

Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 29, N° 1, AÑO 2.016

CONTENIDO

Editorial

- ¿Desnutrición grave, expresión de la deuda social?**
Maritza Landaeta-Jiménez..... 3

Artículos Originales

- Hábitos alimentarios no saludables, actividad física y obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años**
Adaucio Morales - Mariela Montilva..... 4

- Patrones de compra de alimentos en Venezuela utilizando tablas de contingencias de tres vías**
Guillermo Ramírez, Maura Vásquez, Maritza Landaeta, Marianella Herrera Cuenca 11

- La alimentación de los venezolanos, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015**
Maritza Landaeta-Jiménez, Marianella Herrera Cuenca, Maura Vásquez, Guillermo Ramírez..... 18

Artículos de revisión

- Conflicto de interés o intereses en conflicto, transparencia en la obtención y análisis de datos científicos**
Marianella Herrera Cuenca 31

Conferencias

- Los Héroes Médicos del 36 y su visión del país**
Mercedes López de Blanco..... 37

Notas

- Fundación Bengoa informa** 54

- Información para los autores**..... 56

Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 29, N° 1, AÑO 2.016

CONTENTS

Editorial

Severe malnutrition, expression of social debt?

Maritza Landaeta-Jiménez 3

Original articles

Unhealthy eating habits, physical activity and obesity in adolescents between 15 and 19 years

Adaucio Morales - Mariela Montilva..... 4

Patterns of food purchases in Venezuela using contingency tables three-way

Guillermo, Maura Vásquez, Maritza Landaeta- Jiménez, Marianella Herrera Cuenca..... 11

How Venezuelans are fed, according to the National Survey of Living Conditions 2015

Maritza Landaeta-Jiménez, Marianella Herrera Cuenca, Guillermo Ramírez, Maura Vásquez..... 18

Review article

Conflict of Interest or interest in trouble, transparency in scientific data gathering and its analysis

Marianella Herrera Cuenca..... 31

Conferences

Medical Heroes of '36 and their vision of the country

Mercedes López de Blanco..... 37

Notes

Bengoa Foundation notices..... 54

Information for authors..... 56

Editorial

¿ Desnutrición grave, expresión de la deuda social?

El hambre está afectando a todos, incluso a los que pueden pagar los altos precios de los alimentos. La situación de penuria alimentaria, se ha agravado de tal manera, que las personas ante la imposibilidad de conseguir comida, deambulan por las calles en busca de alimentos en la basura.

Hemos sido testigo de una debacle en la alimentación en Venezuela, producto de una política que prioriza el pago de la deuda externa, en perjuicio de la deuda social en alimentación y salud.

El clamor de las madres, desesperadas por conseguir alimentos para sus hijos, no es oído por los responsables gubernamentales. En esta dura realidad, el hambre en Venezuela, viene a ser la causa social de la mayoría de las enfermedades, que progresivamente produce un deterioro en la salud, debido al incremento de las infecciones repetidas, endemias y enfermedades como la tuberculosis y la difteria que llegamos a pensar que no volveríamos a ver, en un medio incapaz de proveer una alimentación mínima para cubrir las necesidades. Este proceso, conduce a una distorsión del crecimiento y desarrollo, físico, funcional y social, un desarrollo disarmónico como lo denominaba el Dr. Bengoa, con reacciones psicológicas y de conductas tan peculiares que no corresponden a una edad cronológica determinada.

Los resultados son aterradores, el cuadro doloroso de niños desnutridos graves que proliferan en los centros de salud, víctimas inocentes, de un sistema que no provee los alimentos indispensables ni la atención de salud. Los desnutridos graves son la punta del iceberg, de una tragedia social de proporciones inmensurables, en su origen intervienen diferentes factores socio ambientales que mantienen el círculo perverso de pobreza-desnutrición-pobreza, a lo cual se suma el factor político, que en nuestro país, ha sido determinante.

El problema nutricional, se agrava debido a la alta prevalencia de procesos infecciosos que pueden llevar a la muerte, pero los que logran sobrevivir en medio de las dificultades, forman parte de esa patología social que limita el desarrollo biológico y funcional adecuado. Se estima que por cada desnutrido grave en una comunidad hay 20% de niños con problemas nutricionales, esto indica, que aun en ausencia de datos oficiales, son muchos, los que necesitan con urgencia una atención eficiente.

Los datos de ENCOVI 2015, indican que 49% de la población vive en pobreza extrema, que se concentra en barrios periurbano y en la Venezuela profunda, lejos de las grandes ciudades y en el medio rural. Son precisamente los niños, mujeres embarazadas y adultos mayores en estos grupos los más vulnerables.

El hambre y la desnutrición es un problema de salud pública complejo, que requiere de un enfoque plural, de distintas disciplinas, más allá de la salud, para tratar los factores involucrados en su aparición, siendo la salud una más de esta complejidad. Lamentablemente la solución propuesta, por el gobierno, pasa por el control militar “generales expertos” en alimentación, que han convertido a los alimentos en el mejor negocio y mayores beneficios para los cercanos al poder, que también se ramifica hasta los distribuidores en las comunidades, quienes por razones política, discriminan el acceso a los alimentos. Resolver el problema de la alimentación, sólo es posible, con el incremento de la producción nacional, que coloque en la mesa de los venezolanos, los alimentos de la dieta habitual.

Ante esta compleja situación las organizaciones sociales, han activado la ayuda internacional, pero lamentablemente, continúan esperando respuestas, para que ingresen al país, medicamentos, alimentos e insumos, que contribuyan a aminorar el sufrimiento de los venezolanos en las comunidades más pobres.

Maritza Landaeta-Jiménez

Hábitos alimentarios no saludables, actividad física y obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años

Adaucio Morales - Mariela Montilva

Resumen: La obesidad es un problema creciente en Venezuela, el objetivo fue determinar el grado de asociación de la actividad física baja o moderada y hábitos alimentarios no saludables, incluyendo omisión del desayuno, a la obesidad en adolescentes. Se estudiaron 800 adolescentes entre 15 y 19 años de edad (405 hombres). El muestreo fue bietápico: a) selección aleatoria estratificada de 31 instituciones según nivel educativo; b) selección no probabilística por cuota de los adolescentes. Se calculó índice de masa corporal e índice circunferencia abdominal – talla. Se aplicaron cuestionarios sobre hábitos alimentarios y actividad física. Se hizo análisis estratificado según edad, sexo, nivel socioeconómico, peso al nacer y exceso de peso de ambos padres como posibles variables de confusión. La frecuencia de hábitos alimentarios no saludables fue elevada en obesos y no obesos. La asociación de hábitos alimentarios no saludables con la obesidad global fue dependiente del nivel socioeconómico. La omisión del desayuno no se asoció a la obesidad y la actividad física baja o moderada se asoció solo con obesidad central de manera independiente. Se concluye que la asociación de la obesidad y los hábitos alimentarios no saludables parece ser un fenómeno complejo dependiente del contexto social y económico de los adolescentes. La asociación de la obesidad central con la actividad física baja o moderada parece ser más clara e independiente. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 4-10.*

Palabras clave: Obesidad; adolescente; alimentación no saludable; actividad física

Unhealthy eating habits, physical activity and obesity in adolescents between 15 and 19 years

Abstract: Obesity is a growing problem in Venezuela, it was proposed to determine the degree of association of low or moderate physical activity (LMPA) and unhealthy eating habits (UEH), including omission of breakfast (OB), with obesity in adolescents. 800 adolescents between 15 and 19 years (405 men) were studied. A two-stage sampling was performed: a) random stratified selection of 31 institutions by educational level; b) selection of adolescents through non – probabilistic quota sampling. Body mass index (BMI) and waist – height ratio (WHR) were calculated. Questionnaires on eating habits and physical activity were applied. For a stratified analysis, age, sex, socioeconomic status (SES), birthweight and excess weight of both parents were considered as potential confounders. The frequency of UEH was elevated in obese and non-obese. The association of the UEH to the global obesity was dependent on the SES. The OB was not associated with obesity. The LMPA was independently associated with central obesity. We conclude that the association of obesity with UEH seems to be a complex phenomenon dependent on the social and economic context of adolescents. The association of central obesity with AFB-M seems to be more clear and independent. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 4-10.*

Key words: Obesity; adolescent; unhealthy eating habits; physical activity.

Introducción

La prevalencia de la obesidad se ha incrementado vertiginosamente en todo el mundo durante las últimas décadas y, según estudios predictivos, si esta tendencia continúa, la mayoría de la población adulta mundial tendrá sobrepeso y obesidad para el año 2030 (1). No obstante, la prevalencia de obesidad en jóvenes estadounidenses se incrementó hasta 2002, mientras que entre 2003 y 2014 no se observó ninguna variación (2).

En Venezuela, entre 2008 y 2010, se reportó 21,36 % de exceso de peso en adolescentes entre 13 y 17 años de edad: 12,03 % sobrepeso y 9,33 % obesidad, mientras que en el estado Lara hubo una prevalencia de sobrepeso de 10 % y 7,94 % de obesidad (3). En el Municipio Iribarren (del mismo estado) se reportó, en el 2014, una prevalencia de obesidad global en adolescentes de 8,5 % y la prevalencia de obesidad central de 37,3 % (4). Esta realidad representa un problema de salud pública al que se debe prestar atención, especialmente porque la presencia de obesidad en la adolescencia incrementa el riesgo de obesidad en la adultez, la cual está asociada con enfermedades cardiovasculares frecuentes en esa edad. Dadas las evidencias presentadas, diversos investigadores han dirigido su mirada hacia el origen de este

Unidad de Investigación en Salud Pública - Decanato de Ciencias de la Salud - Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto – Estado Lara – Venezuela.

Solicitar correspondencia a: Adaucio Morales, email: adauciom@ucla.edu.ve o adaucioucla@gmail.com

fenómeno y se ha excluido una base genética debido a que el “pool” genético no puede variar en períodos de tiempo tan cortos, por lo que cambios importantes en la nutrición y dieta, en el patrón de actividad física, así como, otras situaciones de índole político, social, cultural y económico tendrían un papel preponderante (5). Es por esta razón que surgió la necesidad de desarrollar la presente investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de asociación de la actividad física baja o moderada (AFB-M) y los hábitos alimentarios no saludables (HANs), incluyendo la omisión del desayuno (OD), con la obesidad en adolescentes.

Métodos

Se desarrolló una investigación descriptiva de corte transversal. La población estuvo constituida por todos los adolescentes con edades entre 15 y 19 años, de ambos sexos, inscritos en instituciones de educación media – diversificada y de educación universitaria del Municipio Iribarren – Estado Lara – Venezuela, durante el lapso mayo 2011 – noviembre 2012. La muestra se calculó independientemente para cada sexo, según pautas para estimar una proporción. De acuerdo a esto, se consideró un nivel de confianza de 95 %, un error de 5 % y una proporción teórica de los fenómenos en estudio del 50 %. Así, el número de sujetos a estudiar quedó establecido en 405 hombres y 395 mujeres, para un total de 800. El tamaño de la muestra de las instituciones se calculó según fórmula matemática para un muestreo aleatorio estratificado (6), tomando en consideración los siguientes parámetros: un marco muestral de 115 instituciones de educación media – diversificada y 10 instituciones de educación universitaria en todo el municipio, un error máximo admisible de 10 % y un nivel de confianza de 95 %. La muestra quedó establecida en 31 instituciones: 28 de media – diversificada y 3 universitarias.

La selección de los adolescentes en cada institución fue realizada mediante un muestreo no probabilístico por cuota. En este sentido, se distribuyeron los 800 adolescentes de la siguiente manera: 60 % (485) en las 28 instituciones de educación media - diversificada y 40 % (315) en las 03 instituciones de educación superior. Se consideraron como criterios de exclusión: el embarazo, uso de anticonceptivos orales, anabolizantes esteroides y trastornos endocrinos.

Después de ser informado sobre la investigación, cada adolescente mayor de edad firmó voluntariamente un consentimiento informado. Los menores de edad lo hicieron junto con sus padres o representantes legales. El proyecto de esta investigación y el consentimiento informado fueron revisados y aprobados por la Comisión de Bioética del Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto – Estado Lara.

Se evaluaron los HANs, la OD y la práctica de AFB-

M como posibles factores asociados a la obesidad. Los HANs se evaluaron mediante la escala “Adolescent Food Habits Checklist” (AFHC) adaptado para Venezuela. Este instrumento mide los hábitos alimentarios en función de los siguientes factores: a) evasión de alimentos densamente calóricos; b) consumo de frutas y vegetales y c) consumo de bajas cantidades de grasa (7). Esta variable fue definida como aquellos sujetos que tenían 43 puntos o menos en la AFHC, valor que representó el 60 % del puntaje máximo esperado con la escala, el cual arrojó el valor “p” de χ^2 más pequeño en comparación con la “p” de otros puntos de corte evaluados.

La OD se indagó a través de una pregunta referida a la determinación de la frecuencia de dicha conducta dietética, la cual contó con las siguientes alternativas de respuestas: nunca, esporádicamente o menos de una vez por semana, 1, 3, 5, 6 y 7 veces a la semana. Se consideró OD cuando dicha conducta ocurría 5 o más veces a la semana.

La actividad física se evaluó con el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés), estableciéndose las siguientes categorías de actividad: intensa, moderada y baja (8).

Para estudiar la asociación de los HANs y la AFB-M con la obesidad, se consideraron la edad, el sexo y el bajo peso al nacer (BPN) de los adolescentes, así como, el nivel socioeconómico (NSE) y el exceso de peso de ambos padres como posibles variables de confusión. Para investigar las últimas tres se abordaron a los progenitores de los jóvenes. Se consideró la presencia de BPN cuando era menor de 2500 gramos. El NSE se investigó mediante el Graffar modificado por Méndez – Castellano (9) y el índice de masa corporal (IMC) de los padres se calculó a partir del peso y talla reportado por ellos. Se les diagnosticó exceso de peso cuando el IMC era igual o mayor de 25 kg/m².

El peso de los adolescentes se determinó con una balanza calibrada, marca Virtual Measurements and Control VBF – 362, cuya capacidad era de 150 kilos y apreciación de 100 gramos. La talla o estatura se determinó mediante la técnica de la plomada y la circunferencia abdominal (CA) se midió inmediatamente por encima de las crestas ilíacas con una cinta métrica Holtain LDT de 150 centímetros (cm) y apreciación de 1 milímetro. Las técnicas de medición antropométricas fueron las descritas en el Manual de Procedimientos de FUNDACREDESA (10). Se contó con el apoyo de dos asistentes de investigación, quienes fueron sometidas a un proceso de estandarización en conjunto con los investigadores, proceso que fue dirigido por experto de FUNDACREDESA.

La obesidad global se diagnosticó según curvas de percentiles del IMC para edad y sexo establecidas en el I Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Po-

blación Venezolana (Proyecto Venezuela) cuyos puntos de corte correspondieron al percentil 97. Todos los jóvenes con IMC mayor del percentil 97 se consideraron obesos (11). El índice circunferencia abdominal – talla (ICAT) se obtuvo del cociente entre la CA y la talla, ambos en cm. Valores del ICAT mayores o iguales a 0,5 se consideraron como criterios de obesidad central (12). El análisis estadístico se realizó con el SPSS versión 17 y el EPI – INFO 2002. La asociación estadística se evaluó mediante prueba de χ^2 ajustada de Mantel – Haenszel para la cual se estableció un nivel de significancia (p) menor de 0,05. Como una aproximación al riesgo epidemiológico, se calcularon las razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) crudos y ajustados o estratificados según posibles variables de confusión, antes mencionadas (13).

Resultados

Se estudiaron 800 adolescentes, 50,6 % eran hombres. El promedio de edad fue de $17 \pm 1,4$ años. La muestra se distribuyó de manera equitativa en ambos sexos y

en todos los grupos etarios con una $p > 0,05$ (datos no mostrados). Según el Graffar, el mayor porcentaje de adolescentes correspondió al NSE II con 33,9 %; seguido del NSE III con 29,8 %; luego el NSE IV con 26,5 %; seguidamente los NSE I y V con 6,5 % y 3,3 %, respectivamente. No obstante, los adolescentes quedaron distribuidos, en cada uno de los NSE, en porcentajes muy similares para ambos sexos, $p > 0,05$ (datos no mostrados).

En el Cuadro 1, se observa que no hubo diferencias significativas en la práctica de HAnS de acuerdo con: tipos de obesidad, edad y sexo. Tampoco hubo diferencias en la práctica de AFB-M de acuerdo con: obesidad global y edad. No obstante, se encontraron diferencias significativas con respecto a la AFB-M según la presencia de obesidad central y sexo. La AFB-M fue mayor en obesos centrales que en los no obesos (68,1 % vs 58,1 %) y en mujeres con respecto a los hombres (79,7 % vs 44,4 %).

En el Cuadro 2, se puede observar que el porcentaje de

Cuadro 1. Prevalencia de las variables relacionadas con el estilo de vida según tipo de obesidad, edad y sexo.

Variable	Categorías	(n)	HAnS			(n)	AFB-M		
			N°	p %			N°	p %	
Obesidad Global	Obesos	(68)	61	89,7	> 0,05	(68)	39	57,4	> 0,05
	No Obesos	(732)	595	81,3		(729)	454	62,3	
Obesidad Central	Obesos	(298)	241	80,9	> 0,05	(298)	203	68,1	< 0,05*
	No Obesos	(502)	415	82,7		(499)	290	58,1	
Edad (Años)	15 a 17	(485)	395	81,4	> 0,05	(482)	294	61,0	> 0,05
	18 a 19	(315)	261	82,9		(315)	199	63,2	
Sexo	Masculino	(405)	340	84,0	> 0,05	(403)	179	44,4	< 0,05*
	Femenino	(395)	316	80,0		(394)	314	79,7	

HAnS: Hábitos alimentarios no saludables; AFB-M: Actividad física baja o moderada; (n): Total de adolescentes en la categoría; p: Significancia estadística de χ^2 . *Estadísticamente significativo.

Cuadro 2. Adolescentes con obesidad global según variables relacionadas con su estilo de vida.

Variable	Obesidad global						p	RP Cruda (IC95%)	RP Ajustada (IC95%)
	Presente		Ausente		Total				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Hábitos Alimentarios no saludables									
SI	61	9,3	595	90,7	656	100	0,015*	1,91 (0,89 – 4,09)	1,96** (1,14 – 3,35)
NO	7	4,9	137	95,1	144	100			
Total	68	8,5	732	91,5	800	100			
Omisión del desayuno									
SI	3	5,7	50	94,3	53	100	0,383	0,90 (0,57 – 1,42)	0,66 (0,29 – 1,47)
NO	65	8,7	681	91,3	746	100			
Total	68	8,5	731	91,5	799	100			
Actividad física baja o moderada									
SI	39	7,9	454	92,1	493	100	0,242	0,83 (0,52 – 1,31)	0,81 (0,60 – 1,12)
NO	29	9,5	275	90,5	304	100			
Total	68	8,5	729	91,5	797	100			

RP: Razón de prevalencia; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; p: Significancia estadística de χ^2 ajustada de Mantel Haenszel. *Asociación estadísticamente significativa. **RP ajustada según NSE.

Cuadro 3. Adolescentes con obesidad central según variables relacionadas con su estilo de vida.

Variable	Obesidad global				Total	p	RP Cruda (IC95%)	RP Ajustada (IC95%)
	Presente N°	%	Ausente N°	%				
Hábitos Alimentarios no saludables								
SI	241	36,7	415	63,3	656	100	0,522	0,93
NO	57	39,6	87	60,4	144	100		(0,74–1,16)
Total	298	37,3	502	62,7	800	100		(0,81–1,11)
Omisión del desayuno								
SI	18	34,0	35	66,0	53	100	0,345	0,91
NO	279	37,4	467	62,6	746	100		(0,62–1,34)
Total	297	37,2	502	62,8	799	100		(0,70–1,22)
Actividad física baja o moderada								
SI	203	41,2	290	58,8	493	100	0,005*	1,32
NO	95	31,2	209	68,8	304	100		(1,10–1,61)
Total	298	37,4	499	62,6	797	100		(1,03–1,36)

RP: Razón de prevalencia; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; p: Significancia estadística de χ^2 ajustada de Mantel Haenszel. *Asociación estadísticamente significativa. **RP ajustada según NSE.

jóvenes con obesidad global y HAnS fue mayor que el porcentaje de obesos sin estos hábitos. Esta asociación tuvo significancia estadística ($p = 0,015$). El análisis crudo de las RP no arrojó ningún tipo de riesgo, sin embargo, con el análisis ajustado según el NSE, se encontró que los HAnS podrían considerarse una condición de riesgo para el desarrollo de obesidad global RP= 1,96 (IC95 % 1,14 – 3,35). El resto de las variables no se asociaron con la obesidad global.

En el Cuadro 3 se observa que el porcentaje de AFB-M en jóvenes con obesidad central fue de 41,2 %, mientras que el porcentaje que practicaba actividad física intensa entre los adolescentes con obesidad central fue de 31,2 %. Esta asociación tuvo significancia estadística ($p = 0,005$). De acuerdo con las RP cruda y ajustada, se encontró que la AFB-M podría considerarse una condición de riesgo para el desarrollo de obesidad central RP = 1,32 (IC95 % 1,10 – 1,61) y RP = 1,18 (IC95 % 1,03 – 1,36), respectivamente. No se encontró asociación significativa entre el resto de las variables y la obesidad central.

Discusión

Como ha sido reportado previamente, la prevalencia de la obesidad en adolescentes de Venezuela, el estado Lara y el municipio Iribarren alcanza niveles importantes que puede ser considerada un problema de salud pública (3,4). En la presente investigación se corroboró la existencia de un modo de vida obesogénico entre los adolescentes, tal afirmación se fundamenta en el hecho de que los HAnS, así como, la AFB-M estuvieron presentes con un elevado porcentaje, tanto en el grupo de obesos como en el de los no obesos. No obstante, estos HAnS, aunque están presentes en ambos grupos, probablemente ocurren en forma más intensa en los obesos, en términos de cantidades de calorías, grasas, etc., aspecto que no pudo ser determinado con la escala apli-

cada, pero pudiera ser objeto de estudio en una nueva investigación.

A pesar de la existencia de ese modo de vida obesogénico, no toda la población tiene obesidad o sobrepeso, lo que sugiere que son múltiples los factores que pueden intervenir en el desarrollo de esta enfermedad o que el efecto de la AFB-M y los HAnS dependen de otras condiciones que deben ser precisadas. En este orden de ideas, los análisis crudos presentados no demostraron asociación, ni riesgo entre dichas variables. Este resultado es parecido a lo reportado en un estudio realizado en Suecia (14). Asimismo, tiene similitud con una revisión sistemática de estudios prospectivos que tampoco encontró asociación entre conductas alimentarias heterogéneas y el sobrepeso u obesidad (15).

Ahora bien, cuando se realizó el análisis ajustado según NSE, se puso en evidencia que los HAnS son un factor asociado a la obesidad global dependiente de circunstancias económicas y sociales de la familia y, probablemente, de factores psicosociales, educativos y/o culturales. Aunque estas últimas variables no fueron incluidas en el análisis de riesgo, su consideración puede dar pie a nuevas investigaciones sobre la realidad compleja que rodea al comportamiento alimentario de los adolescentes y su influencia en el desarrollo de la obesidad.

Por otro lado, esa falta de asociación independiente entre los HAnS y la obesidad pudiera estar relacionada con la forma de evaluación de los hábitos alimentarios, la cual, según la AFHC, se centró en investigar de manera conjunta la frecuencia del consumo de grasas, alimentos densamente calóricos y la ingesta de vegetales y frutas. No obstante, diversos estudios realizados en Estados Unidos, Canadá, Francia, España, Italia, Bélgica y Reino Unido han demostrado que el único hábito que está asociado a la obesidad, en niños y adolescentes, es el consumo elevado de grasas (16,17), mientras que, el

resto de los hábitos: consumo de alimentos densamente calóricos, los cuales incluyen no solo grasas, sino también carbohidratos refinados (17-19) y la reducción del consumo de frutas y vegetales (20-24) no han mostrado evidencias convincentes de estar asociadas, de manera independiente, con la malnutrición por exceso.

Entonces, considerando lo anterior y teniendo en cuenta que todos estos aspectos fueron medidos simultáneamente, sin considerar el efecto independiente de cada uno de ellos sobre el estado nutricional, ni la intensidad de su efecto, así como tampoco el consumo de bebidas alcohólicas, sería posible afirmar que la heterogeneidad de estas conductas, evaluadas en conjunto, podría haber impedido la detección de una asociación entre los hábitos de alimentación no saludables y la obesidad. De todo esto, surge la necesidad de realizar otros estudios enfocados en conductas alimentarias específicas e individuales que, por evidencias previas, sean altamente prevalentes.

Otro factor investigado en este trabajo fue la omisión del desayuno. Esta conducta alimentaria no resultó ser factor de riesgo para obesidad global y obesidad central, ni con el análisis de datos crudos, ni ajustándolo para posibles variables de confusión (edad, sexo, NSE, BPN y exceso de peso de los padres). Asimismo, debido a que la asociación de la omisión del desayuno con la obesidad parece ser dependiente de cómo sea definida la primera (25), se hicieron los cálculos correspondientes para frecuencias de omisión del desayuno de 1, 3, 5, 6 y 7 veces por semana y con ninguno se encontró asociación o riesgo (datos no mostrados). Es decir, tal resultado ocurrió independientemente del punto de corte utilizado para definir la presencia de omisión.

En importantes investigaciones europeas y norteamericanas se han encontrado resultados similares. Por ejemplo, un estudio sueco reportó que no hay asociación entre la omisión del desayuno y la adiposidad corporal (14). Por otro lado, en una revisión sistemática de estudios europeos, en niños y adolescentes, aunque se encontró que el desayuno está asociado con un riesgo reducido de obesidad y sobrepeso, los mismos autores afirmaron que tal asociación no es convincente debido a limitaciones metodológicas de la revisión y de los estudios individuales incluidos en la misma, lo que permite cuestionar dicho resultado. Tales fallas fueron: a) no se descartó el sesgo de publicación de la revisión, b) no se encontró uniformidad en la definición de omisión del desayuno entre los estudios, c) los datos de la revisión fueron obtenidos solamente de estudios observacionales (sin grupo control) y de corte transversal, así que no se puede asumir causalidad a partir de tales resultados y d) los estudios incluidos en la revisión se diferenciaron en el grado de control de variables de confusión. Según esto último, la mayoría de las investigaciones no lo hi-

cieron, lo cual es considerado una amenaza en la validez de los estudios observacionales (26).

Dada la limitante de los estudios observacionales, de corte transversal, para establecer causalidad y dada la amenaza que representa la falta de control de variables de confusión para la validez de dichos estudios, se revisaron tres investigaciones longitudinales o prospectivas, las cuales demostraron que la asociación entre la OD y obesidad desaparece cuando se ajustan los resultados para variables de confusión, sobre todo para variables como actividad física e ingesta calórica. En otras palabras, la OD se asocia a conductas poco saludables, tales como la inactividad física e ingesta calórica elevada, las cuales en conjunto, son las que contribuyen realmente al incremento del IMC (27-29). Luego de esta revisión, pareciera que es poco probable que exista una asociación directa entre la OD y obesidad, tal como ocurrió en la presente investigación.

La otra variable que se tomó en cuenta en el análisis de riesgo para obesidad global fue la AFB-M, en el cual, tanto el análisis crudo como el ajustado para variables como sexo, edad, NSE, BPN y exceso de peso de los padres resultó negativo, es decir, no hubo asociación entre la obesidad global y la AFB-M. Similar a los hallazgos del presente estudio, otros investigadores tampoco han encontrado asociación (30,31). Sin embargo, existen estudios que han reportado lo contrario (32-35), por tal motivo se puede afirmar que la existencia de esta asociación es controversial.

Cabe destacar que esta controversia pudiera ser explicada por la diversidad de métodos utilizados para evaluar la actividad física, puesto que la mayoría de los estudios han utilizado cuestionarios, los cuales han variado de una investigación a otra y otros han empleado métodos como el acelerómetro. Igualmente, se han encontrado diferencias en los resultados cuando se utiliza el IMC o el porcentaje de grasa corporal para evaluar el estado nutricional. El uso del IMC ha generado resultados más disímiles, mientras la asociación entre la AFB-M y un mayor porcentaje de grasa corporal, sobre todo a nivel abdominal, ha sido más estable y segura en los estudios publicados, tal como ocurrió en la presente investigación, donde se encontró asociación y un riesgo independiente de obesidad central en adolescentes que realizaban AFB-M (30-35).

Sobre este último asunto, vale recordar que el IMC mide todos los componentes de la composición corporal, sin discriminar grasa y tejidos magros. En tal sentido, si la AFB-M está asociada con el acúmulo de grasa, es lógico pensar que dicha asociación no pueda ser fácilmente precisada con el IMC, lo cual se acentúa si se toma en cuenta la variabilidad en los métodos utilizados para medir la actividad física. Es por esta razón, que la referida asociación debe ser investigada tomando en

consideración indicadores específicos de grasa corporal o abdominal.

La principal fortaleza de este estudio fue el tamaño de la muestra y el muestreo aplicado para seleccionar las instituciones educativas. Por otro lado, cabe resaltar que el carácter transversal de la investigación pudiera considerarse una debilidad del mismo, sin embargo, el análisis estratificado realizado para descartar fenómenos de confusión permitió disminuir dicha debilidad y atribuir a los resultados un importante grado de validez. A pesar de esta condición, se recomienda realizar a futuro nuevas investigaciones en las cuales se apliquen análisis multivariados con el fin de corroborar los resultados del presente estudio.

En conclusión, la asociación encontrada entre el Hans y la obesidad global es dependiente del NSE, no obstante, la forma como se evaluaron estos hábitos pudiera haber influido en la asociación de ambas variables. La OD no presentó asociación directa con ningún tipo de obesidad y la AFB-M se asoció consistentemente solo con la obesidad central. Se recomienda profundizar en la evaluación de hábitos alimentarios discriminando cada uno de los macronutrientes, así como, el estudio de las circunstancias sociales y económicas que determinan el complejo rol del Hans sobre el desarrollo de la obesidad durante la adolescencia. Dicha complejidad debe ser tomada en cuenta para la planificación de estrategias de prevención y control del sobrepeso y la obesidad.

Financiamiento

El proyecto de esta investigación fue registrado en el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la UCLA bajo los Códigos: 572 – ME – 2010 y 001 – DCS – 2011, instancia que financió parcialmente la misma, en conjunto con la Fundación Seguros Caracas y Miguel S. Cordero, CA. No ocurrieron conflictos de interés.

Referencias

- Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32:1431- 37.
- Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014. NCHS data brief, n° 219. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2015.
- Instituto Nacional de Nutrición. Sobrepeso y Obesidad en Venezuela (Prevalencia y factores condicionantes) [Libro en línea]. Colección Lecciones Institucionales. Fondo editorial Gente de Maíz, s/f. [citado el 19 de Mayo de 2014] Disponible desde URL: <http://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdf>
- Morales A, Montilva M. Obesidad global vs central y algunos factores de riesgo en adolescentes de un municipio venezolano. *Rev Venez Salud Pública* 2014; 2:17-24.
- Peña M, Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la región. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health* 2001; 10:75-78.
- Scheaffer R, Mendenhall W, Ott L. Elementos del muestreo. México: Grupo Editorial Iberoamericana S.A. de C.V. 1987.
- Morales A, Montilva M, Gómez N, Cordero M. Adaptación transcultural de la escala de evaluación de conductas alimentarias en adolescentes: “Adolescent Food Habits Checklist”. *An Venez Nutr* 2012; 25:25-33.
- Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12 – country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1381-95.
- Méndez Castellano H, Méndez MC. Estratificación social y biología humana. *Arch Venez Pueri Pediatr* 1986; 49:93- 104.
- FUNDACREDESA. Crecimiento, maduración física, estado nutricional y variables clínicas de la población venezolana: Manual de Procedimientos. Material Mimeografiado. 2010.
- Espinoza I. Guía práctica para la evaluación antropométrica del crecimiento, maduración y estado nutricional del niño y adolescente. *Arch Venez Pueri Pediatr* 2004; 67:S5- S54.
- Browning LM, Hsieh SD, Ashwell M. A systematic review of waist – to – height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value. *Nutr Res Rev* 2010; 23:247- 69.
- Aguayo Canela M. Confusión e interacción (1): Qué son, qué suponen y cómo manejarlas en el análisis estratificado [Documento en línea] Fabis Dot. Num 0702007. Sevilla 2007. [Citado el 11 de Diciembre de 2012] Disponible desde URL: http://www.fabis.org/html/archivos/docuweb/Confu_Inter_1r.pdf
- Vågstrand K, Barkeling B, Forslund HB, Elfhag K, Linné Y, Rössner S, et al. Eating habits in relation to body fatness and gender in adolescents – results from the ‘SWEDES’ study. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61:517- 25.
- teVelde SJ, van Nassau F, Uijtdewilligen L, van Stralen MM, Cardon G, De Craemer M, et al. Energy balance – related behaviours associated with overweight and obesity in preschool children: a systematic review of prospective studies. *Obes Rev* 2012; (Suppl 1):56-74.
- Serra – Majem L, Bautista – Castaño I. Etiology of obesity: two “key issues” and other emerging factors. *Nutr Hosp* 2013; 28(Supl 5):32-43.
- Bautista – Castaño I, Sangil – Monroy M, Serra – Majem L. Conocimientos y lagunas sobre la implicación de la nutrición y la actividad física en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:782-93.
- Fulton JE, Dai S, Steffen LM, Grunbaum JA, Shah SM, Labarthe DR. Physical activity, energy intake, sedentary behavior, and adiposity in youth. *Am J Prev Med* 2009; 37(1 Suppl):S40-9.

19. Telford RD, Cunningham RB, Telford RM, Riley M, Abhayaratna WP. Determinants of childhood adiposity: Evidence from the Australian LOOK Study. PLoS ONE [Revista en línea] 2012;7 [citada el 06 de Abril de 2014] e50014. Disponible desde URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503715/>
20. Al-Hazzaa HM, Abahussain NA, Al-Sobayel HI, Qahwaji DM, Musaiger AO. Lifestyle factors associated with overweight and obesity among Saudi adolescents. BMC Public Health 2012; 12:354.
21. binZaal AA, Musaiger AO, D'Souza R. Dietary habits associated with obesity among adolescents in Dubai, United Arab Emirates. Nutr Hosp 2009; 24:437-44.
22. Field AE, Gillman MW, Rosner B, Rockett HR, Colditz GA. Association between fruit and vegetable intake and change in body mass index among a large sample of children and adolescents in the United States. Int J Obes 2003; 27:821-26.
23. Tetens I, Alinia S. The role of fruit consumption in the prevention of obesity. JHSB [Revista en línea] 2009; Special Issue [citada el 06 de Abril de 2014] 47-51. Disponible desde URL: http://www.jhortscib.com/isafruit/isa_pp047_051.pdf
24. Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. Obes Rev 2011; 12:43-50.
25. Dialektakou KD, Vranas PBM. Breakfast skipping and body mass index among adolescents in Greece: whether an association exists depends on how breakfast skipping is defined. J Am Diet Assoc 2008; 108:1517-25.
26. Szajewska H, Rusczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. Crit Rev Food Sci Nutr 2010; 50:113-119.
27. Timlin MT, Pereira MA, Story Mary, Neumark – Sztainer D. Breakfast eating and weight change in a 5 – year prospective analysis of adolescents: Proyecto EAT (Eating Among Teens). Pediatrics 2008; 121:e638-e645.
28. Affenito SG, Thompson DR, Barton BA, Franko DL, Daniels SR, Obarzanek E, et al. Breakfast consumption by African – American and white adolescents girls correlates positively with calcium and fiber intake and negatively with body mass index. J Am Diet Assoc 2005; 105:938-45.
29. Barton BA, Eldridge AL, Thompson D, Affenito SG, Striegel – Moore RH, Franko DL, et al. The relationship of breakfast and cereal consumption to nutrient intake and body mass index: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. J Am Diet Assoc 2005; 105:1383-89.
30. Macías Matos C, Díaz Sánchez ME, Pita Rodríguez GM, Basabe Tuero B, Herrera Javier D, Moreno López V. Estilos de vida, sobrepeso y obesidad en adolescente de enseñanza media de La Habana. Rev Esp Nutr Hum Diet 2012; 16:45-53.
31. Berkey CS, Rockett HRH, Field AE, Gillman MW, Frazier L, Camargo CA, et al. Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. Pediatrics 2000; 105:e56.
32. Al – Hazzaa HM, Abahussain NA, Al – Sobayel HI, Qahwaji DM, Musaiger AO. Physical activity, sedentary behaviors and dietary habits among Sudi adolescents relative to age, gender and region. Int J Behav Nutr Phys Act 2011; 8:140.
33. Umair Mushtaq M, Gull S, Mushtaq K, Shahid U, Ahmad Shad M, Akram J. Dietary behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, among Pakistani primary schoolchildren. Int J Behav Nutr Phys Act 2011; 8:130.
34. Kwon S, Burns TL, Levy SM, Janz KF. Which contributes more to childhood adiposity – high levels of sedentarism or low levels of moderate – through – vigorous physical activity? The Iowa Bone Development Study. J Pediatr 2013; 162:1169-74.
35. Chaput JP, Lambert M, Mathieu ME, Tremblay MS, O'Loughlin J, Tremblay A. Physical activity vs sedentary time: independent associations with adiposity in children. Pediatr Obes 2012; 7:251-8.

Recibido: 16-11-2015

Aceptado: 13-07-2016

Patrones de compra de alimentos en Venezuela utilizando tablas de contingencias de tres vías

Guillermo Ramírez¹, Maura Vásquez¹, Maritza Landaeta-Jiménez², Marianella Herrera^{2,3}.

Resumen: Son múltiples y diversas las investigaciones en el área de la nutrición que tienen como principales objetivos, recabar y analizar datos estadísticos sobre la adquisición y consumo de alimentos. Un ejemplo es la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida de los Venezolanos (ENCOVI), realizada en 2014 por un equipo de investigadores de las universidades Católica Andrés Bello, Simón Bolívar y Central de Venezuela, y la Fundación Bengoa. Se hizo un análisis estadístico de tablas de contingencias de tres vías de la sección de alimentación y nutrición ENCOVI 2014. Las variables fueron patrón de compra (1 a 5), clase socioeconómica (baja, media y alta) y tamaño de ciudad (pequeña, mediana y grande). La estrategia consistió en ir evaluando paso a paso la independencia global, la independencia parcial y la independencia condicional entre estas variables, y posteriormente aplicar un análisis de correspondencias binarias, para explicar las posibles asociaciones. Los patrones de compra están asociados con el nivel socioeconómico y la densidad poblacional de la localidad de residencia de las familias. En la clase baja de ciudades de tamaño intermedio predominó una alta intención de compra de cereales y grasas, con una supresión importante de proteínas provenientes de carnes blancas y rojas, y de lácteos y derivados, y un bajo consumo aparente de frutas, hortalizas y leguminosas. Las clases media y alta no difieren sustancialmente en su intención de compra, mantienen una dieta más o menos balanceada pero con una reducción en la compra de hortalizas, frutas, leguminosa, leche y huevos. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 11-17.*

Palabras clave: Patrones de compra de alimentos, encuesta condiciones de vida, tablas de tres vías, Venezuela.

Patterns of food purchases in Venezuela using contingency tables three-way

Abstract: Multiple and diverse research in nutrition field have as the main objective, to collect and to analyze statistical data on the purchase and consumption of food. An example of these studies is the National Standard Living Conditions Survey for Venezuelans (ENCOVI), conducted in 2014 by a team of researchers from the Universidad Católica Andrés Bello, Simon Bolivar and Central de Venezuela, and the Bengoa Foundation. This paper presents a statistical analysis of three-way contingency tables in order to analyze the information in the food section of ENCOVI 2014. The studied variables are: purchase pattern (1 to 5), socioeconomic class (low, medium and high) and city size (small, medium and large). The strategy was to go step by step evaluating the overall independence, partial independence and conditional independence between these variables and then apply a binary correspondence analysis to explain the plausible associations. It was found that buying patterns are associated with socioeconomic status and population density of the town of residence of families. The lower class of medium-sized cities showed a high preference of cereal and fat with important lack of animal proteins such as white and red meats, dairy products and low purchase of fruits, vegetables and legumes. The middle and upper classes do not differ substantially in their buying intention, maintaining a better balanced diet, but still a low apparent consumption of vegetables, fruits, legumes, milk and eggs was observed. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 11-17.*

Key words: Purchase pattern of foods, national survey of living conditions, three way table, Venezuela.

Introducción

Son múltiples y diversas las investigaciones en el área de la nutrición que tienen como uno de sus principales objetivos, recabar y analizar datos estadísticos sobre la adquisición y consumo de alimentos. Estos estudios proporcionan información que permite evaluar,

entre otros temas, la calidad de la dieta, los hábitos alimentarios, la cantidad de energía y nutrientes, el gasto del hogar en alimentación, el acceso de la población a una cesta alimentaria básica y los precios de los alimentos. Dependiendo del objetivo específico planteado se habla entonces de encuestas de consumo, encuestas de precios o encuestas de hábitos de compra. Otros estudios más complejos y costosos, como las encuestas de ingresos y gastos, hacen un seguimiento continuo a lo largo de una semana, recopilando información detallada de los alimentos comprados y consumidos por los

¹ Postgrado en Estadística, Universidad Central de Venezuela (UCV),
² Fundación Bengoa, ³ Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), UCV

Solicitar correspondencia a: Guillermo Ramírez, email: guillermo.ramirez.ucv@gmail.com

miembros del hogar, a lo largo de ese período.

Diferentes estudios epidemiológicos muestran la asociación de la calidad de la dieta con un riesgo mayor o menor para contraer enfermedades, por ello es importante conocer la calidad de la dieta y los factores que determinan una mejor o peor calidad de la misma (1). De esta manera la ingesta de proteínas magras, vegetales, frutas y leguminosas junto con grasas poli y monoinsaturadas se han asociado con una disminución del riesgo de enfermedades crónicas relacionadas a la nutrición, en tanto que el consumo de azúcares, grasas saturadas y cereales refinados se relacionan con un riesgo mayor de contraerlas (1). De igual manera los patrones de consumo de los alimentos calóricamente densos pero deficientes en nutrientes esenciales, se han asociado a la pobreza en las últimas décadas, por el hecho que muchos grupos poblacionales pueden acceder a algunos tipos de alimentos, no necesariamente los más saludables. (2).

Un antecedente importante en Venezuela fue la Encuesta Social, que se realizó en este país por última vez en 1998, bajo la dirección del Ministerio de la Familia, que presidía el Gabinete Sectorial Social. La finalidad consistió en proporcionar información sobre las condiciones de vida de la población venezolana, en especial, de los hogares pobres y los grupos vulnerables, sobre el acceso y la exclusión de la población a los servicios y a los programas de la política social. (3).

En Venezuela se ha venido realizando desde 1989, pero con largas interrupciones, la Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos (ESCA), que tiene como objetivo proporcionar información sobre el consumo de alimentos, medido a través de la compra, sobre la base de una canasta alimentaria normativa. La información actualmente publicada por el INE corresponde al período 2003 - 2014. Otros estudios multipropósito de menor periodicidad han intentado satisfacer las diferentes demandas de información sobre adquisición y consumo de alimentos, complementándola además con datos socioeconómicos, de salud, educación y vivienda, entre otros. (4).

Un ejemplo reciente de este tipo de estudios es la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada en 2014 en Venezuela, para la cual se constituyó un equipo de investigadores de la Universidad Católica Andrés Bello, la Universidad Simón Bolívar, la Universidad Central de Venezuela y la Fundación Bengoa (5), El trabajo de campo fue realizado por el Centro de Investigaciones Sociales (CISOR). Son varios los eventos que se han realizado para difundir los resultados de este estudio, y además recientemente se llevó a cabo un segundo estudio en 2015.

En este trabajo se analiza la información estadística de la sección de alimentación y nutrición de la ENCOVI

2014, con el objeto de establecer las asociaciones entre los patrones de compra, el estrato socioeconómico y el tamaño de la ciudad de residencia. Para estos fines se presenta y se aplica una estrategia de análisis de tablas de contingencias de tres vías (6).

Metodología

Materiales

La ENCOVI 2014 es una encuesta nacional cuyo período de recolección de datos fue entre julio y septiembre de 2014. El instrumento aplicado incluyó más de 100 preguntas, abarcando nueve temas: salud, educación, empleo, pobreza y programas sociales, alimentación, seguridad, vivienda, pensiones y vulnerabilidad ante desastres naturales. El tipo de muestreo aplicado fue polietápico, estratificado y controlado en última etapa por edad y sexo del informante. La estratificación socioeconómica utilizada se basó en la metodología CISOR que a partir de las características de la vivienda, crea una escala de seis categorías que van desde la A (hogares más favorecidos) hasta la F (hogares menos favorecidos). Posteriormente esta escala fue reagrupada en cuatro categorías: AB, C, D y EF. También se calcularon los indicadores de pobreza (según ingreso y según necesidades básicas insatisfechas) utilizando la metodología empleada por el INE. El aspecto educativo fue medido a través del indicador denominado clima educativo, cuyo valor depende del promedio de años de escolaridad en el hogar (bajo: hasta 6 años, medio: de 7 a 11, alto: 12 y más). El tamaño muestral fue de 1.459 hogares. Las entidades donde se levantó información fueron Anzoátegui, Apure, Aragua, Bolívar, Distrito Capital, Falcón, Guárico, Lara, Mérida, Sucre, Táchira y Zulia. Las localidades seleccionadas fueron clasificadas según su número de habitantes en principales (>90.000), intermedias (20.000 – 90.000) y pequeñas (<20.000). (5) En la pregunta 76 de la sección de alimentación se le pidió al informante que mencionara los 10 primeros alimentos que compran semanalmente en el hogar. Estas respuestas fueron debidamente revisadas y sometidas a varios procedimientos de clasificación por tipo de alimento en diferentes números de categorías. En este estudio se utilizará la siguiente clasificación con 20 categorías: arroz, azúcar, bebidas, café, carne, embutidos, especias, frutas, grasas, harina, hortalizas, huevos, lácteos, leguminosas, pan y pastas, pescado, pollo, queso, tubérculos y otros.

Métodos

Indicadores

Para analizar la dimensión socioeconómica se utilizó el indicador denominado *clase* descrito en (5) cuyas categorías son *baja*, *media* y *alta*. También se obtuvo un indicador de *patrón de compra* mediante un algoritmo

de agrupación en torno a centros móviles, seguido de una jerarquía ascendente basada en el método de Ward, aplicado sobre las coordenadas obtenidas a partir de un análisis de correspondencias múltiples (ACM).

El indicador patrón de compra se construyó a partir de la información de los encuestados sobre la intención de compra de los alimentos que conforman su cesta semanal (10 principales alimentos). Con este fin se agruparon las familias con hábitos de compra similares y luego se procedió a identificar las agrupaciones conformadas.

Estrategia de análisis

La estrategia de análisis se basa en una descomposición del estadístico chi-cuadrado que contrasta la hipótesis de independencia condicional de las variables cualitativas x e y, fijados valores de una tercera variable cualitativa z:

$$H_0: P_{ij/k} = P_{i/k} * P_{j/k} \quad \forall_{ij} \quad \forall_k$$

donde los subíndices i, j y k recorren las categorías de las variables x, y y z respectivamente (7). Se demuestra que este estadístico puede descomponerse como la suma de K estadísticos con distribución chi-cuadrado con (I-1)(J-1) grados de libertad (I, J y K denotan el número de categorías de las variables x, y y z respectivamente). cada uno de los cuales permite contrastar la independencia marginal entre x e y para cada categoría de z:

$$\chi^2 = \sum_{i,j,k} \frac{(n_{ijk} - e_{ijk})^2}{e_{ijk}} = \sum_k \chi^2_{\{z=k\}} \chi^2_{xy}$$

donde n_{ijk} denota la frecuencia observada en la celda (i,j,k) y e_{ijk} la frecuencia esperada en esa celda. De ahí que la explicación de las causas de la significación de la independencia condicional puede encontrarse al analizar la independencia entre x e y en cada categoría de z. Si se encuentran evidencias en contra de la hipótesis que se contrasta, un resultado útil para explicar las causas de la significación, consiste en realizar un análisis de correspondencias binarias (ACB) con el fin de identificar los perfiles más diferenciados del centro de gravedad de la nube de puntos fila y encontrando las categorías de la variable columna responsable de tales diferencias (8).

En resumen, la técnica de análisis propuesta consiste en:

- Calcular el estadístico global de independencia de la tabla tridimensional: χ^2_{xyz}
- En caso de significación en el paso 1, evaluar la independencia marginal mediante los estadísticos: χ^2_{xy} , χ^2_{xz} y χ^2_{yz} .
- Si una de las variables (por ejemplo z) defina estratos de interés, se contrasta la hipótesis de independencia condicional mediante el estadístico: $\chi^2_{xy.z}$.
- Si hay significación en el paso 3, se realiza el análisis de independencia de x e y en cada una de las categorías de la variable z: $\chi^2_{xy.\{z=k\}} \quad \forall_k$.

- En aquellas categorías de la variable z en las que se encuentre asociación significativa entre x e y, aplicar un ACB para identificar las causas de la significación.

Para que los resultados de este procedimiento sean válidos, las variables que conforman el cuadro deben tener al menos tres categorías y debe disponerse de un gran número de observaciones.

En este trabajo se seguirá el criterio de calificar a un conglomerado de familias como consumidoras de un rubro alimentario si más del 75% lo consume, de moderado consumo si este porcentaje varía entre 50 y 75, y como no consumidoras si no alcanza el 50% (9).

Resultados

Se encontró la presencia de cinco patrones de compra semanal de alimentos en las familias participantes en el estudio. En los cuadros 1 a 5 se describe cada uno de ellos y se indicó el porcentaje de familias que adquirieron los rubros de alimentos considerados.

Patrón 1 (18,4%)

Las familias que definen el patrón 1 pueden calificarse mayoritariamente como de dieta adecuada, siendo consumidoras de cereales, carnes rojas, pollo y hortalizas. Presentaron además un moderado consumo de lácteos, pescado y frutas, y bajo consumo de grasas, queso, huevos y leguminosas.

Patrón 2 (17,8%)

La dieta de estas familias estuvo conformada fundamentalmente por carbohidratos y grasas. Se caracterizaron además por un bajo consumo de proteínas derivadas de carnes rojas y blancas, huevos, hortalizas y frutas. Cabe destacar que aparentemente cerca de la mitad de estas familias suplieron estas carencias con la adquisición de lácteos y queso. (Cuadros 1 y 2)

Patrón 3 (24,1%)

El patrón de estas familias fue similar al patrón 1 en cuanto a la compra de carbohidratos y carnes en general. Las diferencias se manifestaron en un menor consumo de hortalizas y frutas, con disminución más marcada aún en el consumo de lácteos.

Patrón 4 (24,3%)

Este patrón es en líneas generales similar al patrón 3. Sin embargo, se observó en este grupo de familias una disminución importante en el consumo de queso, huevo, hortalizas y leguminosas. (Cuadros 3 y 4)

Patrón 5 (15,4%)

Este grupo de familias se caracterizó por consumir fundamentalmente harina de maíz (77%), arroz (73%) y pollo (57%). El porcentaje de familias que compraron los alimentos restantes fue inferior al 50%, y en la mayoría de los casos menor de 25% (pescado, lácteos, queso, huevos, frutas y leguminosas).

Cuadro 1. Patrón de compra 1

Nutrientes	Alimento	Intención de compra semanal		
		<50%	50-75%	>75%
Carbohidratos (cereales)	harina de maiz			100
	pan y pasta			93
	arroz			86
Grasas	grasas	44		
	carne			90
Proteínas	pollo			86
	pescado		52	
	lácteos		67	
	queso	34		
	huevos	39		
	Vegetales	hortalizas		
	frutas		63	
	leguminosas	29		

Cuadro 2. Patrón de compra 2

Nutrientes	Alimento	Intención de compra semanal		
		<50%	50-75%	>75%
Carbohidratos (cereales)	harina de maiz			100
	pan y pasta			92
	arroz			92
Grasas	grasas			100
	carne	35		
Proteínas	pollo	47		
	pescado	25		
	lácteos		52	
	queso		50	
	huevos	43		
	Vegetales	hortalizas	42	
	frutas	25		
	leguminosas	41		

Cuadro 3. Patrón de compra 3

Nutrientes	Alimento	Intención de compra semanal		
		<50%	50-75%	>75%
Carbohidratos (cereales)	harina de maiz			94
	pan y pasta			89
	arroz			88
Grasas	grasas		59	
	carne			94
Proteínas	pollo			97
	pescado		62	
	lácteos	34		
	queso		61	
	huevos		55	
	Vegetales	hortalizas		64
	frutas	43		
	leguminosas	32		

Cuadro 4. Patrón de compra 4

Nutrientes	Alimento	Intención de compra semanal		
		<50%	50-75%	>75%
Carbohidratos (cereales)	harina de maiz			94
	pan y pasta			81
	arroz			92
Grasas	grasas			100
	carne			90
Proteínas	pollo			95
	pescado	32		
	lácteos		57	
	queso	27		
	huevos	26		
	Vegetales	hortalizas	33	
	frutas	16		
	leguminosas	11		

Cuadro 5. Patrón de compra 5

Nutrientes	Alimento	Intención de compra semanal		
		<50%	50-75%	>75%
Carbohidratos (cereales)	harina de maiz			77
	pan y pasta	45		
	arroz		73	
Grasas	grasas		50	
	carne	47		
Proteínas	pollo		67	
	pescado	21		
	lácteos	23		
	queso	17		
	huevos	19		
	Vegetales	hortalizas	33	
	frutas	23		
	leguminosas	21		

Las variables utilizadas para construir la tabla de contingencias de tres vías fueron las siguientes:

- x: Patrón de compra (*patrón*): pc1, pc2, pc3, pc4, pc5 (5 categorías).
- y: Nivel socioeconómico (*clase*): baja, media, alta (3 categorías).
- z: Tamaño ciudad (*tamaño*): pequeña, intermedia, principal (3 categorías).

Al aplicar la estrategia de análisis propuesta se encontró que:

1. El estadístico chi-cuadrado de independencia completa resultó significativo:

$$X^2_{xyz} = 239.87, \text{ gdl} = 16, \text{ p-valor} = 0.0000^{**}$$

(gdl=grados de libertad)

Esto quiere decir que se rechazó la hipótesis de independencia global entre estas tres variables. En otras palabras, se concluyó que existe asociación entre el patrón de compra de alimentos, la condición socioeconómica y el tamaño de la ciudad o localidad de residencia.

2. Los tres estadísticos chi-cuadrado de independencia marginal resultaron significativos:

$$X^2_{xy} = 40.34, \text{ gdl} = 8, \text{ p-valor} = 0.0000^{**}$$

$$X^2_{xz} = 47.35, \text{ gdl} = 8, \text{ p-valor} = 0.0000^{**}$$

$$X^2_{yz} = 106.61, \text{ gdl} = 4, \text{ p-valor} = 0.0000^{**}$$

Es decir, se encontró asociación en cada uno de los tres pares de variables (asociación marginal).

3. En este estudio se consideró el tamaño de ciudad como variable que define los estratos de interés

en los que se evalúa la asociación entre patrón de compra y condición socioeconómica. El estadístico chi-cuadrado de independencia condicional resultó significativo:

$$X^2_{xyz} = 71.70, \text{ gdl} = 24, \text{ p-valor} = 0.0000^{**}$$

Esto quiere decir que al menos en una de las subpoblaciones definidas por valores específicos de z (tamaño ciudad), existe asociación entre x (patrón de compra) y (nivel socioeconómico).

- Los estadísticos chi-cuadrado de independencia entre patrón y clase, en cada una de las categorías de la variable tamaño fueron los siguientes:

$$X^2_{xy, \{z=\text{pequeña}\}} = 21.13, \text{ gdl} = 8, \text{ p-valor} = 0.0068^{**}$$

$$X^2_{xy, \{z=\text{intermedia}\}} = 41.44, \text{ gdl} = 8, \text{ p-valor} = 0.0000^{**}$$

$$X^2_{xy, \{z=\text{principal}\}} = 9.13, \text{ gdl} = 8, \text{ p-valor} = 0.3313$$

Esto indica que existe asociación entre patrón y clase tanto en las ciudades pequeñas como en las intermedias, pero no en las principales.

- Con el objeto de explicar las asociaciones encontradas, se aplicó un ACB separadamente en cada una de las dos subpoblaciones (ciudades pequeñas y ciudades intermedias).

En la Figura 1 se presenta el primer plano factorial del ACB correspondiente a las ciudades intermedias. Esta representación muestra las relaciones entre las diferentes categorías de las variables patrón de compra y clase en las familias que residen en las ciudades de tamaño intermedio.

En la Figura 1 se han trazado unas líneas que parten de las categorías de la clase socioeconómica hacia los patrones de compra más preponderantes en cada una de ellas.

El patrón pc4 es común a las tres clases, y con el mismo grado de importancia (23-24%). Puede afirmarse que los patrones característicos de la clase baja son, en orden de importancia, pc5 (34,8%) y pc2 (21,1%). El medio sigue los patrones de compra pc3 (24,3%) y pc2 (16,9%), mientras que el alto queda caracterizado por asumir principalmente el hábito de compra identificado como pc1 (33,1%).

En la Figura 2 se presenta el primer plano factorial del ACB correspondiente a las ciudades pequeñas.

En este caso no existen diferencias importantes entre los patrones de compra de las clases media y baja, que comparten los patrones pc2, pc3 y pc4 en proporciones más o menos similares. Mientras que en la clase alta sus preferencias se reparte entre los patrones pc1, pc3 y pc5. Ambas figuras muestran claramente la existencia de interacción entre clase social, tamaño de la ciudad y patrón de consumo.

La Figura 3 es un diagrama de árbol que muestra el proceso de segmentación que se produce al considerar patrón como variable dependiente y las variables tamaño

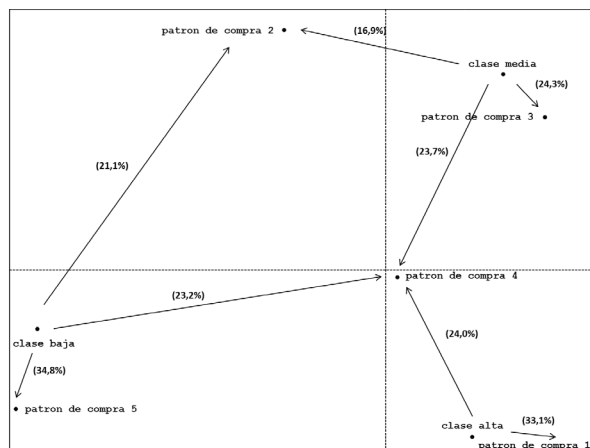


Figura 1. Primer plano factorial ACB. Ciudades intermedias.

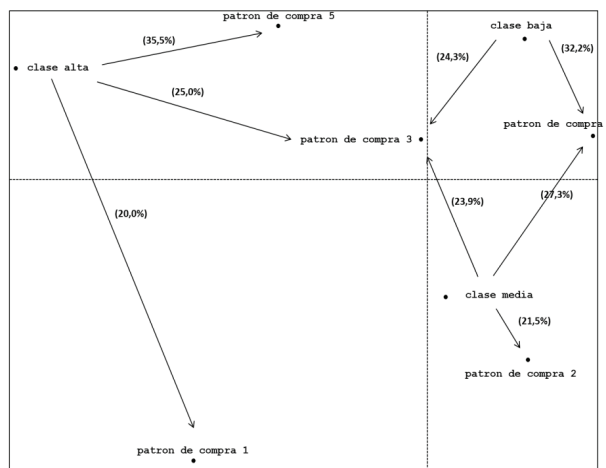


Figura 2. Primer plano factorial ACB. Ciudades pequeñas.

y nivel como predictores (8). El árbol tiene dos niveles de segmentación (uno por cada predictor), tres ramas y siete nodos terminales. En cada rectángulo (hoja) se indica el porcentaje de familias que posee cada patrón de compra. El nodo 1 (ciudades pequeñas) se subdivide en tres grupos de acuerdo con la clase socioeconómica. Debemos señalar, sin embargo, que al hacer una prueba estadística de independencia se encontró que no hay diferencias significativas entre la clase baja (nodo 1.1) y media (nodo 1.2). Se han mantenido separados para destacar la distribución porcentual de los patrones en cada caso. El nodo 2 (que está en el extremo derecho por razones de presentación) se subdivide también en tres grupos, y nuevamente se presenta la situación de que no hay diferencias significativas, pero esta vez entre clase media (nodo 2.2) y alta (nodo 2.3). El nodo 3 (en el centro) no se subdivide debido a que no se encontraron diferencias significativas en la distribución de los patrones en las tres clases. Se comparten los patrones 1, 2, 3 y 4 de manera más o menos equitativa, y sólo un 11% adquiere sus alimentos según el patrón 5. Estos

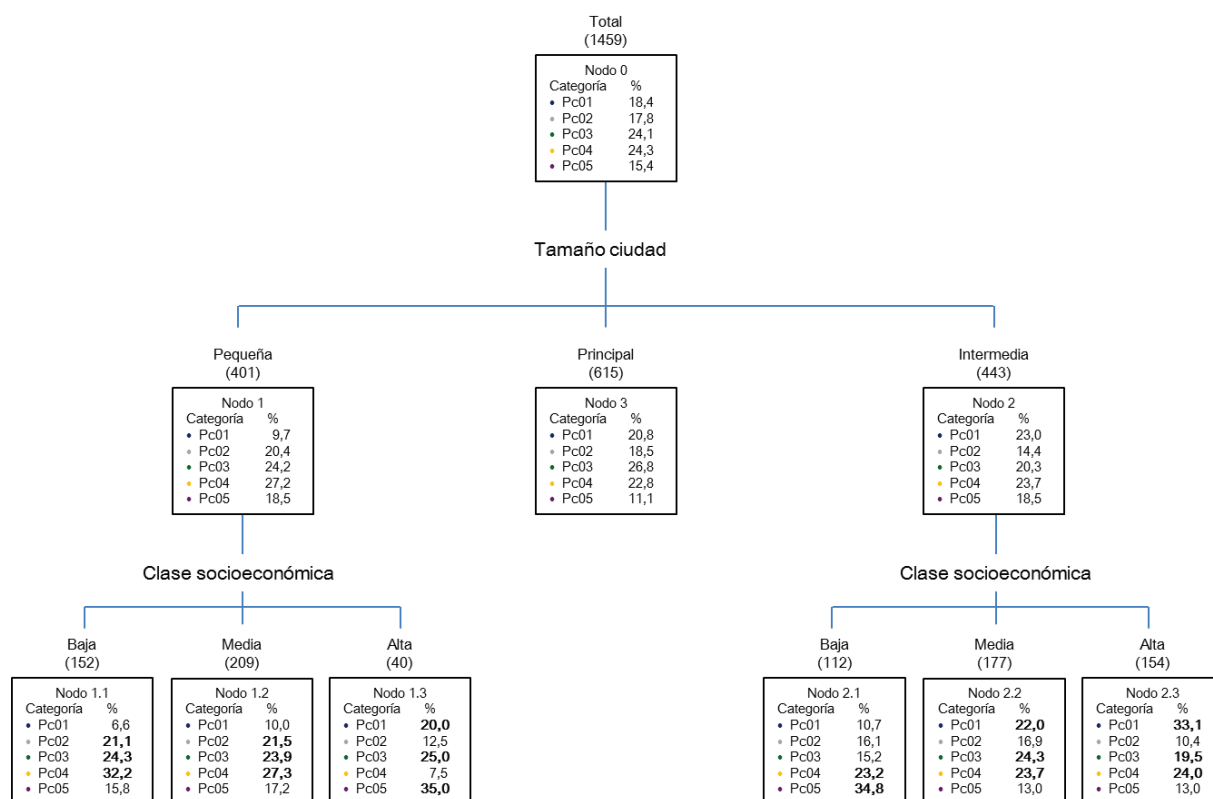


Figura 3. Árbol de Segmentación.

resultados no hacen sino confirmar lo que se observó en las Figuras 1 y 2.

En las ciudades principales no se encontró asociación entre el patrón de compra y el nivel socioeconómico. Se comparten los patrones 1, 2, 3 y 4 en forma más o menos equitativa, y sólo un 11% adquiere sus alimentos según el patrón 5.

Discusión

Tal como en otros estudios, se está asumiendo aquí que el patrón de compra constituye una aproximación conceptual al patrón de consumo aparente. Así la conducta de un individuo en cuanto a la adquisición de los alimentos pone de manifiesto sus gustos y preferencias como consumidor. En líneas generales se consume lo que se compra, y se compra lo que se desea consumir.

En Venezuela, el patrón de intención de compra de los alimentos que integran la cesta semanal se ha visto alterado por los distintos procesos económicos y sociales que ha confrontado el país en los últimos años, lo que impacta sustancialmente en la oferta y demanda de productos en el mercado (11,12). Para garantizar su subsistencia alimentaria, las familias han venido adaptando su dieta a los constantes cambios que en este sentido se presentan en el mercado, sustituyendo o eliminando algunos alimentos específicos.

En este trabajo, cuyo período de referencia es el año 2014, se ha encontrado que los patrones de compra es-

tán asociados con el estrato socioeconómico y la densidad poblacional de la localidad de residencia de las familias. Este resultado está posiblemente influenciado por lo azaroso de la distribución de alimentos, así como por la acelerada pérdida del poder adquisitivo que genera inseguridad alimentaria al limitar el acceso a este tipo de bienes (5).

En los núcleos urbanos de mayor densidad poblacional, las familias de las distintas clases sociales presentan patrones de compra que no se diferencian sustancialmente. Se comparten los patrones 1, 2, 3 y 4 en forma más o menos equitativa, y sólo un 11% adquiere sus alimentos según el patrón 5. Esto quiere decir que en sus hábitos de compra predominan harina, pan y pastas, arroz, grasas y carne, productos de mayor disponibilidad en las zonas urbanas.

En las ciudades de tamaño intermedio, las familias de nivel social más bajo presentan prevalentemente patrones de intención de compra de alimentos que constituyen un indicativo de una dieta poco saludable, en la que resalta un mayor consumo de cereales y grasas, con una reducción importante de proteínas de origen animal provenientes de carnes blancas y rojas, y derivados lácteos, además presentan una marcada condición como no consumidores de frutas, hortalizas y leguminosas. A este respecto cabe resaltar lo planteado por De Irala-Estévez et al (13), quien subraya que más allá de que el costo sea uno de los principales determinantes de la

elección de los alimentos, la población con ingresos bajos muestra una tendencia a seguir una alimentación no equilibrada y, particularmente, ingieren pocas frutas y verduras. En las familias pertenecientes a la clase alta de la estratificación social, la intención de compra parece corresponderse con un patrón de dieta que incorpora los distintos grupos de nutrientes que requiere una dieta equilibrada y completa. Aun cuando las clases alta y media tienen en general un patrón de compra similar, cabe advertir que este último grupo social presenta una disminución en el consumo de hortalizas, frutas, leguminosas, leche y huevos.

Los patrones de compra que predominan en las ciudades pequeñas, son más o menos similares en las clases baja y media, pero diferenciados de clase alta. Debe señalarse, sin embargo, que el patrón pc3 es compartido por las tres clases sociales ($\approx 25\%$ en cada una), el cual queda definido por familias consumidoras de cereales, carnes rojas y pollo, menos consumidoras de grasas, hortalizas, pescado, quesos y huevos, y no consumidoras de lácteos. Los patrones propiamente típicos de las clases baja y media son pc4 y pc2. El patrón 4 (alrededor de un 30% en cada clase) identifica a familias caracterizadas por adquirir cereales y proteínas derivadas de carnes rojas y pollo, que en menor grado adquieren lácteos, y muy pocas de ellas adquieren pescado, queso, huevos, hortalizas, frutas y leguminosas. Por su parte, el patrón 2 (alrededor del 20% en cada clase) está definido por un alto porcentaje de familias que consumen cereales y grasas, un porcentaje moderado que consume derivados de la leche, y un porcentaje muy bajo que adquiere los rubros alimenticios restantes. Por su parte, los hábitos de compra del nivel alto, que representa apenas un 10% de las familias residenciadas en ciudades pequeñas, además de pc3, quedan adicionalmente identificados por familias con hábitos de compra tipos pc1 y pc5.

En cuanto a la calidad de la alimentación, además de los factores culturales y socioeconómicos, aparece un factor geográfico-espacial en la distribución de alimentos que condiciona una mayor uniformidad de la dieta a medida que los centros poblados se alejan hacia la periferia. Este patrón no garantiza una dieta saludable y puede estar contribuyendo al deterioro de la salud y al incremento de patologías relacionadas con la deficiencia de nutrientes (desnutrición, hambre oculta) así como enfermedades cardiometabólicas, como la diabetes, la obesidad y la hipertensión, entre otras. Estos hallazgos aportan información sobre la dinámica del acceso y dis-

tribución de alimentos, en la cual las misiones sociales, entre ellas la de alimentación, tal como señala España (12), “no cumplen con un principio de una política social progresista: atender a los más necesitados”.

Referencias

1. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 2008; 87:1107-17.
2. Drewnowski A, Spencer SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004; 79:6-16.
3. Encuesta Social 1998. Ministerio de la Familia, Dirección General Sectorial de Desarrollo Social. Documento Técnico. 1998.
4. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012). Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos. ENCA 2012. Recuperado de http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=114&Itemid=38.
5. Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Vásquez M, Ramírez G. La alimentación y nutrición de los venezolanos. En: Freitez A, González M, Zúñiga G (Equipo Coordinador). Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI 2014). Caracas: UCAB-USB-UCV, 2015: 53-68.
6. Kroonenberg P. Applied multiway data analysis. New York: Wiley; 2008.
7. Wickens T. Multiway contingency tables analysis for the social sciences. New Jersey: LEA Publishers; 1989.
8. Greenacre M. Theory and applications of correspondence analysis. London: Academic Press; 1984.
9. Menchú M, Méndez T. Análisis de la situación alimentaria en El Salvador. Guatemala: INCAP; 2011.
10. Ramírez G, Vásquez M. Contribuciones al análisis de segmentación. Caracas: FaCES UCV- OCEI; 1999.
11. Cenda. Precio de la canasta alimentaria Venezuela (Junio 2016). Recuperado <http://www.notilogia.com/2016/06/precio-de-la-canasta-alimentaria-venezuela.html>.
12. León LV. Tendencias del consumidor 2015. *Datanalisis*. El Universal, Caracas 5 de mayo de 2015. www.eluniversal.com/economia/150505/datanalisis-preve-caida-de-5-en-el-consumo-y-de-4-en-el-pib.
13. De Irala-Estevez J, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prättälä R, Martínez González A. A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54: 706-714.
14. España LP. Aumento de la pobreza acciones para su superación. En: Una mirada a la situación social de la población venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI 2014). Freitez A, González M, Zúñiga G (Equipo Coordinador). Caracas: UCAB-USB-UCV, 2015: 23-33.

La alimentación de los venezolanos, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015

Maritza Landaeta-Jiménez¹, Marianella Herrera Cuenca^{1,2}, Maura Vásquez³, Guillermo Ramírez³.

Resumen: La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015, tiene como objetivo contribuir con la información en alimentación de los venezolanos. En 1488 hogares, la compra semanal de alimentos se concentró en cereales (harina de maíz, arroz, pan y pasta) y junto a las grasas representaron 38% de la intención de compra, mientras que la misma bajó en las proteínas animal y/o vegetal. En 2015, se redujo el porcentaje de la compra de carnes, pollo y grasas, ya que estos alimentos incrementaron de precios en forma irracional. Cuatro agrupaciones socioeconómicas se conformaron: Pobre Extremo (28,1%), Pobre No Extremo (19%), Pobre Reciente (34%); No Pobre (19%). La clase media disminuida en ingresos, integraron los pobres recientes. El 12,1% de los encuestados refieren comer dos o menos veces al día y de estos 44% son los más pobres. Tres millones y medio de personas se encontraron en situación de hambre. En promedio el deterioro del poder adquisitivo manifestado en la posibilidad de adquirir los alimentos, se incrementó, ya que sólo 20% de los hogares podían comprar la cesta básica en 2015 y en los estratos más pobres solamente el 7%, expresión del nivel de inseguridad alimentaria al no tener como comprar alimentos. La dieta de pobre calidad, el bajo acceso a las proteínas, la ausencia de leche para la alimentación de los niños, está generando incremento en la desnutrición, con consecuencias muy lamentables, ya que su presencia en periodos críticos del desarrollo compromete su integridad intelectual y su desarrollo físico. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 18-30.*

Palabras clave: Alimentación, encuesta nacional de condiciones de vida, encuesta de alimentación, hambre, Venezuela.

How Venezuelans are fed, according to the National Survey of Living Conditions 2015

Abstract: The Venezuela's Standard Survey of Living Conditions 2015, aims to contribute to the information on how Venezuelans were fed during this year. 1488 households, reported that the weekly grocery shopping was based in cereals (corn flour, rice, bread and pasta) and together with fat accounted for 38% of the purchase intent. The weekly intention for shopping fell in protein from either animal or vegetable source, thus the percentage of the purchase of meat and chicken was reduced, as these foods prices increased outrageously. Four socioeconomic groups of people were identified: people in extreme poverty (28.1%), the non-extreme impoverished people (19%), newly impoverished (34%); and non-poor people (19%). The middle class classify now as newly poor. 12.1% of respondents refer eating two or fewer times a day and of those, 44% are among the poorest. In consequence, three million and a half of Venezuelans can be found in a situation of hunger. On average, the purchasing power reported as the ability to purchase food, was diminished, as only 20% of the households could afford the basic food basket during 2015. In the poorest socioeconomic strata, only 7% could afford buying the basic foods. This is a manifestation of the food insecurity level that the majority of the extreme poor households had been facing. The poor quality diet, the low access to proteins, the absence of milk for feeding the children, is contributing to the increased undernutrition, with very unfortunate consequences, as the deficit of nutrients in critical periods of development and growth compromises the intellectual integrity and physical development of the future generations. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 18-30.*

Key words: Feeding, standard survey of living conditions, feeding questionnaire, hunger, Venezuela.

Introducción

La alimentación de los venezolanos se ha deteriorado de forma alarmante en los últimos años. Para el momento de la publicación de este artículo más de la mitad del año 2016 ha transcurrido en medio de una intensa crisis de escasez de alimentos que reúne los criterios de la definición internacional de crisis de in-

seguridad alimentaria. Durante el año 2015, las condiciones de vida de los venezolanos mostraron un fuerte deterioro que incluyó un aumento en la pobreza de 48% en el 2014 hasta 73%, de los cuales 49% representa pobreza extrema (1). Este hecho determina que Venezuela haya adquirido unas características particulares que necesitan de acciones específicas, en especial, dirigida a la atención de las necesidades básicas de la población vulnerable; lo cual se superpone al ya existente fenómeno conocido como "la doble carga de la malnutrición", incremento de la obesidad sin haber erradicado la desnutrición (2). Actualmente, como consecuencia

¹ Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición. Caracas, Venezuela. ² Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) Universidad Central de Venezuela. ³ Postgrado de Estadística de la Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela.

Solicitar correspondencia a: Maritza Landaeta-Jimenez. correo electrónico: mlandaetajimenez@gmail.com

de la crisis socioeconómica y alimentaria, la desnutrición grave emerge significativamente en los más débiles y se incrementa el hambre oculta. (3, 4).

La alimentación adecuada de un individuo es un componente esencial del estilo de vida saludable. Existe suficiente evidencia sobre el impacto de la adecuada nutrición como consecuencia de una alimentación que aporta la energía y nutrientes esenciales, para cubrir los requerimientos indispensables y el mantenimiento de las funciones vitales del organismo. (5). También del riesgo debido a los desbalances energéticos, tanto por el consumo excesivo de calorías como por el déficit de las mismas, en los períodos críticos del crecimiento. (6,7). Por ejemplo, durante el período del embarazo en las mujeres, las deficiencias de energía y nutrientes promoverán un escenario metabólico “in utero” que facilitará la programación fetal de enfermedades crónicas en el nuevo ser, aumentando los riesgos de enfermedades futuras como la obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares en la población. En el período correspondiente a los primeros mil días de vida, que incluye, el embarazo y los primeros dos años de vida, se ha comprobado que las deficiencias o excesos alimentarios, tienen consecuencias importantes sobre el futuro estado de salud, que de no intervenir a tiempo, se convertirían en daños irreversibles para los individuos expuestos a condiciones de alimentación y nutrición adversas al inicio de la vida. (8).

Los temas descritos anteriormente, constituyen riesgos exacerbados por la situación de emergencia alimentaria y nutricional que experimentan los venezolanos al día de hoy. Dicha situación, se ha instalado de forma paulatina, pues desde el año 2012 existen evidencias del deterioro en la capacidad de compra, la escasez de alimentos, la disponibilidad calórica y las alteraciones en el estado nutricional de los diferentes grupos de edades de la población que alcanzó proporciones alarmantes en los últimos dos años. (9,3).

La Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (10), correspondiente abril-septiembre de 2015 en 9.502 individuos de tres años y más en 24 entidades federales del país. Se trata de una muestra probabilística, que una vez expandida es representativa de la población venezolana (50,3% de población evaluada entre 18 a 49 años). El número de individuos pertenecientes a los estratos I, II y III fue de 39,3%, IV 49,7% y V 11,0%. El consumo total de energía está por debajo de los requerimientos, el porcentaje de adecuación fue de 94,1 % y los hombres presentaron la adecuación más baja (88,8%) que las mujeres (101%). La ingesta proteica, se mantiene dentro de las recomendaciones 105,7% y 117,2%, para hombres y mujeres respectivamente. Entre 2013 y 2015 la adecuación bajó 5,6% en energía y 2% en proteínas.

Estos resultados indican un incremento de la vulnerabilidad alimentaria, importante de señalar, debido a la diferencia en la estratificación social de esta encuesta, con una representación de los estratos altos y medio de casi 40%, distinta a la estratificación social de la población en 2016. (10).

En este trabajo, se analizan algunos aspectos de la seguridad alimentaria y nutricional en Venezuela, relativos a la percepción de la capacidad de compra, los alimentos que predominan y el acceso a los mismos durante 2015, a través de los datos recopilados en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida.

Materiales y Métodos

Para esta encuesta se contó con la participación interinstitucional de las universidades: Católica Andrés Bello, Simón Bolívar, Central de Venezuela y de la Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición. Se trata de una encuesta estructurada que incluyó preguntas sobre nueve áreas: Salud, educación, alimentación, pobreza y misiones, vivienda y servicios, contingencia ante desastres naturales, pensiones, empleo y seguridad y violencia.

Para la elaboración del instrumento de recolección de datos se tomó como referencia la encuesta realizada por el equipo de ENCOVI 2014, la cual a su vez tuvo como punto de partida la revisión de las encuestas que en los diferentes temas consideraran aspectos de las condiciones de vida de la población, tales como la Encuesta de Hogares por Muestreo de Venezuela y la Encuesta Social (12). En consecuencia, cada equipo de trabajo revisó y construyó su propuesta, para el caso de alimentación, un equipo de expertos de Fundación Bengoa estableció las preguntas para evaluar condiciones de seguridad alimentaria e intención de compra de alimentos, así como de otras variables de estilo de vida que ejercen influencia sobre el bienestar de los individuos. (11).

El trabajo de recolección de la data se realizó durante los meses de agosto y septiembre de 2015 en 1488 hogares y un representante del hogar suministró la información. Los hogares fueron seleccionados mediante un muestreo polietápico, estratificado por conglomerados de puntos muestrales en las comunidades y en la última etapa la distribución se controló por sexo y edad de los informantes. Se obtuvo una muestra urbana nacional representativa que abarcó las diferentes áreas geográficas del país, en ciudades principales, medianas, pequeñas y caseríos según se presenta en el Cuadro 1.

Para la identificación de los estratos socioeconómicos, se utilizaron los estratos conformados según la metodología CISOR (13). Para la recolección de la información en los hogares seleccionados se identificó un representante del hogar cuya edad debía estar comprendida entre

Cuadro 1. Distribución geográfica de los hogares. Centro de Investigación Social CISOR

Región fisiográfica	Dimensión del centro poblado		
	Ciudades principales	Ciudades grandes y medianas	Ciudades pequeñas y caseríos ^(a)
Centro-norte costero	Zona metropolitana de CCS, Guarenas y Guatire, Valles del Tuy, Maracay		La Guacamaya
Llanos		San Fernando-Birúaca	Corozo Pando
Oriente	Barcelona-Puerto La Cruz	Carúpano	Arapo
Sur	Puerto Ordaz-San Félix	Ciudad Bolívar	El Pao
Occidente	Maracaibo y Barquisimeto	Santa Ana de Coro	El Gamelotal
Andes	San Cristóbal	Mérida	Ureña

^(a) Su elección está sujeta a una verificación en campo.

los 20 y 65 años de edad y se establecieron tres categorías de edades para el análisis: entre 20 y 34 años, 35 y 49 años y más de 50 años. La distribución de los informantes por edad, sexo y estrato social se presenta en el Cuadro 2.

Variabes: Las variables estudiadas fueron las siguientes: principales alimentos que compran en el hogar, acceso a los alimentos, capacidad de compra, hábitos de alimentación, número de comidas, comidas dentro y fuera del hogar, costo de la alimentación fuera del hogar, características socioeconómicas de los hogares y de los entrevistados, actividad física por categorías, horas de sueño y de televisión, condición emocional y enfermedades asociadas a la alimentación. (3). Además del estrato social CISOR, incluyó quintil de ingresos, clima educativo, edad del jefe de hogar y número de miembros.

(11). Posteriormente se realizó un análisis comparativo entre ENCOVI 2014 y 2015, de los patrones de consumo en cada uno de los estratos considerados y de las otras variables.

Manejo de los datos y análisis: En la organización y procesamiento de los datos se utilizaron los paquetes informáticos Excel 2010, SPSS 22.0 y SPAD 6.0. Se aplicaron métodos estadísticos descriptivos para obtener el patrón de compra semanal de los diez principales alimentos. Adicionalmente se construyó un indicador de clase social (baja, media y alta) mediante un análisis de conglomerados sobre las coordenadas obtenidas en un análisis de correspondencias múltiples aplicado sobre diversos indicadores socioeconómicos considerados. Se realizó un árbol de segmentación para ubicar la influencia de las diferentes variables como determinantes en las características de estilo de vida de la población: alimentación, actividad física y horas de sueño.

Cuadro 2. Distribución de cuotas, total nacional

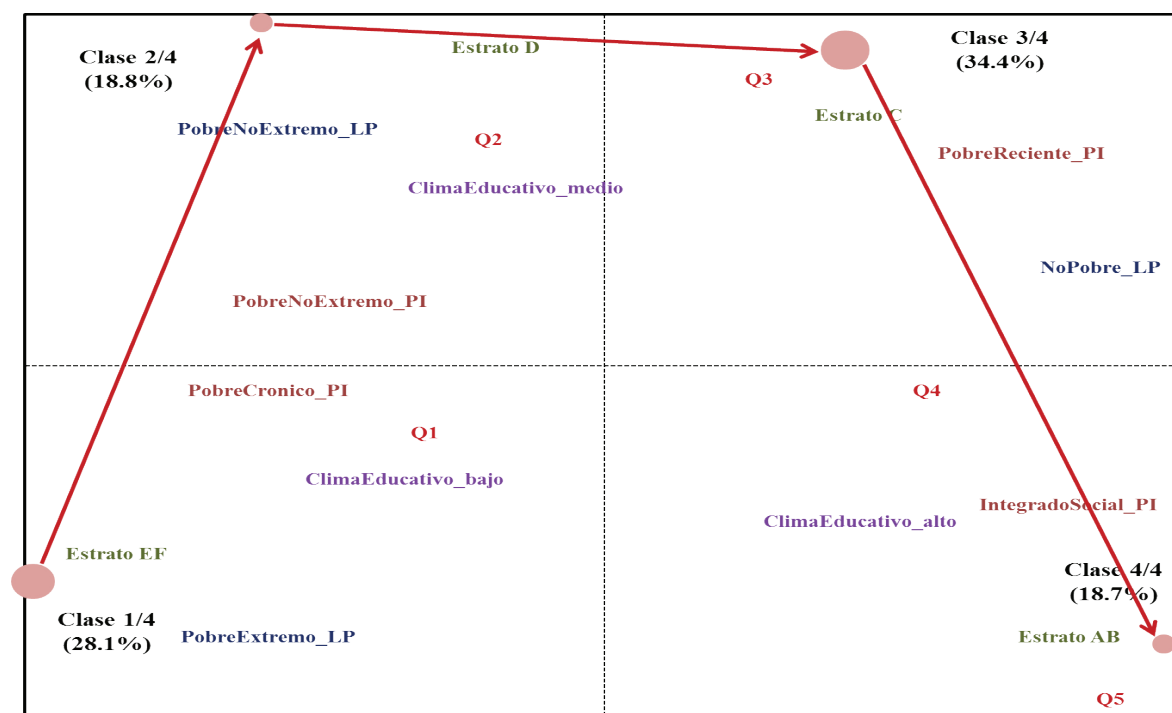
Estrato	AB	C	D	EF	Total Muestra
Muestra	264	408	408	408	1.488
Hombres	132	204	204	204	744
20-34	44	68	68	68	248
35-49	44	68	68	68	248
50 años +	44	68	68	68	248
Mujeres	132	204	204	204	744
20-34	44	68	68	68	248
35-49	44	68	68	68	248
50 años +	44	68	68	68	248

Nota. En ciudades pequeñas y caseríos no se consideran los estratos AB, de allí la diferencia de hogares a encuestar en comparación con los otros estratos.

Resultados

Características sociales y económicas de los hogares respecto a la intención de compra de los alimentos

Para identificar las agrupaciones de alimentos respecto a las variables socioeconómicas, se realizó un análisis de correspondencias múltiples (ACM) en el cual se conformaron cuatro agrupaciones: de tal manera que la caracterización socio-económica de la muestra para los efectos de este análisis quedó conformada por las siguientes clases: Clase 1: Pobre Extremo (28,1%), Clase 2 Pobre No Extremo. Clase 3 Pobre Reciente; Clase 4: No Pobre. En la Figura 1 se observó el orden de las agrupaciones a lo largo de un gradiente de pobreza, con



Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa 2015

Figura 1. Primer plano factorial Análisis de Correspondencias Múltiples

un trazado que se inició en una agrupación de hogares que pueden conceptualizarse en pobreza crónica extrema (clase 1), luego se describieron grupos de pobreza intermedios (clases 2 y 3), finalizando en un grupo de hogares no pobres (clase 4).

Según esta agrupación 81% de los hogares encuestados clasificaron con algún nivel de pobreza. (Extrema 28%, No Extrema 19%, Reciente 34,4% y No pobres 19%). Destacó en este estudio la conformación del gru-

po de pobres recientes, que en su mayoría provienen de estratos medios, con buen nivel educativo, con las NB satisfechas pero que por el método línea de pobreza, clasificaron en pobreza (Deterioro del nivel de vida por falta de ingresos). La pobreza de ingresos debido a la inflación, impactó la clase media y aceleró un proceso de deterioro de su calidad de vida. Sólo 19% de los encuestados clasificaron en la categoría No pobres. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Niveles según características socioeconómicas 2015*

Niveles	Extrema	No-extrema	Reciente	No Pobres
Pobreza	28%	19%	34%	19%
Estrato CISO	E y F (62%) D (25%)	C (27%) D (57%)	C (53 %) D (41%)	A y B (72%) C (22%)
Quintil de ingreso	Q1 (60%) Q2 (28%)	Q2 (48%)	Q2 (28%) Q3 (34%)	Q5 (53%) Q4 (34%)
Clima educativo	medio (55%) medio bajo (36%)	medio (72%)	medio (54%) alto (32 %)	alto (89%)
Pobreza integrada	crónicos extremo	mejores condiciones	pobres	-
Línea de pobreza	extrema (58%) >1 NBI	extrema (90%) 1 NBI	pobres (82%) no extrema (31%) extrema (51%) NB Satisfecha (96%)	-

*Análisis de correspondencias múltiples (ACM) y de clasificación
Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa 2015

Compra semanal de alimentos según ENCOVI 2015

La compra semanal de alimentos en los hogares, se orientó a la selección de cereales (harina de maíz, arroz, pan y pasta) que representó aproximadamente 40% del total de los alimentos que integraron la canasta alimentaria semanal, los cuales junto a las grasas concentraron 38% de la intención de compra. Los alimentos fuentes de proteínas de origen animal aparecieron en porcentajes bajos, pollo (8%) y carne (7%), leche y derivados (5%), pescado (4%), huevo (4%), queso (4%) y las leguminosas fuentes de proteína vegetal (3%). Estos alimentos forman parte de la comida habitual en la mesa de los venezolanos, pero su compra se ha reducido, al igual que las frutas, que apenas alcanzaron un valor porcentual de 3%. (Cuadro 4).

Los encuestados en 2015, continúan identificando a la harina de maíz y derivados, como el alimento que la mayoría de los hogares adquirió (91%); el arroz y derivados es el segundo rubro que no faltó en la compra semanal hogareña (83%). El pan y las pastas, los adquirieron 79% de los hogares, compitiendo con los antes señalados, en cuanto a la importancia que tuvieron en la compra semanal. En menor grado (70%) se reportaron las grasas (aceite, margarina, mantequilla, mayonesa), y, en valores porcentuales semejante a las grasas, apareció el pollo (69%) y las carnes rojas (61%). Estas fuentes proteicas en su conjunto, representaron 15% de la compra semanal de alimentos. (Figura 2).

Se apreció además una sensible reducción en el número de hogares que mencionaron la compra de legumbres (52%), azúcares (47%) y proteínas de la leche y derivados lácteos (43%), aún más acentuado en la compra

Cuadro 4. Distribución de cuotas, total nacional

Alimentos	Frec.	% Cesta	% Acum.
Harina de maíz	1336	10,74	10,74
Arroz y otros	1221	9,82	20,56
Pan y pastas	1165	9,37	29,93
Grasas	1031	8,29	38,22
Pollo	1013	8,15	46,36
Carne (mortadela)	897	7,21	53,57
Hortalizas y legumbres	767	6,17	59,74
Azúcares	685	5,51	65,25
Leche y derivados	630	5,07	70,31
Pescado	539	4,33	74,65
Huevo	508	4,08	78,73
Queso	474	3,81	82,54
Café	459	3,69	86,23
Frutas	421	3,39	89,62
Especies y salsas	390	3,14	92,76
Embutidos y enlatados	368	2,96	95,71
Leguminosas	335	2,69	98,41
Tubérculos	150	1,21	99,61
Bebidas y otros	48	0,38	100,00

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa-ENCOVI 2015

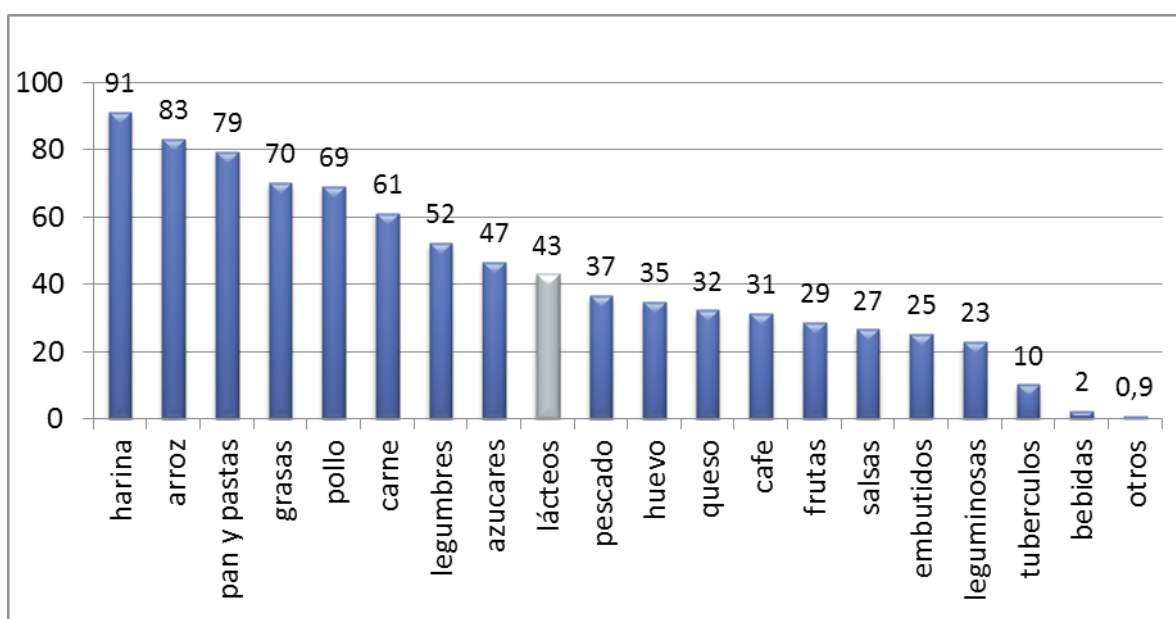


Figura 2. Porcentaje de hogares que compran el producto

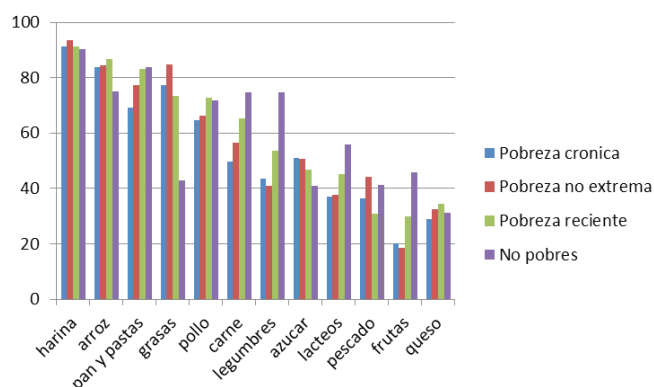
de proteínas provenientes del pescado (37%), huevos (35%) y quesos (32%). Cabe también resaltar que en la dieta semanal las familias parecen atribuirle un grado de importancia muy reducido a las fuentes de micro-nutrientes, tales como las frutas (29%) y prácticamente insignificante en la compra de tubérculos (10%).

Con esta calidad de compra, las combinaciones de alimentos más frecuentes en la dieta habitual en estos hogares fueron las mezclas de cereales y grasas, con poca presencia de proteínas animal y /o vegetal, debido a la baja intención de compra de estos alimentos. Soportar la alimentación en tan pocos alimentos, explica las expresiones de angustia y desesperación de la población ante la escasez cada vez mayor, de la harina de maíz y del arroz, que está generando gran presión social y violencia alimentaria.

Patrón de compra de los diez principales alimentos.

El patrón de compra de los hogares en pobreza crónica y extrema lo integraron la harina de maíz, arroz, grasas, pan y pastas (40% de la compra), seguido del pollo como la principal proteína animal, azúcar y/o carne. Las grasas aparecieron como el alimento que estableció la diferencia entre los grupos por su importancia en los pobres vs los no pobres. En el cuadro 5, el patrón de compra se aproximó a una dieta de sobrevivencia, que se caracterizó por su monotonía ya que se utilizaron pocos alimentos, en especial, alimentos fuentes de calorías más económicas (cereales y grasas) en detrimento de la calidad de la dieta (proteína animal, vegetales y frutas). (Cuadro 5).

Comparación de la cesta de alimentos semanal en hogares según condición social y económica. La harina de maíz y el arroz estuvieron presentes en proporciones semejantes en los distintos hogares, por el contrario, la harina de trigo y derivados (pan y pastas), es sensiblemente menor en los hogares en pobreza crónica y no extrema, que en las clases de mejor condición socio-



Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa 2015

Figura 3. Perfil de la cesta de alimentos semanal en hogares según condición socioeconómica

económica, quienes son los que más compraron estos alimentos (Cuadro 5, Figura 3).

La desigualdad social y económica en la compra de alimentos se concentró en carnes, legumbres, lácteos y frutas y, son pocos los hogares pobres que incluyeron en su compra estos alimentos. El pollo no presentó diferencias social ni económica (se distribuye en la red pública a precios regulados y las personas hacen grandes colas para comprarlo), pero el huevo no apareció en la compra habitual, siendo éste, uno de los alimentos con más alto índice de escasez.

Comidas diarias. El porcentaje de personas que hicieron menos de dos comidas al día, subió ligeramente de 11,3% a 12,1% entre 2014 y 2015. De estos, 40% se encontraron en el quintil más bajo (Q1). Aproximadamente tres millones y medio de venezolanos están en situación de hambre, que no les permite cubrir sus requerimientos diarios, causando alteraciones funcionales y físicas. (Cuadro 6).

Frecuencia de comidas fuera del hogar. El porcentaje de personas en 2015 que siempre comió fuera del hogar

Cuadro 5. Diez alimentos con mayor frecuencia de compra según niveles de pobreza 2015.

Pobreza extrema		Pobreza no- extrema		Pobreza reciente		No pobres	
Harina maíz	10,2	Harina maíz	11,0	Harina maíz	10,1	Harina maíz	10,3
Arroz	10,0	Grasas	9,9	Arroz	10,1	Pan y pasta	9,5
Grasas	9,9	Arroz	9,9	Pan y pasta	9,6	Arroz	8,5
Pan y pasta	9,4	Pan y pasta	9,1	Grasas	8,5	Carne	8,5
Pollo	8,5	Pollo	7,8	Pollo	8,4	Hortalizas	8,5
Azúcar	7,5	Carne	6,6	Carne	7,6	Pollo	8,2
Carne*	5,9	Azúcar	6,0	Hortalizas	6,2	Leche	6,4
Hortalizas	5,0	Pescado	5,2	Azúcar	5,4	Frutas	5,2
Leche	4,6	Hortalizas	4,8	Leche	5,2	Grasas	4,9
Pescado **	4,4	Leche	4,4	Huevos	4,2	Pescado	4,7

*Mortadela** Sardina.

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015

Cuadro 6. Participantes según número de comidas diarias.

Comidas	2014 %	2015 %
Tres	88,7	87,9
Dos o menos	11,3	12,1

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

se redujo a la mitad de 6,8% en 2014 a 3,8% y, también bajó la frecuencia de la categoría casi siempre y ocasional, mientras que, el porcentaje que siempre comió en su hogar se incrementó. (Cuadro 7).

El promedio del gasto de las tres comidas fuera del hogar pasó de Bs. 580 a Bs. 2642 y el precio de las comidas (desayuno, almuerzo y cena) se incrementó entre 368-497%, lo cual reflejó la acelerada inflación y especulación en la alimentación fuera del hogar. (Cuadro 8).

Suficiencia del ingreso para la compra de alimentos.

El 87% de los entrevistados consideró que el ingreso no fue suficiente para la compra de alimentos. (Cuadro 9). Cabe subrayar, que existe una suerte de vulnerabilidad alimentaria en la población bajo estudio en la medida que baja el nivel de ingresos, según los métodos de cálculos línea de pobreza y escala de estratificación social, debido

Cuadro 7. Frecuencia de comidas fuera del hogar.

Categorías	2014		2015	
	n	%	n	%
Siempre (+ 4)	99	6,8	56	3,8
Casi siempre (2-4)	130	8,9	119	8,1
Ocasional (1)	422	28,9	351	23,9
Nunca	805	55,2	936	63,8
NS/NR	3,0	0,2	4,0	0,3
Total	1459	100,0	1466	100,0

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

Cuadro 8. Promedio del gasto diario (Bs.) en comidas fuera del hogar.

Años	2014	2015	Incremento
Tiempo de comida	Bs.	Bs.	%
Desayuno	136	501	368
Almuerzo	229	1073	468
Cena	215	1068	497
Tres comidas	580	2642	456

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

Cuadro 9. Suficiencia del ingreso para la compra de alimentos 2015

Suficiencia	n	%
Si	190	13,0
No	1270	87,0
Total	1460	100,0
Ns/Nr	6	0,4

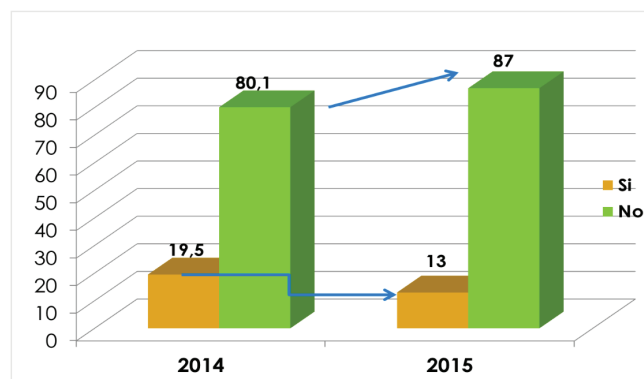
Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

a la acelerada pérdida del poder adquisitivo, alta inflación y especulación en los alimentos de la dieta básica.

Comparación de la variación del ingreso entre 2014 y 2015. Los hogares con dificultad para comprar los alimentos porcentualmente se incrementó de 80 a 87%, igualmente se redujo a 13% quienes consideraron que su ingreso fue suficiente para comprar alimentos. (Figura 5).

La inseguridad alimentaria debido a la insuficiencia del ingreso, fue percibida en grado significativamente más alto al pasar de la clase de hogares no pobres (78%), a aquéllos en pobreza no extrema y/o en pobreza reciente (87%), hasta un porcentaje muy alto (93%) en los hogares en condición de pobreza extrema. La inseguridad alimentaria se incrementa a medida que la alta inflación va limitando la posibilidad de comprar los alimentos de la dieta diaria y paulatinamente está llevando a cambios en el patrón de consumo habitual y en los hábitos de alimentación de los venezolanos, con distinta intensidad según su condición socioeconómica.

Calidad de la alimentación. En general 12,5% de los entrevistados consideró que su dieta fue monótona y 4,9% la calificó deficiente. El porcentaje de la dieta monótona y deficiente se incrementó a 7,5% y 21,8% en el quintil más pobre. Es decir 29% de los entrevistados



Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015

Figura 5. Suficiencia del ingreso para alimentarse 2014 y 2015.

consideró que su dieta fue de mala calidad, monótona y deficiente. El restringido número y cantidad de alimento de la canasta del hogar en su compra semanal, no permitió que estos hogares consumieran una alimentación variedad y equilibrada, en cantidades suficientes para llenar las necesidades de nutrientes básicos para mantener la salud y el bienestar. (Cuadro 10).

Otros componentes del estilo de vida: Actividad física, sueño y actividades sedentarias

Actividad física. Es importante destacar que 53% de los entrevistados no realiza actividad física (Sedentarios), 39% tiene una actividad física moderada, básicamente camina y 8% tiene una actividad física intensa. Entre 2014 y 2015, el porcentaje de personas sedentarias se incrementó de 47 a 53 %, mientras que la actividad moderada disminuyó de 44 a 39%. (Cuadro 11).

El análisis de la varianza ANOVA ($p=0,001$) indicó diferencias significativas en el tiempo promedio para dormir, según la intensidad de la actividad física que desarrolla. En el cuadro 12, las personas entrevistadas que tuvieron como hábito la actividad dedicaron 2h diarias, durmieron 8h promedio y dedicaron 3h al día a otras actividades como ver TV, computadora y otros. (Cuadro 12).

Cuadro 10. ¿Cómo considera que es su alimentación?

Categorías	n	%
Suficiente (satisface el apetito)	463	31,7
Equilibrada (carne, pescados, verduras, hortalizas)	430	29,5
Variada (no come lo mismo todos los días)	311	21,3
Monótona (come siempre lo mismo)	183	12,5
Deficiente (queda con hambre)	72	4,9
Total	1459	100,0

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

Cuadro 11. Distribución según intensidad de la actividad física

Intensidad	N	%
Sin actividad	771	53,0
Moderada	573	39,0
Intensa	118	8,0
Total	1462	100

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

Cuadro 12. Horas/días dedicadas a las actividades

Tipo de actividad	N	Media	DE
Actividad física	558	2h	1,7
Dormir	1406	8h	1,5
TV, computador, otros	1277	3h	2,1

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

En el segmento de las clases bajas de CISOR (D-E-F), el clima educativo ($p=0,001$) que privó en el hogar tuvo un impacto positivo sobre la intensidad de la actividad física desarrollada, en este sentido, se encontró que en los hogares con clima educativo bajo (\leq bajo), la actividad moderada (21,6%) o intensa (3,8%) fue inferior que en los individuos pertenecientes a hogares con clima educativo medio o alto ($>$ Bajo: medio o alto) moderada (32,7%) y alta (8,5%).

Angustia y tristeza. La situación descrita generó angustia en 13% de los entrevistados: 8,8% tristeza, todo el tiempo y entre 14 a 16% muchas veces, que mostró el compromiso psicoafectivo en la población, como consecuencia de la compleja situación socioeconómica y de alimentación del país. De estos entrevistados 29% manifestó angustia muchas veces o todo el tiempo y 23% tristeza en las mismas categorías. Una tercera parte de la población no presentó ninguno de estos síntomas. (Cuadro 13).

Las pruebas de ANOVA aplicadas separadamente para comparar el tiempo promedio dedicado a la actividad física ($p=0,047$), a dormir ($p=0,121$) y a la TV ($p=0,002$) según la periodicidad de las manifestaciones de angustia, indicaron que la actividad física y el tiempo dedicado a la TV y al computador establecieron diferencias significativas entre los individuos de acuerdo con la repetición de cuadros de angustia.

Cuadro 13. Síntomas de depresión: Angustia y tristeza en los entrevistados 2015

Frecuencia	Angustia		Tristeza	
	n	%	n	%
Todo el tiempo	193	13,2	129	8,8
Muchas veces	238	16,2	206	14,1
Pocas veces	540	36,9	561	38,3
Nunca	494	33,7	568	38,8
Total	1465	100,0	1464	100,0

Fuente: UCAB-USB-UCV-Fundación Bengoa- ENCOVI 2015.

Con la excepción de quienes resultaron afectados por la angustia todo el tiempo, se observó una tendencia a mantener mayor actividad física en aquellos que presentaron con menor frecuencia cuadros de angustia.

Relación entre actividad física y factores sociales y alimentarios

Con el algoritmo de segmentación CHAID, se trató de evaluar si los indicadores sociales fueron factores determinantes en la intensidad de la actividad física que practicó la población bajo estudio y la calidad de la dieta. Esta información se describe en el árbol de segmentación que se presenta en las Figuras 6 y 7.

Primer nivel de segmentación: Actividad física y alimentación

En el primer nivel de la segmentación, el indicador definido por el estrato CISOR (E-CISOR) segmentó a los entrevistados ($p=0,000$) y se observó que la proporción de personas que practicaron actividad física moderada e intensa, se incrementó al ascender en la escala de estratificación social definida por este indicador. En la Figura 6 se observa que en la categoría baja de E-CISOR ($>C$: D, E y F), aproximadamente 37% de los entrevistados realizó actividad física,

con intensidades de 29,8% moderada y 7,2% intensa en la clase C (AB,C], el porcentaje de quienes realizaron actividad moderada (46,8%) o intensa (9,1%), se incrementó; observándose finalmente que en los participantes pertenecientes a la clase AB, el 66% desarrolló actividad física moderada (54,5%) o intensa (11,3%).

Resulta de interés resaltar que los hogares con ingresos de nivel intermedio, se segmentaron según el estrato CISOR en un primer grupo integrado por las clases D, E y F, en los cuales la alimentación se valoró como deficiente (4%) o monótona (8%), y un segundo grupo de hogares en su mayoría del estrato C, en los que estas apreciaciones manifestaron un significativo incremento ($p=0,001$), deficiente (6%) o monótona (15%).

Sin embargo, tanto para la alimentación como para la intensidad de la actividad física se observó una mejoría o empeoramiento, en la medida que el clima educativo fue mayor o menor respectivamente, mostrando la influencia del componente educativo sobre algunos de los factores que contribuyen a un mejor estilo de vida, aún en condiciones de pobreza.

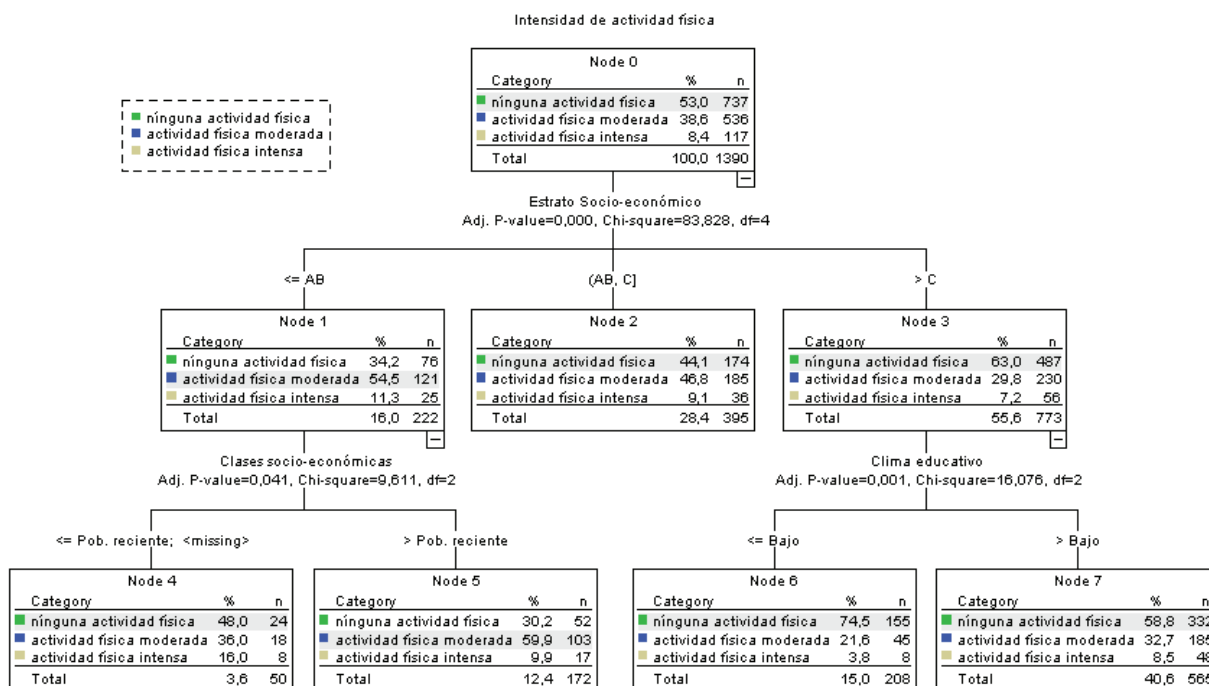


Figura 6. Análisis de Segmentación de Actividad Física

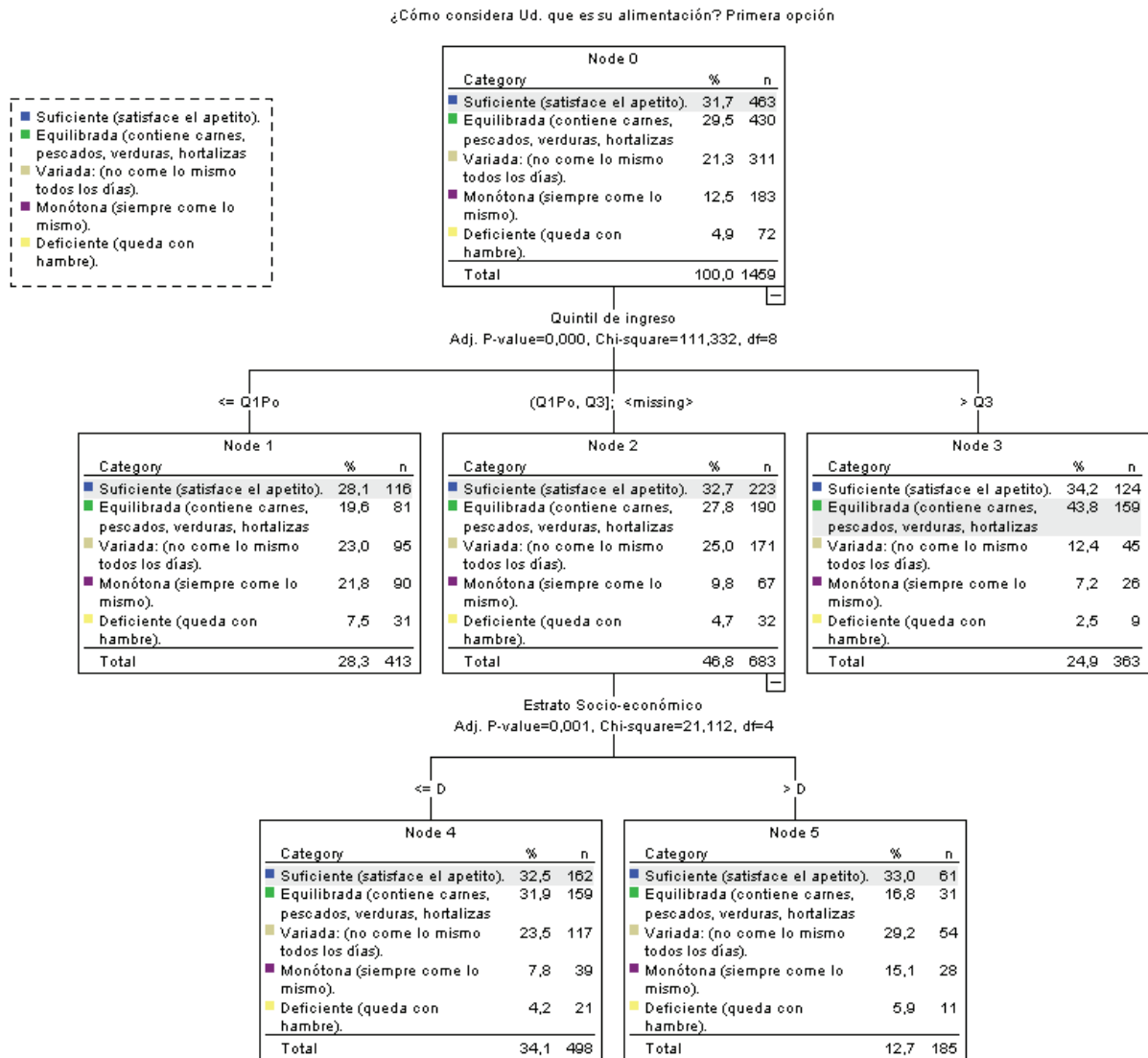


Figura 7. Análisis de Segmentación de las características de la alimentación.

Discusión

El estilo de vida saludable, es el resultado de poder ejecutar acciones en pro del mismo, de esta manera, alimentarse saludablemente, dormir las horas requeridas un sueño de buena calidad, realizar actividad física y lograr un buen manejo del stress son factores que promoverán la salud de los individuos. (14).

En efecto, muchas sociedades en guerra o en situaciones límites se han visto obligadas a cambiar hábitos para sobrevivir, pero se supone que Venezuela no está en esos extremos. En este momento la población presenta grandes limitaciones para lograr y mantener un estilo de vida saludable, pues la escasez de alimentos, de medicamentos, la inseguridad personal y la angustia generada por todos los factores anteriores, predomina en la vida cotidiana y logra mermar los intentos que puedan realizarse, tanto a nivel personal como familiar,

para restablecer la calidad de vida y el bienestar de la familia venezolana (15,16).

El acceso a la alimentación está negado para varios sectores, incluso en los no pobres, debido a la falta de ingreso que les impide comprar los alimentos de la dieta diaria, con consecuencia muy lamentables. Además, los productos sustitutos, del patrón habitual, empiezan a encarecerse también, como ha pasado con la yuca, la batata, el papelón, los plátanos, los granos, entre otros. (17).

A la inseguridad alimentaria debida a la insuficiencia del ingreso, se le suma la alta inflación, escasez, desabastecimiento en los alimentos de la dieta habitual que paulatinamente han transformado el patrón de la alimentación de los venezolanos en todos los estratos socioeconómicos (16,18).

En Venezuela, existe una idiosincrasia alimentaria que

se refleja en el tipo de comida que sus habitantes prefieren, el número de comidas que realizan diariamente (o bien la intención de realizarlas) y las preparaciones y recetas que integran la alimentación habitual. (19). Todo lo anterior se ve alterado cuando para el momento de la realización de esta encuesta, 12,1% de los venezolanos no estaban consumiendo tres comidas al día, existe pérdida de las tradiciones culinarias al disminuir significativamente la intención en la compra de alimentos como las caraoatas negras, carne, huevos, quesos frescos y de frutas, jugos y batidos, tan característicos de nuestra alimentación. La disminución de la actividad física y la presencia de angustia en los venezolanos, también reflejan un deterioro en los hábitos de vida saludable, y comprometen el buen estado de la salud individual y colectiva y el bienestar de la población (2).

Por otra parte, la actividad física regular es un factor que disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes tipo 2, por lo tanto, es fundamental un entorno saludable que promueva la actividad física y las actividades deportivas (20). Contrario a lo que sucede en Venezuela, donde la inseguridad no permite el ejercitarse a cualquier hora al aire libre. Además, en estos momentos, las personas permanecen mucho tiempo en las colas para comprar alimentos regulados, lo que puede estar influyendo en la reducción de la actividad física.

Se considera que un patrón de consumo de alimentos saludable es aquel que en su composición incluye cuando menos 20 alimentos diarios, con la ingesta de estos alimentos se logra el aporte de micronutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo, en una proporción acorde con los requerimientos de la población, al mismo tiempo que garantiza el equilibrio, la variedad y las combinaciones de alimentos adecuadas. La dieta con tan pocos alimentos, en las condiciones actuales, no cumple con los principios mínimos necesarios para el buen funcionamiento de órganos y tejidos. Según los estándares internacionales, una dieta debe proveer al menos 2.100 calorías, pero no se trata solo del valor energético, sino del valor nutricional de lo que se ingiere. (5).

La condición establecida, por una política de estado que controla la distribución de alimentos, obliga a las personas a permanecer la mayor parte de su tiempo en busca de alimentos, la violencia física y psicológica que significa para una persona hacer horas de cola para adquirir lo esencial, y sin garantía siquiera de lograrlo, genera gran angustia, frustración y violencia alimentaria, cuando la necesidad básica de alimentarse no puede ser satisfecha. (15).

En los estratos de mejor nivel socioeconómico su patrón de compra, permite una dieta con calidad nutricional,

integrada por proteína animal, leche, huevos, queso, leguminosas, vegetales y frutas. Las grasas, en especial, en los más pobres, son una fuente importantes de calorías, producen mayor saciedad, mejora el sabor de las preparaciones y, se convierte en un factor de satisfacción. En momentos de crisis alimentarias, de desastres naturales y de guerras las grasas buenas se incorporan entre los alimentos en situaciones de emergencia. (8).

El componente educativo, reflejado en los análisis de segmentación, coincide con los resultados de otros estudios en diferentes países (21), cuando existe un mejor clima educativo, es decir hay un nivel educativo más alto, los esfuerzos por alcanzar un estilo de vida saludable incluye la mejoría en la calidad de la dieta y, en la intensidad de la actividad física. (22). Aun en hogares pobres la intensidad de la actividad física mejora cuando se incrementa el clima educativo y la calidad de la dieta empeora aún en estratos sociales más elevados, si el clima educativo es menor. En momentos de crisis, se obtiene un efecto importante, cuando las estrategias para enfrentarla se acompañan con elementos que promuevan la educación en el entorno de un estilo de vida saludable, por lo tanto debemos utilizarla para enfrentar la grave situación que se vive en el país

La estructura de la compra representada básicamente por cuatro alimentos, debe considerarse un signo de alarma nutricional, que de perdurar, se convierte en un riesgo elevado para el incremento de las enfermedades crónicas asociadas a la nutrición y, del hambre oculta por deficiencia de micronutrientes y de desnutrición. (23, 24).

La dieta de sobrevivencia integrada por pocos carbohidratos y grasas en cantidades insuficiente, no logra cubrir las necesidades de la población, desnutrición en los niños, incremento del bajo peso, retardo en el crecimiento físico y alteraciones funcionales, como el retardo en el desarrollo cognitivo y en el aprendizaje, con un alto costo social (25).

Estudios epidemiológicos han señalado que el consumo de frutas, hortalizas, granos y cereales integrales y pescado se ha asociado a un mejor estado de salud, de manera inversa el consumo de cereales refinados y grasas de baja calidad en cantidades excesivas, que tienen una menor cantidad de micronutrientes, se ha definido como un factor de riesgo para enfermedades crónicas. (23).

Los adultos, debido al bajo consumo de calorías (escasez de aceites y grasas unttable, margarina, arroz y harina de maíz) también registran pérdida de peso y en los adultos mayores es lamentable el estado de deterioro nutricional y de su salud. El grupo de las embarazadas, en especial las adolescentes, presentan desnutrición y colapso en la atención de su salud, situación que aumenta el riesgo de muerte de la madre y del recién na-

cido, de los cuales no se han publicado las estadísticas de mortalidad materna, mortalidad infantil y neonatal.

El hambre, la desnutrición, las endemias, las enfermedades de la pobreza, están afectando la salud no solamente de los más vulnerables, sino que amplios sectores de la población, se encuentran sobreviviendo en precaria situación de alimentación y salud. (26).

La situación de emergencia alimentaria y nutricional, la cual se ha instalado de manera progresiva en el país, ha sido difícil de cuantificar, debido a la ausencia de datos oficiales, nacionales y representativos que no se encuentra disponible para los grupos de investigadores independientes. De esta manera, iniciativas como la presente encuesta ENCOVI en sus ediciones 2014 y 2015 muestran una realidad sin precedentes en el país, en cuanto a escasez, seguridad alimentaria, intención de compra de alimentos, patrones de alimentación y la compleja interacción entre los factores que determinan una alimentación adecuada. (3, 11).

En el hospital J.M de los Ríos en Caracas y otros centros de atención en el país, se viene reportando, el ingreso de lactantes desnutridos graves, en sus formas marasmática, como consecuencia de una dieta que no aporta las calorías que requiere y la forma edematosa debido a una alimentación que no provee proteínas (27). Después de los seis meses, el niño necesita consumir otros alimentos además de la leche materna, pero en el país, se ha priorizado pagar la deuda petrolera en perjuicio de la deuda nutricional. Estas medidas son la causa de que muchos niños menores de cinco años, especialmente los menores de dos años, actualmente desnutridos, con cuadros agudo de desnutrición moderada y severa, que los lleva a la muerte y pueden quedar con lesiones irreversibles en su desarrollo intelectual y físico, con alto costo humano y social. Estas son las víctimas de la injusticia social y política, de un estado negado aceptar la crisis humanitaria que en el tema de la alimentación está haciendo estragos en los más vulnerables. Nos preguntamos que más se está esperando?

El hambre nos está afectando a todos, incluso a los que pueden pagar los altos precios de los alimentos. En nuestro alrededor, siempre hay alguien que está pasando hambre, aunque muchas veces es un hambre silenciosa. La situación de penuria alimentaria, se ha agravado de tal manera, que las personas ante la imposibilidad de conseguir comida, deambulan por las calles en busca de alimentos en la basura. A una de estas persona le preguntaron ¿Cómo se siente el hambre?, la respuesta fue realmente conmovedora” Primero te duele la cabeza. Luego el estómago. Te arden las tripas. Es molesto. Crees que te vas a desmayar. Cuando decides comer de la basura, primero se te quita la pena, después se te quita el miedo”. (28). Expresión de una injusta y dolorosa

realidad que padecen muchos venezolanos, víctimas de una política pública que dejó de lado la satisfacción de las necesidades básicas de la población en alimentación, salud y seguridad personal.

Referencias

1. España LP. Pobreza y Misiones Sociales Encuesta sobre Condiciones de Vida en Venezuela. IIES/UCAB, Noviembre 2015. Consultado, junio 2016. http://www.rectorado.usb.ve/vida/sites/default/files/2015_pobreza_misiones.pdf
2. López de Blanco M, Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Sifontes Y. La doble carga de desnutrición y obesidad en Venezuela. *An Venez Nutr* 2014; 27(1): 77-87.
3. Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Vásquez M, Ramírez M. La alimentación y nutrición de los venezolanos. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014). Freitez A, González M y Zúñiga G. Editores. Publicaciones UCAB-USB-UCV, 2014. 172 p.
4. Apitz-Castro R, García A, Niño C, López F, Fernández A, Tablante A, Valero J. La deficiencia de ácido fólico en la población venezolana: Sugerencias para su corrección a corto plazo. *VITAE* 2004; Abril-Junio, 19, (<http://caibco.ucv.ve>).
5. O'Hill J, Wyatt HR, Peters JC. La Importancia del equilibrio energético. *USEndocrinology* 2013. 9 (1): 3-7.
6. American Dietetic Association: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. *J Am Diet Assoc* 2008; 108:553-561.
7. Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life. 2nd Ed. New York Churchill Livingstone, 1998.
8. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 2008; 87:1107-17.
9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos (ESCA), Venezuela, 2014. Recuperado de <http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/>
10. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA) 2015. 2016. Consultado en: http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/ConsumodeAlimentos/pdf/informe_enca.pdf
11. Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Vásquez M, Ramírez M. La alimentación y nutrición de los venezolanos. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. *An Venez Nutr* 2015 (2):100-109.
12. Encuesta Nacional Social (ENSO). Ministerio de la Familia, Dirección General Sectorial de Desarrollo Social. Documento Técnico.1998.
13. Correa G. Aspectos metodológicos de la ENCOVI 2014. Una Mirada a la situación social de la población venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014) Freitez A, González M y Zúñiga G Editores Publicaciones UCAB, USB-UCV 2014. pp 13-21.
14. Castelli DM, Hillman CH. Physical activity, cognition and school performance: From neurons to neighborhoods in physical activity across the lifespan, issues in

- children's and families live. A.L. Meyer and T.P. Gullotta (eds.), Chap 3: 41-63; 12, DOI 10.1007/978-1-4614-3606-5_3, © Springer Science+Business Media New York 2012.
15. Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) [sitio web] Consultado 21 de julio 2015 <http://observatoriodeviolencia.org.ve/category/informes/>
 16. León LV. Tendencias del consumidor 2015. Datanalisis. El Universal, Caracas 5 de mayo de 2015. www.eluniversal.com/economia/150505/datanalisis-preve-caida-de-5-en-el-consumo-y-de-4-en-el-pib
 17. Hernández JL. Importaciones y escasez en Venezuela. Marzo 2015. Consultado noviembre 2015, <http://revistasic.gumilla.org/2015/importaciones-y-escasez-en-venezuela/#sthash.laFo7iSD.dpuf>
 18. Cenda. Canasta Básica Familiar (diciembre de 2015). El mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.com.ve/ConsumoAlimentos/pdf/informeEsca.pdf>.
 19. Popic M, Comer en Venezuela. Miro Popic Editor. 2012, Caracas, Venezuela.
 20. Blair SN. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *BJ Sports Med* 2009; 43:1-2
 21. Naudeau S, Martínez S, Premand P and Filmer D. Cognitive Development among Young Children in Low-Income Countries. In *No Small Matter. The impact of Poverty, Schocks, and Human Capital Investments in Early childhood Development*. Harold Alderman (Ed) The World Bank 2011: 9-50
 22. Herrera-Cuenca M, Méndez-Pérez B, Castro Morales V, Martín-Rojo J, Tristán B, Torín-Bandy A, Landaeta-Jiménez M, Macías-Tomei C, López-Blanco M. Results from the 2016 Venezuela's Report Card on Physical Activity for Children and Youth. *J Physical Activity and Health* (en prensa)
 23. Andrieu E, Darmon N, Drewnowski A. Low cost diets: more energy, fewer nutrients. *Eur J Clin Nutr* 2006; 60: 434-6.
 24. García-Casal MN, Osorio C, Landaeta-Jiménez M, Leets I, Matus P, Fazzino F and Marcos E. High prevalence of folic acid and vitamin B12 deficiencies in infants, children, adolescents and pregnant women in Venezuela. *Euro J Clin Nutr* 2005; 9: 1064-1070.
 25. Pollak T, Luby J. La pobreza podría dificultar el desarrollo del cerebro de los niños, según un estudio (julio 2015). https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_153713.html
 26. Castro Méndez J. Venezuela: 4 datos alarmantes según la Memoria y Cuenta del Ministerio de Salud. Prodivinci, 4 de marzo, 2016. Consultado julio, 2016. <http://prodavinci.com/blogs/venezuela-4-datos-alarmantes-segun-la-memoria-y-cuenta-del-ministerio-de-salud-por-julio-castro-m/>
 27. Soto de Sanabria I. Desnutrición Grave: Un llamado de atención. *Arch Venez Puer Pediat* 2016 (en prensa)
 28. Weffer Cifuentes L. Tienen casa y trabajo pero comen de la basura. *Efecto Cocuyo*. 29 agosto, 2016. Consultado: Agosto 2016. <http://efectococuyo.com/efecto-cocuyo/en-las-esquinas-de-caracas-cada-vez-mas-personas-comen-de-la-basura>.
 29. Escasez de alimentos. [sitio web] accesada el 25 de abril 2015 a través de URL: <http://www.press-report.co.ve/noticias-24-escasez-de-alimentos-2015>

Recibido: 30 -08-16

Aceptado: 26-09-16

Conflicto de interés o intereses en conflicto, transparencia en la obtención y análisis de datos científicos

Marianella Herrera Cuenca¹

Resumen: La transparencia en la obtención de datos para análisis científicos es crucial, debido al gran impacto que los resultados de los estudios científicos pueden tener en las diferentes áreas del quehacer social. La confianza en la neutralidad de las investigaciones es un elemento fundamental a la hora de establecer los términos de una relación de trabajo entre quien financia el estudio y quien lo ejecuta. Es así como los estudios apoyados por la industria de alimentos y bebidas sobre el estado nutricional de una población, o un estudio acerca del efecto de una droga sobre una enfermedad financiado por una compañía farmacéutica, deben de manera explícita desplegar los posibles conflictos de interés y establecer los límites que garantizan una investigación independiente. Menos estudiado están los referidos, a organizaciones gubernamentales, agencias internacionales de cooperación y otros organismos internacionales, pues se asume que estos tienen el deber de velar por el bienestar de la población. El objetivo es investigar acerca de instituciones que hayan definido una postura en la independencia de las investigaciones y la transparencia de los datos. En la experiencia venezolana se plantea, el reconocimiento de la FAO en repetidas oportunidades al gobierno, aun cuando la situación alimentaria y nutricional que experimentan los venezolanos dista mucho de merecer un reconocimiento internacional. Se intenta colocar sobre la mesa de discusión el hecho que las relaciones entre gobiernos, agencias internacionales y otras instituciones deben ser revisadas y actualizadas para evitar los conflictos de interés inter-institucionales que puedan afectar de manera importante a la población. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 31-36.*

Palabras clave: Conflicto de interés, transparencia en la información, estudios científicos, industrias, agencias internacionales, FAO, Venezuela.

Conflict of Interest or interest in trouble, transparency in scientific data gathering and its analysis

Abstract: Transparency in obtaining data for scientific analysis is crucial due to the large impact that the results of scientific studies may have in different areas of social life. The trust in the neutrality of a research is a key element in setting the terms of a working relationship between those who sponsored the study and the team who runs it. Thus, studies supported by the industry of food and beverages on the nutritional status of a population, or a study on the effect of a drug on a disease funded by a pharmaceutical company must explicitly deploy potential conflicts of interest and set limits to ensure an independent investigation. Less studied are potential conflicts of interest among government organizations and international cooperation agencies, since it is assumed that these agencies have a duty to ensure the welfare of the population. The aim of this work is to investigate about institutions that have defined a position on the independence of research and transparency of data. The Venezuelan case of the repeatedly recognition by the FAO to the Venezuelan government, even when the food and nutrition situation experienced by Venezuelans is far from deserving and international recognition is brought for discussion. It tries to put on the table for discussion the fact that relations between governments, international agencies and other institutions should be reviewed and updated to avoid potential conflicts of inter-institutional interest that may negatively affect the wellbeing of the population studied. *An Venez Nutr 2016; 29(1): 31-36.*

Key words: Conflict of Interest, transparency of data, scientific studies, industry, international cooperation agencies, FAO, Venezuela.

Introducción

El término: “conflicto de interés en investigación” se refiere a las situaciones en las cuales consideraciones tanto financieras como de otra índole, podrían comprometer, o al menos aparentar comprometer el juicio

de un investigador al conducir o reportar una investigación (1).

Desde siempre, las personas se han encontrado expuestas a situaciones que son contradictorias, sin que abiertamente se maneje un despliegue del conflicto de interés que esas circunstancias deberían implicar, dadas las inconsistencias que presentan. Los conflictos de interés existen en diversos ámbitos de la vida en una sociedad, no solamente en el caso de la investigación científica, motivo de este trabajo. Un ejemplo es el famoso

¹CENDES/UCV-Fundación Bengoa-Observatorio Venezolano de la Salud

Solicitar correspondencia a: Marianella Herrera C., email: manyma@gmail.com

“Don’t drink and drive” (No tomes (alcohol) cuando manejes), frase célebre para promover la sobriedad al manejar, sin embargo solemos encontrar el patrocinio de renombradas casas fabricantes de licores en eventos que involucran manejo de vehículos: por ejemplo, las competencias de fórmula uno. Aun cuando lo anterior no es una investigación, demuestra lo frágil de la situación al permitir que mensajes contradictorios penetren en la mente del colectivo poblacional, y posiblemente estableciendo un lugar entre las preferencias presentes y futuras, elecciones y conductas de la gente (2).

Con respecto a la investigación científica, existen diferentes áreas en las cuales es necesario un adecuado despliegue del conflicto de intereses que pueden resultar de la condición misma de un estudio o proyecto, tales como del financiamiento, como del ambiente en el cual dicho proyecto y su consiguiente análisis es ejecutado. Es así como podemos observar que el financiamiento de estudios de investigación por parte de los diferentes sectores privados generalmente es objeto de estrictas regulaciones para el despliegue de los conflictos de interés asociados. Un importante esfuerzo se ha realizado en pro de la transparencia relativa al conflicto de interés en referencia a la participación de las industrias de comidas rápidas y bebidas en investigaciones relativas a la salud, a los riesgos de padecer enfermedades crónicas o al estado nutricional de quien las consume.

Menos conocidas son las regulaciones que al menos en teoría deberían acompañar a los análisis que generan las diferentes agencias gubernamentales de los diferentes países y los reportes que generan los diferentes organismos internacionales en los diferentes ámbitos, básicamente porque se asume, que al no formar parte del sector privado empresarial o industrial, dichas agencias no representan ningún riesgo de emitir resultados sesgados en cuanto a un tema determinado.

La confianza, es el valor esencial fundamental en la búsqueda científica de la verdad. Una relación que se base en la confianza, con los colegas, el gobierno, los posibles patrocinantes de un estudio y por supuesto el público, es esencial para el buen desarrollo de una investigación y para que exista aceptación de sus resultados. Dentro del desarrollo de la confianza, la objetividad es esencial. (1,3)

Es conocido que para realizar investigaciones se requiere de presupuesto. Al incursionar en un proyecto de investigación, son necesarios los recursos que permitan la adquisición de los insumos necesarios para llevar a cabo la investigación y también para pagar el trabajo de quienes la realizan. Al trabajar en cualquier empleo se recibe un pago, sueldo, salario u honorario. También se conoce que es justo y constituye un derecho reconocido a nivel internacional que el trabajo realizado de manera

honesto, responsable y ética debe tener una remuneración digna que permita una vida decente a quien realiza las labores designadas al empleado en una determinada posición. Sin embargo, muchos de los trabajos y proyectos que implican obtención de información objetiva, no tienen una definición de los procesos de remuneración de honorarios profesionales, de sus criterios y limitaciones a fin de ajustarse con transparencia a las necesidades del proyecto, sin que esto sacrifique la integridad del mismo.

También sucede que en muchas oportunidades quien financia intenta apoderarse del estudio, esto también debe aclararse desde el principio de cualquier investigación a fin de mantener la independencia y objetividad en los resultados. Es el deber ser, de lo que implica la separación entre los intereses de quien en un momento determinado financia un trabajo o proyecto de investigación y el grupo de investigación, quienes deben velar por la neutralidad en el proceso de obtención de resultados y su respectivo análisis, interpretación y discusión (1,3).

Los investigadores mantienen una tradición de libertad al intercambiar ideas y formularse preguntas de investigación, también tienen la libertad, al menos en teoría, de embarcarse en la búsqueda de respuestas. La motivación de crear el conocimiento, criticar el conocimiento existente y la diseminación de los hallazgos y cambios es fundamental para la investigación tanto en las áreas humanísticas como en las científicas, dentro de la mayor neutralidad posible (3).

Debe notarse, al comienzo de una discusión sobre conflictos de intereses, que existen diferentes perspectivas respecto a este tema, como las mencionadas en los párrafos iniciales de esta introducción referentes a la industria de alimentos y bebidas, a la industria farmacéutica, respecto a las agencias internacionales, agencias gubernamentales y a la publicación de trabajos arbitrados que resulten de las investigaciones realizadas bajo un patrocinio en particular, en revistas indexadas de renombre nacional, regional o internacional (4).

Son dos los objetivos de este artículo: el primero, revisar diferentes fuentes que se han aproximado y han fijado postura para el despliegue de conflictos de interés en la investigación científica y el segundo colocar sobre la mesa la discusión acerca del conflicto de interés menos estudiado que involucra a organismos públicos, agencias de cooperación internacional y apoyo de los gobiernos.

Tipos de conflicto de interés:

Dependiendo del área de trabajo en cuestión, existen distintas maneras de clasificar los potenciales conflictos de interés. Pueden clasificarse de acuerdo a quien se involucra en un proyecto de investigación. De esta mane-

ra, pueden existir conflictos de intereses individuales o institucionales. En los primeros encontramos todo aquello relativo al potencial conflicto que representa trabajar con personas allegadas, es el caso de otorgar preferencias a familiares o amigos cercanos en un proyecto, o institucionales cuando es una determinada institución, organización o industria la que puede tener un interés especial en la obtención de resultados que favorezcan sus ingresos. Finalmente, para determinadas circunstancias, algunas personas pudiesen presentar conflictos de intereses tanto individuales como institucionales, dependiendo de la posición dentro de la organización y también de su interrelación personal con determinados elementos de un proyecto (3).

También se clasifican en dos categorías amplias, los intangibles, referidos a aquellos elementos que involucran actividades académicas y becas, difíciles de medir por cuanto se refiere a aspectos “quasi” emocionales que implicarían un sesgo a favor de algunas actitudes, por ejemplo un alumno aventajado que es demasiado cortés con su profesor (3) y los tangibles, que son aquellos que se miden por las relaciones financieras desarrolladas durante un proyecto (3).

El conflicto de interés existe aun cuando no existan decisiones tomadas en pro de un interés personal, pues el solo hecho de que exista un potencial sesgo en el análisis derivado de una investigación ya es un conflicto de interés en sí mismo. Debe distinguirse de la mala praxis, al menos en los Estados Unidos de América, esta diferencia existe ya que está limitada a la fabricación, falsificación o plagio de cualquier elemento de un proyecto de investigación (3).

Otro tema muy estudiado ha sido el despliegue de los conflictos de interés para realizar publicaciones arbitradas en revistas reconocidas con un factor de impacto elevado. Particularmente, ha sido estudiado el efecto que han tenido los ensayos clínicos patrocinados por la industria farmacéutica, que han sido publicados en estas revistas, debido a que por el solo hecho de estar publicados en una revista de elevado factor de impacto, tiene repercusiones en la aceptación, credibilidad y confianza de los resultados allí publicados. Este razonamiento fue el motivo de la revisión para fortalecer la sección ética de las publicaciones por parte del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (international Committee of Medical Journal Editors ICMJE) en el año 2001 (4). En esta revisión, los editores jefes de las revistas más prestigiosas del mundo como The Lancet, The New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, The Journal of the American Medical Association, The New Zealand Journal of Medicine, Canadian Medical Association Journal, The Journal of the Danish Me-

Tabla 1. Clasificación de los conflictos de interés.

Tipo de conflicto	Definición
Individual	El conflicto que se desprende de las relaciones personales y el beneficio personal antepuesto al desempeño profesional
Institucional	El conflicto que se desprende del interés de la organización en un resultado en particular
Tangible	Aquellos que se miden por las relaciones financieras dentro de un proyecto
Intangible	Referidos a elementos que involucran actividades académicas, ideas y becas

Adaptado de: Columbia University. Responsible Conduct of Research. Conflict of Interest 2003-2004 http://ccnmtl.columbia.edu/projects/rcr/rcr_conflicts/foundation/#1_1

dical Association, Medline/IndexMedicus y Annals of Internal Medicine entre otros, concluyeron que debían oponerse a los acuerdos que niegan a los investigadores el derecho de examinar la data independientemente o de someter un manuscrito a publicación sin obtener el consentimiento del patrocinante o de quien aporta el dinero para la investigación (4).

Los sesgos al realizar un contrato de patrocinio de investigación científica o vigilancia en una población determinada

Las consideraciones que resultan de la neutralidad y aceptación que pueda existir en la aproximación a un tema serán trascendentales al final de los procesos que implican la obtención de resultados objetivos que derivan en la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de la sociedad. Por esto es esencial que exista transparencia desde el principio de un proyecto y que los diferentes actores que participarán, desplieguen los posibles conflictos de interés en el caso que un participante (o su institución) tenga una relación financiera o personal con otras personas u organizaciones que puedan influenciar negativamente (sesgar) sus acciones (1, 3,4).

En la contratación pública, la Unión Europea, a través de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, define que «Un “conflicto de intereses” es un conflicto entre el deber y los intereses privados de un empleado público cuando el empleado tiene a título particular intereses que podrían influir indebidamente en la forma correcta de ejercicio de sus funciones y responsabilidades oficiales.» (5). También (enfatisa) la diferencia entre conflicto de intereses en la agenda pública y corrupción, pues el conflicto de intereses surge cuando una persona puede tener la oportunidad de anteponer sus intereses privados a sus deberes profesionales, en

tanto que la corrupción, generalmente necesita dos socios, involucra algún pago o soborno o alguna ventaja (5).

Los conflictos de intereses, en general devienen en algún tipo de discriminación, desigualdad en el trato o en la inclusión de diferentes partes en un proyecto, pues los sesgos impiden ver objetivamente las características totales de quienes quedan fuera de la visión de quien o quienes antepone sus intereses a lo establecido por las normas de una organización, publicación, empresa o academia (3, 6). Así como también los sesgos que vienen de las creencias personales, tales como el estar anclado en un determinado punto, por ejemplo, los estudiantes que han realizado una prueba en la que salieron muy mal, al presentar otra prueba podrían salir mejor, dependiendo de cómo se han preparado para la misma. Un jurado de árbitros que debe otorgar becas, debe basarse solo en la prueba actual, prevista para determinar la selección de quien la obtiene, el sesgo derivado de saber el resultado de la prueba anterior, podría influenciar el hecho de quien obtiene finalmente la beca (6).

Es importante reconocer que el conflicto de interés puede existir aun cuando las partes involucradas enfatizan la no existencia de dichos intereses, por lo cual es importante el despliegue y chequeo total de lo requerido por las normas establecidas para cada situación. Es así como una revista prestigiosa, tiene el deber de verificar la información relativa a los resultados sometidos al arbitraje para publicación de un estudio patrocinado por una organización que puede tener un interés en los resultados (4). Para el caso de la gestión pública y la obtención de información de relevancia nacional, los organismos deben establecer una normativa que debe cumplirse y verificar la veracidad de la información requerida. También se debe reglamentar las sanciones derivadas del incumplimiento tanto de la declaración de los conflictos de intereses asociados con el proyecto o gestión como de las consecuencias de antepone los intereses personales al éxito de los trabajos y proyectos requeridos como profesional (5).

El Caso Venezolano: Conflicto de intereses entre las agencias de cooperación internacional y el Estado representado por el gobierno de turno.

El despliegue de conflicto de interés entre cualquier ente y las organizaciones de cooperación internacional, es menos conocido. En general, se asume que dichas organizaciones tienen como objetivo fundamental el velar por el bienestar de la comunidad internacional a través de sus acuerdos de cooperación y vigilancia. Se conoce que los organismos tienen acuerdos para realizar asistencia técnica con financiamiento de los propios Estados del mundo, a quienes les interesa la evaluación

de la situación en diferentes áreas: desarrollo humano, alimentación, salud, derechos humanos.

En Venezuela, en los últimos años se ha repetido una situación de inconsistencias entre los informes de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación, mejor conocida como "FAO" por sus siglas en inglés, en el área de alimentación en Venezuela y la realidad tangible, que cotidianamente deben enfrentar los venezolanos. La postura de la FAO basada en la oferta de alimentos disponibles, importados básicamente, que colocarían a las calorías por persona al día disponibles por encima de los requerimientos nutricionales, fue base para realizar un reconocimiento a Venezuela por cumplimiento anticipado de la meta del milenio en el año 2012. En ese momento, tres organizaciones: el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, la Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición y el Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela, sumaron esfuerzos para realizar una declaración de desacuerdo ante este reconocimiento por el cumplimiento de una meta anticipada y en una teleconferencia, dejaron claro ante funcionarios de la FAO en Roma, el desacuerdo existente (7).

Es importante señalar, que el hecho que un alimento se encuentre disponible, no significa que hubo consumo. De igual manera, desde el año 2014, el propio Instituto Nacional de Estadística (INE) reportó que la disponibilidad calórica presentaba una disminución del 20% respecto a las cifras manejadas por ese organismo en años anteriores (8).

Reforzando el caso venezolano, nuevamente llama la atención la inconsistencia de los informes de la FAO acerca de la realidad venezolana que presentan una realidad desconocida para quienes hacen y han hecho vida en Venezuela desde hace al menos unos cinco años (7,9). Recientemente, en julio del año 2016, el representante de la FAO en Venezuela, declaraba que "Venezuela no está en condición de ayuda humanitaria" y que los CLAP han tomado una dimensión estratégica para Venezuela (Comité Locales de Abastecimiento y Producción, que venden los alimentos que distribuyen los generales) (10).

Otras organizaciones, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han optado por mantener silencio ante la situación del inexistente sistema de salud venezolano, la falta en las medicinas y las crecientes epidemias de salud que han afectado a la población. La malaria, difteria, zika, chikunguya y dengue, H1N1 entre otras, se han incrementado de manera importante durante los últimos años, sin que existan ni los reportes reales de los casos existentes por parte de las institucio-

nes gubernamentales, ni las medidas necesarias para su prevención, ni los tratamientos adecuados para la curación de los casos ya existentes (11). También, UNICEF, no se ha pronunciado ante la escasez de alimentos para los niños, ni ante la falta de medicamentos pediátricos, ni por las muertes neonatales y maternas han ocurrido en el país cuyas denuncias han aumentado de forma alarmante este año (12).

Ante la negativa del Estado de aceptar la situación de salud y alimentación, ni la OPS, ni la FAO, ni UNICEF, ni PNUD, han realizado esfuerzos claros por intervenir en la procura de soluciones. El silencio de las agencias internacionales fue denunciado por 82 organizaciones no gubernamentales que firmaron un documento explicativo al Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki Moon, quien luego se pronunció con preocupación y exhortó a la comunidad internacional para considerar con nuevas perspectivas el caso de Venezuela (11).

Los documentos que existen en los repositorios de las agencias internacionales de cooperación, al menos hasta donde pudo investigar la autora de este trabajo, se refieren a los conflictos de interés que pudiesen generarse en los empleados de esas organizaciones, pues los documentos de normas éticas tanto del Sistema de Naciones Unidas, como de la OMS, se refieren básicamente a los términos individuales (13, 14,15) de la relación de conflicto de interés.

Discusión

Está bien documentado en la literatura, que el acuerdo entre los factores sociales: gobierno, sector privado muchas veces representado por la industria, la academia y la sociedad civil representada por las organizaciones no gubernamentales del área respectiva que se aborde, produce resultados benéficos para el progreso de los países. En consecuencia, debe exhortarse la cooperación para buscar consensos y acuerdos de trabajo para la generación del conocimiento científico, evaluar la situación de las diferentes necesidades de las sociedades y realizar los cambios necesarios, sin excluir a ningún factor social (16).

De allí la importancia de garantizar la independencia de las investigaciones destinadas a generar las bases de un diagnóstico en cualquier área que se pretenda estudiar. Para que esto suceda, deben considerarse los factores descritos al comienzo de esta investigación a la hora de asegurar la transparencia y neutralidad de una investigación, diagnóstico o seguimiento para la vigilancia de indicadores. Los intereses personales versus los profesionales, las relaciones familiares o de importancia afectiva entre los miembros de un equipo, los límites

entre quien financia un estudio y quien lo ejecuta, deben quedar claros y definidos desde el comienzo de cualquier estudio.

Algunas preguntas importantes en este momento son: Cómo se realizó el despliegue de conflictos de intereses entre el equipo evaluador de la FAO y el estado venezolano, representado por el gobierno actual?. Existen intereses ideológicos, políticos o financieros que han sido declarados?. Donde está este documento si es que existe?. El continuo reconocimiento de esta agencia sobre el buen desempeño del Estado venezolano en materia de alimentación (17), ha sido recibido por la población general como una desfachatez. Al revisar las definiciones sobre conflictos de interés, las preguntas se realizan con el fin de poner en la mesa un punto del que hemos aprendido los venezolanos, basados en las definiciones descritas al principio de este trabajo: existen intereses individuales, existen intereses institucionales, tangibles e intangibles. ¿Cuál es el interés de la FAO en repetir a ultranza que en Venezuela hay un logro alimentario y nutricional, cuando se está a kilómetros de distancia del mismo? La pregunta es válida y también es válido decir que se desconoce con certeza la respuesta.

Consideramos que este comportamiento, es una enseñanza importante para el resto del mundo, pues no se toma en cuenta suficientemente al menos abiertamente, el despliegue de conflicto de interés entre los gobiernos, las agencias internacionales y el significado de este hecho entre instituciones. El problema va más allá de los conflictos del interés personal y como éstos pueden superar los logros profesionales de un funcionario, se trata más bien de señalar el impacto sobre las poblaciones expuestas a lo que debería ser un análisis situacional objetivo. De allí que el caso de Venezuela, represente una incógnita: porqué la realidad de la escasez de medicamentos, alimentos, déficit en el acceso a la salud, déficit en infraestructura hospitalaria, pareciera pasar inadvertida ante algunos organismos del sistema de Naciones Unidas.

En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó una declaración sobre las denuncias de conflictos de interés entre dicha agencia y la industria farmacéutica, dada la epidemia global de un determinado virus de la gripe mucho más agresivo, el cual se investigó con financiamiento del sector privado. En dicha declaración, la OMS especificaba que los consultores independientes firman un formato de despliegue de conflictos de interés, para garantizar la transparencia e integridad del trabajo (18). Este antecedente, confirma la preocupación de las agencias internacionales por realizar un adecuado despliegue de conflictos de interés entre las partes que integran un proyecto. Sin embargo,

cuando el sector privado, no es parte del equipo de trabajo, no pareciera existir esta misma preocupación, más bien se percibe como una inexistencia del riesgo de que surjan este tipo de conflictos. Al respecto, al revisar el documento del informe anual del comité de ética de la FAO de 2014, se menciona el interés por realizar el despliegue de conflictos de interés con el sector privado, y la intención de revisar las normas y políticas en este sentido con el fin de minimizar este tipo de problemas. Una vez más, no se menciona la conducta ante el financiamiento de gobiernos, o instituciones públicas de los Estados miembros. (14).

Existen los conflictos de interés ideológicos?. Los que en pro de una determinada cruzada podrían anteponer los intereses ideológicos a los logros profesionales, modernos, actualizados? Por qué el empeño de decir que en Venezuela todo está bien a costa del bienestar de su gente? . Esperamos colocar esta pregunta sobre la mesa de discusión científica, productiva y que aporte soluciones.

Las lecciones aprendidas? Revisar el despliegue de conflictos de interés entre las instituciones, las agencias de cooperación internacional, los gobiernos, la academia y por supuesto la industria y el sector privado.

Referencias

1. Universidad de California, San Francisco. Conflict of Interest in Research. Disponible a través de la Dirección URL <http://coi.ucsf.edu/> Accesada el 25 de octubre de 2016
2. Thaler RH and Sunstein CR. Biases and Blunders in Nudge, Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness. Yale University Press, New Haven & London 2008: 17-39
3. Columbia University. Responsible Conduct of Research. Conflict of Interest 2003-2004. Disponible a través de la Dirección URL http://ccnmtl.columbia.edu/projects/rcr/rcr_conflicts/foundation/#1_1 Consultada el 25 de octubre de 2016
4. Davidoff F, De Angelis C, Drozen JM, Nicholls MG, Hoey J, Hejgaard L, Horton R, et al. Sponsorship, Authorship and Accountability. *Läkartidningen*. 2001; 43 (98) 4694-4695
5. Comisión Europea. Oficina Europea Lucha Contra El Fraude (OLAF) Detección de conflictos de intereses en los procedimientos de contratación pública en el marco de las acciones estructurales Guía práctica para los responsables de la gestión 2014. Disponible a través de la Dirección URL <http://ec.europa.eu/sfc/sites/sfc2014/files/sfc-files/guide-conflict-of-interests-ES.pdf> Consultada el 25 de octubre de 2016
6. Tversky A and Kahneman D. Judgement under uncertainty: Heuristics and Biases. Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *Science* 185: 1124-1131
7. Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) Universidad Central de Venezuela, Fundación Bengoa, Colegio de Nutricionistas Dietistas de Venezuela. Declaración sobre el reconocimiento otorgado por la FAO a Venezuela. *An Venez Nutr*, 2014 (27):258-260
8. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos, ESCA, Venezuela, 2014. Disponible a través de la Dirección URL <http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/> Consultada el 25 de octubre de 2016
9. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la Seguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe. 2014.
10. FAO: Venezuela no necesita ayuda humanitaria. 2016. Disponible a través de la Dirección URL <http://noticiaaldia.com/2016/07/fao-venezuela-no-necesita-ayuda-humanitaria/> Consultada el 25 de octubre de 2016
11. Observatorio Venezolano de la Salud. Noticias. 2016 Disponible a través de la Dirección URL <http://www.ovsalud.org/noticias/2016/> Consultada el 25 de octubre de 2016
12. La Patilla. Portal web noticias: En Venezuela se registran 196 muertes neonatales por semana. Disponible a través de URL <https://www.lapatilla.com/site/2016/06/24/en-venezuela-se-registran-194-muertes-de-ninos-a-la-semana/> Consultada el 20 de octubre de 2016.
13. World Health Organization. Declaration of Interest for WHO Experts (doi_nutritionactions.pdf) 2011 Consultada el 25 de octubre de 2016
14. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) Disponible a través de la Dirección URL <http://www.fao.org/3/a-mm692s.pdf> Consultada el 25 de octubre de 2016
15. Wynes MD, Mounir-Zahran M. La ética en el Sistema de Naciones Unidas. Dependencia común de inspección. 2010. Disponible a través de URL sitio web. Consultada el 25 de octubre de 2016 https://www.unjiu.org/es/reports-notes/JIU%20Products/JIU_REP_2010_3_Spanish.pdf Consultada el 25 de octubre de 2016
16. Dunn WN. Public policy analysis. An introduction. Chapter 1 "The Process of Policy Analysis" Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall, 5th Edition. 2012
17. El Nacional Alimentación: De los premios de la FAO a las muertes por desnutrición. http://www.el-nacional.com/siete_dias/ALIMENTACION-premios-FAO-muertes-desnutricion_0_947905553.html
18. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS en relación con las denuncias de conflictos de intereses y la "falsa" pandemia. Disponible a través de URL sitio web. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_pandemic_20100122/es/ Consultada el 25 de octubre de 2016

Recibido: 03-10-16

Aceptado: 28-10-16

Los Héroes Médicos del 36 y su visión del país

Medical Heroes of '36 and their vision of the country

Mercedes López de Blanco¹

Primero quiero dirigirme a los jóvenes. Siempre lo hago, pero hoy especialmente para mí es un gran placer porque están muchos de mis nietos. La primera vez que presenté esta conferencia fue en el Congreso de Pediatría, porque el 60% de los pediatras eran muy jóvenes, parecían más bien estudiantes de bachillerato; y me dirigí a ellos, y lo mismo hice en la Academia Nacional de Medicina. Me quiero dirigir a los jóvenes que están aquí, que son parte de mi familia y felicitar a sus padres y a su abuela por la iniciativa de traerlos hoy. Antes de comenzar, les quiero hablar de la importancia de la historia. Lamentablemente en este país, la forma como nos la explican es poco atractiva. Por lo menos la que me enseñaron a mí hace mucho tiempo. Nos acostumbramos a aprenderla de caletre, sencillamente para pasar un grado. Por fortuna, durante mi estadía en Estados Unidos por más de 8 años, mi padre, por su afán de mantener vivo el amor a la patria, cada dos semanas, más o menos, agarraba un libro de historia y se acercaba a mi hermana y a mí, y nos leía una página, más nada. Cerraba el libro y empezaba a conversar; nosotros hacíamos preguntas y él las respondía. Así aprendimos algo de la historia en este país, y quiero decir a los jóvenes que este tema es verdaderamente fundamental; quiero que recuerden que los pueblos que no conocen su historia están destinados a repetir los errores, una y otra vez. Ustedes se imaginan al comienzo de la humanidad, ¿la cantidad de pueblos vagando por el mundo entero y ninguno sabía de dónde venía?. Claro que sabían-- no existían libros y muchísimo menos comunicaciones como internet. ¡Ellos hablaban de padre a hijos y les enseñaban quiénes eran, de donde venían y a donde iban!. Eso es sumamente importante.

Espero que hoy se lleven un pedacito de historia venezolana en su mente y en su corazón. Esto va dirigido a ustedes los jóvenes.

Un recuerdo a mis maestros durante la carrera de medicina: Leopoldo Briceño Iragorry (1908-1984), José Antonio O'Daly (1908-1992), Enrique Benaim Pinto

(1992-1979), Miguel Pérez Carreño (1904-1966), que fueron fundamentales en mi carrera, y en mi formación como pediatra, Guillermo Tovar Escobar (1919-1989), Hernán Méndez Castellanos (1915-2003) y el profesor JM Tanner (1920-2010).

Quiero hablar sobre los precursores, personas e instituciones para que se sepa que en este país había grandes médicos que hicieron cosas importantes; lo que pasa es que estaban limitados por la falta de desarrollo. Por ejemplo, José María Vargas (1786-1854), padre de la medicina; primer rector de la reformada universidad (Real y Pontificia Universidad de Caracas, actual Universidad Central de Venezuela) que reestructuró Simón Bolívar, fundó la Facultad Médica de Caracas en 1827. El Hospital José María Vargas que aún existe como ustedes saben, aunque lamentablemente en malas condiciones, fue fundado en 1891. Luis Razzetti (1862-1932) el modernizador de la medicina, funda la Gaceta Médica de Caracas en 1893 y pocos años después nuestra Academia Nacional de Medicina. También hay que recordar a otros precursores como José Manuel de los Ríos (1826-1914) padre de la pediatría que en 1988, funda la Revista Clínica de los Niños Pobres junto con Francisco Antonio Rísquez. José Gregorio Hernández (1864-1919) que todos conocen como un beato y no un científico, es el padre de toda la Medicina Experimental (Fisiología, Histología, Bacteriología y Embriología. Pablo Acosta Ortiz (1866-1916), gran cirujano, padre de la cirugía moderna. Santos Dominici (1869-1954), innovador y gran organizador, fue el segundo Ministro de Sanidad y Asistencia Social del año 36. Francisco Antonio Rísquez (1856-1954), un hombre prominente del siglo XIX que realizó una labor para el país, como por ejemplo: fundador de la Enfermería y de la Cruz Roja; y junto con José Manuel de los Ríos fundó el primer hospital que muchos conocen como el hospital de la Cruz Roja.

En 1936, la población era de menos de tres millones y medio de habitantes y había crecido muy lentamente durante años. El crecimiento vegetativo había sido muy pequeño, ya que se moría, más o menos, la misma cantidad de gente que nacía. Además era un país 65% rural, el doble más o menos de la población urbana. La pobreza no era solo rural- en

¹Fundación Bengoa.

Solicitar correspondencia a: Mercedes L. de Blanco email: checheta75@gmail.com

los poblados faltaban medidas básicas de saneamiento ambiental. Era un país no solo rural, sino de niños enfermos, de palúdicos, hombres y mujeres que podían morir desde los 30 o 35 años; cada dos horas moría una persona por paludismo. Las principales causas de muerte eran:

1. Enteritis y diarreas
2. Tuberculosis Pulmonar y
3. Paludismo (Malaria).

El programa del 21 de febrero 1936, con sus grandes defensores y sus grandes detractores, como todo en la historia, fue sencillamente un intento ordenado de señalar necesidades, buscar soluciones y establecer prioridades. El plan de gobierno comprendía: 1) Creación de un Instituto de Higiene para la formación de técnicos sanitarios, 2) Higiene rural y lucha contra endemias como el paludismo y las parasitosis, 3) Higiene urbana y logro del saneamiento ambiental (cloacas/agua potable), 4) Protección de la madre y el niño, posiblemente este fue el rubro en el que se hizo mayor hincapié y donde se consiguió mayor éxito, 5) Lucha antituberculosa, la cual fue muy exitosa, 6) Lucha contra las enfermedades venéreas, 7) Estudios sobre alimentación nacional y 8) Reorganización de institutos de beneficencia y previsión social.

La Creación de las Instituciones de Salud. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social nace según decreto del 25 de Febrero 1936.

Con divisiones claves como la División de Tisiología (a cargo de José Ignacio Baldó), la División de Higiene Materno Infantil (a cargo de Pastor Oropeza) y la División de Malariología a cargo de Arnoldo Gabaldón. Ya en el año 30 se había creado un Ministerio de Agricultura y Salubridad, pero el 25 de febrero con base a los grandes problemas que tenía el país, se decide separarlo y crear el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y el Ministerio de Agricultura y Cría. Los ministros del primero fueron Enrique Tejera (nacido en Valencia), Santos Dominici (caraqueño) en el mismo año 36, Honorio Sigala (lareense), y Julio García Álvarez (caraqueño), gran otorrino. El 16 de junio de 1936 se promulga la ley contra el paludismo

y el 27 de julio de 1936 se crea la División de Malariología; esta será presidida por Arnoldo Gabaldón cuyas recomendaciones, emanadas de la Conferencia de Directores de Salud Pública en Washington, apuntalaron a estos cambios.

Por otro lado, el 06 de agosto de 1936 se crea el Consejo Venezolano del Niño, presidido por Gustavo H. Machado, así como el Instituto Nacional de Puericultura presidido por Pastor Oropeza. En Diciembre de ese año se inaugura el Hospital Municipal de Niños en la esquina de Los Pirineos; su primer Director fue Gustavo H. Machado lo acompañaron un grupo de eminentes pediatras: Pastor Oropeza, Guillermo Hernández Zozaya, Nicolás Cárdenas Farías, Espíritu Santo Mendoza, Simón Gómez Malaret, Andrés Gutiérrez Solís. En 1938 se inaugura la Maternidad Concepción Palacios y su primer director fue Leopoldo Aguerrevere.

Pero no solamente se fundaron instituciones gubernamentales, sino que en el sector privado se crea la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, bajo el lema: "Somos la Voz de la Infancia Venezolana" en enero de 1939. Llama la atención que no solamente participaron los mejores pediatras del momento, entre ellos Nicolás Cárdenas Farías, Luis Gámez, Guillermo Hernández Zozaya, Pablo Izaguirre, Enrique Márquez Iragorry, MA Sánchez Carvajal; en fin, muchos grandes pediatras, sino también grandes obstetras, como Leopoldo Aguerrevere, Oduardo León Ponte, y Rafael Domínguez Sisco, profesionales como José Ignacio Baldó que se dedicó a la tisiología, Bernardo Gómez (cardiólogo), los hermanos Martín y Rafael Vegas. Aunque muchos no eran pediatras, todos estaban enfocados hacia lo más importantes en ese momento de crisis que era la salud de la madre y el niño. La Junta Directiva estaba formada por Gustavo Machado (Presidente), Pastor Oropeza (Vicepresidente), Pablo Izaguirre (Secretario), Lya Imber (Tesorera) y Simón Gómez Malaret y Carlos Camejo Troconis (vocales). Esta Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, junto con las grandes instituciones gubernamentales, desempeñaron un papel determinante en los progresos de salud del país.

Los Héroes Médicos de 1936. Se han escogido a los protagonistas del cambio y a los pioneros de la pediatría, jóvenes que habían culminado sus estudios médicos y viajaron a París, algunos a Alemania o a Suiza, muchos con los esfuerzos de su familia. Nunca consideraron permanecer en otras latitudes con tanto que había que hacer en Venezuela, eso era impensable. Estaban llamados a ser los forjadores del sistema sanitario del país.

José Ignacio Baldó, nació en San Cristóbal en 1898 y falleció en Caracas en 1972; Arnoldo Ga-



**CREACIÓN DE LOS MINISTERIOS
DE SANIDAD Y AGRICULTURA**

(25 de febrero de 1936)

Eleazar López Contreras

Presidente de los Estados Unidos de Venezuela

Considerando:

Que el gobierno atribuye señalada importancia a los problemas relacionados con la higiene pública y la previsión social, así como también al desarrollo racional de nuestra Agricultura y Cría;

Considerando:

Que para la realización metódica de los planes del Ejecutivo Federal en los respectos antes indicados, se necesita la organización inmediata de los servicios públicos correspondientes; En uso de la atribución 17 del artículo 100 de la Constitución Nacional y de conformidad con el artículo primero de la Ley de Ministerios y según lo resuelto en Consejo de Ministros.

Decreta:

Artículo 1º Se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Artículo 2º Se crea el Ministerio de Agricultura.

Artículo 3º De los ramos a que se contraen los artículos 4º y 11 de la Ley de Ministerios, corresponden al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social las materias siguientes:

1. Sanidad nacional. Higiene pública. Medicina social. Oficina de sanidad en el Distrito Federal, en los Estados, en los Territorios Federales, en las ciudades y en los puertos de la República. Comisiones sanitarias. 2. Sanidad marítima. Estaciones de cuarentena. 3. Dispensarios. Sanatorios. Leprocomios. Hospitales. Clínicas. Casas de salud. Laboratorios químicos, biológicos y farmacológicos. 4. Vigilancia de los abastecimientos de aguas en las poblaciones. 5. Suprema inspección de los servicios sanitarios de las municipalidades. Cementerios. 6. Profesiones médicas. Ejercicio de la farmacia. Vigilancia de narcóticos. Veterinaria, en sus relaciones con la higiene. 7. Ingeniería sanitaria. 8. Las obras sanitarias que el Presidente de la República decidiere en Consejo de Ministros, que corran a cargo del Departamento de Sanidad y Asistencia Social. 9. Convenciones sanitarias. 10. La asistencia pública: asilos, hospitales y hospicios nacionales. Sociedades benéficas. Calamidades públicas.

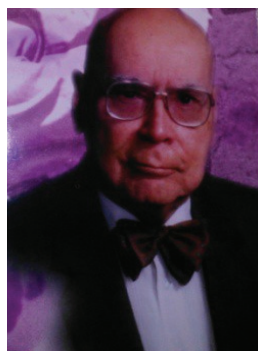
baldón Carrillo, nació en Trujillo en 1909 y falleció en Caracas en 1990; Guillermo Hernández Zozaya, nació en Valencia en 1898 y falleció en Caracas en 1967; Lya Imber de Coronil nació en Odessa, Rusia en 1914 y falleció en Caracas en 1981; Gustavo Machado Hernández nació en Caracas en 1897 y falleció en Caracas en 1967; Pastor Oropeza Riera, nació en Carora en 1901 y murió en Carora en 1971; Enrique Tejera Guevara nació en Valencia en 1889 y murió en Caracas 1980 y Martín Vegas Sánchez nació en Caracas en 1897 y falleció en Caracas en 1971.



José Ignacio Baldó Soulés

Es nuestro primer héroe, pionero en la lucha antituberculosa. Además de dirigir la División de Tisiología de MSAS durante años fue Maestro por excelencia en la cátedra de Tisiología de la UCV durante 28 años, fundador de la Sociedad Venezolana

de Tisiología, dirigió el sanatorio antituberculoso Simón Bolívar que junto al pediátrico y a la maternidad Herrera Vega forman el conocido hospital "El Algodonal"- José Ignacio, además fue un gran visionario del sistema sanitario moderno y de sus redes primarias a terciarias. Lo vemos en un campamento del Bajo Ventuari, él no era una persona de estar dictando órdenes detrás de un escritorio, era un hombre de acción reunido con los líderes de la comunidad.



Arnaldo Gabaldón Carrillo

Importante médico, en Venezuela, el primero en la lucha antimalárica, fue un pionero en el mundo. Además de liderar la División de Malariología innovó en su difusión creando "Tijeretazos en Malaria" una forma económica y rápida de

difundir información. Hay que considerar que en ese momento, no existían sino periódicos y la radio. Escribía todas las semanas mensajes en su máquina de escribir que se repartían en todos los consultorios médicos y en todos los sitios públicos del país, para que la gente supiera cómo debían luchar contra la malaria. No existía el DDT, lo único que se podía hacer era repartir tabletas de quinina. Descubrió nuevas especies de anófeles, entre ellos el Nuñez Tovar en honor a mi abuelo materno; un terrible zancudo porque es resistente al DDT, que durante años estuvo únicamente en una parte del Estado Anzoátegui y en este momento dicen que está por todo el Estado Bolívar y por el Estado Apure. La Ley de Defensa contra el Paludismo, que ya indicamos fue promulgada en julio de 1936 y el Instituto de Malariología, que fue el cuartel general de Gabaldón, digo cuartel general porque él era un General en batalla. Estos son los fumigadores rurales, ya en la época del 45 fumigando

con el DDT. Los cursos internacionales de malaria se organizaban en el Instituto de Malariología en Maracay.



Guillermo Hernández Zozaya

Uno de los primeros pediatras formados por Marfán en París y el primero que regresó a Venezuela, cofundador del Consejo Venezolano del Niño y de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Aquí aparece el Hôpital des Enfants Malades, en la calle Sèvres en París.

Es el primer hospital de niños en el mundo, fíjense en la fachada, nada que ver con los hospitales fabulosos que hay en Estados Unidos, ni siquiera con los venezolanos; pero, en este hospital de París que fue el primer hospital de niños del mundo, se formaron todos nuestros pediatras venezolanos bajo la tutela de Marfán.

Es el primer hospital de niños en el mundo, fíjense en la fachada, nada que ver con los hospitales fabulosos que hay en Estados Unidos, ni siquiera con los venezolanos; pero, en este hospital de París que fue el primer hospital de niños del mundo, se formaron todos nuestros pediatras venezolanos bajo la tutela de Marfán.



Una foto muy curiosa, es la clase de anatomía de la escuela de San Lorenzo, la cual quedaba muy cerca de lo que es actualmente el Hospital Vargas.

Y aquí están sentados, Guillermo Hernández Zozaya y Gustavo Machado, juntos con su maestro, esa persona que ustedes ven con cara de bravo, es nada más y nada menos que el gran profesor de anatomía José Benito de la Consolación Izquierdo Esteva (Pepe Izquierdo) uno de los ambulatorios de la Pastora lleva su nombre; de pie están Martín Vegas el segundo y José Ignacio Baldó el sexto. En la foto parecen más jóvenes, estaban empezando el primer año de medicina, con sus batas blancas impecables, así es que disecaban los cadáveres en esa época. Este gran médico Hernández Zozaya, una de sus obras silenciosas, fue la consulta gratuita a los habitantes de los barrios cercanos a su casa, durante 45 años; la placa que está en el Ambulatorio del Pedregal Municipio Chacao dice: “En reconocimiento a este caritativo médico, que dio asistencia gratuita a adultos, jóvenes y niños de los sectores populares del Pedregal, Bucaral, el Tártaro y Barrio Nuevo durante 45 años”.



Lya Imber de Coronil

Nació en Odessa Rusia y falleció en Caracas, lamentablemente todavía muy joven. Venezuela fue su segunda y amadísima patria, cofundadora del Consejo Venezolano del Niño y la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, eminente profesora de Puericultura y Pediatría de la UCV, fue la primera mujer graduada de médico en Venezuela. Aquí está, en la UCV, Lya en el centro, con sus compañeros de clase. Al final de su vida, en 1970, fue electa vicepresidenta del Centro Internacional de la Infancia en el Château de Longchamps en pleno Bosque de Boloña de París, junto a la gran

Al final de su vida, en 1970, fue electa vicepresidenta del Centro Internacional de la Infancia en el Château de Longchamps en pleno Bosque de Boloña de París, junto a la gran

Nathalie Masse su colega y amiga que era la Directora. Lya fue un personaje nacional e internacional.



Gustavo Machado Hernández

Fue fundador y organizador del Hospital Municipal del Niño y del Consejo Venezolano del Niño.

Uno de los padres de la pediatría nacional. Presidió el primer Congreso Venezolano del Niño y la recién fundada Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría en 1938. Presidió el Consejo Venezolano del Niño, desde 1936, durante 12 años en los cuales coordinaba 70 institucio-

nes que se ocupaban de los niños en ese momento. Él era un organizador increíble.

Este es el Hospital Municipal de Niños en la esquina de los Pirineos, precursor de nuestro hospital J. M. de los Ríos de San Bernardino, nombrado en recuerdo del famoso precursor José Manuel de los Ríos.



Pastor Oropeza Riera

Nació en Carora. Este oleo de Roberto Fantussi en 1977, todos los que han visitado el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario, lo conocen. Muchos de ustedes van a recordar a estos eminentes pediatras: sentados

está Miguel Ragay Hernán Quintero Uzcátegui; parados de izquierda a derecha está Ernesto Figueroa, Gabriel Barrera Moncada, Eduardo Urdaneta y Espíritu Santo Mendoza, Ernesto Vizcarrondo, Pastor Oropeza, jefe de Cátedra, Hernán Méndez Castellano y Guillermo Tovar Escobar.

Pastor Oropeza junto con Gustavo Machado, tuvieron la idea de traer a enfermeras pediátricas desde Puerto Rico. Ellos tuvieron esa visión, de la formación de un equipo ya que un médico no puede trabajar solo. Presidió la División Materno Infantil desde el nuevo Ministerio, así como el Instituto Nacional de Puericultura. Fue el Padre de la Pediatría Nacional.



CREACIÓN DEL CONSEJO VENEZOLANO DEL NIÑO

(6 de agosto de 1936)

ELEAZAR LÓPEZ CONTRERAS

Presidente de los Estados Unidos de Venezuela

En uso de la atribución 11 del artículo 100 de la Constitución Nacional y mediante la aprobación del

Consejo de Ministros,

Decreta:

Artículo 1º Por cuanto la mortalidad infantil es alarmante en el país, y el problema del niño abandonado aún no se ha estudiado con claridad, se crea un organismo ad-honorem llamado Consejo Venezolano del Niño, dependiente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y que tendrá con el carácter consultivo técnico de dicho Ministerio, la vigilancia y coordinación de los organismos oficiales y privados dedicados a la madre y al niño, o sea los centros de protección materno-infantil, y se encargará del estudio del problema médico-social de la madre y el niño en Venezuela.

Artículo 2º Ese organismo estará compuesto por dos pediatras, dos parteros, un abogado, un profesor de educación física, un ingeniero, un pedagogo, u psiquiatra y dos damas.

Artículo 3º Por resolución especial del Ministerio del ramo, designará las personas que han de formar el Consejo Venezolano del Niño.

Dado, firmado, sellado con el sello del Ejecutivo Federal y refrendado por el Ministro de Sanidad y Asistencia Social, en el Palacio Federal, en Caracas, a los seis días del mes de agosto de mil novecientos treinta y seis. Año 127º de la Independencia y 78º de la Federación.

(L. S.) E. López Contreras
Refrendado.

El Ministro de Sanidad y Asistencia Social,

(L. S.) Santos A. Domínic.



Enrique Tejera Guevara

Nacido en Valencia. Primer Ministro de Sanidad y Asistencia Social del 36. Formado en la Universidad de la Sorbona y en el Instituto Pasteur de París, investigador experto en patología tropical descubrió el rhod-

niusprolixus como vector del Chagas, el *tripanosoma venezuelensis* así como el antibiótico *streptomycetes venezuelensis*, profesor universitario en patología tropical e histología. Fue el primer Ministro de Sanidad durante el cambio en 1936 y luego Ministro de Educación. Fue además un excelente político y diplomático, aunque nunca dejó de ser médico investigador.

Aquí lo vemos como parte del gabinete el antepenúltimo de izquierda a derecha; está el Presidente, el General Medina Angarita (futuro presidente), Tomás Pacannins, Caracciolo Parra Pérez y Francisco J. Parra.



Martín Vegas Sánchez

Nació en Caracas y falleció en Caracas, especializado en dermatología y sifilografía en París, Director del Leprocomio de Cabo Blanco hasta 1936 cuando se encargó de la División de Sifilografía del MSAS.

Pionero en la lucha contra la lepra y otras endemias tropicales. Martín Vegas le dio la bienvenida a Jacinto Convit, en 1938, a los pocos días de llegar este último como primer residente del Leprocomio de Cabo Blanco.

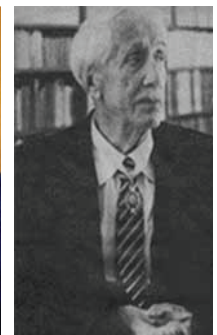


Y por último, celebrando los 40 años de graduados: Martín Vegas de segundo, José Ignacio Baldó el cuarto, el más alto de todos, al lado Gustavo Machado y el último es Guillermo Hernández Zozaya, con sus esposas; está Concha, Josefina, Clementina y Carmen Rosa.



Un recuerdo muy grande para sus descendientes.

Hay que recordar la contribución del exilio español. A partir del 39 se enriquece el contingente de médicos venezolanos, con los médicos sanitarios, cirujanos, fisiólogos y bioquímicos que salen de España. Entre ellos, Santiago Ruesta Marco gran sanitarista, José María Bengoa pionero de la nutrición, y el fisiólogo Augusto Pi Suñer quienes hicieron de este país su segunda patria y contribuyeron a su desarrollo y progreso.



Cuál era la visión de país de estos médicos. Una población sana, libre de endemias, con un crecimiento demográfico sostenido, capaz de asumir los retos que conducen al progreso de un país. Un país enfermo no puede progresar.

Cuáles fueron los cambios poblacionales entre el 36 y el 41. Según Julio Páez Celis, reconocido demógrafo, la esperanza de vida aumentó de 38 a 43 años, un año por año; la población aumentó en casi 500 mil personas, como consecuencia de la disminución de la mortalidad general de 30 a 21 por mil habitantes, reflejo inicial de las campañas contra las endemias y el saneamiento ambiental. Sin embargo, todavía habría que esperar varias décadas para apreciar los grandes cambios y la consolidación de las instituciones que comenzaron en 1936.

Ante la sistemática destrucción de las instituciones por este gobierno, los que seguimos trabajando en este país, sin rendirnos, somos en este momento los héroes civiles de Venezuela.

Muchas gracias a todos por estar aquí.

Agradecimiento a mis asesores José Francisco y Edgardo Mondolfi Gudat, igualmente a Carlos Oteyza, Consuelo Andara, Gaby Vera de Parra, Omaira Gollo y Eleazar H. Parra Vera por su colaboración.

Yaritza Sifontes: Ha sido un placer y un honor escuchar a la Doctora López, pasearse por distintas generaciones, debe ser así para sus familiares, pero también lo es para quienes hemos tenido la oportunidad de trabajar con ella. Sucede que en la actualidad, si de algo estamos necesitados es del rescate de la memoria colectiva, que se ha ido perdiendo. Es motivador conocer que en una época en la que era impensable el internet, el correo electrónico y la globalización, así como todos los medios y recursos que hoy en día nos hacen la vida más fácil, pero que pensamos que sin ellos no podemos vivir, existieran personas tan capaces y brillantes, seres visionarios, que lejos de quedarse en la queja y preocuparse, se ocuparon y accionaron sus mecanismos para que por ejemplo alcanzáramos la esperanza de vida actual. Sin lo que, probablemente por selección natural hubiésemos perdido oportunidades.

La época comentada por la Dra. López se caracterizó por al menos cuatro grandes iniciativas: la atención materno infantil, incluidas las estaciones de leche en el interior del país; la educación sanitaria a la comunidad centrada en los niños; la higiene pública que incluía la alimentación del escolar y el abastecimiento del agua y por último la formación en el exterior de recursos humanos especializados. En ese tiempo primero con Eleazar López Contreras al frente de la nación, con Ministros de

Sanidad de la talla de Enrique Tejera, Honorio Sigala y Julio García Álvarez y luego con Isaías Medina Angarita y de Ministro de Salud Félix Lairet, se logró la creación del Instituto de Higiene, el Instituto de Puericultura y la Escuela de Enfermería, en un país diezmado por las enfermedades infectocontagiosas; también fue la época de las comadronas, de la sanidad rural ejercida por primera vez por médicos venezolanos, del surgimiento de los comedores escolares y de los dispensarios y los grandes hospitales generales de Valencia y Barquisimeto, así como del Proyecto del Hospital Universitario de Caracas, lo que además coincidió con la reglamentación del ejercicio de la medicina. Fue el periodo en el cual, quien tenía que investigar, investigaba, y el que tenía que administrar, administraba. En fin los gerentes de aquella época se ocuparon de las enfermedades emergentes, la malaria y el paludismo que estaban acabando con la población, de manera peculiar cabe resaltar que también se preocuparon por el abastecimiento del agua. Resulta que nosotros nunca pensamos, y seguramente quienes nos precedieron tampoco, que en este momento tendríamos que preocuparnos por el agua. En la actualidad muchos de nuestros problemas tienen que ver, justamente con el abastecimiento de agua. Me permití tomar unos pocos minutos y hacer este paréntesis para poder introducir la transición entre ambos momentos históricos y en cuyas características profundizarán los tres comentaristas de lujo que tendremos.

A continuación, escucharemos a Edgardo Mondolfi, Licenciado en Letras, con Máster en Estudios Internacionales y Doctorado en Historia, Miembro de la Academia Nacional de la Historia, y Profesor en la Escuela de Estudios Liberales en la Universidad Metropolitana, quien disertará sobre la Importancia histórica del momento y los cambios. Seguidamente, la intervención de Susana Raffali Arismendi, Licenciada en Nutrición de la Universidad Central de Venezuela, con Postgrado en Seguridad Alimentaria del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Especialista en Gestión de Riesgo de Desastres y Emergencias Humanitarias de la Universidad Complutense de Madrid y del Fondo Internacional de la Cruz Roja, además colaboradora de la Fundación Bengoa, quien hablará sobre las diferencias y similitudes entre los dos momentos históricos. La tercera comentarista es Maritza Landaeta-Jiménez, Médico de la Universidad Central de Venezuela, con Máster en Planificación Alimentaria y Nutricional. Director de la Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición y miembro correspondiente de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, editora de la revista especializada en el área de alimentación y nutrición *Anales Venezolanos de Nutrición*, quien centrará su intervención en la labor de estos médicos sanitarios que tuvieron

muy presente la importancia de atender de manera integral la salud y nutrición de la madre y el niño.

Edgardo Mondolfi Gudat: Buenas tardes a todos. Creo que lo más importante del compromiso de esta tarde es el de ser breves en beneficio de que podamos participar los miembros del coloquio y que al final, intervenga también el público presente.

Mi agradecimiento a la Fundación Bengoa. Es un honor estar aquí, en la que también es la casa del presidente Rómulo Betancourt y sede de la Fundación homónima. Me acompaña mi familia inmediata, mi suegra, esposa e hijos; mis amigos entrañables Carlos Oteyza y su señora Caroline, y los familiares del general Eleazar López Contreras, en especial la doctora Mercedes López de Blanco, a quien agradezco la amable invitación a fin de que yo pudiera hacer algunos comentarios, a propósito del año 36, en el marco de este coloquio al cual se le ha dado por nombre “los héroes médicos del 36”.

Lo primero que llama la atención, después de haber escuchado a la doctora López durante 20 minutos es lo exageradamente modesta que fue. Habló vaga y hasta esquivamente del “Presidente de la República”, pero no del general López Contreras, a quien apenas mencionó por su nombre en un solo momento. Pero de eso me voy a hacer cargo yo. Quiero aclarar que no tengo nada en contra de llamar “héroes” a estos médicos debido a lo hazañosa que fue su labor. Sin embargo, lo que ocurre, a mi juicio, es que la palabra “héroe” remite muchas veces a la acción individual; en cambio, en este caso, precisamente durante la gestión de López Contreras, la cual arranca azarosamente a partir de diciembre del año 35, el trabajo sanitario habrá de verse concebido dentro de un marco institucional. Me refiero con ello a una serie de políticas públicas que, en algunos casos, apenas figuran insinuadas pero, en otros, se hallan claramente explicitadas dentro del llamado “Programa de Febrero” al cual la doctora López hizo referencia.

Me quiero detener en la parte que a mí me compete, aun cuando no sea sanitarista ni experto en nutrición. Vengo de cuarteles muy distintos, pero siempre he sentido particular interés por la coyuntura del año 36 al 41, que es precisamente la etapa que corresponde a la Presidencia de López Contreras.

¿Qué es lo primero que llama la atención acerca del “Programa de Febrero” cuando uno lo lee?. Yo diría que el sentido de modernidad que está expresado en él. Porque es un plan de gobierno centrado en la participación del Estado en labores asistenciales y que, de manera incipiente, preanuncia lo que, a la larga, será la presencia tan céntrica que, para bien y para mal, habrá de cobrar el Estado ante la sociedad venezolana. Cuando lo digo, lo hago debido a la importancia de reparar y

hablar de los signos de los tiempos, es decir, de la idea del Estado como regulador de la anarquía económica, la cual no solamente estará muy presente en la experiencia soviética sino que lo estará en la experiencia muy contemporánea del fascismo italiano, pero también del Laborismo británico e inclusive, en la experiencia norteamericana, es decir, de la política del New Deal de Franklin Delano Roosevelt. De hecho, si se piensa tanto en la versión anglosajona de lo que significara esa idea del Welfare State (Estado Benefactor) como en algunas de sus modalidades europeas contemporáneas, evidentemente existe allí, en cierta forma, la política que nos propusimos emular en los países de América Latina, comenzando por lo que iba a significar esa acción notablemente expansiva del Estado y del gasto público. Uno de los economistas que propone tal modelo es precisamente el británico John Maynard Keynes a quien, de hecho, se le conoce por antonomasia por todo cuanto habría de significar el “modelo keynesiano” en la conducción de la economía por parte del Estado y como motor central de la misma. Creo que es muy importante tener en cuenta el planteamiento anterior dado que, más allá de lo hazañoso, más allá de la buena formación recibida por la mayor parte de estos médicos venezolanos en Europa, resalta el hecho de que se insertaran en lo que fue una política de tipo institucional estimulada por el gobierno de López Contreras. Otro elemento técnico fundamental, que requiere mayores exploraciones y que considero que ayuda a explicar el éxito de la política sanitaria del propio gobierno de López, fue la llamada “Política de la Buena Vecindad” promovida por el gobierno de F. D. Roosevelt, la cual permitió-y presupuso- una importante cooperación, sobre todo, técnica, en materia sanitaria, por parte de los EE.UU.

El otro dato que no hay que perder de vista para entender el impulso que tuvo esta coyuntura, a partir del 36, lo mencionó ya la doctora López, pero resulta muy importante enfatizarlo. Me refiero a lo que se llamó la “Conferencia de Directores en Salud Pública” que tuvo lugar en Washington, justamente durante el año 36, y de la cual se derivaron una serie de importantes recomendaciones para la contratación de expertos y técnicos en salud. Evidentemente, eso fue una experiencia tomada muy al pie de la letra en lo que al gobierno de López se refiere, especialmente por parte de Arnoldo Gabaldón quien fue la voz venezolana durante esa conferencia y, como resultado de ello, portador de las propuestas (convertidas luego en logros institucionales) que serían notables en materia de salud pública durante el quinquenio de López.

Si bien varios de los logros de ese quinquenio fueron mencionados por la doctora López enfatizaré en la idea de lo que significó separar el Ministerio de Agricultura

del Ministerio de Sanidad y que, por tanto, éste pasará a convertirse en Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; insisto mucho en ello por lo importante de esta lectura que estamos haciendo del Estado como elemento motor de la política impulsada por López Contreras, especialmente en lo que se refiere al concepto de “asistencia social” y, sobre todo, a la hora de definir al nuevo Ministerio que separaba de una vez por todas la cría de vacas y el cultivo de sorgo, del paludismo y la malaria.

Antes de terminar quisiera llamar brevemente la atención acerca de dos detalles del “Programa de Febrero” en la parte que estrictamente se refiere a la salud pública y donde, por primera vez, no sólo se propone el combate contra las principales enfermedades a través de una estructura institucional permanente sino que se las define como “enfermedades sociales” es decir, que exigen la modificación del entorno. Esto explica entonces la vinculación de esa política sanitaria con otras políticas sociales conexas, en la medida en que debía entenderse que era necesario el saneamiento del entorno, la modificación de hábitos y la promoción de campañas de concientización a través de una acción dirigida por el Estado a fin de controlar y erradicar tales enfermedades.

El otro detalle que quiero mencionar tampoco resulta menor al hablar del “Programa de Febrero”. Aprovecho entonces para detenerme en este segundo punto y señalar que si también existe algo novedoso en el “Programa de Febrero” es la forma como éste se desentiende o, al menos, modifica algunas de las premisas del discurso positivista que aún campeaba por sus fueros. Si bien el Programa en cuestión le rinde honores explícitamente a la vieja tesis liberal, la cual consistía en el estímulo a la inmigración como forma de solventar el despoblamiento del territorio, ello se combinaba a la vez con lo que se anunciaba ya, dentro del mismo Programa, como “una política de cuidado de la población existente”. En pocas palabras, este postulado programático parecía relativizar la carga determinista que había llevado a privilegiar el influjo de sangre importada por encima de cualquier otra consideración. Ya para comenzar, pareciera haber aquí una mejor valoración de lo propio frente al peso con que el determinismo (en términos sociológicos) había condicionado hasta entonces la interpretación de la realidad venezolana.

Para concluir sencillamente quiero dejar subrayado lo siguiente: la política promovida por el gobierno de López Contreras en materia sanitaria, y con el apoyo de tan valioso elenco de sanitaristas al cual se ha hecho referencia, no fue un acto de simple voluntarismo ni de inspiración providencial. Fue la convicción que se tuvo acerca de lo que significaba instrumentar una serie de políticas públicas que cobrarán sobre todo perdurabilidad en el tiempo, como efectivamente la tuvieron en

muchos sentidos. Y para terminar, lo siguiente: tal vez convenga insistir, una y otra vez, en que la República se construye sobre la base de continuidades y no de espasmos. Muchas gracias.

Susana Raffali: Buenas tardes. Quería agradecerle a Checheta, la iniciativa de invitarme, a la Fundación Bengoa, a Yaritza y Maritza, siempre acompañándome en todo. Desde que se abrió como Fundación Cavendes y todavía ahora, la Fundación Bengoa ha sido la casa de todos los nutricionistas, por eso aquí estoy.

Cuando Checheta me llamó y me preguntó si quería participar, yo dije que sí, pero luego me pregunté, ¿seguro que soy yo?, entonces confirmé preguntándole: Checheta, ¿tú te acuerdas que yo no soy médico?. Yo pensé que esto era un evento de médicos, al que definitivamente vendría como público, Entendí entonces que la idea al invitarme era, no un tema de oficio o disciplina: no importa la disciplina, ni tampoco la edad, la vocación, la profesión desde la que se quiere y se trabaja por una Venezuela mejor. Yo creo que entre Checheta y yo habrá ¿30? años, y ella es médico y yo soy nutricionista, pero lo que cuenta es que somos venezolanas las dos y a las dos nos duele y nos importa este país igual. Por eso estoy aquí acompañándola, haciendo un aporte a esta historia tan notable, de gente tan notable del país.

A mí se me ocurrió que quizá el valor añadido que yo podía traer a este foro, era en tres sentidos. El primero era descubrir ¿Qué pasaba en el planeta durante ese quinquenio del 36 al 41? .En ese momento cuando Venezuela se dedicaba a estas cosas, en manos de esos protagonistas y esos médicos, ¿qué pasaba en el resto del mundo?. El segundo sentido era preguntarme y compartir, que pasaba en esos años del 36 en el ámbito de trabajo en el que ahora me desempeño: la acción humanitaria. El tercer sentido era comentar las principales diferencias que yo encuentro entre esa situación de antes, y esta situación de ahora. Con esto lo que quisiera es facilitar un intercambio de dos vías, descubriendo lo que ahora tenemos que aprender de aquel tiempo del 36 y sus protagonistas, y preguntándome cuán lejos hubiesen podido llegar esos héroes y heroínas si tuvieran los recursos que la humanidad tiene ahora.

Encontré que, en el año 35-36, en términos de nutrición en América Latina, Venezuela era bastante consistente con el interés de todos los países de describir la situación del deterioro nutricional, consecuencia de la desigualdad social. Se estaban comenzando entonces estudios a nivel poblacional, con encuestas, de cómo se alimentaban esos sectores populares: los llamaban, “estudios de la alimentación popular”, orientados a encontrar causas y soluciones a esos déficits nutricionales que derivaban de la desigualdad social. Pero también,

en ese momento, se estaban comenzando a describir las consecuencias nutricionales que podían tener las enfermedades endémicas y la falta de acceso a servicios sanitarios, como los describió Checheta. Un país rural de 4 millones de personas, sin agua, con mosquitos, con enfermedades infecciosas que desencadenaban o hacían peor los problemas nutricionales. Enfrentábamos entonces las dos situaciones: la desnutrición por falta de acceso a servicios y enfermedad, y la desnutrición resultante de la desigualdad social. En ese momento, comenzaba también en América Latina la fundación de los estudios de nutrición, cosa a la que nosotros llegamos un poco más tarde. Los estudios de la “nutrología” como se llamó en ese momento, comenzaron en México y Argentina. Nosotros fundamos la Escuela de Nutrición ya hacia 1950.

En el resto del mundo estaban ocurriendo otras cosas diferentes. Por ejemplo, ese quinquenio, entre el 36 y el 41, fue la era de las vitaminas. Mientras el gran énfasis en el país se estaba poniendo en entender la mala nutrición resultante de la desigualdad o de las enfermedades infecciosas, en Estados Unidos se estaba descubriendo la Vitamina A, el Ácido Pantoténico, se estaban aislando los aminoácidos y comenzaba la producción de vitaminas sintéticas. Por otra parte, en Estados Unidos, como no tenían desnutrición propia que estudiar, su gran interés se enfocó en estudiar también las formas más graves de desnutrición que ocurrían entonces en África. Es por esto que, en el año 36, se describe por primera vez el Kwashiorkor como patología. El Kwashiorkor es esa forma de desnutrición muy severa, que no es la del niño o la niña muy delgada, sino el niño hinchado de agua, por falta de proteína a causa de la desnutrición aguda severa. Fue en ese año 35 que, Margaret Mead, antropóloga que estudiaba esto en África, explicó porque a ese tipo de dolencia en los niños se la llamaba “kwashiorkor: ella descubrió que eso quería decir en el idioma swahili “la enfermedad del primer niño cuando nace el segundo”, es decir, eso que le pasa al primer niño que queda un poco abandonado, porque nace uno segundo, más pequeño, para el que se prioriza la poca comida y posibilidad de cuidados en el hogar. Esto fue un hito importantísimo. Margaret Mead, entonces, en el 35, usó por primera vez para la denominación de una patología médica-nutricional, un término humano que ya implicaba la etiología social de la carencia.

Por su parte, en esos años entre el 30 y el 40, Europa pasaba dos grandes hambrunas. En el año 32, la hambruna de Ucrania, denominada con el término ucraniano “Holodomor” que significa “matar de hambre a un pueblo”. En el año 36 mismo, se tiene la primera hambruna en España, producto de la guerra civil española. Esa hambruna del año 36 en España, sucedió porque la

guerra dejó a España dividida en dos, y la parte donde se producían los cereales quedó inaccesible a la otra mitad del país.

Luego vino la hambruna española entre el 39 y 40, que fue la “hambruna de Franco”. Esta hambruna “franquista” se debió a una política de “autarquía”, que fue la obsesión de Franco: que en España solo se comiera lo que España estaba en capacidad de producir. Era el germen de lo que ahora hemos mal llamado aquí “soberanía alimentaria” haciendo mal uso de las implicaciones de lo que es o no soberano. Esta autarquía condujo a que pronto, lo producido por una España empobrecida, no fuera suficiente y comenzara una gran escasez. Franco impuso entonces un sistema de cuotas, no solamente en la producción, sino de confiscación de alimentos y de mano de obra, primero para alimentar a sus tropas, y segundo para llevar alimentos a lugares donde era estratégico contener el conflicto social. Esto lo hizo a través de comités militares de abastecimiento. El tercer crimen alimentario de Franco fue el de propiciar (y apoyar solapadamente) el contrabando de los bienes que eran escasos. Fue la primera vez que un país se tipificó el contrabando como delito: se lo llamó “estraperlo”. El pequeño estraperlo tipificaba lo que hacían pequeños comerciantes con los bienes escasos: obtener estas mercancías en volumen y revenderlas a cinco o diez veces lo que vale. Ese pequeño estraperlista es nuestro “bachaquero” de ahora y era el que, usualmente, pagaba el peso de la justicia que el Estado Franquista necesitaba mostrar en disimulo. El gran estraperlo, por su parte, era el que ejercía el propio dictador Franco, premiando a su fuerza armada con el control de grandes volúmenes de bienes alimentarios para garantizar su lealtad. Eso pasó entonces allá y aquí, ahora, 75 años después.

Ya en el año 42-43, cuando se terminaba el quinquenio de los héroes médicos aquí, hubo la peor hambruna que ha tenido el planeta, fue la hambruna en Leningrado, la “hambruna de Rusia”, durante la que llegaron a morir por hambre 25 mil personas al día. Las causas de esta hambruna de Rusia, así como la de Franco en España o la de Ucrania, no fueron un desastre natural, sino fueron lo que se llama “hambruna facilitada” o “hambruna subvencionada” por los propios estados. Son comunes a todas estas hambrunas, las mismas causas: la colectivización de los medios de producción, el control absoluto de la producción agrícola, la imposición de cuotas a la producción, el control exacerbado de precios, y el empeño del gobierno de no mostrar lo que estaba pasando. Hoy Venezuela, 75 años después que Europa ya no se permite eso, genera un crimen alimentario todavía no de esas proporciones, pero si originado en las mismas causas.

En el ámbito de la acción humanitaria, aunque la funda-

ción de la Cruz Roja data de mucho antes, es a raíz de la Segunda Guerra Mundial que se fundan las organizaciones humanitarias impulsadas por la sociedad civil. El mejor ejemplo que puedo dar, es el de esa organización con la que he trabajado como personal humanitario los últimos 10 años, Oxfam Internacional. Nació Oxfam como “Comité de Lucha Contra la Hambruna de la Universidad de Oxford”, en Inglaterra. Ese comité lo fundaron las esposas de los profesores de la prestigiosa Universidad, a partir de lo que recogían y vendían en tiendas de segunda mano que todavía existen. Con lo que recolectaba preparaban cajas de alimentos que enviaban a los países más afectados por la guerra. En ese quinquenio del 36, el manejo humanitario de las crisis alimentarias tenía un enfoque de “lo primero, alimentos”, que todavía ahora se usa y que hace mucho daño. Verdaderamente en los últimos quince años, le hemos dado un vuelco a eso y estamos tratando de utilizar, en lugar de alimentos, una asistencia alimentaria tipo cupón, como un cestaticket, de manera que la persona afectada por las emergencias se mueva y compre lo que quiera, por autodeterminación. Hoy en Venezuela, los cestaticket poco alcanzan y se usan por las personas más vulnerables y, al parecer, estamos regresando a ese enfoque en desuso de usar las “bolsas de alimentos”.

Yo traía esta historia de lo humanitario sobre la mesa, porque en ese año 39 cuando nacen estas organizaciones humanitarias para mitigar los daños de la guerra, no había precedentes en la historia de que fuera la sociedad civil la que se organizara para llevar asistencia a la hambruna, en crisis creadas por un Estado sin voluntad política para resolver problema, sino más bien para generarlo. Eso es lo que nos está pasando ahora. Es insólito que el gobierno actual decrete una emergencia que él mismo creó y, ante esta situación, es la sociedad civil y su organización la que está ayudando a que esto no colapse del todo.

Ya para terminar, quería mencionar, al menos, tres cosas que yo encuentro notablemente diferentes entre ese quinquenio de los héroes y heroínas del 36, y la actualidad, tal y como nos está tocando a nosotros, los nutricionistas, los médicos, los humanitarios de ahora.

La primera, o quizá hubiera podido ser la última, pero yo la voy a poner de primera por dignidad y por responsabilidad histórica. La primera es que ahora somos un poco más “feministas”. Para muchos aquí, espero, habrá saltado a la vista de la presentación de Checheta que, en todo momento, se habló de héroes, y que la mayoría de ellos, con la excepción de la Dra. Lya Imber, fueron hombres. En ese momento, en el 36 ¿dónde estaban y que hacían las mujeres latinoamericanas?. Se las mencionaba como ecónomas urbanas, y a las nutricionistas, por ejemplo en el emblemático INCAP, en Guatema-

la, se las llamaba “señoritas” y no licenciadas o doctoras, independientemente de su estado civil. Vivimos una gran diferencia y todo esto cambió para bien. Para muestra debo, primero, el respeto a dos mujeres hacedoras de ciencia de la nutrición en este país y que están en la sala, Checheta y Maritza, pero también el debido respeto y reconocimiento a la Dra. Lya Imber como pionera del camino que más tarde seguirían muchas mujeres, fue la primera mujer médica en esa época retratada por Checheta hoy.

La otra gran diferencia que quiero resaltar entre el 36 y ahora es que antes se trabajaba con un enfoque puesto en “satisfacer necesidades” por la vía de la beneficencia pública y la caridad. Ahora, la caridad tiene aún espacio, pero se está trabajando más desde un enfoque de “Derechos Humanos”. Es decir, se hizo un salto sustancial, desde solo llenar necesidades básicas, hacia proteger, realizar y respetar un derecho humano. La primera y principal diferencia entre el enfoque de necesidades, y el de derechos, es que “a caballo regalado no se le mira colmillo”. Cuando por un acto de beneficencia y caridad se busca satisfacer una necesidad, no se norma y no se exige, se está bien con llegar hasta donde se pueda. Mientras que en el cumplimiento de un derecho humano si se norma y se establece un deber. Cuando estamos trabajando como héroes y heroínas desde un enfoque de “derecho a la salud y la nutrición, tenemos que comprometernos como garantes, o exigir como titulares de derecho, el cumplimiento de estándares mínimos del derecho en cuestión. Cuando se trabaja por y desde los derechos humanos, además, se entiende que los derechos son indivisibles: no me pueden decir que, como estoy garantizando un poquito el derecho a la vivienda y tienes una casa digna, ahora no me quedaron recursos para cumplir con la alimentación. Trabajar desde el enfoque del derecho humano, además, implica resolver las causas que vulneran los derechos y no solo aliviar el daño cuando no se cumplen. Desde este enfoque, por ejemplo, no basta que te dejen una bolsa de comida a tu casa para garantizar y proteger tu derecho a la alimentación.

La tercera gran diferencia que apunto entre el 36 y ahora es la globalización. Entonces trabajábamos más en nuestras propias “cápsulas”, mientras que ahora estamos más a merced de lo que está pasando en el mundo por la globalización. Es posible que hoy, en cuestión de horas, un alimento o una epidemia o el remedio para eso, salte de un continente a otro. Lo mismo sucede con los problemas. Una guerra en medio oriente impacta la seguridad alimentaria en Venezuela si afecta los precios mundiales del petróleo. La última hambruna que yo viví en el Occidente de Guatemala, se originó por una disminución de los precios del café en Brasil.

Para terminar, quería compartir, cómo estas reflexiones, me han dejado esperanzas, pero también miedos y a pesar de saber que no estamos aquí para hablar de la desesperanza ¿verdad? sino todo lo contrario. Miedo y zozobra solo me da ver a nuestra Venezuela de ahora enfrentando problemas que ya en el 36 comenzábamos a dejar atrás, no solo nosotros, sino el planeta todo: no puede ser que 80 años después estemos viendo incrementarse la malaria o tengamos estos problemas de acceso al agua. Da zozobra decir que estamos enfrentando problemas que ya enfrentamos nosotros, y que la humanidad comenzó a superar hace 80 años. Da zozobra pensar que, con toda esa mística, excelencia, e inspiración con la que los héroes y heroínas del 36 crearon un país, se pudiera hoy estar mucho mejor y haber llegado más lejos en términos de bienestar. Duele el retroceso y la destrucción del país, y duele mucho.

Sin embargo, sé que ese mismo potencial del 36 lo seguimos teniendo, y tenemos aún las capacidades de esa institucionalidad que entonces creamos. El diseño de lo que fuimos capaces está dentro de nosotros. Ahí está la esperanza. Yo creo que, 80 años después, el mundo terminará el 2016 con tres mujeres dirigiendo cuatro potencias: Inglaterra, Estados Unidos, Alemania y Naciones Unidas. Terminaremos el 2016 con los recursos que la globalización ha puesto al alcance de nuestras manos. Y ojalá en Venezuela terminaremos el 2016 reconociendo los errores políticos que hemos cometido, sanando los daños que esto causó, e iniciando un cambio. Pero pienso que lo más valioso que tenemos en este momento es la inspiración intacta que nos quedó de nuestros mejores momentos, y que dejaron como ejemplo para nosotros héroes y heroínas que aquí siguen con nosotros en lo social, en lo político, en lo militar, en lo médico, héroes y heroínas como aquellos grandes de la Venezuela de 1936.

Edgardo Mondolfi Gudat: Quería compartir con la Dra. Rafalli esa inquietud en torno al pasado como proyecto, a propósito de que un colega historiador, ante la rendida admiración de Chávez por el pasado, expresó lo siguiente: “llegó un momento que la admiración de Chávez por el pasado era tan grande que solamente le faltaba admirar el paludismo; era lo único que le faltaba para terminar de completar la admiración”. Así sería esa añoranza por el pasado que el paludismo lo tenemos de nuevo en la casa.

Maritza Landaeta-Jiménez. En este compartir con Checheta otro de sus logros, queremos agradecerle esta invitación.

Uno de los aprendizajes de la experiencia de estos insignes venezolanos en 1936, fue el reconocimiento al mérito académico y a las capacidades, para seleccionar con gran acierto a los mejores en cada una de sus espe-

cialidades, así como también, el respeto mutuo que en todo momento estuvo presente en la toma de decisiones. En segundo lugar fue la creación de una serie de instituciones que dieron solidez a las acciones emprendidas, muchas de las cuales permanecen aún y, algunas se han transformado con el correr de los años. Junto a las instituciones se creó la cultura muy importante de la permanencia en las instituciones, que sin lugar a dudas, permitió desarrollar los programas bajo una dirección que se consolidó a través del tiempo. Esta forma de la gerencia pública, forma parte de las añoranzas de un presente caracterizado por la destrucción de la institucionalidad, la abolición de la meritocracia en la dirección de la política de salud y por la improvisación en la ejecución de programas que no obedecen a un plan de salud armónico.

Pero no sólo en salud se ha producido esta destrucción, sino que se ha dañado toda la institucionalidad del país. Cuando la Unesco dice que Venezuela, está libre de analfabetismo y tenemos uno de los mejores niveles educativos, apoyado en las estadísticas gubernamentales, es triste constatar que en una comunidad rural en Apure encontramos 7% de analfabetas. Nuestros docentes señalan como ha disminuido la formación de los muchachos en primaria, secundaria y en la universidad, por falta de recursos de todo tipo y por un populismo dañino, que a través, de misiones entrega títulos, pero no forma y mucho menos educa.

Sin salud y nutrición no puede haber desarrollo. Esta máxima estuvo presente entre las grandes medidas de 1936, es así que dos de sus propuestas tienen que ver con la atención a la madre y el niño y la alimentación, en especial al niño en sus primeros años de vida. Estas iniciativas que surgieron en Venezuela, implementadas con éxito, pero a veces, no bien valoradas en nuestro país. Por ej, la estrategia de los 1000 días propuesta por la OMS, no es más que la política de atención a la madre y el niño en los primeros dos años, esta fue una de las medidas que dos destacados pediatras Gustavo Machado y Pastor Oropeza, emprendieron en todo el país. Esta medida permitió bajar la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Con su visión de fortalecer la atención a la madre y al niño, crean instituciones como el hospital José Miguel de los Ríos, el consejo venezolano del niño, las casas cunas y el programa de atención materno infantil en toda la red pública de atención en salud.

En nuestro país, existe una tendencia a desconocer muchos de los logros, pasa en varias disciplinas, pero en el área de la salud son muchos los ejemplos de iniciativas que surgen en Venezuela, pero a veces nos enteramos cuando han sido exitosas en otros países o cuando lo declara algún organismo internacional.

Por ejemplo en el tema de las grasas, mi profesor en el

Instituto de Medicina Experimental, en la Cátedra de Lipidología de la Universidad Central de Venezuela y Presidente de la Fundación Bengoa, el doctor Virgilio Bosch, permanentemente ha dicho que “el problema de las hipercolesterolemias y de la obesidad no eran las grasas, sino que más bien radicaba en el exceso de carbohidratos”. El año pasado las Guías de Alimentación Americanas, luego de la revisión de varios metanálisis, el comité de experto concluyó que fue un error colocar en la base de la pirámide los carbohidratos, que las grasas buenas pueden consumirse sin problemas, pero que hay que bajar el consumo de carbohidratos, que está causando serios problemas de salud y son responsables de la epidemia de diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares. El Dr. Bosch desde hace muchos años sostiene que hay que comer grasas buenas, que son indispensables para el funcionamiento del organismo y que comer huevo no hace daño, que su proteína y ácidos grasos son saludables.

Otro ejemplo que relatar, fue en el taller precongreso de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición en Caracas en 1995, el grupo de Venezuela presidido por la doctora López y todos los integrantes del grupo de crecimiento y desarrollo, presentamos un nuevo enfoque para evaluar el estado nutricional en nuestros países, en el cual se consideraba la variabilidad de la talla y no sólo el peso en el diagnóstico nutricional. Esa propuesta fue criticada y se desechó por extraña, pero en Venezuela se está utilizando desde hace muchos años, pues en nuestro país, el Dr. Méndez Castellano y la Dra. López junto a su equipo, desde FUNDACREDESA, realizaron estudios tanto del crecimiento físico estático como dinámico, lo cual permitió caracterizar el perfil de crecimiento, maduración sexual y ósea del venezolano, cuyas publicaciones son referencias internacionales. Pero hace apenas cinco años la OMS, consideró que es necesario incorporar en el diagnóstico nutricional la variabilidad de la talla.

Atender a los niños abandonados y con problemas fue muy importante, se crea el Consejo Venezolano del Niño donde se le prestaba atención a la infancia abandonada y a la delincuencia infantil en los Centros de Protección Social a la Madre y al Niño, modelo de atención que incorpora a la familia en la rehabilitación. Cuántos problemas no se presentan actualmente cuando se separan los jóvenes de las familias y son recluidos en centros de atención que muchas veces se convierten en escuelas de vicios y transgresiones.

Ellos tuvieron la visión de la salud integral, se enfocaron en combatir las endemias que diezaban a la población, las parasitosis, el saneamiento ambiental, fortalecieron la red de atención primaria donde se vacunaban, pesaban y median a los niños y se le daban las

orientaciones sobre la alimentación. Se crea el Servicio Nacional de Puericultura adscrito a la Dirección de Salud Pública, dirigido por el Dr. Pastor Oropeza y el Instituto Nacional de Puericultura, dirigido en 1939 por el Dr. Ernesto Vizcarrondo, luego los servicios Materno Infantiles de los Cuidados Sanitarios, los Centros de Salud y las Estaciones de Puericultura que sustituyen a las Gota de Leche, que funcionaban como escuelas de Puericultura. Todas estas instituciones enmarcadas en un excelente plan de salud pública, incorporaban como parte de su función la transmisión de capacidades a todo el personal que allí trabajaba, constituyendo centros de formación y capacitación en servicio. Este conjunto de acciones perfectamente coordinadas y adaptadas a la realidad demográfica y social del país permitió el éxito alcanzado en la reducción de la mortalidad infantil.

Una de las acciones que merece especial atención, fue que en todo momento consideró primordial que todos los niños venezolanos tuvieran asegurada, después de terminar su lactancia materna, la disponibilidad de leche a través del programa materno infantil, para garantizarle su crecimiento y desarrollo integral.

También se crean los comedores populares, en los cuales las personas, con un pequeño pago adquirirían una comida, con estos recursos los comedores se mantenían y al mismo tiempo se convirtieron en un ente dinamizador de la comunidad, porque allí participaba la señora que cocinaba y los productores de alimentos, es decir que el comedor generaba ingresos y trabajo en la comunidad.

Es de destacar la importancia que en la planificación del 36, se le dio a la familia, en el entendido, que esa acción se pudiera concretar en una mejor sociedad. No puede haber una buena sociedad si no hay una familia sana. Ellos trabajaron en el fortalecimiento de la familia, esto en la Venezuela actual debemos empezar a trabajar en la restitución de valores. En estos tiempos se ha incrementado la irresponsabilidad paterna, hay cantidad de madres adolescentes embarazadas y de madres viudas, como resultado de la inseguridad, víctimas de la cual mueren hombres jóvenes, dejando a las familias desamparadas.

En esa época, en el área de nutrición, se hicieron investigaciones, semejantes a las que se realizaron, fuera de nuestras fronteras. Sólo tres años después que Cecily Williams describiera en Ghana el kwashiorkor, Pastor Oropeza y Carlos Castillo en 1938 describieron en un trabajo la presencia de esos cuadros de niños desnutridos, que denominaron “Síndrome Pluricarencial Infantil”.

En 1938, llega a Venezuela el Dr. José María Bengoa y lo envían como médico rural a la población de Sanare, allí él comienza a ver niños hinchados con lesiones de piel, que él pensaba que era por avitaminosis. Ante la

duda, se traslada con estos niños a Barquisimeto para consultar al ilustre Pediatra, Dr. Zubillaga, quien ante su consulta le responde “no José María eso es hambre, es desnutrición”. Refería el Dr. Bengoa que cuando llegaron las lluvias ya no pudo trasladar a los niños y decidió tratarlos en el centro junto con sus madres y así en la localidad de Sanare se funda el primer Centro de Recuperación Nutricional, que después cuando el Dr. Bengoa estuvo en la División de Nutrición de la OMS los difundió en África. También en esa época se publica el primer texto de Nutrición Social que se escribe en el medio Rural de Sanare en Venezuela.

Es importante destacar el papel que se le dio a la familia en la planificación de las acciones emprendidas en 1936, en el entendido, que no puede haber una sociedad sana sino hay una familia sana. Ellos trabajaron en el fortalecimiento de la familia, se crearon instituciones que apoyaron la participación de la familia y se incorporaron activamente en la atención integral de los niños y adolescentes. Estas son carencias, presentes en la sociedad venezolana, en las cuales es urgente comenzar a trabajar en la restitución de valores. En estos tiempos se ha incrementado la irresponsabilidad paterna, hay cantidad de madres adolescentes embarazadas y de madres viudas, como resultado de la inseguridad, víctimas de la cual mueren hombre jóvenes, dejando a las familias desamparadas. Por lo tanto, la familia, núcleo fundamental de toda sociedad requiere de una política pública, orientada a la reconstrucción del tejido social deteriorado.

En los actuales momentos están sucediendo situaciones muy interesantes, hay jóvenes comprometidos, investigando y trabajando con muchas limitaciones en nuestro país, mientras en otros países, hay jóvenes dejando muy en alto el gentilicio venezolano en distintas áreas del saber y preparándose para cuando les toque participar en la reconstrucción de la Venezuela próxima. Los venezolanos que están cosechando éxitos, fuera de nuestras fronteras, tal como en el año 36, nos llenan de optimismo, al saber que ellos junto a los que están aquí, van asumir el nuevo liderazgo en la etapa por venir.

En la Fundación Bengoa hemos disfrutado de una experiencia muy especial, contar en estos 16 años con un equipo directivo integrado por los doctores Virgilio Bosch en la Presidencia y Mercedes López en la Vicepresidencia, comprometidos con la salud y la alimentación de nuestra población infantil, adolescente y de adultos, los cuales, están sufriendo los embates de esta injusta e inaceptable crisis de subsistencia.

En nombre de la Fundación Bengoa, debo agradecerles a todos, el haber compartido con Checheta, tan gratos momentos, en compañía de sus hijos, nietos y familia-

res. Expresarles que nuestra institución tiene las puertas abiertas para todo el que quiera trabajar en la construcción de la Venezuela próxima. Estamos seguros que vamos a lograr ese nuevo país, con la ayuda de todos ustedes y de los venezolanos que dentro y fuera, trabajan por nuestra Venezuela. Gracias a todos en nombre de la Fundación Bengoa.

Yaritzza Sifontes: Procederemos a dar inicio a los derechos de palabra, agradecería por favor, levantar la mano para registrarlos en orden y al realizar su intervención se identifiquen primero. Los familiares? los nietos?, bisnietos, quieren participar? Iniciamos con Manuel López.

Manuel López Contreras: Quiero hacer tres comentarios rápidos, regresando al 36. Mariano Picón Salas dijo, que Venezuela había entrado en el siglo XX del año 36 y creo que es una realidad. También quiero decir que es increíble la visión, lo que nos llevó al progreso y ahora estamos, todo lo contrario. Qué visión tuvo el General López Contreras con una formación netamente militar, pero muy autoformado y con grandes proyectos de escoger a los mejores. La mitad, primero, cuando él llega, recién muerto Gómez, a quien fue leal hasta el día de su muerte, ya de ahí pasa a desarrollar su proyecto, manda a soltar todos los presos civiles, incluyendo a su hijo, mi tío Eleazar, autoriza el ingreso de 40 mil exiliados en un país de más de 3 millones y medio de habitantes, la mitad de sus ministros son esos exiliados, o sea, aplicó el criterio, porque cuando los países progresan buscan gerentes profesionales y no gerencia política, y esto es lo que tenemos ahora. Lo otro que quería comentar es que hace seis o cinco años hubo una conferencia del recientemente fallecido, el Doctor Alberto Guinand, el habló sobre la creación de este Ministerio y nos dijo al final que la Liga de las Naciones antecesora de las Naciones Unidas había escogido el modelo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, como modelo para los países en desarrollo, eso era lo que quería comentar.

Edgardo Mondolfi Gudat: Recomiendo leer un ensayo de Diego Bautista Urbaneja que se titula “El Sistema Político Gomecista” porque, de alguna manera, desmiente lo dicho por Picón Salas al calor del año 36. Eso de que la modernidad se estrena a partir del año 36 no es tal cosa. Diego Bautista Urbaneja se refiere en cambio a lo que fue la creación incipientísima del Estado moderno durante el régimen de Gómez, tanto en materia de hacienda como en materia fiscal o militar; pero también a lo que significó para él, como politólogo, ver cómo esa modernización al servicio del personalismo gomecista no desanduvo su marcha una vez muerto Gómez, y es lo que de alguna manera explica, creo yo, lo que ocurre a

partir del año 36. Esa modernidad no brotó de la nada; esa modernidad venía construyendo de alguna manera una dinámica silenciosa. Y esa sociedad venezolana que había ido creciendo durante la década de 1920 y hacia el final de los 30, es la que va a reclamar un cambio fundamentalmente distinto en la conducción del país. Quiero decírtelo porque esa frase de Picón, que es muy conocida, se repite mucho. Pero creo que Picón la pronunció al calor del hartazgo ante el gomecismo, ante el horror, ante el lado más tenebroso de Gómez. Sin embargo es claro que la continuidad que venía de antes evidentemente tuvo mucho empuje a partir del “Programa de Febrero”, empuje a partir de lo que tú mismo estás diciendo que es muy cierto: el enrolamiento de un personal técnico calificado que en ese momento hizo toda una tesis acerca de lo que significaba la experticia técnica en materia de salubridad. Pero hago el comentario porque siempre que escucho la frase trato de ver cómo cito a Diego Bautista Urbaneja, trato siempre de aclarar esa confusión que existe en torno a la idea “genésica” del año 36. Por eso hablaba yo de la necesidad de prestarle atención a las continuidades cuando se trata del análisis del proceso histórico venezolano.

Yaritza Sifontes: Le damos la palabra a Carlos Oteyza

Carlos Oteyza: Para agregar, yo sí creo que en el 36 hubo una explosión; pero sí coincido contigo, evidentemente era un país que se estaba formando y no podía ser todo nuevo. Hace poco cuando pasamos del siglo XX al XXI todos creíamos que iba a pasar algo y no ha pasado absolutamente nada. Es decir, es la continuidad ¿no?. Pero yo sí creo que con López Contreras el país se abrió, es decir, se atrevió a hablar, a actuar; porque la gente tenía miedo y se acabó el miedo con López Contreras, y eso sería importantísimo avalarlo.

Edgardo Mondolfi: La diferencia entre la continuidad silenciosa y la explosión del país.

Carlos Oteyza: Que fue muy importante.

Edgardo Mondolfi Gudat: Claro.

Carlos Oteyza: Bueno, pero yo primero que todo me doy cuenta de que los que estamos hablando somos tres hombres en minoría. Y entre las mujeres que son mayoría, por eso es que queremos hablar. Yo quería, antes que todo, felicitar a Checheta, porque de verdad estoy encantado con la presentación de ella. Me parece que hacerle un homenaje a estos médicos a estos doctores viniendo de ustedes, es decir, de una doctora, de unos médicos, ya se está modelando el país que queremos. No es egoísmo, al revés, es reconocer desde nosotros mismos quienes han sido nuestros padres, quienes han sido nuestros fundadores de las técnicas de las ciencias que se maneja. El país ha sido tacaño en reconocer eso,

es decir, qué tenemos los venezolanos, que somos muy amigüeros, pero reconocer de dónde venimos ¿verdad? nos ha costado. Eso era lo primero que quería decir era felicitarlos a ti y a tu equipo, y hacer un reconocimiento a tu mismo gremio. Quizás, uno de los pocos puntos que tengo así, que me atrae, la presentación es formidable, quizás, había algo que a mí me llamó la atención y que Edgardo lo tocó: primero la presencia y la importancia de tu padre y entiendo que cuesta decirlo, y es lógico, pero era necesario, y es necesario decirlo, yo diría lo que hablamos de la importancia del Estado, que para entender al país, hay que entender la importancia que ha tenido el Estado y cómo en esa evolución del Estado ha ido opacando, digamos, a la sociedad, digamos, la encerró. ¿Por qué?. Por el tema que quizás no hablamos, y sería el único punto que yo diría: En qué contexto se dio esto?. En un contexto en que el petróleo comenzó a crecer en los años 20, había empezado a marcar el rumbo de la Venezuela de hoy. Y en ese Estado que crece en el año 30 y 36 se permite el NewDeal o sea las ideas donde el Estado tiene peso, gracias a que, el recurso económico viene del petróleo, y entonces el Estado tiene mucho peso, porque no le tiene que rendir cuentas a nadie. Es decir, Gómez, y bueno, López, y después Medina reciben el dinero, no del país, no de los agricultores pagando impuesto, no de los industriales, viene del petróleo. Y ese petróleo le permite al Estado hacer lo que no podía hacer antes. Qué pasa y cuál es la diferencia de ese Estado al de ahora?. Que ese Estado del 36, fue un Estado donde los servidores públicos cumplían con su misión, primero que todo, López y su equipo rendían cuentas. Había un presupuesto, tenemos 20 y gastamos 19, me explico?. Rendían cuentas. Es decir, y eso es lo que tienen que hacer con este petróleo, no tenerle miedo, sino, llegó el petróleo, usarlo como lo usaron. Qué pasa hoy en día, quién les rinde cuentas a quien. Es el mismo petróleo en este momento, pero no se le rinden cuentas a nadie, sino que lo quieren utilizar, como quieren, porque aquí ha habido un asalto al poder, esa es otra de las diferencias. Así como está el problema de las mujeres, hoy en día, que me parece buenísima la diferencia, y es verdad; cuando veíamos a unas enfermeras, y hoy en día vemos la presencia de la mujer, yo diría que el asalto de hoy en día es una gran diferencia con esa generación de doctores, de médicos, de políticos, que comprometidos, de servicio público y que hace la gran diferencia. Y ese homenaje que les estás dando, para mí y, creo que para todos en esta tarde, ha sido como un modelo a seguir en lo que cada uno de nosotros hace como profesional.

Yaritza Sifontes: Tiene la palabra Caridad

Caridad Alechine de Mussa: Gracias Checheta por la invitación. De verdad que he aprendido muchísimo. Mi

enfoque es desde el punto de vista educativo. Realmente, siempre han sido los héroes militares. Agradecerte a ti que has tenido la iniciativa de tomar al civil como héroe ¿verdad?. Nuestra educación, no toma a los civiles como héroes, no les hace ese enfoque a los jóvenes de toda esa cantidad de seres humanos que han trabajado por Venezuela, no solamente en la parte de salud, en la parte de ingeniería, en la parte de arquitectura, en tantas otras cosas, desde el enfoque civil, desde todos los ciudadanos. Entonces un joven entra a estudiar en la universidad y no sabe quiénes fueron estos formadores de todo esto que estamos viviendo nosotros, no lo saben. Un joven, le enseñan matemáticas, le enseñan ciencias, pero no le enseñan quienes han sido esos médicos, quienes han sido todas esas personas que nos han traído hasta donde estamos ahorita. Ellos entran al bachillerato como una nube. No saben ni de dónde vienen, sino solamente el enfoque militar, Simón Bolívar y todos los demás. Pero esos héroes no los conocen, son héroes, no solamente desde el punto de vista médico, sino de tantas otras cosas, desde agricultores hasta tantas otras del enfoque civil que tenemos en Venezuela. Entonces, quizás tanto al historiador como al cineasta, como el cantante, es necesario enfocar y destacar ese aspecto civil de lo que es Venezuela. Ya pasó la época militar, ya eso pasó. Ya nosotros tenemos a Simón Bolívar, ya estamos hasta aquí de Simón Bolívar. Ahora somos nosotros, todos los que hemos hecho esta Venezuela, hasta ahora, hasta el enfoque por lo menos de mi generación, de los 60. Fuimos también arrematados porque estuvimos en la época en el momento. La cantidad de mujeres, precisamente avasallantes estudiantes de la Universidad Central, eso era impresionante en los años 60, la cantidad de chicas estudiando en la universidad. Entonces, eso es lo que hay que destacar, quizás, este bueno, eso de los historiadores. Ya toda esa gente pasó, ahora es otro momento, ahora hay que destacar precisamente a los héroes civiles.

Edgardo Mondolfi Gudat: Un comentario sobre lo que está diciendo Caridad, que me parece muy importante. Yo no lo había pensado cuando empecé a hablar del título que le puso la doctora López de Blanco. Héroes civiles, que ciertamente pareciera una contradicción entre héroes, la heroicidad y la civilidad ¿no?. Entiendo lo que estás diciendo, pero te voy a decir algo que puede darte esperanzas. Todo ese culto de la historiografía militar está muy dejada atrás, por parte de las últimas cuatro o cinco generaciones de historiadores. Es decir, si uno revisa, digamos, los aportes a las contribuciones que Venezuela está haciendo actualmente, fundamentalmente versan sobre el mundo civil, y sobre lo que significa la sociedad como construcción colectiva. Creo que eso, tarde o temprano, va a enriquecer y modificar

los programas de enseñanza, es decir, ese énfasis en lo civil, en lo colectivo, en las continuidades, en los procesos, más que en los espasmos, más que en las heroicidades militares, o más que en lo providencial. También soy optimista, como decía Rafalli: yo soy optimista en cierto sentido respecto al porvenir y comparto un optimismo frente a la responsabilidad que tienen los historiadores de poner el énfasis en lo que ha significado la musculatura ciudadana, o a favor del civilismo, para entender buena parte de lo que fue la construcción de la sociedad venezolana en tiempos no tan lejanos.

Caridad Alechine de Mussa: Pero yo se lo digo, quizás desde el punto de vista más concreto, directamente en la educación de jóvenes. Por lo menos a un chico al que le están dando ciencias, qué es lo primero que tiene que estudiar, averiguar, quiénes son los científicos de su país, quiénes son los destacados, que tenemos, gracias a Dios, muchísimos en Venezuela, al del bisturí lo tocan apenitas (comentarios varios). Exactamente, entonces, hay que mostrar otro enfoque. Primero, un tema de investigación quiénes son los científicos en Venezuela, quiénes son los médicos, o sea, ese tipo de cosas, para que, empaparlos, para empoderarlos de lo que son sus valores venezolanos.

Edgardo Mondolfi Gudat: Claro. Empecemos por dejar atrás esta coyuntura tan confusa y que los centros de atención médica, en vez de llevar nombres ajenos a nuestras tradiciones lleven el de nuestros propios médicos y sanitaristas de mayor recordación y relieve que, por cierto, tenemos en abundancia.

Yaritza Sifontes: Vamos a continuar con el derecho de palabra de la Doctora Nataly Chacón.

Nataly Chacón: Buenas tardes. soy profesora de Medicina Tropical, del 4to año de Medicina en la UCV. Quería hablar en nombre de los héroes anónimos, educadores de hoy en día, los profesores universitarios tan mal pagados. Pero también para no dejar en el ambiente, porque como tropicalista no puedo callarme, es que ni en el 36 ni en el ahora, las únicas epidemias no era malaria, había muchas más ¿no?. El dengue era un gran problema y si comparamos, tomando la palabra de la nutricionista en aquellos años con respecto ahora. Yo pensé que con este proyecto del socialismo del siglo XXI íbamos a ir hacia la cubanización, pero no, me equivoqué, estamos yendo hacia la africanización, es decir, hacia esa África subsahariana, y hay tantas, tantas, epidemias simultáneas. Y hoy en día en Venezuela tenemos cinco epidemias o siete. Y las voy a nombrar, zika, chikungunya, dengue, malaria, tuberculosis, y hay dos más, hay una epidemia de las jóvenes embarazadas, que por supuesto para mí eso es una epidemia, y es una tragedia de la familia que es la base de la sociedad y la

otra que no se ha tomado en cuenta es el sida, el sida está repuntando en una gran cantidad de niños y no solamente repuntando, sino que los pacientes que están hoy en día con esa enfermedad, se están agravando por las coinfecciones que están padeciendo. Entonces, por no nombrar otras más, como la lepra también, que no ha desaparecido de Venezuela que estaba en aquel momento y todavía continúa. Entonces, la UCV, y todas las universidades autónomas, tomando algo que hoy se mencionó, hacemos el primer producto de exportación internacional hoy en día, que son todos nuestros egresados, todas las promociones. Yo soy profesora titular, tengo 16 años en la UCV y no tengo 50 años todavía. Todas mis promociones, mis estudiantes más brillantes, todos están afuera; dejando a Venezuela en alto, muchos de ellos queriendo regresar, pero no ante esto, con todo lo que estamos viviendo. Pero ese principal producto de exportación, más que el petróleo, de hecho, mucho más que el petróleo y otros yacimientos que ya se han agotado en Venezuela. Y como educadora, creo, sí creo que hay muchísimas esperanzas, que tanto en el año 36, cuando se vino toda esta gran cantidad de gente a ayudar, a volver a instalar la Venezuela moderna, también creo que esa buena formación retornará y es la que va a reconstruir un país. Pero lo tienen que reconstruir desde una buena formación en valores morales, éticos, con inteligencia emocional y una cantidad de cosas que hay que empezar a cambiar en la sociedad venezolana. Y partiendo de que la desigualdad debe desaparecer. Me encantó escuchar a cada uno de ustedes, de verdad, quedé encantada de estar aquí, el día de hoy, he oído muchas veces de la Fundación Bengoa, pero nunca había estado, de verdad, en contacto, y me encantó muchísimo lo que dijo, eso de darle el paquetico “no”, vamos a darle la boleta La autodeterminación de los pueblos, pero de individuos también. Muchísimas gracias.

Yaritza Sifontes: Gracias doctora.

Marisol Sarria Pietri: Solamente quería decir que soy abogado, soy egresada de la Universidad Católica en derecho. Yo considero que Picón Salas tenía razón, porque desde el punto de vista de la estructura del Estado, legalmente, López Contreras creó la Contraloría General de la República, creó el Banco Central de Venezuela, empezó la Emisión de Moneda por el Estado, empezó, eso sí fue una continuidad que venía desde Gómez, empezó la fiscalización de lo que emitían, del petróleo que recogían y sacaban, las inspectorías. De esto yo sé bastante, porque mi abuelo había sido el consultor jurídico

co del Ministerio de Fomento con Gumersindo Torres Ellul, y después fue ministro (Luís Gerónimo Pietri). Durante ese gobierno se hicieron las primeras leyes de protección de los trabajadores, se creó el ministerio del trabajo, se llamaba Trabajo y Comunicaciones. Se empezaron a hacer todas las estructuras, se hizo un plan de alfabetización de la gente y se hizo un plan de pasar a la democracia directa que, teóricamente iba a estar terminado en el año 48. Es decir, cuando la gente se sienta a estudiar toda la estructura que se montó durante el gobierno de López Contreras, verdaderamente, él montó el Estado moderno, él montó el siglo XX en Venezuela.

Yaritza Sifontes: Con la intervención de Manuel López cerramos.

Manuel López Contreras: Solo, no quise polemizar con el profesor, pero solamente voy a decir, lo publicado por Rafael Poleo. Tengo una revista Z, donde él hace un análisis de Venezuela. Desde la época de Gómez hasta la de López, y él dice, el estado moderno como lo conocemos, vamos a decir, antes de 98. Es la destrucción de ese estado, es la culminación de López Contreras. A ella se le olvidó, la Confederación de Trabajadores de Venezuela se inicia en el 36, el Consejo Supremo Electoral es del 36, el pedagógico lo formó un maestro en el 36. Yo sí le doy grandes méritos a Gómez, López Contreras es un producto del gomecismo y Gómez y Castro crearon la Nación Venezolana. Antes de ellos, esto no era un país, esto eran 20 países, en la Constitución del 67 le permitía a cada uno tener su ejército sin darle cuenta al Estado, esto no era un país. Castro y Gómez crean la Nación Venezolana en 1910, la Academia Militar Venezolana en 1930, pagan la deuda externa. Todo eso tiene sus méritos, pero ya hablaba de la formación de un país moderno por toda la infraestructura como lo dijo Marisol Sarria; eso arranca en 1936.

Yaritza Sifontes: Nuevamente muchísimas gracias en nombre de la Fundación, la activa participación demuestra que hará falta otro foro.

Mercedes López de Blanco: Yo quiero, primero, darles las gracias a todos por estar aquí, me encantó que este tema haya traído tanta polémica, porque de eso se trata. Somos un grupo democrático, para eso es un foro, y espero que se vayan motivados. Les quiero decir que las personas que trabajamos en la Fundación Bengoa no somos optimistas, somos MUY optimistas en el futuro de Venezuela. Así que espero que nos acompañen.

Fundación Bengoa informa

Fundación Bengoa año 2015

La Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición en el 2015, como parte de sus actividades, ha continuado con su labor en las comunidades, escuelas, empresas y continúa su labor de difusión y educación nutricional con la generación de contenidos sencillos y de fácil aplicación. En atención a la situación del país también se ha focalizado en la generación de preparaciones que las familias pueden alternar, para compensar en parte, la escasez y la inflación de los alimentos. En consecuencia se ha tenido que priorizar las propuestas de menú en las escuelas para poder cumplir con las estrategias previstas en algunos de los programas, que incluyen la provisión de un desayuno variado y equilibrado.

Educando en Alimentación y Nutrición

Enmarcado en el programa de Nutrición Comunitaria de la Fundación Bengoa se realiza “Educando en Alimentación y Nutrición, en cuatro escuelas primarias de Fe y Alegría ubicadas en la parroquia La Vega y 23 de Enero (Distrito Capital) , San Javier del Valle en el estado Mérida, en el sector Estrella del Valle y en el comedor comunitario ubicado en el sector Reyes Magos, en Maracaibo, estado Zulia; todas localidades de bajo nivel socioeconómico.

Este programa comunitario, lo integran los siguientes componentes: Educación nutricional, vigilancia nutricional, fortalecimiento al servicio de alimentación, formación para emprendedoras y evaluación y seguimiento. Diariamente atiende 1269 niños y niñas cursantes de preescolar y educación básica, quienes reciben un desayuno que aporta 35% de los requerimientos nutricionales, se les ofrece atención pediátrica-odontológica y seguimiento del estado nutricional de los niños (as) de acuerdo con su diagnóstico.

El eje transversal de esta propuesta es la “Escuela Saludable”, en el cual, se ejecutan actividades enmarcadas en cómo lograr una alimentación saludable, importancia de practicar actividad física y el cuidado del medio ambiente. Las actividades de educación nutricional, dirigidas a la comunidad educativa, están orientadas a reutilizar, reducir y reciclar en la cocina, el uso de ingredientes no convencionales para preparar recetas económicas y nutricionalmente adecuadas, con el apoyo de un profesional de las artes culinarias y de un nutricionista.

Hay que señalar, que como parte de los resultados en

2015, se organizaron 21 emprendimientos, los cuales tienen entre sus objetivos fortalecer la autoestima del participante, mejorar el ingreso familiar en pro de aumentar el acceso a una alimentación saludable y mayor seguridad alimentaria.

En cuanto al estado nutricional, 67,1% de los niños y niñas evaluados se encuentran con peso y talla normal para su edad, sin embargo, 22,5% fue identificado con déficit y 10,4% con exceso. En este sentido, es importante señalar que en estas comunidades educativas, que como parte del programa, se realiza un seguimiento del estado nutricional al inicio al final de la actividad escolar, hemos observado con preocupación, que en todas estas comunidades escolares, aumentó la malnutrición por déficit. Esta es una consecuencia directa de la situación socioeconómica y alimentaria actual, ya que, las familias no pueden complementar los alimentos que se requiere para cubrir las necesidades calóricas y de nutrientes. Así, también lo destaca la opinión de los pediatras que reportan, deterioro nutricional, lesiones en piel y cabello y caries dental.

En su ejecución, se ha contado con el financiamiento de Regional, como parte de su programa de responsabilidad social empresarial, con el cual se contribuye al mejoramiento de la nutrición y calidad de vida de estos niños y niñas en comunidades con limitados recursos. El desarrollo de estas iniciativas, es una muestra de la importancia de unir esfuerzos en objetivos comunes, una organización social, la Fundación Bengoa, la comunidad y la empresa Regional, en acciones orientadas a fomentar hábitos de estilo vida saludable, bienestar y prevención desde temprana edad, de aquellas enfermedades relacionadas con el ambiente y la alimentación.

Academia del Bienestar

En el marco del programa de Capacitación y Asistencia Técnica de la Fundación Bengoa se aplicó la Academia del Bienestar cuyo objetivo es llevar información a las comunidades en temas de autocuidado, alimentación, actividad física y cuidado del medio ambiente. Se realizaron 10 charlas en Caracas, Barquisimeto, Cumaná, Los Teques y Guarenas. Fueron capacitadas 312 personas pertenecientes a las comunidades visitadas quienes manifestaron su compromiso en practicar y difundir los conocimientos adquiridos en la actividad. Este tipo de actividades es financiado por la empresa Kraft de Venezuela.

Adicionalmente, se realizaron 38 charlas dirigidas a los recursos humanos de diversas empresas privadas, la participación total fue de 957 personas y se desarrollaron los temas: Alimentación saludable; vida saludable; ¿Cómo afrontar los cambios exitosamente?; alteraciones metabólicas, ¿Estoy en riesgo? y cocina saludable.

Difusión e información

Durante el año 2015 la Fundación Bengoa estuvo presente en diversos medios de comunicación como radio, prensa y televisión nacionales e internacionales, tales como: Televen, Univisión, Globovisión, Unión Radio, Wall Street Journal, La Razón, El impulso, El Clarín de Argentina, entre muchos otros. Realizando en total 15 entrevistas de radio, 9 entrevistas de televisión, 19 artículos de prensa. La presencia de los voceros de la Fundación dentro de estos espacios permitió orientar a la población venezolana en seguridad alimentaria, alimentación, nutrición, hambre oculta, doble carga de malnutrición y crisis alimentaria, obesidad y diabetes, entre otros. También se orientó sobre preparaciones con alimentos sustitutos, cómo rendir la compra de alimentos y, cómo obtener los nutrientes necesarios al combinar los alimentos

- Facebook y Twitter
 - La Fundación Bengoa, consciente de su compromiso con la educación nutricional del venezolano difunde información en educación nutricional a través de sus redes sociales.
- Foro: Compromiso con la Venezuela Posible
- Seminario: La Obesidad infantil desde todas sus aristas.
- Presentaciones de trabajos de investigación:
 1. Fundación Bengoa compromiso con la alimentación y nutrición del venezolano.
 2. Estado nutricional, consumo de alimentos y seguridad alimentaria en adolescentes rurales venezolanos.

Ponencias en diversos congresos:

“Panorama de la seguridad alimentaria en Venezuela“. Diplomado del CENDES 6 de febrero 2015

Transición Alimentaria en la Venezuela de hoy. Universidad de Oriente, Cumana 13 de mayo, 2015

La alimentación de los venezolanos ¿Un desafío?. Jornada “XXX Aniversario Dra. Liseti Solano Rodríguez. Nutrición y Calidad de Vida en Tiempos de Crisis. 5 de junio 2015

La alimentación de los venezolanos ¿Un desafío? ILSI. 26 de junio 2015

¿Del hambre oculta a la malnutrición en Venezuela? Instituto Fermín Toro. 7 de julio 2015

Transición Alimentaria Nutricional: Doble carga de la malnutrición. Jornadas de Actualización Pediátrica en Nutrición. Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. 16 de octubre 2015

Anales Venezolanos de Nutrición

Se publicaron 2 números de Anales Venezolanos de Nutrición

1. Volumen 28, N°1, 2015: 1 Editorial, 9 Artículos, 6 Conferencias, 1 Reseña biográfica
2. Volumen 28, N°2, 2015: 1 Editorial, 7 Artículos, 2 Conferencias

Campaña “ Juntos contra la malnutrición” 2015

La campaña “Juntos contra la malnutrición” en 2015 se orientó a reforzar los temas de las campañas del consumo de azúcar y sal, que continúa la serie de mensajes que vienen difundiéndose desde el 2005, gracias a la alianza de Farmacia SAAS y Fundación Bengoa.

Los temas que han sido desarrollados en esta campaña son: “La nutrición es a tres colores”, “El desayuno hace la diferencia”, “Dos no son suficientes”, “Variado y bien alimentado”, “No se haga la vista gorda, su salud no aguanta tanto peso”, “Con todos los hierros”, “Por tu Salud y la de tu hijo”, “Comida peligrosa”, “Menos Sal, más vida”, “¡Cuidado! No permitas que te atrape con su dulzura” .

Todas las guías se pueden descargar de la página: <http://www.fundacionbengoa.org/materiales/>

Anales Venezolanos de Nutrición, publica artículos originales, revisiones, cartas al editor y comunicaciones breves relacionadas con biología humana, alimentación, nutrición y áreas afines, que contribuyan al avance de la investigación y difusión científica.

Envío del Trabajo

El autor debe enviar un original del artículo, con una carta de presentación firmada por todos los autores como constancia escrita que han contribuido en el diseño, ejecución, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y, en la revisión crítica del contenido del artículo original a ser publicado. Debe dejar constancia que el trabajo no ha sido publicado ni enviado a otra revista. También indicar el orden de los autores y el autor de correspondencia con su dirección y correo electrónico. Los autores cuando presentan el manuscrito, deben revelar todas las entidades financieras y las relaciones personales que puedan haber influido en el trabajo, es decir deben declarar explícitamente si existen o no conflicto de intereses.

La revista utiliza en forma preferencial el sistema electrónico, por lo tanto debe acompañar el envío de un CD, en "Word for Windows*", en cuya etiqueta se indique el nombre del autor principal.

La correspondencia se enviará a la Revista Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Bengoa. Urbanización Altamira, 8ª Transversal con 7ª Avenida. Quinta Pacairigua. Caracas. Venezuela. Código Postal 1010. Teléfono: 2637127- 2636918. También puede enviarse al correo electrónico mlandaetajimenez@gmail.com

Sistema de Arbitraje

Todos los artículos originales pasan por un proceso de arbitraje externo, realizado por tres árbitros con experiencia en el tema específico. Las revisiones igualmente son evaluadas por especialistas. La decisión se tomará de acuerdo a la opinión de los árbitros aprobada por el Comité Editorial. La autoría del artículo y el arbitraje, son del dominio exclusivo del Comité Editorial. Los autores recibirán

la opinión de los árbitros con las recomendaciones por parte del Comité en cuanto a modificaciones de forma y redacción. Las respuestas deben enviarse en un lapso prudencial, con una carta donde el autor señale las modificaciones realizadas y argumente aquellas que no considera adecuadas.

Normas Editoriales

Todas las partes del manuscrito deben estar escritas a doble espacio. Cada sección comenzará en página nueva, todas numeradas, con la siguiente secuencia: página del título, nombre completo de los autores (sin títulos profesionales), dirección de la(s) institución(es) donde fue realizado, y señalar con números consecutivos la que corresponde a cada autor.

Los artículos originales deben guardar la siguiente estructura:

Título en español e inglés (corto, no más de 15 palabras, 75 caracteres), Titulillo en español Resumen y Palabras Clave en español e inglés), Introducción, Metodología, Resultados, Discusión, Agradecimientos, Referencias. Cuadros e Ilustraciones. Cada sección debe comenzar en hoja aparte, así como también los cuadros e Ilustraciones con sus respectivos pies o epígrafe.

Resumen debe establecer los objetivos del estudio, los procedimientos básicos (selección, métodos de observación y análisis) los hallazgos más importantes, proporcionar datos específicos y, significación estadística y las conclusiones principales sobre la base de los resultados del estudio. No debe contener referencias ni siglas que no estén identificadas. El límite máximo son 250 palabras y no debe ser estructurado. Al final del resumen deben estar 3 a 10 palabras clave, que incluyan descriptores en inglés, de la lista del "Medical Subject Headings (MeSH) y en español de la lista de "descriptores en Ciencias de la Salud" (DECS).

Introducción expresa el propósito del artículo, los antecedentes internacionales y nacionales, mediante referencias actualizadas. En el último

párrafo de la introducción debe aparecer en forma clara y precisa el objetivo del estudio.

Metodología describa claramente como se seleccionaron los sujetos que participaron en el estudio, edad, sexo y otras características importantes. En los manuscritos de revisión se incluirá una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar o extraer los datos.

Los estudios con humanos deben dejar constancia escrita de la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación, así como el consentimiento de los individuos que participaron y, evitar en todo momento que puedan ser identificados, tener especial cuidado con las fotografías. Cuando se trate de experimentos con animales, mencione si se cumplieron las normas de la institución acerca del cuidado y uso de animales en el laboratorio.

Describa los métodos estadísticos con detalle suficiente para que puedan verificarse los resultados. Defina los términos, las abreviaturas y los símbolos estadísticos. Cuando sea posible, cuantifique los resultados y preséntelos con indicadores apropiados de medición de error o incertidumbre (como intervalos de confianza).

Resultados. Presente los resultados en el texto, cuadros, ilustraciones y figuras en una secuencia lógica. No repita en el texto la información que contienen los cuadros y figuras, sólo destaque lo más importante. Utilice en esta sección el tiempo pretérito.

Discusión. Destaque los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de los resultados. Cuidese de no repetir la información ya presentada en las secciones anteriores. Relacione las observaciones con la de otros estudios internacionales y nacionales, incorporando en la discusión el análisis de las referencias bibliográficas actualizada relacionadas con el estudio. Establezca el nexo entre las conclusiones y los objetivos del estudio, y cierre la discusión con

estudio o con la propuesta de nuevas hipótesis, cuando estén justificadas.

Las Revisiones pueden ser solicitadas por el Editor preferentemente a especialistas sobre un tema de importancia científica en la actualidad, pero también se aceptan revisiones de autores, las cuales seguirán el proceso de arbitraje externo.

En la revista también se publican reportes cortos de hallazgos de interés para el ámbito de la revista, así como casos clínicos cuya ocurrencia sea un verdadero hallazgo.

Las cartas al editor, por lo general están referidos a comentarios de artículos recientes publicados en la revista y su extensión no debe ser mayor a dos páginas.

Cuadros. Cada cuadro debe escribirse a doble espacio, sin líneas verticales ni horizontales internas y en hoja aparte. Numérelos consecutivamente con números arábigos y asigne un título breve en minúscula. Cada columna llevará un encabezamiento corto o abreviado. En las notas al pie se explicarán todas las abreviaturas no usuales empleadas en el cuadro. Si incluye datos publicados o inéditos o de otra fuente, obtenga la autorización para reproducirlos y conceda el reconocimiento al autor. No incluya más de 5 cuadros, máximo de 5 columnas y 8 filas.

Ilustraciones (Figuras) Las figuras deben estar dibujadas en forma profesional (archivos electrónicos de las figuras en formato JPEG o GIF). Se numeran en forma consecutiva con números arábigos. Las fotografías deben ser en blanco y negro, con buen contraste, en papel satinado con las siguientes medidas 127x173 mm, sin exceder 203x 254 mm. Ubicar una por página, título breve y una leyenda que facilite la comprensión del contenido.

Agradecimientos Aparecen al final del texto, allí se incluyen las colaboraciones que deben ser reconocidos pero que no justifican la autoría, ayuda técnica, apoyo financiero y material y las relaciones que puedan suscitar conflicto de intereses.

Referencias. Las referencias bibliográficas dan el soporte científico al estudio realizado, por lo tanto deben ser recientes, preferiblemente de los últimos cinco años. Las referencias internacionales y nacionales constituyen antecedentes del estudio que se está publicando, de esta manera, también reconocemos la labor de los investigadores venezolanos que han aportado al tema en estudio. Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden como se mencionan por primera vez en el texto. Cite cuidadosamente en el texto, cuadros y figuras todas las referencias con un número entre paréntesis. Cuide que la escritura reproduzca fielmente el artículo original y vigile la escritura en inglés, para evitar cometer errores al transcribir la información.

Las referencias bibliográficas en Anales Venezolanos de Nutrición, siguen el estilo de las normas de Vancouver. (<http://www.icmje.org>). Abrevie los títulos de las revistas de acuerdo con el estilo del Index Medicus y consulte la lista de revistas indizadas en (<http://www.nlm.nih.gov>). No se aceptan como referencias resúmenes. Los artículos aceptados pero que todavía no se han publicado, se indican como "en prensa", con la información de la revista donde fue aceptado.

Ejemplos de referencias:

Artículos de revista

Enumere los primeros seis autores y añada la expresión "et al"

1. Artículo de revista ordinario

Bremer AA, Byrd RS, Auinger P. Racial trends in sugar-sweetened beverage consumption among US adolescents: 1988-2004. *Int J Adolesc Med Health* 2011; 23(3):279-86.

Libros

2. Individuos como autor:

Casademunt J. *Sobrepeso y obesidad infantil*. Barcelona: Editorial Océano; 2005.

3. Editores como autor:

Alemán M, Bernabeu-Mestre JB, editores. *Bioética y Nutrición*. Alicante. Universidad de Alicante: Editorial Agua Clara; 2010.

4. Capítulo de libro:

López de Blanco M, Landaeta-Jiménez M. *Los estudios de crecimiento y desarrollo físico en Venezuela*. En: Fano V, Del Pino M, Cano S, compiladores.

Ensayo sobre crecimiento y desarrollo presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Buenos Aires: Paidós; 2011. p. 431-454.

Material electrónico

5. Artículo de revista en Internet:

Vázquez de la Torre MJ, Vázquez Castellanos JL, Crocker Sagastume R. Hipertensión arterial en niños escolares con sobrepeso y obesidad. *Respyn* [Serie en Internet] 2011 Jul-Sep [citada 5 nov 2011]; 12(3): [6 pantallas]. Se consigue en: URL: http://www.respyn.uanl.mx/xii/3/articulos/Hipertension_arterial.htm

Para otros ejemplos de formato de referencias bibliográficas, los autores deberían consultar la página web: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para cualquier otro tipo de información se sugiere consultar: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication Updated April 2010. <http://www.icmje.org>.

Antes de enviar el artículo, revise cuidadosamente las instrucciones a los autores y verifique si el artículo cumple con los requisitos editoriales de la revista Anales Venezolanos de Nutrición.