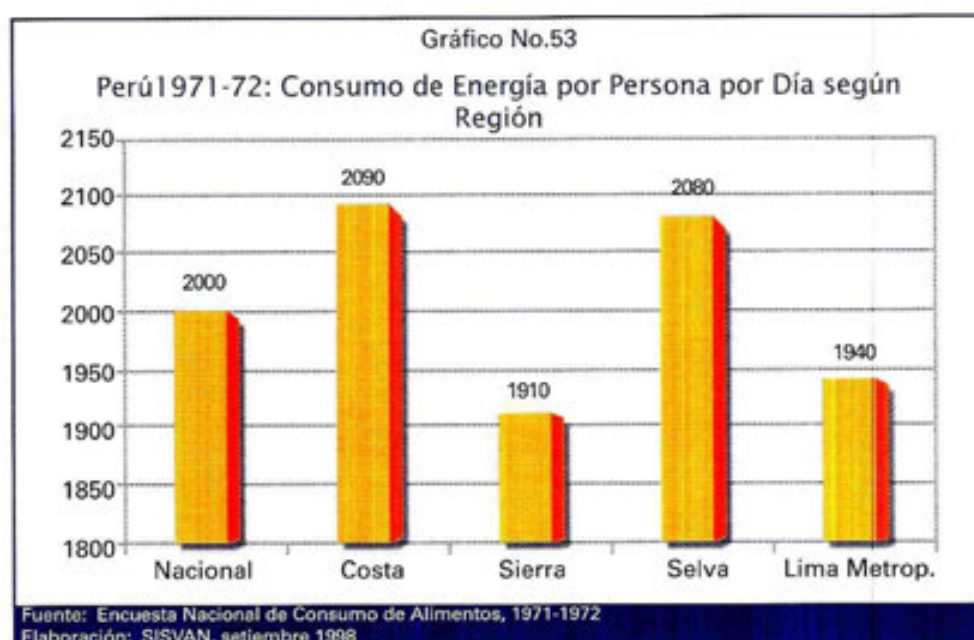
Entre 1990 y 1996, un organismo no gubernamental llamado PRISMA realizó encuestas de consumo en siete regiones del país en muestras representativas de áreas predefinidas de las regiones. Para el registro de los datos del consumo de familias y niños entre 12 y 35 meses, se seleccionó al azar una submuestra de una muestra hogares con niños menores de tres años seleccionada con otros fines. Se usó el método de pesada directa y el método recordatorio de 24 horas usando medidas caseras estandarizadas para la obtención de los datos. Se aplicó un método u otro de acuerdo a las particularidades de acceso y logística de cada área en estudio.

Las regiones estudiadas fueron: Arequipa, Lima, Grau, Libertadores Wari, Inka, Nor Oriental del Marañón y Ucayali. En cada región, se consideró uno o más de las siguientes áreas: costa, sierra, selva, metropolitano medio, metropolitano bajo.

Los hallazgos muestran que el consumo de los niños de 12 a 35 meses es deficiente a nivel de la sierra y selva en energía, proteínas y grasas. La deficiencia también está presente, pero es menos severa en áreas metropolitanas y en la costa. El consumo de los niños es más deficiente que el de sus familias. Sólo 3 de 18 áreas de estudio muestran un consumo de energía más deficiente en las familias que en los niños. Este dato sugiere una distribución intrafamiliar de los alimentos que no privilegia al niño pequeño, cuando es quien debería recibir una dieta preferencial y adecuada a sus requerimientos por encontrarse en etapa de crecimiento.

En 1996 se evaluó el consumo de alimentos en niños menores de seis años en el ámbito del Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB) que comprende cuatro zonas pobres del país: San Juan de Lurigancho (uno de los distritos mas pobres de Lima), algunas provincias pobres de Cusco, Piura y Cajamarca. Este estudio utilizó el método de pesada directa para el registro de los datos.

Los resultados para los niños mostraron un promedio de ingesta de energía cuyo valor más bajo se observó en Cusco (915 Cal.) y el más alto en Cajamarca (1100 Cal.). La ingesta proteica varió entre 9,4 en Cajamarca y 12,2 gramos en Lima.



En las mismas zonas el promedio de ingesta de energía de las mujeres en edad fértil tuvo su valor más bajo en Lima (1519 cal) y el más alto en Cajamarca (1997 cal). La ingesta proteica estuvo en el rango entre 44 en Lima y 49 gramos Cajamarca.

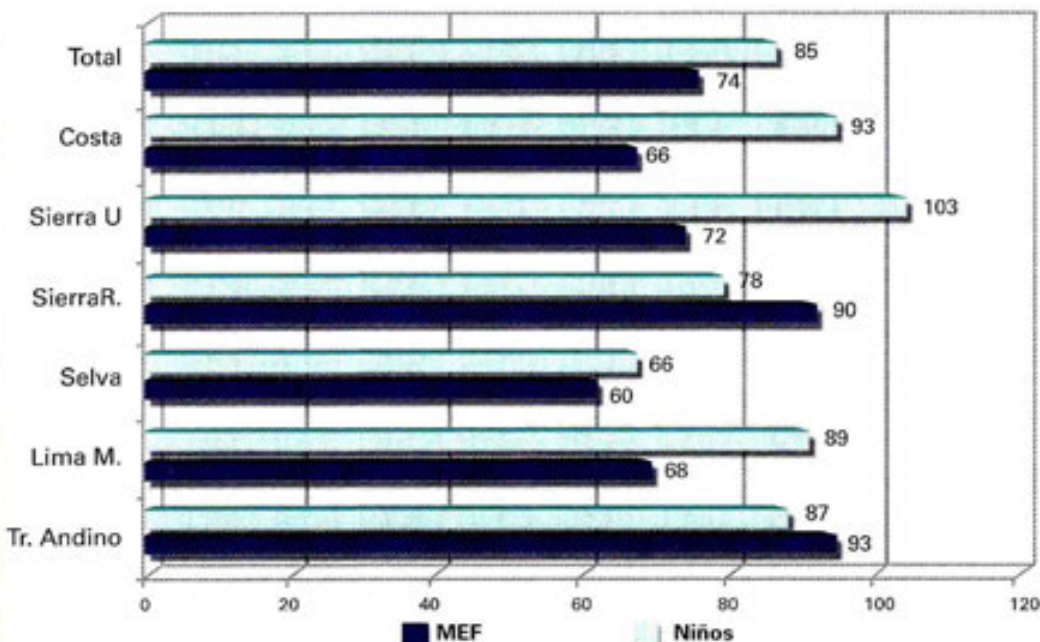
En 1997, el CENAN realizó una encuesta de consumo de alimentos con el método de pesada directa en una muestra representativa de nivel nacional y Costa, Sierra Urbana, Sierra Rural, Selva, Lima y Trapecio Andino. Los datos preliminares reportan un promedio nacional de adecuación a la ingesta de energía de 76 y 78 por ciento para niños y mujeres en edad fértil respectivamente. Los promedios de adecuación de la ingesta proteica observados fueron 144 para niños y 100 por ciento para mujeres en edad fértil. Aunque el tamaño muestral sólo permite un intervalo de confianza alrededor de 15%, los datos son consistentes con una situación de deficiente consumo de energía y consumo suficiente de proteínas a nivel de la población peruana.

Las comidas que las madres prefieren dar a sus niños son preparaciones diluidas como caldos, sopas y jugos; las preparaciones más densas como purés o mazamoras, se ofrecen al niño más tardíamente, por lo general entre los 9 y 12 meses de edad. Además el número de comidas diarias es insuficiente: el 15% de los menores de dos años consume dos o menos comidas al día, el 60% consume tres al día y sólo un 25% consume cuatro comidas al día (CENAN, 1997, datos preliminares).

El consumo de hierro -considerando sólo el que proviene de la dieta- es deficiente a nivel nacional para niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil. Sólo en la Costa y Sierra Urbana el consumo de hierro es adecuado en los niños. En mujeres en edad fértil el consumo es adecuado en la Sierra Rural y en el Trapecio Andino (Gráfico No. 54).

Gráfico No. 54

Cenar 1997: Adecuación al Consumo de Hierro en Niños y Mujeres en edad Fértil



Fuente: CENAN 1997
Elaboración: SISVAN, setiembre 1998

Diversos estudios muestran que el consumo de nutrientes de la población peruana es deficiente en energía, proteínas, grasas y hierro. Los hallazgos en cuanto a estado nutricional y de salud de la población infantil son consistentes con estos resultados, teniendo en cuenta que la anemia y el retardo en el crecimiento son los problemas nutricionales más frecuentes (Cuadro Mo 6).

Cuadro No. 6

PRISMA 1990-95: Prevalencia (%) de Ingesta Deficiente de Energía en Niños de 12 a 35 meses de edad y sus Familias según Area de Estudio

	Niños	Familias	Diferencia
Arequipa Metropolitano Bajo	69	58	11
Arequipa Metropolitano Alto	56	34	22
Arequipa Costa	70	42	28
Arequipa Sierra	80	57	24
Grau Costa	36	46	-10
Grau Metropolitano Alto	31	33	-3
Grau Metropolitano Bajo	39	44	-5
Grau Sierra	68	18	50
Inka Selva	79	45	34
Inka Sierra	78	43	35
Lima Costa	65	47	18
Lima Metropolitano Bajo	65	53	12
Lima Metropolitano Medio	57	53	4
Lima Sierra	73	55	18
Nor Oriental del Marañón Costa	75	44	30
Nor Oriental del Marañón Selva	84	23	62
Nor Oriental del Marañón Sierra	84	30	54
Ucayali Selva	56	41	15

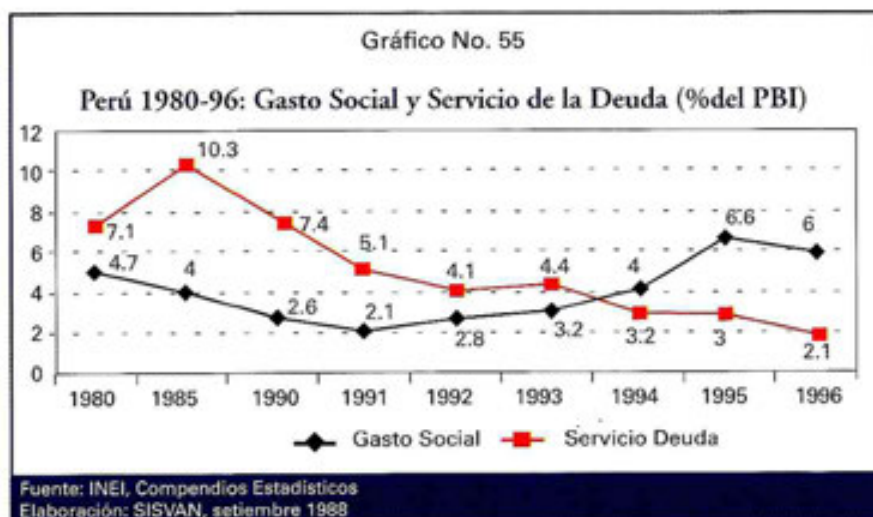
Fuente: PRISMA: Consumo de Alimentos en el Perú, 1990-95
Elaboración: SISVAN, octubre 1998

Programas orientados a mejorar la situación alimentaria nutricional

La magnitud de la crisis económica a fines de la década de los ochenta hizo imposible que los programas de estabilización económica y de reforma redundaran en el alivio significativo de la pobreza en un plazo corto. En 1992 el Gobierno hizo un replanteamiento de la política social con el objeto de promover la igualdad de oportunidades para todos los habitantes del país e impulsar el acceso a bienes y servicios esenciales de adecuada calidad. El Estado concentró su actividad en la promoción del empleo temporal, la salud y educación básica, la justicia, la provisión de servicios públicos, la complementación alimentaria para grupos en riesgo y los proyectos de infraestructura.

▪ Gasto Social

El presupuesto que el Estado ha destinado al gasto social -expresado como porcentaje del PBI- ha mostrado variaciones en las últimas dos décadas. Entre 1980 y 1996 disminuyó de 4,2 a 2,6 para incrementar nuevamente a partir de 1991 estabilizándose por encima de seis a mediados de la década. Mientras tanto el servicio de la deuda disminuyó significativamente de 10,3 en 1985 a 2,1 en 1996 según datos del Banco Central de Reserva y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (Gráfico No. 55).



El gasto per cápita en programas sociales ha variado de manera importante entre 1990 y 1997. Los datos disponibles provenientes del Instituto Nacional de Estadística e Informática revelan un aumento de 12 a 176 dólares per cápita entre los mencionados años reflejando el esfuerzo del Estado para combatir la pobreza.

▪ Presupuesto Social

El porcentaje de presupuesto del Sector Público destinado a Servicios Sociales muestra una tendencia creciente de 1994 a 1996 en que se estabiliza. Se entiende por servicios sociales la educación básica, la salud básica, la justicia básica, los programas de complementación alimentaria (PRONAA, Vaso de Leche, FONCODES, Ministerio de Salud), los programas de apoyo a la agricultura (PRONAMACHS), los programas del Ministerio de la Presidencia, entre otros (Gráfico No. 56).

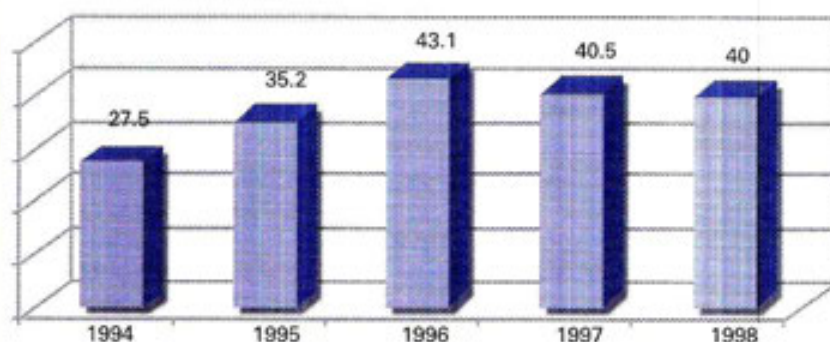
De acuerdo a los lineamientos de política social definidos por el gobierno en 1994 se establecieron las orientaciones para la identificación de grupos de mayor riesgo: los niños menores de tres años y madres gestantes como grupos prioritarios de atención de programas de alimentación complementaria.

Debido a la importancia de esta actividad y a la magnitud de presupuesto destinado a ella el gobierno emitió un Decreto Supremo conformando una Comisión Multisectorial en 1996 para la elaboración del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición presidida por PRONAA.

Entre los años 1994 y 1997 el presupuesto destinado a programas de complementación alimentaria aumentó 2,6 veces. La contribución del Tesoro Público casi se ha triplicado mientras que la contribución de la Cooperación Externa ha disminuido en un 68% (Cuadro No 7).

Gráfico No. 56

Perú 1994-97: Participación (%) de los Sectores Sociales en el Presupuesto del Sector Público



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas
Elaboración: SISVAN, setiembre 1998

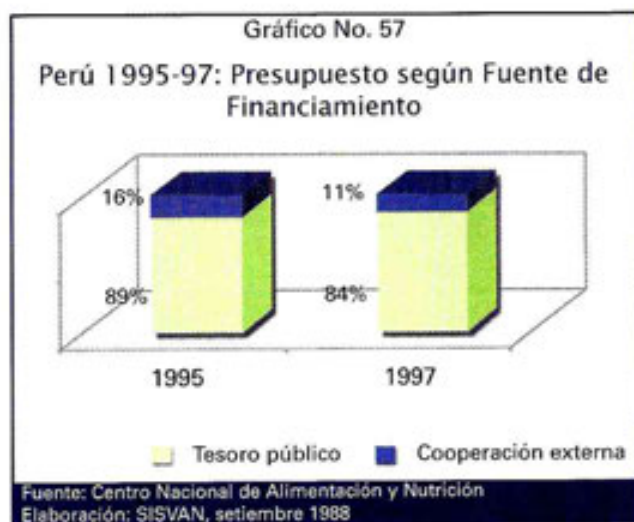
Cuadro No. 7

Perú 1995-97: Evolución del Presupuesto para Alimentación Complementaria Total y por Fuente de Financiamiento

(Millones de dólares americanos)		
	1995	1997
Tesoro Público	249.5	269.5
Cooperación Externa	47.8	33.3
TOTAL	297.3	302.8

Fuente: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Elaboración: SISVAN, setiembre 1998

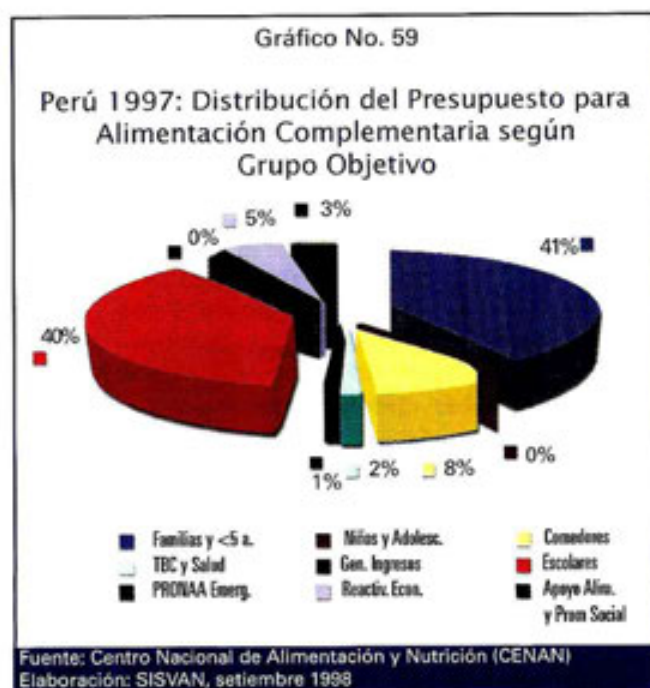
Además del incremento observado en el monto del presupuesto para Complementación Alimentaria, la participación de fondos provenientes del Tesoro Público ha aumentado cinco puntos entre los mencionados años (Gráfico No. 57).



La distribución del presupuesto según entidad ejecutora se explica en el Gráfico No. 58. El Ministerio de Salud ejecuta el 12% del presupuesto en programas dirigidos a niños entre seis meses y tres años de edad en zonas de extrema pobreza, familias en riesgo a nivel nacional con niños menores de cinco años, pacientes con diagnóstico de tuberculosis y sus familias y niños entre seis y 14 años en abandono y riesgo nutricional. Los Municipios tienen a cargo el 34% a través del Programa Vaso de Leche como la actividad a la que se destina el presupuesto más alto. PRONAA ejecuta el 32% en programas que incluyen niños menores de cinco años, escolares, comedores, pacientes con tuberculosis, proyectos de reactivación económica y emergencia, entre otros. El Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) ejecuta el 22% mediante programas principalmente dirigidos a escolares de zonas en pobreza o extrema pobreza (Gráfico No. 58).



En general, los programas dirigidos a familias con niños menores de cinco años concentran el 41% del presupuesto programado, igual porcentaje está destinado a los escolares y el ocho por ciento a los comedores (Gráfico No. 59).



■ Distribución de los Programas Sociales

En 1996 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) evaluó la participación de la población en Programas Sociales a través de un módulo de la Encuesta de Hogares del IV Trimestre de 1996. Se observó que a nivel nacional 61.4% de los hogares entrevistados eran beneficiarios de al menos un programa social. En la zona rural este porcentaje fue 77%, es decir tres de cada cuatro familias (Cuadro No. 8).

La intensidad de la ayuda en zona rural se hace más evidente al indagar sobre el número de Programas Sociales al que accede una familia, más de la mitad de las familias del área rural acceden a cinco o más programas (Cuadro N° 9).

Entre los programas sociales a los que se accede se tiene los grupos: salud, asistencia alimentaria, bienestar familiar y educación y capacitación que totalizan 25 programas individuales (Cuadro No.10)

Como puede apreciarse todos estos programas están encaminados a mejorar la calidad de vida de la población al contribuir de manera directa y/o indirecta a disminuir la pobreza y sus consecuencias.

Los programas que tienen mayor presencia son los de asistencia alimentaria y de salud ambos directamente relacionados con la situación alimentario nutricional (Cuadro N° 10).

Particularmente en Lima y en el ámbito rural, el porcentaje de hogares beneficiarios de programas de salud y de asistencia alimentaria es similar.

Los organismos ejecutores de los programas de apoyo social que tienen más presencia son el Ministerio de Salud y los Municipios. La información recogida para programas de salud incluye uno o más de los siguientes componentes: campañas preventivas de salud para menores de cinco años, de planificación familiar, otras campañas de salud, programas de atención básica y de vigilancia nutricional. Para los programas de asis-

Cuadro N° 8

Perú 1996: Hogares beneficiarios de al menos un Programa Social según ámbito geográfico (porcentaje)

Ambito	Beneficiarios		No
	Sí %	No %	Conocen %
Total	61,4	37,0	1,6
Urbano	53,1	45,6	1,3
Rural	76,8	21,1	2,1
Lima Metropolitana	47,9	51,6	0,5

Fuente: Enaho, IV trimestre de 1996

Cuadro N° 9

Perú 1996: Hogares beneficiarios Programas Sociales según número a los que acceden (porcentaje)

	1	2 a 4	5 y más
Total	40,2	51,8	8,0
Urbano	48,1	47,5	4,4
Rural	30,1	57,1	12,8
Lima Metropolitana	51,6	45,5	2,9

Fuente: Enaho, 1996

Cuadro N° 10

Perú 1996: Hogares beneficiarios de Programas Sociales según tipo de programa (porcentaje)

	Salud	Asistencia Aliment.	Bienestar Familiar	Educación y Capacitación
Total	47,9	42,3	10,3	6,7
Urbano	41,0	30,6	6,7	3,9
Rural	61,4	63,2	22,2	12,5
Lima Metropolitana	33,0	29,5	9,6	2,9

Fuente: Enaho, 1996

tencia alimentaria se ha considerado el apoyo alimentario a niños menores de cinco años, el programa de desayunos escolares, los dirigidos a las madres gestantes y lactantes y población vulnerable y el pago de trabajo con alimentos.

Cuadro N° 11

Perú 1996: Porcentaje de hogares beneficiarios de al menos un programa social según órgano ejecutor, 1996

	Total	Urbano	Rural
Hogares			
Ministerio de Salud	97,7	95,9	98,2
Municipio	36,3	22,9	53,6
PRONAA	19,7	17,3	22,8
Otro	19,5	19,8	19,2
No sabe	18,2	21,5	13,9
Ministerio de Educación	9,4	7,8	11,5
FONCODES	7,1	3,0	12,3
Caritas	3,1	1,9	4,7
Adra-Ofasa	2,1	0,8	3,8
Care	1,1	0,1	2,4
G. Regional	1,0	1,2	0,8
Inpares	0,9	0,8	1,0
Prisma	0,5	0,1	1,1
INABIF	0,3	0,4	0,2

Fuente: Enaho, 1996

Los ejecutores con mayor presencia son el Ministerio de Salud a través de diversas campañas y/o programas de salud así como a cargo de los programas de asistencia alimentaria (Cuadro N° 11). Las campañas de vacunación contribuyen a los programas sociales con dos o más eventos al año, el alto nivel de cobertura de esta atención de salud estaría explicando entre 30 y 50 por ciento de la cobertura descrita en la ENAHO.

Por otro lado, el Vaso de Leche que se ejecuta actualmente a través de los municipios da cuenta de su importancia como órgano ejecutor, por lo menos en el área urbana.

■ *Programas de Complementación Alimentaria a cargo del Sector Salud*

El Sector Salud tiene a cargo la formulación de normas y directivas en el tema de alimentación y nutrición. En ésta línea formula, ejecuta, monitoriza y evalúa los resultados de varios programas de complementación alimentaria.

Los programas a cargo del MINSA-INS-CENAN están dirigidos a familias en riesgo, pacientes de tuberculosis, niños entre seis y 14 años en riesgo de abandono y niños entre seis y 36 meses de edad que residen en el Trapecio Andino.

Los programas a cargo del Sector Salud -a través del INS- están orientados a la atención integral en salud y nutrición. Tienen los siguientes componentes: capacitación/educación al beneficiario, supervisión de la ejecución de las actividades, control nutricional de los beneficiarios y provisión de una ración o canasta de alimentos que aporta un porcentaje de los requerimientos de energía, proteínas y otros nutrientes a los beneficiarios.

■ Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo

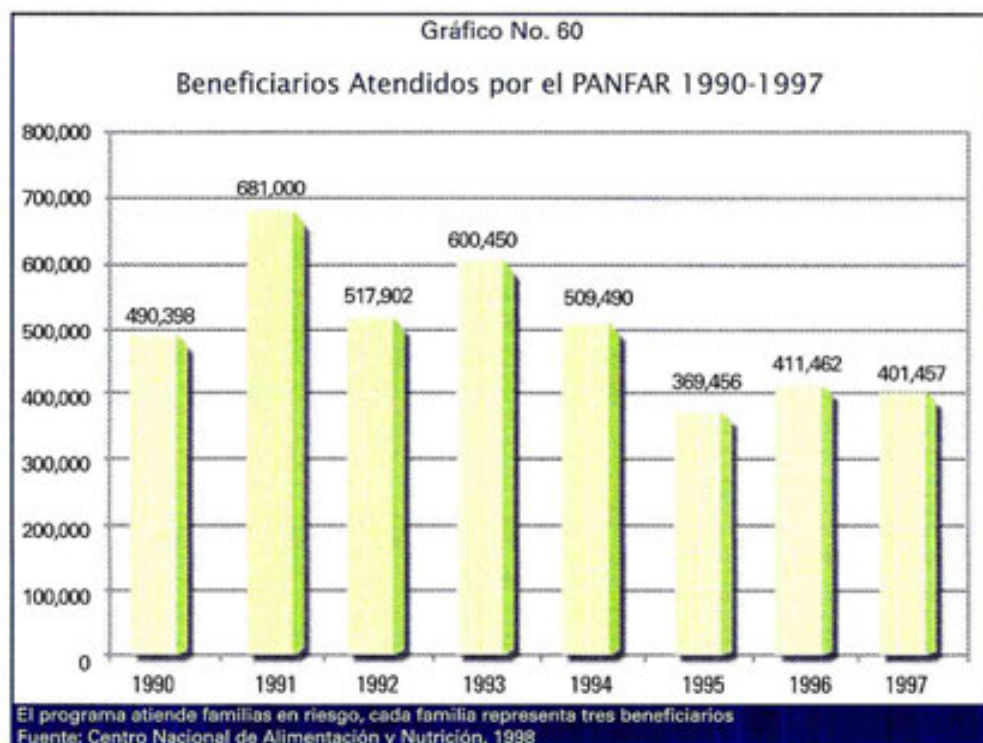
El PANFAR (Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo) es un programa coejecutado por el CENAN y la Asociación Benéfica PRISMA con la cooperación de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID) que se ejecuta desde 1988. Tiene como objetivo, contribuir a mejorar el estado nutricional de madres y niños menores de cinco años a través de la atención integral de salud, educación en temas de salud-nutrición, vigilancia y control del estado nutricional y acceso a una canasta mensual de alimentos para una familia compuesta por una madre y dos niños menores de cinco años. La canasta proporciona el 30% de los requerimientos diarios de una madre y dos menores de 5 años.

Las familias son identificadas principalmente de zonas rurales del país y seleccionadas mediante indicadores sociales y biológicos debidamente validados.

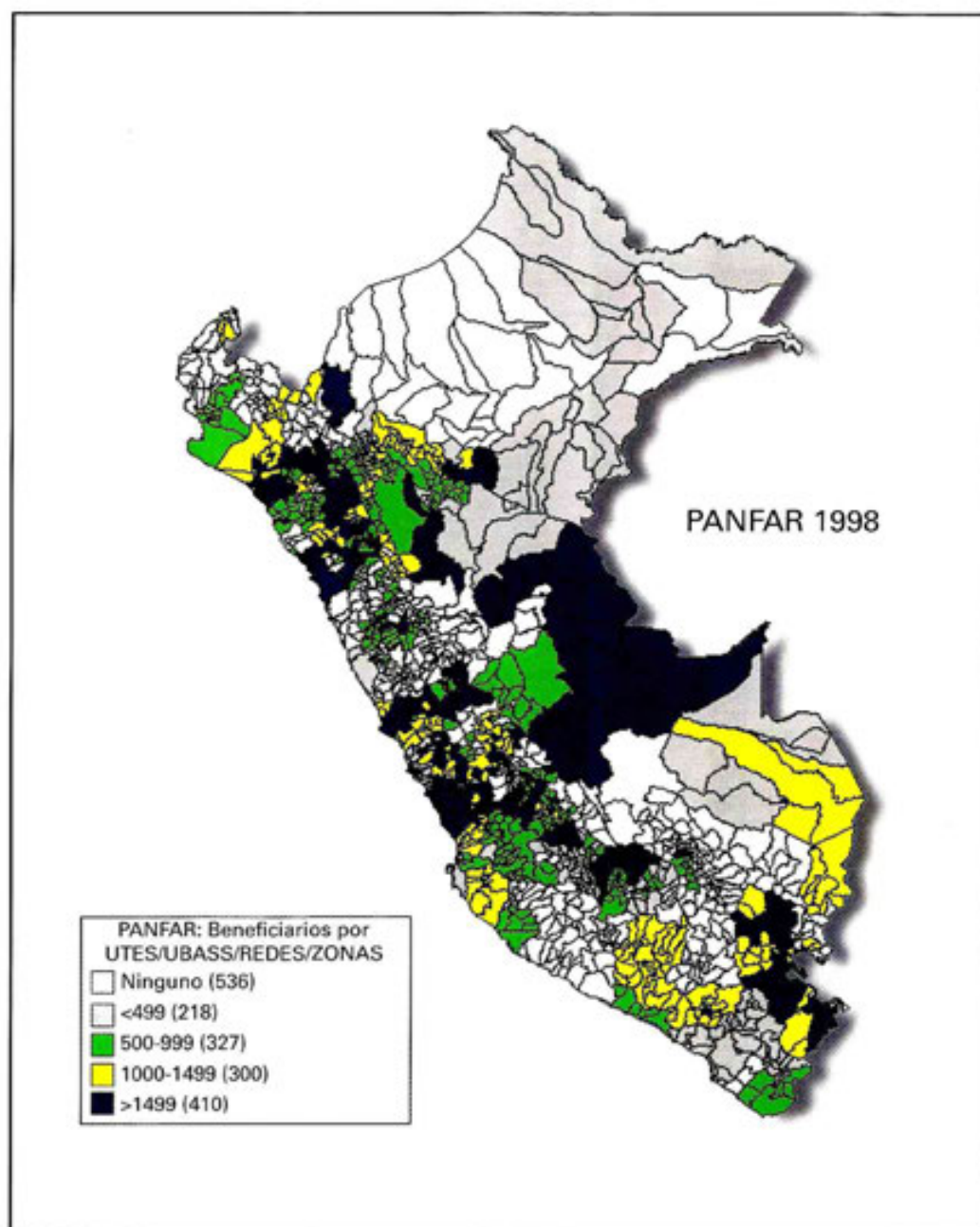
En 1993 y 1994 se crearon los proyectos Kusiayllu (Rehabilitación Nutricional con base comunitaria) y Alimentación Infantil con Cultivos Andinos, dirigidos a menores de tres años de edad.

Entre 1989 y 1998 el Panfar ha atendido un total de 3,981,597 beneficiarios de 1,327,204 familias en riesgo (Gráfico No. 60). A partir de 1996 se reorienta la atención de los preescolares de centros educativos hacia la atención de familias. La distribución de beneficiarios atendidos en 1998 puede apreciarse en el Mapa No 6.

El Programa se ejecuta a nivel nacional en 34 Direcciones de Salud, (D.S.) en un total de 2760 establecimientos de las 19 UTES, REDES y zonas de la UBASS.



Mapa N° 6
Distribución de Alimentos Programada para 1998

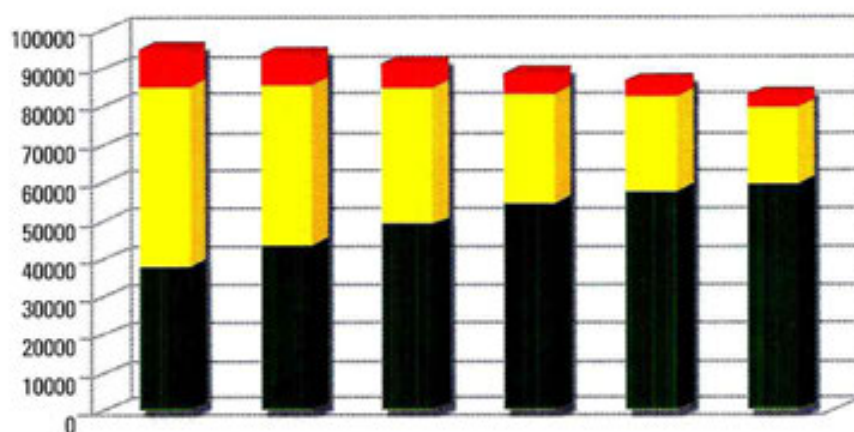


Fuente: Encuesta Nacional Demográfico y de Salud, 1996
Elaboración: SISVAN agosto, 1998

El periodo de atención de los beneficiarios es de seis meses, pudiéndose extender hasta por dos periodos si no se ha cumplido con los criterios de alta. La recuperación a los seis meses está cerca del cincuenta por ciento (Gráfico No. 61).

Gráfico No. 61

Evolución del Estado Nutricional de Beneficiarios del PANFAR



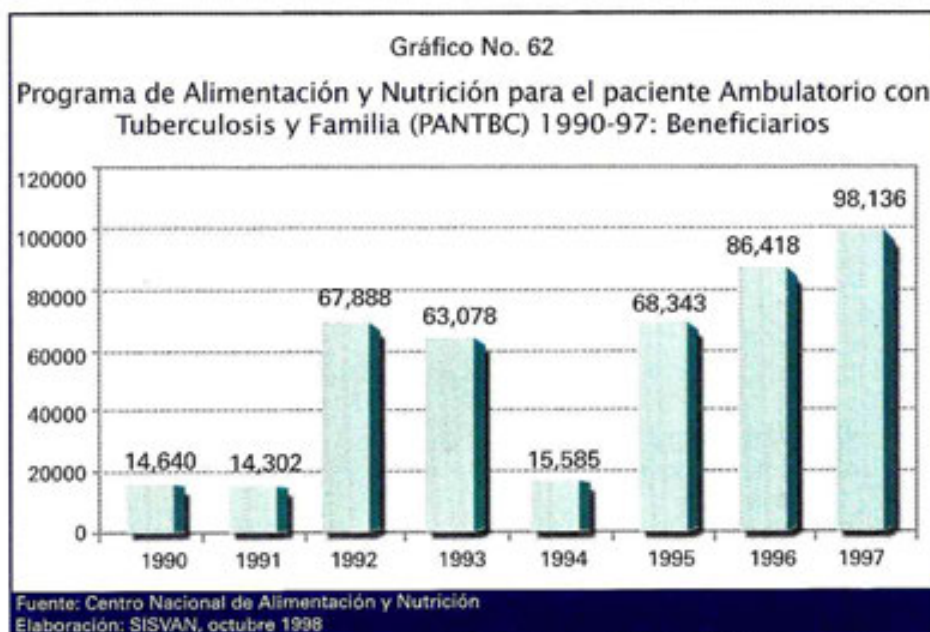
Fuente: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

▪ Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia (PANTBC)

La atención de pacientes con tuberculosis se inició en 1989, con apoyo de la cooperación externa, periodo en el que estuvo operativo en algunas regiones del país (Lima y Callao, Ancash, Cajamarca, Cusco y Puno). A partir de 1995 se financia exclusivamente con fondos del Tesoro Público, se extiende a nivel nacional y se denomina PANTBC.

Este programa tiene como objetivo el contribuir con la recuperación integral de paciente ambulatorio con enfermedad tuberculosa y a la protección de su familia mediante el desarrollo de actividades de educación en alimentación y nutrición, evaluación nutricional y complementación alimentaria con una canasta de 19 a 21 kilos de alimentos locales que aportan el 40% de los requerimientos nutricionales diarios del paciente y dos contactos.

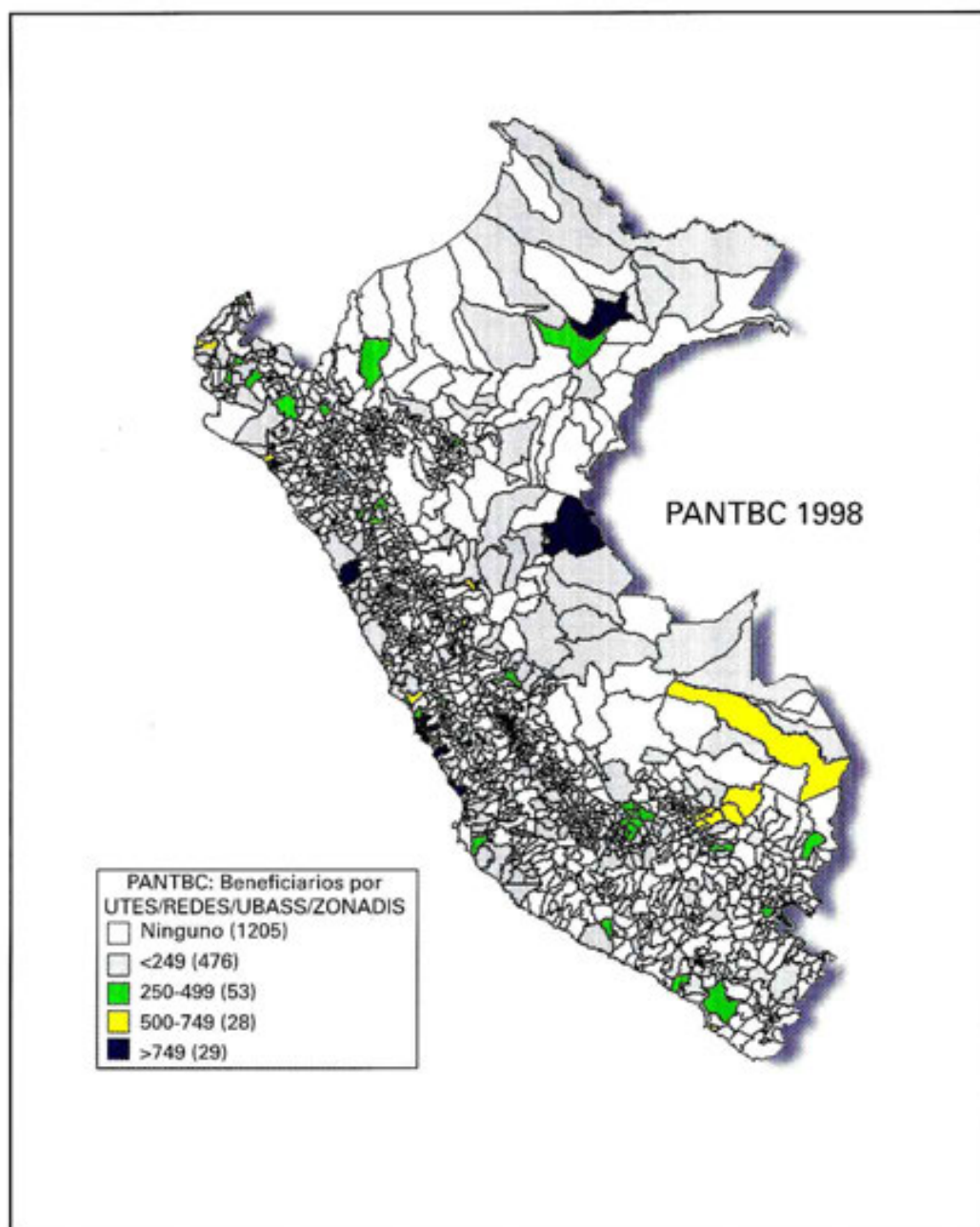
Entre el período 1994 - 1998 la cobertura de atención se incrementó progresivamente hasta llegar a atender aproximadamente al setenta y cinco por ciento de los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Tuberculosis del MINSA.



Actualmente el Programa se desarrolla en 29 Direcciones de Salud, 103 UTES, 21 UBASS, 23 REDES, 13 ZONADIS y un total de 1 605 establecimientos de salud. En el departamento de Lima se concentra el 57% de los pacientes del PCT y consecuentemente los del PANTBC (Gráfico No. 62).

La distribución de la atención programada para 1998 puede observarse en el Mapa No 7.

Mapa N° 7
Distribución de Alimentos Programada para 1998

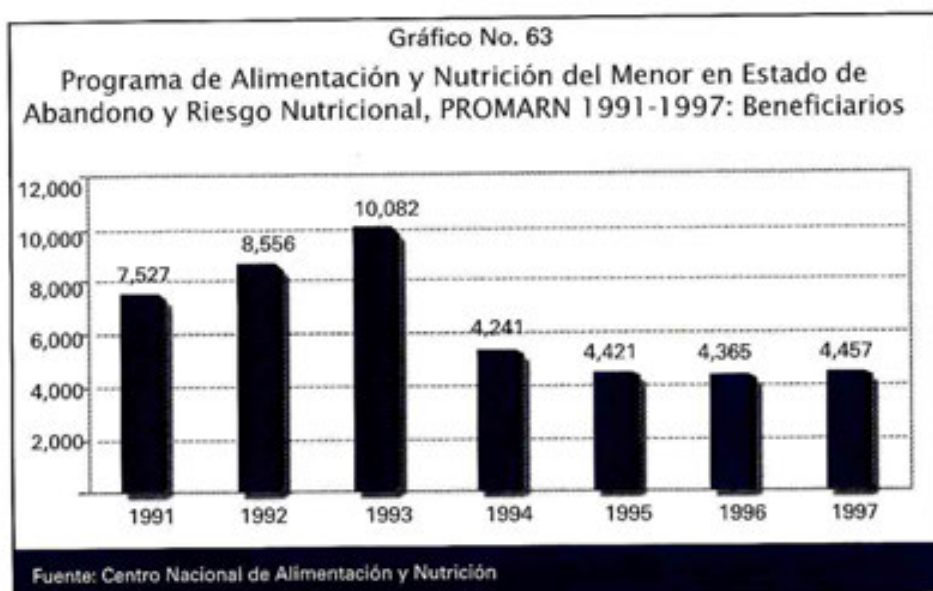


Fuente: Encuesta Nacional Demográfico y de Salud, 1996
Elaboración: SISVAN agosto, 1998

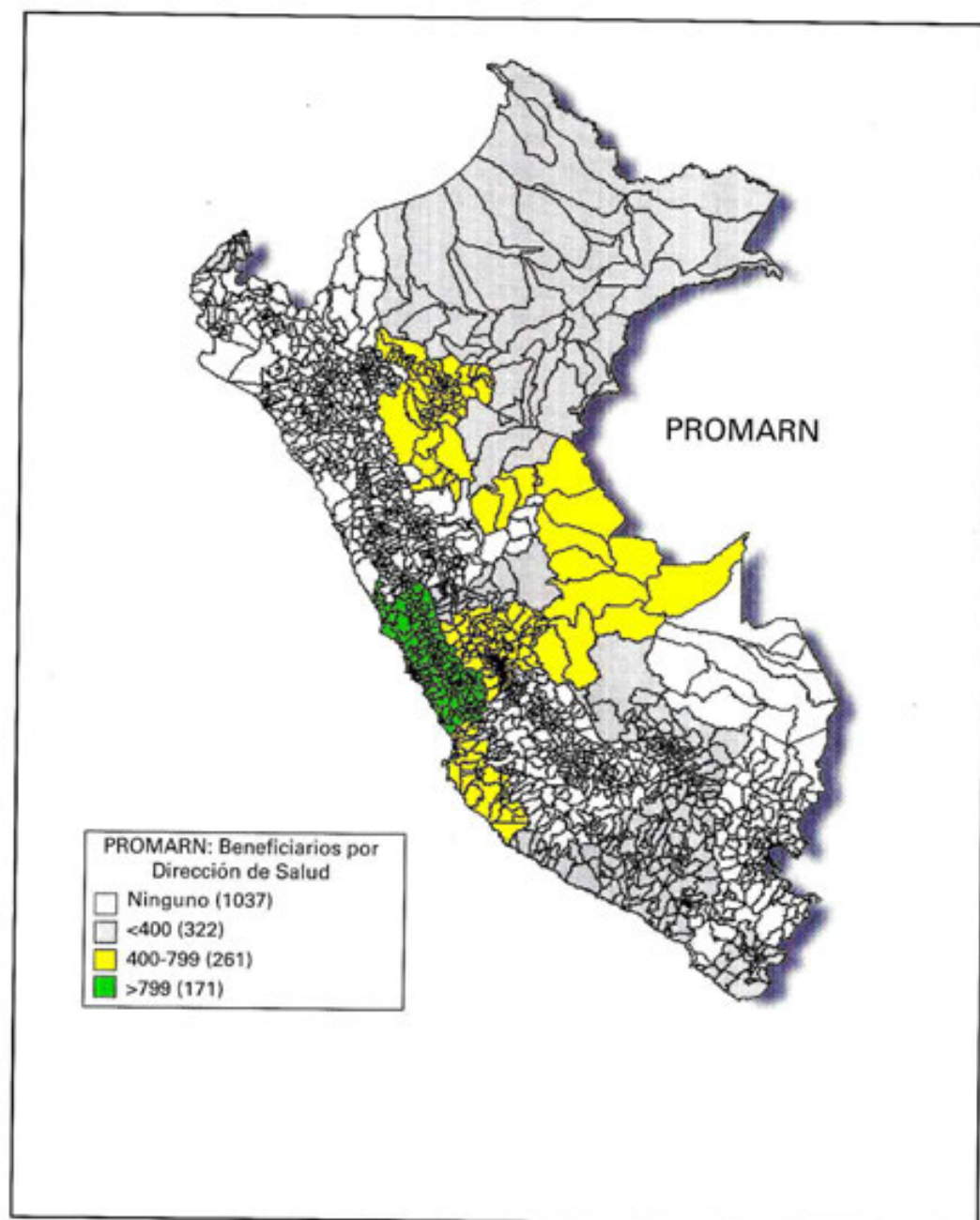
■ **Programa de Alimentación y Nutrición del Menor en Estado de Abandono y Riesgo Nutricional (PROMARN)**

El PROMARN fue creado en 1986 y está dirigido a la población de 6 a 14 años de edad en situación de abandono y riesgo nutricional brindándoles atención alimentaria a través de los Comedores Nacionales a cargo del Sector Salud con una ración que aporta el 30% de los requerimientos diarios. Actualmente el Programa se ejecuta en 16 comedores en las Direcciones de Salud siguientes: Arequipa, Callao, Cusco, Ica, Junín, Lima Ciudad, Lima Norte, Loreto, Pasco, San Martín, Tacna y Ucayali.

Entre 1991 y 1993 hubo un progresivo aumento en el número de beneficiarios. A partir de 1994 se prioriza la atención de los niños menores de cinco años por lo que el número de atendidos por el PROMARN tiende a mantenerse estable (Gráfico No 63).



Mapa N° 8.
Distribución de Alimentos Programada para 1998



Fuente: Encuesta Nacional Demográfico y de Salud, 1996
Elaboración: SISVAN, agosto 1998

■ Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo (PACFO)

El programa tiene por objetivo prevenir la malnutrición. Está dirigido a niños entre 6 y 36 meses de edad que residen en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica y Puno.

Ofrece alimentación complementaria mediante un alimento precocido de preparación instantánea fortificado con vitaminas y minerales que aporta el 30% de los requerimientos de energía y proteínas, el 100% de los de hierro, vitamina A y vitamina C y el 60% de otras vitaminas y minerales. La capacitación es permanente a los trabajadores de salud, representantes comunales, padres y madres de familia en temas de salud, nutrición y gestión de programas.

Para 1998 se programó atender a un total de 239,898 niños de seis meses a tres años de edad, lo que corresponde al 80% de los niños. La producción y distribución de la papilla se realiza a través de una empresa privada seleccionada por licitación pública. El producto es sometido a un estricto control de calidad desde la producción y a lo largo de toda la cadena de distribución a cargo de un laboratorio supervisor externo garantizándose de esta manera la distribución de un producto inocuo que cumple con los requisitos nutricionales antes descrito.

La distribución de beneficiarios y cantidad de papilla programada según departamento para 1998 se aprecia en el Cuadro No. 12.

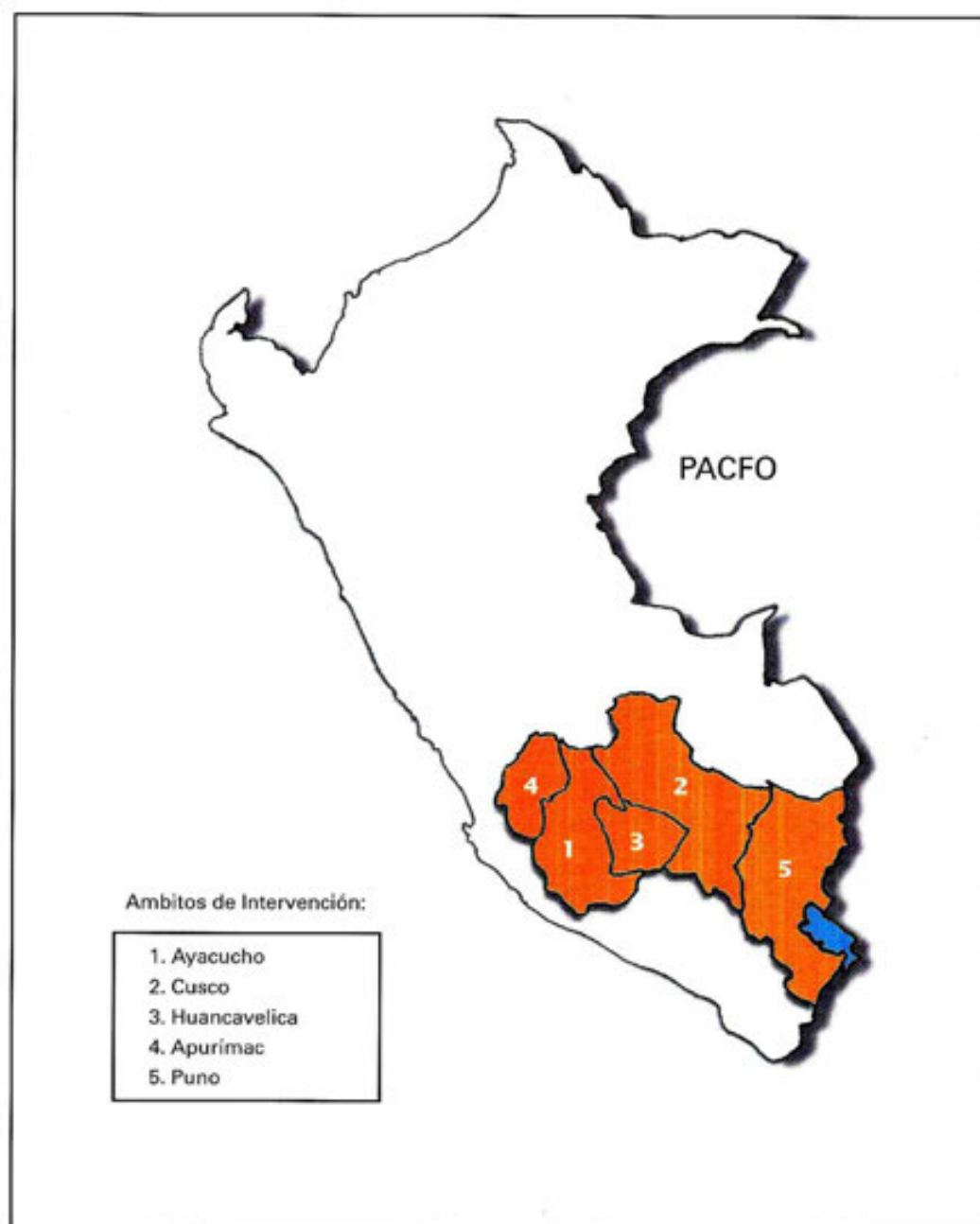
La estrategia de intervención del PACFO es promover la igualdad de oportunidades con acciones preventivas de tipo sanitario y nutricional que eviten la aparición de daños irreversibles en poblaciones de alto riesgo, en conjunto con la comunidad organizada.

Cuadro No. 12

PACFO 1998:
Programación de Beneficiarios y Alimentos
por Departamento

Departamento	Niños	Alimento (kg por año)
Apurímac	29,103	942,937.2
Ayacucho	45,808	1,484,179.2
Huancavelica	67,645	1,048,885.2
Cusco	32,373	2,191,698.0
Puno	64,969	2,104,995.6
Total	239,898	7,772,695.2

Mapa N° 9
Programas de Complementación Alimentaria para
Grupos en Mayor Riesgo



Referencias

1. Banco Central de Reserva del Perú. [Online]. <<http://www.bcrp.gob.pe/>> . [1998, Set. 15].
2. CENAN. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricional Informe Preliminar Julio - Junio 1997.
3. Eguren F. Evaluación Social del Desarrollo Humano. Acción Ciudadana por el Desarrollo Humano contra la Pobreza. 1997.
4. ENNIV.(1988. Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida. ENNIV 1985-86. Análisis de Resultados. Lima, Instituto Nacional de Estadística.
5. FAO (1996) Sexta Encuesta Alimentaria Mundial. FAO, Roma.
6. FAO. Hojas de Balance de Alimentos. Roma, 1996.
7. INEI, DHS. Perú: Informe Principal. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92.
8. INEI, DHS. Perú: Informe Principal. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996.
9. INEI. Perú: Hogares Beneficiarios de Programas Sociales. Encuesta Nacional de Hogares 1996. Lima, julio de 1997.
10. INEI. Perú: Medición de Niveles de Vida y Pobreza. Encuesta Nacional de Hogares 1996 (HOBALI). Lima, julio de 1997.
11. INEI. Compendio Estadístico 1995-96.
12. INEI. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales. La Mujer en el Perú. Características Demográficas, Sociales y Económicas según los Censos Nacionales de Población y Vivienda. Lima, Agosto de 1995.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online]. <<http://www.inei.gob.pe/>> [1998, Set 15].
14. INS-CENAN: Informe de Gestión 1994 - 1997. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición,
15. INS-CENAN. Plan Operativo del Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo (PANFAR), 1998.
16. INS - CENAN, Manual Operativo del Programa de Alimentación y Nutrición del Menor en Estado de Abandono y Riesgo Nutricional (PROMARN), 1998

17. INS-CENAN. Plan Operativo del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia (PANTBC), 1998.
18. Instituto Tecnológico Pesquero del Perú. La pesquería peruana y su contribución a la Seguridad Alimentaria Nacional Comisión Técnica de Coordinación de Nutrición y Alimentación, 3 de Junio de 1997.
19. Ministerio de Agricultura, Oficina de Información Agraria. Ministerio de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Proyecto GCP/PER/034/EEC. Diseño e Implementación de la Hoja de Balance de Alimentos (HOBALI). Informe Final. Lima, Diciembre de 1997.
20. Ministerio de Agricultura. Oficina de Información Agraria. [Online]. *m* <<http://www.minag.gob.pe/MINAG/index.html>>. [1998, Set. 15].
21. Ministerio de Agricultura. Hoja de Balance de alimentos (HOBALI) 1980 - 1997. Agosto de 1998.
22. Ministerio de Pesquería. [Online]. <<http://www.minpes.gob.pe/>> [1998, Oct,5].
23. Ministerio de Salud. La Sal de la Vida. Evaluación Externa del Programa de Erradicación de Desórdenes por Deficiencia de Yodo de Perú. Informe Técnico. Primera Edición, agosto de 1996.
24. Ministerio de Salud. [Online] <<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/censo/index.htm>>. [1998, Set. 15].
25. OPS. Las Condiciones de Salud en Las Américas. Publicación Científica No.549. Washington. edición de 1994.
26. Presidencia del Consejo de Ministros. Unidad de Coordinación Intersectorial. Documento de Interés para la Mejora del Gasto Social Básico. Lima - Perú. Marzo 1995.
27. Presidencia de la República. FAO, Ministerio de Agricultura. Seguridad Alimentaria en el Perú. Informe Nacional para la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Lima, Noviembre de 1996.
28. Prisma. Consumo de Alimentos en el Perú 1990-1995. Lima - Perú, Setiembre 1997.
29. PROMUDEH. PRONAA. Reunión de Trabajo de la Comisión Técnica de Coordinación Multisectorial de Nutrición y Alimentación (D.S. No. 136-97-PCM). Lima, Junio de 1997.
30. Universidad Peruana Cayetano Heredia. AB Prisma. Estudio de Micronutrientes en Niños Menores de Seis Años y Mujeres en Edad Fértil [MINIMEF, 1996]. Informe Final preparado para el Proyecto Salud y Nutrición Básica del Ministerio de Salud. Marzo 1997.

CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION
19 DE ENERO 1999

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE
TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA
PSJE. MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA
TELF. 424-8104 / 332-3229 FAX 424-1582
MARZO, DE 1999
LIMA - PERÚ