

Alimentación y nutrición en la Venezuela de 2000

Maritza Landaeta-Jiménez

La situación socioeconómica del país ha desbordado la atención que brindan nuestras instituciones de salud, y es indudable que la desnutrición y el incremento de las carencias nutricionales se concentran o van estrechamente ligadas a la pobreza. Esa situación hace más difícil el abordaje del problema, pues se topa con características propias de la pobreza estructural que son obstáculos para la atención de estos grupos.

Aún cuando, el deterioro social y humano que observamos, nos hace pensar que el problema es cada vez peor, algunos de nuestros indicadores no lo reflejan. Situación que puede prestarse a múltiples interpretaciones, pero son las estadísticas con que cuenta el país. En este sentido, se han seleccionado algunos indicadores que nos aproximan a la situación alimentaria y nutricional en el ámbito social del año 2000.

Situación demográfica y socioeconómica

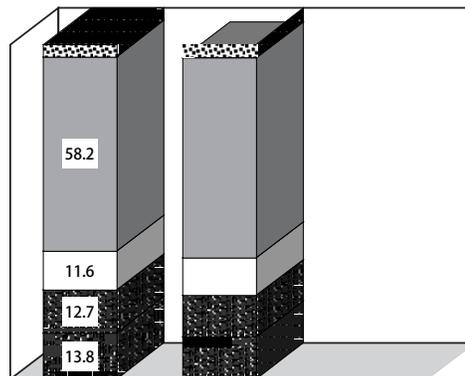
Las mujeres venezolanas en 1960 tenían en promedio 6,6 hijos, treinta años después, este promedio cayó a la mitad 3,3 hijos. La disminución de la fecundidad se dio de manera desigual, en promedio, la mujer del medio rural y del estrato más bajo tiene 6 hijos, mientras que la mujer del estrato más alto y del medio urbano tiene 3 hijos.^(1,2)

La distribución espacial de la población cambió rápidamente, en medio siglo, el país se transformó de eminentemente rural a un país urbano. Para el 2000, la población se estima en 21.055.245 habitantes, en las zonas urbanas 18.656.045 millones (87,2%) y en las zonas rurales 3.114.499 (12,8%). Esto quiere decir, que en Venezuela cuatro de cada cinco personas viven en zonas urbanas.^(1,2)

La urbanización acelerada, se acompañó de la formación de cinturones de miseria, en donde se concentran grandes grupos humanos que migran tanto del país como de países vecinos, en búsqueda de fuentes de trabajo y mejores condiciones de vida. Este fenómeno, trae como consecuencia graves problemas urbanísticos, sanitarios, sociales y de salud, así como también cambios importantes en los hábitos y estilos de vida.

Venezuela es un país joven, aún cuando se perfila un cambio en la pirámide de la población. La proporción de población joven de 0-14 años, disminuyó de 42% a 38,2% entre 1950- 1990 y se estima que en el año 2000 llegará a 34,4%. El grupo de 65 años y más, se incrementó de 2,6% a 4,4% y en el 2000 la población de adultos mayores supera el millón de habitantes.^(1,2) (Figura 1).

Por otra parte, la población económicamente activa pasó de 52% a 61,5% en las tres últimas décadas y la edad promedio de la población



Oficina Central de Estadísticas e Informática,
OCEI. Estimaciones y Proyecciones de Población 1994

venezolana se incrementó de 19,1 a 21,1 años. La esperanza de vida al nacer es de 72,57 años para 1998. En el eje Orinoco Apure es de 66,89, en el eje Occidental 69,46 y el valor más alto en el eje Central 72,44 años⁽¹⁾

El empobrecimiento de la población es uno de los problemas más difíciles que enfrenta nuestro país, ubicándose en 1998, la población venezolana en pobreza, con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en 11.401.853 habitantes (49%) y en pobreza extrema 4.995.141 habitantes (22%). Las entidades federales con mayor proporción de personas en situación de pobreza extrema fueron Apure, Delta Amacuro, Amazonas, Portuguesa y Sucre.

Con el método Graffar Méndez⁽⁴⁾, la población en pobreza extrema (ESV) es 42%, la pobreza relativa (ES IV) de 40%. Las entidades federales con mayor pobreza fueron: Delta Amacuro, Amazonas, Sucre, Apure, Portuguesa, Barinas.

Fundacredesa. División de Investigaciones Biológicas.

Parte de la Conferencia presentada en XXXV Jornadas Nacionales de Pediatría "Dra. Isabel Delgado". Simposio Satélite: Una nueva estrategia complementaria para ayudar a combatir la deficiencia de micronutrientes. Maracaibo 15 de Septiembre de 2000.

Solicitar copia a: Maritza Landaeta Jiménez. Fundacredesa.

E-mail: maritzal@telcel.net.ve

Cuadro 2.
Anemia y deficiencia de hierro. Estudio condiciones de vida.
Area metropolitana de Caracas. 1997-1999

Edad (años)	Anemia			Deficiencia de Hierro		
	1997%	1998%	1999%	1997%	1998%	1999%
0-1	52	63	44	47	65	68
2-4	12	19	10	29	45	45
7	11	8	11	11	8	21
9	-	3	7	-	6	13
11	23	25	20	7	6	8
13	-	19	10	-	8	16
15	10	20	19	20	15	20
Total	26	20	16	27	15	24

Estudio Condiciones de Vida 1997-1999. Area Metropolitana de Caracas. Departamento de Bioquímica. FundacredeSA-IVIC.

La población en pobreza total es de 69% según la Línea de Pobreza 1997 se incrementó y en pobreza extrema de 40% ⁽¹⁾. A la profunda crisis económica del país en los últimos años y a la intensa migración de los países cercanos, se le atribuye la acentuación de los cinturones de miseria en las grandes ciudades. En la última década, el porcentaje de pobres creció progresivamente, la pobreza se hizo más intensa, el pobre promedio se hizo más pobre y la severidad de la pobreza aumentó en forma sostenida, es decir, se hizo más crítica ⁽⁵⁾.

El costo de la Canasta Normativa Concertada de Alimentos (CAN) ⁽⁶⁾ ha tenido un incremento sostenido, sin embargo, en el segundo trimestre de 2000 fue de (Bs. 115.328), inferior al salario mínimo (Bs. 144.000). Según FundacredeSA ⁽⁷⁾ el gasto en alimentación en una familia de cinco miembros para no desnutrirse, a precios de mercado libre, se incrementó desde Bs. 41.015 en 1995 hasta Bs. 170.761 en el primer trimestre de 2000. **(Cuadro 1)**

Morbilidad y Mortalidad

En la década de los noventa parece haberse estabilizado la tendencia a la reducción en la tasa de mortalidad infantil, para 1998 la tasa es de 20,4 por 1000 nacidos vivos, es decir murieron 11069 niños (922 mensuales, 31 niños diarios). Esta tasa es más alta que las de Cuba ⁽⁸⁾, Costa Rica ⁽¹³⁾ y Chile ⁽¹¹⁾ por

1000 nacidos vivos. ^(8,9) **(Figura 2)**

Las principales causas de muertes en los niños son anomalías congénitas, enteritis y diarreas y neumonías. En los escolares la primera causa de muerte fueron accidentes, seguidos por tumores malignos y anomalías congénitas ⁽¹⁰⁾. La mortalidad materna para 1997 fue de 0,6 por 1000 nacidos vivos, tres veces mayor que la de Cuba, Costa Rica y Chile.

La tasa de mortalidad general descendió desde 5,5/1000 habitantes en la década de los 70 a 4,5/1000 habitantes en 1996. Entre las principales causas de muerte están enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, suicidios y homicidios, diabetes y en los niños, anomalías congénitas, enteritis y diarreas y neumonías. Las enfermedades del corazón son la primera causa de muerte en el país, con una tasa para 1998 de 106,5/100 000 habitantes. Todos los días mueren 63 venezolanos por problemas cardiovasculares, diabetes e hipertensión arterial.

Un estudio en Caracas reveló la brecha en la esperanza de vida al nacer por estrato: 64 años en el estrato más bajo (V), 68 años estrato IV, 70 años estrato III, y 74 años en los estratos altos I+II ⁽¹¹⁾.

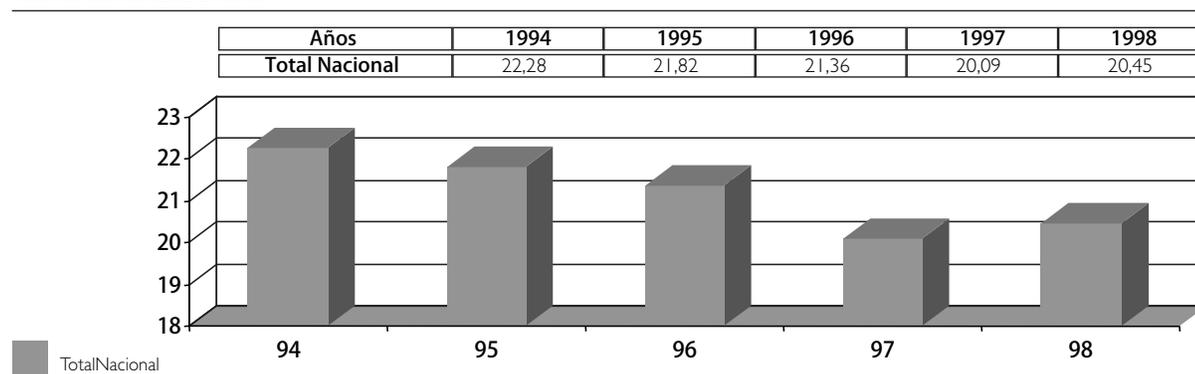
Disponibilidad de alimentos

Las necesidades alimentarias de la población se han incrementado como consecuencia del fenómeno demográfico. La mayor demanda de alimentos se concentra en las zonas urbanas donde reside 87% de la población.

Reflejo de la agudización de la crisis socioeconómica del país, se mantiene el ritmo de decrecimiento en la disponibilidad de calorías. Para 1997, según las Hojas de Balance de Alimentos ⁽¹²⁾ la adecuación de la disponibilidad de alimento es superior al 110% en hierro, retinol, niacina y vitamina C, entre 100-110% en proteínas y tiamina y menor al 100% en calorías, calcio y riboflavina. La satisfacción de las necesidades energéticas se ha reducido en los últimos años. **(Figura 3)**

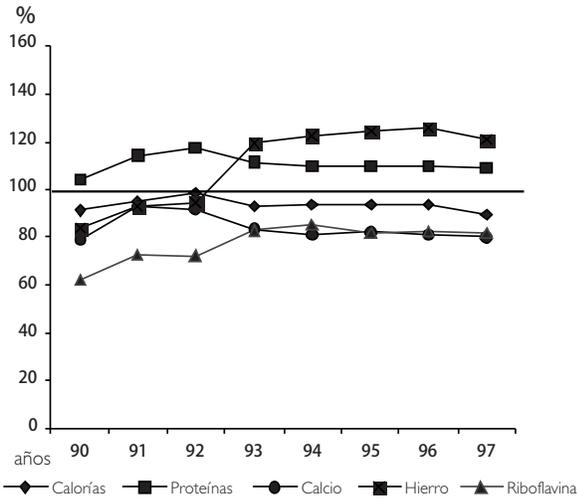
Según la Hoja de Balance, el porcentaje de calorías proveniente de las proteínas se mantiene entre 10 y 11%, grasas entre 25% y 27% y carbohidratos 61% y 63%, y se ajusta a las Metas Nutricionales para Venezuela ⁽¹³⁾.

Figura 2.
Tasa de mortalidad infantil



Fuente: MSDS. Dirección Gral de Epidemiología y Análisis Estratégico. Dirección de Información Social y Estadísticas. 1999

Figura 3.
Adecuación de la disponibilidad: calorías, proteínas, Calcio y Hierro en Venezuela (1990 - 1997)



Fuente: Hojas de Balance de Alimentos. INN ULA 1999

La disponibilidad energética se concentra en más del 75% en cuatro grupos de alimentos, cereales, azúcares, grasas visibles, leche y derivados. La disponibilidad de proteínas se concentra en más del 75% en cereales, carnes, leche y derivados y la disponibilidad de lípidos en más del 82% en el aporte de tres grupos: grasas visibles, leche y derivados y carnes.

La disponibilidad de calcio en más del 75% depende básicamente de: leche y derivados, cereales y frutas. En el patrón de hierro más del 67% de su disponibilidad por persona día, se concentra en cuatro grupos: cereales, carnes, frutas y leguminosas. Con excepción de las hortalizas, frutas y pescados, todos los demás rubros vienen disminuyendo su disponibilidad ⁽¹⁴⁾.

En la alimentación del venezolano los cereales han tenido una importancia fundamental, que adquiere mayor relevancia a partir de 1993, cuando se inició el programa de fortificación de la harina de maíz y la harina de trigo de uso en panaderías y doméstica con hierro y vitaminas. Este programa ha tenido gran repercusión social, por la importancia que estos alimentos tienen, en la dieta habitual de los grupos sociales menos favorecidos. ⁽¹⁵⁾ La disponibilidad de harina de maíz por persona/año creció independiente del deterioro de la capacidad adquisitiva y, en los últimos años, se mantiene alrededor de 35 kilogramos/persona/año. ⁽¹⁴⁾

Es indudable, que en nuestro país, la autonomía alimentaría presenta alta vulnerabilidad, como consecuencia de la fuerte dependencia externa. La producción nacional en las últimas décadas, ha contribuido poco a la disponibilidad de calorías, encontrándose que en 1997 solamente 43,5% de las calorías provienen de la producción nacional. (Figura 4). Según criterios de CEPAL/FAO ⁽¹⁶⁾ el país está en la categoría de autonomía crítica, es decir, autoabastecimiento menor de 58%. En los últimos años, se mantiene la tendencia a la disminución de la producción nacional, con un impacto negativo sobre la seguridad alimentaría.

Consumo de alimentos

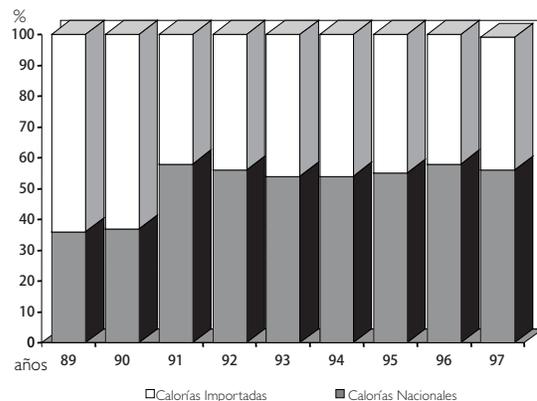
Para mantener un buen estado nutricional, es necesario crear los mecanismos que permitan a la población tener acceso a los alimentos disponibles. No basta con producirlos o importarlos, sino que es fundamental garantizar la adquisición de una alimentación suficiente y balanceada, en especial a la población de menores recursos.

Las encuestas tipo inventario de alimentos en el hogar, tales como la Encuesta de Seguimiento al Consumo (ESCA) ⁽¹⁷⁾ que ejecuta la OCEI y la Encuesta Condiciones de Vida de FUNDA- CREDESA ⁽¹⁸⁾, en los últimos años, reportan la contracción en la compra de alimentos, así como también, algunas estrategias de sustitución de alimentos, para mejorar la eficiencia del gasto.

En la ESCA la disponibilidad de energía en el hogar fue de 1842 Kcal, menor que la recomendación de 2200 kcal. Las proteínas aportaron 14% de las calorías y, el aporte de las proteínas de origen animal se redujo en la última década de 61% a 52%. También se redujo el aporte de calorías proveniente de las grasas desde 30% a 29%, aún cuando es más alto que la ingesta de 25% recomendada. Se reporta un consumo adecuado en casi todos los nutrientes, con excepción de las calorías y la riboflavina.

Según la Encuesta Condiciones de Vida entre 1990 y 1999 en catorce ciudades del país, la reducción del promedio de calorías/ persona/ día se presenta en los estratos medio y obrero, por el contrario el estrato más bajo con algunas fluctuaciones se mantiene alrededor de 2000 Kcal/persona/día, inferior a la recomendación. En el área metropolitana de Caracas en 1999 el consumo por estrato fue el siguiente ESE III

Figura 4.
Procedencia de las calorías: importadas y nacionales. 1989-1997



Fuente: Hojas de Balance de Alimentos. INN ULA 1999

2499, ESE IV 2193 y ESEV 2153 Kcal/persona/día. (Figura 5)

El porcentaje de calorías provenientes de las proteínas se encuentra en el rango esperado, pero en los estratos más bajos menos del 50% de las proteínas son aportadas por alimentos de origen animal.

Según el Estudio Condiciones de Vida, entre 1990 y 1999, aumentó el consumo de aves y vísceras en todos los estratos y, también el consumo de embutidos en el estrato más bajo. Se incrementó la adquisición de pescado, básicamente atún y sardinas en latas y el

Figura 5.
Calorías Promedio (persona /día) Según Estrato Social:
Area Metropolitana 1991-1999

ESE III	ESE IV	ESE V
=		

Fuente: Estudio Condiciones de Vida 1991-1999. Fundacredeasa.

consumo de cereales precocidos y no precocidos en todos los estratos, también, tubérculos, hortalizas y frutas, azúcar y bebidas gaseosas. Por el contrario, disminuyó el consumo de carnes, leguminosas, quesos, huevos grasas y aceites, en especial en los estratos bajos.

El consumo de harina precocida de maíz, arroz, trigo y pan disminuye en todos los estratos, mientras se mantiene el consumo de pasta⁽¹⁸⁾.

La información, sobre adquisición de alimentos por las familias, proviene de zonas urbanas, por lo tanto, en las zonas rurales y menos urbanizadas la reducción en el consumo de alimentos podría ser mayor.

Los hábitos de consumo del venezolano han variado, a la dieta tradicional se han incorporado prácticas de alimentación muy relacionadas con las nuevas realidades sociales, la comida rápida y la alimentación fuera del hogar son prácticas frecuentes en nuestra cotidianidad. Según varios estudios la contracción de la demanda está creando una situación de gran iniquidad social.

Malnutrición en niños y adolescentes

En los niños menores de dos años el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN)⁽¹⁹⁾ entre 1993 y 1999, reporta que la proporción de niños de bajo peso para la edad (desnutrición global) se mantiene en 13% y la desnutrición moderada y grave en 1%. Se observan diferencias en la proporción de desnutridos entre estados, con valores superiores al 20 % en D. Amacuro y Miranda.

En los preescolares (2-6 años), por la combinación de indicadores en el mismo periodo, la proporción de niños con desnutrición aguda y crónica se estabiliza en 11%. En este grupo la desnutrición total en 1999 desciende a 23% y las proporciones más altas se encuentran en Portuguesa (34%), Miranda (33%), Apure (30%). (Figura 6)

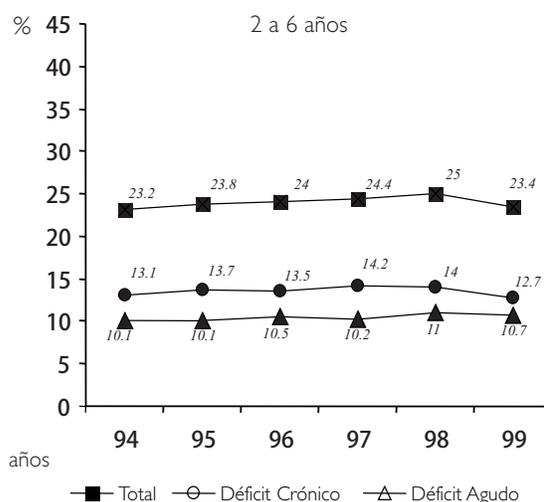
En los escolares (7-14 años) el déficit total se redujo de 29% a 26%, la desnutrición aguda se mantiene en 9% y la desnutrición crónica

disminuye de 18% a 15%. En los menores de 15 años entre 1993 y 1999, la proporción de niños con peso para la talla bajo se mantiene en 12%. (Figura 7)

La tasa de mortalidad por deficiencias de la nutrición se incrementó entre 1990 y 1996 de 4,6 a 6,7 por 100000 habitantes y el grupo de niños menores de 1 año fue el más afectado, en ellos la tasa aumentó de 59,3 a 116,7 por 100000 habitantes.⁽¹⁹⁾

En el Estudio Condiciones de Vida⁽¹⁸⁾ en el área metropolitana de

Figura 6.
Clasificación antropométrica del déficit según
indicadores. Venezuela (1994-1999)



Fuente: INN- SISVAN. 1994-1999

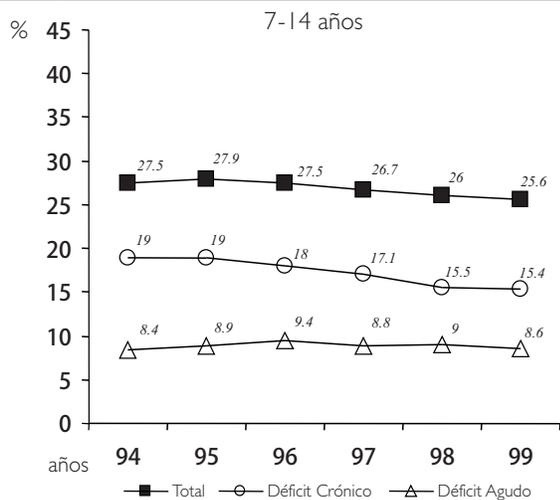
Caracas, en estratos bajos (Graffar IV y V) el déficit agudo en lactantes y preescolares fue por peso edad de 22%, talla edad 19% y peso-talla 12%. (Figura 8)

En algunos grupos el porcentaje de niños con baja reserva de grasa supera la prevalencia de déficit por los indicadores tradicionales, condición biológica que los hace más vulnerables a las agresiones del medio ambiente. El déficit afectó con mayor intensidad a los niños del estrato más bajo, en los cuales el grupo con retardo en su crecimiento físico y composición corporal es cada vez mayor; en especial lactantes y preescolares.

El riesgo de desnutrición está presente desde el momento mismo del nacimiento, tal como lo señalan los datos de la Maternidad Concepción Palacios, el porcentaje de niños nacidos con peso inferior a 2500 gramos se incrementa de 11% a 13% entre 1991 y 1997⁽¹⁹⁾. Igualmente el porcentaje de niños con peso deficiente (2500-2999 gm) aumenta de 27% en 1989 a 29% en 1994⁽²⁰⁾. Otra información del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo señala que en los niños desnutridos menores de tres años, se encuentra como antecedente en el 20% peso bajo y en el 25% peso deficiente⁽²¹⁾.

Esta situación refleja el deterioro en el estado nutricional de la madre y la

Figura 7.
Clasificación antropométrica del déficit según indicadores. Venezuela (1994-1999)

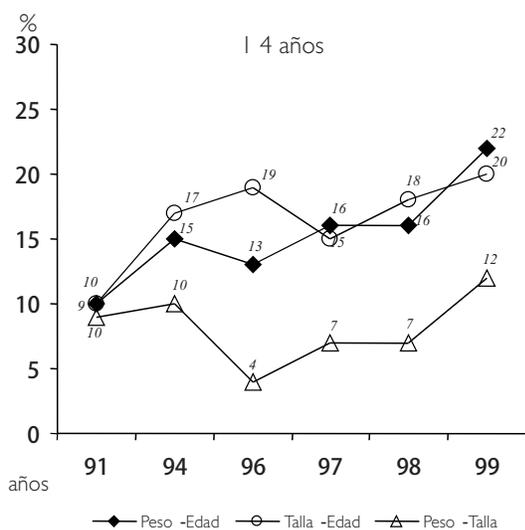


Fuente: INN- SISVAN. 1994-1999

crisis en los servicios de atención prenatal. La cobertura de la atención materno infantil apenas es de 35%, la mujer durante el embarazo asiste en promedio a tres controles y el control prenatal, por lo general se inicia en el segundo trimestre del embarazo. La baja cobertura, imposibilita la atención preventiva del estado de salud y nutrición de la madre durante el embarazo, así como también, el control de algunas patologías, que causan retardo en el crecimiento prenatal, bajo peso al nacer, complicaciones en el parto y mayor mortalidad.

La prevalencia de exceso de peso (definido como peso para la talla superior al percentil 90), según el SISVAN⁽¹⁹⁾, fue menor en todos los grupos

Figura 8.
Clasificación antropométrica del déficit según indicadores. Área Metropolitana de Caracas (1991-1999)



Fuente: Estudio Condiciones de Vida. División de Investigaciones Biológicas. Fundacredesa 1991-1999.

de edad en 1999 comparado con 1993. En los niños de 2 a 6 años la prevalencia se mantiene en 10% y en los escolares de 7 a 14 años en 13%, semejante a la reportada en 1993 (Figura 9).

En los resultados de Fundacredesa⁽¹⁸⁾, la prevalencia de exceso por peso-talla en niños de siete años se incrementa a 18% en 1999, por el contrario, en los niños entre 9-15 años el exceso (definido como Índice de Masa Corporal superior al percentil 90) disminuyó de 17% (1997) a 11% (1999).

Deficiencia de hierro en niños y adolescentes

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más común en el país. Se encuentra circunscrita a los segmentos de población más vulnerables, tales como los niños lactantes y preescolares, mujeres en edad reproductiva y embarazadas. En estos grupos, los requerimientos de hierro son particularmente elevados.

Según el Estudio Condiciones de Vida en Caracas en 1989, la prevalencia de deficiencia de hierro, en estratos socioeconómicos bajos (IV y V), en niños de 7, 11 y 15 años fue de 13% y la anemia de 6%. En 1992 en estos mismos grupos la deficiencia de hierro aumentó a 30% y la anemia a 13%⁽¹⁸⁾.

En 1994, un año después de la fortificación, la prevalencia, tanto de ferropenia como de anemia se redujo a la mitad (15% y 10%) y el consumo de hierro per cápita entre 1989-97 aumentó de 13 a 16,7 mg por día⁽²²⁾. En 1997 según el Estudio Impacto del Enriquecimiento de las Harinas en Caracas⁽²³⁾, la deficiencia de ferritina en los varones de 7, 11 y 15 años fue de 8% y la anemia de 12% y en las niñas 15% y 16% respectivamente. (Cuadro 2) Figura 10.

En este mismo estudio, la prevalencia de anemia fue más alta en el interior que en Caracas y más intensa en las niñas que en los varones 19%-16% respectivamente. En las adolescentes de 15 años la anemia fue de 14% y la deficiencia de hierro de 24%, también fue alta en los varones de 11 años 24% y 6% respectivamente. La concentración de ferritina en la población escolar se incrementó a 26 µg/L.

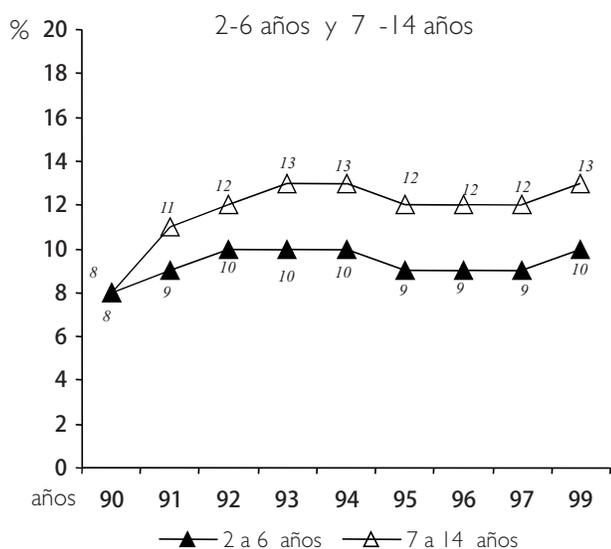
También la anemia y deficiencia de hierro fue alta en los niños preescolares de estratos IV y V de Graffar en todo el país anemia (53%) y ferropenia (45%)⁽²⁵⁾. Entre 1998 y 1999 la deficiencia de ferritina en los preescolares se mantiene en 52%, mientras que la anemia se redujo de 35% a 22%.

En la Unidad de Investigaciones en Nutrición de la Universidad de Carabobo en preescolares de estratos bajos reportaron 10,8% de anemia y 24,4% de ferropenia. En escolares tanto la anemia como la ferropenia fueron bajas 0,6% y 2% respectivamente⁽²⁴⁾.

Situación nutricional antropométrica, deficiencia de hierro y anemia en la embarazada

En un grupo de embarazadas (n=98) provenientes de ambulatorios del área metropolitana de Caracas en 1998⁽²³⁾, el déficit (definido como Índice de Masa Corporal < 19,8 kg/m²) fue de 23% y el exceso (Índice de Masa Corporal > 29 kg/m²) fue de 4%. En el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (n=219) en 1999 se reportó 9% de déficit leve y moderado y 5% de obesidad⁽²¹⁾. En el Centro de Investigación en Nutrición en Carabobo, en adolescentes

Figura 9.
Clasificación antropométrica del exceso según
Combinación de Indicadores. Venezuela. 1990-1997 y 1999



Fuente: SISVAN 1990 - 1997 y 1999.

embarazadas (n=131), se reportó 37% de déficit y 2% exceso⁽²⁵⁾.

En el grupo de embarazadas del área metropolitana de Caracas la ferropenia fue más alta (47%) que la anemia (41%), mientras que, en las adolescentes embarazadas, la prevalencia de anemia fue de 58%⁽²³⁾. En el CEINUT en adolescentes embarazadas (n=131), la deficiencia de ferritina fue de 13% en el primer trimestre, 31% en el segundo y 47% en el tercer trimestre, en este mismo grupo, la prevalencia de anemia fue de 11%⁽²⁵⁾.

Deficiencia de vitamina A

La deficiencia de vitamina A (definida por retinol <20 µg/dL) en un grupo de preescolares en el área metropolitana de Caracas⁽²³⁾ de los estratos sociales IV y V alcanzó 60%, de estos 13% presentaron valores <10 µg/dL y, 38% con retinol <15 µg/dL. En los escolares, la deficiencia de vitamina A fue de 5% a los quince años, 18% a los 11 y 40% a los 7 años.

En el Estado Carabobo, en preescolares de estratos bajos, reportaron deficiencia (<20 µg/dL) de 6,5% y deficiencia marginal (20 y 30 µg/dL) de 27%. La deficiencia fue más alta (10,5%) en los niños desnutridos⁽²⁵⁾.

Deficiencia de Zinc

En el Estado Carabobo, se ha reportado en grupos socioeconómicos bajos, hipozincemia de 10% en escolares, 38% en preescolares, 18% en adultos mayores y entre 37% y 91% en embarazadas^(26,27,28).

Deficiencia de Yodo

La deficiencia de yodo en la alimentación trae como consecuencia los desordenes por deficiencia de yodo (DDY) y el bocio endémico. Se localiza en estados de la Región de los Andes: Mérida, Trujillo y Táchira. El Programa Nacional de Control de las Enfermedades por Deficiencia de Yodo (PRONACEDY) en el INN y la Comisión Nacional para la Yodación y Fluoración de la Sal (CONYFLUSAL), han realizado varios estudios.

En 1997 en la sal de consumo humano, el contenido de yodo promedio fue de 34,6 mg/kg y en la región andina de 36,3 mg/kg, ambos superiores a los reportados en 1996. En el monitoreo in situ, en diversos puntos de la cadena de comercialización en el estado Mérida, el contenido de sal varió entre 25 a 100 mg/kg en más del 95% de las muestras. En 1997 sólo 37% de las muestras de sal evaluadas cumplían con lo establecido en la Norma Covenin.

Otra encuesta en 1998, reportó que las yodurias fueron adecuadas en 95% de las muestras, superiores a los 10g/dL y 94% de los hogares consumían sal yodada. Venezuela en 1999 fue certificada como país que ha controlado y eliminado virtualmente los DDD⁽²⁹⁾.

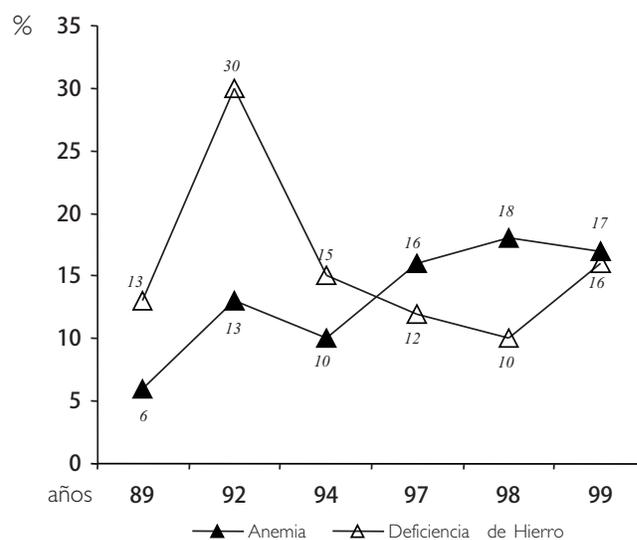
Desigualdades en el crecimiento y desarrollo

Las enfermedades nutricionales antes mencionadas se manifiestan principalmente en determinados grupos socioeconómicos y fisiológicos de la población. Se encuentran con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos que habitan zonas peri-urbanas en grandes concentraciones y en los poblados rurales.

La situación de subalimentación sostenida, causa alteraciones en el crecimiento físico, que se manifiesta por una estatura y peso más bajos en los niños en peores condiciones sociales. Estas diferencias llegan a ser a los dos años de 2 cm y 1 kg, a los siete de 3,5 a 4,5 cm y 2 kg en varones y niñas y en la adolescencia de 5cm⁽³⁰⁾.

Una de las secuelas de la desventaja social, tal vez la más crítica, es el deterioro psicológico que se ven obligados a padecer los individuos que viven bajo privaciones socioeconómicas⁽³¹⁾. Estas desigualdades sociales, con múltiples carencias, afectan las habilidades cognitivas que tienen que ver con los procesos psicológicos primarios (atención, memoria, comprensión,

Figura 10.
Anemia y deficiencia de Hierro en escolares
de 7, 11 y 15 Años. 1989 - 1999



Fuente: Estudio Condiciones de Vida. División de Investigaciones Biológicas. Fundacredesa 1989-1999.

organización e integración y pensamiento asociativo), por lo tanto, sus habilidades cognitivas no son adecuadas. Los porcentajes de rendimiento de los niños en las pruebas de información, conocimientos básicos y desarrollo psicológico general disminuyen en relación directa a medida que se desciende de estrato social⁽³¹⁾.

Esta situación sostenida de vulnerabilidad biológica y social, ha traído consecuencias negativas en la evolución de las tendencias de la población. En lactantes y preescolares, se observó la reducción de la tendencia secular en peso y talla, hallazgo que se interpretó como una señal de alerta del impacto biológico de la crisis que comenzó en la década pasada⁽³²⁾.

En los adolescentes el aumento en talla y peso se ha reducido de una tendencia de 3,6 cm y 4 Kg en la década 70-80 a 2 cm y 0,2 Kg en la década 80-90. Por otra parte, se incrementó la masa muscular en los dos sexos y en los varones se redujo la grasa periférica, esta diferencia puede estar reflejando la mayor vulnerabilidad biológica del varón^(33,34).

Es indudable que se necesita un esfuerzo sostenido de todos los sectores del país, para tratar de revertir la tendencia al deterioro de la salud y de la calidad de vida. Tarea difícil por su complejidad y multicausalidad.

Se requiere de intervenciones que abarquen no solamente las áreas de economía, nutrición y salud, sino que den prioridad a la educación de la comunidad y de la familia, como eje fundamental en los procesos de cambio social, para lo cual es indispensable centrar las acciones en el desarrollo integral del hombre y de la mujer venezolanos.

Referencias

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Situación de Salud. Venezuela 1999. (Mimeo)
- UNICEF Venezuela- Cordiplán. Análisis de situación de la infancia, la juventud y la mujer en Venezuela. 1995.
- OCEI. Ministerio de la Familia. Encuesta de Hogares 1997. Caracas. 1998.
- Méndez Castellano H. Metodologías para el estudio de los grupos familiares. La estructura poblacional como instrumento para el diagnóstico de la calidad de vida de las familias venezolanas. Caracas. Fundacredesa. 1999.
- España LP. Un mal posible de superar. En Pobreza. Un mal posible de superar: Vol. I. UCAB. 1999:7-14
- Instituto Nacional de Nutrición. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional. Boletín Informativo. Venezuela 1999. Caracas 2000.
- Fundacredesa. Aspectos de Nutrición Social. En indicadores de condiciones de vida 1999. Área Metropolitana de Caracas. 2000: 105-130.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Anuario de epidemiología y estadística vital. 1996
- Organización panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Vol II. Washington. Publicación Científica N.569. 1998
- D'Elías Y. La infancia: El futuro que estamos creando. En Informe Social 4. Venezuela. Caracas: ILDIS. 1999.
- Méndez Castellano H, Páez Celis J. Las circunstancias de enfermarse y morir en Caracas. Estudio sobre mortalidad diferencial en el área metropolitana de Caracas. Arch Ven Puer Ped 1998;66(1):16-26.
- Instituto Nacional de Nutrición- Universidad de Los Andes. Hoja de balance de alimentos. 1997
- Instituto Nacional de Nutrición -Fundación Cavendes. Metas y guías de alimentación para Venezuela. An Venez Nutr 1990;3:99-109.
- Abreu Olivo E, Ablan E. 25 Años de cambios alimentarios en Venezuela. 1970-1994. Universidad de Los Andes-Fundación Polar: 1996
- Instituto Nacional de Nutrición -Ministerio de la Familia. Programa de Enriquecimiento de las harinas. 1993
- Consejo Nacional de la Alimentación. Cumbre mundial de la alimentación. Informe de Venezuela. 1996
- Oficina Central de Estadística e Informática - Instituto Nacional de Nutrición. Encuesta de seguimiento al consumo (ESCA). 1990-1997
- Fundacredesa. Indicadores de condiciones de vida. Venezuela. 1990-1999.
- Instituto Nacional de Nutrición. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Boletín Informativo. Venezuela 1991-98.
- Alizo J. Evaluación nutricional materna y del recién nacido en la maternidad Concepción Palacios. [Tesis de Maestría]. Caracas. Universidad Simón Bolívar: 1998.
- Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA). Estadísticas de salud. 1999
- Layrisse M, Chávez JF, Méndez-Castellano H, Bosch V, Tropper E, Bastardo B, González E. Early response to the effect of iron fortification in the Venezuelan population. Am J Clin Nutr 1996;64:903-7.
- Fundacredesa. UNICEF. "Estudio impacto del enriquecimiento de las harinas con hierro y vitamina A en la población venezolana". Ministerio de la Secretaría. 1998.
- Solano L. Vitamin A, Iron, Iodine and zinc status of preschoolers of slum area of Valencia, Venezuela. Reporte Final de Proyecto. International Development Research Centre, Canadá. Unidad de Investigaciones en Nutrición. Universidad de Carabobo. 1997.
- Centro de Investigaciones en Nutrición (CEINUT). Datos Preliminares sobre el estado nutricional de adolescentes embarazadas. Universidad de Carabobo. 1999.
- Mertens I, Tortolero M. Evaluación nutricional integral de escolares de la zona sur de Valencia. [Trabajo de ascenso]. Estado Carabobo: Universidad de Carabobo, 1996.
- Solano L. Iron, iodine and zinc status of preschoolers of slum area of Valencia, Venezuela. Unidad de Investigaciones en Nutrición. Universidad de Carabobo. 1997.
- Meertens L, Sánchez A, Solano L. Zinc sérico en el post parto inmediato y su relación con la antropometría neonatal. XI Congreso Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Guatemala, 1997.
- Instituto nacional de Nutrición. Valores de referencia de energía y nutrientes para la población venezolana. Caracas 2000. (En prensa)
- López de Blanco M, Landaeta- Jiménez M, Espinoza I, Macías de Tomei C. En Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela. Proyecto Venezuela. H Méndez Castellano (ed). Tomo II. Caracas: Fundacredesa. 1996. 407-845.
- Noguera C, Trías Sambrano L, Cipriani M, Frias de Orantes MR. Psicología. En Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela. Proyecto Venezuela. H Méndez Castellano (ed). Tomo III. Caracas: Fundacredesa. 1996. 1137-1165
- López Contreras Blanco M, Landaeta- Jiménez M, Méndez Castellano H. Secular trend in height and weight: Carabobo, Venezuela, 1978-1987. Auxology 88. Perspectives in the science of growth and development. JIM Tanner ed. Smith-Gordon. 1989. 207-10.
- Pérez B, Landaeta- Jiménez M. Tendencia secular en peso y talla entre 1984-1995 en niños y jóvenes venezolanos. An Venez Nutr 1999; 12(2): 117-122
- Landaeta- Jiménez M, Pérez B. Tendencia secular en la corpulencia y composición corporal en jóvenes urbanos venezolanos. An Venez Nutr 1999; 12 (2): 123-128

