

JOSÉ RODRÍGUEZ / MARIO D. TELLO (editores)

Opciones de política económica en el Perú 2011-2015

Capítulo 3



**FONDO
EDITORIAL**

PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Opciones de política económica en el Perú: 2011-2015
José Rodríguez y Mario D. Tello (editores)

© José Rodríguez y Mario D. Tello, 2010

De esta edición:

© Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2010

Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú

Teléfono: (51 1) 626-2650

Fax: (51 1) 626-2913

feditor@pucp.edu.pe

www.pucp.edu.pe/publicaciones

Diseño, diagramación, corrección de estilo
y cuidado de la edición: Fondo Editorial PUCP

Primera edición: noviembre de 2010

Tiraje: 500 ejemplares

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-
ISBN:

Registro del Proyecto Editorial: 31501361000785

Impreso en Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156, Lima 5, Perú

SEGURIDAD ALIMENTARIA: UNA PROPUESTA DE POLÍTICA PARA EL PRÓXIMO GOBIERNO

Eduardo Zegarra Méndez

INTRODUCCIÓN

Históricamente, el concepto de «seguridad alimentaria» nació para enfrentar potenciales desbalances entre la oferta y demanda agregada de alimentos. No obstante, pronto se hizo evidente que aún cuando muchas veces se «resuelve» el tema de la oferta de alimentos a nivel agregado, la falta de acceso a éstos persiste para una enorme cantidad de gente, ubicando el problema más por el lado de la distribución y el ingreso que en el de la producción. Esto también implica que el marco conceptual para la seguridad alimentaria haya ido desplazándose del nivel macroeconómico hacia niveles meso y microeconómicos, para entender y enfrentar problemas de regiones, localidades, hogares e incluso de individuos específicos (Maxwell, 1995).

La definición más concisa y directa de seguridad alimentaria es tener «acceso seguro en todo momento a alimentos suficientes y de calidad para una vida saludable». En esta definición están implícitas las ahora aceptadas cuatro dimensiones: acceso, uso, suficiencia y seguridad¹, que ocupan un lugar central en las discusiones conceptuales y mediciones de la seguridad alimentaria.

En el presente capítulo evaluaremos la situación de seguridad alimentaria en el caso peruano usando este enfoque y la información más reciente disponible. El propósito básico es plantear y priorizar alternativas de política a aplicarse durante el próximo periodo gubernamental 2011-2015. En la primera sección se analizan los datos que caracterizan a la situación de inseguridad alimentaria para una parte importante de la población peruana. En la segunda sección se evalúan las intervenciones que han venido siendo implementadas desde el Estado Peruano durante la

¹ El acceso hace referencia a la capacidad de la población para adquirir alimentos; la del uso a la capacidad de la gente para aprovechar adecuadamente los nutrientes de los alimentos; la de suficiencia a la existencia física de suficientes alimentos para cubrir las necesidades humanas; y la seguridad a una baja exposición al riesgo de sufrir carencia de alimentos en el tiempo.

última década en materia de seguridad alimentaria. La tercera y última sección, propone las alternativas de política que recomendamos para enfrentar más eficazmente el problema durante la próxima gestión gubernamental.

1. LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL PERÚ

En esta sección presentamos la información disponible sobre la situación nutricional y de acceso a alimentos de la población peruana, que es la base sobre la cual se plantean alternativas de política.

1.1 La situación nutricional en el Perú

En el Perú se han venido generando algunas mediciones del estatus nutricional de diversos sectores de la población, especialmente en los últimos quince años, con la implementación de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) por parte del INEI, así como de la encuesta Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) a cargo del CENAN del Ministerio de Salud. Cabe señalar que ambas encuestas generan resultados distintos en varios indicadores claves de la nutrición, que se analizan posteriormente. Además, la encuesta MONIN tiene indicadores más sofisticados que no están presentes en ENDES, especialmente para evaluar carencias de micronutrientes como vitamina A y yodo.

Un primer tema a señalar con respecto a estas dos encuestas es que están orientadas exclusivamente a evaluar el estatus nutricional de dos sectores de la población: niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil (15 a 49 años). En ambos casos, las mediciones no permiten conocer el estado nutricional del resto de la población peruana. A continuación presentamos las mediciones de algunos de los indicadores más importantes, considerando su evolución reciente y también enfocando en el estado actual del indicador.

1.1.1 La desnutrición infantil

Este es uno de los indicadores claves utilizados para evaluar el estatus nutricional de la población a nivel mundial. Es de particular importancia porque existe amplia evidencia de que los problemas nutricionales en esta etapa del ciclo de vida tienen implicancias negativas y muchas veces irreversibles en los individuos. En el cuadro 1.1. se presentan las mediciones promedio del indicador basado en talla-edad en la última década en el Perú.

Cuadro 1.1: Menores de 5 años con desnutrición crónica
(talla para la edad por debajo de 2 desv est)

	2000	2005	2007	2008	2009(*)
Total	25,4	22,9	22,6	21,5	19,0
Urbano	13,4	9,9	11,8	11,8	10,3
Rural	40,2	40,1	36,9	36	33,9
LM	7,3	5,9	8,6	6,9	5,2
Costa	16,4	12,8	10,4	15,5	9,1
Sierra	38,6	35,6	34,6	32,3	31,6
Selva	30,2	23	25,5	20	20,8
Primer Q.		46,8	45,1	45,0	46,8
Segundo		33,2	35,7	33,1	32,7
Tercero		16,0	19,5	19,2	15,2
Cuarto		5,2	10,1	8,3	7,3
Quinto		4,3	4,2	5,4	3,9

(*) Primer semestre 2009.

Fuente: ENDES 2000 y 2005-07-08-09, INEI.

En conjunto, se observa una caída en la incidencia de la desnutrición crónica a nivel nacional medida a través de la talla/edad. El indicador muestra una caída más consistente para la sierra y la selva, mientras en costa y Lima Metropolitana (que tienen los niveles más bajos), el indicador ha estado más estancado. No obstante esta evolución favorable, también se observan divergencias preocupantes en la evolución del indicador por quintiles de riqueza ya que en los dos quintiles más bajos (40% más pobres) el indicador de desnutrición infantil prácticamente no ha cambiado durante los últimos cinco años (2005-2009), mientras que el grueso de la mejora promedio en el indicador se ha generado en los otros quintiles no pobres, especialmente en 2007-2009.

1.1.2 Carencia de micronutrientes

Tanto ENDES como MONIN realizan mediciones para detectar la carencia de micronutrientes en la población de interés de ambas encuestas. En el caso de la ENDES, solamente se evalúa la carencia de hierro, que configura una posible situación de anemia en niños y mujeres en edad fértil. La encuesta MONIN sí hace mediciones adicionales para detectar carencia de vitamina A y de yodo en dicha población. En este caso, dada la mayor especialidad del CENAN en la medición de estos indicadores², usaremos sus resultados para evaluar la magnitud del problema en la población en la que se midió. El cuadro 1.2. presenta los resultados de esta encuesta para el año 2008.

² La encuesta MONIN es aplicada por personal de salud especializado en toma de muestras y en su manipulación para la evaluación en laboratorio.

Cuadro 1.2: Carencia de micronutrientes en población vulnerable (2008)

	Niños menores 5 años		Mujeres 15-49 años		
	Anemia	Vitamina A	Anemia	Vitamina A	Yodo
Lima Metropolitana	26,2	7,8	43,7	1,9	0,4
Resto Costa	28,8	13,4	38,0	1,0	0,0
Sierra Urbana	39,3	10,6	48,2	1,5	0,0
Sierra Rural	42,1	13,1	41,5	0,9	4,5
Selva	31,5	17,1	36,9	2,5	2,0
Nacional	33,1	12,2	41,5	1,5	1,6

Fuente: Encuesta MONIN, 2008, CENAN.

Como se puede ver, el problema de anemia está muy extendido en la población peruana, con uno de cada tres niños afectados y un 42% de las mujeres en edad fértil con deficiencia de hierro. Los problemas de anemia en niños menores a cinco años son mucho más pronunciados en la sierra (urbana y rural) y algo menos importante pero con un sorprendente alto nivel en Lima, donde un 26% de los niños menores de cinco años muestran evidencia de anemia. Esto también se aprecia en las mujeres en edad fértil, donde incluso en Lima se tiene un 44% con evidencia de anemia, superando al resto de costa o a la selva y sierra rural. Es evidente que el problema de anemia es un problema masivo que afecta a una buena parte de la población peruana.

La carencia de vitamina A es una de las más graves y preocupantes en materia nutricional. Según el reporte de CENAM (2009) a esta deficiencia se le conoce como el «hambre oculta» y estaría afectando a un 12% de niños a nivel nacional, con niveles más graves en la selva (17%). En adición, la medición de CENAN no encontró evidencia de que la carencia de vitamina A sea un problema mayor en las mujeres en edad fértil en el Perú. En este caso, también se detectó un mínimo problema de falta de yodo en las mujeres en edad fértil (1,6%), aunque en sierra rural este porcentaje es mucho más elevado (4,5%). Estos índices se atribuyen a las campañas masivas para yodar toda la sal que consume la población en forma sistemática durante la última década.

1.1.3 Indicadores nutricionales para el conjunto de la población peruana

A raíz de un convenio entre el Instituto Nacional de Salud (INS) y el INEI, en la encuesta nacional de hogares (ENAHO) del IV trimestre del año 2007 se incorporó un módulo nutricional a ser aplicado a toda la muestra de la encuesta en dicho trimestre³. Los resultados de este módulo aún no han sido divulgados oficialmente y el

³ La muestra del IV trimestre de la ENAHO 2007 corresponde a un cuarto de la muestra total anual y tiene representatividad a nivel de grandes dominios (urbano/rural, costa y sierra norte, centro y sur,

módulo no ha sido replicado para generar comparaciones. No obstante, debido a que es la única medición disponible del estatus nutricional del conjunto de la población, discutiremos algunos de los resultados presentados en un documento preliminar de trabajo aún no aprobado oficialmente.

Usando el patrón del National Center for Health Statistics (NCHS), la encuesta estimó en 22,1% la desnutrición crónica (talla-edad) en niños menores de cinco años, en 2,2% la desnutrición aguda de este grupo (déficit peso-talla) y en 13,7% la desnutrición global (déficit peso-edad)⁴. Además, registró un 2,1% de sobrepeso para este grupo poblacional. Estos resultados son más o menos comparables con los obtenidos en la ENDES para el año 2008.

Sin embargo, la mayor utilidad de este módulo se encuentra en la situación nutricional del resto de la población peruana, cuya situación no es evaluada por la ENDES (con excepción de las mujeres en edad fértil). Un grupo particularmente importante es de los niños entre 5 y 9 años, cuyos resultados en desnutrición crónica (déficit talla-edad) se presenta en el cuadro 1.3.

Cuadro 1.3: Menores de 5 a 9 años con desnutrición crónica año 2007
(talla para la edad por debajo de 2 desv est)

Urbano	9,6
Rural	35,1
Primer Q.	39,1
Segundo	23,5
Tercero	10,9
Cuarto	4,8
Quinto	1,7
Total(**)	16

(*) IV Trimestre

(**) Promedio simple de quintiles

Fuente: Documento de Trabajo ENAHO 07 IV Trim.

El informe preliminar no presenta el estimado para el total de la muestra, pero un promedio simple de la prevalencia por quintiles arroja un 16% de niños entre 5 y 9 años con desnutrición crónica en el país. El porcentaje llega a 35% en la zona rural y a 9,6% en la zona urbana. En el quintil más pobre, la desnutrición afecta al 39,1% y

selva y Lima Metropolitana). La muestra abarcó a 5562 hogares con 24 190 miembros, y se tomaron mediciones antropométricas a 17 942 personas, es decir a un 77,3% de la muestra encuestada.

⁴ Las mediciones de desnutrición evalúan en forma binaria las dimensiones de peso, talla y edad de cada niño. Se compara el valor obtenido con una norma establecida en función a mediciones en diversos países. Cuando la medición de un niño está por debajo de dos desviaciones estándar del valor esperado en las dos dimensiones, se considera que el niño sufre de un tipo de desnutrición.

en el segundo quintil más pobre al 23,5%. Además, un 45% de los niños en pobreza extrema entre 5 y 9 años sufren de desnutrición crónica.

Estos resultados son suficientemente importantes como para considerar seriamente introducir una medición sistemática de la desnutrición crónica en los niños hasta 9 años de edad. Esta medición se podría hacer mediante un módulo permanente en la ENAHO que complemente los resultados obtenidos por la ENDES en temas nutricionales.

La encuesta también encontró que un 2,2% de mujeres mayores de 10 años sufrían de adelgazamiento usando el criterio de masa corporal, pero el porcentaje fue de 3,8% para el rango de edad de de 60 a 69 años y de 5,9% en el rango mayor a 70 años. El indicador también mostró una relación con la pobreza, ya que el 4,3% de la población en el primer quintil sufre de adelgazamiento, versus solo 0,9% para el quintil superior.

El módulo de esta encuesta también tomó información sobre el tipo de actividad física de las personas, un elemento importante para la medición del déficit calórico, como se verá más adelante. La encuesta registró importantes diferencias en el tipo de actividad física entre hombres y mujeres, especialmente entre zonas rurales y urbanas. En términos generales, los varones tienden a tener mayor actividad física, así como los pobladores rurales con respecto a los urbanos.

1.1.4 Obesidad y sobrepeso en mujeres en edad fértil

Los problemas de obesidad y sobrepeso se vienen incrementando en las estadísticas nacionales de la última década. En la encuesta MONIN, por ejemplo, la prevalencia de obesidad en niños menores de cinco años afecta a un 4,7%, con particular importancia en Lima Metropolitana, donde llega a afectar a un 7,5%. En cuanto a las mujeres en edad fértil, la encuesta evalúa problemas de sobrepeso que estarían afectando a un 50% de las mujeres a nivel nacional, con mayor intensidad en Lima (57%) y menor intensidad relativa en la selva (42%). Los problemas de obesidad y sobrepeso son también una parte importante de los problemas alimentarios que enfrenta la población peruana.

Cuadro 1.4: Problemas de obesidad y sobrepeso en niños y mujeres (2008)

	Niños menores 5 años	Mujeres 15-49 años
	Obesidad	Sobrepeso
Lima Metropolitana	7,5	56,7
Resto Costa	5,3	52,6
Sierra Urbana	4,8	48,9
Sierra Rural	2,6	44,4
Selva	2,4	42,8
Nacional	4,7	50,0

Fuente: Encuesta MONIN, 2008, CENAN.

1.2 La situación del acceso a los alimentos

En una economía de mercado, el acceso de los hogares a los alimentos depende de su capacidad para generar ingresos que les permitan comprarlos. También existen otros mecanismos para acceder a los alimentos (autosuministro, familiares y amigos, programas sociales, comedores, etcétera), que puede ser importantes en ciertos contextos. No obstante, una buena parte de la capacidad de las familias peruanas para acceder a los alimentos está determinada por su capacidad adquisitiva.

Desde mediados de la década de 1990, el INEI empezó a medir en el Perú los ingresos y gastos de las familias a través de las ENAHO. Estas encuestas tienen como objetivo conocer las condiciones de vida de la población, especialmente la generación de ingresos y gasto efectivo realizado. Uno de los módulos más importantes de la encuesta registra el consumo de alimentos de las familias, tanto dentro del hogar como fuera de éste. Este dato se toma para la toda la familia en forma agregada y genera una idea del gasto alimentario para productos específicos, así como la cantidad obtenida. Nótese que la obtención de alimentos no es equivalente al consumo. Es posible que una parte de estos se pierda, o que sean consumidos por visitantes. Igualmente, no se conoce el consumo específico de alimentos de cada miembro de la familia, solo el agregado de alimentos que potencialmente pueden ser consumidos por miembros de la familia.

No obstante estas limitaciones, el módulo de consumo de alimentos de las ENAHO es un instrumento importante de medición para entender las condiciones de acceso a alimentos de los peruanos. El módulo permite establecer cantidades obtenidas de una gran gama de alimentos, los cuales pueden ser convertidos en calorías para determinar si la familia está adquiriendo suficientes alimentos para cubrir sus requerimientos calóricos. Este cálculo da origen al llamado «déficit calórico», que establece si una familia ha adquirido —en el periodo relevante de la encuesta— una cantidad de alimentos suficiente para cubrir una norma calórica aplicable a cada miembro de la familia de acuerdo a su edad y zona de residencia y luego agregado para toda la familia.

Cabe señalar que el déficit calórico y la pobreza/ingresos de la población son conceptos relacionados pero no idénticos, ya que implican mediciones distintas. La medición de pobreza trata de establecer si los ingresos de las familias son suficientes para comprar una canasta de consumo hipotética, dentro de la cual los alimentos ocupan una parte importante, pero también otros bienes y servicios. Una familia pobre podría, por ejemplo, adquirir suficientes alimentos y no tener déficit calórico; y una familia no pobre también podría tener déficit calórico si debe orientar una buena parte de su ingreso a gastos no alimentarios. Es por esto que la medición del déficit calórico ofrece una mirada más directa a los temas de acceso a alimentos de la población que la medición de pobreza *per se*.

1.2.1 La evolución del déficit calórico

Cuando una familia en la encuesta no cubre la norma que le corresponde de acuerdo a la edad y zona de residencia de sus miembros, se dice que la familia tiene déficit calórico, medida que se viene calculando desde 1998 en base a las ENAHO. Para analizar la evolución del déficit calórico de la población usaremos las ENAHO de 1998, 2003 y 2008⁵.

En el cuadro 1.5 se presenta la evolución del promedio de la norma calórica de las familias peruanas de acuerdo a la metodología usada por INEI (Herrera, 2001). El requerimiento calórico mínimo por día se calcula para cada persona en la ENAHO en función a su edad y región de residencia y área (rural o urbana).

Cuadro 1.5: Requerimientos calóricos mínimos per cápita para 1998, 2003 y 2008

	1998	2003	2008
Nacional	2196,32	2196,70	2200,22
Rural	2161,73	2151,32	2172,47
Urbano	2213,54	2221,22	2215,11
Costa	2201,44	2209,39	2210,44
Sierra	2173,69	2172,47	2186,60
Selva	2192,19	2180,08	2185,71
Lima	2221,48	2224,52	2215,50
Tamaño hogar	4,66	4,42	4,11
Edad promedio	30,36	32,41	34,17

Fuente: ENAHO 1998/2003/2008, INEI
Estimaciones propias.

Como se puede ver, el requerimiento calórico mínimo de las familias peruanas se ha ido incrementando ligeramente en la última década, aunque por regiones hay cambios más significativos (el requerimiento en rural sube y en urbano se mantiene entre 1998 y 2008). Además, la costa y sierra suben, mientras que en selva el requerimiento promedio cae. Estas dinámicas obedecen a que la edad promedio de las familias ha venido aumentando, con lo que los requerimientos calóricos per cápita tienden a incrementarse. Estos requerimientos son importantes para la medición del déficit calórico porque en base a ellos se compara las calorías adquiridas por las familias en su canasta de alimentos con la «norma» para cada familia.

⁵ La ENAHO 1998 tiene algunas diferencias importantes con las de 2003 y 2008, básicamente se aplicaba en el IV trimestre del año y usaba un marco muestral más limitado que éstas. Es por esto difícil asegurar la total comparabilidad, aunque las de 2003 y 2008 sí son comparables.

El cuadro 1.6 presenta la medición generada para el déficit calórico tanto a nivel nacional como en diversas desagregaciones por lugar de residencia. La incidencia del déficit calórico ha oscilado entre 27 y 32% de la población peruana entre 1998 y 2008, con mayor inestabilidad en las zonas urbanas. El déficit calórico es más alto en zonas rurales (43% en 2008) que en zonas urbanas (25%), aunque la brecha entre zonas urbanas y rurales es menor que la que existe en términos de la pobreza, por ejemplo (donde la zona rural tiene cerca de 60% y la urbana 23% en 1998). En conjunto, se puede decir que alrededor de un tercio de los peruanos y peruanas se han encontrado regularmente en una situación de déficit calórico en el periodo en cuestión, afectando a más del 43% de la población rural y a un 25% de la población urbana.

Cuadro 1.6: Evolución del déficit calórico en las familias peruanas 1998-2003-2006-2008

	1998(*)	2003	2006	2008
Nacional	26,9%	32,5%	27,2%	31,6%
Rural	43,4%	38,9%	37,1%	42,8%
Urbano	18,7%	29,0%	21,9%	25,6%
Costa	21,2%	26,4%	23,7%	27,6%
Sierra	37,2%	38,8%	36,8%	41,9%
Selva	33,9%	32,3%	30,8%	33,6%
Costa rural	29,9%	28,5%	25,7%	33,3%
Costa urbana	18,7%	25,8%	23,0%	25,9%
Sierra rural	45,6%	41,5%	40,9%	46,2%
Sierra urbana	23,4%	33,9%	29,6%	34,0%
Selva rural	46,3%	37,8%	34,1%	38,5%
Selva urbana	21,3%	25,7%	27,1%	27,8%
Lima Metropolitana	16,1%	29,5%	16,7%	21,2%

(*) Corresponde al IV Trimestre

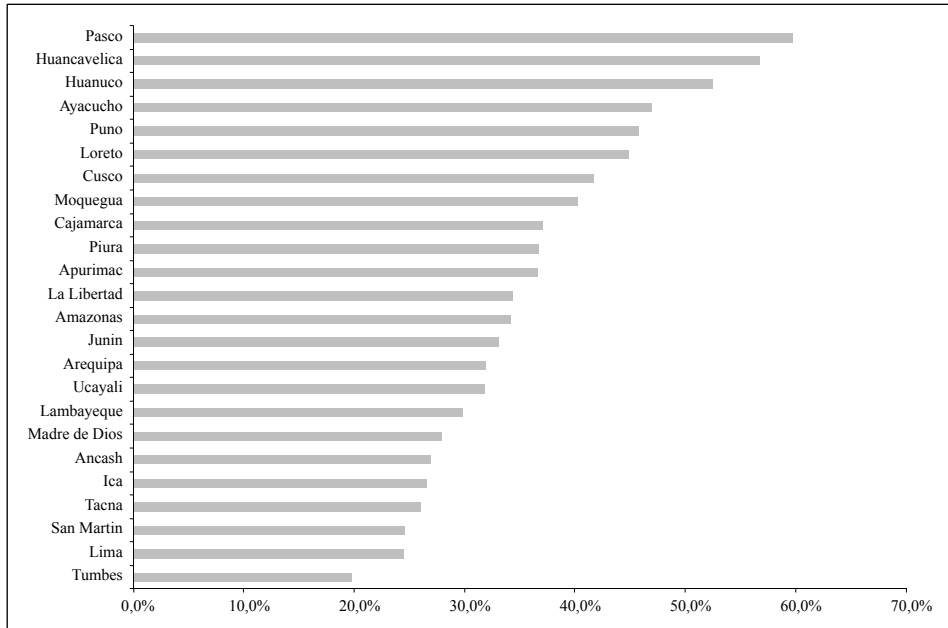
Fuente: ENAHO 1998/2003/2006/2008, INEI

Estimaciones propias.

1.2.2 La situación actual del déficit calórico de las familias peruanas

El gráfico 1.1. presenta el estimado promedio de la incidencia del déficit calórico por departamentos en el Perú. Como se puede observar, existe una fuerte variabilidad del indicador en torno al promedio nacional de aproximadamente 31,6%. Los departamentos con mayores índices de déficit calórico son Pasco, Huancavelica, Huánuco, Ayacucho y Puno, todos ubicados en la sierra peruana. Luego aparece Loreto, que tiene un alto índice de déficit calórico en comparación con otras regiones de la selva. Las regiones con menor incidencia de déficit calórico son las que tienen predominancia de costa, como Tumbes, Lima, Tacna e Ica. San Martín aparece como uno de los departamentos con menor déficit calórico y el mejor ubicado en la selva.

Gráfico 1.1: Incidencia de déficit calórico por departamento



Fuente: ENAHO 2008, INEI
Estimaciones propias.

El cuadro 1.7 presenta la cantidad de personas que viven en familias con déficit calórico de acuerdo al ciclo de vida.

Cuadro 1.7: Cantidad y proporción de personas que viven en familias con déficit calórico (miles de personas)

	Sin déficit	Déficit	Total	% déficit	% total	Mujeres	Varones
menos 6 años	2791	403	3193	12,6%	4,2%	10,8%	14,4%
6-11 años	2090	833	2923	28,5%	8,7%	24,6%	32,2%
11-18 años	2715	1830	4545	40,3%	19,1%	32,2%	48,0%
18-40 años	5773	3762	9536	39,5%	39,2%	26,0%	53,5%
41-65 años	4535	2353	6888	34,2%	24,5%	21,8%	47,5%
más 65 años	1865	411	2276	18,1%	4,3%	14,9%	21,6%
Total	19 770	9 592	29 361	32,7%	100,0%	23,2%	42,4%

Fuente: ENAHO 2008, INEI
Estimaciones propias.

De un total de 29,4 millones de personas (expansión de la población de ENAHO 2008), unos 9,3 millones de peruanos viven en familias con déficit calórico. Al mirar las cifras por ciclo de vida, se observa una mayor proporción de adolescentes viviendo en hogares con déficit calórico (con un promedio de 40%), porcentaje que es menor para personas mayores de 41 años (entre 34% y 18%). Al respecto, era esperable que hubiera mayor proporción de menores en familias con déficit calórico porque son las familias más pobres las que tienen mayor cantidad de niños. También es importante notar que la mayor cantidad de personas viviendo en hogares con déficit calórico son adultos entre 18 y 40 años de edad, que representan 3,8 millones de personas, seguidos de personas con edades entre 41 y 65 años, un poco más de dos millones.

En cuanto a la proporción de personas viviendo en familias con déficit calórico y por género, se observa una mayor proporción de varones viviendo en hogares con déficit calórico (42,4%) que para las mujeres (23,2%). La diferencia es similar en casi todas las cohortes de edad presentadas en el cuadro.

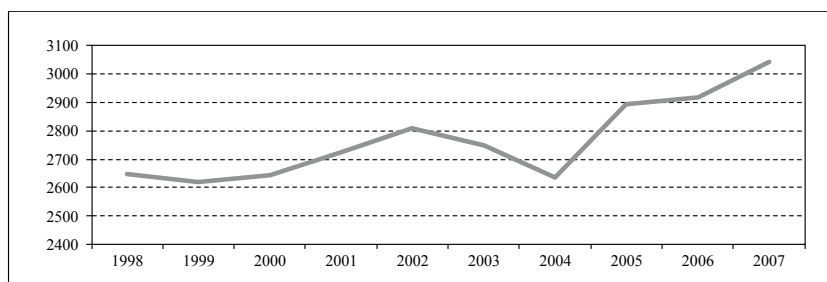
1.3 La disponibilidad de calorías y proteínas

Tomando como base la producción nacional, las exportaciones e importaciones de productos alimentarios y tablas de conversión calórica y proteica, es posible calcular la disponibilidad agregada de alimentos en términos de calorías y proteínas.

1.3.1 La evolución de la disponibilidad

De acuerdo con los cálculos realizados por el Ministerio de Agricultura, la evolución de la disponibilidad calórica y proteica per cápita diaria ha sido creciente en el Perú durante la última década (gráficos 1.2 y 1.3). En ambos gráficos se observa que solo hubo una caída en 2004, pero luego una clara recuperación hasta 2007.

Gráfico 1.2: Evolución de la disponibilidad calórica neta per cápita kcal per cápita/día



Fuente: MINAG DGIA -Hoja de balance de alimentos 1998-2007

**Gráfico 1.3: Evolución de la disponibilidad proteica neta per cápita
gramos per cápita/día**



Fuente: MINAG DGIA -Hoja de Balance de Alimentos 1998-2007

Este aumento en la disponibilidad de alimentos es consistente con los datos de mayor consumo per cápita de algunos alimentos observada en la ENAHO durante la última década. De otro lado, es importante indagar con mayor detalle sobre la estructura de la disponibilidad de calorías y proteínas por tipos de productos y también con respecto a su origen nacional o importado. Este cálculo se presenta para los años 1998 y 2007 en los cuadros 1.8 (calorías) y 1.9 (proteínas)⁶.

En ambos cuadros se presenta la disponibilidad de calorías y proteínas tanto de la producción primaria como transformada de alimentos⁷. En general, se confirma que hay un aumento significativo en la disponibilidad de calorías y proteínas, pasando de 2716 Kcal/día-persona en 1998 a 3305 Kcal/día-persona en 2007. Igualmente, la dotación de proteínas pasó de 67,4 gramos/día-persona en 1998 a 84 gramos/día-persona en 2007.

En cuanto a la estructura de la dotación, tanto en las calorías como en proteínas se puede observar la enorme importancia de los cereales procesados, que ocupan el 26% de la dotación calórica, y el 24% de la dotación de proteínas en 2007. En la dotación calórica son igualmente importantes los tubérculos y los aceites, con 17%, y los derivados del azúcar con 13%.

⁶ En el caso de los cereales, para evitar la doble contabilidad (la mayor parte de cereales primarios es procesado antes del consumo), no se usará el contenido calórico ni proteico para el total de calorías o proteínas disponibles, aunque sí para evaluar el componente importado.

⁷ En el caso de los cereales, para evitar la doble contabilidad (la mayor parte de cereales primarios es procesado antes del consumo), no se usará el contenido calórico ni proteico para el total de calorías o proteínas disponibles, aunque sí para evaluar el componente importado.

Cuadro 1.8: Disponibilidad diaria per cápita de (Kcal/día-persona) por tipo de alimentos y su estructura

Tipo de Producto	1998				2007			
	Total	% Total	Import	% Imp	Total	% Total	Import	% Imp
Cereales primarios (*)	1359,9		875,2	64,4%	1650,9		1043,2	63,2%
Productos derivados de los cereales	759,4	28,0%	37,5	4,9%	857,3	25,9%	9,9	1,2%
Raíces, tubérculos y productos derivados	483,5	17,8%	0	0,0%	558,9	16,9%	0	0,0%
Productos derivados de los cultivos azúcar	374,6	13,8%	211	56,3%	422,3	12,8%	94,2	22,3%
Legumbres	74,2	2,7%	14,7	19,8%	75,6	2,3%	16,7	22,1%
Nueces	1,1	0,0%	0,1	9,1%	1,3	0,0%	0,1	7,7%
Cultivos oleaginosos	19	0,7%	10	52,6%	38,3	1,2%	22	57,4%
Hortalizas	127,9	4,7%	15,2	11,9%	141,8	4,3%	7,4	5,2%
Productos derivados de las Hortalizas	0	0,0%	0		0	0,0%	0	
Frutas	231,4	8,5%	3,7	1,6%	274,8	8,3%	2,1	0,8%
Espicias	2	0,1%	0,6	30,0%	2,8	0,1%	0,7	25,0%
Cultivos Estimulantes	9,5	0,3%	0	0,0%	11,9	0,4%	0,1	0,8%
Productos Derivados de Estimulantes	5,8	0,2%	1,1	19,0%	9	0,3%	1,6	17,8%
Aceites y Grasas de Origen Vegetal y Animal	378	13,9%	157	41,5%	557,1	16,9%	310,5	55,7%
Carnes	95,5	3,5%	1,5	1,6%	136,3	4,1%	1,3	1,0%
Menuencia	3,2	0,1%	1,5	46,9%	3,5	0,1%	1,1	31,4%
Carnes Preparadas y Embutidos	7,6	0,3%	0	0,0%	13,4	0,4%	0	0,0%
Productos Lácteos	120,1	4,4%	20,7	17,2%	165,9	5,0%	8,8	5,3%
Huevos	23,7	0,9%	0	0,0%	35,5	1,1%	0	0,0%
Total con cereales primarios	4076,3		1349,8	33,1%	4956,6		1519,7	30,7%
Total sin cereales primarios	2716,5	100,0%	474,6	17,5%	3305,7	100,0%	476,5	14,4%

(*) No se contabilizan los cereales primarios en el total porque la mayor parte entran como productos procesados o derivados.

Fuentes: Ministerio de Agricultura (OEEE) y Tablas de Conversión MINSa (2009)

Cuadro 1.9: Disponibilidad diaria per cápita de proteínas (gramos/día-persona) por tipo de alimentos y su estructura

Tipo de Producto	1998				2007			
	Total	% Total	Import	% Imp	Total	% Total	Import	% Imp
Cereales primarios (*)	33,4		22,7	68,0%	40,1		27	67,3%
Productos derivados de los cereales	18,1	291,9%	0,8	4,4%	20,5	247,0%	0,2	1,0%
Raíces, tubérculos y productos derivados	7,6	122,6%	0	0,0%	8,8	106,0%	0	0,0%
Productos derivados de los cultivos azúcar	0	0,0%	0		0	0,0%	0	
Legumbres	4,8	77,4%	1	20,8%	4,9	59,0%	1,1	22,4%
Nueces	0	0,0%	0		0	0,0%	0	
Cultivos oleaginosos	1	16,1%	0,7	70,0%	1,7	20,5%	1,5	88,2%
Hortalizas	5,9	95,2%	0,9	15,3%	6,7	80,7%	0,5	7,5%
Productos derivados de las Hortalizas	0	0,0%	0		0	0,0%	0	
Frutas	3,5	56,5%	0	0,0%	4,2	50,6%	0	0,0%
Espicias	0,1	1,6%	0	0,0%	0,1	1,2%	0	0,0%
Cultivos Estimulantes	0,5	8,1%	0	0,0%	0,6	7,2%	0	0,0%
Productos Derivados de Estimulantes	0,2	3,2%	0	0,0%	0,2	2,4%	0	0,0%
Aceites y Grasas de Origen Vegetal y Anim	0	0,0%	0		0	0,0%	0	
Carnes	16,5	266,1%	0,3	1,8%	23,6	284,3%	0,2	0,8%
Menuencia	0,5	8,1%	0,2	40,0%	0,5	6,0%	0,2	40,0%
Carnes Preparadas y Embutidos	0,3	4,8%	0	0,0%	0,6	7,2%	0	0,0%
Productos Lácteos	6,2	100,0%	1,4	22,6%	8,3	100,0%	0,6	7,2%
Huevos	2,2	35,5%	0	0,0%	3,3	39,8%	0	0,0%
Total	100,9		28,1	27,8%	124,1		31,3	25,2%
Total sin cereales	67,4	100,0%	5,3	7,9%	84	100,0%		0,0%

(*) No se contabilizan los cereales primarios en el total porque la mayor parte entran como productos procesados o derivados.

Fuentes: Ministerio de Agricultura (OEEE) y Tablas de Conversión MINSa (2009)

En la dotación de proteínas, sin embargo, las carnes son las más importantes y representaron el 28% en 2007. Otros alimentos de importancia proteica son los tubérculos (11%), los lácteos (10%), las hortalizas (8%) y las legumbres (6%).

El otro cálculo importante realizado en ambas tablas se refiere al componente importado, medido en términos de calorías y proteínas en cada caso. Para las calorías, se tienen dos cálculos. Si se considera a los cereales primarios, se tiene que un 30% de la disponibilidad es importada en 2007 (bajó ligeramente de 33% en 1998). En las proteínas, el ratio de importaciones llega al 25%. Cabe señalar que este cálculo parece más apropiado para establecer el nivel de dependencia general de importaciones en la alimentación de los peruanos, ya que una buena parte de los productos importados en cereales o aceites, por ejemplo, se hacen en forma primaria, para luego ser procesados internamente.

Ambos cuadros indican que el Perú tiene una alta dependencia de importaciones de cereales primarios (67,3%), cultivos oleaginosos (88%), menudencias (40%) y legumbres (22%). En los rubros de azúcar y lácteos se observa una significativa caída en la dependencia de importaciones entre 1998 y 2007, siendo ahora productos en los que no se depende significativamente de importaciones.

1.4 La vulnerabilidad alimentaria frente al *shock* de precios de alimentos

El Perú, junto con la mayor parte de los países del mundo, atravesó en el periodo 2007-2008 un «*shock* de precios» para un conjunto de alimentos importados y que tuvo repercusiones en los precios internos. La inflación de alimentos fue el doble de la inflación general en dicho periodo. Los aumentos de precio del trigo, soya y maíz empezaron a trasladarse rápidamente a los precios domésticos.

En un estudio de Zegarra y Tuesta (2009) se encontró evidencia de la transmisión de precios en el contexto de la crisis del 2007-2008 para aceites y trigo en productos domésticos, algo esperable para dos de los alimentos de los que hay mayor dependencia. El estudio también consigna evidencia del efecto del *shock* de precios en el deterioro del indicador de déficit calórico de la población peruana en el segundo semestre del 2007. Los autores simularon los efectos de una continuación del *shock* de precios durante el primer semestre del 2008, proyectando una caída de alrededor de 4,3% en el consumo calórico de la población, con particular intensidad en el quintil más pobre (caída de 6%) y zonas de la sierra centro y sierra norte.

En efecto, el severo impacto que tuvo este aumento de precios de alimentos generó un incremento importante del déficit calórico en el año 2008, pasando de 27,2 en 2006 a 31,6 en 2008, pese a ser un año de alto crecimiento agregado de 9,1% y reducción de la pobreza en más de tres puntos porcentuales. La divergencia entre crecimiento, pobreza y déficit calórico en el año 2008 sugiere que existe efectivamente un alto nivel de vulnerabilidad a *shocks* de precios externos en el sistema alimentario peruano, situación que se relaciona con los relativamente altos grados de

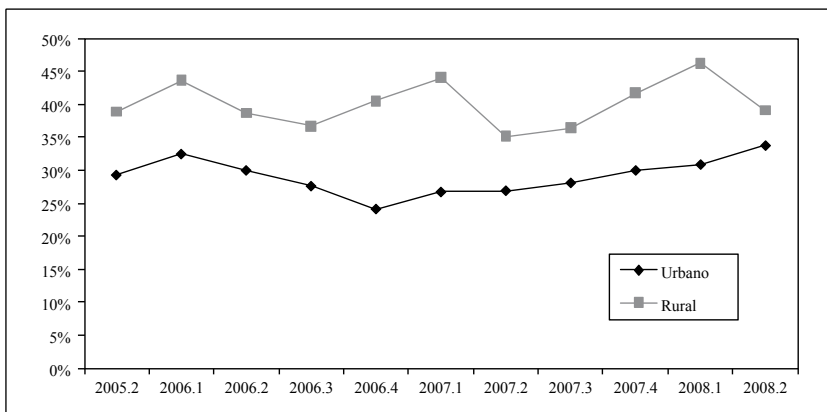
dependencia de importaciones en ciertos rubros estratégicos de alimentos como los granos y aceites, como se describió en el acápite anterior.

El mismo estudio de Zegarra y Tuesta (2009) analiza los determinantes microeconómicos de la vulnerabilidad alimentaria de los hogares peruanos en el contexto del shock de precios del año 2007. Utilizando la ENAHO para dicho año, los autores establecen un modelo de probabilidad de tener déficit calórico (*probit*) en función a diversos atributos de las familias y su entorno. Algunos de los hallazgos de este estudio con respecto a los determinantes de la vulnerabilidad alimentaria fueron:

- El mayor tamaño de los hogares, mayor ingreso per cápita y mayor número de perceptores reducen la vulnerabilidad alimentaria (probabilidad de tener déficit calórico);
- El que el jefe de hogar esté desocupado aumenta la vulnerabilidad alimentaria;
- La estructura de edades en el hogar tiene efectos en la vulnerabilidad alimentaria, controlando por el tamaño total. La presencia de niños tiende a reducir la vulnerabilidad porque tienen menores requerimientos calóricos, mientras que la presencia de adultos mayores tiende a aumentarla;
- La posesión de tierra bajo riego reduce la vulnerabilidad alimentaria;
- Los hogares rurales tienen mayor probabilidad de tener déficit calórico y existen fuertes diferencias por dominios geográficos, con mayor vulnerabilidad alimentaria en la sierra y selva que en costa y Lima Metropolitana.

En el estudio de Zegarra y Tuesta se sugiere también la posibilidad de que existe un patrón estacional en el déficit calórico de las familias, especialmente en zonas rurales. Esto se puede ver en el gráfico 1.4 para la evolución mensual en los años 2006 a 2008.

Gráfico 1.4: Evolución del déficit calórico por trimestre



Como se puede observar, la incidencia del déficit calórico en zonas rurales sube en forma marcada en los meses de enero a marzo de cada año, que es la época de verano y de mayores dificultades para obtener alimentos de la agricultura. Igualmente, es posible que este deterioro en el consumo alimentario de las familias rurales en dichos meses del año esté asociado al retiro del apoyo alimentario estatal a través de programas alimentarios escolares (vaso de leche, desayunos escolares) que no son sustituidos por las familias en el periodo vacacional.

2. LAS INTERVENCIONES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL PERÚ

El propósito de esta sección es identificar las intervenciones relacionadas a la seguridad alimentaria en el Perú y evaluar su efectividad e impactos. Se evaluará la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, aún vigente, para luego discutir los rasgos centrales de las principales intervenciones relacionadas con la seguridad alimentaria en el Perú.

2.1 La estrategia nacional de seguridad alimentaria en el Perú

Mediante D.S. 066-2004-PCM del año 2004, se aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015 (ENSA). Este documento fue preparado por una Comisión Técnica Multisectorial con participación de los diversos sectores del Estado y de entidades privadas y de ONG. La ENSA tiene dos funciones importantes para el diseño de un programa estratégico de seguridad alimentaria: (i) contiene algunos lineamientos orientadores fundamentales para el diseño del programa; (ii) sirve para evaluar las intervenciones propuestas en la estrategia desde su aprobación en el año 2004 hasta el presente (2010). En esta sección nos enfocaremos más en describir los conceptos y propuestas de la ENSA, pero en la lógica de evaluar las intervenciones actuales que se hace en el siguiente acápite.

La ENSA parte de un enfoque de «derechos humanos» y de «gestión social de riesgos». En el primer caso se hace referencia al derecho a la alimentación de todas las personas de la sociedad, mientras el segundo criterio introduce conceptos para el manejo de la vulnerabilidad alimentaria de grupos específicos. El documento también menciona el «enfoque de gestión territorial desde espacios menores donde se asientan y permanecen unidades familiares con derechos y potencialidades» como un tercer eje importante de la estrategia.

La visión de la estrategia es la siguiente: «Al 2015, toda la población del país satisface adecuadamente sus necesidades alimentarias y nutricionales básicas mediante el acceso, consumo y aprovechamiento de alimentos de calidad provenientes de una

oferta estable, competitiva y preferentemente nacional, contribuyendo a una mejora de su calidad de vida, la capacidad productiva y social del país».

El objetivo general de la estrategia se definió como: «Prevenir los riesgos de deficiencias nutricionales y reducir los niveles de malnutrición, en especial en las familias con niños y niñas menores de cinco años y gestantes y en aquellas de mayor vulnerabilidad; promoviendo prácticas saludables de consumo alimentario e higiene y asegurando una oferta sostenible y competitiva de alimentos de origen nacional».

Las metas del objetivo general son:

Reducción de la desnutrición crónica de niños menores de cinco años de 25 a 15%, cerrando brechas urbano-rurales;

Reducción de las deficiencias de micronutrientes, prioritariamente anemia en menores de 36 meses y en mujeres gestantes de 68% y 50%, respectivamente, a menos del 20% en ambos casos.

Las metas específicas son:

- Reducción del porcentaje de niños menores de 36 meses y mujeres gestantes con prácticas inadecuadas de alimentación y nutrición de 60% a 40%
- Reducción de hogares con déficit de acceso calórico de 35,8% a 25% cerrando brechas urbano rurales;
- Incrementar el superávit en la balanza comercial de alimentos;
- Aumento en la disponibilidad per cápita diaria de calorías proveniente de alimentos de origen nacional en 10%.

La población objetivo de la ENSA fue definida en términos de:

Niños y mujeres en riesgo de anemia nutricional;

Niños menores de cinco años con desnutrición crónica;

Adultos de la tercera edad en situación de pobreza extrema;

Familias en pobreza extrema y pobreza extrema crónica en zonas urbanas y rurales.

Para el logro de objetivos y metas, se plantearon cuatro ejes estratégicos:

1. Protección social de los grupos vulnerables;
2. Competitividad de la oferta alimentaria nacional;
3. Fortalecimiento de las capacidades para el manejo de riesgos en seguridad alimentaria a nivel local, regional y nacional;
4. Marco institucional a nivel local, regional y nacional para modernizar la gestión en seguridad alimentaria.

Algunos comentarios sobre la ENSA

La estrategia planteada para el 2004-2015 significó un avance importante con respecto a documentos previos como el Informe Nacional de Seguridad Alimentaria (MINAG, 2002) al establecer con mayor claridad algunas metas y población objetivo para la política de seguridad alimentaria. Igualmente, tuvo avances interesantes en materia de enfoque (sobre todo al incorporar la descentralización y en enfoque territorial) y en materia institucional.

Nótese que la ENSA plantea como prioridad en materia de seguridad alimentaria a dos tipos de población objetivo: (i) individuos dentro de los hogares (niños de cierta edad y adultos mayores) y (ii) familias en pobreza extrema y pobreza extrema crónica en zonas urbanas y rurales. Esta definición de población objetivo enfrenta algunos problemas conceptuales y operativos. En términos conceptuales, es fundamental para una estrategia de seguridad alimentaria que se defina al hogar o la familia como la unidad básica de intervención. Los temas de acceso y uso de los alimentos se procesan generalmente a nivel de las familias, no de los individuos. Es por esto importante definir a la población objetivo en términos de hogares con ciertos atributos observables, como podría ser la condición de tener déficit calórico o alta probabilidad de tenerlo. Y aunque se plantea utilizar el criterio de pobreza extrema y pobreza extrema crónica, debe reconocerse que no hay superposición total entre inseguridad alimentaria y pobreza extrema. Por este motivo se recomienda un cambio en la definición de la población objetivo de un programa de seguridad alimentaria hacia hogares que enfrentan alta probabilidad de tener déficit calórico.

La ENSA no ha sido implementada en la práctica al carecer de una contraparte institucional y presupuestal específica que la respalde. Si bien se realizaron algunas acciones relacionadas a la ENSA, en general estas carecieron de una coordinación y estructuración conjunta. Por este motivo es que la estrategia no ha sido plenamente incorporada en las políticas sectoriales y multisectoriales a la fecha, tal como se podrá observar en la evaluación de las principales intervenciones en materia de seguridad alimentaria de los últimos años que se presenta a continuación.

2.2 Los programas relacionados a la seguridad alimentaria en el Perú

En el cuadro 2.1 se identifica el gasto público orientado a programas alimentarios específicos, a educación nutricional y prevención, a productividad alimentaria y a calidad e inocuidad alimentaria en el Perú.

**Cuadro 2.1: Gasto en intervenciones relacionadas a la seguridad alimentaria
Presupuesto 2010 (miles de soles)**

	AGRIC.	MIMDES	GOB. LOC	PROD.	SALUD	TOTAL	%
Agricultura						190 376	12,9%
Agrorural	40 269					40 269	2,7%
Compensación de productos agrícolas	150 000					150 000	10,2%
Reducción de residuos químicos y otros	107					107	0,0%
Pesca						25 401	1,7%
Fondepes				16 542		16 542	1,1%
Promoción de la acuicultura				2122		2122	0,1%
Promoción pesquera				6737		6737	0,5%
Programas de asistencia alimentaria						1 255 491	85,2%
Apoyo alimentario para grupos en riesgo					2280	2280	0,2%
Atención integral al menor de 3 años		73 071				73 071	5,0%
Conducción de la gestión de la estrategia nutricional					4999	4999	0,3%
Control sanitario			8 126		27 316	35 441	2,4%
Disponibilidad de alimentos con calidad					1498	1498	0,1%
Mejorar la alimentación y nutrición del		237 635	775		3341	241 751	16,4%
Programa de alimentación escolar		342 117				342 117	23,2%
Programa del vaso de leche			392 697			392 697	26,6%
Programas de complementación alimentaria		56 118	60 223			116 341	7,9%
Reducir la incidencia de bajo peso al nacer		47 572	4			47 576	3,2%
Total	190 376	756 512	461 825	25 401	39 434	1 473 548	100,0%

Fuente: SIAF/Ministerio de Economía y Finanzas

De un total de 1473 millones de soles para el periodo presupuestal 2010, un 13% corresponde a Agricultura, 1,7% a Pesca y un 85,2% a programas de asistencia alimentaria. En el caso de Agricultura, las intervenciones son realizadas por el Ministerio de Agricultura, básicamente en Agrorural y en el Programa de Compensaciones de Productos Agrícolas. Existe un gasto marginal en inocuidad de alimentos. El rubro

pesca es ejecutado en el Ministerio de la Producción, básicamente en FONDEPES y en programas de promoción pesquera.

Los programas de asistencia alimentaria ocupan la mayor parte del presupuesto directamente relacionado a la seguridad alimentaria. En este caso existe mayor diversidad en los sectores y unidades de gobierno que ejecutan este tipo de intervenciones. El sector más importante en este caso es el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) que maneja el 51% de los recursos totales a través de sus diversos programas. Le siguen en importancia los gobiernos locales, que manejan el 31% básicamente con el programa del Vaso de Leche y con algunos rubros de control sanitario y complementación alimentaria que son funciones compartidas con los sectores de salud y MIMDES. El sector Salud maneja solamente un 2,7% del gasto total identificado como directamente relacionado a la seguridad alimentaria en este primer ejercicio de identificación.

Aunque esta primera identificación de recursos públicos orientados a intervenciones potencialmente relacionadas a la seguridad alimentaria tiene limitaciones, indica que potencialmente existen más de 500 millones de dólares en el presupuesto nacional que podrían articularse en el marco de un programa estratégico de seguridad alimentaria. Es por ello importante presentar evidencia sobre la efectividad del gasto identificado con respecto a indicadores de seguridad alimentaria.

Los programas de asistencia alimentaria

Existen diversas evaluaciones generales y específicas de los programas productivos y alimentarios descritos en el cuadro 2.1. Una evaluación general sobre los programas alimentarios fue presentada en el Informe Nacional sobre Seguridad Alimentaria de 2002. Con respecto a los programas de asistencia alimentaria, el informe identificó un gasto al año 2000 de 718 millones de soles, con un total de beneficiarios de más de diez millones de personas (sin considerar superposiciones). El informe señala que los principales programas son el programa del vaso de leche (PVL), desayunos escolares, comedores populares, alimentación escolar y alimentación infantil. El PVL es manejado por los gobiernos municipales, mientras el programa de desayunos escolares era manejado en ese entonces por el sector Salud, pero pasaría en 2002 al MIMDES. Los otros tres últimos programas los manejaba el MIMDES en ese tiempo y siguen siendo parte de su responsabilidad, con algunas distribuciones puntuales a los gobiernos locales y a salud en el caso del Programa Articulado Nutricional que se viene implementando desde hace dos años.

En la sección 4.4 del informe se hace un análisis de la cobertura de los programas. El PVL aparece como el programa de mayor cobertura nacional, abarcando a un 86% de los pobres extremos con niños hasta 6 años, que es su población objetivo principal. Le sigue el programa de desayunos escolares, que atiende a un 51% de los pobres extremos en la primaria escolar. El programa de comedores populares,

sin embargo, es de muy limitada cobertura, alcanzando solamente al 5% de su potencial población objetivo (pobres extremos).

En un estudio de evaluación general de los programas alimentarios (Alcázar, 2007) se presenta un balance bastante completo sobre el desempeño de estos programas. Con respecto al programa del vaso de leche, Alcázar señala:

A pesar de todo ello, y de ser el Vaso de Leche el programa más antiguo y amplio en términos de recursos y beneficiarios, no ha sido objeto de muchos estudios y menos aún de estudios de monitoreo o de evaluación de impacto. Durante los últimos años algunos estudios (Alcázar, López Calix & Wachtenheim 2003; Gajate & Inurritegui, 2001; Stifel y Alderman, 2003, 2002, 2004b) encontraron importantes deficiencias, en particular que no cumple con sus objetivos, que enfrenta serios problemas de focalización y que un porcentaje muy significativo de los recursos que le son asignados se pierden en el camino y no llegan a los beneficiarios objetivo, debido a ineficiencias, falta de información, corrupción en distintos niveles. Estos resultados suscitaban mucho interés y motivaron más de un proyecto de ley para modificar aspectos del programa, pero la fuerte oposición de grupos afectados impidió que los cambios se concretaran (p. 195).

En dos de los estudios citados en el párrafo anterior, se evaluó efectivamente si el PVL habría tenido impactos nutricionales en sus beneficiarios. Ninguno de los estudios, usando diversas metodologías y fuentes de datos, encontró mayor impacto en reducir la desnutrición infantil medida como talla para la edad. En el caso de Stifel & Alderman (2003), se utilizaron la ENNIV, ENAHO encuesta PET y datos del SIAF. Como variable de impacto usaron el gasto promedio por distrito, evitando el sesgo de selección por participación que sí tendría el estudio de Gajate & Inurritegui y que solo usa la información en ENNIV 2000.

No obstante, en el estudio de Stifel & Alderman ya citado también se evalúa en forma bastante rigurosa el grado de focalización del PVL en términos de su población objetivo de primer nivel (niños menores de 6 años) y del segundo nivel (niños en primaria y madres gestantes) en pobreza. El PVL fue creado a inicios de los ochenta por la Municipalidad de Lima y se fue expandiendo, pero pasó a ser administrado desde la década de los noventa por los municipios distritales. El PVL utiliza una enorme red de organizaciones de madres beneficiarias, que tienen funciones de selección de beneficiarios y distribución de los alimentos, básicamente leche y algunas complementaciones. En su versión más descentralizada, el PVL tiene un proceso de orientación inter-distrital de los recursos aún fuertemente influido por las orientaciones del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), mientras que el proceso de asignación intra-distrital hacia beneficiarios tiene más influencia local y de las organizaciones sociales involucradas (Stifel & Alderman, 2003).

En términos de focalización, los autores tienen varios mecanismos de evaluación, pero en general tienden a plantear que hay un nivel alto de focalización:

We confirm that the VL program is reasonably well targeted to households in terms of their income status. This is done by comparing the coverage rates of households according to their percapita income levels for five household surveys (Table 2). The percentage of households with children of age six or under (Tier I target group) that receive VL transfers declines sharply with the level of income. For example, coverage rates declines from 37 percent of the households in the two poorest quintiles to less than 8 percent in the richest in 1994. As the coverage for all households with children increased over time from 28 percent in 1994 to 48 percent in 2000, coverage in the two poorest quintiles rose from just over 37 to over 66 percent during this period (p. 11).

Los autores rechazan la hipótesis nula de ninguna focalización para el PVL, a favor de una focalización hacia la población elegible más pobre (estiman un coeficiente de focalización positivo). Y aunque se observó un incremento en las filtraciones en el periodo de gran expansión del programa en los noventa, el coeficiente de focalización (que considera las pérdidas por filtraciones) aumentó de 24 a 35 en dicho periodo. Esto sugiere que a pesar de los niveles importantes de filtraciones, el PVL tiene cierta capacidad para llegar a los hogares más pobres del país aún en un contexto de crecimiento acelerado del programa.

No obstante esta ventaja en su capacidad de llegar a los estratos pobres de la población, los autores son claros en señalar su nulo impacto en el estatus nutricional de sus beneficiarios. En este caso, el problema central parece estar en la baja calidad y cantidad de las raciones recibidas, que ya es señalado por Alcázar como el problema central del PVL. En el estudio de Stifel y Alderman, por ejemplo, se encuentra que una fracción importante (50%) de beneficiarios deben comprar cantidades adicionales de leche o complementos, en la medida que el programa no cubre requerimientos básicos. Con esto no sorprende el escaso impacto del programa en indicadores nutricionales en su población objetivo durante la última década.

El programa de alimentación escolar

Este tipo de programas es una de las formas más difundidas de intervención en materia alimentaria en el mundo. Con este tipo de programas se busca no solo elevar los niveles nutricionales de los beneficiarios sino también lograr mejores resultados en el aprendizaje escolar a través de tres procesos: reducir carencias nutricionales, promover la asistencia escolar e incrementar el nivel de atención en el aula por parte de los niños (Alcázar, 2007). En la descripción del programa peruano, Alcázar señala:

En el Perú, el programa distribuye a los niños que asisten a las escuelas públicas una ración de alimentos, consistente generalmente en una galleta fortificada y un producto lácteo (hay algunas variaciones). Si bien el contenido de cada ración es alto en términos nutricionales, hay problemas de aceptación por parte de los beneficiarios (p. 198).

Alcázar cita algunos estudios de tipo experimental como el de Jacoby & Cueto (1996) y Cueto & Chinen (2001) que evalúan si este tipo de intervenciones activa algunos de los procesos señalados, encontrándose que efectivamente promueven una mayor asistencia escolar y una reducción en la prevalencia de anemia (falta de hierro) en los niños. Sin embargo, no se encuentran resultados en la capacidad cognoscitiva, medida con pruebas de comprensión de lectura, de vocabulario y matemáticas. Tampoco se encontró efecto significativo en la desnutrición medida como talla para la edad.

Programas nutricionales infantiles

Estos son programas mucho más pequeños y focalizados que los dos programas masivos descritos anteriormente. Se caracterizan, según Alcázar, por enfrentar la desnutrición infantil en la etapa más vulnerable del ciclo de vida, que es en niños menores de 36 meses y en mujeres gestantes y lactantes. Algunos de los programas en este rubro son el Programa de Complementación Alimentaria para Grupos en Mayor Riesgo (PACFO), el Programa de Alimentación y Nutrición de Familias en Alto Riesgo (PANFAR), el Programa Comedores Infantiles y el Programa Wawa Wasi (este último con objetivos más generales que los nutricionales). Desde 2002 la mayor parte de estos programas pasaron a ser manejados por el MIMDES, que en algunos casos debe iniciar un proceso de descentralización hacia gobiernos regionales y municipales.

En las evaluaciones de estos programas citadas por Alcázar se señalan diversas deficiencias y bajos impactos en indicadores nutricionales en la población beneficiaria. En el caso del PANFAR, por ejemplo:

En el año 2002 un estudio sobre funcionamiento de este programa y de las características socio-económicas y de salud de sus beneficiarios (Prisma, 2002) encontró una serie de deficiencias. Por ejemplo, que solo 25% de los niños habían recibido todas las raciones que les correspondían, y únicamente 45% de las familias habían recibido las charlas y los controles de salud correspondientes. En cuanto al impacto nutricional, los resultados indicaron que los niños experimentaban una mejora pero solo en el corto plazo (p. 200).

El Programa Integrado de Nutrición

A partir del año 2005 el MIMDES inició un proceso de reforma de los programas nutricionales dirigidos a niños y niñas menores de 12 años (PACFO, PANFAR,

comedores infantiles, CEIS/PRONOEIS, desayunos escolares, almuerzos escolares). La idea central fue la de fusionarlos en uno solo, el Programa Integral de Nutrición (PIN), creado por Resolución Directoral 395-2006-MIMDES-PRONAA/DE y con ámbito de intervención a nivel nacional (Soltau & Sanz, 2008).

El objetivo del PIN es contribuir a prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los doce años de edad, priorizando a los menores de tres años en situación de vulnerabilidad nutricional y apuntando a mejorar su calidad de vida.

El PIN se dividió en dos subprogramas, infantil y escolar. El subprograma infantil está orientado a niños y niñas en edad preescolar, especialmente al grupo de menores de tres años, vía las madres; mientras el escolar apunta a beneficiar a niños y niñas que asisten a las escuelas primarias. A su vez, el programa tiene dos componentes principales: alimentario y educativo (además de uno de monitoreo y evaluación). El primero está orientado directamente a procesos de ayuda alimentaria, mientras el segundo apunta a ampliar las capacidades y conocimientos nutricionales de los beneficiarios adultos. Los objetivos son descritos con mayor precisión por Soltau & Sanz:

En el caso del componente alimentario, el objetivo es contribuir a mejorar, de manera directa o indirecta (vía las madres gestantes y lactantes), la ingesta adecuada de nutrientes (hierro, vitamina A, calcio, zinc, entre otros) de los niños y niñas beneficiarios [...] Adicional a la convencional actividad vinculada al componente alimentario, el PIN contempla también acciones en aspectos de capacitación nutricional. Al respecto, el denominado componente educativo comprende las actividades orientadas a promover el desarrollo de prácticas adecuadas en salud, nutrición e higiene en los miembros de la familia, priorizando a las madres gestantes y cuidadores de niños menores de 3 años.

Cabe señalar que, teniendo en cuenta que la prevención de la desnutrición crónica infantil demanda acciones a nivel infantil y escolar, se consideró que la ejecución del PIN debía ser coordinada con los sectores de salud y educación, planteándose la suscripción formal de un Convenio Marco Tripartito entre Ministerio de Salud (MINSA)-Ministerio de Educación (MINEDU)-MIMDES, en estrecha coordinación con los gobiernos locales.

En 2006 se implementó una experiencia piloto del PIN (denominada «Crecer Sanitos») que comprendió solo el funcionamiento del componente alimentario y una gestión parcialmente descentralizada. En esta experiencia inicial se contó con el apoyo de los sectores educación y salud a nivel de las oficinas locales del PRONAA. En 2007 se previó la integración gradual de los componentes educativo y de monitoreo y evaluación, así como la transferencia del PIN a los gobiernos locales de manera progresiva, empezando para ello con seis provincias (Acobamba, Huanta,

Huamanga, Chincheros, Lambayeque y Chanchamayo) y con aquellas otras que acrediten según los mecanismos de verificación establecidos.

Sin embargo, los cambios en la política social del gobierno y el lanzamiento de la estrategia CRECER en 2007, detuvieron el proceso de transferencia y afectaron también el funcionamiento del PIN (por ejemplo, dejando la coordinación intersectorial fuera del alcance del PRONAA).

En la evaluación independiente del PIN realizada para el Ministerio de Economía y Finanzas (Soltau & Sanz, 2008) se plantearon algunas dificultades básicas del programa en cuanto a desarticulación del componente educativo del componente alimentario, problemas de focalización y sub cobertura, baja aceptación de los beneficiarios a las raciones y dilución de beneficios al interior de las familias en subprograma infantil, además de graves problemas en toda la cadena de procesamiento y distribución de los alimentos. Muchos de estos problemas se arrastraban de la fase anterior de los programas y estos recién empezaban a ser enfrentados bajo el nuevo esquema más integrado de intervención. Pese a estas dificultades, los evaluadores consideraron que el PIN debería continuar con el objetivo de prevenir y disminuir la desnutrición infantil, pero con reformas importantes para mejorar las debilidades señaladas.

Comedores populares

Los comedores populares surgieron en la década de los ochenta ante la grave crisis económica y como parte de estrategias de los sectores de bajos recursos para enfrentar sus problemas de alimentación. El Estado pasó a subsidiar este tipo de iniciativas, conformándose el tipo de programas de comedores populares que subsiste hasta el día de hoy con serios problemas de focalización y diseño. El Informe sobre Seguridad Alimentaria del año 2002, por ejemplo, señaló uno de los problemas más importantes de este tipo de programas:

El predominio de un enfoque asistencialista tradicional coincide con el agravamiento de la crisis económica a partir de 1997, lo que genera una mayor dependencia de los sectores sociales más pobres hacia el apoyo alimentario. Si bien el aporte de programas como PRONAA oscilaba entre 20-40% del valor de la ración de los comedores, éste resultaba decisivo en algunos rubros del menú. En ese contexto, los grupos de mujeres organizadas eran objeto de fuertes presiones políticas, especialmente en coyunturas electorales, a las cuales no podían resistir eficazmente debido a la amenaza de reducción o corte total de la ayuda, bajo pretextos como la falta de higiene en el comedor (p. 109).

Alcázar señala que en el Perú habría unos 15 000 comedores populares, con cerca de 5000 en Lima. La autora cita un estudio de Blondet & Trivelli (2004) con una

encuesta a 670 comedores, donde se establece que en promedio estos comedores producen 102 raciones diarias, de las cuales un 61% van a las socias que pagan por sus raciones, 18% se vende a gente que no forma parte del comedor, 14% a las socias que cocinan y un 9% a «casos sociales». Las socias pagaban un sol por ración y las no socias 1,5 soles.

Alcázar también señala que el problema principal de este tipo de programa es su alta vulnerabilidad a la politización en cada gobierno de turno y a un serio problema para orientar los recursos hacia la población más vulnerable en términos alimentarios. Señala también que en los años 2002 y 2003 se hizo un esfuerzo por implementar mecanismos más transparentes de asignación geográfica, encontrándose que hay distritos no pobres que tienen comedores. Las medidas, sin embargo, generaron fuerte oposición en los distritos que perderían en un proceso de reasignación.

La autora también señala un aspecto positivo de los comités como promotores de capital social entre las socias (hallazgo del trabajo de Blondet & Trivelli). Según esto, los comités son una fuente de preparación de comidas balanceadas a muy bajo costo, «que permite que mientras unas socias trabajan otras puedan ir a trabajar sabiendo que sus niños recibirán un plato de comida» (p. 198).

3. UNA PROPUESTA DE POLÍTICA PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL PERÚ

En esta sección se presenta una propuesta de política de seguridad alimentaria para el Perú a ser implementada por la próxima gestión gubernamental. Se parte de un modelo explicativo que identifica relaciones causales, para luego proponer los ejes de una política de seguridad alimentaria.

3.1 Un modelo explicativo

Para hacer una propuesta coherente con respecto a la seguridad alimentaria, proponemos el uso de un modelo explicativo que identifique relaciones causales que puedan ser materia de intervención pública. El modelo propuesto aparece en el diagrama 3.1. El modelo consta de seis factores causales que originan diversas cadenas de inseguridad alimentaria. Cada cadena se describe a continuación:

1. *Activos, derechos y conocimientos de los hogares*: este factor tiene impactos importantes en el sistema al ser factor crucial para la capacidad de adquirir o producir alimentos de la población. Esta capacidad, a su vez, genera la demanda por alimentos, que es contrastada con la oferta para determinar si el hogar tiene insuficiente acceso a alimentos, que es una causa directa de inseguridad alimentaria. La otra cadena causal originada en este factor es la calidad

de la dieta, que es determinada por los conocimientos nutricionales del hogar y que impacta directamente en la seguridad alimentaria.

2. *Características socio-demográficas de los hogares*: determinan las necesidades alimentarias de las familias y por ende influyen en la demanda de alimentos y por ende en la insuficiencia de acceso y finalmente en la inseguridad alimentaria.
3. *Hábitos alimentarios de la población*: influyen directamente en la demanda de alimentos (en cantidad y calidad).
4. *Productividad agropecuaria y alimentaria*: es la capacidad de los productores de producir alimentos de calidad (inocuos) a costos competitivos. Esto influye en la oferta de alimentos y, en contraste con la demanda, influye en la volatilidad (precios y cantidades). También influye decisivamente en la calidad e inocuidad de alimentos. Ambas, volatilidad e inocuidad, son causas directas de inseguridad alimentaria.
5. *Dependencia alimentaria*: afecta directamente a la oferta de alimentos y la posibilidad de enfrentar shocks externos de precios, lo cual impacta en la volatilidad del acceso y en la inseguridad.
6. *Factores climáticos y desastres naturales*: impactan directamente en la oferta y en la volatilidad del acceso y por ende en la inseguridad.

Como se puede ver en el diagrama, estos factores básicos (o causas indirectas) tienen ciertas interconexiones entre sí, es decir, están interrelacionados, tanto en la formación de la demanda en los hogares como en la oferta en el ámbito productivo.

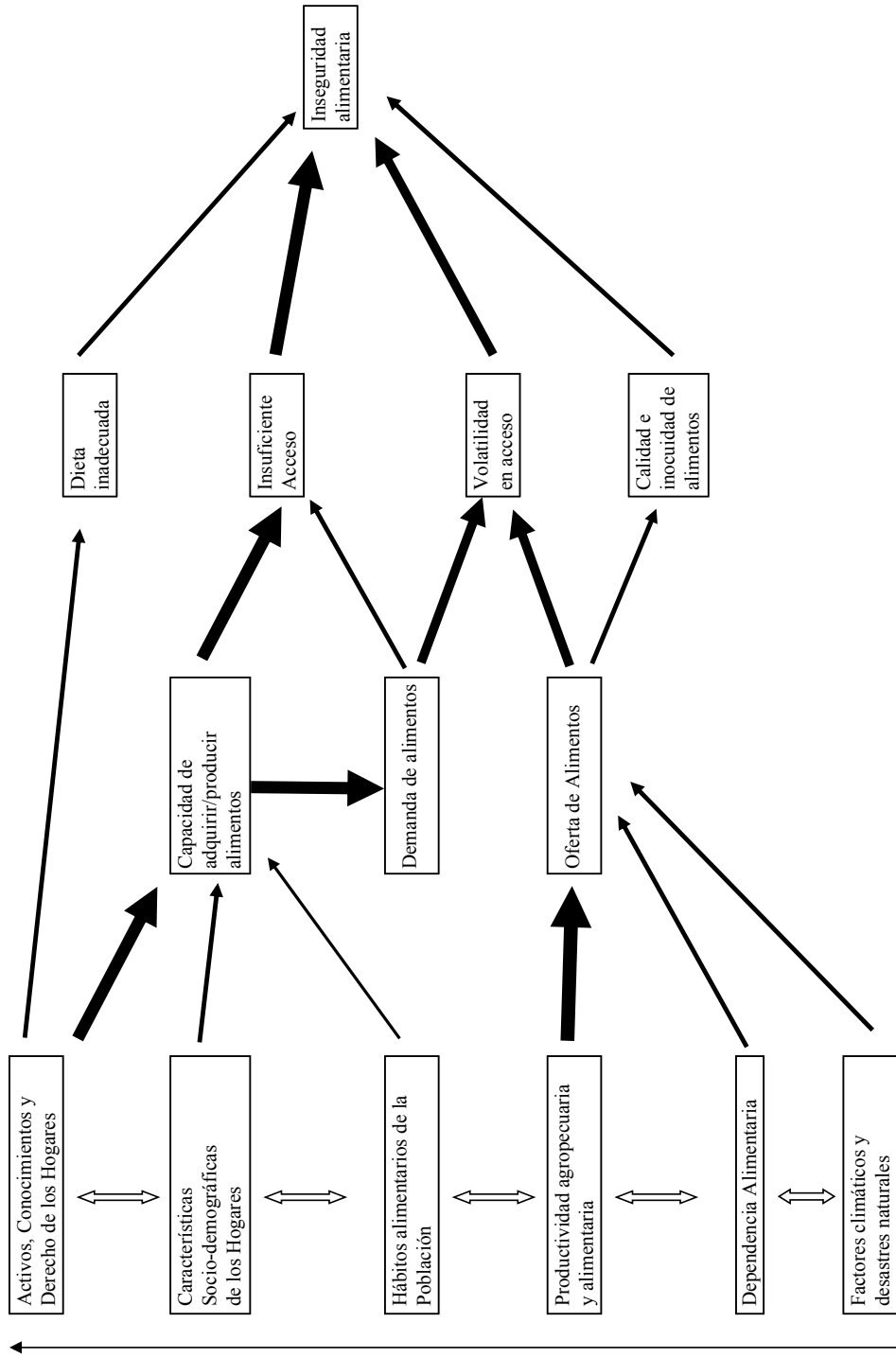
En conjunto, en el diagrama se establecen cuatro causas directas fundamentales de la inseguridad alimentaria en sectores de la población:

- Calidad de la dieta
- Insuficiente acceso
- Volatilidad en acceso
- Calidad e inocuidad de alimentos

De acuerdo a la evidencia discutida previamente, se ha establecido que la causa de mayor importancia para la inseguridad alimentaria es el acceso insuficiente, de ahí que aparezca con la flecha más gruesa y el número 1 en el diagrama. En segundo término, se establece como segunda causa en prioridad la de la volatilidad en el acceso, mientras que la calidad de la dieta y la calidad/inocuidad de los alimentos estarían en el mismo tercer nivel de la priorización de causas directas.

Sobre esa base y la evidencia presentada en las dos secciones anteriores, se identificarán las potenciales intervenciones que podrían influir en forma más efectiva en mejorar la seguridad alimentaria de la población.

Diagrama 3.1: Modelo explicativo para inseguridad alimentaria



3.2 Evaluación de posibles intervenciones y propuestas de política

3.2.1 Insuficiente acceso a alimentos

El acceso insuficiente a alimentos ocupa un lugar central en las intervenciones de seguridad alimentaria a nivel de los individuos y hogares en el caso peruano. En este caso, se pueden clasificar las posibles intervenciones en dos tipos: (i) programas de asistencia alimentaria en los cuales la población beneficiaria recibe directa o indirectamente ayuda para acceder a alimentos; (ii) programas de incremento de las capacidades de los beneficiarios para generar mayor ingreso o para producir más alimentos directamente.

Dentro de cada tipo de intervenciones hay varias posibilidades, como se vio en las secciones anteriores. Los programas de asistencia alimentaria, por ejemplo, pueden bifurcarse en programas que entregan directamente alimentos a los beneficiarios o en programas que transfieren ingresos monetarios o cupones para la adquisición de alimentos. Dentro de los primeros, la entrega de alimentos se hace generalmente usando algún tipo de infraestructura pública basada en la organización de la población. También existen programas de «alimentos por trabajo».

En el segundo caso, la entrega de la ayuda (transferencia monetaria) es generalmente a cada unidad familiar con ciertas condiciones que pueden ser educativas, de salud, de tipo alimentario/nutricional u otras.

Los programas de asistencia alimentaria pueden tener un impacto directo en reducir los problemas de insuficiente acceso a los alimentos siempre y cuando cubran apropiadamente la brecha de acceso existente. Algunos de los retos de estos programas son la adecuada focalización (llegar con la ayuda a los que la necesitan), evitar las pérdidas administrativas y no generar un esquema de politización y dependencia de los beneficiarios que atenta en el largo plazo contra la capacidad de salir de la condición estructural.

El otro tipo de intervenciones, que se orienta a ampliar las capacidades de la población para generar su propio ingreso o sus propios alimentos, adquiere gran importancia. En este caso se busca que los hogares mejoren la productividad de sus activos, incrementen su capital social o amplíen sus capacidades laborales para poder generar ingresos mayores y más sostenibles. Esto, a su vez, reduce el riesgo de tener insuficiencia en el acceso a alimentos.

Las intervenciones de este tipo pueden ser programas de capacitación laboral en zonas urbanas, asistencia técnica y crédito para la producción de alimentos en zonas rurales. En algunos casos de extrema vulnerabilidad en ciudades, se puede impulsar programas de agricultura urbana, donde se busca generar capacidad de producir algunos alimentos a pobladores ciudadanos (Bushamuka *et al.*, 2005; Maxwell *et al.*, 1998).

Buena parte de las posibilidades de que este tipo de intervenciones funcione depende de que el contexto de la economía y las oportunidades de empleo y producción sean

favorables. Dada la más compleja cadena causal entre las intervenciones y los resultados (y el rol del contexto), este tipo de intervenciones es menos directa para enfrentar la condición de interés, pero no por ello menos importante dada la necesidad de tener resultados más sostenibles en los objetivos de reducir o erradicar la inseguridad alimentaria en el mediano y largo plazo. Un ejemplo claro de estrategia que busca relacionar directamente ambas formas de intervenciones es el programa Hambre Cero en Brasil, probablemente el caso más amplio de articulación de las dimensiones de asistencia y aumento de capacidades dentro de un mismo programa.

Propuesta de intervención central en la cadena relacionada al acceso alimentario de la población en pobreza

La evidencia presentada en la sección anterior sobre el desempeño de los programas alimentarios en el caso peruano indica que éstos han sido muy poco eficaces para enfrentar los problemas de inseguridad alimentaria de la población, con prácticamente ningún efecto en indicadores nutricionales de más largo plazo en programas como el Vaso de Leche o la alimentación escolar. Un tema central que debe enfrentar un Programa Estratégico de Seguridad Alimentaria en el Perú es qué hacer con este tipo de intervenciones que ocupan el grueso de los recursos públicos disponibles.

Al respecto, se plantea como eje central del programa el iniciar un proceso de reconversión y ampliación de uno de los programas más amplios y de mayor cobertura, que es el Programa de Vaso de Leche. En el cuadro 4.2. se muestra el resultado de la ENAHO 2009 en cuando a acceso de los hogares peruanos a los cuatro principales programas alimentarios: PVL, comedores, desayunos y almuerzos escolares. Se ha dividido a las familias de acuerdo a si tienen o no déficit calórico.

Cuadro 4.2: Porcentaje de hogares beneficiarios de programas alimentarios en el Perú en 2009

	Vaso de Leche			Comedores Populares		
	Sin déficit	Con déficit	Total	Sin déficit	Con déficit	Total
Rural	37%	48%	42%	4,7%	5,6%	5,1%
Urbano	16%	22%	18%	2,3%	3,7%	2,6%
Total	22%	34%	26%	3,0%	4,6%	3,5%
	Desayuno Escolar			Almuerzo Escolar		
	Sin déficit	Con déficit	Total	Sin déficit	Con déficit	Total
Rural	28%	37%	32%	9%	13%	10%
Urbano	9%	14%	10%	1%	2%	1%
Total	15%	25%	18%	3%	7%	4%

Fuente: ENAHO (2009), INEI.

Se puede ver que el PVL llega a un 26% de los hogares y al 34% de los hogares con déficit calórico. El otro programa que tiene una cobertura importante es el de desayunos escolares, que llega al 18% del total de hogares y al 25% de hogares con déficit calórico a nivel nacional.

En este contexto, la propuesta básica de intervención en el tema de acceso es convertir al programa del vaso de leche (PVL) en el eje en torno al cual se debe articular la estrategia de seguridad alimentaria en el país para los próximos cinco años. Los argumentos para sustentar esta propuesta son:

- El PVL es el programa de mayor cobertura nacional y el que llega en mayor proporción a los hogares con déficit calórico en zonas rurales y urbanas a nivel nacional y regional;
- El PVL es ejecutado por los municipios distritales y por ende tiene alta legitimidad política y un claro funcionamiento descentralizado;
- El PVL cuenta con una amplia red de organizaciones de madres beneficiarias que se encarga de procesos de selección de beneficiarios;
- El PVL ha tenido un éxito relativo en llegar a los hogares en pobreza y pobreza extrema en zonas rurales y urbanas, aunque sus impactos nutricionales han sido bastante bajos.

Dadas estas características, la intervención central en materia de acceso alimentario estaría orientada a iniciar un proceso de reconversión y ampliación del PVL bajo los siguientes criterios:

- Convertir la ayuda alimentaria directa en un programa de transferencia directa de ingresos monetarios o bonos alimentarios que amplíen en forma significativa la capacidad de acceso a alimentos de las familias más pobres;
- Complementación de las transferencias con campañas de educación nutricional y procesos específicos de capacitación a madres beneficiarias por parte de las redes de salud disponibles en el país;
- Implementar una red de proveedores locales y regionales de alimentos para cubrir la mayor demanda generada por el programa, aspecto que debe ser manejado por los gobiernos regionales;
- Promover la agricultura familiar campesina para proveer de alimentos a los beneficiarios del programa (el programa Mi Chacra Productiva de MIMDES y Agrorural de MINAG serían centrales en este esfuerzo).

El proceso de reconversión y ampliación del PVL puede iniciarse como un plan piloto en un conjunto de distritos seleccionados, generando una línea de base y una medición de impactos a los doce meses de iniciado, periodo suficiente para evaluar impactos en el consumo alimentario (reducción de déficit calórico y mejora de la dieta alimentaria) de la población beneficiada con respecto a un grupo de control.

3.2.2 Volatilidad en el acceso

Los temas de volatilidad en el acceso se relacionan a shocks que puedan afectar ya sea a la demanda (un shock macroeconómico con reducción de salarios), o a la oferta (menor producción por problemas climáticos o un shock de precios externo). La volatilidad en el acceso a alimentos, entonces, podrá ser enfrentada con intervenciones en cada una de estas relaciones causales en el diagrama 1, con lo cual se pueden clasificar en intervenciones por el lado de la demanda o de la oferta.

Por el lado de la demanda, las intervenciones estarían orientadas a proteger el ingreso o acceso alimentario de grupos particularmente vulnerables. Los programas de transferencia directa de alimentos o de ingresos citados más arriba, por ejemplo, también se convierten en instrumentos de reducción de la vulnerabilidad de acceso alimentario si es que están bien diseñados, es decir, si consiguen proteger a los beneficiarios en el acceso a alimentos en situaciones de ajuste y caída de ingresos.

Las intervenciones por el lado de oferta, por otro lado, se orientarían a intervenir más directamente en las condiciones de producción o en la propia formación de los precios en el mercado de alimentos. Para fluctuaciones excesivas en la oferta de ciertos alimentos estratégicos, una posible intervención es tener reservas alimentarias que puedan ser movilizadas por el Estado (ya sea en forma física o en capacidad de compra inmediata) y evitar fuertes fluctuaciones de precios. La idea de tener algunas reservas estratégicas de alimentos tiene mayor sentido cuando el país tiene una relativamente alta dependencia alimentaria (dependencia de importaciones de alimentos básicos) o cuando las oscilaciones de precios afectan a grandes grupos poblacionales vulnerables al mismo tiempo.

En este caso también es posible que el Estado utilice subsidios o esquemas de control de precios de algunos alimentos estratégicos, aunque en el largo plazo un mecanismo como el control de precios puede llevar a una menor oferta y a aumentar la vulnerabilidad alimentaria. Los subsidios deben, en la medida de lo posible, estar focalizados, lo cual es difícil de lograr cuando se subsidian alimentos de libre disponibilidad para toda la población.

La oferta de alimentos también es crucialmente dependiente de la productividad y capacidad tecnológica de la agricultura y de otros sectores productivos de la cadena alimentaria. En este caso, las intervenciones que pueden contribuir a reducir la volatilidad en el acceso alimentario se orientan a aumentar la productividad de estos sectores, buscando mejoras tecnológicas y en las prácticas productivas. En el caso de los factores climáticos, las intervenciones pueden estar orientadas a lograr una mejor adaptación de los productores para evitar fluctuaciones en producción y productividad y a tener instrumentos de ayuda de emergencia de tipo alimentario ante la ocurrencia de desastres naturales.

Propuesta de intervenciones en volatilidad de acceso en el caso peruano

Para el caso peruano se proponen las siguientes intervenciones críticas para la gestión del riesgo y la alta volatilidad alimentaria:

- Introducir un programa nacional de manejo de reservas alimentarias en productos estratégicos de alto impacto en el consumo calórico y proteico de la población;
- Generar un esquema de protección presupuestal de los programas alimentarios de tal forma que los beneficiarios no se vean afectados ante fluctuaciones coyunturales en los precios;
- Eliminar el componente estacional de aumento en el déficit calórico de la población rural generando sustitutos para la ayuda alimentaria en época de vacaciones escolares;
- Implementar programas de apoyo a la adaptación productiva de los agricultores ante el cambio climático.

3.2.3 Dieta de baja calidad

Los problemas de calidad en la dieta de la población o grupos poblacionales específicos puede ser materia de diversas intervenciones. Estas pueden clasificarse en dos grandes categorías: (i) las que buscan suministrar directamente alimentos o nutrientes específicos a los beneficiarios; (ii) las que buscan cambiar los conocimientos y prácticas nutricionales. Ambos tipos no son mutuamente excluyentes.

Dentro del primer tipo de intervenciones destacan programas de fortalecimiento de ciertos alimentos con micro-nutrientes que no se consumen regularmente en la dieta de la población. El caso de la yodación de la sal, por ejemplo, es una forma efectiva de incrementar sustancialmente el consumo de yodo en la población y eliminar la deficiencia de este micronutriente. El fortalecimiento con hierro o vitaminas a algunos alimentos como la harina, por ejemplo, también va en la misma dirección. Una estrategia que también se usa en algunos casos es la distribución directa de tabletas con micronutrientes como el hierro o vitamina A, las que deben ser consumidas por población específica que sufre mayor deficiencia.

El segundo tipo de intervención es más compleja y pasa por una serie de actividades de promoción y educación para cambiar prácticas nutricionales establecidas y lograr mejorar la calidad de la dieta «promedio» de la población. En este caso se busca generar cambios en el conocimiento y las prácticas de adquisición y procesamiento de alimentos para obtener mejores resultados nutricionales. Esta es una vía indirecta pero más efectiva y sostenible en el largo plazo si es que la población llega efectivamente a adoptar cambios positivos en sus procedimientos alimentarios. Generalmente es considerada un tipo de intervención complementaria a otras

intervenciones orientadas a mejorar otros aspectos del sistema causal descrito en el diagrama 3.1.

Propuesta de intervenciones en calidad de dieta

Las intervenciones de este tipo que serían parte de un programa estratégico son:

- Generar canastas alimentarias regionales, que serían usadas para orientar a la población en el consumo alimentario y en la oferta alimentaria a nivel regional y local;
- Introducir en la currícula escolar contenidos de educación nutricional orientados tanto a los niños como a los padres;
- Programa de incentivos para el fortalecimiento nutricional de harinas y otros alimentos de consumo masivo;
- Campañas nacionales y regionales para promover una alimentación saludable y prácticas de alimentación y salud que reduzcan problemas de sobrepeso y obesidad en la población.

3.2.4 Calidad e inocuidad de los alimentos

Las intervenciones posibles para lograr una adecuada calidad e inocuidad (que no perjudiquen la salud) de los alimentos pueden ubicarse en las diversas partes de la cadena causal descrita en el diagrama 3.1. En primer lugar, es posible tener intervenciones a nivel de los productores primarios y procesadores para lograr estándares de calidad e inocuidad. En segundo término, es posible establecer estándares y controles al nivel de los consumidores.

En el primer caso, se trata de intervenciones en donde las autoridades controlan potenciales enfermedades de plantas y animales que tienen impactos en productividad y en calidad de los alimentos. También se tienen controles para procesadores y el resto de actores en la cadena de alimentos en cuanto a condiciones de inocuidad donde se busca asegurar que todos los alimentos consumidos por la población cumplan con estándares que no pongan en riesgo la salud. En este caso también se tienen potenciales intervenciones para que los consumidores conozcan y apliquen buenas prácticas de higiene y procesamiento de los alimentos que eviten o minimicen riesgos de contaminación o transmisión de enfermedades al manipularlos o consumirlos.

Propuestas de intervenciones en calidad e inocuidad de alimentos

Las intervenciones propuestas en materia de calidad e inocuidad son:

- Ampliar significativamente el componente de inocuidad alimentaria del SENASA, desarrollando la institucionalidad, reglas e infraestructura para la promoción de buenas prácticas agrícolas en las principales cadenas agroalimentarias;

- Fortalecer y ampliar el marco regulatorio y la capacidad de control de la calidad y etiquetado de alimentos de la autoridad sanitaria en el sector salud (DIGESA).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar, Lorena (2007). *¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma*. Documento de Trabajo. Lima: GRADE.
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) (2008). *Informe de los Resultados del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN)*. Lima.
- Cueto, Santiago & Enrique Jacoby (1996). *Desayuno escolar y rendimiento. A propósito del programa de desayunos escolares de FONCODES en el Perú*. Lima: GRADE.
- Cueto, Santiago & Marjorie Chinen (2001). Impacto educativo de un programa de desayunos escolares en el Perú. GRADE, *Documento de Trabajo* 34.
- Gajate, G. & M. Iturregui (2002). *El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del «Propensity Score Matching»*. Proyecto de Investigación Breve. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES.
- Herrera, Javier (2001). «Food Requirements and Deficits, Peru 1997-2000». Presentación en el Expert Group on Poverty Statistics (Rio Group). Rio de Janeiro.
- Maxwell, Daniel (1995). *Measuring Food Insecurity: The Frequency and Severity of Coping Strategies*. Washington, D.C., Maxwell Daniel International Food Policy Research Institute (IFPRI).
- Ministerio de Agricultura (2002). *Informe Nacional sobre Seguridad Alimentaria*. Lima: Dirección General de Información Agraria-MINAG.
- MIMDES (2009). *Programa Andino para Garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Dirección de Investigación y Desarrollo Social. Lima.
- PCM-SIAS (2004). *Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria*. Decreto Supremo 066.2004-PCM. Lima.
- Soltau, Luis & Teodoro Sanz (2008). Evaluación Externa del Programa Integrado de Nutrición. *Informe final* (junio 2008). Lima.
- Stifel, D. & H. Alderman (2003). The «Glass of Milk» subsidy program and malnutrition in Peru. *World Bank Policy Research Working Paper* 3089, June 2003. Washington DC.
- Zegarra, Eduardo & Jorge Tuesta (2009). Shock de precios y vulnerabilidad alimentaria de los hogares peruanos. *Documento de Trabajo* 55. GRADE. Lima.