

Perú 1950-2010: crecimiento económico y desnutrición crónica desde el desarrollo regional

Recibido: 12/03/2012
Aprobado: 23/06/2012

Eudósio Sifuentes León
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
eudosiosifuentes@yahoo.es

RESUMEN

¿A más crecimiento económico, menos desnutrición crónica? ¿Qué factores determinan la persistente asociación entre economías extractivas y prevalencia de la desnutrición crónica? La respuesta a estas interrogantes se realiza teniendo como unidad de análisis las regiones en el Perú de 1950 al 2010. Se considera una muestra de cinco regiones: Ancash, Cajamarca, Huancavelica con tradición extractiva minera y agropecuaria; Ica y Lambayeque con economías sustentadas en la agroindustria, la manufactura y el comercio. El estudio muestra, en el período, procesos paralelos y complejos que permiten identificar una gama de determinantes sociales entre el crecimiento continuo y una tendencia al decrecimiento de la desnutrición crónica, pero con velocidades diferentes en las regiones, avizorando en la última década la apertura de una etapa de transición epidemiológica en nutrición. Se utiliza información del INEI, ENDES, evaluaciones de proyectos, informes de investigación y entrevistas a madres de niños pequeños en comunidades urbanas y rurales de las regiones seleccionadas.

PALABRAS CLAVE. Desnutrición crónica, crecimiento económico, determinantes sociales, desarrollo regional.

Peru 1950-2010: chronic malnutrition and economic growth in the regional development

ABSTRACT

To more economic growth, less chronic malnutrition? What factors determine the persistent association between extractive economies and prevalence of chronic malnutrition? The answer to these questions is made taking as the unit of analysis the regions in Peru from 1950 to 2010. It is considered a sample of five regions: Ancash, Cajamarca, Huancavelica extractive mining and agricultural tradition, and Lambayeque to Ica economy based on agribusiness, manufacturing and trade. The study shows, in the period, parallel processes and identify a complex range of social determinants between the continued growth and a tendency to decrease in chronic malnutrition, but with different speeds in the regions over the past decade envisioning opening an epidemiological transition in nutrition. It uses information from the INEI, ENDES, project evaluations, research reports and interviews with mothers of young children in urban and rural communities in the selected regions.

KEYWORDS. Chronic malnutrition, economic growth, social determinants, regional development

Introducción

La desnutrición crónica está afectando aproximadamente a la tercera parte de la población infantil vinculada a las familias más pobres de las provincias del Perú. Desde la perspectiva sociológica se trata de un problema social determinado por fuerzas sociales. Por su magnitud y su impacto en el futuro de los niños, fue tema del debate electoral del 2011 y es objetivo del Programa Nacional Cuna Más iniciado con el gobierno de Ollanta Humala.

El estudio se propuso como objetivo general: determinar la importancia que tiene el crecimiento económico, en la situación nutricional de las regiones; y como objetivos específicos: identificar los factores que determinan la persistente asociación entre economías extractivas y prevalencia de la desnutrición crónica. Se seleccionó una muestra de cinco regiones de diferentes patrones de desarrollo: Ancash, Cajamarca y Huancavelica, con una economía más primaria y extractiva que tiene como eje la minería y la energía; Ica y Lambayeque con un peso fundamental en la agroexportación, la agroindustria y el comercio. Tienen de común una alta densidad poblacional; pero son diferentes en ruralidad, niveles educativos, desarrollo urbano, acceso a servicios y en cultura nutricional. Considerando estos y otros elementos en la relación crecimiento económico y decrecimiento de la desnutrición, se observó la importancia de identificar los determinantes sociales para una explicación integral.

Se ha utilizado información estadística del INEI, ENDES, MINSA, Programa Mundial de Alimentación, PNUD, CEPAL, UNICEF, SASE. Y en el trabajo de campo se observaron hábitos alimentarios, sanitarios y de crianza y se entrevistó a madres de niños pequeños en los asentamientos Las Begonias y El Mirador en Nuevo Chimbote; Shancayán en Huaraz-Ancash y en las comunidades campesinas Mórrope y Reque de la región Lambayeque.

Para la ejecución del presente estudio se propuso dos hipótesis de trabajo:

- 1) A más crecimiento económico, menos desnutrición infantil.
- 2) El desarrollo desigual de las regiones unido a un conjunto de determinantes sociales influyen en la persistente asociación entre economías extractivas y prevalencia de la desnutrición crónica?

Según el estudio, hay más posibilidades de prevalencia de la desnutrición crónica en contextos regio-

nales menos urbanizados, con menos movilidad social y desarrollo humano que interactúan con economías primarias, desarticuladas del sector secundario y terciario, aunque estas estén en crecimiento y contribuyan a la economía nacional.

Material y métodos

La desnutrición crónica afecta principalmente a la población infantil. Sus efectos podrían ser irreparables en niños menores de 3 años, que es la etapa de formación y conexión de sus neuronas (proceso mielinización); del desarrollo de las bases físicas para el despegue de sus capacidades para el pensamiento complejo y el comportamiento emprendedor; deviniendo, con más probabilidades, en una persona débil, dependiente, sin capacidad de decisión, iniciativa, autoridad y creatividad. En lo inmediato, sus efectos pueden ser observados en la talla deficitaria, que está por debajo de la que corresponde a la edad alcanzada. Según las investigaciones médicas, los afectados tienen más probabilidades de contraer en la madurez enfermedades cardiovasculares, obesidad o diabetes.

En la vigilancia nutricional, los establecimientos de salud aplican encuestas alimentarias, exámenes físicos, medición de talla y peso aplicando patrones antropométricos estandarizados, construidos y validados a partir de una gama de investigaciones considerando los promedios locales y universales de talla, peso, edad y sexo de los niños menores de un año, menores de 10, incluso para adolescentes hasta los 18 años. Los patrones de medición usados en nuestro medio son el National Center for Health Statistics (NCHS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (ENDES, 2000: 173).

La vigilancia nutricional alerta casos en riesgo, cuando los niños dejan de crecer entre uno y otro mes; genera información para establecer promedios locales de prevalencia nutricional y sirve de referencia para los análisis de la situación de salud. En el Perú, la vigilancia se institucionaliza con la atención primaria de la salud.

Si el niño no consume alimentos con la carga necesaria de micronutrientes, de alimentos proteicos de origen animal podría hacer un cuadro de anemia que se constatará con el análisis de sangre; o de desnutrición crónica que se verificará en la talla. La prevalencia de estas enfermedades debilitan el sistema inmunológico del niño, haciéndolo más sensible a enfermedades



degenerativas y a comportamientos contrapuestos a la sociabilidad.

A estas se agrega la «desnutrición aguda» que es equivalente a un estado de desnutrición reciente, relaciona peso para la talla; «mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. Obedece a condiciones de coyuntura» (ENDES, 2000: 173); y la «desnutrición global o general» que se refiere al «peso para la edad, considerado como indicador general de la desnutrición (ENDES, 2000: 173).

El mayor porcentaje de niños desnutridos se produce en la edad de la ablactancia, de seis a 24 meses, cuando el niño es destetado al ritmo que comienza a ingerir alimentos sólidos; estos cambios afectan al niño cuando es renuente a aceptar los nuevos alimentos, o cuando estos no tienen un manejo sanitario adecuado causándole males diarreicos, que pueden ser persistentes en viviendas sin acceso a los servicios de agua y saneamiento básico. En este proceso, el rol de la madre es clave, por eso algunos programas de salud que se ejecutan en las regiones se proponen capacitarla para su mejor desempeño.

La desnutrición crónica, está relacionada a enfermedades diarreicas, virales, parasitarias, tos ferina, sarampión, diferentes tipos de gripe, al debilitamiento del sistema inmunológico. Además, tiene relación con el manejo antihigiénico de los alimentos, la escasa higiene en la familia y la poca limpieza de la casa y sus alrededores; existencia cercana de botaderos o manejo deficiente de la recopilación y disposición final de los residuos sólidos que da lugar a la existencia de una gama de vectores, además por el consumo de agua, bebidas y alimentos contaminados.

Desde la perspectiva sociológica la desnutrición crónica es un fenómeno social determinado por fuerzas

sociales como la pobreza, las clases sociales, la desigualdad social, la estructura social, la cultura alimentaria de la sociedad y de las comunidades; las costumbres predominantes en la crianza, amamantamiento y destete de los niños, el acceso a los derechos de salud, educación, información y servicios de agua, saneamiento básico y seguridad social, al abastecimiento y a la seguridad alimentaria. Por eso, el estudio enfoca la desnutrición buscando las influencias de su decrecimiento a partir de la especificidad de las regiones y del período histórico 1950-2010.

La Organización Panamericana para la Salud (OPS, 2000) identifica nueve determinantes sociales y propone para contrarrestarlos programas que incluyen educación, empleo, servicios, empoderamiento y otros. Se trata de una propuesta válida, ya que se pueden establecer prioridades, o agregados según los contextos. Sin embargo, lo más importante es la voluntad política y las fuentes de financiamiento para ejecutarlas.

En cuanto a la identificación de los determinantes sociales, el Ministerio de Salud en su propuesta de Plan Concertado hace una valoración de la importancia de estos con fines de promoción identificando los siguientes: 1) Comportamiento y estilo de vida personal; 2) Influencias dentro de las comunidades que pueden reforzar la salud o dañarla; 3) Condiciones de vida y de trabajo y acceso a los servicios sanitarios; 4) Las condiciones generales de tipo socioeconómico, cultural y medio ambiental (MINSA, 2007). Desde el enfoque de la seguridad alimentaria y nutricional como derecho humano algunos organismos identificaron como causas de la mala nutrición las relacionadas a la seguridad alimentaria, a los servicios de salud y saneamiento ambiental, y al cuidado de los miembros del hogar (OMS/

CUADRO 1
ALGUNOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Determinantes sociales	Acciones y programas para enfrentar las causas de la desnutrición
Analfabetismo	Alfabetización y educación
Violencia	Empoderamiento e interculturalidad
Desempleo y subempleo	Acceso a empleo digno
Inseguridad alimentaria	Seguridad alimentaria y nutricional
Vectores de enfermedades	Prevención y control de enfermedades
Vivienda inadecuada	Vivienda saludable
Contaminación ambiental	Cocina mejoradas en hogares
No acceso a agua segura	Agua segura intra domiciliaria
Inadecuado saneamiento básico	Sistemas de disposición de excretas y residuos domiciliarios
	Fortalecer la capacidad de gestión local

FUENTE: OPS (2008) Análisis y perspectivas de la lucha contra la desnutrición crónica en el Perú

CUADRO 2
DETERMINANTES SOCIALES

Determinantes estructurales:	Determinantes de la dinámica social:	Determinantes de la interacción social:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tipo de sociedad <ul style="list-style-type: none"> ➢ La sociedad global ➢ Tradicional y moderna ➢ Urbana y rural ➢ La comunidad ▪ La estructura social ▪ La cultura <ul style="list-style-type: none"> ➢ Costumbres en la crianza, cuidado, lactancia y alimentación del niño. ➢ Gustos, hábitos y costumbres alimentarias y nutricionales en el ámbito familiar, comunal y regional. ▪ El mercado ▪ Las clases sociales ▪ La familia ▪ El Poder y el Estado, <ul style="list-style-type: none"> ➢ El Gobierno regional y local. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los cambios poblacionales ▪ El desarrollo y las políticas sociales ▪ La transición epidemiológica nutricional. ▪ La pobreza, la exclusión social y la desigualdad social. ▪ Infraestructura, servicios de salud, educación, seguridad, transporte. ▪ El sistema de salud <ul style="list-style-type: none"> ➢ La estrategia de atención primaria de la salud ➢ Promoción de la salud: Salud integral y salud preventiva ▪ Comercio, precios y abastecimiento de alimentos. ▪ Comunicaciones, libertad de opinión ▪ La crisis económica. ▪ Empleo e ingresos ▪ La violencia <ul style="list-style-type: none"> ➢ Violencia cotidiana ➢ Violencia social ➢ Violencia criminal y delinencial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las relaciones sociales en la familia ▪ El perfil educativo y de salud, la procedencia, el rol y la influencia de la madre. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Compromiso, voluntad, valores y sentimientos filiales. ▪ Los tejidos sociales: amigos del barrio y de actividades, compañeros de estudio y trabajo. ▪ Médicos, chamanes y maestros ▪ Las organizaciones de base ▪ La energía social que impulsa acciones, cambios enlazando madre-niños, familia, comunidad, sociedad, Estado, procesos estructuras y cultura.

FUENTE: Elaboración propia.

FAO, 1992; Sánchez-Griñán, 1998). Desde la Antropología se ha tratado de explicar en esta perspectiva los «determinantes culturales» de la salud (Perdiguero y Comelles, eds., 2000).

El presente estudio concibe los determinantes sociales como fuerzas sociales o como factores para explicar el decrecimiento de la desnutrición crónica en un contexto de crecimiento económico. Con nuestro marco teórico podemos sistematizar los determinantes sociales en: 1) Estructurales y 2) De proceso: a) Relacionados a la dinámica social de los comportamientos colectivos y b) Relacionados a la interacción social para determinar la acción de los individuos (Ver Cuadro 2).

Desde los 90 se enfatiza el análisis de la desnutrición crónica asociado a la pobreza, como causa y consecuencia. En los mapas de pobreza del Foncodes se superponen o coinciden espacios locales y regionales afectados por la pobreza y la desnutrición crónica; éstos concuerdan con las ENDES en las que se constata

una fuerte correlación entre pobreza extrema y desnutrición infantil: coeficiente de correlación: 0.76. (ENDES, 2000). Por consiguiente, a bajos ingresos de familias pobres, baja capacidad de demanda y compra; y también menos consumo de alimentos con la carga calórica mínima necesaria requeridos por los miembros de la familia según su estatus. Además, está probado que la desnutrición crónica es persistente incluso en el segundo o tercer año en niños que nacieron con poco peso cuando los ingresos son bajos (Vitora, Barros y Vaughan, 1992).

Las malas condiciones de higiene, la exclusión a los servicios de agua y saneamiento básico, además de ser factores de pobreza (Foncodes, 2007), son determinantes. Entre desnutrición crónica y carencia de tales servicios hay una correlación positiva de 0.84 (ENDES, 2000). Además hay una fuerte relación entre estas carencias y las enfermedades diarreicas, las cuales se hacen frecuentes por el predominio de hábitos no sanitarios.



La cultura es un determinante fundamental, sobre todo en las comunidades donde la prevalencia de la desnutrición crónica se sobrepone al crecimiento económico. Un elemento de la cultura es el imaginario colectivo: lo que las madres creen que deben comer sus hijos y el marido, o los derechos nutricionales que la madre atribuye a cada uno de sus miembros para efectos de la distribución.

A los hombrecitos se les tiene que dar de comer más, ellos mismos piden; sino también de grandes van a ser débiles y no van a poder trabajar; así también mi mamá nos ha criado. (Entrevista a señora Magaly Vergaray Capristano, natural de Yuramarca, Huaylas (Ancash), residente en el A.H. Las Begonias en Nuevo Chimbote).

Según las costumbres y la mentalidad de muchas comunidades, el niño debe lactar hasta los dos años y consumir alimentos sólidos antes de cumplir el primer año. La relación entre lactancia y desnutrición puede ser tema para un estudio en Medicina; en las Ciencias Sociales serviría para determinar la diversidad cultural y su salvaguarda en los programas sociales.

En la vida cotidiana ellos privilegian o priorizan para sus niños pequeños los alimentos de bajo contenido nutricional, como las agüitas, la papa sola o el pan solo (Entrevista a Dra. Pariona, DISA Huanavelica).

La influencia étnica, las creencias y mitos acerca de los alimentos, más las costumbres y hábitos alimentarios de las familias pobres se entrelazan y asocian con niveles educativos, al habitus y a las clases sociales, de tal manera que la pobreza y su andamiaje cultural a la larga impondrán estilos de vida carenciados, de baja demanda, de pocas expectativas, de insatisfacción y escaso bienestar entre individuos pasivos y familias fatalistas. El peso de la economía en la delimitación y condicionamiento del perfil alimentario es de tal magnitud que a los distraídos les puede parecer normal, o como un asunto de preferencias y gustos, que los pobres no incluyan proteína animal o una dotación adecuada de micronutrientes a su dieta diaria. El hecho es que la nutrición deficitaria entre los pobres no es cuestión de gustos ni está asociada a supuestos estéticos o religiosos.

La pobreza o la situación económica es un determinante social que establece límites a las posibilidades

que tienen las familias para prevenir o superar la desnutrición; si no tienen dinero suficiente no comprarán el alimento requerido por el niño; colocándose así por debajo de la línea de la pobreza extrema; y de exclusión los que habitan contextos rurales, especialmente pastoriles y de baja productividad agrícola, donde el mercado, el abastecimiento de alimentos y el transporte son incipientes y escasos.

Según las entrevistas realizadas, el rol de las madres es determinante en la distribución de los alimentos; y, por lo general, estas lo hacen sacrificando sus propias demandas o requerimientos nutricionales adecuados a su condición de mujer en edad reproductiva, incluso muchas veces en desmedro del niño pequeño a favor del marido o de los hijos mayores. Este hecho tiene que ver con el poder y la cultura en la familia.

Los límites y la influencia de la cultura se muestra tanto en los hábitos y las costumbres alimentarias que heredan las familias y que fortalecen las comunidades como en el gusto por determinados platos, en los alimentos priorizados, en suma en el menú cotidiano; pero también en la mentalidad o en las ideas acerca del valor y la función de los alimentos y las consideraciones que la madre tiene para la distribución de estos frente a las necesidades alimentarias de cada miembro de la familia; por otro lado, a la frecuencia, a las prácticas y rituales en la vida familiar y en la comunidad. En hogares autoritarios y machistas es determinante el consumo de los alimentos de acuerdo al trajín, ganas y gustos del padre; en los hogares obreros los desayunos madrugadores y el almuerzo de las 12 del día con una fuerte carga de carbohidratos, que muchas esposas llevan hasta el centro de trabajo del marido, no siempre concuerda con los horarios y necesidades de los niños pequeños (Entrevista a Cecilia, AH Las Begonias, Nuevo Chimbote, 2011). Según los nutricionistas de las regiones observadas, los niños pequeños requieren de una comida entre el desayuno y el almuerzo que no siempre es urgente para el adulto; pero tampoco las familias pobres disponen de una asignación para éstas que ayudarían a superar la desnutrición. En todos los casos son los hijos o el padre los que usufructúan las primeras prioridades; en esas condiciones la madre, por lo general, tendrá la última prioridad y solo le quedará subordinar sus gustos a los del marido o a las urgencias de sus hijos.

En algunas comunidades rurales observadas en las regiones un desayuno normal puede ser un caldo de harina acompañado de maíz tostado o solo un mate de

muña o cedrón. Consumir cada día leche, huevos y carnes no forma parte de los hábitos, ni de la cultura comunitaria; por lo que puede resultar contraproducente y salir de lo normal; los que lo hacen sienten que están malgastando sus recursos o sus productos para el mercado o para ocasiones especiales; los que ven estos supuestos excesos en familias carenciadas, pueden emitir juicios y acciones de sanción como una separación del comedor comunal bajo el cargo de «infiltrados»; en buena cuenta cualquier salida de la rutina alimentaria, especialmente por exceso, produce alteraciones en la comunidad; si éstas se tornan constantes; pero si hay satisfacción por ello en las familias que lo hacen y está relacionado a otros procesos de movilidad social, entonces puede significar un cambio cultural, un giro preventivo o de enfrentamiento a la desnutrición crónica.

la desnutrición y la anemia nacen de una patología de la pobreza, la que no se resuelve con pastillas, dietas o medicamentos, sino con justicia social. (Uriel García, 2002).

Cuando la madre tiene poca o nula se torna más vulnerable, tanto ella como su familia y por consiguiente hay más probabilidades de que sus hijos estén más afectados por EDAS e IRAS que conducen a la desnutrición crónica; al respecto Alicia Herrera sostiene que:

Los factores de educación, conocimiento y aptitud de las madres sobre nutrición se encuentran asociados a la ocurrencia de desnutrición crónica en niños de los centros de educación inicial de los asentamientos humanos de Huachipa. (Alicia Herrera, 2003).

En determinadas circunstancias más peso que la educación tienen las prácticas no sanitarias y las ideas equivocadas para enfrentar las diarreas, como es la de suprimir alimentos sólidos, para privilegiar diversos líquidos, deteniendo así el crecimiento del niño. En una investigación realizada por el Instituto de Investigación Nutricional (IIN, 1994) se demostró que las enfermedades diarreicas repetitivas incidían en la desnutrición crónica, porque el niño en esos días consume dietas de baja calidad o mucho más bajas que las que suele consumir a diario. Diecisiete años después de aquel estudio, tales prácticas continúan en muchas comunidades de las regiones estudiadas.

Cuando mi bebe está con diarrea, yo le preparo su caldito de pollo; y le doy solo el caldito con su papita

y así no más le pasa; pero si no le pasa después de dos días entonces le doy agua de pepa de palta (Entrevista a señora Margarita de Shancayán- Huaraz).

El círculo vicioso de diarreas-desnutrición crónica-tratamientos equivocados-prácticas no sanitarias-diarreas, persiste aunque cada vez en menor escala, por el rol de los servicios de salud y de los programas sociales de prevención. Un ejemplo fue la experiencia del proyecto Servicio de Alimentación Infantil (SIS) en los comedores populares ejecutado por el CEPREN, para que niños de seis a 24 meses consuman el 100% de sus requerimientos nutricionales y que luego el PRONAA lo extendió a nivel nacional con efectos positivos que requieren ser evaluados (CEPREN, 1995; SASE, 1996).

Un estudio de GRADE identifica como factores causales de la desnutrición: las características de la madre 46%, las características del hogar y la vivienda 25%, características del niño 14%; características contextuales, sociales, comunitarias 19%; factores residuales no observados -4% (Valdivia, 2002). Con estas y otras consideraciones el INEI hace un estudio sistemático donde identifica y clasifica las causas de la desnutrición en «inmediatas, subyacentes y básicas» (INEI, 2009: 15-16).

- **Causas directas o inmediatas:** interacción entre la inadecuada ingesta alimentaria y las enfermedades infecciosas, como los episodios diarreicos repetitivos.
- **Causas subyacentes:** relacionadas con la vivienda y la familia, como inadecuados servicios de agua y saneamiento básico, falta de cuidado para niños y mujeres y poco acceso a los alimentos.
- **Causas básicas:** relacionadas a la comunidad o a la sociedad en la que se vive, considerándose en este caso los recursos organizacionales y los sistemas económicos, políticos y culturales.

Esta clasificación es útil para identificar otros elementos complementarios o adicionales, como el perfil de la madre del niño desnutrido, considerando su situación de salud, edad, grado de instrucción, participación en el control institucional de su embarazo y su capital social que incluye apoyo e interacción con su familia, durante y luego del parto. En lo subyacente es importante considerar prácticas y costumbres familiares con relación al cuidado, amamantamiento y destete del bebe, al inicio del consumo de los alimentos sólidos y al tipo de dieta alimentaria utilizada durante las incidencias de EDAS e IRAS.



Entre las fuerzas sociales que actúan como factores limitantes de la desnutrición crónica, además de la cultura comunitaria, está la clase social a la que pertenece la familia, el estilo de vida, la estructura social, el tipo de sociedad donde se encuentra. Estas fuerzas ejercen presiones relativas, condicionan comportamientos colectivos en las familias y cristalizan una cultura nutricional. Bajo el impacto de estas fuerzas la madre se siente obligada, consciente o inconscientemente, a seguir determinados patrones de comportamiento al distribuir los escasos recursos, alimentos, abrigo, cariño y otras consideraciones entre los miembros de la familia de acuerdo a los estatus definidos por la comunidad en la que vive, sintiendo además que ella tiene la última prioridad, después de los niños más pequeños.

Como elemento de prevención y de reorientación de las fuerzas determinantes de las enfermedades nutricionales, transmisibles y degenerativas es la posibilidad de una *energía social* que estaría atravesando desde los círculos estructurales de la sociedad, la comunidad, la relación familia-madre-niño hasta la interacción entre personas y organizaciones que aparecería en la sociedad expresando voluntad de cambio, en la comunidad, induciendo a prácticas sanitarias y nutricionales que podrían empatar con procesos y programas en curso, en la familia, practicando estilos de vida saludables y en la madre, potenciando un espíritu que brota desde sus entrañas y sus sueños por alcanzar lo imposible, que se alimenta de su autoestima, de su amor filial, de la esperanza por una vida digna y un futuro de bienestar para ella y su hijo, expresado en su voluntad por amamantar, estimular y cuidar a su bebe al ritmo que se muestra orgullosa de estar realizándose como madre, que vence desafíos para sobrevivir en condiciones

de escasez, de limitaciones sociales, de violencia; o al revés aprovechando los logros del desarrollo, las oportunidades de movilidad social y de bienestar. El impacto de esta energía puede convertir a los desnutridos en actores que enfrentan su mal, evadiendo el destino previsto por los determinantes hacia otras perspectivas (Sifuentes, 2009).

El estudio de los determinantes sociales ha llevado al Programa Mundial de Alimentos a formular el índice de vulnerabilidad sobre la base de indicadores de riesgo como el índice de pobreza y el de desnutrición crónica con información censal, ponderando grados de baja, moderada y muy alta vulnerabilidad de los distritos y de los pequeños centros poblados mapeados en cada región (PMA, 2007). Con este índice se miden indicadores relacionados con la economía y la población, pero no se incorporan los relacionados con la cultura, donde hábitos no saludables de crianza y de alimentación y prácticas no sanitarias son también de alto riesgo, que no se incluirían por las dificultades de la medición y estandarización de nuestra diversidad cultural.

Resultados

Entre 1940 y 2010, la población peruana se multiplica por más de cuatro veces pasando de seis millones a más de veintiocho millones de habitantes; la de Lima por 12 (INEI, 2011); en términos porcentuales el mayor crecimiento se produce en Madre de Dios y Ucayali, por más de 25 veces. De un Perú rural de los 40, se pasó a otro urbano del 2010. El 83.6% de la población urbana se distribuye en 3,036 ciudades grandes, intermedias y pequeñas. Sin embargo, las regiones con tra-

CUADRO 3
POBLACIÓN 1940-2007. SEGÚN REGIONES

Regiones	Población total 1940	Población total 2007	Población total 2007 %	Tasa de crecimiento anual 1993-2007	Densidad poblacional 1940	Densidad poblacional 2007	Población Urbana	
Ancash	424 975	1063 459	3.3	0.8	12.1	30.3	608 249	57.20
Cajamarca	494 412	1387 809	5.1	0.7	14.9	42.6	415 129	29.91
Huancavelica	244 595	454 797	1.6	1.2	11.1	21.3	87 393	19.22
Ica	140 898	711 932	2.2	1.6	6.6	33.2	635 549	89.27
Lambayeque	192 890	1112 868	3.9	1.3	13.6	80.1	928 474	83.43
Lima	661 508	8348 403	30.8	2	23.8	3008.8	8 048 870	96.41
Perú	614 354	27 419 294	100	1.5	559.9	5774.8	20 594 600	75.11

FUENTE: Elaboración propia con información censal del INEI.

dición minera: Cajamarca y Huancavelica siguen siendo más rurales (Censo 2007); Cajamarca con 70.08% y Huancavelica con 80.08%; algo menos en Ancash, 42.80%; mientras que en Ica su población rural solo es 11.73%, en Lambayeque 16.57% y en Lima 4%. Hoy la cuarta parte de la población nacional es rural.

Entre 1940 y 2007 la población de Cajamarca se multiplicó por 2.8, Ancash por 2.5 y Huancavelica por 1.8; la de Ica y Lambayeque por 5. Las grandes ciudades de la costa y de la sierra se convierten en focos de atracción de migrantes procedentes del ámbito rural y de las pequeñas localidades por sus actividades económicas y de construcción, por sus ofertas de salud, educación, trabajo y vivienda; son las de más densidad. Así resulta un encuentro entre aspiraciones sociales y crecimiento económico (Cuadro 3).

En el período intercensal de 1961 a 1972 la tasa de crecimiento anual en Perú fue 2.8; y de 1993 a 2007 bajó a 1.6. Ancash, Cajamarca y Huancavelica crecieron pero menos que estos promedios; en cambio Ica y Lambayeque crecieron más; aunque menos que Lima que en el primer período llegó a 5.0 y en el segundo a 2. El crecimiento poblacional por efectos migratorios es mayor con el desarrollo urbano y social que los contextos de economía extractiva

Cajamarca tiene a Yanacocha que es la minera de oro más grande del mundo. Ancash a Antamina, considerada entre las 10 empresas más grandes de Latinoamérica; y a la Minera Barrick Misquichilca, segunda en producción de oro en el Perú; Huancavelica, con tradición minera desde el boom de la plata en Potosí (Flores Galindo, 1984), hoy destaca por la electricidad, quinta parte de su PBI regional. Ica y Lambayeque tienen una economía agroindustrial y de agroexportación que generan más trabajo.

Con regalías, tributos y canon, la minería aporta a la economía regional: 29.4 para Ancash; 26.3 a Cajamarca. La Hidroeléctrica del Mantaro aporta el 39.5 a la economía de Huancavelica. En Ica la economía crece por la manufactura, 21.7 ligada a la agroindustria y a la agroexportación. Lambayeque, por su comercio, 26.0 por su función articuladora, intercambiando productos manufacturados con productos agropecuarios y artesanales procedentes de los corredores de Cajamarca y Contumazá, de Santa Cruz, Chota y Celendín; Jaén, Bagua y Chachapoyas; Tarapoto y Yurimaguas a través de Chiclayo.

Crece el PBI en el período; pero sus componentes muestran diferentes dinámicas. La agricultura, clave en la sociedad tradicional, en 1950 constituía el 16.01% del PBI; al final del período se redujo porcentualmente a la mitad, 8.61%, por el crecimiento de los demás sectores, configurándose una economía menos agraria. En la última década la agricultura siguió bajando a 8.26%; sin embargo, su valor se multiplicó en casi cinco veces. La manufactura y el comercio crecieron en volumen en términos absolutos, pero en términos porcentuales su participación entre el inicio y el final del período se mantuvieron más o menos estables. La minería duplica su participación de 2.93 en 1950, a 5.80% en el 2010; electricidad y construcción se multiplican por cuatro veces. El valor total de PBI para 1950 fue 571 millones de soles; pero el 2010 asciende a 189, 954 millones de soles con la perspectiva de llegar a 200 mil millones de dólares para el 2014 (Ver Cuadro 5).

En el período 1950-2010 el PBI tuvo un crecimiento constante, a una tasa anual estimada en 3.4%. Su crecimiento supera al promedio del período a partir de 1975 especialmente en minería, construcción y comercio; a partir de 1980 en pesca y manufactura; y

CUADRO 4
CLASIFICACIÓN DE LAS REGIONES DEL PERÚ
POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS PREDOMINANTES DE 2009
(A Valores Constantes de 1994)

Agricultura caza, silvicultura	Minería	Electricidad y agua	Manufactura	Comercio	Otros servicios
Amazonas 40,6	Ancash 29,4	Huancavelica 39,5	Arequipa 18,4	Lambayeque 26,0	Junín 17,2
Apurímac 25,2	Cajamarca 26,3		Ica 21,7	Loreto 17,1	Lima 28,9
Ayacucho 19,3	Cusco 15,5		Moquegua 24,8		Puno 17,8
Huánuco 23,9	Madre de Dios 37,9		Piura 19,8		Tacna 20,9
La Libertad 20,4	Pasco 52,5				Tumbes 22,1
San Martín 29,7					
Ucayali 19,9					

FUENTE: Construcción propia con información del INEI (2010) - Dirección Nacional de Cuentas Nacionales.



CUADRO 5
EVOLUCIÓN DEL PBI DE 1950 AL 2010

	1950	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Agricultura	3119	3,902	5,434	5,630	5492	6309	6412	8202	10729	12259	15695
Pesca	31	213	704	232	282	366	382	614	704	840	719
Minería	571	1353	2002	2019	4063	4450	3594	4799	6608	9790	11023
Manufactura	2901	6266	11039	14887	15953	13991	12817	16616	18001	22887	31440
Electricidad y agua	94	223	491	779	1270	1295	1473	1874	2525	3094	4213
Construcción	786	1262	2053	3340	3211	2773	3352	6452	6099	7276	14135
Comercio	3,237	5580	9693	14405	14315	12769	11804	15952	17291	20821	31473
Otros servicios	8,748	13433	25,537	32,779	35423	40743	34500	41692	47414	57029	81255
PBI	21929	36355	64275	84024	90354	91250	82032	107064	121057	148640	210143

FUENTE: INEI, Cuentas Nacionales. Elaboración propia.

CUADRO 6
PERÚ: CRECIMIENTO ECONÓMICO 1950-2010

SECTORES	1950		1975		2010		Promedio anual 1950-2010
	S/.	%	S/.	%	S/.	%	
Agricultura	3119.0	16.01	5,630	7.6	15,695	8.26	503.21
Pesca	31.0	0.16	232	0.31	719	0.38	2319.35
Minería	571.0	2.93	2019	2.73	11,023	5.8	1930.47
Manufactura	2901.0	14.89	14887	20.1	31,440	16.55	1083.76
Electricidad y agua	94.0	0.48	779	1.05	4,213	2.22	4481.91
Construcción	786.0	4.03	3340	4.51	14,135	7.44	1798.35
Comercio	3237.0	16.61	14405	19.45	31,473	16.57	972.29
Otros servicios	8748.0	44.89	32,779	44.25	81,255	42.78	928.84
Producto Bruto Interno	19487.0	100.00	74,071	100	189,953	100	974.77

FUENTE: Construcción propia. Información: INEI 2011, 2010, 2001, Cuentas Nacionales, BCR.

a partir del 95 electricidad, agricultura y manufactura con un ritmo mayor. El promedio anual más alto a lo largo del período se dio entre 2006 y 2010 a un ritmo del 7.2%, el mismo que superó quinquenios anteriores como el de 1961 a 1965 (PCM, 2011), incluso superó el crecimiento anual de 2006-2010 de Chile que llegó a 3.3 (BCR, 2011).

En total la economía peruana se multiplicó por seis veces en el período con soles de 1994; Brasil por 9 veces y China por 54 (Instituto Peruano de Economía, 2011); el crecimiento de China es obviamente incomparable, porque su determinante fundamental fue el triunfo de una revolución social. De país subdesarrollado hasta 1949, se convertirá a partir del 2025 en la primera potencia mundial.

Lima aporta al PBI casi la mitad, el 47.3%; le sigue a mucha distancia Arequipa con 5,2%; Ancash con

3,4%, 2,9% Ica; Cajamarca y Lambayeque con 2,5% y Huancavelica 0,9% (INEI, Oct. 2009: 23). El crecimiento económico ha estado relacionado al aumento de la exportación de bienes tradicionales como los minerales y no tradicionales como brócoli, espárragos, mangos, uvas y manufactura relacionada a la agroindustria, a la producción textil y otros.

Por ley, 10% del canon va para el distrito sede de la mina; 25% para la provincia, 40% para el departamento y 25% para el Gobierno Regional, del cual se queda 80% y el 20% va para las universidades nacionales. El 2010 Ancash recibió 786'400 de soles; Cajamarca, 599 millones; Huancavelica, 348 millones; Ica, 301 millones y Lambayeque 88 millones.

Ancash destinó 586 millones de soles (75%) para 166 municipalidades; 157 millones (20%) al Gobierno Regional y 39 millones de soles (5%) para las Universi-

dad Santa de Chimbote y Santiago Antúnez de Mayolo de Huaraz. Entre 2006 y el 2010 el MEF transfirió 17,860 millones de soles a los gobiernos subnacionales. En el quinquenio 2006-2010 la transferencia fue 9 veces más que la del quinquenio anterior. El crecimiento pasó de 1,886 millones de soles del 2000 a 12,923 millones de soles del 2010 (MEF, 2011). Según la Sociedad de Minería de 1996 a 2010 se ha transferido por canon minero 20,142 millones de soles (SNMPE, 2011). Con estos recursos la desnutrición sería cosa del pasado.

El proceso de decrecimiento de la desnutrición crónica es un fenómeno mundial generado por la industrialización, la revolución verde y el desarrollo del mercado nacional e internacional de los alimentos que incide en el abaratamiento de éstos, pero también en la recomposición de la dieta alimentaria de la sociedad moderna. Pero el acceso a los beneficios son desiguales; mientras en ciertas zonas hay abundancia de alimentos provenientes de todo el mundo, hay también derroche y malnutrición por exceso; en otras, hay escasez, exclusión por bajos ingresos y malnutrición por deficiencia; pronto en unas, la obesidad y el sobrepeso se convierten en problemas de salud pública; mientras que en otras, crecen las tasas de muerte por hambre, desnutrición y tuberculosis. En el Perú, el colonialismo promovió el consumo de coca para reemplazar los alimentos de los indígenas sometidos a la servidumbre colonial. Con el establecimiento de la República y los procesos de refeudalización la suerte de las nuevas generaciones de indígenas en algunos casos no cambió y en otras empeoró tal como nos muestran los universos literarios de Ciro Alegría, José María Arguedas, Marcos Yauri Montero y Manuel Scorza; o cuando vemos la herencia de una talla reducida en nuestros pueblos. La existencia de campesinos y pueblos con una persistente desnutrición crónica, analfabetismo y pobreza extrema es por la dominación de la hacienda que sobrevivió a la reforma agraria. Chiclayo aprovechó la producción agropecuaria de Cajamarca para su seguridad alimentaria; Ica y Huancayo, de Huancavelica; y Chimbote del Callejón de Conchucos; si Ancash tuvo menos desnutrición que Huancavelica y Cajamarca es por Chimbote, su cercanía a Lima y el mercado interno del Callejón de Huaylas.

No encontramos registros del descenso de la desnutrición crónica a inicios del período; pero hay referencias y estimaciones en una gama de estudios; y son frecuentes las referencias acerca de la talla. En cambio

el indicador que registra información a lo largo del período y considerado en los análisis de la situación de salud es la Tasa de Mortalidad Infantil, que va de 158.60 en el quinquenio 1950-55 a 99.10 entre 1975-80; baja a 42.10 en 1995-2000; 27.74 para el 2010 y 27.18 para el 2011.

La caída de la tasa de mortalidad infantil y el decrecimiento de la tasa de desnutrición crónica coinciden con un proceso de modernización unido a procesos de industrialización, de migraciones, de formación de barriadas y de movimientos populares en la ciudad y en el campo de irrupción de movimientos campesinos, toma de tierras en los 60 y reforma agraria en los 70. En estos procesos especialmente los que se libran en Lima, Chimbote y Chiclayo tuvo como actores a miles de familias procedentes de las regiones estudiadas, que les permitió experiencias de interculturalidad, información y nuevos estilos de vida que se tradujo luego en un mejoramiento en la crianza y alimentación de los niños.

Los registros más importantes acerca de la desnutrición crónica son los censos de talla a escolares de 6 a 10 años ejecutados en 1993 y el 2007 y los registros de ENDES para el caso de niños menores de cinco años. Entre 1993 y 2007-2010 la desnutrición crónica bajó significativamente a nivel nacional (Ver Cuadro 7). En Ancash la desnutrición, en niños menores de 5 años, se redujo a un tercio; y en niños de 6 a 10 años se redujo a la mitad; en Cajamarca, a la mitad en ambos grupos; en Huancavelica, en menores de cinco años se redujo solo en un 38% y en el otro grupo en 26%; en Lambayeque se redujo a la cuarta parte y a más de la mitad en los grupos respectivos; pero en Ica se redujo a la quinta y tercera parte. En cuatro regiones la reducción de la prevalencia ha sido mayor en el grupo de niños menores de cinco años; solo en Cajamarca hubo un empate. Este hecho merece un análisis aparte y tiene que ver con el cuidado de los niños que asisten a la escuela, donde los programas nutricionales no aportan con todo el requerimiento nutricional o está relacionado a los conceptos nutricionales de la madre en la preparación de la lonchera o a los altos costos de ésta. Comparando las regiones, tuvieron mayor efectividad en reducir la prevalencia en los dos grupos las que menos canon recibieron.

La meta propuesta por el MINSa para el 2010 de reducir la desnutrición crónica a 16% estuvo cerca, porque el promedio nacional llegó al 17.9% (con el patrón de medición NCHS) y ocho regiones bajaron



CUADRO 7
PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL PERÚ
SEGÚN REGIONES SELECCIONADAS

REGIONES	1993 0 a 5 años	1993 6 a 10 años	2000 0 a 5 años	2007 6 a 10 años	2010 0 a 5 años
Ancash	61.0	54.3	36.3	27.0	23.7
Cajamarca	72.0	65.5	44.0	38.0	32.0
Huancavelica	72.0	72.0	55.6	53.0	44.7
Ica	39.0	29.1	12.9	10.0	7.6
Lambayeque	50.0	40.0	24.2	17.0	13.0
Lima	28.0	24.0	34.7	7.0	6.2
Perú	65.0	48.3	26.6	22.0	19.8

FUENTE: Elaboración propia con información de INEI-UNICEF, Censo de Talla 1993 y 2007; FONCODES, 2007. ENDES, 2000, 2007, 2010, y el patrón del NCHS. No se encontró información de la situación nutricional de 1950.

mucho más, entre ellas Ica y Lambayeque. Huancavelica estuvo lejos, se quedó en 52.2% (UNICEF, 2011: 01). Además, se registra al 54.9% de niños menores de 5 años de la sierra con algún grado de anemia: leve, moderada o severa, 39% de la costa, fuera de Lima Metropolitana y 52% de las áreas rurales (ENDES, 2004).

Ancash, Cajamarca y Huancavelica tienen una economía que crece con la minería y la energía; pero se encuentran entre las siete regiones con las tasas más altas de desnutrición crónica, superiores al promedio nacional (ENDES, 2000, 2011); mientras que Ica y Lambayeque con una economía más diversificada, con manufactura, comercio y agroindustria y, por lo tanto, con más población asalariada y con mayor abastecimiento tienen una tasa inferior al promedio nacional (16%) ubicándose en el tercer y noveno puesto, respectivamente, entre las regiones con menos desnutrición crónica en el país.

Contribuyeron a la reducción de la desnutrición crónica la estrategia Crecer y los programas sociales como Juntos que intervino 368 poblados beneficiando a 29,497 mujeres con 200 soles bimestrales y asegurando en el SIS a 60,151 niños.

El Primer Censo Nacional de Talla de escolares de 1993 da cuenta del 52% de niños en edad escolar con desnutrición crónica, ubicados en todas las provincias, con porcentajes más altos en la sierra rural; en zonas de pobreza extrema, son más varones que mujeres. El censo da cuenta de la talla inferior a la que debería corresponder a niños y niñas de 6 a 10 años. Pero ya la ENDES de 1992 encuentra que la talla promedio de las mujeres de 20 años solo era de 1.49 metros en el

ámbito nacional; solo en Lima y Arequipa las mujeres tenían 2 centímetros más; mientras que en los departamentos más pobres como Huancavelica, era de 1.46 centímetros, tres puntos menos del promedio nacional (ENDES, 1992). En un boletín del 2000, el MINSA informaba que solo el 7% de las mujeres superaban el metro y medio; mientras que el 18% estaba por debajo de 1.45 metros.

Trece años después, en una encuesta realizada por la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (DEVAN) del Instituto Nacional de Salud (INS), resultó que la talla promedio de los peruanos a nivel nacional es 1.57 metros, la talla media en los varones: 1.64 metros y en las mujeres: 1.51 metros, en buena cuenta no se había producido una variación significativa entre 1992 y el 2006 (INS, 2006).

En el Censo de Talla de 1993 se identifican 513 distritos con poblaciones afectadas por la desnutrición crónica del 70 al 100%; además, con analfabetismo y pobreza extrema. De este bloque, 10 distritos tenían de 90 a 100% de sus escolares con desnutrición crónica, es decir casi todos. De éstos, tres distritos pertenecen a Ancash: Yupán con el 100%, Ticllos con el 98% y Tapacocha. Uno a Cajamarca y otro a Huancavelica (Ver Cuadro 8).

Al llegar al 2007, seis distritos de Huancavelica se colocan entre los distritos más pobres del Perú con tasas de 94.9%, 95.8, 96.1, 96.5, 97.0 y 97.9% que corresponden respectivamente a los distritos de Chinchihuasi, Surcubamba, Anchonga, Salcahuasi, Tintay Pumo y San Antonio, y con poblaciones afectadas por la pobreza extrema entre el 84.1% y el 97.9%. En consecuencia, para reducir la pobreza no basta el cre-

CUADRO 8
 DISTRITOS CON ALTAS TASAS DE POBREZA Y ANALFABETISMO CON UNA POBLACIÓN INFANTIL DEL 91 AL 100% AFECTADA POR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA.

Distrito	Provincia	Departamento	Desnutrición Crónica % (I Censo de Talla 1993)	Desnutrición crónica % (Mapa pobreza Foncodes 2006)	Tasa de Analfabetismo en mujeres
Yupán	Corongo	Ancash	100	43	20
San Antonio	Graú	Apurímac	100	50	20
Sepahua	Atalaya	Ucayali	98	30	16
Colcabamba	Aymaraes	Apurímac	96	60	48
Ticllós	Bolognesi	Ancash	94	31	27
San Cristóbal	Luya	Amazonas	93	61	35
Pomacocha	Andahuaylas	Apurímac	92	54	35
Sto Domingo de la Capilla	Cutervo	Cajamarca	91	71	42
Tapacocha	Recuay	Ancash	91	54	33
Cnel. Castañeda	Parinacochas	Ayacucho	90	67	47
Huayllay Grande	Angaraes	Huancavelica	90	82	62

FUENTE: Eudosio Sifuentes, 1994.

cimiento económico, sobre todo cuando ésta es histórica, heredada de generaciones anteriores; tampoco es posible reducir la desnutrición crónica, si no se une al crecimiento económico políticas de inclusión social y de cambio cultural.

La anemia es una enfermedad asociada a la desnutrición crónica, presenta un cuadro de disminución de los glóbulos rojos de la sangre o de su contenido de hemoglobina por debajo de 11.0 g/dl al nivel del mar; la causa directa es la baja ingesta de hierro que se encuentra principalmente en las carnes, huevos, en las menestras andinas como el chocho o tarwi, en las espinacas y la albahaca. Este mal impide al niño a desarrollar toda su capacidad cerebral en los primeros años de su vida. Según los médicos entrevistados, los anémicos sufren de cansancio permanente y somnolencia; de estudiantes, no pueden atender más de 10 minutos de clase; no logran comprender lo que leen, ni recordar lo que estudian; en la madurez están incapacitados para el pensamiento abstracto y complejo; las mujeres con anemia severa tienen dificultades para embarazarse, o para completar la gestación normal. Cuando el mal es crónico desde la niñez, entonces hay más probabilidades de que en la madurez se muestren débiles y carentes de energía social, para rechazar situaciones adversas; como ciudadanos o productores no logran superar la medianía y se convierten en la masa plaudente de los consensos pasivos.

CUADRO 9
 PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS DE 06 A 36 MESES SEGÚN REGIONES SELECCIONADAS

Departamentos	1996	2007	2010
Ancash	48.1	54.1	57.1
Cajamarca	52.7	54.2	59.8
Huancavelica	58.6	66.9	71.5
Ica	26.3	50.6	54.0
Lambayeque	51.4	55.4	32.2
Lima	55.4		29.5
Perú		56.8	50.3

FUENTE: Elaboración propia.

Mitad de la población peruana está afectada por la anemia. Pasco, el departamento más minero del Perú, tiene la mayor tasa de anemia. Con pleno auge minero entre 1996 y 2010 Ancash, mantuvo una tendencia creciente de anemia, de 48.1% a 57.1%; Cajamarca de 52.7% a 59.8%; y Huancavelica subió 13 puntos de 58.6% a 71.5%.

La desnutrición crónica también está asociada a determinadas condiciones materiales de vida en que se encuentran las familias y sus viviendas. Cuando están excluidas de los servicios de agua potable y saneamiento básico y sus niveles de higiene son precarios, se eleva su vulnerabilidad y la repetición de cuadros diarreicos afectando el crecimiento de los niños y la calidad de vida.



CUADRO 10
VIVIENDAS CON ACCESO A LA RED PÚBLICA DE AGUA POTABLE Y
SANEAMIENTO BÁSICO SEGÚN REGIONES SELECCIONADAS

REGIONES	1993		2007		2010	
	AGUA	SANEAMIENTO BÁSICO	AGUA	SANEAMIENTO BÁSICO	AGUA	SANEAMIENTO BÁSICO
Ancash	40.1	31.1	92.7	72.4	94.6	78.5
Cajamarca	18.1	14.1	86.2	81.0	85.5	85.7
Huancavelica	12.3	5.8	87.8	45.9	94.9	65.4
Ica	59.0	42.4	96.8	87.7	94.6	88.7
Lambayeque	54.1	43.0	94.1	87.7	91.6	90.2
Perú	84.4	75.9	92.9	81.8	91.5	85.3

FUENTE: INEI, 1993, 2007, 2010

En Ancash, solo el 8% de las viviendas carecen de agua y el 28% de saneamiento básico; influyen en estos porcentajes la cobertura alcanzada en sus ciudades más grandes y modernas como Chimbote, Nuevo Chimbote y Huaraz, que concentran la mitad de la población departamental, ocultando la exclusión de estos servicios de cientos de pequeñas localidades cuya magnitud no se puede apreciar estadísticamente por la carencia de datos a partir de centros poblados. Más del 50% de las viviendas carece de los servicios básicos. Por otro lado, agua potable, tratada, segura y de calidad solo tiene la tercera parte de la población. Predomina el agua entubada de fuentes dudosas a donde acceden animales porque no tienen sistemas de control y cuidado (DISA IV, 2002). Los pobres sin servicios básicos, toman agua sin hervir o sin tratamiento; almacenan agua en cilindros con tapas precarias dejando que el polvo, restos fecales y otros contaminen el agua guardada. Como contrapartida, si no hay servicios para la eliminación de excretas se induce a la población a ejercer el fecalismo a cielo abierto, abriendo riesgos epidémicos en la salud pública.

En el período 1993-2007 la ampliación de la cobertura en los servicios de agua y saneamiento básico creció en todas las regiones, especialmente en las ligadas a la minería y a la energía. En Ancash, se duplicó la cobertura pasando de 40 a 92.7%; en Cajamarca se cuadruplicó; mucho más impactante fue en Huancavelica, porque se septuplicó. En Ica y Lambayeque la cobertura se amplió en más del 40% en cada caso (ver Cuadro 9). Estas magnitudes fueron más o menos similares en cuanto a la cobertura de saneamiento básico. Con la ampliación de tales coberturas se redujo la exclusión de los servicios y un factor de pobreza; en los próximos años, por efecto de estos servicios, se espera

la reducción de las incidencias diarreicas y de la prevalencia en desnutrición crónica.

Los índices de desigualdad medidos a través de la distribución del ingreso en el Perú, muestran que el 20% de la población con ingresos más altos concentra el 47.5% del ingreso nacional, mientras que el 20% de la población con ingresos más bajos se queda solo con el 6%. En el 2003 el ingreso nacional promedio mensual de los hogares fue 387,8 nuevos soles, con rangos de 628,6 en Lima y 138,4 en Huánuco.

Análisis y discusión

El PBI en su conjunto se ha mantenido en crecimiento en los últimos 60 años (Mendoza y Florian Hoyle, 2001), con un promedio anual estimado en 3.4; considerado como bajo por algunos economistas; pero lo cierto es que entre el inicio y el final del período, el PBI llegó a multiplicarse por más de 10 veces con soles del 2010.

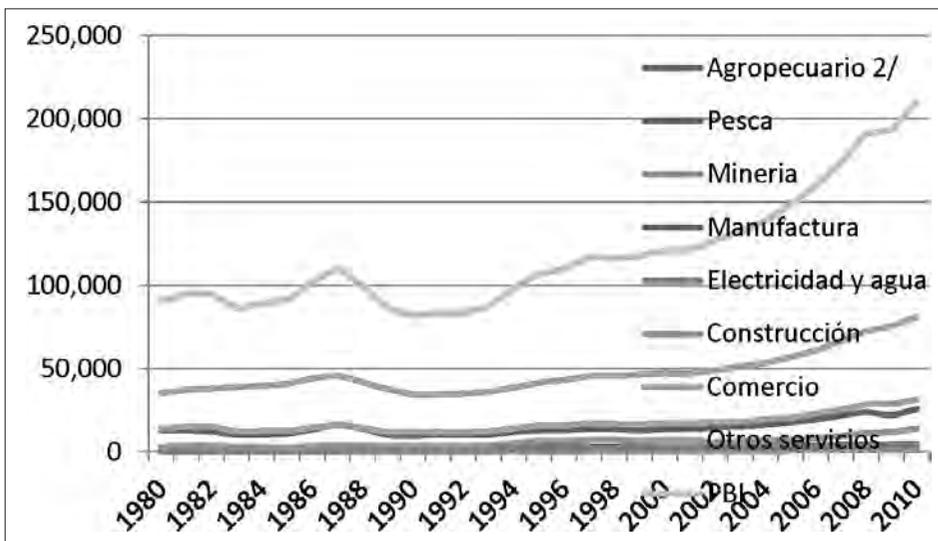
Se trata de un crecimiento basado en la exportación de materia prima, de minerales, gas, madera, peces, pero también de productos no tradicionales; con ciclos de mercados restringidos o abiertos; pero en todos los casos el crecimiento se encerró en su propia lógica sin generar desarrollo económico, sin generar mercado interno a partir de la interacción intersectorial e interregional, con baja productividad aunque con un sector manufacturero mucho más dinámico que genera más trabajo en el ámbito urbano. El peso de las exportaciones en el crecimiento económico ha sido una característica clave en nuestra historia económica tal como lo prueban Thorp y Bertram (1978) al estudiar el crecimiento económico durante el período 1890-1977.

CUADRO 11
PERÚ: CONTABILIDAD DEL CRECIMIENTO 1950-2014. PUNTOS PORCENTUALES

Década	PBI	Capital	Trabajo	Productividad
1950 - 1960	5.2	2.6	1.5	1.2
1961 - 1970	5.9	2.4	1.6	1.9
1971 - 1980	3.5	2.9	1.5	-0.9
1981 - 1990	-0.6	1.8	1.3	-3.7
1991 - 2000	4.0	1.7	1.0	1.4
2001 - 2010	5.7	2.0	0.7	3.0

FUENTE: MEF (2011) Marco macroeconómico multianual 2012 - 2014

CUADRO 12
PBI 1950-2010 POR SECTORES



FUENTE: Elaboración propia.

En 60 años de crecimiento económico han sido fundamentales la minería, la agricultura no tradicional y de exportación. El comercio se mantuvo alrededor del 16% con los mismos parámetros, con productos no tradicionales, con la instalación de grandes mineras y con una manufactura aparentemente más dinámica por generar empleo y unidades empresariales de comercio, servicios y producción.

El crecimiento económico ha tenido en Lima a su mayor beneficiario; en las regiones, tuvo un impacto desigual. Entre los años 50 y 60 se identificó como la zona más pobre y olvidada del país, la llamada «mancha india» integrada por los departamentos de Huancaavelica, Ayacucho, Apurímac y algunas provincias del Cusco; en los 70 se habló del «Trapezio Andino» para referirse a las mismas provincias incluyendo algunas de Puno. La zona más pobre era también la más atrasada, con menos desarrollo capitalista y donde se encontra-

ban las poblaciones más afectadas por la desnutrición crónica y la anemia y los peruanos más bajos, por debajo del promedio nacional.

En las regiones seleccionadas, la minería es una actividad de enclave, no se articula con la agricultura de sus respectivas regiones y es mínima su relación con el sector industrial de bienes intermedios existentes en algunas ciudades del país, especialmente en Lima, de tal manera que no llega a generar procesos ni mecanismos hacia

un mercado interno que impulse el valor agregado de los productos y la articulación intersectorial, donde los recursos mineros jueguen un rol importante en el desarrollo económico y en la estimulación de procesos de industrialización, urbanización y modernización. Sin embargo, lo importante de la actividad minera han sido los recursos financieros vía canon, regalías y tributos, que son usados para proyectos de inversión pública de construcción o ampliación de la infraestructura social y productiva a favor de los distritos.

Ancash sigue un modelo de desarrollo primario exportador, con una economía dependiente de la minería, la misma que aporta la tercera parte de su PBI. La agricultura es el sector que genera más recursos y trabajo para la población rural de los pueblos de la sierra; mientras que la industria y el comercio con la pequeña empresa generan más recursos y más trabajo en las ciudades intermedias.



El crecimiento económico ha sido el mecanismo fundamental para la reducción de la pobreza, especialmente en las ciudades y en las regiones menos pobres. Según la información recogida la reducción de la pobreza es más complicada en los ámbitos rurales de pobreza persistente. En general el crecimiento económico con inclusión social puede reducir la pobreza, pero para reducir la desnutrición se requiere una gama de mediaciones y determinantes sociales.

Exposición de resultados

Hipótesis: Hay determinantes sociales que influyen en la persistente asociación entre economías extractivas y prevalencia de la desnutrición crónica.

Hipótesis: A más crecimiento económico, menos desnutrición infantil en las regiones

Los resultados del estudio cuestionan la creencia difundida entre los medios que sostiene que «a más crecimiento económico menos desnutrición infantil». En realidad, en el Perú fueron dos procesos que marcharon en forma paralela, por lo menos entre 1950 y el 2000. Creció la economía en las regiones estudiadas como en el país y en la mayor parte del mundo; pero fue un crecimiento mejor aprovechado por las ciudades y las clases altas; sin embargo, contribuyó a reducir la pobreza por efectos del desarrollo de la manufactura, de la construcción, de la pequeña empresa, de la agricultura moderna y de los programas sociales; mientras que el decrecimiento de la desnutrición crónica en la mayoría de las regiones del país tuvo otros determinantes que van más allá de la economía.

Los factores que influyeron de manera preponderante en el mejoramiento de la nutrición unido al mejoramiento de la salud, a la reducción de la tasa de mortalidad infantil y de la tasa de muerte materna fueron: el crecimiento de la educación, especialmente de la madre, las experiencias interculturales de ésta en las ciudades o con familias con más instrucción e información; el crecimiento del mercado de alimentos y la reducción de los precios; por el crecimiento del proceso de urbanización que incorporó los servicios de salud, educación y más información; además, amplió la cobertura y mejoró los servicios básicos de agua potable y alcantarillado; un impacto importante unido a este proceso fue la introducción de nuevos elementos culturales relacionados a la búsqueda de mayor bienestar y de estatus, a la introducción de nuevas pautas, gustos

y hábitos alimentarios en los procesos de socialización, información e interacción, en general el desarrollo de nuevos estilos de vida y de valoración del niño, de la madre y de la individualidad.

En la última década la gran prensa escrita y televisiva ha difundido la idea de que el crecimiento económico depende en lo fundamental de la minería; sin embargo, observando las estadísticas de la evolución de la minería y la desnutrición se constata que los departamentos que tienen un PBI engrosado principalmente por la minería tienen las tasas más altas de desnutrición tal como sucede en las regiones de Ancash y Cajamarca, donde la minería constituye la tercera parte del PBI de cada una de estas regiones; mientras que las tasas de desnutrición infantil se encuentran entre el 28.6% y 32% respectivamente. Por otro lado, en Ica y Lambayeque que tienen una economía basada en la manufactura, el comercio y la agroindustria, con un mayor desarrollo urbano y moderno, la desnutrición se encuentra entre el 7.6% y 13% respectivamente.

Pero sería errado pensar que: a más minería más desnutrición; porque el estudio nos ha llevado a ver otros factores determinantes como el predominio de la población rural en el caso de Ancash, Cajamarca y Huancavelica; escaso desarrollo urbano en servicios y espacios de interacción, un mercado interno incipiente que no permite la conexión de minería, industria y agricultura; sistemas de transporte precarios, escaso abastecimiento de alimentos y muy caros, en estas condiciones el crecimiento económico se quedaría beneficiando a la macroeconomía o a Lima pero para que influya en la reducción de la desnutrición se requiere atender los factores determinantes descritos.

Una situación contraria sucede en Ica y Lambayeque, donde hay más desarrollo urbano, con servicios de agua, alcantarillado, baja policía, salud y educación, hay una economía basada en la manufactura, el comercio y la agroindustria que implica trabajo extensivo, más ingresos, tasas más bajas de pobreza; y en las familias se observa niveles educativos más altos y el número de madres sin instrucción es mucho menor; en Ica en 1993 se registró un 8% de analfabetismo, mientras que en Huancavelica ascendía a 47.7% (Unicef, 1993). La desnutrición crónica tiene mayor incidencia en los sistemas sociales con menos desarrollo urbano, con poco mercado y con porcentajes más altos de madres de familia sin instrucción o con poca instrucción y sin experiencias interculturales.

A partir de los 90 se ponen en marcha un conjunto de programas sociales para enfrentar el hambre, la desnutrición crónica y la anemia; por eso a partir de esta década es más significativo su decrecimiento, el mismo que concuerda con el apogeo de la globalización y la revolución científica y tecnológica que permiten generar más información y capacitación masiva a los pueblos en torno al cuidado de la salud, de la buena nutrición, del buen vivir; además, concuerda con un proceso de urbanización en marcha que tiene implicancias interculturales por efectos de la migración, el trabajo, la formación o ampliación de las comunidades urbanas.

Entre 1990 y 2010 se han desarrollado una gama de programas sociales en salud, nutrición, agua y saneamiento básico, que han incidido en un mayor desarrollo social influyendo en la reducción de la desnutrición infantil. Por consiguiente, no solo es el crecimiento económico; es sobre todo el desarrollo social de la localidad y el desarrollo humano de las familias, especialmente de las mujeres que se presentan como factores determinantes. Los programas de lucha contra la desnutrición crónica tienen más dificultades en las regiones de la sierra con menos desarrollo, por las brechas y las distancias económicas; sobre todo por las diferencias étnicas y culturales; muchas veces estos programas quieren hacer tabla rasa de los hábitos y costumbres alimentarias de las comunidades, incluso contra aquellas que concuerdan positivamente con la buena nutrición de los niños y de las personas mayores.

Crecimiento económico y decrecimiento nutricional se relacionaron mediante el crecimiento de los ingresos, de los mercados de alimentos. En las regiones estudiadas hubo crecimiento económico en el largo período de 1950 al 2010, como en el resto del país y en la mayor parte del mundo; sin embargo, la velocidad del descenso de la desnutrición crónica fue mucho más lenta, dinamizándose recién a partir de los años 90 que coincide con procesos importantes como la masificación de la educación, la democratización de la información, el desarrollo de la interculturalidad junto a los movimientos poblacionales y a la formación y crecimiento de las comunidades urbanas, a la puesta en marcha de la estrategia de atención primaria de la salud y de su reorientación hacia una atención integral con nuevos programas de salud y nutrición articulados a los programas sociales antipobreza, de carácter nacional, dentro de la estrategia de compensación social y reforma económica.

El análisis de la prevalencia de la desnutrición crónica en los grupos de niños menores de 5 años y de 6 a 10 años no se encuentra una relación automática entre crecimiento económico y la referida prevalencia. Considerando la experiencia de las localidades con una prevalencia de desnutrición crónica de 90 a 100% se observa en ellas un conjunto de mediaciones: se trata de poblaciones excluidas de las políticas y programas sociales, tienen poco desarrollo urbano, tienen viviendas precarias que carecen de servicios de agua potable, saneamiento básico, están excluidos de la seguridad social, tienen bajos niveles de escolaridad; bajos porcentajes de trabajo asalariado; economías con alto porcentaje de autoconsumo; se trata de comunidades con relaciones endogámicas predominantes y, por consiguiente, con pocas experiencias interculturales. Sin embargo, sus pobladores tienen acceso a más información, por radio y TV, en temas de salud, nutrición; de los alimentos requeridos por el niño y de los riesgos que genera la malnutrición. Las poblaciones que mantienen altos índices de desnutrición crónica también exhiben índices bajos de desarrollo humano, especialmente por la baja escolaridad de las madres; pero donde hubo reducción, en estas condiciones se explicaría por la existencia de familias más fuertes y de madres más jóvenes con más voluntad para atender a sus niños pequeños.

La desnutrición crónica no está desligada de una gama de enfermedades; por ejemplo, tiene una fuerte relación con la anemia. El 2010, la anemia afectaba al 50.3% de la población peruana; en el caso de Huanavelica hubo una prevalencia del 71.5%, mientras que Ancash y Cajamarca bordeaba el 60%. En Lambayeque, 32.2%. En buena cuenta se trata de tasas altas y muy altas. La anemia en el contexto de crecimiento económico a nivel nacional se ha mantenido entre el 35% y el 56%, es decir ni el crecimiento económico ni el desarrollo social, ni los programas sociales redujeron su prevalencia. Revertir esta enfermedad requeriría de un cambio en los estilos de vida y en los hábitos alimentarios que promueva la inclusión, en la dieta diaria del niño y de las mujeres, el consumo de pescado y de proteínas de origen animal por su probada efectividad.

Los especialistas de la Medicina Humana reconocen la peligrosidad de la anemia por su impacto negativo en la salud. Pero también por sus graves consecuencias en la escolaridad, en el crecimiento del niño, en la salud de la mujer y en los rendimientos productivos



de los trabajadores, lo que nos lleva a poner en alerta la urgencia de implementar programas sociales de carácter estratégico para enfrentar este problema, articulando programas de nutrición, a los de salud, educación, trabajo, vivienda, servicios, derechos y seguridad ciudadana.

El período 1950-2010, muestra una tendencia al crecimiento de la economía nacional y de las economías regionales; y, por otro, un decrecimiento, discontinuo y desigual, de la desnutrición crónica. Entre ambos no hubo una correspondencia proporcional; pero tampoco hubo una relación directa, ya que la desnutrición crónica está sujeta a una gama de procesos y determinantes sociales que en todo caso operan como mediaciones entre ésta y el crecimiento económico, por eso en la década perdida de los 80 en el Perú a pesar de registrarse un crecimiento económico negativo, el lento descenso de la desnutrición crónica no se detuvo y, lo que es más significativo, no retrocedió.

Los pobres no se inmutaron por los vaivenes del PBI porque el crecimiento económico estuvo desconectado de sus bolsillos. Que suba a más de 2% anual o a más de 6%, que se paralice o devenga en negativo, en cualquiera de los casos el pobre siempre se decía «aquí no pasa nada». Sin embargo, la desnutrición crónica seguía cayendo, sobre todo en Ica y en Ancash en las provincias del Callejón de Huaylas. Seguían siendo pobres, con los mismos promedios de ingreso, con las mismas necesidades; pero en la etapa se fue reduciendo la tasa de natalidad, las familias se fueron achicando y haciéndose más inestables, pero con mucha movilidad regional y local, al ritmo de las exigencias de una cartera de actividades que obligaba a todos sus miembros a abordarla; desde las comunidades rurales se conjugaban actividades ganaderas en las zonas altas de las punas o en las zonas áridas de los valles de la costa, con actividades agrícolas, comerciales y de servicios diversos entre las zonas de cultivo, las pequeñas localidades y las ciudades intermedias. A su vez, las comunidades urbanas resolvían colectivamente el problema del techo con invasiones, con actividades informales de comercio, servicios y transporte; la alimentación, con comedores populares. La fuente permanente de los ingresos monetarios y de acceso a los alimentos durante la etapa, especialmente a partir de los 70, se apoyó en la aplicación de una amplia cartera de actividades económicas, en las conexiones sociales y la participación en una gama de grupos y organizaciones, es decir en

su capital social o en la asociatividad de los desposeídos combinada con el activismo económico, el ahorro, incluso con los criterios y las prácticas alimentarias de familias que obligaban la alimentación deficitaria de madres y niñas, a veces por voluntad de la madre en salvaguarda o prioridad de los niños varones. Así, millones de peruanos lograron sobrevivir en la pobreza, vencer parcialmente el hambre, soportar una anemia generacional, prevenir la desnutrición crónica en unos casos y superarla en otros.

Un factor que contribuyó a mitigar la vida de los pobres fueron los ingresos mínimos que recibían de los programas que generaron infraestructura con trabajo eventual (Foncodes, Pronamach). Otro elemento, fueron las remesas del extranjero a partir de los 80 y las remesas inter e intrarregionales desde los 50 que sirvieron como capital de inversión y de trabajo para muchos y para otros para mitigar el hambre y asistir a la escuela; a partir del 2000 estimuló el auge de la construcción de viviendas en muchos distritos del Perú. Por otro lado, la generación de la micro y pequeña empresa fortalecieron la economía de los pobres con capacidades de crecer y de los sectores medios que se constituyeron en empresarios emergentes, algunos de estos con la canalización de recursos de fuentes ilegales; en su conjunto, los pequeños empresarios generaron puestos de trabajo para familiares y paisanos. En este sentido, el trabajo productivo fue la fuente generadora de ingresos que ayudó a reducir los riesgos de la desnutrición crónica en miles de familias; pero también fueron las migraciones, el achicamiento de las familias y el buen uso de los pequeños ingresos.

Todos los cálculos que han hecho los economistas en torno a la canasta básica, no siempre han funcionado; como tampoco los cálculos de los montos del ingreso per cápita; porque si así fuera las tasas de anemia y desnutrición crónica serían mucho más bajas. Por otro lado, el crecimiento de las actividades extractivas como la minería en contextos de pobreza y desempleo tiende a aumentar la desigualdad social y a hacer más difícil el acceso a los alimentos para el pobre y su familia. Con los programas sociales podrían estar mejor los niños pequeños menores de tres años o los ancianos mayores de 70 años; pero para los adolescentes y los jóvenes, para los hombres empeñados en ejercer su rol abastecedor de padres, la vida se tornaría más difícil, porque estarían envueltos en el desempleo, acosados por la delincuencia, la prostitución, por la tuberculosis, las enfermedades mentales, el suicidio y la cárcel.

Conclusiones

La desnutrición crónica es un problema multicausal, determinado por factores sociales diversos y está asociado como causa y efecto a enfermedades transmisibles como las EDAs e IRAs. La desnutrición crónica unida a la anemia son enfermedades nutricionales que afectan a altos porcentajes de la infancia, especialmente de los sectores más pobres y excluidos. En la última década, junto a la desnutrición crónica y a la anemia ha comenzado un aumento importante de otras enfermedades nutricionales como la obesidad y el exceso de peso afectando a miles de niños de las familias pobres de las regiones estudiadas, las que estarían asociándose a una gama de enfermedades crónicas y degenerativas en crecimiento. Este hecho estaría marcando el ingreso a una fase de transición epidemiológica nutricional, que sería objeto de otro estudio.

En el período 1950-2010 hay crecimiento económico con un promedio anual estimado en 3.4; paralelamente hay una tendencia nacional al decrecimiento de la desnutrición crónica; a pesar de la desaceleración y de los retrocesos el decrecimiento nutricional fue más rápido que el crecimiento económico, especialmente en regiones de mayor desarrollo social como Ica y Lambayeque a partir del 2000. En las economías regionales con más minería la velocidad fue menor a las regiones con economías dinamizadas por la manufactura, el comercio y la agroindustria. Por consiguiente, entre ambos procesos no hay una relación directa de causa-efecto; lo que supone que hay otros factores explicativos. De las regiones analizadas, en Ica el decrecimiento fue mayor y más acelerado. Lo que tiene de diferente esta región, es una economía más diversificada; una agricultura moderna ligada a la industria y a la exportación con trabajo extensivo y salarios continuos; tiene acceso a un canon tres veces mayor que el de Lambayeque; pero cuatro veces menor que el de Ancash; tiene un mercado regional conectado a Lima y a las regiones vecinas, y una infraestructura vial que le permite estar más conectada a la sierra y estar abastecida de alimentos provenientes de Huancavelica y de las regiones vecinas; es la región con menos población rural, 11%; con menos analfabetismo y con más experiencias interculturales y espacios de interacción; familias más consolidadas que en Lambayeque, madres con mayor escolaridad; establecimientos de salud en todos sus distritos y cuenta con una Universidad y una Facultad de Medicina.

Otro determinante importante es el desarrollo urbano que implica espacios sociales de interacción, de intercambio de información, de experiencias interculturales, de escenarios de competencia de estatus y para la emergencia de una gama de motivaciones en las familias y en las madres para salvar a sus hijos de las garras de la desnutrición crónica; adjunto va el desarrollo del mercado regional y local que permite el abastecimiento y el intercambio de productos y alimentos facilitando la diversificación de alimentos y la seguridad alimentaria. Lo positivo del mercado es el acceso a alimentos naturales de otras regiones; pero también de productos manufacturados. Las experiencias interculturales vividas a través de las migraciones interregionales, del campo a la ciudad y viceversa, a través de la interacción durante las invasiones y en la formación de las comunidades urbanas, a través del trabajo asalariado y el trabajo doméstico, del servicio militar obligatorio, de la educación escolar y de una gama de espacios públicos donde se produce intercambio de información en torno a la salud, a la nutrición y a los derechos. Así la interculturalidad permitió, sobre todo a las mujeres, aprender nuevos estilos de vida, gustos y nuevos hábitos alimentarios que luego transmitieron a sus hijos. Otro elemento urbano fue la atención primaria de la salud que impactó en la reducción de las enfermedades transmisibles y como parte de sus campañas de prevención influyó en el mejoramiento nutricional. Incluso las ideas y los programas de cocina y salud que circularon por los medios masivos también influyeron en cambios de actitud en torno a la alimentación. Todos estos elementos fueron desarrollándose a ritmos diversos durante el período y contribuyeron unos más que otros al decrecimiento de la desnutrición crónica.

¿Cuáles son los factores que determinan el desigual decrecimiento de la desnutrición crónica en las regiones?

1. El modelo de desarrollo de las regiones. Si en éste predomina una economía basada en la diversidad, la productividad y el mercado interno, habrá más trabajo y más calificación a sus productores y trabajadores, generando como resultado nuevos estilos de vida y más cuidados a la salud y la nutrición.
2. El perfil predominante de la madre. En las regiones de lento decrecimiento nutricional la talla promedio de las mujeres es 1.47, ha pasado por etapas de desnutrición crónica y anemia, en promedio tiene educación primaria, se embaraza antes de los 18 años; en la crianza, aplica hábitos y prácticas no saludables.



3. Niños con bajo peso al nacer, que sufren incidencias más o menos frecuentes de EDAS e IRAS, no logran salir de la desnutrición crónica, debido a la baja instrucción y a la desinformación de la madre.
4. La vivienda de los que sufren pobreza y desnutrición tiene una infraestructura sanitaria deficiente o no está conectada a los servicios de agua y saneamiento básico; con pisos de tierra, sin ventilación, poca limpieza e higiene.
5. Exclusión de la comunidad de los servicios de agua y desagüe, electricidad, baja policía, seguridad, salud, educación, recreación, transporte, abastecimiento de alimentos y medicinas.
6. Acceso deficitario a los servicios de salud de calidad, que fomente los conceptos y las prácticas de salud preventiva, de atención integral a la madre y al niño.
7. Bajos índices de escolaridad de la comunidad, que confirman la relación a más analfabetismo, tasas más altas de desnutrición crónica.
8. Escasa diversidad de alimentos producidos por la comunidad.
9. Dificultades para el acceso libre, oportuno y favorable al mercado de alimentos que tiene la comunidad por trabas en la infraestructura vial, en los servicios de transporte y en las cadenas productivas y de comercialización.
10. Al desarrollo urbano y a la modernidad que permitan a la comunidad más información acerca de la crianza y alimentación de los niños, de los cuidados de la salud individual y familiar, del conocimiento, defensa y ejercicio de los derechos y de la relación afectiva madre-niño.
11. El trabajo digno y productivo, que permita al trabajador asignar no más del 50% de sus ingresos para gastos de alimentación.
12. A la presencia de espacios públicos que permita a las madres comparar el estado de la salud nutricional de sus hijos; intercambiar información, rescatar lo positivo de otras culturas y estilos de vida y múltiples experiencias de interculturalidad.
13. Que la buena situación nutricional de los niños contribuya tanto a la satisfacción de logro de la madre, como al fortalecimiento de la autoestima y del estatus familiar.

Razones claves para la reducción de la desnutrición crónica:

- En el contexto, resultan más importantes los espacios sociales de interacción de las madres, familias

y niños donde intercambian experiencias interculturales, ideas e información para cuidar mejor la salud, la nutrición, la vida y los derechos, junto a la democratización de la información y a la ampliación del capital social.

- En la vivienda, la existencia de servicios conectados a la red pública de agua potable, desagüe y electricidad; limpieza de la vivienda y hábitos de higiene.
- En la familia, una madre con voluntad, amor filial y creatividad (energía social) para alimentar a sus hijos de manera saludable aun en las condiciones de pobreza.
- Existencia de una energía social que articula la lucha de la madre con elementos positivos de la cultura de la comunidad, con el trabajo y con el Estado que despliega acciones, procesos y mecanismos tendientes a salvaguardar la salud y la nutrición.

¿A más crecimiento económico, menos desnutrición crónica? ¿Qué factores determinan la persistente asociación entre economías extractivas y prevalencia de la desnutrición crónica?

- Porque los beneficios del crecimiento económico 1950-2010 no se orientaron a la prevención, control y eliminación de este mal.
- Por la existencia de un modelo alimentario desarticulado de los recursos regionales. Para el mercado local se priorizan productos transgénicos e industriales; y para la exportación, o los mercados de mayor capacidad adquisitiva de las ciudades grandes, productos naturales como el pescado fresco, la carne, las frutas y las verduras.
- Porque la minería está desarticulada del desarrollo regional, del mercado interno y de los demás sectores económicos, como consecuencia no tiene impactos en el crecimiento del trabajo y de los ingresos; expresa un modelo de economía extractiva y primaria; su crecimiento no favorece al desarrollo; solo eleva desigualdad social y dependencia, además, genera contaminación y conflictos sociales.
- Porque las altas tasas de desnutrición crónica y anemia están asociadas a altos índices de pobreza y desigualdad social; por consiguiente, su reducción será posible desde una estrategia que ataque los problemas que operan como causa y consecuencia.
- Porque no se ha enfrentado con estrategias integrales y con participación de las madres, familias, comunidades urbanas y rurales, del sistema de salud,

de las organizaciones sociales y de los gobiernos locales y regionales.

- Porque los alimentos esenciales para una buena nutrición como el pescado y las frutas no están orientados al consumo nacional, no se asegura el abastecimiento a las áreas rurales y a los ámbitos de mayor prevalencia de desnutrición crónica y anemia; por su costo y escasez están lejos de la mesa popular; priorizándose su exportación en aras del crecimiento económico.
- Porque los aportes de la minería son usados para programas orientados a mitigar la pobreza con trabajo eventual en la dotación de obras de infraestructura social. Sería más efectivo y favorable si estuviera conectado al desarrollo industrial, agrario y a los mercados regionales; además si garantiza el uso de tecnologías que resguarden el cuidado del medio ambiente, la salud pública y los contextos saludables

En los próximos 60 años se visualiza la continuidad del crecimiento económico y el ingreso a una etapa de transición epidemiológica en la que bajará la desnutrición crónica; continuará alta la anemia; pero crecerán las poblaciones afectadas por la obesidad y el sobrepeso, fuertemente asociadas a enfermedades degenerativas y a la emergencia de nuevas enfermedades transmisibles que se tornarán endémicas y constituirán los nuevos desafíos de la salud pública. Para las ciencias sociales la situación de salud será un tema prioritario junto a los problemas sociales derivados de la crisis ambiental y de la globalidad.

Referencias bibliográficas

- ARELLANO YANGUAS, Javier (2011). *¿Minería sin fronteras? Conflicto y desarrollo en regiones mineras del Perú*. IEP: Lima.
- BCR (2011) Lima p.54 en <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Programa-Economico/MMM-2012-2014-mayo.pdf>
- CARRIÓN VERGARA, Alberto (1989). «Medicina en la Región Chavín», en Reina Loli, Manuel (1989) *Ancash. Historia y cultura*. Lima: CONCITEC.
- CEPAL (2008). *Panorama social de América Latina 2008*. CEPAL: Washington en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Cap1_Pobreza.pdf
- COTLER, Julio, ed. (Perú 1964-1994. Lima: IEP).
- DISA IV-Lima Este (2004) Informes de vigilancia. Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental.
- HERRERA GARRIDO, Alicia (2003). *Desnutrición crónica: estudio de las características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil*. Liam: UNMSM Facultad de Ciencias Matemáticas.
- INEI (Ag 2007). ENDES Informe 2004-2006 pp. 192
- INEI, I Censo Nacional de talla y peso a niños del 5to de media Visto el 15 Nov. 2011. <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0070/5-2.htm>
- INEI (2004). Producto Bruto Interno trimestral: 2004-I - 2011-I.
- INEI Cuentas Nacionales del Perú (2010). PBI por Departamentos 2001-2009.
- INEI (Ag 2007). Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES Continua 2004-2006. Informe Principal.
- INEI Perú: Crecimiento y distribución de la población 2007. INEI en <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/documentos/ResultadoCPV2007.pdf>
- INEI (Oct. 2009) Factores asociados a la desnutrición crónica infantil 1997-2006.
- INEI (Oct. 2009) PBI 2009
- INEI (2011). Nutrición y políticas públicas. En: <http://www.inei.gob.pe/web/biblioinei/ListaItemByTemaPala-bra.asp?c=10&tt=Metodolog%EDas>
- INEI (2009). Perfil sociodemográfico de la Tercera Edad.
- INEI (2001). PERÚ estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Urbana y Rural 2020 en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0466/Libro.pdf>
- Instituto Nacional de Salud (2010). Determinantes de riesgo de la desnutrición crónica priorizados a nivel distrital. Perú 2010-2012. En http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/1er/dete_invt_cenan/Consolidado%20general.pdf
- Instituto Nacional de Salud (Junio, 2006). Boletín N°3 año 22. Lima: INS. Visto en <http://www.ins.gob.pe/ins-virtual/images/boletin/pdf/ReporteEpidemiologico-INS2006-22.pdf>
- Instituto Peruano de Economía (2011). Perspectivas de la economía peruana. Visto en: <http://ipe.org.pe/wp-content/uploads/2011/04/presentacion-egresados-pad-u-de-piura-170311.pdf>
- MENDOZA, Waldo y David FLORIAN HOYLE (2001). Perú: 1950-2001 Crecimiento en una economía abierta. CIES: Lima. En <http://cies.org.pe/files/documents/investigaciones/politica-macroeconomica-y-crecimiento/peru-1950-1999-crecimiento-en-una-economia-abierta.pdf>
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (2011). Marco macroeconómico multianual 2012-2014 En: <http://>

- www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Programa-Economico/MMM-2012-2014-mayo.pdf
- MINSAL (2007). Plan Concertado de Salud. Ministerio de Salud en: <http://www.gycperu.com/descargas/Plan-Nacional%20Concertado%20de%20Salud%20%20al%202011.pdf>
- MINSAL (2010). Resultados de los Indicadores del Programa articulado nacional. FUENTE: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) 2008-2010. En: http://www.ins.gob.pe/repositorio-aps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicadores%20PAN%20_180111.pdf
- PAJUELO, Jaime, Guillermo VERGARA y Gina DE LA CRUZ (2001). Coexistencia de problemas nutricionales en niños de 6 a 9 años de edad de CE estatales de Matucana, Sta. Eulalia y Lima en: Anales de la Facultad de Medicina Vol 62 4 2001. Lima: UNMSM.
- PALMIERI, Mireya y DELGADO, Hernán (2011). *Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje*. PNUD: Guatemala en http://www.revista-desarrollohumano.org/archivos_doc/04_B_Cuaderno-Malnutricion.pdf
- PCM (2011). Informe preelectoral. Administración 2006-2011. *El Peruano* del 10 de enero del 2011.
- PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (2007) Mapa de vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil en Perú. En http://www.onu.org.pe/Upload/Documentos/pma_mapadesnutricion2007.pdf
- PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep, eds. (2000). Medicina y cultura. Estudios entre la medicina y la antropología. Cultura Libre: Barcelona.
- PNUD (2012). «Perú, urbanización y desarrollo. Mitos, dilemas y conflictos», en HUMANUM Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano. (Visto 14 enero 2012 en: http://www.revistadesarrollohumano.org/Urbanizacion_y_desarrollo_Mitos__dilemas_y_conflictos.php)
- PMA (2011). Mapa de Vulnerabilidad a la Desnutrición Crónica Infantil desde la perspectiva de la Pobreza 2010. PMA: Lima En: wfp.org/es-peru.nutrinet.org
- POLLIT, Ernesto; Enrique JACOBY y Santiago CUETO, (1996). Desayuno escolar y rendimiento. A propósito del programa de desayunos escolares en el Perú. Lima: Apoyo.
- PNUD (2007). Cuadernos 13 Cifras para la descentralización en: http://www.perucam.com/Descentralizacion/cuaderno13/3A_Pobreza.pdf
- PRISMA (1999). *Determinantes de la desnutrición aguda y crónica en niños menores de 03 años. Un sub-análisis de la ENDES 1992 y 1996*. Lima: INEI.
- PULGAR VIDAL, Javier (1969). *Las ocho regiones del Perú*. Lima: UNMSM
- RAJABIUN, Serena; James LEVINSON y Katherine TUCKER (2001). *Reducción de la desnutrición crónica en el Perú*. Propuesta para una estrategia nacional. Informe de Apoyo para USAID en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Reduccion_desnutricion_TUFTS.pdf
- SÁNCHEZ-GRIÑAN, María Inés (1998). *Seguridad alimentaria y estrategias sociales. Su contribución a la seguridad nutricional en AL*. Instituto Internacional de Investigaciones sobre políticas alimentarias. <http://bvs.per.paho.org/texcom/nutricion/pubs2020.pdf>
- SEGURA, L. (2002). «Pobreza y desnutrición infantil».
- SIFUENTES LEÓN, Eudocio (2009). *Energía social. Libertad y bienestar. Nuevos enfoques de desarrollo*. Lima: San Marcos.
- SIFUENTES LEÓN, Eudocio (1996). *Evaluación final del Proyecto Servicio de Alimentación Infantil ejecutado por el CEPREN*. Lima: SASE Consultores.
- SIFUENTES LEÓN, Eudocio (1994). «Pobreza y desnutrición infantil. Razones para preocuparse por el desarrollo de 513 distritos», en Informe Regional - El Expreso de julio de 1994.
- SNMPE (2011) Sociedad Nacional de Minería Petróleo y Energía, Reporte Canon Minero. En: <http://www.snmpe.org.pe/pdfs/Canon/Reporte-Canon-Minero-2010.pdf>
- UNICEF (2011) *Perú. La situación del país*. en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/children.html>
- VALDIVIA, M., (2002). *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Lima: GRADE
- VÍTORA, César; Fernando BARROS y Patrick VAUGHAN (1992). *Epidemiología de la desigualdad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.