



[Anales Venezolanos de Nutrición](#)

versión impresa ISSN 0798-0752

An Venez Nutr v.19 n.2 Caracas 2006

Seguridad alimentaria en los hogares de niños atendidos en una consulta de nutrición, crecimiento y desarrollo

Ingrid Soto de Sanabria.¹, Olga Figueroa ¹, Ana López ¹, Liliana Vera. ¹, Liliana Núñez. ¹, Carmen Salvi. ², Yamila Mudarra ³, Larry Navas ⁴

1. Hospital de Niños. J.M. de los Ríos. Pediatra Especialista en Nutrición, Crecimiento y Desarrollo.

2. Ambulatorio Ruperto Lugo. Pediatra Especialista en Nutrición, Crecimiento y Desarrollo.

3. Ministerio de Salud. Coordinadora de las Clínicas Populares.

4. Hospital Ruiz y Paez. Pediatra Especialista en Nutrición, Crecimiento y Desarrollo.

Resumen. El objetivo de este trabajo fue medir la seguridad alimentaria en los hogares (SAH) de los pacientes que asistieron a consulta de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" entre Agosto - Octubre 2003. Para determinar SAH se utilizó una escala adaptada y validada para Venezuela. A cada paciente se le realizó una evaluación integral de su estado nutricional y crecimiento. La muestra fue de 613 familias. El 32% de las amas de casa percibieron sus hogares como seguros, 68% con algún grado de inseguridad alimentaria y predominó la inseguridad leve (56,4%), especialmente en las familias numerosas o extendidas que viven en condiciones de pobreza, con bajos ingresos, en los que la madre es jefe del hogar, con escasa o nula preparación académica, donde los niños presentaron algún grado de déficit nutricional, sobre todo de intensidad grave, además se encontró que en estos hogares en pobreza crítica, los ajustes internos utilizados no son suficientes para enfrentar la inseguridad alimentaria, que por lo tanto fue alta (79,4%). La seguridad alimentaria se relacionó con la condición socioeconómica y el estado nutricional de los pacientes. Se recomienda establecer una política de seguridad alimentaria, focalizada en los individuos, especialmente en los más vulnerables y realizar monitoreo y seguimiento de la seguridad alimentaria en los hogares.

Palabras clave: Seguridad alimentaria, hogar, pobreza, malnutrición.

Household food security of patients attending to the service of nutrition, growth and development

Abstract. The objective of this work is to measure the household food security (HFS) of patients attending to the service of Nutrition, Growth and Development of the Children's Hospital "J.M. de los Ríos" and it was developed from August, 25 to October 31 2003. A scale adapted and validated in Venezuela was used to determine HFS. Each patient had a complete evaluation of nutritional state and growth. It was used a sample of 613 families. 32% of housewives defined their homes as secure and 68% with some degree of food insecurity, predominantly mild insecurity (56.4%), especially in big or extended families living in poverty, with low income and the mother as home head and with little or none academic preparation. In these homes with high food insecurity (79.4%),

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

- Citado por SciELO
- Accesos

Links relacionados

Compartir

- Otros
- Otros
- Permalink

children showed some degree of nutritional deficit, mainly severe, finding that apart from the abject poverty, the internal adjustments they made were not enough to face food insecurity. HFS was related with the social economical situation of the family and patients' nutritional condition. We recommended establishing a food security policy, focused on individuals, especially in the most vulnerable ones, and monitoring food security in homes.

Key words: Household food security, poverty, malnutrition

Introducción

La seguridad alimentaria implica disponibilidad de alimentos suficientes en cantidad y calidad, estabilidad en su suministro y acceso seguro. Según la cumbre mundial sobre la alimentación (Roma, 1996) "existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana"(1).

La seguridad alimentaria en el hogar (SAH) se define como el "acceso seguro y en todo momento de los hogares a alimentos suficientes en cantidad y calidad para que todos sus miembros puedan desarrollar una vida sana, productiva y activa"(2). La SAH la determinan factores exógenos y endógenos: los factores exógenos son aquellos que el hogar no es capaz de controlar o manipular directamente e incluye los sistemas y estructuras macrosociales, económicas y ecológicas dentro de un país, región o comunidad. Estos factores a su vez, afectan ciertas características endógenas del hogar y de sus integrantes, y se asocian al nivel de SAH (3). Conocer estos factores y sus interrelaciones, que varían de un país a otro, entre regiones del mismo país, entre comunidades y entre hogares, son básicos para el diseño de alternativas más eficientes y efectivas que buscan la seguridad alimentaria de los hogares pobres (3).

Se habla de familias en situación de "inseguridad alimentaria" cuando la "disponibilidad de alimentos nutricionalmente adecuados o la capacidad para su adquisición se encuentran limitada o son inestables" (4).

Por muchos años, uno de los impedimentos mayores para vigilar el estado de seguridad alimentaria a escala familiar fue la falta de instrumentos válidos para su medición (5). En 1992 investigadores en Estados Unidos, desarrollaron y validaron por primera vez instrumentos para estimar hambre y seguridad alimentaria (6-9). En nuestro país contamos actualmente con una escala de seguridad alimentaria adaptada y validada por la profesora Paulina Lorenzana (10). Esta escala o test busca obtener información de la percepción del entrevistado con respecto a la situación alimentaria en el hogar. El entrevistado, casi siempre es el ama de casa, quien por lo general está más vinculada con la alimentación del grupo familiar. La percepción está relacionada fundamentalmente con la suficiencia de los ingresos para ofrecer una alimentación considerada adecuada y las experiencias de hambre de adultos y niños. Esta escala es de utilidad, tanto en la identificación como en el seguimiento de hogares que sufren inseguridad alimentaria.

Un mejor acceso a suficientes alimentos depende de la participación en el aparato productivo (empleo), y del ingreso real, éstos a su vez están condicionados al desarrollo socioeconómico (11).

En Venezuela, según cifras registradas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), durante el periodo Agosto a Octubre del año 2003 la tasa promedio de desocupación fue de 17.5% (12) y el déficit en el poder de compra de 16.6%, este último podría atribuirse a que los alimentos incrementaron su precio a mayor velocidad que el salario mínimo.

Por otra parte, la pobreza, considerada la causa principal de la inseguridad alimentaria, limita el acceso de la familia a una alimentación suficiente, sana y adecuada y le impide además, disfrutar de otros factores complementarios y relacionados con la alimentación, el aprovechamiento biológico de los alimentos y el bienestar del grupo familiar, tales como son: acceso a la salud, a la educación y a otros bienes y servicios (13,14).

Para el año 2001 en el país, el 39.17% de nuestras familias vivían en pobreza crítica y el 40.72% en pobreza relativa, según el método Graffar-Méndez Castellano (15).

Tomando en cuenta estas cifras de desempleo, el bajo poder adquisitivo y las condiciones de pobreza en que viven un buen porcentaje de nuestras familias, se presume que un número significativo de familias venezolanas está a riesgo de sufrir de algún nivel de inseguridad alimentaria, situación que pone en juego su calidad de vida y bienestar.

A instancias del Dr. Hernán Méndez Castellano, eminente investigador, recientemente fallecido, quien sugirió la evaluación de este apasionante tema, nos propusimos medir la seguridad alimentaria en los hogares de los pacientes que asisten a la consulta especializada de "Nutrición, Crecimiento y Desarrollo" que funciona en el

Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" en Caracas y la relación con las condiciones socioeconómicas de su grupo familiar, el estado nutricional y crecimiento de los pacientes.

Método

El estudio es de tipo descriptivo y transversal. Su realización fue aprobada por el comité de bioética del hospital. La muestra estuvo constituida por las familias de los pacientes que acudieron al servicio de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", entre Agosto y Octubre de 2003. Aquellos pacientes que vinieron en más de una oportunidad, se le aplicó la escala una sola vez, si eran hermanos, la escala se aplicó sólo a uno de ellos y también fueron excluidos, los que no tenían un representante que pudiera aportar los datos de una manera fidedigna. También fueron excluidos, aquellos en los cuales, el representante se negó a participar en el estudio.

Se utilizó una escala que consta de 12 ítems para determinar la SAH ([Cuadro1](#)), que fue aplicada por los médicos del Servicio, quienes fueron previamente entrenados a través de un instructivo, que contenía las siguientes indicaciones: Luego de obtener el consentimiento informado, precisar en los últimos 6 meses con qué frecuencia se presentaban en su hogar cada uno de los ítems establecidos en la escala, codificando cada uno de ellos como 0 para "nunca", 1 para "pocas veces", 2 para "frecuentemente", y 3 para "siempre", para un máximo de 36 puntos. Las doce preguntas debían hacerse en forma consecutiva, manteniendo una actitud imparcial ante las respuestas. Desde el punto de vista de la seguridad alimentaria percibida por el ama de casa, hogares con 0 puntos se consideran seguros, 12 o menos puntos refleja "inseguridad leve", de 13 a 24 puntos "inseguridad moderada" y 25 puntos o más "inseguridad grave".

Cuadro1. Escala de Seguridad Alimentaria Percibida.

Cod	Item de la Escala	N	AV	F	S
1	Falta dinero en el hogar para comprar alimentos	0	1	2	3
2	Algún miembro del hogar come menos de lo que desea por falta de dinero en el hogar	0	1	2	3
3	Disminuyen el número usual de comidas por falta de dinero	0	1	2	3
4	Disminuyen el número de comidas de algún adulto por falta de dinero en el hogar	0	1	2	3
5	Disminuyen el número de comidas de algún niño por falta de dinero en el hogar	0	1	2	3
6	Algún adulto come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan	0	1	2	3
7	Algún niño come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan	0	1	2	3
8	Algún adulto se queja de hambre por falta de alimentos	0	1	2	3
9	Algún niño se queja de hambre por falta de alimentos	0	1	2	3
10	Se compran menos alimentos indispensables para niños por falta de dinero	0	1	2	3
11	Algún adulto se acuesta con hambre porque no alcanza la comida	0	1	2	3
12	Algún niño se acuesta con hambre porque no alcanza la comida	0	1	2	3

N= nunca; AV= a veces; F=frecuentemente; S=siempre

La muestra total se analizó de acuerdo a las siguientes variables: nivel socioeconómico por el método Graffar-Méndez Castellano (16), ingreso familiar, con una escala que tomó en consideración el salario mínimo para ese momento de 209.088 bolívares. 1 (ingresos mayores a 500.000), 2 (500.000 a 251.000), 3 (250.000-210.000), 4 (menor de 210.000), 5 no reciben ingresos, 6 desconoce. El diagnóstico nutricional y de crecimiento integral se obtuvo de las historias del servicio, el cual evalúa los indicadores de riesgo, socioeconómicos, biomédicos y nutricionales, la antropometría (indicadores de dimensión y composición corporal), examen físico e indicadores bioquímicos.

La seguridad alimentaria se relacionó con la condición socioeconómica del grupo familiar, el ingreso familiar, el diagnóstico nutricional y de crecimiento del paciente, jefe de familia, grado de instrucción de la madre y el número de miembros del grupo familiar.

Para el análisis estadístico se utilizó la distribución de frecuencias en porcentajes. Para la significación estadística se aplicó el χ^2 , tomando como diferencia estadísticamente significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados

Durante el estudio se evaluaron 772 pacientes, de los cuales 613 (79,4%) cumplieron con los criterios de inclusión. Sólo el familiar de un paciente se negó a participar en el estudio.

El Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", tiene 67 años al servicio de los niños y adolescentes venezolanos, es un hospital público, de cuarto nivel, de referencia nacional, lo cual explica que sólo el 45,2% de los pacientes son del Distrito Capital nuestra área de influencia y el resto, 37,4% del estado Miranda, 3,4% del estado Vargas y 14% de otros estados del país.

El Servicio de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo funciona en este hospital desde 1959, y presta sus servicios tanto a los pacientes hospitalizados como ambulatorios. El 89,7% de los pacientes provienen de la modalidad ambulatoria, de éstos 52% fueron consultas sucesivas, 18,8% triajes y 18,9% de primera consulta. El 10,3% fueron evaluados durante su hospitalización, 8,7% de primera y el 1,6% sucesivas.

El 85% de los pacientes vivían en hogares pobres, según el método Graffar-Méndez Castellano, 294 (47,8%) en pobreza relativa (estrato IV), y 228 (37,2%) en pobreza crítica o extrema (estrato V) y 15% en estratos altos y medios (II y III), 14 (2,3 %) y 77 (12,7%) respectivamente.

En cuanto a los ingresos del grupo familiar, 129 hogares (21%), eran menores que el salario mínimo, 22 (3,6%) no recibían ingresos, es importante destacar que 22 (3,6%) de los representantes desconocían los ingresos, 98 (16%) recibían entre Bs.210.000 y 250.000 bolívares, 181 (29,5%) Bs. 251.000 a 500.000 y 161 (26%) ingresos mayores a Bs. 500.000.

En 409 hogares (66,7%), el padre era el jefe de la familia, en 111(18,1%) la madre y en 93 (15,2%) era otro familiar, encontrando además que vivían 5 o menos miembros por familia en 378 (61,6 %) hogares, 6 o más miembros en 212 (34,6%) y 11 o más miembros en 23 (3,8%).

El grado de instrucción de 281 (45,8%) madres fue el siguiente: 13 (4,6%) eran universitarias, 86 (30,6%) bachilleres o técnicos superiores, 63 (22,5%) con bachillerato incompleto, 110 (39,1%) primaria y 9 (3,2%) analfabetas.

El estado nutricional en 383 (62,4%) de los pacientes fue deficiente, de estos 116 (18,9%) fueron subclínicos, 118 (19,2%) desnutridos en zona crítica, 100 (16,3%) leves, 22(3,6%) moderados y 27 (4,4%) graves, estos últimos merecen mención especial, ya que aunque sólo representan la punta del iceberg del un problema más importantes, que pasa muchas veces desapercibido, tal como lo son, el déficit calórico crónico y el hambre oculta, el ver un desnutrido grave conmueve profundamente y nos recuerda que en nuestro país, algunos de sus ciudadanos padecen hambre. De estas formas graves, 55,5% fueron de causas primarias, 37% mixtas y sólo 7,5% fueron secundarios a otras patologías. Las formas edematosas representaron el 48% de los casos. La malnutrición por exceso fue como sigue, 18 (2,9%) presentaron sobrepeso y 55 (9%) obesidad, de estos 9 (1,5%) obesidad leve, 15 (2,4%) moderada y 31 (5,1%) obesidad grave.

El crecimiento de los pacientes fue deficiente en 383 (62,4%), de estos 122 (19,9%) presentaron talla normal baja y 261(42,6%) talla baja.

En los pacientes que estaban ya estudiados, las patologías asociadas más frecuentes fueron: tubulopatías 87 (14,2%), anemias 64 (10,4%), gastrointestinales incluidas las parasitosis 58 (9,5%), neumopatías 31 (5,1%), neuropatías 30 (4,9%), endocrinopatías 16 (2,6%) y 13 (2,1%) pacientes en cada grupo con diagnóstico de cardiopatías, síndromes genéticos e inmunodeficiencia adquirida.

La escala cualitativa de SAH reflejó que 196 (32%) de las amas de casa percibieron sus hogares como seguros y 417 (68%) los percibieron con algún grado de inseguridad alimentaria, de estos 346(56,4%) con inseguridad leve, 48 (7,8%) con inseguridad moderada y 23 (3,8%) con inseguridad grave.

La autopercepción de SAH en los hogares, desagregados por nivel social, según Graffar-Méndez Castellano, reveló que las amas de casa del estrato II, el 71,4% percibieron sus hogares como seguros, seguidos por el estrato III (51,2%) y IV (29%) y un menor porcentaje en el estrato V (20,6%). La asociación entre seguridad alimentaria y condición socioeconómica del grupo familiar fue negativa y significativa ($p<0,001$) ([Figura 1](#)).

Los estratos II y III, sólo presentaron inseguridad leve, mientras que la inseguridad moderada y grave se presentó en los estratos en pobreza, especialmente en el V ([Figura 1](#)).

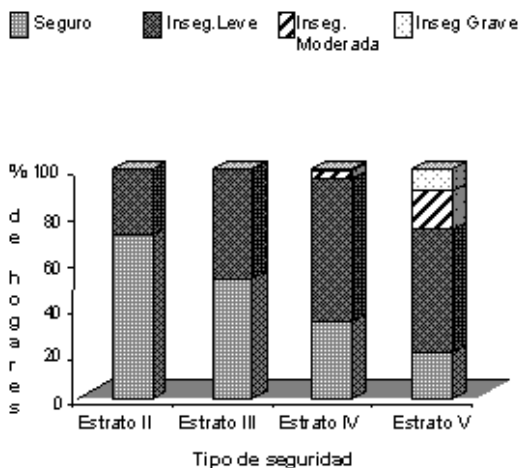


Figura 1:Nivel SAH según Graffar
p<0,001

Según el ingreso la autopercepción de SAH evidenció sólo 8,5% de hogares seguros con ingresos por debajo del salario mínimo y 57,1% seguros en los que percibían un poco más de 2 salarios mínimos, mostrando al igual que la condición social, una asociación negativa ($p<0,0001$) con la seguridad alimentaria (Figura 2). Al evaluar la intensidad, de los 16 hogares con inseguridad grave, 14 percibieron ingresos por debajo del salario mínimo.

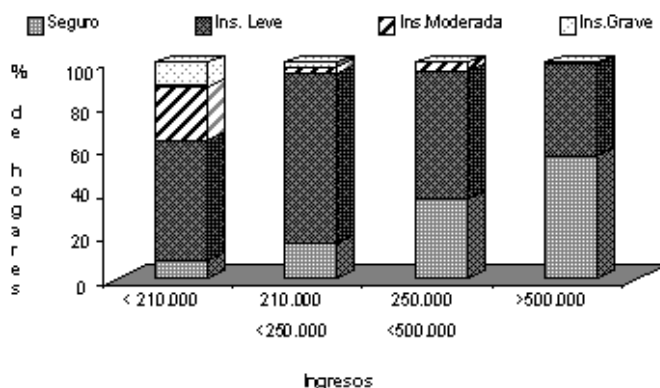


Figura 2:Nivel SAH según Ingresos
p<0,0001

La comparación del estado nutricional por déficit, tanto de las formas subclínicas como clínicas, con el nivel de SAH percibida por los hogares, señaló que, sólo el 27,3% eran seguros con una asociación significativa ($p<0,01$) (Figura 3). Mientras que, con el déficit de crecimiento, diagnosticado por la talla baja, 29,5% de estos fueron percibidos como seguros, no encontrándose asociación significativa. Los hogares que tuvieron niños desnutridos graves fueron percibidos como menos seguros que aquellos con niños desnutridos de menor intensidad, diferencias que fueron estadísticamente significativas ($p<0,05$).

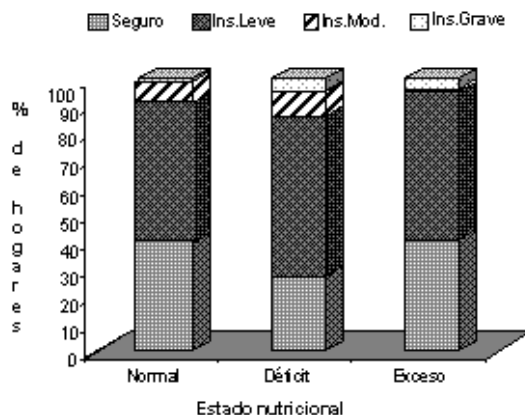


Figura 3: Nivel SAH según Estado Nutricional

p<0,01

Al comparar el nivel de SAH percibida por los hogares con el jefe de familia, número de miembros en el hogar y grado de instrucción de la madre se encontró lo siguiente: si el padre era el jefe de la familia 34% eran considerados seguros, mientras que si era la madre 23,4% eran seguros, a mayor número de miembros, menor seguridad (Figura 4), a un grado de instrucción más alto de la madre se encontró mayor seguridad (Figura 5), todas estas asociaciones fueron estadísticamente significativas, especialmente con el grado de instrucción de la madre (p<0,01). En aquellos hogares donde la madre era analfabeta ninguno fue percibido como seguro.

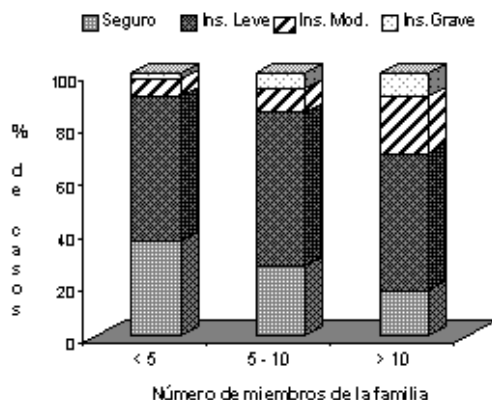


Figura 4: Nivel SAH según número de miembros de la familia

p<0,01

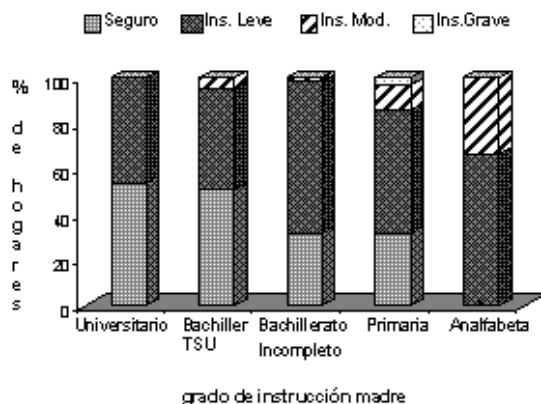


Figura 5: Nivel SAH según grado de Instrucción de la madre

p<0,01

El Cuadro 2 señala los 12 ítems de la escala ordenados desde el indicador de inseguridad alimentaria más común hasta el menos común, tanto para la muestra completa como para las familias agrupadas por condición socioeconómica, según Graffar-Méndez Castellano. El indicador más común de inseguridad alimentaria en el hogar fue la falta de dinero para comprar alimentos. Los ítems reflejan las estrategias de ajustes que se hicieron dentro del hogar para afrontar la inseguridad alimentaria, las cuales difirieron de un estrato a otro. En general, las experiencias de hambre en el adulto, fueron más comunes que en los niños. En el estrato II, no se encontró

experiencias de hambre en niños, en el III muy pocos niños, mientras que, en los estratos de pobreza especialmente en el V se concentró el porcentaje más alto de respuestas positivas experiencias de hambre en algún niño ([Cuadro 2](#)).

Cuadro 2. Respuestas positivas a la encuesta relacionadas con Graffar.

Preguntas	Respuestas positivas a la encuesta Graffar-Mendez									
	II(n=14)		III(n=77)		IV(n=294)		V(n=228)		Número	%
Falta Dinero en el hogar para comprar alimentos (I)	3	21.4	26	33.3	154	52.6	153	67.1	336	54.8
Se compran menos alimentos indispensables para niños por falta de dinero (10)	2	14.3	16	20.5	129	44.0	146	64.0	293	47.8
Disminuyen el # usual de comidas por falta de dinero (3)	3	21.4	6	7.8	79	26.9	116	50.9	204	33.3
Algún miembro del hogar come menos de lo que desea por faltade dinero en el hogar (2)	2	14.3	7	9.1	1	24.1	107	46.9	187	30.5
Algún adulto come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan (6)	2	14.3	8	10.4	65	22.1	100	43.9	15	28.5
Disminuyen el # de comidas de algún adulto por falta de dinero en el hogar (4)	2	14.3	6	.8	56	19.1	9	42.5	161	26.3
Algún adulto se queja de hambre por falta de alimentos (8)	1	1.7	8	10.4	42	14.3	55	32.9	126	20.6
Algún adulto se acuesta con hambre porque no alcanza la comida (11)	1	7.1	3	3.9	3	12.6	63	2.6	104	17.0
Algún niño se queja de hambre por falta de alimentos(9)	0	-	2	2.6	19	6.5	64	28.1	85	13.9
Algún niño come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan(7)	0	-	2	2.6	23	.8	58	25.4	83	13.5
Disminuyen el número de comidas de algún niño por falta de dinero en el hogar(5)	0	-	1	1.3	17	5.8	60	26.3	78	12.7
Algún niño se acuesta con hambre porque no alcanza la comida(12)	0	-	1	1.3	6	2	31	13.6	38	6.2

Discusión

La inseguridad alimentaria estuvo presente en los hogares de los pacientes que asisten a la consulta de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del hospital de niños "J. M. de los Ríos" y se caracterizó por: predominio de la inseguridad leve, especialmente en las familias numerosas o extendidas, que viven en condiciones de pobreza, con bajos ingresos, con la madre jefe de hogar, con escasa o nula preparación académica, donde los niños presentan algún déficit nutricional, sobretodo de intensidad grave. Se encontró además que en los hogares que viven en pobreza crítica, los ajustes internos que se ponen en juego no son suficientes para enfrentar la inseguridad alimentaria.

Como ya fue mencionado en la metodología, este estudio fue realizado en un servicio especializado en nutrición, crecimiento y desarrollo, el cual funciona en un hospital de cuarto nivel, de referencia nacional, donde se presta asistencia tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados. Estas características del servicio, hacen que este trabajo de investigación difiera de otros estudios en los que también se utilizaron escalas cualitativas para determinar la SAH, tanto internacionales como nacionales, ya que estos son realizados en poblaciones fundamentalmente en estratos sociales pobres, sin embargo, la mayoría de los hallazgos como veremos más adelante, coinciden con esos estudios (5,10,22,23).

Los resultados con la escala cualitativa de SAH reflejaron que solo 3 de cada 10 amas de casa percibieron sus hogares como seguros y las otras 7 como inseguros, de estas el 56,4% con inseguridad leve, este bajo número de

hogares percibidos como seguros, también ha sido reportado con anterioridad en nuestro país en una comunidad de Caracas por Lorenzana y Sanjur (10) y más recientemente por Quiñónez y colaboradores en latinoamericanos que viven en California (5).

La pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya que ella puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permiten adquirir los alimentos necesarios de forma suficiente. El problema de muchos hogares pobres es que la mayor parte o la totalidad de sus ingresos apenas alcanzan para cubrir sus necesidades en circunstancias normales. Estos hogares además no tienen capacidad de reserva para hacer frente a la falta de trabajo. Otras causas de la inseguridad alimentaria son la falta de sistemas de subsidio alimentario a los grupos vulnerables que muchas veces está ligado al sistema de salud, la falta de educación especialmente de las madres, que dificulta la confección de dietas equilibradas y en condiciones higiénicas adecuadas, así como mejor distribución intrafamiliar de alimentos (17).

Al desagregar la autopercepción de SAH por nivel social, según Graffar-Méndez Castellano, encontramos una asociación negativa entre seguridad alimentaria y condición socioeconómica, es decir que en condiciones de pobreza hay menos seguridad que en aquellos grupos con niveles socioeconómicos medios o altos. Si bien los estudios de Lorenzana y Sanjur sólo fueron realizados en familias de estratos pobres, estos también consiguieron una asociación fuerte y positiva en este caso entre inseguridad alimentaria y el nivel de pobreza (10).

La autopercepción de SAH según el ingreso al igual que el nivel socio-económico, mostró una asociación negativa con la seguridad alimentaria, sólo el 8,5% de hogares fueron percibidos como seguros cuando los ingresos que devengaban estaban por debajo del salario mínimo, mientras que, los que tenían ingresos por encima de 500.000 bolívares, un poco más de dos salarios mínimos el 57,1% eran percibidos como seguros.

En el último informe de La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre el estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2003, esta estimó que para el periodo 1999-2001, había en todo el mundo 842 millones de personas subnutridas. Esta cifra comprende 10 millones en los países industrializados, 34 millones en países en transición y 798 millones en países en desarrollo. En este informe los países en desarrollo y en transición se agruparon según la tendencia de la subnutrición para los periodos 1990-1992, 1995-1997 y 1999-2001. Un primer grupo de 17 países experimentaron una disminución del número de personas subnutridas, seguida de un aumento, un segundo grupo de 19 países, experimentaron una disminución durante todo el periodo, un tercer grupo de 26 países, entre los cuales se encuentra Venezuela, experimentaron un aumento durante todo el periodo y un cuarto grupo de 22 países experimentaron un aumento seguido de una disminución (18).

Al estimar la prevalencia de la subnutrición, la FAO toma en cuenta la cantidad de alimentos disponible por persona nacionalmente y el grado de desigualdad en el acceso a los alimentos. Un simposio científico internacional sobre la medición y evaluación de la privación de alimentos y la desnutrición, celebrado en 2002, llegó a la conclusión de que el método utilizado por la FAO es la única forma actualmente disponible para realizar estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la subnutrición (18).

La SAH implica no sólo disponibilidad física de los alimentos nutricionalmente adecuados, si no también, acceso a recursos económicos para obtenerlos, permitiendo así que todos los miembros del hogar tengan una alimentación suficiente para lograr un estado nutricional normal, éste además depende del aprovechamiento biológico de los nutrientes contenidos en los alimentos. Para lograr este último eslabón es necesario una adecuada prevención y control de las enfermedades (19).

Al evaluar los niños que presentaban algún déficit nutricional, los representantes de estos niños percibían sus hogares seguros en apenas un 27,3%. Hasta el año 2000 en nuestro país la tendencia de la desnutrición venía en descenso, pero a partir del 2001 esta tendencia comenzó a aumentar (20). Centros como el CANIA (Centro de atención nutricional infantil de Antímano) y en nuestro servicio, la tendencia de la desnutrición grave específicamente aumento, (datos propios) y es justamente en los hogares de estos niños al compararlos con aquellos en donde los déficit nutricionales eran menos intensos, que el porcentaje de madres que los percibieron como seguros fueron menores. Por otra parte, el 48% de los desnutridos graves fueron formas edematosas, lo cual pudiese estar relacionado con la crisis socioeconómica que actualmente atraviesa Venezuela, ya que según Monckeberg a medida que mejoran las condiciones que prevalecen en un país, hay un cambio en las características clínicas de la malnutrición, ya que tiende a cambiar del kwashiorkor o marasmo-kwashiorkor a formas puras de marasmo (21).

Investigaciones realizadas en diferentes países muestran que las características de los hogares pobres y de sus integrantes que se relacionan más fuertemente con la seguridad alimentaria son: el ingreso familiar, el tamaño, quien está al frente de la jefatura del hogar, el nivel de educación de la mujer y la condición de trabajo de esta (3). En este sentido, en nuestro estudio, fueron percibidos como más seguros aquellos hogares donde el padre es el jefe de familia, la madre tiene un mayor grado de instrucción y como menos seguros, aquellos con un mayor número de miembros del grupo familiar.

Alderman y García en Pakistán Rural analizaron datos recolectados en series de 12 entrevistas durante tres años en 800 hogares. La educación de la mujer resultó ser un factor clave en lograr una adecuada SHA, como también una mejor nutrición para sus integrantes. Se concluye que educar a la mujer al menos a nivel primario completo, puede ser 3 veces más efectivo que incrementar los ingresos de los hogares en un 10% (22). A este respecto se encontró que a un mayor grado de instrucción de la madre, el hogar fue percibido como más seguro, en aquellos hogares donde la madre era analfabeta ninguno fue percibido como seguro.

Cuando en los hogares se presenta inseguridad alimentaria, estos generan estrategias para enfrentarla. En este estudio, en los estratos pobres, especialmente en el estrato V, los ajustes internos no fueron suficientes para enfrentar la inseguridad alimentaria, tal como se evidenció por el número mayor de respuestas positivas relacionadas con las experiencias de hambre en algún niño. Estos resultados concuerdan con otros estudios (23) que han aplicado la escala, en los cuales se repite de manera reiterativa, que cuando se señala que los niños se acuestan con hambre es porque se trata de hogares asociados con inseguridad alimentaria severa. En nuestra investigación, sólo se reportó inseguridad grave en el estrato IV y especialmente en el V, ambos tuvieron más respuestas positivas con respecto a niños que se acuestan con hambre.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, recomendamos: establecer una Política de Seguridad Alimentaria, focalizada en los individuos, especialmente en los más vulnerables (niños con malnutrición por déficit que viven en condiciones de pobreza) y realizar monitoreo y seguimiento de la seguridad alimentaria en los hogares, con la finalidad de establecer las medidas necesarias para garantizar el acceso de las familias a una cantidad suficiente y segura de alimentos, ya que la seguridad alimentaria puede modificarse a través del tiempo.

Referencias

1. FAO. World Food Summit. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Roma, Italia. 1996. [[Links](#)]
2. Maxwell S, Frankberger T. House food security: Concepts, Indicators, Measurements. A technical review. UNICEF. New York 1993. [[Links](#)]
3. Dehollain P. Conceptos y factores condicionantes de la seguridad alimentaria en hogares. Arch Latinoamer Nutr 1995; 45(1-S):338s-340s. [[Links](#)]
4. Campbell CC. "Food insecurity: A nutritional outcome or a predictor variable?" J Nutr 1991; 121:408-415. [[Links](#)]
5. Melgar-Quiñones H, Kaiser L, Martín A, Metz D, Olivares A. Inseguridad alimentaria en latinos de California: Observaciones de grupos focales. Salud Publica de México 2003; 45(3):198-205. [[Links](#)]
6. Alaimo K, Briefel R, Fronceilo E, Otson C. Food insufficiency exists in the United States. Results from the third national health and nutrition examination survey (NHANESIII) Am J Public Health 1988; 88:419-426. [[Links](#)]
7. Briefel R, Woteki CE. Development of food sufficiency questions for the third national health and nutrition survey. J Nutr Educ 1992; 24:245-285. [[Links](#)]
8. Radimer K L, Olson C M, Greene J C, Campbell C C, Hahich J P " Understanding hunger and developing indicators to assessed it in women and children" J Nutr Educ 1992;24;36S-45S. [[Links](#)]
9. Wechler C A, Scott R L, Anderson I J. "The community childhood identification project a model of domestic hunger. Demonstration project in Scatle Washington" J Nutr Educ 1992; 24:29S-35S. [[Links](#)]
10. Lorenzana P, Sanjur D. La adaptación y validación de una escala de seguridad alimentaria en una comunidad de Caracas, Venezuela. Arch Latinoamer Nutr 2000; 50(4):334-340. [[Links](#)]
11. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO).Seguimiento de la cumbre mundial sobre la alimentación. Esquema de estrategia para el desarrollo agrícola nacional hacia el 2010.Caracas 2000. [[Links](#)]
12. Indicadores globales de fuerza de trabajo. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 20003. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/hogares/seleccionhogares.asp> [[Links](#)]
13. Figueroa D. Seguridad alimentaria familiar. RESPYN 2003; 4(2). Disponible en <http://www.respyn.uanl.mx/iv/2/index.html>. [[Links](#)]

14. Mercado C, Lorenzana P. Acceso y disponibilidad alimentaria familiar. Validación de instrumentos para su medición. Caracas: Fundación Polar. 2000. [[Links](#)]
15. Landaeta-Jiménez M, Macias-Tomei C, Fossi M, García M, Layrisse M, Méndez Castellano H. Tendencia en el crecimiento físico y estado nutricional del niño venezolano. Arch Venez Pueric Pediatr 2002; 65(1):13-20. [[Links](#)]
16. Méndez Castellano H, Méndez M C. Sociedad y Estratificación. Método Graffar Méndez Castellano. Fundacredesa. Caracas,1994:206 [[Links](#)]
17. Morón C. Seguridad alimentaria en América Latina. Arch Latinoamer Nutr1995; 45(1S):329S-337S. [[Links](#)]
18. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2003. Disponible en: <http://www.fao.org/catalog/Inter-s.htm>. [[Links](#)]
19. ¿Qué se entiende por inseguridad alimentaria y vulnerabilidad? Disponible en: <http://www.fivims.net/static.jsp?lang=es&page=overview> [[Links](#)]
20. Sistema integrado de indicadores sociales para Venezuela (SISOV). Indicadores Nutrición y Alimentación/Déficit Nutricional/Déficit antropométrico nutricional. Disponible en: <http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores/nutrición/deficitnutricional/nu01001000000000/index.html> [[Links](#)]
21. Monkeberg F. Desnutrición proteico-energética: Marasmo. En: Brunser O, Carrazza F, Gracey M, Nichols b, Senterre J editores. Nutrición Clínica en la Infancia. Nestlé Nutrition, Vevry/Raven Press, New York;1985:p121. [[Links](#)]
22. Alderman H, Garcia M. Poverty Household food security and nutrition in rural Pakistan. International Food Policy Research Institute Research. Report 96 Washington D.C. 1993:1-63. [[Links](#)]
23. Lorenzana P. Inseguridad alimentaria y experiencias de hambre en hogares Venezolanos menos privilegiados. Rev Esp Nutr Comunitaria 2003;9(3):138-143 [[Links](#)]

Urbanización Altamira, 8º Transversal con 7ª Avenida. Quinta Pacairigua. Caracas. Venezuela
Código Postal 1010. Teléfono: 2637127 - 2636918



maritzal@telcel.net.ve fbengoanutricion@cantv.net