

Estado nutricional en pre-escolares

Programa especial de alimentación de beneficiarios

Entre los indicadores corrientemente utilizados para medir la situación socio-económica y de salud de los países, el estado de nutrición de la población es aquél que expresa con mayor crudeza los factores que intervienen en la cadena epidemiológica.

Dentro de esta perspectiva es un hecho innegable que existen grupos de mayor riesgo nutricional, siendo las mujeres gestantes y lactantes y los niños menores de 6 años provenientes de hogares de menores ingresos los más afectados.

Esto ha motivado que algunos países ayuden o asistan alimentariamente a los países más necesitados. Tal es así que el Gobierno de los Estados Unidos, mediante Ley Pública No. 480 referente al desarrollo del comercio agrícola y asistencia de julio de 1954 Título II, autorizó obsequiar productos agrícolas para aliviar situaciones de hambre y procurar otros tipos de asistencia, así como promover el desarrollo económico y social en países con déficit de producción de alimentos.

En la actualidad los Estados Unidos dona alimentos a través de la Agencia Interamericana para el Desarrollo (AID), mediante dos vías:

1. Las agencias voluntarias: Caritas, The Cooperative for American Relief Everywhere (CARE), Obra Filantrópica y Asistencia Social Adventista (OFASA) y Servicio Evangélico Peruano de Acción Social (SEPAS); y

2. El dispositivo conocido como la sección 416 o sea donación de gobierno



Jaime R. Pajuelo R.

Departamento de Nutrición y Dietética,
Hospital General Nacional Dos de Mayo,
Lima, Perú

a gobierno de excedentes agrícolas, siendo el principal beneficiario de estas donaciones el Ministerio de Salud, para este último caso no se contempla la donación de los fletes.

En el año 1960 la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó la Campaña Mundial Contra el Hambre, propuesta por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación

(FAO). Posteriormente a fines del año 1961 por Resolución No. 1496-XV de las Naciones Unidas se creó el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y los alimentos donados por este programa son canalizados por la Oficina Nacional de Apoyo Alimentario (ONAA).

Aunque existen más de estos dos donantes no los mencionamos por cuanto representan, en su conjunto, menos del 50% de las donaciones. El costo de la asistencia alimentaria promedio por año en lo que va del 81 al 85, es de 37.7 millones de dólares¹.

La participación proporcional de cada donante es la siguiente:

Agencias Multilaterales:

Programa Mundial de Alimentos 13%
Comunidad Económica Europea 10%

Países:

EE.UU.	44%
Otros	6%
Estado Peruano	27%

Para cumplir con los compromisos adquiridos en materia de alimentación y nutrición a raíz de la reestructuración del Ministerio de Salud y Asistencia Social, se creó la Dirección de Alimentación, por Decreto Supremo No. 105-SP (1957).

Hasta 1985 funcionó con el nombre de Dirección de Asistencia Nutricional y Alimentaria (DANA) teniendo como programas los siguientes:

Programa de Alimentación Escolar (PAE).

Programa de Complementación Alimentaria a la Madre y al Niño.
Programa de Nutrición Aplicada (PNA).
Programa de Educación Nutricional (PEN).

De todos estos programas el de mayor cobertura era el Programa de Alimentación Escolar con 92% de beneficiarios atendidos¹; y también el que en costos representaba el 85% de todo el presupuesto de la DANA para 1985 (I/46'807,000.00)².

En 1986 y en concordancia con la política de salud del nuevo gobierno se creó la Dirección General del Programa Especial de Alimentación quedando así integrados todos los programas anteriores en uno solo y fundamentalmente orientados solamente al binomio madre y niño.

Para 1987 se suman a estos beneficiarios, los del grupo de tuberculosis.

El programa se ha venido ejecutando sin emplear indicadores sociales nutricionales para la selección de beneficiarios. El presente trabajo tiene como objetivo demostrar esta aseveración con la finalidad de sugerir estrategias para una mejor eficiencia del programa.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en 18 Centros de Educación Inicial, 13 PRONOI (Programa no Escolarizado de Educación Inicial) y 4 Jardines, que hacen un total de 35 establecimientos atendidos por el Programa Especial de Alimentación (PEA) bajo la responsabilidad del Hospital General Nacional Dos de Mayo.

Se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) a 2,188 niños de ambos sexos comprendidos entre 2 y 6 años de edad.

Se utilizaron como variables para el análisis, las relaciones de peso/edad, talla/edad, y peso/talla.

Como patrón de referencia se eligió las tablas del National Center for Health Statistics (NCHS), recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³.

Para evaluar el estado nutricional se usó como sistema de clasificación a las unidades de desviación estándar (D.E.) (puntaje Z) y también la propuesta por Waterloo^{4,5}.

Con la finalidad de definir prevalencias tanto de déficit como de exceso, se utilizó como nivel de quiebre el menor de -2 D.E. y el mayor de +2 D.E., respectivamente.

RESULTADOS

Las figuras Nos. 1 y 2, expresan la distribución porcentual de los niños beneficiarios del programa por sexo, de acuerdo a la relación peso/edad y talla/edad.

En la figura No. 1 observamos que aproximadamente 2% de niños tiene peso bajo para la edad y 5% con peso alto para la edad. Las diferencias por sexo no son significativas en ninguno de los casos.

En la figura No. 2 apreciamos que aproximadamente un 11% de niños tiene talla baja para la edad, lo que nos está indicando que uno de cada 10 ni-

ños presenta desnutrición crónica, en el otro extremo sólo 1% de niños tiene una talla alta para su edad.

El cuadro No. 1 muestra la evaluación nutricional de los niños de acuerdo a la clasificación de Waterloo⁴, esta clasificación relaciona dos variables: talla/edad y peso/talla, e identifica a los niños de la siguiente manera:

Normal: talla/edad y peso/talla normales.

D. Crónica: talla/edad baja y peso/talla normal.

D. Aguda: talla/edad normal y peso/talla baja.

Figura 1

DISTRIBUCION DE NIÑOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE ALIMENTACION GRUPO PREESCOLAR

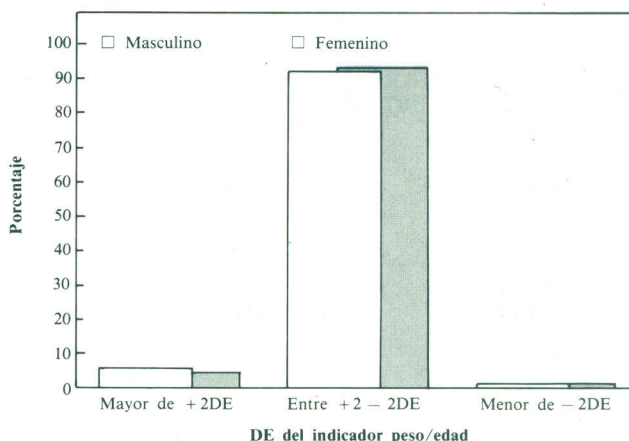
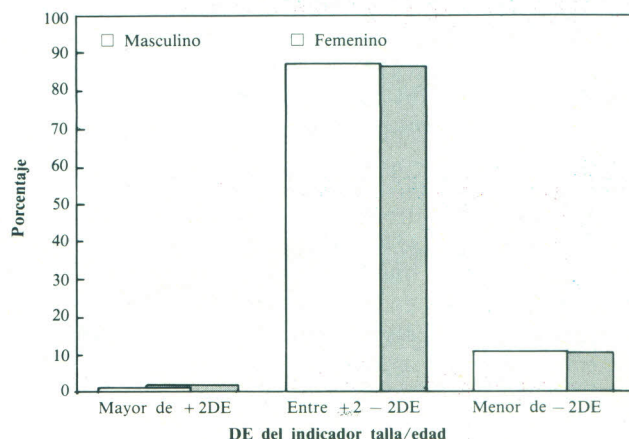


Figura 2

DISTRIBUCION DE NIÑOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE ALIMENTACION GRUPO PREESCOLAR



CUADRO 1
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE EDAD PRE-ESCOLAR

Centro de Salud	Total	LIMA-1987			
		Normal %	Desnutrido Crónico %	Desnutrido Agudo %	Desnutrido Crónico-agudo %
	2128	88.44	11.43	0.09	0.05
El Pino	179	81.01	18.99	—	—
San Luis	332	82.53	17.47	—	—
San Cosme	389	82.26	16.97	0.51	0.26
El Porvenir	82	84.15	15.85	—	—
Hospital Dos de Mayo	386	91.19	8.81	—	—
Max Arias S.	303	91.75	8.25	—	—
Surquillo	154	95.45	4.55	—	—
Villa Victoria	363	96.42	3.58	—	—

CUADRO 2
INDICADOR PESO/EDAD: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE ALIMENTACION (GRUPO PRE-ESCOLAR)

Centros de Salud	Total	LIMA-1987		
		(+ 2DE)	Normal	(- 2DE)
Villa Victoria	2188	5.44	92.84	1.72
Villa Victoria	363	8.26	90.08	1.66
Max Arias S.	303	6.93	92.74	0.33
Surquillo	154	5.85	92.85	1.3
San Luis	332	5.42	93.68	0.9
El Porvenir	82	4.88	92.68	2.44
El Pino	179	4.46	93.86	1.68
Hospital Dos de Mayo	386	3.09	94.04	2.07
San Cosme	389	3.6	92.81	3.59

D. Crónica/Aguda: talla/edad y peso/talla bajas.

Con base en esto podemos apreciar, que en términos generales existe un 11% de desnutrición crónica, siendo los valores de desnutrición aguda y crónica no significativos.

Reuniendo los Centros Educativos Iniciales, PRONOI y Jardines, alrededor de los Centros de Salud que existen en el ámbito, podemos apreciar que el problema es de mayor magnitud en los atendidos por el Centro de Salud El Pino (19%) y de menor magnitud en los que dependen del Centro de Salud de Villa Victoria (4%).

El Cuadro 2, presenta el estado nutricional de los niños de acuerdo al in-

dicador peso/edad, por establecimiento de salud con base en el mismo criterio que el cuadro anterior, ahí podemos observar que en todos los establecimientos existe un porcentaje mayor de niños con sobrepeso en relación a los con bajo peso para la edad.

DISCUSION

Hambre y desnutrición son integrantes de la realidad de nuestro país, que tiene como causa profundas raíces socio-económicas. Una parte importante de nuestra población está crónicamente expuesta a esta condición, lo que fundamenta el origen de la asistencia alimentaria como programa del Ministerio de Salud y de otros Sectores Públicos y Privados.

Esta asistencia está orientada hacia los grupos más vulnerables y tiene como objetivo mantener y/o mejorar los niveles nutricionales dentro de un marco de justicia social que debe propiciar el desarrollo integral de nuestras comunidades.

Los programas de asistencia alimentaria en el Perú han distribuido en el quinquenio del 81 al 85, aproximadamente 60 mil toneladas métricas de alimentos, beneficiando alrededor de 1.7 millones de personas o sea el 10% de la población nacional, pero sólo el 20% de esta población se encontraría en alto riesgo nutricional¹, en otras palabras a 1 de cada 5 beneficiarios se le puede considerar como tal.

Por otro lado, la distribución de los alimentos a las diferentes zonas del país no ha sido efectuada como consecuencia de un análisis de la situación nutricional y/o salud, tal es así que la población del Trapecio Andino (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Cuzco y Puno), área más afectada por la desnutrición⁶, recibe sólo el 18% del volumen de alimentos; y en otro extremo Lima y Callao, cuyas condiciones nutricionales son las mejores del país, recibe un 38%⁷.

El Programa Especial de Alimentación, como ejecutor importante dentro de toda la Asistencia Alimentaria no está al margen de esta problemática siendo su punto más crítico la selección de beneficiarios por cuanto no responde a criterios sociales ni nutricionales.

El presente estudio es de por sí eloquente, por cuanto veremos que prácticamente 1 de cada 10 niños presenta desnutrición crónica y lo que es más llamativo es que 5 de cada 100 tengan sobrepeso.

Por otro lado, la ración alimentaria que se les proporciona a los niños como complemento, ha sufrido variaciones en lo que va de estos dos últimos años. El porcentaje del aporte del complemento en relación a los requerimientos nutricionales tanto para calorías como para proteínas era del 10.6% y 42.8% respectivamente para el año de 1986 y del 31.6% y 48.8% para el 87.

De acuerdo a los estudios que se hicieron en la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA)⁸ y en el análisis de este tipo de programas en el Brasil⁹ se determinó que en estos países el mayor déficit no es proteico sino calórico.

Los diversos estudios nutricionales realizados en los últimos años en niños

de diferentes estratos socio-económicos y de distintas realidades^{10,11,12,13,14,15,16,17}, demuestra que los niños examinados por nosotros, sólo son superados en el estado nutricional por los del IPSS.

En conclusión y desde nuestra perspectiva creemos que para afrontar este programa se necesita un mejor estudio de la ración complementaria buscando la mayor presencia del componente calórico y una selección real de beneficiarios donde los indicadores sociales y nutricionales sean la base para determinar a quiénes vamos a asistir.

Sugerimos que la selección de beneficiarios se realice a partir de las escuelas, no con la finalidad de volver a lo pasado (Programa de Alimentación Escolar), sino que sirvan como indicadores de familias con problemas nutricionales para que la asistencia sea dada al grupo familiar.

La estrategia para llevar a cabo será la de identificar, mediante la variable talla/edad, colegios con prevalencias altas de desnutrición crónica en los niños que ingresan al primer grado^{18,19}.

En función de las condiciones socio-económicas que se presentan en nuestro país y de la responsabilidad que hemos adquirido como trabajadores de salud, debemos tener una actitud decidida ante este problema para enfrentarlo con las pocas armas que tenemos, sólo así podremos sentirnos satisfechos de lo que se nos ha confiado.

“... prácticamente 1 de cada 10 niños presenta desnutrición crónica y lo que es más llamativo es que 5 de cada 100 tengan sobrepeso...”

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Planificación, Proyecto de Seguridad Alimentaria, Diagnóstico y Propuesta de Política Nacional y Marco Institucional, Lima, 1986.
2. Ministerio de Salud, Seminario Taller Multisectorial de Alimentación y Nutrición, Lima, 1986.
3. Organización Mundial de la Salud, Medicina del cambio del estado nutricional, Ginebra, 1983.
4. Waterloo JC.: Clasificación and definition of protein calorie malnutrition. Br Med J, 1972.

5. Waterloo JC, Buzina R, Keller W, Lane JM, Nichaman MZ, Tanner JM.: The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. Bull WHO 55(4):489-498, 1977.

6. Análisis del Sector Salud en el Perú (ANSSA-PERU), 1986.

7. Ministerio de Salud. Ministerio de Agricultura e Instituto Nacional de Planificación. Plan Nacional de Asistencia Alimentaria para el periodo 1987-1991.

8. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA), 1972.

9. Musgrove E.: Análisis de los programas de alimentación complementaria en el Brasil. Of Panamericana Sanitaria, 1985.

10. Ormachea J, Pajuelo J.: La problemática alimentaria y nutricional de la población urbana de bajos recursos del Perú. Seminario sobre la urbanización intensiva en el Perú y sus repercusiones alimentarias y nutricionales. FAO, Lima, 1985.

11. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA), Lima, 1986.

12. Amemiya I, Pajuelo J, Sautier D.: Evaluación nutricional de niños menores de 6 años en 4 comunidades rurales de la Cuenca del Río Cañete, Lima, 1985.

13. Pajuelo J, Alfaro G, Zavala M.: Evaluación nutricional de niños menores de 6 años de la población asegurada, IPSS, Lima, 1986.

14. Cutimance M, Díaz K, Ramírez E, Velazco L.: Evaluación nutricional de las familias aseguradas en el Policlínico Parque Unión, Tesis IPSS, Lima, 1986.

15. Núñez M, Pizarro Z, Quintana E, Tarazona K.: Evaluación nutricional del asegurado y su familia del Policlínico Chíncha, Tesis IPSS, Lima, 1986.

16. Cancho E, Hurtado D, Maguñá M, Sánchez J.: Evaluación del estado nutricional del asegurado y su familia del Policlínico Francisco Pizarro, Tesis IPSS, Lima, 1986.

17. Liria M, Peláez M, Samamé I.: Evaluación nutricional del asegurado y su familia, Policlínico Angamos, Tesis IPSS, Lima, 1986.

18. Pajuelo J.: La población escolar como fuente de datos para un sistema de vigilancia nutricional, Lima, 1987.

19. Pajuelo J.: Proposición de sistema de vigilancia alimentario-nutricional para salud y educación en el Perú. I Curso Internacional de Vigilancia Alimentario-Nutricional, Dr. Abraham Stekel, Santiago de Chile, mayo-julio, 1985.



Litrison®



DL - Metionina, Tartrato de Colina, Vitaminas Esenciales

- Protección comprobada en la insuficiencia hepática de cualquier etiología.
- Regula los intercambios metabólicos.
- Previene la infiltración grasa del hígado.

Para información acerca del producto, contactar a Productos Roche Q.F. S.A. Lima, Perú.