

Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 31, N° 2, AÑO 2.018

CONTENIDO

| | | |
|--|----|----|
| Editorial | | |
| Iniciativas de los primeros mil días en Venezuela | | |
| Mercedes López de Blanco..... | 47 | |
| Relación entre el índice de masa corporal, sexo y número de hermanos en escolares. | | |
| Pedro Gil-Madrona, Pedro José Carrillo-López, Eliseo García Cantó, Andrés Rosa Guillamón, Juan José Pérez Soto..... | 48 | |
| Amenazas al bienestar de la infancia venezolana: Un reto para el pediatra ante una emergencia humanitaria compleja. | | |
| Marianella Herrera Hernández | 55 | |
| Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. | | |
| Maritza Landaeta-Jiménez, Yaritza Sifontes, Marianella Herrera Cuenca..... | 66 | |
| Artículo corto | | |
| José María Bengoa, el legado en tres de sus obras. | | |
| Yaritza Sifontes..... | 78 | |
| Notas..... | | 81 |
| La estructura socioeconómica como ventana de riesgo en la población venezolana. | | |
| Hernán Méndez Castellano..... | | 81 |
| Fundación Bengoa informa..... | | 83 |
| Índice de autores..... | | 86 |
| Índice de descriptores..... | | 87 |
| Información para los autores..... | | 88 |

Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 31, N° 2, Year 2.018

CONTENTS

Editorial

Initiatives of the first thousand days in Venezuela

Mercedes López de Blanco..... 47

Relationship between body mass index, sex and number of siblings in schoolchildren

Pedro Gil-Madrona, Pedro José Carrillo-López, Eliseo García Cantó, Andrés Rosa Guillamón, Juan José Pérez Soto..... 48

Threats to the well-being of the Venezuelan child: a challenge for the pediatrician faced with a complex humanitarian crisis.

Marianella Herrera Hernández 55

Venezuela between food insecurity and malnutrition.

Maritza Landaeta-Jiménez, Yaritza Sifontes, Marianella Herrera Cuenca.....66

Short article

José María Bengoa, the legacy in three of his works.

Yaritza Sifontes..... 78

Notices..... 81

The socioeconomic structure as a risk window in the Venezuelan population.

Hernán Méndez Castellano..... 81

Bengoa Foundation news..... 83

Index of authors..... 86

Index of descriptors 87

Information for authors..... 88

Editorial

Iniciativas de los primeros mil días en Venezuela

Los primeros mil días, es la etapa que abarca desde el momento de la concepción hasta los dos años de vida, es considerado el nuevo paradigma determinante de la salud en todo el Curso de Vida. Los primeros mil días de vida, paradigma basado en modelos epidemiológicos que incorporan la epigenética y la transición alimentaria y nutricional (TAN), producto de una urbanización rápida y anárquica y a la inserción de la mujer al mercado laboral, que fue precedida por cambios epidemiológicos que ha conducido al incremento de las enfermedades del corazón causa del primer lugar de mortalidad.

En Venezuela la TAN acelerada ha producido una superposición de problemas de déficit y de exceso nutricional conocida como “la doble carga nutricional”, la cual, está precedida por cambios demográficos y cambios epidemiológicos, entre ellos cambio del patrón de una alta fertilidad y mortalidad a uno de baja fertilidad y mortalidad y cambios de una morbilidad de predominio de infecciones y desnutrición a una de predominio de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. El espacio de tiempo va a representar el momento más importante de la vida, por ser una ventana crítica en la prevención, a corto plazo, por la oportunidad que brinda para que los niños obtengan los beneficios nutricionales, inmunológicos, de salud y desarrollo psicomotor para el resto de la vida y también a largo plazo en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Una buena alimentación en esos mil días críticos definirá el futuro de la nutrición y la salud del niño y del adulto.

En el país, con la finalidad de contribuir a dar respuesta a 2 de los objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU 2000 de reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna y del tercer objetivo del Desarrollo Sostenible el PNUD de salud y bienestar, se ha organizado una alianza de instituciones académicas y de instituciones comprometidas con la atención en salud y nutrición del binomio madre-hijo, entre ellos, el convenio UNICEF-Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP) con sus componentes lactancia materna, atención neonatal y atención al adolescente; el proyecto OPS-MPPS “Estrategias para reducir la morbilidad grave y la mortalidad materna perinatal desde un enfoque de curso de vida en hospitales priorizados”.

El proyecto “Nutrición temprana para la salud a corto y largo plazo” que se concretó en el II Consenso Venezolano de Nutrición Pediátrica coordinado por la SVPP, con la colaboración de la Sociedad de Cardiología, ASCARDIO, la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, la Fundación del Corazón, la Sociedad de Oncología, la Sociedad de Aterosclerosis y el proyecto Fundación Bengoa/SVPP/Sociedad de Obstetricia y Ginecología y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano, que a través de la línea de investigación ODSE (Developmental Origins of Health & Disease/Orígenes de Desarrollo de la Salud y la Enfermedad) del Grupo TAN, ejecutan un proyecto para recolectar información útil en el diseño de una Agenda Preventiva Común Contra la Malnutrición, tanto por déficit como por exceso y de sus comorbilidades, bajo el enfoque de los primeros mil días de vida y su efecto sobre todo el ciclo de vida.

Mercedes López de Blanco

Relación entre el índice de masa corporal, sexo y número de hermanos en escolares

Pedro Gil-Madrona,¹ Pedro José Carrillo-López,² Eliseo García Cantó,²
Andrés Rosa Guillamón,² Juan José Pérez Soto.²

Resumen: Introducción: La sobrecarga ponderal infantil ha alcanzado niveles mundiales que suponen una preocupación social. Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el índice de masa corporal, el sexo y el número de hermanos en adolescentes. Métodos: Estudio descriptivo con una muestra de 310 escolares de Castilla la Mancha (164 varones (52,9 %) y 146 mujeres (47,1 %) ($M \pm DE$; $10,87 \pm 0,54$ años). El estado de peso se calculó mediante el IMC (peso (kg)/talla (cm)²) y el número de hermanos a través de un cuestionario. Resultados: Se encontraron diferencias significativas a favor de los varones en un mayor peso ($p < 0,041$) y sobrepeso ($p < 0,001$). Sin embargo, las mujeres obtienen un mayor promedio en normopeso ($p < 0,001$). A su vez, existen diferencias a favor de los escolares en normopeso que poseen un solo hermano; tanto en mujeres como en el total de la muestra ($p < 0,005$). Sin embargo, se encontraron diferencias significativas a favor del estado de peso en sobrecarga ponderal en aquellos que poseen dos o más hermanos; tanto en varones como para el total de la muestra ($p < 0,001$). Como análisis complementario, la prueba ANOVA reflejó que los escolares con un solo hermano poseen un estado de peso más saludable (normopeso vs. sobrecarga ponderal) respecto a los escolares que poseen dos o más hermanos ($p < 0,039$). Conclusiones: el número de hermanos puede ser un elemento diferenciador en el estado de peso en adolescentes. *An Venez Nutr 2018; 31(2): 48-54.*

Palabras clave: Sobrepeso. obesidad. adolescentes, hermanos, nacimiento.

Relationship between body mass index, sex and number of siblings in schoolchildren

Abstract: Introduction: Childhood weight overload has reached global levels that represent a social concern. Objective: The objective of this study was to analyze the relationship between body mass index, sex and the number of siblings in adolescents. Methods: Descriptive study with a sample of 310 schoolchildren from Castilla la Mancha (164 males (52.9%) and 146 females (47.1%) ($M \pm DE$, 10.87 ± 0.54 years) The weight status was calculated by means of the BMI (weight (kg)/height (cm)²) and the number of siblings was found through a questionnaire. Results: Significant differences have been found in favor of males in greater weight ($p < 0.041$) and overweight ($p < 0.001$). However, women obtain a greater average in normal weight ($p < 0.001$). In turn, there are differences in favor of schoolchildren in normal weight who have only one sibling, both in women and in the total sample ($p < 0.005$). However, significant differences have been found in favor of weight status in weight overload in those who have two or more siblings, both in men and for the total sample ($p < 0.001$). As a complementary analysis, the ANOVA test showed that schoolchildren with only one sibling have a healthier weight status (normal weight vs. overweight) compared to schoolchildren who have two or more siblings ($p < 0.039$). Conclusions: the number of siblings can be a differentiating factor in the state of weight in adolescents. *An Venez Nutr 2018; 31(2): 48-54.*

Key words: Overweight, obesity, adolescents, schoolchildren, brothers, birth.

Introducción

En la etapa pediátrica la malnutrición por exceso constituye uno de los problemas de salud pública más importantes de nuestra sociedad (1) ya que es un factor de riesgo para el desarrollo a corto término (etapa infantojuvenil) y a largo término (etapa adulta) (2) de

complicaciones ortopédicas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, dermatológicas, neurológicas, endocrinas, cáncer y esperanza de vida (3). Este exceso de peso se denomina sobrepeso u obesidad y es el resultado de la interacción de determinados polimorfismos genéticos con el medio ambiente, aunque solo el 5% de los casos de obesidad resulta de la existencia de mutaciones en genes concretos (obesidad monogénica) (4).

Además de factores genéticos, demográficos, psicosociales y sociales, este exceso de peso puede verse sustancialmente influenciado por las disposiciones psicológicas de los individuos, las cuales incluyen formas

¹University of Castilla-La Mancha. Departments of Body Expression Didactics. Pza. de la Universidad, 3 Edificio Simón Abril 02071 Albacete. ²University of Murcia. Departments of Body Expression Didactics. Murcia: Espinardo, 30100.

Solicitar copia a: Pedro José Carrillo López, e-mail: pj.carrillolopez@um.es

típicas de pensar, sentir y comportarse (5). Una alimentación desequilibrada puede reflejar una forma de regular el estado emocional (6), mientras que una mayor motivación y autodisciplina pueden ser elementos necesarios para realizar con mayor hábito la práctica de actividad física (7). Si bien existe cierta controversia respecto a un perfil de personalidad propio de los sujetos obesos, se ha encontrado que los escolares en esta condición suelen tener una valoración negativa de su imagen corporal y una mayor prevalencia de baja autoestima (8).

Investigaciones recientes evidencian que el orden de nacimiento puede influir en estas disposiciones psicológicas ya que es una influencia social importante en la niñez a partir de la cual se crea un estilo de vida (9). Los padres reconocen generar jerarquías según el orden de nacimiento; aspecto que puede influir en cómo se comportan los hermanos y en cómo son tratados por los miembros de la familia (10). Se ha descrito que los hijos medianos tienen un puntaje más bajo en ansiedad y autoestima, los más pequeños un puntaje más alto en ansiedad y autoestima, mientras que los hijos únicos tienen baja autoestima; este fenómeno puede ser por el tipo de perfeccionismo promovido por estar en un orden de nacimiento en particular (11).

A su vez, en un estudio europeo multicéntrico se asoció el número de hermanos con el estado de salud (12) y el riesgo cardiovascular (13) independientemente de la edad y sexo (14). En concreto, ser hijo único en China cuadruplica la probabilidad de tener esta patología (15), relacionándose en algunos estudios el alarmante aumento de la sobrecarga ponderal con la drástica reducción mundial de la fertilidad y los cambios estructurales en la familia (16). Algunas teorías proponen que esta relación entre el número de hermanos y el estado de peso está mediada por dinámicas sociales intrafamiliares, sin embargo, en otras teorías se pone de manifiesto que existe cierta especulación sobre el grado en que los efectos del orden de nacimiento pueden deberse a factores prenatales o gestacionales (17).

No obstante, otros estudios han reflejado que a mayor número de hermanos existe una menor probabilidad de tener sobrepeso u obesidad (12, 15,18), mientras que en otros estudios se ha descrito que solo ser hijo único o el último hijo está asociado a sobrepeso (19). Sin embargo, no se han hallado resultados consistentes (20) viéndose reflejado en otros estudios donde no se ha hallado ninguna relación (21).

Por tanto, el conocimiento de la etiopatogenia de la obesidad debe constituir una base sólida para el desarrollo de las estrategias para controlar la mayor enfermedad

del siglo XXI, que pone de manifiesto la necesidad de nuevos estudios que analicen estas variables en edades tempranas (22). Con base en estos antecedentes, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el índice de masa corporal, el sexo y el número de hermanos en adolescentes.

Materiales y métodos

Participantes: Este estudio es empírico descriptivo de corte transversal ex post facto realizado con 310 participantes españoles con edad comprendida entre los 10 y 13 años ($M \pm DE$; $10,87 \pm 0,54$). Los escolares fueron seleccionados por facilidad de acceso a la muestra mediante muestreo no probabilístico intencional y pertenecían a once colegios de Castilla la Mancha (España). Los participantes aportaron un consentimiento informado de sus padres o responsables legales para poder participar en la investigación. La investigación respetó las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (revisión de 2017) y las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio de 1990) y de la Universidad de Murcia.

VARIABLES e instrumento: Para la medición del estado nutricional se estableció un diseño a doble ciego con el fin de establecer la fiabilidad y validez de los exploradores participantes en la realización del tallaje de los sujetos. Tanto la altura como el pesaje de los participantes se determinó utilizándose herramientas homologadas (Báscula y tallímetro) según el protocolo establecido por la ISAK en la medición de medidas antropométricas. El personal responsable de llevar a cabo las mediciones contaba con un certificado personal nivel I. Una vez llevado a cabo estas mediciones se estableció el diagnóstico del estado nutricional a través del IMC según parámetros internacionales de Cole y Lobstein los cuales están avalados por la IOTF y ajustados a la edad y sexo de los participantes (23). Los participantes fueron categorizados en dos grupos de estado nutricional (normopeso y sobrecarga ponderal).

Para conocer el número de hermanos se entregó un cuestionario con una pregunta donde se debía responder si era hijo único o cuantos hermanos se poseía. Este estudio fue realizado durante el curso académico (2017/18). La recogida de datos se realizó durante los meses de enero a marzo. El cuestionario fue administrado con la presencia del explorador para resolver dudas; siendo la duración media de cinco minutos en un único momento temporal.

Análisis estadístico: La prueba estadística de normali-

dad de Kolmogorov-Smirnov mostró que los valores de dichas variables cumplían una distribución gaussiana (en todos los casos $K-S > .05$). Por tanto, al observar una distribución normal en parte de las distribuciones de los valores registrados según los distintos niveles de las variables sexo e IMC se ha optado por un análisis paramétrico. Para las variables categóricas se han calculado porcentajes. Se han empleado tablas de contingencia y el test de la χ^2 de Pearson con análisis de residuos para las variables categóricas. Se calculó el valor de p mediante la prueba T-student (para dos muestras independientes) y la prueba ANOVA (para más de dos muestras independientes). El tamaño del efecto (r) se calculó aplicando la fórmula Z/\sqrt{N} (Z entre raíz cuadrada de N). El nivel de significación se estableció al 5% ($p \leq 0,05$). Para las pruebas de fiabilidad de las medidas empleadas en la prueba piloto se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (CCI3, k). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS (v.24.0 de SPSS Inc., Chicago, Illinois, EE. UU.) para Windows.

Resultados

En el Cuadro 1 se observa que la muestra se conformó por 310 escolares; 52,9 % (n= 164; $10,9 \pm 0,5$ años) del sexo masculino y 47,1 % (n= 146; $10,8 \pm 0,4$ años) del sexo femenino. Se observan diferencias significativas en cuanto al peso ($p < 0,041$) y al estado de peso en normopeso ($p < 0,001$) y sobrecarga ponderal ($p < 0,001$) a favor de los varones. A su vez se observa una elevada prevalencia de sobrecarga ponderal para varones (29,7%) y mujeres (17,1%).

En el Cuadro 2 la prueba ji al cuadrado de Pearson reflejó diferencias estadísticas significativas a favor del

Cuadro 1. Valores descriptivos en función del sexo, edad, talla, peso, IMC, estado de peso y número de hermanos.

| | Varones | Mujeres | Total de los participantes | Valor de p |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|------------|
| Participantes (n (%)) | 164 (52,9) | 146 (47,1) | 310 (100) | |
| Edad (años) | 10,91 $\pm 0,59$ | 10,83 $\pm 0,47$ | 10,87 $\pm 0,54$ | 0,196 |
| Talla (cm) | 151,22 $\pm 8,55$ | 149,91 $\pm 8,14$ | 150,60 $\pm 8,38$ | 0,170 |
| Peso (kg) | 44,72 $\pm 9,65$ | 42,62 $\pm 8,21$ | 43,73 $\pm 9,04$ | 0,041 |
| IMC (kg/m ²) | 19,45 $\pm 3,27$ | 18,86 $\pm 2,56$ | 19,18 $\pm 2,97$ | 0,081 |
| Normopeso (n (%)) | 72 (23,2) | 93 (30) | 165 (53,2) | 0,001 |
| Sobrecarga ponderal (n (%)) | 92 (29,7) | 53 (17,1) | 145 (46,8) | 0,001 |
| Número de hermanos | 1,63 $\pm 0,92$ | 1,48 $\pm 0,89$ | 1,56 $\pm 0,91$ | 0,154 |

*Valores de p de la comparación entre las variables edad, talla, peso, IMC y número de hermanos del total de varones y mujeres según la prueba de T de Student. El análisis estadístico según las diferencias en el estado de peso se llevó a cabo mediante el test χ^2 de Pearson.

estado de peso en normopeso en los escolares que poseen un solo hermano; tanto en mujeres como en el total de la muestra ($p < 0,005$). Sin embargo, se encontraron diferencias significativas a favor del estado de peso en sobrecarga ponderal en aquellos que poseen dos o más hermanos; tanto en varones como para el total de la muestra ($p < 0,001$).

Cuadro 2. Valores descriptivos de la muestra distinguiendo el estado de peso y el número de hermanos según el sexo.

| Variables (n (%)) | Varones | | Mujeres | | Total de participantes | | P valor |
|--------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|---------|
| | Normopeso n (%) | Sobrecarga ponderal n (%) | Normopeso n (%) | Sobrecarga ponderal n (%) | Normopeso n (%) | Sobrecarga ponderal n (%) | |
| Hijo unico (34 (11%)) | 11 (6,7) | 7 (4,3) | 9 (6,2) | 7 (4,8) | 20 (6,5) | 14 (4,5) | 0,216 |
| Un hermano (118 (38,1%)) | 29 (17,7) | 26 (15,9) | 43 (29,5) * | 20 (13,7) | 72 (23,2) * | 46 (14,8) | 0,004 |
| Dos o más hermanos (158 (51%)) | 32 (19,5) | 59 (36)* | 41 (28,1) | 26 (17,8) | 73 (23,5) | 85 (27,4) * | 0,001 |

*Valores de p de la comparación entre las variables estado de peso y número de hermanos considerando el total de los participantes. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el test χ^2 de Pearson.

Cuadro 3. Relación entre el índice de masa corporal y el número de hermanos.

| | Estado de peso | Diferencias post hoc | 95% del intervalo de confianza para la media | | Valor de p* | |
|--------------------------------|----------------|----------------------|--|-----------------|-------------|-------|
| | M ± DE | | Limite inferior | Limite superior | | |
| Hijo único (A) (n=34) | 1,41 ± 0,49 | A vs. B | 0,096 | -0,205 | 0,249 | 0,972 |
| | | A vs. C | 0,093 | -0,347 | 0,094 | 0,371 |
| Un Hermano (B) (n=118) | 1,38 ± 0,48 | B vs. A | 0,096 | -0,249 | 0,205 | 0,972 |
| | | B vs. C | 0,060 | -0,290 | 0,006 | 0,039 |
| Dos o más hermanos (C) (n=158) | 1,53 ± 0,50 | C vs. A | 0,093 | -0,094 | 0,347 | 0,371 |
| | | C vs. B | 0,060 | 0,006 | 0,290 | 0,039 |

*Valores de p de la comparación entre las variables hijo único (A), poseer un hermano (B) y tener dos o más hermanos (C) según la prueba ANOVA.

Los resultados de las pruebas de contraste de hipótesis se muestran en el Cuadro 3. El grupo de un hermano mostró diferencias significativas en cuanto al estado de peso respecto al grupo de dos o más hermanos ($p < 0,039$). A su vez, se hizo el análisis estadístico considerando el sexo, no encontrando diferencias significativas ni entre los varones ni entre las mujeres.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el índice de masa corporal, el sexo y el número de hermanos en adolescentes de una región del centro de España (Castilla la Mancha). Los principales hallazgos reflejan que aquellos escolares con un solo hermano poseen un estado de peso más saludable (normopeso vs. sobrecarga ponderal) respecto a los escolares que poseen dos o más hermanos.

Resultados similares a otros estudios donde un mayor número de hermanos se asoció con una mayor prevalencia de sobrecarga ponderal (24) reflejando que los primogénitos tuvieron menor proporción de grasa androide que los terceros nacidos debido a un mayor nivel de la hormona de crecimiento (GH) y receptores de IGF-I en el nacimiento en comparación con los posteriores (25).

Sin embargo, estos resultados difieren de los hallados en un metaanálisis donde se concluyó que el número de hermanos inferior se asocia con una mayor sobrecarga ponderal (26) obteniéndose en escolares de EE.UU una tasa de obesidad del 14,8% en hijos únicos vs. 11,2% en tener dos hermanos o más (27). Se ha sugerido que las prácticas de crianza a los hijos únicos puede ser la base

de un riesgo asociado a un estado de peso superior (15). Asimismo, se ha descrito que los bebés de menor orden de nacimiento tienden a ser más pequeños al nacer que los recién nacidos anteriores y tienen más probabilidades de experimentar un patrón de crecimiento asociado con el riesgo de obesidad (28) debido a los cambios anatómicos que se producen en las arterias espirales a consecuencia del mayor número de embarazos que se ha tenido previamente (29).

A su vez, un posible factor biológico plausible indica que los primogénitos tienen mayor probabilidad de presión arterial alta y ser obeso debido a su relativa desnutrición en el útero (30) ya que el sistema inmune materno cambia con el número de nacimientos y esto afecta al embrión en el interior del útero (31). La placentación también parece diferir entre los primeros y posteriores embarazos; el mayor flujo de nutrientes a los primogénitos en el útero puede afectar a su regulación de la grasa y generar un almacén con mayor cantidad de grasa a posteriori (28). A su vez, se ha descrito que los primogénitos son amamantados durante un promedio de aproximadamente dos semanas más que los segundos nacidos y unas cuatro semanas más que los quintos nacidos; encontrándose una asociación entre mayor lactancia materna y obesidad (32), siendo el peso de los padres, lactancia materna y el exceso de peso al nacer (en mujeres) predictores significativos de sobrecarga ponderal (33).

Por otro lado, algunas teorías psicológicas han hecho referencia al mecanismo potencial de la personalidad para describir esta posible asociación. En concreto, la teoría psicoanalítica de Freud consideraba que aquellos sujetos que no superaban determinadas etapas infanti-

les (oral, anal, genital) podrían presentar problemas de ajuste en su vida adulta (10). Así, las experiencias tempranas con la alimentación (por ej. alimentación con biberón, leche materna y edad de destete) podrían provocar ciertos niveles de ansiedad durante la etapa oral y constituirse en las causas subyacentes de problemas de alimentación específico en los adultos (9), por lo que estas diferencias de la personalidad en los roles familiares pueden ser elementos condicionantes del índice de masa corporal.

Además, la presencia de hermanos puede proporcionar una mayor oportunidad para realizar juegos y otras actividades físicas (14); las cuales pueden promover estilos de vida activos a largo plazo, influyendo en el estado de peso (34). En esta línea, se ha demostrado que hijos únicos tienen ingestas de nutrientes significativamente más altas que los niños con hermanos (35); tal vez porque la madre de un solo niño le preocupa más persuadirlo para que coma que una madre con varios hijos (36). Por ello, una adecuada comprensión de los mecanismos involucrados en la regulación del balance energético constituye la clave para comprender la etiopatogenia y fisiopatología de la creciente pandemia de la obesidad (37,38).

Por otro lado, al analizar la relación entre el estado de peso y el número de hermanos considerando el sexo, se encontraron diferencias significativas a favor de los varones en un mayor peso corporal y el estado de peso en sobrecarga ponderal. Sin embargo, se halló un mayor promedio en las mujeres en el estado de peso en normopeso. A su vez, cabe destacar la elevada prevalencia de sobrecarga ponderal para varones (29,7%) y mujeres (17,1%). Resultados similares a otros estudios donde el 8,6% de los niños y el 9 % de las niñas eran obesos, y el 33,9% de los niños y el 22,1% de las niñas tenían sobrepeso (33). Aunque en España se vienen haciendo esfuerzos para controlar este problema emergente a través de distintas iniciativas de la administración central y las comunidades autónomas y otras actuaciones privadas, la realidad es que el problema persiste (1), teniendo el marco educativo una gran responsabilidad en la programación de contenidos de educación alimentaria y nutricional dentro del currículo escolar. La sobrecarga ponderal plantea la necesidad de abordarla psicológicamente con un enfoque cognitivo (creencias), afectivo (manejo de estados emocionales displacenteros) y ambiental (costumbres, hábitos, etc.) (7). En este sentido, el área de educación física debe asegurar la formación de una personalidad completa y equilibrada junto con la adquisición de hábitos de vida saludables relacionada con la salud; ya que esta fase etaria es determinante por cuanto se construyen en ella las bases del pleno desarrollo de la personalidad (39).

Como limitaciones de este estudio se señala que el enfoque excluye una explicación relativa al orden de nacimiento y el grado de ser hijo único o primogénito en el estado de peso, por lo que investigaciones futuras deben dilucidar los mecanismos causales en estas variables. Además, los resultados hallados pertenecen a una concreta muestra clínica, por lo que se sugiere ampliar el rango de edad en nuevos estudios, profundizando así la investigación de variables mediadores de la obesidad vinculadas a la personalidad. A su vez, se deben incluir otras variables como el nivel de condición física y el tipo de alimentación. Sin embargo, a pesar del tamaño muestral reducido, la edad de los participantes es uno de los puntos fuertes del estudio, ya que la infancia es determinante para el desarrollo de la personalidad y la adquisición de un estilo de vida saludable que perdura en la vida adulta.

Sobre los resultados obtenidos, se concluye que el número de hermanos puede ser un elemento diferenciador en el estado de peso en adolescentes. El contexto educativo en colaboración con los padres debe favorecer la formación de una personalidad completa y equilibrada del escolar junto con la adquisición de hábitos de vida saludables.

Agradecimientos

Este estudio se ha llevado a cabo gracias a la colaboración de todo el personal docente de los centros educativos que, con su colaboración, hicieron posible las mediciones.

Referencias

1. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C. La obesidad infantil: una asignatura pendiente. *Rev Esp Cardiol*. 2018; 7111:888-91.
2. Yeste D, Carrascosa A. Complicaciones metabólicas de la obesidad infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(2): 135.e1-135.e9.
3. Moreno GM. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev Med Clín Condes*. 2012; 23(2): 124-128.
4. Jiménez-González E. Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocr Nutr*. 2011;58:492-496.
5. Wimmelman CL, Lund R, Flensburg-Madsen T, Christensen U, Osler M, Mortensen EL. Associations of Personality with Body Mass Index and Obesity in a Large Late Midlife Community Sample. *Obes Facts*. 2018;72: 129-143.
6. Fernando CN, José GF. Etiopatogenia de la obesidad. *Rev Med Clínic Condes*. 2012; 23.2: 129-135.
7. Miranda O, Gloria E. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Rev Med Herediana*. 2018;29: 111-115.

8. Lacunza AB, Caballero SV, Salazar-Burgo RJ, Sal J, Ale M, Filgueira J et al. Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Psicol Salud*. 2015;25: 5-14.
9. Kelishadi R, Qorbani M, Rezaei F, Motlagh ME, Djalalinis S, Ziaodini H, et al. Is single-child family associated with cardio-metabolic risk factors: the CASPIAN-V study. *BMC cardiovascular disorders*. 2018;18.1: 109.
10. Adler A. *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*. In *Heilen und Bilden*. Springer. Munich. 1928 (pp. 56-9).
11. Samantha P. Negotiating sibling relationships and birth order hierarchies. *Families, Intergenerationality, and peer group relations*. Springer. Singapore. 2018;107-128.
12. Hunsberger M, Formisano A, Reisch LA, Bammann K, Moreno L, De Henauw Lissner L. Overweight in singletons compared to children with siblings: the IDEFICS study. *Diabetes*. 2012; 2(7), e35.
13. Kwok MK, Leung GM, Schooling CM. Associations of Birth Order with Early Adolescent Growth, Pubertal Onset, Blood Pressure and Size: Evidence from Hong Kong's. *Children of 1997. Birth Cohort*. *PLoS one*. 2016;4: 0153787.
14. Kracht CL, Sisson SB. Sibling influence on children's objectively measured physical activity: a meta-analysis and systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2018; 4: 000405.
15. Min J, Xue H, Wang V, Li M, Wang Y. Are single children more likely to be overweight or obese than those with siblings? The influence of China's onechild policy on childhood obesity. *Preventiv Med*. 2017;103: 8-13.
16. World Development Indicators Database. Washington, DC: World Bank; 2015. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN/>. Accessed November 28, 2017.
17. Gualtieri T, Hicks RE. An immunoreactive theory of selective male affliction. *Behav Brain Sci*. 1985;8: 427-441.
18. Datar A. The more the heavier? Family size and childhood obesity in the U.S. *Soc Sci Med*. 2017: 180;143-151.
19. Haugaard LK, Ajslev TA, Zimmermann E, Ångquist L, Sørensen TI. Being an only or last-born child increases later risk of obesity. *PLoS One* 2013;8: 56357.
20. Barclay KJ. Birth order and educational attainment: evidence from fully adopted sibling groups. *Intell*. 2015;48: 109-122.
21. Howe LD, Hallal PC, Matijasevich A, Wells JC, Santos IS, Barros AJ, et al. The association of birth order with later body mass index and blood pressure: a comparison between prospective cohort studies from the United Kingdom and Brazil. *Int J Obes*. 2014;38: 973.
22. León MP, Infantes-Paniagua Á, González-Martí I, Contreras O. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y su relación con factores sociodemográficos. *J Sport Health Research*. 2018;10:163-172.
23. Cole TJ, Lonstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*. 2012;7(4): 284-294.
24. Juliusson PB, Eide GE, Roelants M, Waaler PE, Hauspie R, Bjerknes R. Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Paediatr*. 2010;99: 900-905.
25. Savage T, Derraik JG, Miles HL, Mouat F, Cutfield WS, Hofman PL. Birth order progressively affects childhood height. *Clinic Endoc*. 2013;79: 379-385.
26. Meller FO, Loret de Mola C, Assunção MCF, Schäfer AA, Dahly DL, Barros FC. Birth order and number of siblings and their association with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 2018;76: 117-124.
27. Chen AY, Escarce JJ. Family structure and childhood obesity, Early Childhood Longitudinal Study - Kindergarten Cohort. *Prev Chronic Dis*. 2010;7: 30-50.
28. Wells JC, Hallal PC, Reichert FF, Dumith SC, Menezes AM, Victora CG, et al. Associations of birth order with early growth and adolescent height, body composition, and blood pressure: prospective birth cohort from Brazil. *Am J Epidemiol*. 2011;174:1028-1035
29. Khong TY, Adema ED, Erwich JJ. On an anatomical basis for the increase in birth weight in second and subsequent born children. *Placenta*. 2003: 24:348-353.
30. Black SE, Devereux PJ, Salvanes KG. Healthy (?), wealthy, and wise: Birth order and adult health. *Econ Hum Bio*. 2016;26: 27-45.
31. Ohfuji S, Miyake Y, Arakawa M, Tanaka K, and Sasaki S. Sibship size and prevalence of allergic disorders in Japan: The Ryukyus Child Health Study. *Pediatric Allerg Immunol*. 2009;20: 377-384.
32. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt RW, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shishko G, Collet JP, Martin RM, Smith GD, Gillman MW, Chalmers B, Hodnett E, Shapiro S. A randomized breastfeeding promotion intervention did not reduce child obesity in Belarus. *J Nutr*. 2019;139: 417S-21S.
33. Panagiotakos DB, Papadimitriou A, Anthracopoulos MB, Konstantinidou M, Antonogeorgos G, Fretzayas A, et al. Birthweight, breast-feeding, parental weight and prevalence of obesity in schoolchildren aged 10-12 years, in Greece; the Physical Activity, Nutrition and Allergies in Children Examined in Athens (PANACEA) study. *Pediatrics Int*. 2008;50: 563-568.
34. Hallal PC, Wells JC, Reichert FF, Anselmi L, Victora CG. Early determinants of physical activity in adolescence: prospective birth cohort study. *BMJ*. 2006; 332:1002-1007
35. Mosli RH, Miller AL, Peterson KE. Birth order and sibship composition as predictors of overweight or obesity among low-income 4- to 8-year-old children. *Pediatr Obes*. 2016;11: 40-46
36. Huang H, Radzi WM, Salarzadeh-Jenatabadi H. Fa-

- mily environment and childhood obesity: a new framework with structural equation modeling. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14: 181.
37. Jiménez-González E. Obesidad: Análisis etiopatogénico y fisiopatológico. *Endoc Nutr*. 2013; 60: 17-24.
38. Klemp M, Weisdorf J. Fecundity, fertility and the formation of human capital. *Economic J*. 2016; 02148.
39. Rosa-Guillamón AR, García-Cantó E, Carrillo-López PJ. La educación física como programa de desarrollo físico y motor. *EmásF: Rev Dig Educ físic*. 2018; 52: 105-124.

Recibido 10-08-18

Aceptado: 20-10-18

Amenazas al bienestar de la infancia venezolana: Un reto para el pediatra ante una emergencia humanitaria compleja.

Marianella Herrera Hernández.¹

Resumen: Venezuela atraviesa una emergencia humanitaria compleja de acuerdo a la Organización de Naciones Unidas, la cual es el resultado de una combinación de inestabilidad política, conflictos y violencia, desigualdades sociales y una pobreza subyacente. El impacto de esta situación en las condiciones de vida de la población, en especial, de la infancia, ha sido registrado por organizaciones internacionales y nacionales no gubernamentales ante el silencio cómplice del Estado. Se revisan los indicadores que permiten evaluar el grado de bienestar de la población infantil venezolana en cuanto a nivel de pobreza, nutrición y seguridad alimentaria, salud, educación y otros determinantes sociales. Conclusión: Como consecuencia de la emergencia humanitaria compleja, la infancia venezolana está amenazada por el incremento de la pobreza, a partir de la cual, se ha generado un aumento de todas las formas de desnutrición e inseguridad alimentaria, un incremento de la mortalidad materna, neonatal e infantil, la aparición de enfermedades prevenibles por vacunas y aquellas transmitidas por artrópodos, un grave deterioro del sistema educativo y la obligación de muchas familias a migrar para sobrevivir. El pediatra cumple un papel fundamental en la atención de niños, niñas y adolescentes al identificar factores de riesgo, denunciar la violación de sus derechos y aglutinar esfuerzos para garantizar su bienestar. *An Venez Nutr 2018; 31(2): 55-65.*

Palabras clave: Bienestar infantil, derechos de los niños, infancia, amenazas, emergencia humanitaria compleja, pediatra.

Threats to the well-being of the Venezuelan child: a challenge for the pediatrician faced with a complex humanitarian crisis.

Abstract: Venezuela through a complex humanitarian emergency, according to the Organization of United Nations, which is the result of a combination of political instability, conflicts and violence, social inequality and underlying poverty. The impact of this situation on the living conditions of the population, especially children, has been registered by national non-governmental and international organizations to silence an accomplice of the State. Reviews of the indicators that allow evaluating the degree of welfare of the Venezuelan child population in terms of level of poverty, nutrition and food security, health, education and other social determinants. Conclusion: As result of the complex humanitarian emergency, Venezuelan children is threatened by the increase in poverty, from which it has generated an increase in all forms of malnutrition and food insecurity, an increase of the maternal, neonatal and child mortality, the emergence of diseases preventable by vaccines and those transmitted by arthropods, a serious deterioration of the educational system and the obligation of many families to migrate to survive. The pediatrician has an important role in the care of children and adolescents to identify risk factors denounce the violation of their rights and unite efforts to ensure their well-being. *An Venez Nutr 2018; 31(2): 55-65.*

Key words: Child welfare, rights of children, childhood, threats, complex humanitarian emergency, pediatrician.

Introducción

En Venezuela atraviesa una emergencia humanitaria compleja de acuerdo a la Organización de Naciones Unidas, la cual es el resultado de una combinación de inestabilidad política, conflictos y violencia, desigualdades sociales y una pobreza subyacente en

Venezuela (1). Esta situación compromete el bienestar de la población sobre todo de los niños y niñas, mujeres embarazadas, las personas de tercera edad, con condiciones crónicas de salud y las reclusas o en zonas de difícil acceso geográfico acarreado un acelerado deterioro nutricional de la población, grave escasez de medicamentos e insumos médicos y dificultad de obtener atención médica esencial (2). La combinación de emergencias en alimentación y salud disminuyen las probabilidades de que los niños más pequeños y embarazadas, que sufren desnutrición severa, tengan oportunidad de sobrevivir (3). Esta situación se ve reflejada en indicadores sociales, económicos y de

¹Médico Puericultor y Pediatra.UCV. Hospital J.M.de Los Ríos. Caracas. Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Fundación Bengoa. Grupo TAN. Línea de Investigación ODSE. Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez. Valencia, Venezuela.

Solicitar copia a: Marianella Herrera H., e-mail: mh110256@gmail.com

salud reportados por organizaciones internacionales y nacionales no gubernamentales ante el silencio cómplice del Estado. El impacto sobre las condiciones de vida de la población no tiene precedentes, pero sobre todo, en el bienestar de la infancia, período del desarrollo que comprende desde el nacimiento hasta la adolescencia el cual está caracterizado por una alta vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales como también a una respuesta positiva a los factores protectores. Esta vulnerabilidad es especialmente importante en los niños menores de dos años, aún más, durante los primeros mil días de vida (4). El bienestar infantil es un tema de interés para aquellos profesionales que creen que el propósito de las políticas públicas va más allá de procurar la riqueza material o de evitar males, como el analfabetismo o la enfermedad, entre los individuos en una sociedad. La importancia de definirlo y medirlo radica en la necesidad de identificar sus determinantes, e idear mecanismos para optimizarlo (5).

Uno de los hitos en la promoción del bienestar infantil es la Declaración de los Derechos del Niño (1959), firmada por todos los países miembros de la ONU el 20 de noviembre de 1989 y en la que los Estados se comprometen a tomar acciones para garantizar un nivel mínimo de bienestar en los menores de edad resaltando la idea de que los niños necesitan protección y cuidado especial, “incluyendo una protección legal adecuada, antes del nacimiento y después del nacimiento”. Su cumplimiento es obligatorio para todos los países que la ratificaron y define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas (6).

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de julio de 1946, señala entre sus principios: “El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo” (7).

La verdadera medida del progreso de una nación es la calidad con que atiende a sus niños: su salud y protección, su seguridad, su educación y socialización y el modo en que se sienten queridos, valorados e integrados en las familias y sociedades en las que han nacido (8). Los niños, niñas y adolescentes deben depender de los adultos en el marco de una familia para su crianza y recibir la orientación que necesitan a fin de convertirse en personas independientes pero cuando los cuidadores primarios no pueden satisfacer las necesidades de los niños, la sociedad debe buscar una solución. Muchos cambios en la sociedad tienen repercusiones negativas sobre la infancia. La transformación de la estructura fa-

miliar, la globalización, el cambio en los modelos de empleo y una estructura de bienestar social cada vez más débil en muchos países, son elementos que repercuten sobre ella. Las consecuencias de estos cambios pueden ser especialmente devastadoras en situaciones de conflicto armado, otras situaciones de emergencia y aquellas en la cual están implicados factores políticos. Debido a que todavía están en proceso de desarrollo, los niños y niñas son especialmente vulnerables, más que los adultos, a las deficientes condiciones de vida que originan la pobreza. Las investigaciones sociales muestran que las primeras experiencias de los niños y niñas influyen considerablemente sobre su desarrollo futuro (9). Los niños que experimentan la pobreza, particularmente durante los primeros años de vida o durante un período prolongado, corren el riesgo de una serie de perjudiciales para la salud y el desarrollo a través del curso de la vida. Las condiciones de vida en la infancia y el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social son determinantes del rendimiento académico, de la salud y la participación laboral y social de las futuras personas adultas (10). Las desigualdades sociales están asociadas a diversos factores que a su vez interactúan entre ellos, como el acceso a los recursos materiales o familiares, a las condiciones de vida y del entorno, el acceso a una escolarización precoz o a la detección precoz de problemas de desarrollo. Estos gradientes sociales tienen impacto en los logros académicos y laborales, en la predisposición a determinados problemas de salud del adulto y en la mortalidad prematura (11). La pobreza tiene un efecto profundo en circunstancias específicas, tales como en la nutrición, salubridad, asistencia sanitaria, escolaridad, exposición a la violencia y al maltrato y el desplazamiento fuera de las fronteras del país. Los indicadores relacionados al peso al nacer, a la mortalidad materna, mortalidad infantil, el embarazo precoz, los trastornos en el desarrollo del lenguaje, las enfermedades crónicas, los que derivan de la exposición ambiental, se ven afectados (12). Los niños que no completan la escuela secundaria, por ejemplo, tienen más probabilidades de convertirse en padres adolescentes, a ser desempleados, y ser encarcelados, con grandes costos sociales y económicos (13).

En Venezuela se establece en la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y del Adolescente (Lopna), la cual entró en vigencia el 1 de abril de 2000, un modelo de protección integral que consiste en el reconocimiento de todos los niños, niñas y adolescentes, sin discriminación alguna como sujetos de plenos derechos, cuyo respeto se debe garantizar. Conjuntamente con la Convención de los Derechos del Niño ratificada por Venezuela, se establece que todos los niños, ni-

ñas y adolescentes tienen derecho a la supervivencia, el desarrollo, la protección especial y la participación, bajo el principio de igualdad y no discriminación. Esto significa que los niños, niñas y adolescentes indígenas también gozan de estos derechos (14). Por consiguiente, el bienestar del niño, niña y adolescente requiere de la atención por parte de la familia, la sociedad y el Estado. La familia tiene la responsabilidad básica de su cuidado, crianza, crecimiento y desarrollo. La sociedad y el Estado deben velar por brindarles una protección y un apoyo integral ofreciendo la oportunidad de que crezcan en una vivienda digna con acceso a los servicios básicos, con seguridad alimentaria, acceso a la salud y a la educación, libertad para jugar y de establecer vínculos y afectos positivos con un alto grado de satisfacción personal (15,16).

En Venezuela, el bienestar infantil es un tema difícil de abordar al estar restringida la información y no existir datos oficiales sobre determinantes sociales, indicadores de salud, lo relacionado a la seguridad alimentaria y las condiciones nutricionales de la población. De hecho, desde el 2015, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) dejó de publicar cifras, datos y cualquier tipo de información referida a la realidad socio-económica del país (3).

El objetivo de la presente revisión es visibilizar las amenazas a la cuales se expone la infancia venezolana y promover la discusión y el desarrollo de estrategias que permitan mejorar su bienestar. Esta situación ha sido motivo de gran preocupación por parte del pediatra, constituyendo un reto para su ejercicio profesional. Conscientes del papel que desempeñan estos profesionales de la salud, es un deber y responsabilidad identificar todos aquellos factores de riesgo, denunciar la violación sistemática de sus derechos y contribuir a tender puentes con todos aquellos que puedan contribuir a resarcir la salud, el bienestar físico y sobre todo psicológico tan menoscabado y maltratado de todos nuestros niños, niñas y adolescentes, quienes en definitiva son los seres más preciados de una sociedad y representan el futuro del país (17,18).

Determinantes sociales e indicadores de salud del bienestar de la infancia venezolana

Se revisan los indicadores que permiten evaluar el grado de bienestar de la población infantil venezolana en cuanto a nivel de pobreza, nutrición y seguridad alimentaria, salud, educación y otros determinantes sociales que no son más que la circunstancias en que los individuos nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el sistema de salud (19). Se realiza una revisión

a partir de los datos obtenidos de investigaciones y estudios independientes de organizaciones no gubernamentales que permitan hacer un diagnóstico para poder elaborar propuestas.

Pobreza

La Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida de la Población Venezolana (ENCOVI) es una investigación conjunta de la Universidad Católica Andrés Bello, la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Simón Bolívar, la cual incluye temas como pobreza, acceso a la salud, educación, empleo, cobertura de las misiones sociales, alimentación y nutrición, emigración, entre otros. Esta investigación se viene realizando periódicamente desde el 2014. En el año 2017, se revela que el 87% de los venezolanos vive en condiciones de pobreza por ingreso. De este porcentaje, 61,2% se encuentra en pobreza extrema, sin posibilidades de acceder al costo de una canasta básica de alimentos. El 64% de los venezolanos ha perdido unos 11 kilos de peso entre 2006 y 2017 por el acelerado deterioro de la ingesta de alimentos en la cantidad y calidad necesaria, siendo más afectados los niños y las mujeres. Se informa sobre la inseguridad alimentaria la cual ha afectado el 80% de los hogares en cuanto a su disponibilidad, acceso y su uso para tener un impacto nutricional positivo, por el cierre de establecimientos, la escasez y costos de los alimentos y las dificultades para cocinar por falta de agua, gas y electricidad. La calidad de la dieta ha empeorado significativamente con una dieta poco variada, de tubérculos, grasas, y harinas, en el mejor de los casos, con detrimento de alimentos como pescado, carnes, huevos, lácteos, frutas y vegetales e incluso de granos de alto valor proteico y de hierro, zinc, vitamina A y complejo B (20). En el 2018, los datos preliminares de este estudio indican una pobreza general de 94% de la población y la cantidad de hogares pobres en Venezuela subió dos puntos porcentuales con respecto a 2017 y se ubicó en 48%, tomando en cuenta indicadores como las condiciones de la vivienda, servicios, estándar de vida, educación, trabajo y protección social. De acuerdo con los avances del estudio, 94% de los encuestados aseguró que sus ingresos son insuficientes para cubrir la canasta alimentaria y de servicios básicos por las extremas condiciones de privación económica. Asimismo, el 63% de la población es beneficiaria de alguna de las misiones sociales que ofrece el gobierno, un aumento de 20% versus el período del 2017. La misión que prevalece sigue siendo la de asistencia alimentaria, pues 87,9% de esta muestra recibe bolsas de alimentación o cajas CLAP que contienen alimentos con alto contenido de carbohidratos y grasas saturadas y bajo contenido proteico (21).

Nutrición y Seguridad Alimentaria

Organización Caritas de Venezuela ha desarrollado un proyecto de sobrevivencia infantil orientado a contribuir con la población más vulnerable del país y la más afectada por la crisis mediante un sistema de monitoreo de la situación nutricional en niños menores de 5 años en distintos estados del país. De tal manera que, cada niño detectado con desnutrición pueda ser protegido y recuperado. En julio de 2018, la desnutrición aguda global en menores de 5 años de las parroquias más pobres del país, tomando en cuenta todos los tipos de desnutrición, fue de 65%, el riesgo nutricional fue de un 34%, con desnutrición moderada y severa grave fue de 13,5%. El 17% de los niños menores de 2 años se encontró desnutrición leve y el 32% de los niños menores de 6 meses evaluados en estas mismas parroquias estaban afectados por desnutrición aguda moderada y severa. Se ha reportado que niños de sectores populares entre los 6 y 12 meses de edad, un 41,8% habían dejado la lactancia materna. Además, El 53% de la población recurre a lugares no convencionales como contenedores de basura y mendicidad para adquirir alimentos. A toda esta situación se añade la precariedad de las condiciones de saneamiento ambiental y la disponibilidad de los servicios básicos, entre ellos, el acceso a agua segura por lo cual se infiere ser uno de los determinantes de la desnutrición por el riesgo de afecciones diarreicas conjuntamente con afecciones respiratorias, entre otros. Este proyecto se ha extendido a otros estados del país apreciándose mayor inflación, mayor incremento del costo de la canasta alimentaria, aparición de alertas epidemiológicas por sarampión y difteria y la aparición de desabastecimiento de gas para cocinar (22). Entre agosto y septiembre de 2018, la Encuesta sobre la Seguridad Alimentaria en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia realizada por Codhez arrojó que, el 75% de los hogares se habían quedado sin alimentos en los últimos tres meses por falta de recursos económicos. El 29,6% de los hogares reportó la situación de niños que solo podían comer una vez al día. En 7,5% de los hogares, los niños no comieron en todo el día (23). Entre 2016-2018 el porcentaje de subalimentación aumento de 5% a 11,5% de acuerdo al reporte de Panorama de Seguridad Alimentaria para América Latina y el Caribe, lo cual representa 3.7 millones de personas subalimentadas, equivalente al 86% de todas las personas con hambre en la región (24). Por otra parte, de acuerdo al estudio de Emergencia Social de la Fundación Bengoa-UCAB, el 33% de los niños entre 0-2 años de edad de sectores pobres tienen un retardo de crecimiento o desnutrición crónica, según el indicador talla/edad el cual es un signo de que la alteración ocurrió desde a etapa prenatal o du-

rante el embarazo al exponerse los padres a deficiencias alimentarias y nutricionales exponiéndose a irremediables trastornos del neurodesarrollo y enfermedades crónicas del adulto relacionadas a la nutrición (ECRN). Se estima que en el 2018 hubo 575.000 niños que pasaron a su edad escolar con retraso de crecimiento. Esto es irreversible y determinará un rezago para toda su vida. Venezuela es el quinto país con mayor proporción de niños con retraso del crecimiento en América del Sur en el trienio 2012-2014 (3). En el 2018, Caritas evaluó el estado nutricional de mujeres embarazadas encontrándose que el 48% de las mujeres embarazadas tienen desnutrición aguda moderada a severa y el 21% con desnutrición severa (22). Herrera Cuenca ha evaluado la situación de la mujer en Venezuela y de cómo una crisis humanitaria compleja y prolongada tiene un impacto destructor en la familia. Las estrategias de sobrevivencia, como reducir la cantidad y calidad de las comidas, tienen efectos deletéreo sobre el estado de salud y nutrición de las mujeres, porque las madres y abuelas dejan de comer para alimentar a sus hijos (25).

Salud y Sistema Sanitario

La emergencia humanitaria compleja se ha manifestado en la paralización de la mayor parte de los servicios de atención médica en los centros de salud públicos disponibles, la reaparición y rápida propagación de epidemias que habían sido erradicadas décadas atrás y el agotamiento extremo de los inventarios de medicinas, vacunas e insumos básicos para la prevención y tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones, así como para la atención de personas con condiciones crónicas, problemas de desnutrición, embarazadas y recién nacidos (26).

Entre el 2015 y el 2016 se registra un aumento de 65,79% en la mortalidad materna y un 30,12% en la mortalidad infantil (27). La mortalidad materna, tiene como origen, la desnutrición con daños irreversibles y representa el riesgo asociado con el embarazo y el riesgo obstétrico (28). Venezuela pasa de 72 a 127 muertes de madres por cada 100.000 nacidos vivos entre 2014 y 2016 agravada por el deterioro en el control del embarazo, en la atención del parto y por el embarazo de adolescentes, que alcanza 25% de todos los embarazos, muchas de ellas desnutridas, anémicas y con embarazos de alto riesgo (25). Encovi ha señalado que un 4,5% de los embarazos no se controla lo que representa 25.000 embarazos en riesgo (21). La desnutrición materna y la falta de control prenatal contribuye a que los niños venezolanos nazcan cada vez más delgados y pequeños, y por ende más propensos a enfermarse y a morir (29). En

las dos principales maternidades de Venezuela ha aumentado el Bajo Peso al Nacer (BPN), un indicador que revela el progresivo deterioro de la salud materno infantil con consecuencias que pueden ser irreversibles y llegar al extremo de la muerte. En la Maternidad Concepción Palacios, la más importante de Venezuela, el bajo peso al nacer ha tenido una tendencia ascendente desde 2013. El alza más brusca fue entre 2015 y 2016, pues el indicador pasó de 11,58% a 16,08%. En la Maternidad Santa Ana, el bajo peso al nacer subió de 11,24% en 2015 a 13,12% en 2016, y en 2017 se ubicó en 13,92%. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte. A este respecto, en Venezuela la institucionalización del parto es elevada. Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado temprana (30). El Informe Estado de la Población Mundial 2017 del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) indicó que Venezuela subió al primer lugar de embarazo adolescente entre los 15 y 19 años de edad en las regiones andina, suramericana y caribeña, con una tasa de 95 embarazos por cada 1.000(31). La edad de iniciación sexual en niñas y adolescentes bajó de 15 a 12 años de edad. El embarazo en la adolescencia es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil, además, tiene repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes, sus familias y sus comunidades (29). Por otra parte, la crisis ha obligado a cientos de embarazadas a huir antes de dar a luz en un país donde la vida de sus hijos y la de ellas mismas no está garantizada (30). UNICEF presentó su reciente informe Cada Vida Cuenta: La urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacidos. De acuerdo a este informe, Venezuela tiene una tasa de mortalidad neonatal de 10,3 por cada 1000 nacidos vivos. Las principales causas de la mortalidad de recién nacidos incluyen la prematuridad, complicaciones en el parto e infecciones como sepsis, meningitis y neumonía. La mayoría de estas causas son evitables, pero a menudo no se pueden tratar con un solo medicamento o intervención y requieren un enfoque global del sistema (32). El aumento de la tasa de mortalidad infantil en 2016, en comparación con 2008 regresa al país al nivel observado a finales de la década de 1990, aniquilando a los 18 años de avance esperado y deja el gobierno venezolano lejos de alcanzar la meta de nueve muertes por cada 1000 materia establecida en los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Las causas más comunes de muerte son los mismos que

los registrados en países con las tasas más altas de mortalidad infantil: las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, sarampión, malaria y desnutrición grave. Todos estos elementos están presentes en Venezuela y sin duda afectan tendencias de tasa de mortalidad futura. La creciente tasa de mortalidad infantil es probable que se derive del deterioro progresivo del estado de nutricional, la caída en los niveles de vida y una avería del sistema de salud. Este desglose del sistema de salud se refleja en la subvaloración sistemática de campañas de vacunación y la escasez de medicamentos y tratamientos médicos (33).

Los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) consideran la mortalidad infantil como un indicador clave de las condiciones de salud, sociales y ambientales. En este marco y como miembro de las Naciones Unidas, Venezuela asumió el compromiso jurídico para reducir la mortalidad infantil a nueve o menos por 1000 materia para el año 2015. Este compromiso no se ha mantenido (34). De acuerdo con cifras de la Federación Médica Venezolana (FMV) entre los años 2002 y 2017 salieron del país 21.980 médicos venezolanos, tanto especialistas como residentes, en su mayoría de las áreas de pediatría, medicina general y cirugía que trabajaban en el sistema sanitario público. Esta cifra representa una pérdida mayor al 50% del personal médico capacitado si se toma como universo la cifra de 39.000 profesionales de la medicina notificados a la OPS por Venezuela (35). La Organización Médicos por la Salud ha sido vocera de la grave crisis humanitaria que vive Venezuela. Es así como nace Encuesta Nacional de Hospitales (ENH), su proyecto bandera. Con ella se monitorea las condiciones de los centros hospitalarios a nivel nacional. La Encuesta Nacional de Hospitales 2018 señala el deterioro, no sólo en las instituciones públicas sino privadas por lo cual ésta última ya no es una opción. A la crisis de dotación de medicamentos e insumos se suma el colapso de los servicios públicos: electricidad, agua, basura y la crisis alimentaria. Esta encuesta revela de que hay un 80% de los servicios están inoperativos, con 88% de desabastecimiento en medicinas y 79% sin material médico-quirúrgico. El 100 % de los laboratorios están cerrados. Por otra parte, hay 70 % de déficit de vacunas y 66% de déficit de fórmulas infantiles (36). La ENH 2019 revela un 85% de operatividad de los servicios de emergencia, mientras los quirófanos del 27% y las unidades de terapia intensiva a nivel nacional de 40%. El desabastecimiento de medicamentos de uso común y urgente en emergencia oscila alrededor del 50% durante el periodo monitoreado. Para agravar la situación, la escasez de electricidad ha presentado en forma recu-

rrentemente durante más de 3 meses y ha culminado en un apagón generalizado entre el 7 de marzo y el 11 de marzo, dejando casas y hospitales en la oscuridad. Se informa que fallas en el sistema de suministro de electricidad han causado la muerte de 79 pacientes entre el 16 de noviembre de 2018 y 09 de febrero de 2019, en los 40 principales hospitales del país. También señala que 1557 pacientes murieron debido a insuficiente hospital fuentes (37).

Por otra parte, de acuerdo con las alertas epidemiológicas de la OPS, debido a las bajas coberturas de vacunación, varias enfermedades prevenibles por vacuna se han convertido en epidemias así como la reemergencia de enfermedades prevenibles transmitidas por artrópodos ha provocado graves epidemias que afectan también a los países vecinos. Las epidemias de sarampión y la difteria en Venezuela han tenido un impacto desproporcionado sobre las poblaciones indígenas. Además, el potencial de resurgimiento de la poliomielitis y concluir que la acción para detener la propagación de enfermedades prevenibles con vacunas en Venezuela es urgente para el país y la región (38). De acuerdo al informe The Lancet Global Health, los brotes de sarampión, difteria y la malaria, así como la gran cantidad de interrupciones en el tratamiento entre los venezolanos que viven con el VIH hacen esta crisis una preocupación de salud y la seguridad regional (39). A causa de las actividades de minería de oro sin control, entre 2016 y 2017 la epidemia de Malaria pasó de 240.000 a 400.000 casos en 10 de los 24 estados del país, siendo el mayor número registrado de América Latina. Hasta junio de 2018 habían fallecido 820 personas por falta de medicamentos antimaláricos, entre ellas 100 embarazadas en el estado Bolívar durante 2017. Desde el 2016 hasta el 2017, Venezuela tuvo la mayor tasa de incremento de la malaria en el mundo, y en 2015, fueron las más altas tasas de tuberculosis en el país en 40 años (40).

En Venezuela, el brote de sarampión que se inició en 2017 sigue activo. Entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 13 de 2019, se notificaron 9.585 casos sospechosos (1.307 en 2017, 7.790 en 2018 y 488 en 2019) de los cuales 6.534 fueron confirmados (727 en 2017, 5.667 en 2018 y 140 en 2019). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.201), clínico (2.659) y nexo epidemiológico (807); mientras que en 2019 también se confirmaron por laboratorio (85), criterio clínico (32) y nexo epidemiológico (23). Se registraron 76 defunciones, 2 en 2017 (en Bolívar) y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar). El último caso confirmado por laboratorio, tuvo fecha de inicio de exantema el 30 de marzo de 2019, proceden-

te del estado Anzoátegui, Municipio Simón Bolívar. La tasa de incidencia acumulada 2017-2019 en el país es de 20,4 casos por 100.000 habitantes y las mayores tasas de incidencia se registran en Delta Amacuro (214 casos por 100.000 habitantes), Distrito Capital (126 casos por 100.000 habitantes), Amazonas (77 casos por 100.000 habitantes), Bolívar (55 casos por 100.000 habitantes), Vargas (46 casos por 100.000 habitantes) y Miranda (38 casos por 100.000 habitantes) (41). El regreso del sarampión y otras infecciones prevenibles de la infancia en Venezuela, así como el potencial para la expansión de los brotes más allá de las fronteras de Venezuela, ha sido reconocido por la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS). En Colombia solo se habían registrado 25 casos de sarampión importado en los inmigrantes de Venezuela a partir de octubre de 2018 (42). El brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo (). Desde entonces y hasta la SE 8 de 2019 se notificaron 2.726 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1.040 en 2017, 1.198 en 2018 y 164 en 2019), de los cuales fueron confirmados 1.612 (528 por laboratorio y 1.084 por criterio clínico o nexo epidemiológico). Se registraron 280 defunciones (17 en 2016, 103 en 2017, 150 en 2018 y 10 en 2019). La tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 18% en 2016, 13% en 2017, 20% en 2018 y 26% en 2019. Se ha reportado transmisión activa de la enfermedad de Chagas, con seroprevalencia en niños (< 10 años), estimado para ser tan alta como 12,5% en una comunidad de la prueba (n = 64). Incidencia de dengue ha aumentado en más de cuatro veces entre 1990 y el 2016. La incidencia estimada de chikunguna personas y la de virus Zika es 2057 casos por 100 000 personas (a durante su pico de epidemia es 6975 casos por 100 000 habitantes) (43).

Venezuela enfrenta una emergencia humanitaria compleja, advertida por las ONG defensoras de los derechos humanos desde hace cuatro años. En este contexto, las personas con VIH y Sida no tienen acceso regular a los medicamentos antirretrovirales (ARV), los cuales impiden la replicación del virus en el organismo para una vida más larga y sana (44). Aunque el Ministerio de Salud no se ha pronunciado al respecto ni ha dado un balance sobre el VIH en el país, Stop VIH y otras organizaciones se han pronunciado al respecto, ante el silencio cómplice de las autoridades gubernamentales. En el 2018, fue reportado que cada año nacen 800 niños, hay 19.000 huérfanos menores de 17 años a consecuencia del SIDA y más de 2500 niños menores de 12 años que requieren tratamiento. La población indígena infectada tampoco recibió tratamiento. Además de la falta de medicamentos, no hay preservativos de ningún tipo, no

hay reactivos para la prueba de Elisa ni conteo de linfocitos de CD4 y CD8, reactivos para carga viral y resistencia y una acentuado desabastecimiento de formulas lácteas (45). En el 2019, Acción Solidaria ha revelado el pronunciamiento emitido por ONGs como La Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+) y la Coalición de ONGs del Interior del País (COVIP) señalando que se distribuyeron 10 millones de medicamentos para el tratamiento del VIH con un desabastecimiento de ARV que superó el 70% en todo el país. Adicionalmente se ha señalado que 17% de niños con VIH hasta 14 años de edad no recibieron antirretrovirales en 7 estados, de un total de 2.100 niños con VIH aprox. que lo ingieren a nivel nacional. Estos estados son Aragua, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Lara, Portuguesa y Táchira. 3.930 embarazadas con VIH atendidas entre 2007 a 2016: Mujeres con VIH en periodo de gestación sometidas a tratamientos no acordados con efectos secundarios que no garantizan la adherencia y la no tolerancia. No tienen acceso a la terapia recomendada por la OMS la cual debe ser garantizada por el sistema público de salud. Se estima que de cada 10 embarazadas con VIH, a 7 las hacen parir, no les practican la cesárea motivado a prácticas discriminatorias por vivir con VIH y a la exigencia de kits de bioseguridad por parte de los centros públicos de salud (46).

En el primer hospital pediátrico de referencia del país, el Hospital J.M de Los Ríos en la ciudad de Caracas, La ONGs como Prepara Familia y Cecodap, han denunciado el riesgo de morir de pacientes con enfermedades hematológicas que requieren trasplante de médula ósea así como los pacientes pediátricos con enfermedades renales que requieren diálisis y trasplante renal. Se han solicitado medidas cautelares de protección y medias urgentes y prioritarias para atender estos niños las cuales no han sido respetadas (47,48).

Servicios básicos

El acceso suficiente y continuo de agua potable es un derecho humano esencial según la Organización de Naciones Unidas. Al menos 9,78 millones de personas vivieron bajo racionamiento formal de agua corriente entre 2016 y 2017. El suministro promedio fue de 48 horas de agua por tubería a la semana, es decir, 28,5% de abastecimiento pleno. Las parroquias pobres tuvieron menos agua y sus habitantes pagaron más por abastecerse en pozos o con camiones cisternas (49). En 2018, 82% de las personas en Venezuela (alrededor de 28,5 millones de personas) y el 75% de los centros de salud del país no tuvieron un suministro continuo de agua, según un informe sobre el derecho al agua publicado por cinco

venezolanas organizaciones no gubernamentales. Agua corriente se proporciona esporádicamente (en algunas áreas puede ser una vez cada 20 días) y el agua que llega a la población es de pobre calidad o no potable (21). Por otra parte, Venezuela vivió tres apagones masivos en marzo de 2019 como consecuencia de la destrucción del sistema hidroeléctrico, la falta de inversión y la escasez de personal capacitado. De los 30 millones de venezolanos, el 60% vive en parroquias bajo un plan de racionamiento eléctrico. El plan establece cortes diarios de tres horas pero usuarios de redes sociales han reportado hasta 10 días sin luz. Se identificó que 240 centros educativos están racionados y 65% de ellos pierden el equivalente a una semana de clases al mes. El 1 de abril de 2019, en la Gaceta Oficial 41.614 se recortó el horario laborable de 8 am de la mañana a 2 de la tarde. En el ámbito educativo el horario se estableció desde las 7 de la mañana hasta las 2 pm de la tarde eliminando el turno vespertino (50). De los 196 centros de salud que aparecen en el plan, 42 pasan el equivalente a más de tres días sin electricidad al mes. De los 196 centros de salud que aparecen en el plan, el 45% de los centros de salud están sometidos a 15 horas de racionamiento semanales y pasan el equivalente a más de tres días sin electricidad al mes (36). Se informa que fallas en el sistema de suministro de electricidad han causado la muerte de 79 pacientes entre el 16 de noviembre de 2018 y 09 de febrero de 2019, en los 40 principales hospitales del país. También señala que 1557 pacientes murieron debido a insuficiente hospital fuentes (36). El racionamiento es desigual: mientras Cojedes tiene al 97% de su población en parroquias racionadas, Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro, Distrito Capital y Vargas no tienen racionamiento oficial (50).

Educación

Hay una depresión generalizada del sistema educativo. Los datos ofrecidos por ENCOVI 2017, en cuanto a la cobertura educativa también son poco alentadores, ya que la deserción escolar en niños y jóvenes entre 3 y 24 años se ubicó en 30%, ocho puntos porcentuales por encima de 2014, cuando se inició el estudio siendo el descenso mayor de cobertura educativa en mujeres. Los principales factores que impiden la asistencia a clases son la falta de alimentos en los hogares o planteles, el colapso del sistema de transporte y las fallas en servicios públicos como el agua. El grupo donde hay mayor abandono escolar es el de los jóvenes con edades entre 18 y 24 años, en el que el 65% manifestó no acudir a ninguna institución por la imposibilidad de asumir los costos (20). Para el 2018, hubo al menos un 60 % de ausencia estudiantil y escasez de profesores (21).

Violencia

La violencia se ha convertido en una situación habitual en la vida de niños y adolescentes. Venezuela está entre los 8 países del mundo con mayor mortalidad entre personas entre 10 y 19 años de edad, debido a homicidios y violencia colectiva. En Venezuela cada día mueren 43 jóvenes por causas violentas. Todos los días mueren de forma violenta 5 adolescentes entre los 12 y 17 años (51). La ONG Asociación Afecto Venezuela ha señalado el aumento de los índices de violencia y abuso sexual en más del 90% contra niños, niñas y adolescentes en 2018. De acuerdo a la Red de Casas Don Bosco, más del 40% de “Niños en situación de calle” sufren hambre, maltrato y abandono. Además, según la ONG Ángeles de la Calle hay un incremento de bandas callejeras que pelean por comida en la basura las cuales son lideradas por niños (52).

Migración

Más de un millón de venezolanos emigraron entre 2012 y 2017. El 88% de ellos correspondieron al grupo de edad entre 15-59 años (20). Casi el 80% de la emigración reciente desde Venezuela ha salido básicamente durante los años 2017 y 2018 (21). Para el 2019, la ONU calcula que la migración venezolana aumentará a 5 millones en 2019. La migración forzada ha dejado a cientos de niños al cuidado de abuelos y otros familiares. Se denomina “niños dejados atrás” a quienes la inmigración económica ha dejado abandonados. Son niños o adolescentes cuyos padres deben dejar el hogar para irse a trabajar a otro país (incluso a otra ciudad) por meses o incluso por años. Las separaciones familiares imponen un despiadado costo, que se agrava con la exposición de los menores a situaciones a las que son particularmente vulnerables, como el secuestro, el reclutamiento forzado y la explotación sexual. Cuando están en tránsito, los infantes pueden padecer abusos, falta de cuidados y privación de servicios esenciales, y en los lugares de destino, suelen tropezar con la detención ilícita, la xenofobia y la falta de atención especializada para los traumas físicos y mentales que han padecido (53,54).

Las personas continúan saliendo de Venezuela debido a la violencia, la inseguridad y las amenazas, y la falta de alimentos, medicinas y servicios esenciales. Con más de 4 millones de venezolanos y venezolanas viviendo en el exterior, la gran mayoría en países de América del Sur, este es el éxodo más grande en la historia reciente de América Latina. Los acontecimientos políticos, de derechos humanos y socioeconómicos que se desarro-

llan en Venezuela obligan a un número creciente de niños, mujeres y hombres a irse a países vecinos y más allá. Muchos llegan asustados, cansados y en extrema necesidad de asistencia (56).

Conclusiones

Como consecuencia de la emergencia humanitaria compleja que vive el país, la infancia venezolana está amenazada por el incremento de la pobreza, a partir de la cual, se ha generado un aumento de todas las formas de desnutrición, un repunte de las cifras de la mortalidad materna, neonatal e infantil, reaparición de algunas enfermedades prevenibles por vacunas y alta incidencia de aquellas transmitidas por artrópodos, con grave deterioro del sistema educativo y la obligación de muchas familias a migrar para sobrevivir.

El pediatra cumple un papel fundamental en la atención de niños, niñas y adolescentes al identificar factores de riesgo, denunciar la violación de sus derechos y aglutinar esfuerzos para garantizar su bienestar.

Se proponen algunas estrategias:

- Atención médica humanizada y respetuosa centrada en la familia y desde la perspectiva de los derechos de niños, niñas y adolescentes.
- Evaluación integral por grupos de edad con mirada anticipatoria para la promoción de la salud.
- Promover el mejor comienzo de la vida y hábitos de vida saludable.
- Promover y prevenir situaciones de riesgo a través de educación para la salud.
- Identificar niños y adolescentes en situación de riesgo físico ó psicosocial.
- Ayudar y acompañar a los niños y sus familias que tienen enfermedades crónicas.
- Promover la crianza respetuosa, el buen trato y disciplina.
- Desarrollar protocolos de atención en las distintas edades.
- Manejo multidisciplinario en situaciones especiales (enfermedades crónicas, pobreza, maltrato, acoso escolar, embarazo precoz, migraciones).
- Vincular a las familias a los recursos y coordinar la atención con socios de la comunidad.

La emergencia humanitaria compleja que atraviesa nuestro país requiere de medidas urgentes con el objeto de proteger a todos los niños, niñas y adolescentes, proporcionándoles, no solo acceso a alimentos, servicios

de salud sino espacios para la educación y la recreación. De esta manera se reavivarán sus esperanzas y se les brindará la posibilidad de lograr un futuro mejor.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. La FAO en situaciones de emergencia. 2011. Disponible en: URL: <http://www.fao.org/emergencias/tipos-de-peligros-y-de-emergencias/emergencias-complejas/es/>. [Consultado 4/jun/2019]
2. Human Rights Watch. Crisis humanitaria en Venezuela. La inadecuada y represiva respuesta del gobierno ante la grave escasez de medicinas, insumos y alimentos. 2016 Disponible en: URL: <http://www.hrw.org/es/report/2016/10/24/crisis-humanitaria-en-venezuela/la-inadecuada-y-represiva-respuesta-del-gobierno>. [Consultado 4/jun/2019]
3. Observatorio Venezolano de la Salud. Reporte Nacional. Emergencia Humanitaria Compleja. Derecho a la Alimentación y Nutrición. Diciembre 2018. Disponible en: URL: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/alimentacion/reportes-nacionales-emergencia-humanitaria-compleja-venezuela-derecho-alimentacion/>. [Consultado 4/jun/2019]
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia. La infancia amenazada. 2005. Disponible en: URL: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>. [Consultado 6/jun/2019]
5. Castilla-Peón, MF. Bienestar infantil: ¿es posible medirlo? Bol Med Hosp Infant Mex. 2014;71(1):61-64
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Convención sobre los derechos del niño. 1989. Disponible en: URL: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>. [Consultado 29/sep/2018]
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2006. Disponible en: URL: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>. [Consultado 26/sep/2018]
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Un panorama del bienestar infantil en los países ricos. 2007. Disponible en: URL: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_spa.pdf. [Consultado 26/sep/2018]
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Progreso para la infancia: Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con equidad. 2010. Disponible en: URL: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Progreso_para_la_infancia_2010.pdf. [Consultado 6/jun/2019]
10. Ramjil L, Diez E, Peiro R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gac. Sanit. 2010;24(Supl 1):42-48h
11. Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. 2010. Disponible en: URL: <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/childhood-socioeconomic-status-and-adult-health>. [Consultado 13/jun/2019]
12. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2012 Health Policy for Children and Adolescents (6). Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1. [Consultado 28/sep/2018]
13. Situación alimentaria en Venezuela 2017-2018. Sistematización de datos. 2018 Disponible en : URL: https://cepaz.org.ve/documentos_informes/situacion-alimentaria-en-venezuela-2017-2018/. [Consultado 10/abr/2019]
14. Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF). Ley Orgánica para la protección del Niño y del Adolescente. 2000 Disponible en: URL: [https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LOPNA\(1\).pdf](https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LOPNA(1).pdf). [Consultado dic/2018]
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef Innocenti). Pobreza infantil en perspectiva. Un panorama del bienestar infantil en los países ricos. Un amplio análisis de la vida y el bienestar de niños, niñas y adolescentes en las naciones económicamente avanzadas. Centro de Investigaciones DegliInnocenti. Florencia, Italia 2007. Disponible en: URL: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_spa.pdf. [Consultado 05/jun/2019]
16. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Convención sobre los Derechos del Niño. Abordar las necesidades de la infancia. 2006. Disponible en: URL: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>. [Consultado 5/jun/2019]
17. Ramírez D. Retos para la pediatría en la Venezuela de hoy. Arch Venez Puer Ped 2013; 76 (4): 137-137. Disponible en: URL: <http://www.scielo.org.ve/pdf/avpp/v76n4/art01.pdf>. [Consultado 12/jun/2019]
18. Rajmil L. La crisis económica afecta la salud infantil. Que papel tienen los pediatras. An Pediatr (Barc). 2013;79(4):205-207 Disponible en: URL: <http://www.analesdepediatría.org/es-la-crisis-economica-afecta-salud-articulo-S1695403313002555>. [Consultado 12 de junio del 2019]
19. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. 2005. Disponible en: URL: http://www.who.int/social_determinants/es/. [Consultado 12/jun/2019]
20. Ponce MG, Briceño León R, González M, Freitez A, Herrera Cuenca M, Marotta M. Encuesta Nacional so-

- bre Condiciones de Vida en Venezuela (Encovi 2017). UCAB-USB-UCV. Centro de Investigaciones Sociales. 2018 Disponible en: URL: <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentacion-para-difundir-.pdf>. [Consultado 26/abr/2019]
21. Freitez A, Camardiel A, Marotta Lanzieri D, Rincón Osorio E, Correa Marín G, Ramírez Narváez G, et al. Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (Encovi 2018). Avances de Resultados. UCAB-USB-UCV. Centro de Investigaciones Sociales. 2019. Disponible en: URL: <http://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>. [Consultado 26/abr/2019]
 22. Márquez J, Rafalli S. Monitoreo de la situación nutricional en niños menores de 5 años. Abril-julio 2018. Caritas Venezuela. Disponible en: URL: <http://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/2018/09/7mo-Boletin--Saman-Abril-Julio-2018-compressed.pdf>. [Consultado 13/jun/2019]
 23. Comisión para los Derechos Humanos del Estado Zulia (Codhez). Situación general de derechos humanos en el estado Zulia. 2017. Disponible en: URL: <http://www.codhez.org/dataadm/images/pdf/alimentacion2018.pdf>. [Consultado 13/jun/2019]
 24. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo. Fomentando la Resiliencia en aras de la Paz y la Seguridad Alimentaria. Roma 2017. Disponible en: URL: <http://www.fao.org/3/a-I7695s.pdf>. [Consultado 13/jun/2019]
 25. Herrera-Cuenca M. Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. *An Venez Nutr* 2017; 30(2): 112 - 119.
 26. Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Vida y la Salud (Codevida). Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (Provea). Informe sobre la situación del Derecho a la Salud de la población venezolana en el marco de una Emergencia Humanitaria Compleja. Codevida. Septiembre 2018. Disponible en: URL: <http://www.codevida.org/codevida/wp-content/uploads/Informe-Derecho-a-la-Salud-en-la-EHC-Venezuela-Codevida-Provea-septiembre-2018.pdf>. [Consultado 13/jun/2019]
 27. Observatorio Venezolano de la Salud. Boletín Epidemiológico 2016. Semana Epidemiológica N° 52. 25 al 31 de diciembre del 2016. SIVIGILA (Sistema de vigilancia de la mortalidad materna e infantil). Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. 2016. Disponible en: URL: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/documentos-oficiales/boletin-epidemiologico-2016/>. [Consultado 12/jun/2019]
 28. González Blanco M. Mortalidad materna en Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras. Editorial. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2017;77 (1): 1-4
 29. Crimen Organizado y Corrupción (OCCRP). Centro Internacional para Periodistas (ICFJ). Parir y nacer en la Venezuela del hambre. Efecto Cocuyo. 2018. Disponible en: URL: <http://bpn.efectococuyo.com/>. [Consultado 13/jun/2019]
 30. Barreto J. Tasa de embarazo adolescente en el país es solo equiparable a la de Kenia. *El Nacional*. 29 de octubre del 2017. Disponible en: URL: http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/tasa-embarazo-adolescente-pais-solo-equiparable-kenia_209608. [Consultado 13/jun/2019]
 31. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Cada vida cuenta: La urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacidos. 2018. Disponible en: URL: <https://www.unicef.org/media/48106/file>. [Consultado 13/jun/2019]
 32. García J, Correa G, Rousset B. Trends in infant mortality in Venezuela between 1985 and 2016: a systematic analysis of demographic data. *The Lancet*. March 2019. Disponible en: URL: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30479-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30479-0/fulltext). Published Online January 24, 2019. [Consultado 27/abr/2019]
 33. Beyrer C, Page K. Preventable losses: infant mortality increases in Venezuela. *The Lancet*. Comment. Published Online January 24, 2019. Disponible en: URL: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30013-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30013-0/fulltext). [Consultado 27/abr/2019]
 34. Fondo de Población de Naciones Unidas. Un asunto pendiente la defensa de los derechos y libertad de decidir todas las personas. SWOP Report 2019. Disponible en: URL: <https://www.unfpa.org/es/swop-2019> [Consultado 27/abr/2019]
 35. Rivera C. La diáspora de la medicina venezolana: una generación de médicos exiliados. *El Nacional*. Publicado 29 de noviembre del 2017. Disponible en: URL: http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/diaspora-medicina-venezolana-una-generacion-medicosexiliados_213270 [Consultado 15/jun/2019]
 36. Médicos por la Salud. Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. Encuesta Nacional de Hospitales 2018. Disponible en: URL: <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/>. [Consultado 15/jun/2019]
 37. Médicos por la Salud. Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. Encuesta Nacional de Hospitales 2019. Disponible en: URL: <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/2019>. [Consultado 15/jun/2019]
 38. Paniz- Mondolfi AE, Tami A, Grillet ME, Márquez M, Hernández Villena J, Escalona-Rodríguez M, et al. Resurgence of Vaccine-Preventable Diseases in Venezuela as a Regional Public Health Threat in the Americas. 2019. *Emerging Infectious Diseases*. Disponible en: URL: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/25/4/>

- pdfs/18-1305.pdf [Consultado 16/jun/2019]
39. Venezuelans' right to health crumbles amid political crisis. Editorial. The Lancet. 2019; 393:1177. Disponible en: URL: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)30729-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)30729-9.pdf). [Consultado 15/jun/2019]
40. Grillet M, Hernández-Villena J, Llewellyn M, Paniz-Mondolfi A, Tami A, Vicenti-Gonzalez M, et al. Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases and implications for spillover the region. February 21, 2019 Disponible en: URL: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30757-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30757-6/fulltext). [Consultado 27/abr/2019]
41. Pan American Health Organization. Epidemiological Update Measles. 2018. Disponible en: URL: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=44328&lang=en. [Consultado 15/jun/2019]
42. Page K, Doocy S, Reina F, Castro J, Spiegel P, Beyrer C. Venezuela's public health crisis: a regional emergency. March 11, 2019. Disponible en: URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(19\)30344-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(19)30344-7/fulltext). [Consultado 15/jun/2019]
43. Grillet M, Hernández-Villena J, Llewellyn M, Paniz-Mondolfi A, Tami A, Vicenti-Gonzalez M, et al. Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases and implications for spillover the region. February 21, 2019 Disponible en: URL: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30757-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30757-6/fulltext). [Consultado 27/abr/2019]
44. Rojas I. ¿Cómo afecta la emergencia humanitaria a las personas con VIH en Venezuela? Prodavinci. 20 de febrero 2019. Disponible en: URL: <https://prodavinci.com/como-afecta-la-emergencia-humanitaria-a-las-personas-con-vih-en-venezuela/> [Consultado 17jun/19].
45. Organización Stop VIH. Epidemia del VIH esta fuera de control en Venezuela (Infografía). El Impulso. 3 de abril 2018. Disponible en: URL: <https://www.elimpulso.com/2018/04/03/especial-epidemia-del-vih-esta-control-venezuela/> [Consultado 18/jun/2019]
46. Acción Solidaria. Pronunciamento a la opinión pública: Naciones Unidas es incoherente con la realidad del VIH en Venezuela. Mayo 2019. Disponible en: URL: <http://www.accionsolidaria.info/website/pronunciamento-a-la-opinion-publica-naciones-unidas-es-incoherente-con-la-realidad-del-vih-en-venezuela/>. [Consultado 18/jun/2019]
47. CECODAP. Peligra tratamiento médico de niños, niñas y adolescentes con leucemia en Hospital J.M. de Los Ríos. 8 años de incumplimiento de una sentencia por parte del Estado. Disponible en: URL: http://www.cecodap.org.ve/descargables/prensa/Cecodap_Sala_de_PrensaPeligra_tratamiento_medico_de_ninos_ninas_y_adolescentes_con_leucemia_en_Hospital_JM_de_los_Rios.pdf. [Consultado 18/jun/2019]
48. CECODAP. Prepara Familia. Cecodap y Prepara Familia solicitan apoyo a la CIDH antes del riesgos y peligros de los niños y niñas del Servicio de Nefrología del Hospital JM de los Ríos. 13 de octubre 2018. Disponible en: URL: <http://www.civilisac.org/acciones/cecodap-y-prepara-familia-solicitan-apoyo-a-la-cidh-antes-los-riesgos-y-peligros-de-los-ninos-y-ninas-del-servicio-de-nefrologia-del-hospital-jm-de-los-rios>. [Consultado 18/jun/2019]
49. Alayón A, Marcano O. Vivir sin agua. Prodavinci. 21 de marzo del 2018. Disponible en: URL: <http://factor.prodavinci.com/vivirsinagua/>. [Consultado 19/jun/2019]
50. Alayón A, Marcano O. Las horas oscuras. Prodavinci. 13 de mayo del 2019. Disponible en: URL: <http://factor.prodavinci.com/lashorasoscuras/index.htm>. [Consultado 16/jun/2019]
51. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). UNICEF inicia la campaña 'Para cada niño, solo huellas de buen trato' para contribuir a la prevención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. 26 de noviembre del 2017. Disponible en: URL: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/media_37548.html. [Consultado 15/jun/2019]
52. Observatorio Venezolano de Violencia. Informe OVV de Violencia 2017. 5 de enero 2018. Disponible en: URL: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/informe-ovv-de-violencia-2017/>. [Consultado 15/jun/2019]
53. Organización de Naciones Unidas. Venezuela. Autoridades de países de América del Sur junto a ACNUR, OIM, UNICEF y el IPPDH abordaron desafíos para la protección de la niñez venezolana migrante y refugiada. 3 de abril 2019. Disponible en: URL: <https://onu.org.ve/autoridades-de-paises-de-america-del-sur-junto-a-acnur-oim-unicef-y-el-ippdh-abordaron-desafios-para-la-proteccion-de-la-ninez-venezolana-migrante-y-refugiada/>. [Consultado 15/jun/2019]
54. Pereira F. Niños dejados atrás. Efecto Cocuyo. Sección Opinión. 11 de Enero 2018. Disponible en: URL: <http://efectococuyo.com/opinion/ninos-dejados-atras/>. [Consultado 30/abr/2019]
55. Rojas I, Salomón L, Bachelet en Venezuela. Hablan los especialistas en Derechos Humanos. Prodavinci. Disponible en: URL: <https://bacheletenvenezuela.prodavinci.com/6/>. [Consultado 19/jun/2019]
56. ACNUR. Emergencia. Situación en Venezuela. 2019 Disponible en: URL: <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>. [Consultado 25/jun/2019].

Recibido: 06-07-2019

Aceptado: 10-09-2019

Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición.

Maritza Landaeta-Jiménez¹, Yaritza Sifontes^{1,2}, Marianella Herrera Cuenca^{1,3}

Resumen: En América Latina y el Caribe la mayoría de los países con subalimentación (2011-2017), desaceleraron sus economías y profundizaron la crisis alimentaria y los conflictos sociales. Venezuela vive un empobrecimiento masivo e inseguridad alimentaria que motiva la migración a otros países. Para conocer la situación actual de la seguridad alimentaria (SA) y la malnutrición, se estudiaron los principales determinantes, mediante el análisis de informes técnicos de acceso público en el último quinquenio. Se encontró que las dimensiones de la SA están severamente comprometidas: el acceso, la disponibilidad, la bioutilización y la estabilidad de las anteriores. Las preferencias alimentarias están afectadas por la distorsión entre precios e ingresos reales. El patrón de consumo de alimentos ha cambiado, resultando insuficiente en cantidad y calidad, sin variedad, basado en arroz, maíz, pasta, granos y aceite; carente en proteínas animales, vitaminas A, B y C, y minerales (hierro, ácido fólico zinc y calcio). El efecto directo es el incremento de la malnutrición y del hambre oculta, en los más vulnerables. La desnutrición crónica, principal problema nutricional, se solapa con el déficit calórico-proteico y las deficiencias de nutrientes. El programa de nutrición comunitaria y el Proyecto de emergencia social (2017-2018) reportaron severidad del retraso de crecimiento en talla (moderado y severo) y desnutrición aguda que afectaron principalmente a los niños menores de dos años, de las zonas de menores recursos rurales o periurbanas. Los tres determinantes inmediatos del estado nutricional del niño: seguridad alimentaria, atención adecuada y salud, están fuertemente afectados por la pobreza. *An Venez Nutr 2018; 31(2): 66-77.*

Palabras clave: Inseguridad alimentaria, malnutrición, hambre oculta, hambre, Venezuela.

Venezuela between food insecurity and malnutrition.

Abstract: In Latin America and the Caribbean, most countries with undernourishment (2011-2017) slowed their economies and deepened the food crisis and social conflicts. Venezuela is experiencing massive impoverishment and food insecurity that motivates migration to other countries. In order to know the current situation of food security (SA) and malnutrition, the main determinants were studied, through the analysis of technical reports of public access in the last five years. It was found that the dimensions of the SA are severely compromised: access, availability, bioutilization and stability of the above. Food preferences are affected by the distortion between prices and real incomes. The pattern of food consumption has changed, resulting in insufficient quantity and quality, without variety, based on rice, corn, pasta, grains and oil; lacking in animal proteins, vitamins A, B and C, and minerals (iron, folic acid zinc and calcium). The direct effect is the increase in malnutrition and hidden hunger in the most vulnerable. Chronic malnutrition, the main nutritional problem, overlaps with the caloric-protein deficit and nutrient deficiencies. The community nutrition program and the Social Emergency Project (2017-2018) reported severity of stunted growth (moderate and severe) and acute malnutrition that mainly affected children under two years of age, from areas with less rural resources or periurban. The three immediate determinants of the child's nutritional status: food security, adequate care and health, are strongly affected by poverty. *An Venez Nutr 2018; 31(2): 66-77.*

Key words: Food insecurity, malnutrition, hidden hunger, hunger, Venezuela.

Introducción

En América Latina y el Caribe, según indican organismos internacionales, el hambre recientemente ha presentado un incremento lento y progresivo, aun cuando todavía se sitúa por debajo del 7%, en muchos países de ingresos medianos donde la

economía se ha ralentizado o contraído, entre los que se encuentra Venezuela. Igualmente, la mayoría de los países (65 de 77) que experimentaron un aumento de la subalimentación entre 2011 y 2017 padecieron de forma simultánea episodios de desaceleración o de debilitamiento de la economía, adicionalmente estos países tienen economías muy dependientes de productos básicos primarios para la exportación o la importación (1).

Se estima que las contracciones económicas están contribuyendo a prolongar y agravar las crisis

¹Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición. ²Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. ³Centro de Estudios del Desarrollo. Universidad Central de Venezuela
Solicitar copia a: Maritza Landaeta-Jiménez. E-mail: mlandaetajimenez@gmail.com

alimentarias por alteraciones climáticas y debilitan la seguridad alimentaria y la nutrición, especialmente, donde las desigualdades socioeconómicas son mayores. Las perturbaciones económicas, también han extendido y empeorado los efectos de los conflictos y de los fenómenos sociales (1).

En Venezuela la desaceleración y contracción de la economía, así como la mala administración, ha provocado el empobrecimiento masivo de la población, inseguridad alimentaria de grandes proporciones y situaciones de hambre que están impulsando la salida de los venezolanos hacia otros países, en multitudes, nunca antes vistas en América Latina. Este éxodo masivo, está causando serios problemas económicos y sociales en los países vecinos, que no estaban preparados para recibir 4,5 millones de migrantes venezolanos (2).

El Informe de Alerta Temprana sobre Seguridad Alimentaria y Agricultura FAO/ONU, 2019 (3) ubica a Venezuela en tercer lugar entre los 10 países con “alto riesgo” de una emergencia o un deterioro significativo de su seguridad alimentaria y la agricultura, con efectos severos. Los otros países mencionados son Yemen, Sudán, Zimbabue, Camerón, Burkina Faso, Haití, Afganistán y Nigeria. Igualmente señala que el porcentaje de personas malnutridas se triplicó en 4 años desde 3,6% en 2013 a 11,7% en 2017 (casi 3,7 millones de personas).

Con el objeto de conocer la situación actual de la seguridad alimentaria y la malnutrición en Venezuela se estudiaron los principales determinantes mediante el análisis de informes técnicos de acceso público disponibles durante el último quinquenio.

Seguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria en Venezuela desempeña un papel importante como factor determinante de la malnutrición que afecta a la población. Las características son particulares, en cuanto a una distribución desigual geográfica, social, económica y del grado de severidad, moderado o severo. En ambas circunstancias la capacidad de las personas para obtener alimentos y mantener, la calidad y la cantidad de la dieta que consume está muy limitada, se alteran los hábitos alimentarios normales y omiten comidas debido a la falta de dinero u otros recursos. Cuando la inseguridad es grave, ya las personas no tienen alimentos, han pasado varios días sin comer, lo cual pone en peligro su salud y bienestar. Esta situación genera el incremento de la malnutrición en todas sus formas y del hambre oculta en la población más vulnerable, niños, mujeres

embarazadas y adultos mayores, siendo su impacto mayor en los más pobres. La inseguridad alimentaria, también, cercena, una adultez y vejez saludable, por su relación con el incremento de la obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares, que limitan el bienestar del individuo y de la sociedad (3), lo cual seguramente tendrá su antecedente en el compromiso temprano que puede afectar incluso al inicio del curso de la vida la salud reproductiva de la mujer y de los menores de 2 años, es decir los primeros mil días de vida.

En Venezuela la situación política, económica y social, en la última década, ha provocado el quiebre de la institucionalidad de la salud, lo social y de la infraestructura productiva del país, que paulatinamente han devenido en un grave deterioro de la dignidad y del bienestar de los venezolanos. La situación descrita sucede en medio de la opacidad de información sobre las condiciones de vida, acceso, disponibilidad alimentaria, estado nutricional, cuidado de la salud, y de las severas consecuencias que la prolongada privación ejerce en la población.

Desde el 2012, se registra una caída sostenida en la producción, disponibilidad y acceso de los alimentos, al mismo tiempo que se pierden grandes cantidades de alimentos contaminados y se descompone otro tanto, de lo que se había importado para la distribución a través de la red pública de control alimentario (4) Ese mismo año, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) otorga un reconocimiento al gobierno por el cumplimiento anticipado de las metas del milenio para aquel momento (4) Siete años más tarde, el inicio de la crisis más aguda también lo confirma el informe de FAO/UNICEF (2019) (1). Sin embargo, en los últimos tres años el impacto negativo en la alimentación se ha acelerado (5).

En el 2014 ante la ausencia de información oficial, comienza la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) liderada por las Universidades Católica Andrés Bello, Simón Bolívar, Central de Venezuela y la Fundación Bengoa (6).

Los datos de ENCOVI señalan que, en los últimos años, el país presenta signos de evidente deterioro, se incrementa la pobreza y la inseguridad alimentaria. Según la línea de pobreza, 90% de la población venezolana es pobre y de estos 60% se encontraría en pobreza extrema (6). Se puede asegurar, que, en los actuales momentos en Venezuela, las cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria están severamente comprometidas: el acceso, la disponibilidad, la bioutilización y la estabilidad de las anteriores.

En cuanto al acceso a los alimentos, diversos estudios

refieren que 94% de los venezolanos no tienen ingresos suficientes para cubrir el costo de una canasta básica. Esta es una de las consecuencias negativas, del control estatal sobre la importación, distribución y venta de alimentos subsidiados en conjunto con una política de control de precios que ha asfixiado la producción nacional y debilitado la cadena de distribución y los lugares habituales de compra, lo que ha dado origen al mercado negro y al contrabando de alimentos (7).

La disponibilidad de los alimentos, otra de las dimensiones de la seguridad alimentaria, se ha visto afectada de manera específica en parte caracterizada por los bajos aportes de las fuentes de proteína animal (de alto valor biológico), de minerales y de vitaminas y los aumentos en los precios, con lo cual se limita la ingesta de nutrientes. El resultado es el incremento en la población más vulnerable, de las deficiencias de hierro, calcio, zinc, vitaminas como la A (retinol), la C y las del complejo B; debido principalmente a la baja ingesta de leche, carnes y huevos, entre otros (8).

Otro factor que afecta la seguridad alimentaria es la mala calidad de los alimentos y la falta de control sanitario por parte del estado, quien centraliza las importaciones de alimentos, pero no cumple con la normativa regulatoria vigente relativa a los alimentos para consumo humano. Al hecho anterior se suma la caída en la producción nacional, que en promedio representa un déficit de más de 50 % en la producción de rubros esenciales para la alimentación habitual de los venezolanos, debido a factores como la instauración de la Ley de expropiación de tierras (2007), lo que condujo al aumento de las importaciones de alimentos básicos en detrimento de la producción nacional. Esta dependencia de las importaciones para satisfacer el programa de distribución de alimentos de los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP), es impactada directamente por la caída sostenida de los precios del petróleo y por la hiperinflación, que a su vez compromete aun más la disponibilidad y el acceso a los alimentos (9).

La deficiencia en los servicios de agua, energía eléctrica, gas y transporte, es otra de las causas que vulnera la inocuidad y seguridad de los alimentos e incumple con la tercera de las dimensiones de la seguridad alimentaria.

La consecuencia de estos desaciertos es el incremento de la inseguridad alimentaria, que según ENCOVI 2017 afecta al 80 % de los venezolanos (10). Esta situación, ha generado una serie de estrategias de ajuste en las familias, tales como la economía energética, mediante la cual se ven forzadas a restringir sus compras a pocos alimentos (5 a 7 productos), priorizando el rendimiento

calórico (proveedores de 60-80% de las calorías totales) y la saciedad, lo cual logran con productos como los cereales y tubérculos (dieta blanca), que desplazaron a la proteína animal, las grasas, las vitaminas y minerales; lo que importa es reducir la sensación de hambre. Como resultado la calidad de la dieta es muy pobre, debido a sustituciones empíricas de alimentos, que resultan en combinaciones inapropiadas con el agravante de que madres y padres dejan de alimentarse para alimentar a sus hijos (8).

En este sentido, es importante señalar que 61,9 % de los adultos encuestados en 2017, reportaron acostarse a dormir sin comer, al menos, una vez en los últimos 3 meses; y más de 8 millones de venezolanos para el mismo año hacían 2 o menos comidas al día. Estos hallazgos son demostrativos de un cambio contundente en el patrón de consumo habitual de alimentos del venezolano (10).

En medio de esta crisis de inseguridad alimentaria, reaparecen enfermedades como la difteria, el sarampión, lo que pone en evidencia el deficiente desempeño del Programa Nacional Ampliado de Inmunizaciones, así como las fallas en la vigilancia epidemiológica. Venezuela se ha convertido en exportador de estas patologías a países vecinos como Colombia, Brasil y Ecuador. La mortalidad por difteria duplica la de Haití y la mortalidad por sarampión se ha convertido en una verdadera amenaza para los pueblos indígenas de los estados Delta Amacuro, Bolívar y Amazonas (11).

Venezuela también es considerado uno de los peores países para envejecer, ocupando la posición 76 de un total de 96 países, específicamente después de toda una vida de trabajo la pensión que recibe una persona de la tercera edad está muy por debajo de la cuarta parte de sus necesidades y no alcanza ni para alimentos ni para medicinas (12).

Tendencia en el consumo de alimentos

El consumo de alimentos de los venezolanos, en los últimos años viene presentando una tendencia a la reducción tanto en la cantidad como en la calidad de la dieta. Desde el 2013, según la Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos (INE-ESCA 2005-2014) (13), se observó una tendencia a la disminución en los gramos diarios por persona/día, cuando se compara con el máximo en gramos totales consumidos en 2012 (1.300 g/p/d) con los consumidos (1.107 g/p/d) en 2014, la diferencia de 193 g/p/d, representó una caída de 15% en el consumo de alimentos. Este resultado es de suma importancia debido a las implicaciones en el estado nutricional de la población, en cuanto a la suficiencia

de los alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales del venezolano (Figura 1).

Los productos más adquiridos por los hogares, en los diferentes grupos de alimentos fueron harina de maíz precocida, arroz, pastas y pan, plátano, yuca, papa y caraotas, pollo, carne de res y sardinas, leche líquida completa o pasteurizada, queso blanco y huevos. Hortalizas y frutas, todas, menos la auyama redujo en cantidad, igual el cambur, la lechosa, la guayaba y la naranja. Las grasas visibles y azúcares disminuyeron su gramaje, lo cual fue más importante en mayonesa, margarina, café, azúcar, aceite y sal. Es lamentable que el Instituto Nacional de Estadística no haya continuado la publicación de la ESCA (13).

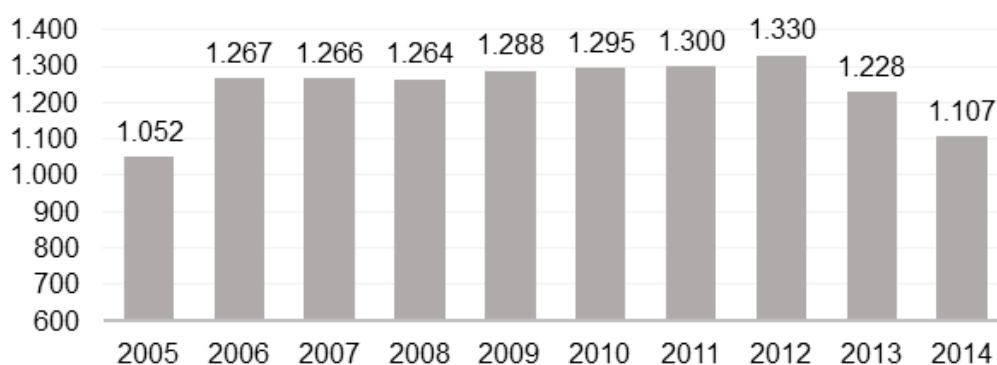
En cuanto a los alimentos que adquieren los hogares, entre 2014 y 2017 ENCOVI (10, 14) reporta que continua la tendencia regresiva en la compra semanal de alimentos, que se concentra en: 31,3% cereales (arroz, harina de maíz, pan y pasta), 9,3% tubérculos; disminuyen las carnes, pollo, leche, huevos, hortalizas y frutas mientras aumentan los tubérculos (yuca) y leguminosas. La insuficiencia de alimentos y de ingresos es de 70%, la inseguridad alimentaria afecta al 80% de los encuestados y la mayoría de la población el 90% no tiene ingresos suficientes para comprar la dieta habitual, aumenta la pobreza, el desempleo, la escasez de alimentos y las deficiencias en los servicios públicos de agua, luz, gas y transporte lo que a su vez limita aún más la posibilidad de alcanzar una alimentación mínima (de sobrevivencia). La escasez y el incremento de los precios afectan supremamente el consumo de todos los bienes, pero más contundente en el caso de los alimentos. La reducción en la compra del grupo de alimentos altamente calóricos significa que el aporte de energía de la dieta disminuye de manera drástica, el efecto directo es el incremento de la malnutrición y del hambre oculta, en las familias de menores recursos económicos.

La dieta de los venezolanos actualmente se reduce a muy pocos alimentos: arroz, maíz, pasta, granos y aceite. De la mesa de los venezolanos han desaparecido las carnes, huevos y lácteos, de tal manera que la alimentación ha perdido calidad, cantidad y variedad, se ha transformado en una dieta anémica, por la ausencia de alimentos fuentes de hierro ácido fólico y complejo B además de la ingesta deficiente de zinc, calcio, vitamina A y, otros micronutrientes, es una dieta de sobrevivencia. Las familias reportan comer 1 o 2 veces al día y reducen el número de alimentos. La consecuencia en las personas es hambre y hambre oculta, aumenta la anemia y las deficiencias de calcio, ácido fólico y de otros micronutrientes, situación que complica aún más, la deteriorada salud de la población. En la familia venezolana los gustos y preferencias son determinados no solo por la oferta o disponibilidad de alimentos, sino también, por el comportamiento de la capacidad adquisitiva, cada vez más reducida debido a la distorsión en la relación precios e ingresos reales (9).

Malnutrición infantil. 2017-2018

Para el 2030 los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) (15) proponen la erradicación del hambre y de todas las formas de malnutrición, específicamente se trata de disminuir la prevalencia de la subalimentación, la inseguridad alimentaria moderada o severa y poner fin a todas las formas de malnutrición, el retraso del crecimiento, la emaciación o desnutrición aguda y el sobrepeso y la obesidad.

Las tendencias en la reducción de las prevalencias en el mundo no son alentadoras. Aun cuando el retraso del crecimiento en los niños menores de cinco años está disminuyendo y en 2018 afectaba a 148,9 millones (21,9%) niños menores de cinco años, esta reducción no es suficiente para lograr la meta de 2030 de reducir



Fuente: INE. ESCA 2005-2014

Figura 1. Venezuela. Tendencia del consumo aparente de alimentos (g/p/d). 2005-2014

a la mitad el número de niños con respecto al valor de referencia de 2012 (165,8 millones). La prevalencia de emaciación en los menores de cinco años afectaba a 49,5 millones (7,3%), por lo que tampoco alcanza la meta de reducir y mantener la emaciación infantil por debajo del 5% para 2025 y del 3% para 2030. América Latina y el Caribe en 2018, tenían niveles de prevalencia de emaciación muy baja (1,3%), en comparación con las demás regiones (5% al 9%) (1)

Durante 2017 y 2018 la Fundación Bengoa, en alianza con otras ONG dentro de su programa de nutrición comunitaria, ha venido realizando una diversidad de proyectos orientados a la vigilancia nutricional de los habitantes de las comunidades y de los niños de las instituciones educativas presentes en ellas. Estos proyectos se llevaron a cabo en las zonas rurales y periurbanas de niveles socioeconómicos bajos en ciudades como: Maracaibo, Mérida, Barcelona, el Tigre y el Tigrito y en la Gran Caracas, en los Municipios Baruta, El Hatillo, Sucre y Libertador. Adicionalmente, en 2018 la Fundación Bengoa y la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), ejecutaron el Proyecto de Emergencia Social (PES) que incluyó una muestra de 400 niños y niñas menores de 2 años, provenientes de zonas en situación de pobreza (16).

Retraso del crecimiento en los niños venezolanos

El retraso del crecimiento, o talla baja para la edad, es una alteración en el crecimiento físico y funcional, en gran medida irreversible, debido a una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida. Este retraso tiene una serie de efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades entre los cuales se encuentran: disminución del desarrollo cognitivo y físico, reducción de la capacidad productiva, mala salud y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes (17). El retraso del crecimiento en la niñez es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano (15).

En los niños menores de 2 años, que formaron parte del Proyecto de Emergencia Social (PES), el retraso severo (talla muy baja) fue de 9% y el retraso en talla (talla baja) de 12,4%, mientras que, la vulnerabilidad nutricional se amplió, ya que 11,5% de los niños se encontraron en situación de alerta de talla baja. En resumen 21 de cada 100 niños padecían retraso de crecimiento moderado y severo mientras que, en condición de vulnerabilidad nutricional se encontraron 33% de los niños (retraso en talla más riesgo). (Cuadro 1, Figura 2).

Cuadro 1. Venezuela. Retraso de crecimiento (indicador talla-edad) en niños de varias localidades. Años 2017-2018.

| Localidad | Edad (Años) | Categorías de Talla | | | | |
|--|-------------|---------------------|--------|------------|------------|--------|
| | | Alerta % | Baja % | Muy baja % | Adecuada % | Alta % |
| Proyecto de Emergencia Social (PES-2017) Nacional-ESE bajos-n=440 | <2 | 11,5 | 12,4 | 9,1 | 59,6 | 7,3 |
| Caigua, Tigre y Tigrito -Anzoátegui 2017 (Escuelas-n=204). Rural | 3-5 | 14,1 | 13,3 | 2,0 | 70,3 | 0,3 |
| Maracaibo- Mérida-Caracas-2017 (Escuelas- n=241) . Periurbanas | 3-5 | 14,9 | 10,0 | 1,7 | 72,2 | 1,2 |
| Caigua, Clarines, Tigre y Tigrito-Anzoátegui 2017 (Escuelas- n=706). Rural | 6-12 | 11,5 | 8,9 | 0,9 | 77,8 | 0,8 |
| Maracaibo- Mérida-Caracas- 2017 (Escuelas-n=1063). Periurbanas | 6-12 | 11,5 | 8,9 | 0,9 | 77,8 | 0,8 |
| Gran Caracas-Chapellin-2017 (Preescolar n=67). Periurbanas | 3-5 | 12,0 | 3,0 | 1,5 | 83,6 | 0,0 |
| Gran Caracas-Baruta-2017 (2 Barrios-n=103). Periurbanas | 2-13 | 5,8 | 16,5 | 5,8 | 71,8 | 0,0 |
| Gran Caracas -El Hatillo-2017 (Escuelas-n=314). Rural | 6-13 | 15,0 | 11,8 | 1,0 | 72,0 | 0,3 |
| Gran Caracas- Cementerio-2018 ONG-Comunidad-n=91. Periurbanas | 7-13 | 9,9 | 13,2 | 9,4 | 71,4 | 1,1 |
| Gran Caracas- Caucaquita 2018 ONG-Comunidad- n=105. Periurbanas | 7-13 | 9,5 | 20,0 | 10,5 | 60,0 | 0,0 |

Fuente: Fundación Bengoa. Proyecto de Nutrición Comunitaria. Vigilancia Nutricional 2017-2018.

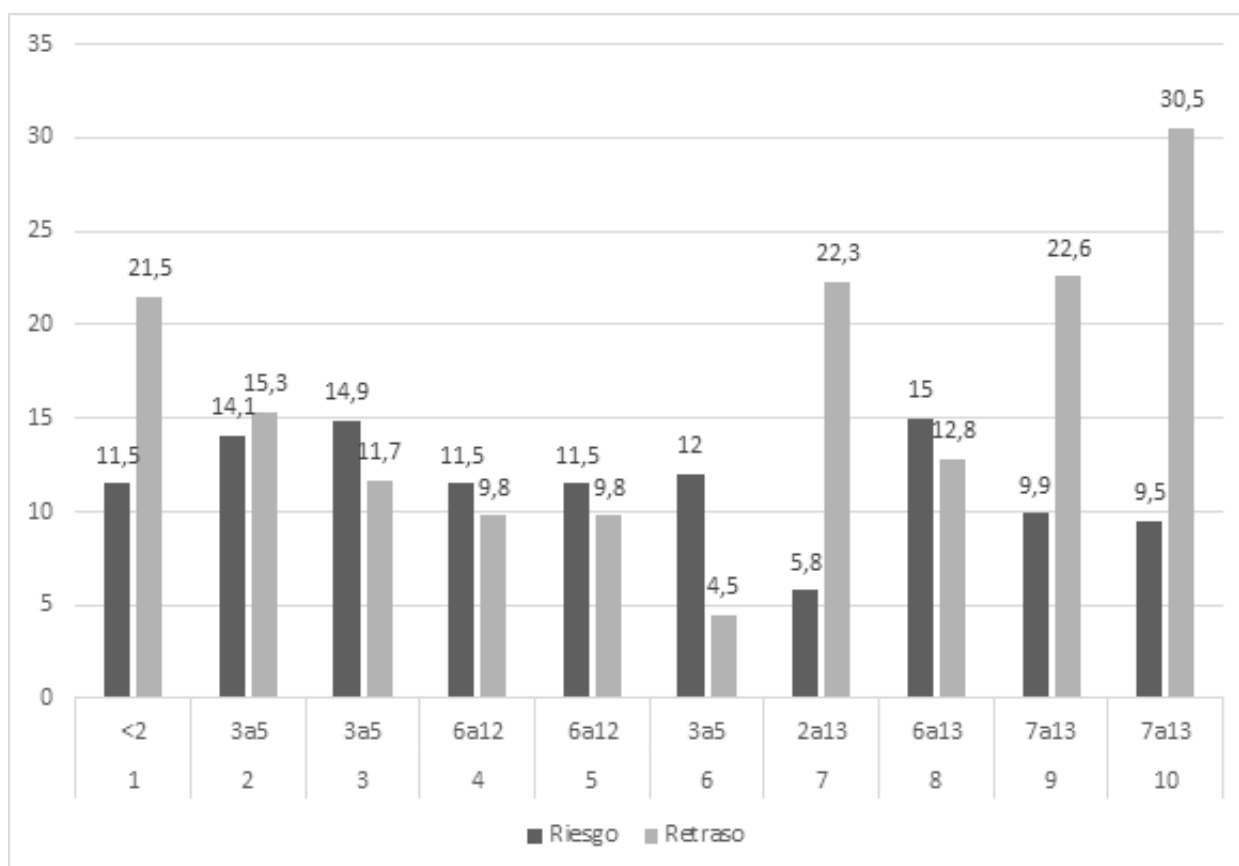


Figura 2. Venezuela. Retraso de crecimiento y riesgo (Talla/edad) en niños de varias localidades. Años 2017-2018

Fuente: 1-Proyecto Emergencia Social 2017 Nacional ESE. bajos-n=440, 2. Caigua, Clarines, Tigre y Tigrito Anz.,2017(Esc. n=204), 3. Maracaibo- Mérida-Caracas, 2017 (Esc. n=2414. 4. Caigua, Clarines, Tigre y Tigrito Anz. 2017 (Esc. n=706), 5. Maracaibo- Mérida-Caracas, 2017 (Esc. n=1063), 6. G. Caracas Chapellin-2017 (Prees. n=67), 7. G. Caracas-Baruta- 2017 (2 Barrios-n=103), 8. G. Caracas- El Hatillo- 2017- (Esc.-n=314), 9. G. Caracas- Libertador: Cementerio 2018 (ONG- Com. n=91), 10. G. Caracas- Sucre. Caucaguita 2018 (ONG-Com. n=105).

En el grupo de 3 a 5 años el retraso severo (talla muy baja) fue menor que en el grupo de menores de 2 años, con porcentajes de 1,5% a 2%. La talla baja varió entre 3% y 13,3% mientras que, la alerta de talla baja (riesgo de desnutrición crónica) afectó al 14% de los niños en las localidades de Anzoátegui, Maracaibo-Mérida y Caracas (Cuadro 1, Figura 2).

En los escolares de 6 a 13 años, el retraso en talla severo (desnutrición crónica), fue de apenas 0,9%, la talla baja varió entre 8,9% y 11,8% y en situación de alerta de talla baja (riesgo de desnutrición crónica) se encontró entre 11,5% y 15%, de los escolares, este último porcentaje se obtuvo en la escuela de la zona rural del Hatillo.

En las comunidades ubicadas en zonas pobres de la Gran Caracas, el retraso de crecimiento severo (talla muy baja) fue alto y afectó a 5,8% de los niños en Baruta, 9,4% en el Cementerio y 10,5% en Caucaguita. La talla baja (retraso moderado) alcanzó proporciones de 13,2% a 20% mientras que, en situación de alerta de talla baja, se encontraron entre 5,8% y 9,9% de los niños.

El comportamiento de este indicador mostró la heterogeneidad del problema nutricional y la desigualdad social y ambiental. La severidad del problema se manifestó con mayor intensidad en las poblaciones vulnerables tales como los menores de dos años, de modo que 21 de cada 100 niños presentaron retraso de crecimiento en talla moderado y severo, como resultado de una desnutrición de larga evolución que, en este grupo, posiblemente se inició durante la gestación y alteró su crecimiento físico, pero lo más grave, es que también puede haber causado alteraciones en su desarrollo cognitivo.

El retraso en el crecimiento es un marcador de gran solidez, indicativo, de que en el combate de la desnutrición crónica que causa retraso en el crecimiento en talla, es indispensable garantizar que la madre no inicie el embarazo desnutrida, que tenga un control prenatal temprano y eficiente, el cual le garantice la suplementación adecuada de hierro, calcio y ácido fólico y una dieta adecuada a su condición fisiológica (18).

La investigación también reveló, la alta vulnerabilidad de los niños que crecen en las zonas pobres, sin una atención adecuada. En estas localidades, los niños viven en condiciones muy precarias de salubridad y alimentación, que determinan infecciones a repetición que acaban afectando su estado nutricional, ante la imposibilidad de cubrir las demandas crecientes de energía. En la mayoría de los países, los niños pobres tienen aproximadamente el doble de retraso en el crecimiento que los niños más ricos. Los tres determinantes inmediatos del estado nutricional del niño incluyen seguridad alimentaria, atención adecuada y salud. Cada uno de estos se ve fuertemente afectado por la pobreza. Por ejemplo, los alimentos de origen animal son un componente importante de la dieta del niño, como fuente principal de proteínas y micronutrientes; la ingesta baja de estos alimentos es un factor de riesgo para el retraso del crecimiento. Al igual que el retraso en el crecimiento, las deficiencias de micronutrientes también están vinculadas a pobreza (19).

La emaciación o desnutrición aguda en niños

La emaciación o desnutrición aguda define el peso (kg) para la estatura o longitud (cm) inferior en dos

desviaciones típicas a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS de 2006. Un peso bajo para la estatura es un indicador de pérdida grave de peso o incapacidad para aumentar de peso y puede ser consecuencia de una ingesta dietética insuficiente o de una incidencia de enfermedades infecciosas, especialmente la diarrea (17).

En estas localidades, igualmente la pérdida nutricional se expresa en el incremento del porcentaje de niños severamente desnutridos agudos, emaciados y emaciados severos que en los menores de 2 años afectó a 6,2% de los niños mientras que el riesgo de desnutrición aguda fue de 3,1%. La desnutrición aguda en niños tan pequeños, puede ser la consecuencia de un peso bajo al nacer, lactancia materna inadecuada, control de salud deficiente, compromiso inmunológico y medio ambiente insalubre (17).

En el grupo de 3 a 5 años el porcentaje de niños severamente desnutridos agudos, emaciados y emaciados severos varió entre 3,3 % en las comunidades rurales en el oriente del país y 6,2% en los preescolares de Maracaibo, Mérida y Caracas y el riesgo de desnutrición aguda entre 1,5% y 12,3% (Cuadro 2, Figura 3).

En el grupo de escolares los porcentajes de niños

Cuadro 2. Venezuela. Estado nutricional indicador peso/talla (Desnutrición aguda) en niños de varias localidades. Años 2017-2018

| Estudios | Edad años | Categorías de peso/talla e IMC-Edad | | | | |
|--|-----------|-------------------------------------|-----------------------|------------|----------|--------|
| | | Riesgo % | Emaciado Em. Severo % | Adecuado % | Exceso % | Alta % |
| Proyecto de Emergencia Social (PES-2017) Nacional-ESE bajos-n=440 | <2 | 3,1 | 6,2 | 77,3 | 13,4 | 7,3 |
| Caigua, Clarines, Tigre y Tigrito- Anzoátegui, 2017(Esc- n=204). Rural | 3a5 | 12,3 | 3,3 | 81,0 | 3,3 | 0,3 |
| Maracaibo- Mérida-Caracas, 2017 (Escuelas-n=241). Periurbanas | 3a5 | 2,9 | 6,2 | 88,0 | 2,9 | 1,2 |
| Caigua, Clarines, Tigre y Tigrito Anzoátegui- 2017 (Esc- n=706). Rural | 6a12 | 5,3 | 3,6 | 90,2 | 0,8 | 0,8 |
| Maracaibo- Mérida-Caracas, 2017 (Escuelas-n=1063). Periurbanas | 6a12 | 5,3 | 3,6 | 90,2 | 0,8 | 0,8 |
| Gran Caracas Chapellin-2017 (Preescolar- n=67). Periurbanas | 3a5 | 1,5 | 3,0 | 92,5 | 3,0 | 0,0 |
| Gran Caracas-Baruta-2017 (2 Barrios-n=103). Periurbanas | 2a13 | 29,1 | 5,8 | 63,1 | 1,8 | 0,0 |
| Gran Caracas- El Hatillo-2017 (Escuelas-n=314). Rural | 6a13 | 6,7 | 3,2 | 89,2 | 0,9 | 0,3 |
| Gran Caracas- Libertador: Cementerio- 2018 (ONG-n=91). Periurbanas | 7a13 | 11,0 | 13,2 | 73,6 | 2,2 | 1,1 |
| Gran Caracas-Caucaguaita- 2018 ONG- n=105. Periurbanas | 7a13 | 10,6 | 7,6 | 79,0 | 2,9 | 0,0 |

Fuente: Fundación Bengoa. Proyecto de Nutrición Comunitaria. Vigilancia Nutricional 2017-2018.

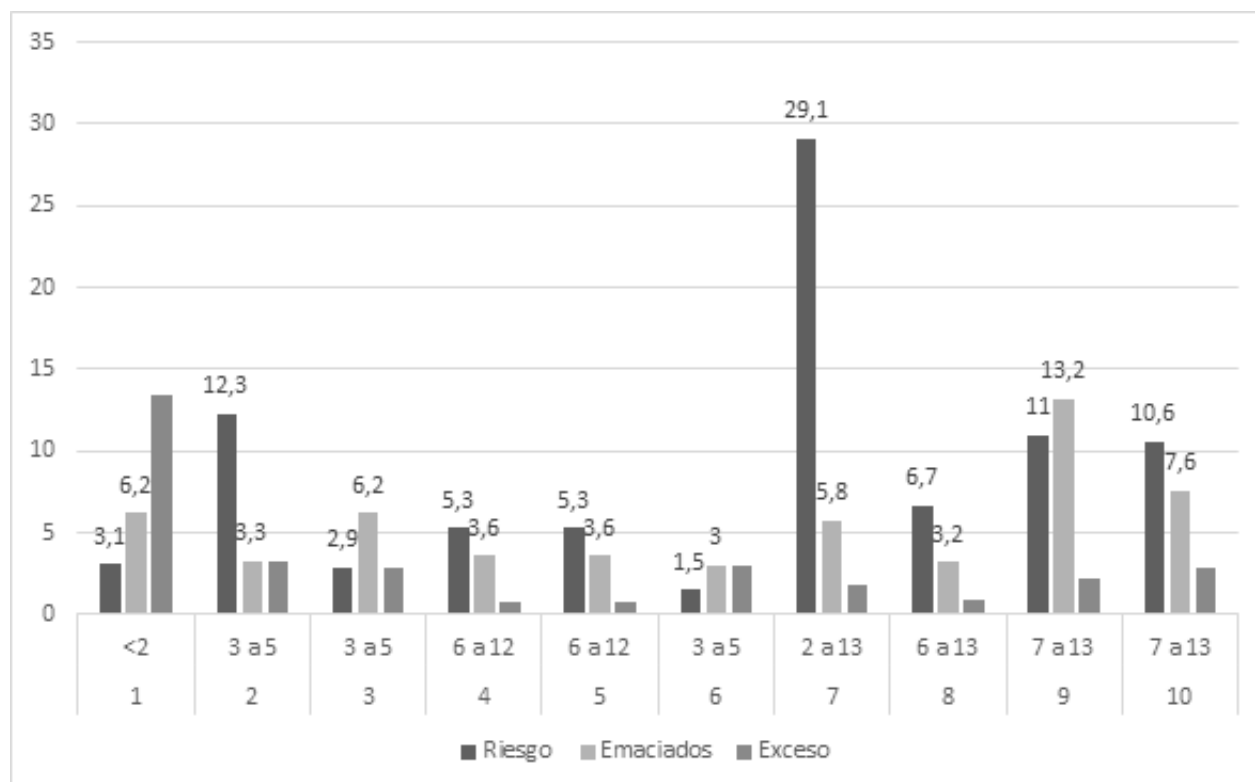


Figura 3. Desnutrición aguda: emaciado, riesgo y exceso (IMC/edad). Niños de varias localidades. Años 2017-2018

Fuente: 1-Proyecto Emergencia Social 2017 Nacional ESE. bajos-n=440, 2. Caigua, Clarines, Tigre y Tigrito Anz. 2017(Esc. n=204), 3. Maracaibo- Mérida-Caracas, 2017 (Esc. n=2414. 4. Caigua, Clarines, Tigre y Tigrito Anz. 2017 (Esc. n=706), 5. Maracaibo-Mérida-Caracas, 2017 (Esc. n=1063), 6. G. Caracas Chapellin-2017 (Prees. n=67), 7. G. Caracas-Baruta- 2017 (2 Barrios-n=103), 8. G. Caracas- El Hatillo- 2017- (Esc.-n=314), 9. G. Caracas- Libertador: Cementerio 2018 (ONG- Com. n=91), 10. G. Caracas- Sucre. Caucaguita 2018 (ONG-Com. n=105).

desnutridos agudos, emaciados y emaciados severos fue de aproximadamente 3,6% y el riesgo varió entre 5,3% y 6,7%. En los niños de los sectores de menores ingresos de la Gran Caracas los desnutridos agudos, emaciados y emaciados severos el porcentaje varió entre 5,8% a 13,2% y el riesgo de desnutrición que reflejó la vulnerabilidad nutricional se ubicó desde 10,6% en Caucaguita hasta 29,1% en sectores populares de Baruta.

La vulnerabilidad nutricional se incrementó con la edad y fue más alta en las zonas más pobres, de la Gran Caracas, en las cuales hasta 13 de cada 100 niños presentan desnutrición aguda, sin embargo en algunas de estas zonas el riesgo se incrementó, desde 11 a 29 niños por cada 100. En consecuencia, la situación de vulnerabilidad nutricional de los niños en estas comunidades es muy alta, debido a las frágiles condiciones socioeconómicas, falta y precariedad de servicios públicos y de atención de salud.

Por otra parte, el porcentaje de exceso (sobrepeso/obesidad) más alto (13,5%) afectó a los niños del PES,

sin embargo, es importante destacar, que en su mayoría eran niños con retardo de crecimiento en la talla. En todos los demás, el porcentaje varió entre 0,8% y 3,3%. La disminución acelerada del sobrepeso es una demostración, de la pérdida de peso no controlada, que vienen padeciendo los niños, porque su alimentación no cubre las calorías y nutrientes que requiriere según su edad.

Las consecuencias

Tal como se ha señalado, la situación de subconsumo calórico prolongado posiblemente ya ha dejado huellas irreversibles en la población más vulnerable en su crecimiento físico y en su desarrollo intelectual. Cuando por cualquier circunstancia, las calorías y nutrientes no cubren los requerimientos básicos para mantener las funciones vitales, el organismo comienza a utilizar las reservas biológicas, primero la grasa corporal, pero si la condición se prolonga, se presenta el catabolismo de su masa muscular, desgaste que se percibe en las lamentables imágenes de niños desnutridos emaciados,

cuyos rostros apáticos claman por su derecho humano a la alimentación, la salud y a una vida digna.

En este peregrinar son los niños menores de cinco años, las víctimas silenciosas de la desnutrición crónica y aguda severa, pero lo más grave, en esta acelerada carrera de precariedad nutricional es la afectación de los niños menores de un año y de las mujeres embarazadas, muchas de ellas adolescentes con su salud comprometida, en cuyo vientre desnutrido está creciendo un niño que posiblemente nacerá con la huella indeleble de la agresión sufrida por factores epigenéticos, que pudieron haberse controlado durante la gestación (20).

En estas circunstancias, de inseguridad alimentaria y nutricional, es de esperar que aumente la mortalidad infantil y neonatal y la mortalidad materna. En efecto la mortalidad infantil en Venezuela retrocedió 20 años, con una tasa de 19 por cada 1.000 nacidos vivos registrados y la tasa de mortalidad materna, que en 2016 era de 135 por cada 100.000 nacidos vivos registrados, se estimó que alcanzaría 190 por cada 100.000 nacidos en 2017, esta última cifra solo superada por Bolivia y Guyana (11).

El daño en la alimentación y sus consecuencias en la nutrición y la salud de los venezolanos comienza a estar presente en algunos informes de las agencias internacionales. Según el estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019 (1), la tasa de subalimentación en Venezuela casi se cuadruplicó al pasar de 6,4% en el periodo 2012-2014 a 21,2% en 2018. La cantidad de personas con hambre en el país se incrementó de 2,3 a 6,8 millones y el deterioro de la seguridad alimentaria en Venezuela es el más alto de América Latina. Del total de personas que pasaron a situación de hambre en América del Sur desde el 2013, el 86% son venezolanos (21).

Los niveles de subalimentación junto al 80% de inseguridad alimentaria, confirman la grave situación alimentaria de los venezolanos, como consecuencia de no tener disponibilidad segura y oportuna, así como tampoco el acceso a alimentos de buena calidad (10).

En estas circunstancias, la inseguridad alimentaria se concentra en los hogares pobres, son familias en promedio de 5 miembros, algunos de ellos, de los grupos vulnerables niños, mujeres embarazadas y adultos mayores, con severas carencias alimentarias y falta de servicios de salud, de agua potable, vivienda y transporte, que limitan los años de vida y además, se convierten en factores desencadenantes de infecciones frecuentes que en los niños comprometen su desarrollo físico e intelectual, cuyo incierto futuro de llegar a la

adulthood engrosaría la carga de enfermedades crónicas y afectaría los años de vida saludable de cada individuo, pero también el rendimiento y la productividad de la nación perpetuando el ciclo de la pobreza.

En la Venezuela del Siglo XXI, 6 de cada 10 venezolanos adultos en 2017 perdieron aproximadamente 11 kg de peso en el último año por hambre (10), mientras que, los adultos mayores perdieron en promedio 2 kg por mes (12). Esta situación es intensa, en los más vulnerables, niños, mujeres embarazadas y adultos mayores, pero en los menores de dos años el efecto genera rápidamente el incremento de las formas severas de desnutrición aguda que compromete su vida, agravado por la ausencia de atención oportuna, debido al colapso del sistema de salud y a las fallas y elevados costos de los medicamentos, muchos de ellos perecen, engrosando las cifras de mortalidad.

En las comunidades aumenta el número de niños desnutridos severos que ameritan atención especializada, tal como lo precisa Caritas en su monitoreo centinela (22). Igualmente se incrementan las hospitalizaciones de desnutridos agudos en sus formas severas marasmo y Kwashiorkor, debido a una alimentación inadecuada, pobreza y ambientes insalubres que condicionan infecciones a repetición, pero lo más lamentable, es que no reciben una atención oportuna y eficiente que impida el deterioro progresivo (23). Los que logran superar esta situación pueden ser seres inacabados en su crecimiento físico y desarrollo intelectual, que posiblemente no logren alcanzar el crecimiento que le corresponde de acuerdo con su edad y con la herencia de sus padres.

En la actualidad la desnutrición crónica es el principal problema nutricional, que se solapa con el déficit calórico-proteico y las deficiencias de nutrientes tales como hierro, calcio, zinc, vitamina A, ácido fólico y vitamina B12, entre otras, que conforma un amplio y complejo sustrato de la malnutrición, como consecuencia de una dieta insuficiente en calidad y cantidad de alimentos, que deteriora la salud y la nutrición de la población socialmente más vulnerable en las distintas etapas de la vida (24).

La situación descrita contribuye al incremento de la población con hambre, debido a que estas familias no pueden adquirir los alimentos que requieren para compensar sus necesidades diarias, hecho que vienen documentado estudios diversos (8, 25). ENCOVI en 2017, reportó, que 80% de los venezolanos no disponía de ingresos suficientes para acceder a la canasta básica de alimentos y la hiperinflación había dinamitado el ingreso. También señaló que la inseguridad alimentaria

no distingue niveles sociales, en consecuencia, está presente en hogares con alto nivel educativo, de clase media (22), indicador indiscutible del empobrecimiento de este grupo social, dinamizador de la economía en las sociedades democráticas.

En estas circunstancias, es imposible cubrir la Canasta Alimentaria Familiar (CAF) que según el Centro de Documentación y Análisis Social de la Federación Venezolana de Maestros (CENDAS-FVM) reporta una variación de 2.552.836,38 Bs. Soberanos en mayo de 2019 a 3.724.390,25 Bs. en junio del mismo año, adquirir la canasta de junio requería de 65,6 salarios mínimos (40.000 Bs), es decir 2 salarios mínimos por día. Para ejemplificar mejor esta brecha, una familia en la cual dos de sus miembros trabajen en el sector formal, donde cada uno recibe 1 salario mínimo mas beneficio de alimentación (130.000 Bs/mes), si esa fuese su única fuente de ingreso y considerando que se necesitarían alrededor de 90.000 Bs. diarios para comprar esta canasta, en esta familia solo pudieran adquirir alimentos para 1 día del mes. Es importante también señalar que durante el mes de junio se presentaron problemas de escasez de alimentos como: leche en polvo, pastas alimenticias, azúcar, aceite, arvejas, pan, mortadela, queso amarillo y las presentaciones enlatadas de atún y sardinas.(26)

En el interior del país, en algunos estados, la situación es aún más grave, debido a la precariedad de los servicios, lo cual está generando movilizaciones de las familias hacia Caracas, la cual es percibida como el centro del bienestar, debido a que, el gobierno sacrifica el interior del país, para que, en Caracas, las fallas en el suministro de gasolina, electricidad, alimentos y medicamentos se atenúen.

La inseguridad alimentaria es más que solamente hambre, puede afectar de numerosas formas a la salud y el bienestar, con consecuencias potencialmente negativas para la salud mental, social y física. Varios estudios han documentado los efectos psicosociales negativos de la inseguridad alimentaria en mujeres y niños. En América Latina la prevalencia de inseguridad alimentaria severa es ligeramente mayor en las mujeres 8,4%, en comparación con el 6,9% de los hombres. Asimismo, la inseguridad alimentaria se asocia a una salud mental más deficiente y a factores de estrés psicosociales específicos en regiones de todo el mundo independientemente del estado socioeconómico (27).

Para enfrentar esta situación, las experiencias en otros países han demostrado que las acciones deben orientarse a resolver los problemas específicos de cada grupo en

particular (28). En primer término, deben satisfacerse los requerimientos nutricionales en las madres embarazada, al igual que los de sus hijos durante los primeros 1000 días y rescatar el control permanente y periódico del estado nutricional hasta los 5 años de vida, así como también, prevenir en ellos las enfermedades infectocontagiosas, mediante los programas de vacunación y la simultánea mejoría de las condiciones sanitarias del hogar, proveyéndolos de agua potable y adecuada eliminación de excretas. A los niños menores de 2 años con desnutrición aguda hay que brindarles atención especializada para su recuperación y preparar a las madres para su protección.

Todos los programas deberían prestar no solo la atención, sino también garantizar los alimentos y la protección necesaria para su recuperación. En los niños escolares que han estado sometidos a tantas privaciones, el programa de alimentación debería proveer desayunos y almuerzos nutricionalmente adecuados a los requerimientos de los niños, de esta manera se lograría recuperar el estado nutricional, pero además se aseguraría que los niños regresen a la escuela.

En la Cumbre de la Nutrición Mundial, en 2017 (29), la nutrición se reconoce como un elemento clave para el desarrollo sostenible y se afirma que “Una buena nutrición proporciona la capacidad cerebral, la infraestructura de la materia gris para construir las economías del futuro”.

La inseguridad alimentaria se ha intensificado en las comunidades más desasistidas. Las medidas paliativas como los pocos alimentos que se subsidian a través de los comités locales de abastecimiento y producción (CLAP), son insuficiente para detener el tsunami alimentario de alta complejidad, que se sumerge en un sistema de salud inhabilitado para dar respuestas oportunas, preventivas y curativas, ni siquiera, puede proveer las vacunas mínimas indispensable para prevenir las enfermedades infectocontagiosas. En estas circunstancias, el incremento de la mortalidad infantil confirma que los niños son las víctimas silenciosas de las peores políticas públicas implementadas en la historia del país.

El control político y militar de la alimentación, ha generado una situación insostenible para la población, que ante la imposibilidad de satisfacer sus necesidades básicas huye del país. Se ha distorsionado el financiamiento de la alimentación y se han tomado medidas que limitan la producción nacional de alimentos, lo que ha provocado, entre otras consecuencias, la más severa crisis alimentaria y nutricional en lo que va del siglo XXI.

Las tendencias globales en el enfoque del combate a la malnutrición apuntan acciones preventivas de inicio tan temprano como en hombres y mujeres en edad fértil, con una perspectiva de equidad y un enfoque de respeto a los derechos humanos fundamentales con una configuración holística para el logro de una vida sana, productiva y sostenible para la población. Nada de esto ha sido posible de alcanzar en Venezuela, pues las limitaciones para el desarrollo de la población son múltiples y mantienen a la misma enfocada en la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación sin poder dedicar tiempo y esfuerzo a labores más elevadas y complejas como la dedicación del tiempo necesario para la educación y cultivo de habilidades que permitan su desarrollo integral.

La invaluable acción de la sociedad civil venezolana, la academia y el remanente de los productores y de la industria merece un especial crédito en la misión de documentación y en la implementación de acciones exitosas que han tenido lugar en el medio de esta crisis, y que deben constituir parte del legado del duro aprendizaje que como nación nos ha tocado vivir.

Referencias

1. FAO, UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria en el mundo. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía, 2019. <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>. Acceso 22/05/2019.
2. ACNUR Ya son más de 4 millones de migrantes y refugiados venezolanos en el mundo, según ACNUR. <https://cnnespanol.cnn.com/2019/06/07/mas-de-4-millones-de-migrantes-y-refugiados-venezolanos-en-el-mundo-segun-acnur/>. Acceso 20/06/2019
3. FAO/ONU. Informe de Alerta Temprana sobre Seguridad Alimentaria y Agricultura abril-junio 2019.
4. CENDES/Fundación Bengoa/Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela, 2014.
5. UNICEF. Venezuela: aumenta la prevalencia de la desnutrición infantil en medio de una crisis económica cada vez más profunda. 2018. https://www.unicef.org/spanish/media/media_102501.html?p=printme. Acceso 30/04/2019
6. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. En: Freitez A, González M, Zúñiga, G (Equipo Coordinador). Una mirada a la situación social de la población venezolana: (ENCOVI 2014). Caracas: UCAB-USB-UCV, 2015.
7. Tapia MS, Puche M, Pieters A, Marrero JF, Clavijo S, Gutiérrez A y col. Seguridad alimentaria y nutricional en Venezuela. Secuestro agroalimentario de un país: visión y compromiso 2017 <https://www.fundacionbengoa.org/publicaciones/Seguridad%20alimentaria%20y%20nutricional%20en%20Venezuela.pdf>. Acceso 03/06/2019.
8. Landaeta-Jiménez M, Sifontes Y. El consumo de alimentos y la situación nutricional. Base de datos de documentos agroalimentarios. Análisis. Red Agroalimentaria Venezolana. Documento mimeografiado. 2018. <http://redagroalimentaria.org/archivos/documentos/agropol222.pdf>. Acceso 25/08/2019.
9. Zambrano Sequín L, Sosa S. Evolución del consumo de alimentos en Venezuela (1998-2017). Base de datos. Análisis. Red Agroalimentaria Venezolana. Documento mimeografiado. 2018. <http://redagroalimentaria.org/archivos/documentos/agropol229.pdf>. Acceso 23/08/2019.
10. Landaeta-Jiménez M, Herrera-Cuenca M, Ramírez G y Vásquez M. La Alimentación de los venezolanos Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2017). En: <https://encovi.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ucv-ucab-usb-encovialimentacion-2017.pdf>. Acceso 04/07/2019.
11. Alianza por la Salud. Defendamos el derecho a la salud en Venezuela. <https://alianzasalud.org/las-mentiras-de-la-jefe-de-la-delegacion-de-venezuela-en-la-71a-asamblea-mundial-de-la-salud/>. Acceso 03/06/2019.
12. CONVITE. Monitoreo del acceso a la salud en Venezuela: Medición del desabastecimiento de medicinas y la situación de las entidades de atención de personas mayores. Boletín 22 de mayo de 2019. <http://conviteac.org.ve/wp-content/uploads/2019/06/Bolet%C3%ADn-22-CONVITE.pdf>. Acceso 01/06/2019
13. Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos. 2005-2014. Instituto Nacional de Estadística. Caracas.
14. Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Vásquez M, Ramírez G. La alimentación y nutrición de los venezolanos. ENCOVI-Encuesta de Condiciones de Vida 2014. Pág 53-68. En Una mirada a la situación social de la población venezolana. Equipo coordinador a Freitez A; González M; Zúñiga G. UCAB; USB; UCV. Caracas, 2014
15. ODS 2016. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015. un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible. Acceso 30/06/2019.
16. Fundación Bengoa- UCAB. Proyecto de Emergencia Social. Informe Técnico. 2018
17. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf. Acceso 15/05/2019.
18. UNICEF. Crecer-embarazo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF Agosto 2014 https://www.unicef.org/ecuador/CARTILLA_1_CRECEER_17-12-2014.pdf. Acceso 01/07/2019.
19. Blac RE, Allen L, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis De

- M. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. 2008; 371 (1):243-260. www.thelancet.com.
20. Landecker H. Food as exposure: Nutritional epigenetics and the new metabolism. *BioSocieties* 2011; 6: 167-194. doi:10.1057/biosoc.2011.1
 21. FAO. El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo. 2017. Fomentando la Resiliencia en Aras de la Paz y la Seguridad Alimentaria. Roma 2017. <http://www.fao.org/3/a-17695s.pdf>. Acceso 20/05/2019).
 22. Caritas de Venezuela. Proyecto Samán. Boletines del monitoreo centinela de los estados Miranda, Vargas y Zulia. 2017
 23. Soto de Sanabria I. La desnutrición en el Hospital de niños. (Comunicación Personal), 2018.
 24. Fundación Bengoa/SVPP. La Fundación para la Alimentación y Nutrición “José María Bengoa” y la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura, en torno a la circunstancia: emergencia humanitaria compleja-EHC que afecta al sector alimentación y nutrición en el país. Comunicado de prensa. <https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2019/emergencia-humanitaria-compleja-ehc.asp>. Acceso 05/07/2019.
 25. Aponte C. Misión Alimentación: De la gran red MERCAL a las bolsas CLAP. Radiografía del fracaso CENDES-UCV. 2018. Transparencia Venezuela. <https://transparencia.org.ve/project/misionalimentacion-la-gran-red-mercal-las-bolsas-clap/> Acceso 28/04/2019.
 26. CENDAS-FVM. Canasta alimentaria familiar. <https://www.finanzasdigital.com/2019/07/cendas-fvm-caf-jun-2019/> Acceso 03/07/2019.
 27. FAO, OPS, WFP y UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago. <https://www.unicef.org/lac/media/4261/file/PDF%20Panorama%20de%20la%20seguridad%20alimentaria%20y%20nutricional%202018.pdf>. Acceso 24/05/2019.
 28. Monckeberg B F. Prevención del daño: impacto económico y social. *Rev Chil Nutr*. 2014; 41(2): 1-15.
 29. La Cumbre de la Nutrición Mundial, Milán, Italia, 2017. <https://scalingupnutrition.org/es/news/cumbre-mundial-de-la-nutricion-2017-de-milan>, Acceso 22/06/2019.

Recibido: 06-07-2019

Aceptado: 10-09-2019

José María Bengoa, el legado en tres de sus obras.

Yaritza Sifontes.¹

La problemática de Venezuela

De su obra **Sanare hace 50 años. Medicina Social en el medio rural venezolano (1992)**, se destaca que:

Para 1980, resaltó:

“El franco descenso de enfermedades como paludismo, Chagas, bocio endémico y difteria, entre otras; la mayoría gracias a los programas de inmunización; la fiebre amarilla se consideró totalmente erradicada”. Cerraba el recuento de esa década con el aparte denominado por el autor “Nostalgia” en el cual retrata una “Venezuela tradicional” con “...un orden modesto de prioridades...sin abismos entre la marginalidad y la opulencia, pero solidaria en sus desdichas, en la que todos empujaban el carro silenciosamente”, y que convivía con una “Venezuela moderna, dinámica, fabulosa en su fuerza renovadora, que progresa a un ritmo sin precedentes...”

En 1992 reseñaba:

“Hoy como consecuencia de la profunda crisis por la cual atraviesa el país, observamos con inquietud que se está estancando, y en muchos casos retrocediendo, en el ritmo de progreso que llevábamos, y vemos con dolor cómo nos acercamos a pasos agigantados a la pérdida de muchos de los beneficios que habíamos conquistado. Así surgen de nuevo en el país endemias como el paludismo y el dengue, que eran tan frecuentes en los años cuarenta y cuya erradicación dio origen a legítimos sentimientos de orgullo por parte de los venezolanos”.

A lo que Bengoa agregó como reflexión: “La fortaleza de un pueblo se mide por el valor que concede a sus problemas, no por el desconocimiento de estos. Cualquiera no se atreve a descubrir sus llagas. Solamente quien posea la virtud de afrontar sus dolencias es capaz de curarse”.

En aquel momento a Bengoa, le llamaba la atención

que “53 años después” las ideas a su entender modestas, de la primera edición aún “pudieran ser de interés”... a la fecha de aquella publicación de 1939 han transcurrido 80 años. Los “problemas sanitarios” que lo impulsaron a “escribir para aclarar lo que acontecía a su alrededor” (circunscrito a la localidad de Sanare, en el estado Lara) siguen siendo objeto de preocupación en la actualidad: “la mortalidad infantil, la tuberculosis..., y otros procesos parasitarios... vinculados a las condiciones de alimentación, vivienda, salarios y educación”, Bengoa justificó su estudio para sugerir soluciones a las autoridades, insistiendo en el “ataque a los problemas sanitarios específicos”.

La pobreza a la que se refiere en su libro **Hambre cuando hay pan para todos (2000)**, la denomina “tropical” (sin frío, pero donde los procesos parasitarios se unen a la patología social) para diferenciarla de la de los países europeos y que responsabiliza de que “el hombre no reaccione con el mismo ímpetu y energía que si tuviera que luchar por la supervivencia”. Allí sin embargo, esta es cuantificada y verbalizada con un texto de René Dumont: “el hombre más pobre del mundo, es una mujer...africana, todos los días ella debe caminar más de dos horas para llegar a su lugar de trabajo. Sobre la cabeza lleva una carga que puede alcanzar los 50 kg con su hijo más pequeño en la espalda y muy a menudo, en el vientre, otro por nacer”.

Acota que de la “pobreza externa” que predomina en América Latina, la familia puede sobreponerse si se acompaña de salud y oportunidades brindadas por las políticas públicas, pero no de la interna (inestabilidad familiar-desesperación que potencia los factores externos).

Cita a Ryszard Kapuscinski, quien refiere que “...antes de aparecer el hambre se dan muchos otros elementos de la miseria: las condiciones infrahumanas de la vivienda; el analfabetismo; las parasitosis; la falta de agua; la falta de luz, la desintegración de la familia, la inactividad forzosa, en fin la desesperanza”.

En su conferencia **Introducción a la nutrición comunitaria** (presentada en el Instituto Nacional de Nutrición, 1999) se referiría a la desnutrición crónica (talla baja) por su importancia como expresión de subdesarrollo biológico y adaptación irreversible en muchos de sus parámetros.

¹ Escuela de Nutrición y Dietética. UCV/Fundación Bengoa
Solicitar copia a Yaritza Sifontes Email: yaritza.sifontesv@gmail.com

Para ilustrar la problemática empleó la siguiente descripción de Rafael Ramos Galván: “un niño de seis años que a primera vista aparenta tener tres a causa de su retraso físico, no es evidentemente, comparable en su conducta, en su psicología y en su capacidad de aprendizaje a un niño normal de seis años, pero tampoco a un niño de tres. Es un ser distinto con sus propias características biológicas y de conducta, difícil de encuadrar estrictamente en una edad cronológica”.

En **Hambre cuando hay pan para todos**, cita a sus colegas Joaquín Cravioto, Joseph y Theodore Gillman y Derrick Brian Jelliffe, añadiría que: de estos niños los “supervivientes de la época... no se hablaba de simple retraso sino de distorsión, perversión, desproporción, desequilibrio, inarmonía, desajuste, etc.

También en su conferencia sobre **Introducción a la nutrición comunitaria** habló de la inseguridad alimentaria familiar (familias obligadas a gastar el 70% de sus ingresos en alimentos) y las causas de déficit calórico: consumo de una o dos comidas diarias, escaso número de alimentos en la mesa familiar, ausencia de grasas o baja densidad energética, destacando que todas podrían estar presentes en una misma familia.

Las respuestas

Ese conjunto de soluciones que recomendarían a las autoridades en la publicación **Sanare hace 50 años. Medicina Social en el medio rural venezolano**, constituían su definición de las “responsabilidades sociales del médico rural” y que según sus palabras adquirió como cuerpo de conocimiento en la “Universidad de Sanare”, experticia que aplicaría años después durante su paso por la Organización Mundial de la Salud.

Describió su proceder en el medio rural como una “estrategia de masas” basada en tres acciones específicas: definición e identificación de los problemas claves (parasitosis, diarreas e infecciosos respiratorios) y utilización de todos los recursos de la comunidad, más amigo que médico de los enfermos y educación a los curanderos y comadronas.

En este escrito se refirió a la lucha contra la pobreza para mejorar el nivel de vida, opinando que: “ninguna medida podía superar a la de la buena organización de los servicios de salud, educación, vivienda y aseo urbano”..., pero que también se podía enfrentar cuando ... “encontramos abierta la mano cálida, del médico y la enfermera..., oímos la voz del maestro,

dando el ejemplo del vivir decente..., vivir sin incertidumbre ante la vejez..., mis hermanos de nación y del mundo se solidarizan conmigo en mis angustias y dolores...”

Ante las escasas posibilidades para una generación marcada por el retardo del crecimiento propondría en su conferencia de **Introducción a la nutrición comunitaria** (1999): “volver a empezar desde la concepción, considerando los exámenes periódicos de la embarazada, la lactancia materna, las inmunizaciones y control a tiempo de las infecciones tanto como la adopción de buenos hábitos de consumo”.

En los años treinta cuando existían menos avances y recursos, los niños desnutridos “recibían diariamente tres comidas (8 am a 4 pm), a base de leche, huevos, frutas, etc. y tres o cuatro meses después cuando se recuperaban y sonreían eran dados de alta, pero seguían siendo supervisados en sus casas, eran los tiempos de los Centro de Recuperación Nutricional, modalidad exportada luego a otras naciones.

Contra la inseguridad alimentaria propondría atención y vigilancia directa a las familias acompañada de educación nutricional. En general un programa de nutrición comunitaria desde su perspectiva debería contemplar entre otras acciones: aquellas de tipo específicas (nutrición de la embarazada, lactancia materna, vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo, atención de la desnutrición, rehidratación oral, suplementación con alimentos o nutrientes, vigilancia de comedores, educación nutricional); de apoyo a la salud pública (inmunizaciones, desparasitación, saneamiento ambiental y educación sanitaria); complementarias de cooperación (huertos familiares y escolares, clubes de grupos específicos (madres, adolescentes), articulación con organizaciones comunitarias.

En **Hambre cuando hay pan para todos** “enfatisa que la resolución de la problemática de los sobrevivientes seriamente afectados ha de ocurrir en simultáneo con el mejoramiento real y duradero de los factores condicionantes... los casos de malnutrición graves y de carencias específicas podrían reducirse salvo en casos de catástrofes naturales o desastres sociales”.

En esta publicación presenta la cita de Robert Strange McNamara: Si bien la pobreza causa malnutrición y esta última no puede esperar que se resuelva la primera...reduciendo la malnutrición se puede contribuir a disminuir la pobreza al acelerar el desarrollo económico.

Otra premisa clave es que “una acción conjunta que combata simultáneamente las infecciones y la desnutrición tendrá mayores probabilidades de éxito...”

La trascendencia

Venezolano por naturalización, cuyos pasos lo llevaron a transitar la Sección de Nutrición del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Nacional de Pro Alimentación Popular, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Grupo de Trabajo en Nutrición del CONICIT, el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Fue responsable de la co-fundación del Instituto Nacional de Nutrición, la Escuela de Nutricionistas y Dietistas y la Revista Archivos Venezolanos de Nutrición (actualmente Archivos Latinoamericanos de Nutrición).

Escribía Nevin Scrimshaw (Director fundador del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Asesor Regional de Nutrición de la OPS y de la Oficina Regional de las Américas de la OMS) en el prólogo del libro **Hambre cuando hay pan para todos** (2000), en referencia a JM Bengoa “la conciencia global de la nutrición comunitaria”, aprendí en Caracas (1953), mi primer encuentro con él y no lo olvidaré nunca, el papel de la desigualdad social como causa multifactorial de la desnutrición en América Latina... al volver al INCAP incluí los factores sociales como responsables de la malnutrición...

La reunión sobre Metas y Guías de Alimentación coordinada por el Dr. Bengoa sirvió para que se aplicara el criterio de metas nutricionales en la familia por primera vez, lo cual fue adoptado por los países latinoamericanos debido a su importancia para la educación nutricional

...Durante los once años que estuvo en la Jefatura de la Unidad de Nutrición de la OMS fue una especie de conciencia social de la nutrición mundial...

José María Bengoa criticaba la cotidianidad porque podía cegar, al respecto expresaba “para saber ver lo actual es necesario no haberlo visto antes”, también por eso escribía con descansos que evitaran “toda impresión momentánea y fugaz”.

Las ideas de Gregorio Marañón para quien el saber no significaba la posesión de conocer las cosas inmensamente desconocidas en su profundidad, sino más bien el deseo de querer saberlas, orientaron su lema de trabajo: Inquietud...de lucha, de saber y de servir.

Consciente de los avances para ese momento y de los próximos retos cerró con una frase de Michael Crawford y David E. L. Marsh : “el hombre es el único ser capaz de mirar hacia atrás para ver lo que le ha formado y de mirar hacia adelante para considerar lo que implica para su futuro conocimiento.”

Referencias

- Bengoa JM. Sanare hace 50 años. Medicina en el medio rural venezolano. Colección temas y autores sanareños. Ediciones CAVENDES. Caracas. 1992. 278 páginas.
- Bengoa JM. Introducción a la nutrición comunitaria. En memorias I Jornadas Nacionales de Nutrición Comunitaria. Instituto Nacional de Nutrición. Caracas 16 y 17 de Noviembre de 1999. Documento mimeografiado. Páginas. 23-31.
- Bengoa JM Hambre cuando hay pan para todos. Fundación CAVENDES. Editorial Ex Libris. Caracas. 2000. 250 páginas.

La estructura socioeconómica como ventana de riesgo en la población venezolana.

Hernán Méndez Castellano.¹

FUNDACREDESA

En 1976 por decreto presidencial N° 1671 se crea Fundacredeesa, así se consolida el sueño de un grupo de venezolanos quienes con el Dr. Hernán Méndez Castellano hizo posible la consolidación de este sueño. A esta institución se le asigna la misión de investigar y estudiar los cambios que se producen en la sociedad venezolana ante la influencia de factores de tipo cultural ambiental y socio económico. Se partió de la hipótesis que el medio ambiente era un factor determinante en el desarrollo y crecimiento del niño y en el modelaje de los individuos. Por lo tanto, se consideró fundamental introducir en la investigación un método de estratificación social que nos aproximara a la realidad social de las familias venezolana, porque sus características y su medio socioeconómico y físico ambiental inciden en su crecimiento y desarrollo biológico y en la formación de la personalidad del hombre. Es en su ámbito donde se transmite los valores morales, culturales y espirituales, las costumbres y tradiciones propias de cada sociedad y los hábitos básicos para la vida y se adquieren los fundamentos para su futura integración social.

La posibilidad de desarrollo de un país se mide por la fuerza motora de la misma que es la clase media, es justamente la que imparte fuerza a la economía pues en ella se concentra la fuerza creativa del trabajo, es la clase emprendedora de nuevas empresas, negocios, etc. Si consideramos las posibilidades de desarrollo por este indicador, nuestro país necesita una gran inversión social, en capital humano que establezca prioridad en educación, salud, vivienda y capital de trabajo para disminuir la brecha que nos separa. Es fundamental la inversión en educación, porque, sin educación, se tiene una sociedad y un hombre que reaccionan, con educación, una sociedad y un hombre que reflexionan.

El fracaso de los modelos que enfatizan el crecimiento económico es palpable. La pobreza constituye, por

lo tanto, más que una situación de marginalidad con respecto al consumo y a la producción, un límite a la propia vida.

Es indudable que en nuestros países el reto es diseñar una estrategia de desarrollo en armonía con la naturaleza y con las necesidades de las futuras generaciones. En este sentido debe prestarse especial atención al nexo entre pobreza, población y tensión ambiental en los países en desarrollo “Digo lo que digo por que conozco a mi gente”

Ser social y cantos de sirenas.

“Los cantos de sirena en la sociedad actual, son los intereses exclusivamente materiales, el dinero como único objetivo. Estamos de nuevo, admirando al becerro de oro. La crisis para mi es esa. No es que hay varias crisis. No. Para el no hay más que una sola crisis: la moral, de donde parten la económica, la social, la política”. Que no hay que olvidar que el estómago ha sido en la historia universal la causa de todas las revoluciones. Que hay 8 millones de compatriotas en estado de pobreza absoluta y que no puede haber ninguna fórmula de desarrollo que no los tome en cuenta.

“Pero si, si soy un gran optimista, porque el haber descubierto las realidades me ha puesto en evidencia las posibilidades”.

Cuando se cree en el mañana.

“Escogí la Pediatría porque creo en el mañana. Como decía mi maestro Pastor Oropeza, el pediatra es un jardinero que no sólo cuida el organismo del niño sino, también, de su personalidad y la de su familia. No hay problemas del niño sino de la familia. No hay niños abandonados, desnutridos o delincuentes, sino familias abandonadas, desnutridas y donde la cuota de responsabilidad social es muy menguada, que viven en un verdadero laberinto de podredumbre. Ante eso demasiado bueno resulta la esencia de nuestra gente.

“Por eso creo que hay una reserva enorme en Venezuela. En nuestros estudios, hemos determinado que más de 33 por ciento de los jóvenes han querido participar y no los han dejado. Hay otro pilar que es la mujer. Se ha dado un desarrollo en la personalidad de la mujer venezolana

¹ Se publica esta entrevista al Maestro Dr. Hernán Méndez Castellano (1915-2003) en EL GLOBO Caracas, viernes 6 de mayo de 1995. La actualidad de sus conceptos y visión de país nos convoca a la reflexión.

que no veo en otra parte. Está en un plan de ascenso incontenible y uno de los indicadores de la realidad social es averiguar como está la mujer. El riesgo es que en ese desarrollo se olvide de que es mujer. La mujer no puede desvincularse de su condición de mujer”.

En Venezuela, ¿cuál es el horizonte inmediato?

Soy un gran optimista. Creo en una Venezuela Positiva

Desarrollo social

Si los programas de desarrollo social no van

acompañados de un intensísimo proyecto educativo no deberían existir. No hay desarrollo sin educación. Aquí se rechazaba la dadiva y si ya no es así. Y si ahora ya no es así, todos hemos sido culpables, porque, con la muerte de Gómez, nos dimos de inmediato a la tarea de enseñar cuales eran los derechos, pero nadie dijo cuáles eran los deberes. De allí parte todo. Esa debe ser la labor educativa esencial.

Si creo en la superación de los problemas. Este es un pueblo inteligente que capitaliza todo de una manera rápida y al que debe volver la idea de que lo que gana sea producto del trabajo y no del regalo.

FUNDACIÓN BENGEOA INFORMA

XVIII Congreso Latinoamericano de Nutrición: Alimentación Saludable para un Planeta Sostenible. Del 11 al 15 de noviembre, 2018 en Guadalajara, Jalisco, México

Los investigadores de la Fundación Bengoa participaron en dos mesas temáticas:

1. *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida de los Venezolanos (ENCOVI): Lecciones aprendidas.*

Moderada Anabel Bonvecchio/ Virginia Tijerina.
Ponentes: Marianella Herrera Cuenca, Maritza Landaeta-Jiménez. Comentarios: Abelardo Ávila Curiel.

Venezuela atraviesa la peor crisis de su historia, quinto año consecutivo de caída de la producción con una contracción de 5,5% del PIB y un impacto muy fuerte en lo económico, político, social y en las condiciones de vida de la población. Agonizan las instituciones de salud, las de educación en todos los niveles y los servicios con un efecto devastador sobre la población que en muchedumbres huyen despavoridos hacia las fronteras sin garantías de nada. La Encuesta Nacional de condiciones de Vida (ENCOVI), que realizan las Universidades Católica Andrés Bello, Simón Bolívar, Central de Venezuela y la Fundación Bengoa desde 2014, desde su primera edición, es una alternativa académica ante la ausencia de datos oficiales, para una evaluación anual de las condiciones de vida de los venezolanos. Es una encuesta de hogares, con muestreo aleatorio, polietápico, en ciudades grandes, medianas, pequeñas y caseríos, de acuerdo con las regiones geográficas, lo cual garantiza la diversidad existente en los diferentes escenarios. Su objetivo es producir información relevante y actual que permita conocer el impacto de la crisis económica, política y social en las condiciones de vida de la población venezolana e identificar los principales problemas que vulneran sus derechos esenciales.

En este cuatrienio la pobreza de ingreso pasó de 48,4% a 87% y la pobreza extrema de 23,6% a 61,2%. La matrícula escolar se redujo y el 40% de los alumnos en el estrato más pobre no asistió con regularidad, principalmente por la falta de comida en el hogar o en el centro educativo, y por fallas en el servicio de agua. El único sustento

de alimentos en 42% de los hogares es la que vende el gobierno a precios subsidiados (CLAP). El 80% de los hogares presenta inseguridad alimentaria. Se observó una tendencia regresiva en el consumo de alimentos, la inflación redujo el acceso en cantidad y calidad, de carnes, lácteos, huevos, leguminosas y frutas y 30% de la intención de compra se concentró en cereales (harina de maíz, arroz, pan y pasta).

Debido a la dificultad en el acceso, las familias sustituyen alimentos de su dieta tradicional por otros de menor calidad nutricional y reducen tanto el tamaño de la ración como el número de alimentos que compran; por ejemplo, carnes, pollos, pescados y quesos, casi no se consumen debido a que los precios son inalcanzables. En la mesa se sirve un plato anémico, sin proteína animal, sin carbohidratos, sin la alegría ni el colorido de las hortalizas y frutas y sin la presencia de nuestra arepa tradicional. En la elección inteligente de muchas madres, se impone el ahorro energético, que proveen los cereales, tubérculos y grasas (fuentes de energía más económica), para aminorar las deficiencias de la alimentación en un país sumido en hiperinflación. Sólo 10% de los hogares puede adquirir la cesta básica y en el último cuatrienio, se redujo el porcentaje de hogares que pueden comprar casi todos los rubros, con excepción de las hortalizas y tubérculos, que la mayoría de los hogares incluyen en la lista semanal. El colapso de la red pública de la venta de alimentos a precios regulados ha desviado el acceso alimentario al sector informal (bachaqueros) con precios muy altos, imposible de alcanzar por los hogares pobres.

El porcentaje de personas que ingiere dos o menos comidas al día se incrementó de 11,3% a 27,1% entre 2014 y 2017 y, la población expuesta aumentó de 3,6 a 8,1 millones de personas, 76% de los encuestados en el último año perdió en promedio 11 kg y tres millones y medio de personas se encontraron en situación de hambre. Estas condiciones se están agravando en la medida que la hiperinflación no se enfrenta con decisión y competencia

En estos veinte años se ha producido la mayor privatización del financiamiento de la salud en América en el siglo XXI, aumentó el desempleo abierto, de 7% en 2016 a 9% en 2017, combinado con solo 40% de empleos fijos, y con reducción de la cobertura de casi todas las prestaciones so-

ciales. En 2017 el 68% de la población no tenía seguros de salud, ni público, ni privado. Sólo 20% de las mujeres embarazadas en el estrato más pobre acudía al control prenatal en el primer mes, mientras que, en el estrato de mayores recursos era casi 75%.

La compleja situación en Venezuela se ha convertido en el reto más difícil de superar en la historia geopolítica, económica, de salud, asistencial y de alimentación y nutrición desde sus inicios como nación. Los efectos del empobrecimiento general de la población, en el marco de una economía hiperinflacionaria y del no reconocimiento por parte del gobierno del deterioro en la calidad de vida de sus habitantes, se han hecho visibles a través de indicadores como la tasa de mortalidad materna que se incrementó (72 a 127/ 100.000nvr) y la mortalidad infantil (15,4 a 18,6/1000nvr) entre 2014 y 2016 y el recrudecimiento de enfermedades erradicadas, en las cuales Venezuela fue líder del proceso y el retorno de la desnutrición en diferentes grupos. Además, el silencio epidemiológico establecido por las autoridades sanitarias venezolanas se ha convertido en un obstáculo para establecer diagnósticos y determinar las acciones públicas derivadas de los mismos.

El deterioro expresado por ENCOVI 2017, en alimentación y salud es una muestra del riesgo sanitario presente en los ciudadanos venezolanos. La instalación lenta de la crisis y su gerencia errada desde el comienzo, constituyeron un obstáculo para que la comunidad internacional y particularmente la regional, asumieran el riesgo de la implementación de políticas públicas, que en un inicio, parecían dedicadas a favorecer los intereses de los más necesitados, sin embargo, el tiempo ha demostrado la inadecuación de dichas políticas y además el término de una era basada en una economía ficticia y llena de controles que permite la corrupción y aleja el verdadero camino de la recuperación. En presencia de estas dificultades socioeconómicas y de violencia política, los venezolanos han optado por el movimiento migratorio más grande del hemisferio, comparable con el de Siria. Ante este hecho, los países vecinos, quienes también tienen sus propios problemas y sin tradición de recepción de migrantes, han tenido que hacer frente a esta oleada migratoria. América Latina, es un continente de riesgo social y económico, pues desde sus inicios, las características que lo acompañan son particulares

tanto en el origen de la pobreza, como en el abordaje para la resolución de esta. Venezuela, es la expresión extrema de esa problemática y el caso inédito venezolano, debe servir para poner fin a las dificultades y buscar caminos adecuados para la resolución de los problemas generados por las peores políticas públicas en la historia del país.

2. *¿Qué hacer en nuestros países en los primeros mil días de vida?*

Moderadora: Marianella Herrera Cuenca. Ponentes: Pablo Durán, Mercedes López-Blanco y Francisco Mardones.

La evidencia y el conocimiento acerca de la relación entre condiciones tempranas y su participación en el desarrollo de condiciones de salud y enfermedad en la edad adulta se ha consolidado, tanto en los resultados como en los mecanismos involucrados.

Los modelos explicativos se han complejizado y ampliado la luz acerca de los eventos involucrados. Asumimos que los modelos son formas de representación, tanto de porciones o recortes del mundo como de teorías y leyes. Desde la perspectiva del proceso involucrado los modelos pueden describir una situación dada, esa parte del mundo al que se hacía referencia previamente, a predecir resultados a partir de ciertos elementos conocidos o bien a postular como debería ser determinado fenómeno, igualmente a partir de datos o conocimientos previos. Los últimos, por orientarse a presentar como debería ser determinado proceso o resultado, presentan un carácter predictivo. Al tiempo que la evidencia se va ampliando, se hace necesario avanzar en la adopción de estos conceptos al momento de la formulación e implementación de políticas públicas. Las importantes desigualdades observadas en el mundo y en la región de las Américas ponen de manifiesto la importancia de abordar estos aspectos a edades tempranas. A pesar del amplio desarrollo de los conocimientos, continúa siendo un gran desafío incorporar estos conceptos en la formulación de políticas de salud. Se presentarán ejemplos y modelos de abordaje, así como los desafíos en términos de la Agenda 2030 en relación con los conceptos relativos al origen del desarrollo de las condiciones de salud y enfermedad en la edad adulta, con énfasis en la perspectiva de curso de vida y equidad.

Los primeros 1000 días de vida, son determinantes de la salud a lo largo del Curso Vital, paradigma basado en modelos epidemiológicos que incorporan la epigenética y la transición alimentaria y nutricional (TAN) producto en los diferentes países, de una urbanización rápida y anárquica y a la inserción de la mujer al mercado laboral-la cual fue precedida por cambios epidemiológicos: enfermedades del corazón en el primer lugar de mortalidad. La TAN acelerada de países en vías de desarrollo, como son la mayoría de los países de la región, ha producido una superposición de problemas de déficit y de exceso nutricional conocida como “la doble carga nutricional”.

En Venezuela, los indicadores demográficos más relevantes son: el embarazo adolescente cuya tasa es de las más altas de la región, solo superada por Nicaragua y corresponde en 95% de casos a jóvenes de estratos bajos, el peso bajo al nacer que se mantiene alto, el aumento drástico reciente de las mortalidades materna e infantil, en especial la neonatal.

En todos los escenarios el comienzo de la vida se acompaña al menos en teoría de la lactancia materna, cuya promoción es fundamental para el buen desarrollo de un nuevo ser, su presencia influye como factor protector en salud de los lactantes y es uno de los determinantes del estado nutricional de los mismos.

En esta mesa temática se propone colocar sobre la misma, diferentes aspectos del comienzo de la vida que resultan importantes de tomar en consideración para la elaboración de políticas públicas en la región.

Será discutido en detalle la importancia de los modelos establecidos en la comprensión del desarrollo y origen temprano de la salud y enfermedad y la posibilidad de traducirlos en acciones específicas para la solución de los problemas públicos, así como también los diagnósticos esenciales para llevar a cabo dichas acciones. El caso venezolano, inédito en la historia de las emergencias humanitarias, será descrito para entender cómo afectan

las condiciones adversas el comienzo de la vida y las propuestas asociadas para mitigar los daños. Se realizará un énfasis en la lactancia materna y origen temprano de las enfermedades crónicas.

Continúa el proyecto “Comunicar para el desarrollo: una propuesta de divulgación radiofónica en la lucha contra el hambre y la malnutrición en Nicaragua”. Municipio de Somotillo, Departamento de Chinandega. La Universidad de Alicante, la Asociación Fontilles, la Fundación Bengoa y la Universidad Nacional Autónoma de Managua, han venido ejecutando (2017-2018) este proyecto con el objetivo de contribuir a reducir el hambre y la desnutrición y mejorar la alimentación y el estado nutricional de la población del municipio nicaragüense de Somotillo, a través de estrategias educativas difundidas por el medio radiofónico. Se ejecutó el programa “Por una mejor nutrición” en la radio (1junio al 29 de julio, 2018) y se abordaron cuatro temas: conocimientos sobre alimentación saludable, higiene alimentaria, enfermedades asociadas a la malnutrición y alimentación del escolar y se acompañaron de tres cápsulas informativas cada uno más una sesión de respuesta a los oyentes (maestros y niños escolares). Además, se planificó una evaluación cualitativa de grupos con maestros y escolares y se aplicó un cuestionario de 5 preguntas pre y post intervención. El programa benefició a 2.349 estudiantes y familias. Esta experiencia puede mejorar el empoderamiento de las familias y la comunidad frente a los problemas de alimentación y prácticas higiénicas peligrosas existentes.

Guía nutricional “Come sano y sabroso a bajo costo”. Continúa su difusión como parte de la campaña “Juntos contra la malnutrición” en alianza con Farmacia SAAS, en formato digital la cual brinda consejos útiles para aprovechar al máximo los alimentos. La difusión de estos contenidos contribuye con las posibilidades de las familias para el mantenimiento de una alimentación equilibrada y variada en momentos de ajustes económicos. La guía nutricional “Come sano y sabroso a bajo costo” así como las demás guías, pueden descargarse en formato PDF en las páginas web de Farmacia SAAS (www.farmacia-saas.com) y de la Fundación Bengoa (www.fundacionbengoa.org).

ANALES VENEZOLANOS DE NUTRICIÓN
Índice de autores 2018

C

Carrillo-López Pedro José. Véase Gil-Madrona Pedro. 2018; 31(2): 48-54.

G

García Cantó Eliseo. Véase Gil-Madrona Pedro. 2018; 31(2):48-54.

Gil-Madrona Pedro. Relación entre el índice de masa corporal, sexo y número de hermanos en escolares. 2018; 31(2):48-54.

H

Hernández Pablo. Véase Claret Mata. 2018; 31(1): 4-12.

Herrera-Cuenca Marianella. Véase Claret Mata. 2018; 31(1): 4-12.

Herrera Cuenca Marianella. Véase Landaeta-Jiménez Maritza. 2018; 31(1): 13-26.

Herrera Cuenca Marianella. Véase Landaeta-Jiménez Maritza. 2018; 31(2): 66-77.

Herrera Hernández Marianella. Amenazas al bienestar de la infancia venezolana: Un reto para el pediatra ante una emergencia humanitaria compleja. 2018; 31(2): 55-65.

L

Landaeta-Jiménez Maritza. La vulnerabilidad nutricional en la Venezuela del siglo XXI. 2018; 31(1): 3

Landaeta-Jiménez Maritza. Las precarias condiciones de alimentación de los venezolanos. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017. 2018; 31(1): 13-26.

Landaeta-Jiménez Maritza. Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. 2018; 31(2): 66-77.

López de Blanco Mercedes. Variabilidad del crecimiento y la maduración física en Venezuela entre 1939 y 2016. 2018; 31(1): 27-36.

López de Blanco Mercedes. Iniciativas de los primeros mil días en Venezuela. 2018; 31(2):47.

M

Mata Claret. Estudio piloto del programa internacional de balance energético para niños en una escuela de Caracas. 2018; 31(1): 4-12.

P

Pérez Soto Juan José. Véase Gil-Madrona Pedro. 2018; 31(2):48-54.

R

Ramírez Guillermo. Véase Landaeta-Jiménez Maritza. 2018; 31(1): 13-26.

Rosa Guillamón Andrés. Véase Gil-Madrona Pedro. 2018; 31(2):48-54.

S

Sifontes Yaritza. Véase Landaeta-Jiménez Maritza. 2018; 31(2): 66-77.

Sifontes Yaritza. José María Bengoa, el legado en tres de sus obras. 2018; 31(2): 78-80.

V

Vásquez Maura. Véase Landaeta-Jiménez Maritza. 2018; 31(1): 13-26.

ANALES VENEZOLANOS DE NUTRICIÓN
Índice de descriptores

A

Actividad física. 2018; 31(1): 4-12.
Adolescentes. 2018; 31(2): 55-65.
Alimentación. 2018; 31(1): 13-26
Amenazas. 2018; 31(2): 55-65.
Auxología epidemiológica. 2018; 31(1): 27-36

B

Bienestar infantil. 2018; 31(2):55-65.

C

Conocimiento nutricional. 2018; 31(1): 4-12.
Crecimiento. 2018; 31(1): 27-36.

D

Derechos de los niños. 2018; 31(2): 55-65.

E

EB4K. 2018; 31(1): 4-12.
Educación alimentaria y nutricional. 2018; 31(1): 4-12.
Emergencia humanitaria compleja. 2018; 31(2): 55-65.
Encuesta nacional de condiciones de vida. 2018; 31(1): 13-26.
Estado nutricional. 2018; 31(1): 4-12.

H

Hambre. 2018; 31(1): 13-26.
Hambre oculta. 2018; 31(2): 66-77.
Hermanos. 2018; 31(2): 48-54.

I

Infancia. 2018; 31(2): 55-65.
Inseguridad alimentaria. 2018; 31(1): 13-26.
Inseguridad alimentaria. 2018; 31(2): 66-77.

M

Maduración física. 2018; 31(1): 27-36.
Malnutrición. 2018; 31(2): 66-77.

N

Nacimiento. 2018; 31(2): 48-54.

O

Obesidad. 2018; 31(2): 48-54.

P

Pediatra. 2018; 31(2): 55-65.

S

Sobrepeso. 2018; 31(2): 48-54.

T

Tendencia secular. 2018; 31(1): 27-36.

V

Variabilidad genético-ambiental 2018; 31(1): 27-36.
Venezuela. 2018; 31(1): 4-12.
Venezuela. 2018; 31(1): 13-26.
Venezuela. 2018; 31(1): 27-36.
Venezuela. 2018; 31(2): 66-77.

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 experticia 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 la conclusión más importante del 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.