

Nutrición y calidad de vida

José María Bengoa

1. Introducción

Al agradecer la invitación que me han hecho las autoridades del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oriente para hablarles de *Nutrición y Calidad de Vida* debo confesar ante todo, con cierto rubor, que es la primera vez que visito Ciudad Bolívar. En los casi 60 años que llevo en Venezuela, he podido conocer y trabajar en todos los estados del país, excepto en este Estado Bolívar. No podría explicar este imperdonable error, si no fuera por la existencia real de "duendes infernales" que conducen el destino de nuestras vidas. En todo caso, gracias por haberme dado la oportunidad, en mi última vuelta del camino, de conocer esta ciudad incomparable.

El título de la conferencia que ustedes me han pedido, indica bien a las claras, que están pensando en términos de la salud positiva más que en los aspectos negativos de la enfermedad y la muerte. Buen punto, ya que por un lado cada día se salvan más vidas y por otro, es bien visible las ínfimas condiciones y calidad de vida en que están obligados a vivir los supervivientes.

2. Los supervivientes

En tanto que en Europa, a raíz de la revolución industrial, en el siglo pasado, se logró disminuir las tasas de mortalidad a la mitad, en un período de 100 años, en América Latina, lo hemos logrado en 25 años. Pero mientras en el viejo continente se alcanzó dicha disminución por el mejoramiento de las condiciones de vida, especialmente la nutrición, en América Latina lo hemos logrado gracias a los avances de la tecnología médica y farmacológica. Por eso el proceso en América Latina ha sido más rápido que en Europa. El tema está bien documentado en los trabajos de McKeown (1).

Por ello la calidad de desarrollo físico y funcional de los supervivientes ha sido diferente. Si el descenso de las tasas de mortalidad se debe al mejoramiento de la nutrición y otras condiciones de vida, como fue en Europa, los supervivientes mantienen un vigor y calidad de vida generalmente satisfactorios. Lo contrario nos sucede en América Latina y especialmente en Venezuela.

El número de supervivientes va en aumento. Hoy franquean y superan el riesgo de muerte, niños que hubieran sido capaces igualmente de vencer el peligro cuarenta años atrás, pero también muchos de los que años antes hubieran inexorablemente sucumbido. Cada día, por lo tanto, se van salvando más vidas gracias a la acción médico-sanitaria y no gracias al mejoramiento de las condiciones de vida.

3. Calidad de vida y bienestar social

La calidad de vida tuvo en sus orígenes una interpretación exclusivamente ecológica. Eran las condiciones del medio ambiente lo que definía la calidad de vida. La contaminación atmosférica, fue sobre todo, el indicador más usado en los estudios de calidad de vida.

Más recientemente se ha venido usando la expresión "calidad de vida" casi como sinónimo de bienestar social y el estado de salud como uno de los indicadores del bienestar. Ya lo dijo Demócrito, cinco siglos antes de Cristo: "El bienestar no consiste en la posesión de tierras, animales y oro, es la salud el asiento del bienestar humano".

Pero si en términos individuales el estado de salud es un elemento esencial para calificar el bienestar social o calidad de vida, no lo es en la misma dimensión cuando nos referimos a los índices de salud de poblaciones. Pueblos subdesarrollados están alcanzando índices de expectativas de vida, mortalidad general, infantil, preescolar, etc., que tenían los países desarrollados hace 30 ó 40 años. Sri Lanka (antes Ceilán) tiene ahora casi los mismos índices de salud que los EE.UU., pero el PNB de este país es 36 veces más elevado que el de Sri Lanka.

Cuando por las décadas 50 ó 60, Venezuela tenía una mortalidad infantil de 60 por mil nacidos vivos, EE.UU. tenía la tasa de 20; ahora Venezuela tiene poco más de 20, es decir la que EE.UU. tenía hace 40 años. Sería innecesario preguntar: ¿tenemos hoy en Venezuela la calidad de vida que tenía EE.UU. hace 40 años?

Los índices de salud aislados pueden ser pues insuficientes para medir la calidad de vida.

Jornadas Aniversarias del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar. Mayo, 1995.

Ante la pregunta: "¿En qué consiste y cómo se puede obtener el bienestar de una comunidad?", así contestó una aldea de México:

El bienestar físico y mental de la gente en mi pueblo, se mantiene por medio de las actividades sociales, de salud, de educación, de recreación y de trabajo para todos, que organizamos con la participación de todas las familias e individuos de la comunidad" (2). Difícil sería dar una respuesta mejor.

Lo importante por lo tanto es identificar los elementos que condicionan la calidad de vida.

Entre los elementos positivos de la salud habría que tenerse en cuenta el estado nutricional. Los estudios antropométricos se han extendido en todo el mundo, hasta alcanzar dimensiones extraordinarias. La cantidad de datos disponibles, tanto a nivel nacional como internacional son considerables. Las interpretaciones, sin embargo, no siempre son acertadas. Haría falta una mejor definición de los términos usados hoy en día, particularmente de "la desnutrición actual moderada" definida con la relación peso/talla, y "la desnutrición crónica grave" en casos de niños con talla muy baja. Lo que me preocupa es la palabra grave, cuando la talla es muy baja, ya que esa palabra en medicina es indicativa de un pronóstico de riesgo de muerte. Son expresiones que no corresponden a la realidad de los hechos.

No obstante, los indicadores antropométricos son, sin duda, los datos más útiles para la evaluación del estado nutricional de poblaciones.

La talla baja es un buen indicador de la existencia de una desnutrición crónica en una comunidad.

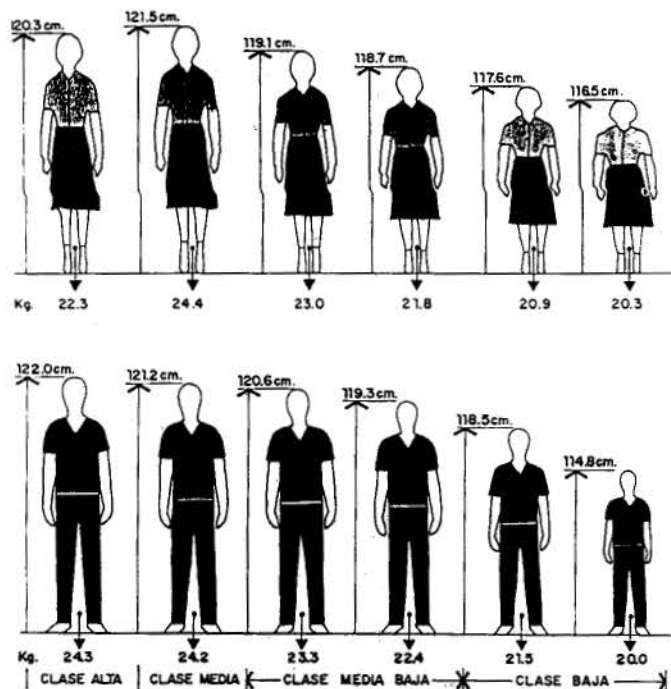
Hace ya muchos años que sugerí la talla del niño(a) de 7 años, como indicador de la historia nutricional y social de una comunidad (3). Hoy se vienen haciendo censos de talla en niños(as) de 7 años en varios países de Sud y Centroamérica. Las diferencias según los estratos sociales en Venezuela son bien significativos (Gráficos 1 y 2).

También puede ser útil el indicador de "talla de mujeres en edad fértil" (11 a 45 años), ya que está en relación con el índice de bajo peso al nacer. El indicador sería el porcentaje de mujeres con talla inferior a 1,45 m (en algunos países inferior a 1,49 m). El índice de bajo peso al nacer es, también, en sí mismo, un buen indicador nutricional.

Estos son simples ejemplos de la amplia gama de indicadores antropométricos que pueden y deben usarse en estudios de comunidades.

Dentro del concepto de calidad de vida el problema seguramente más importante es el conocimiento de los "factores de riesgo para la salud" que se traducen en enfermedades y muertes prematuras, invalideces, envejecimiento y otros que malogran la calidad de vida, y que ustedes están tratando en estas Jornadas.

Gráfico 1
Peso y talla, diferencias según puntaje de Graffar
Edad 7 años. Venezuela 1961



FUENTE: Fundacredesa. Proyecto Venezuela. Muestra Nacional 1991.

Pero junto a los aspectos biológicos, la calidad de vida está asociada a la satisfacción de las necesidades del ser humano. Ello está estrechamente relacionado con el funcionamiento de la sociedad. Las necesidades del hombre no son simples demandas biológicas, económicas y sociales que se satisfacen con ciertos consumos, medidos por encuestas de condiciones de vida, es decir, lo objetivo que nos rodea, sino también la reacción subjetiva que ello produce y el valor que le concedemos (San Martín H. y Pastor V.). La calidad de vida es un fenómeno dinámico, y en cierto modo inestable, que busca el equilibrio físico y mental.

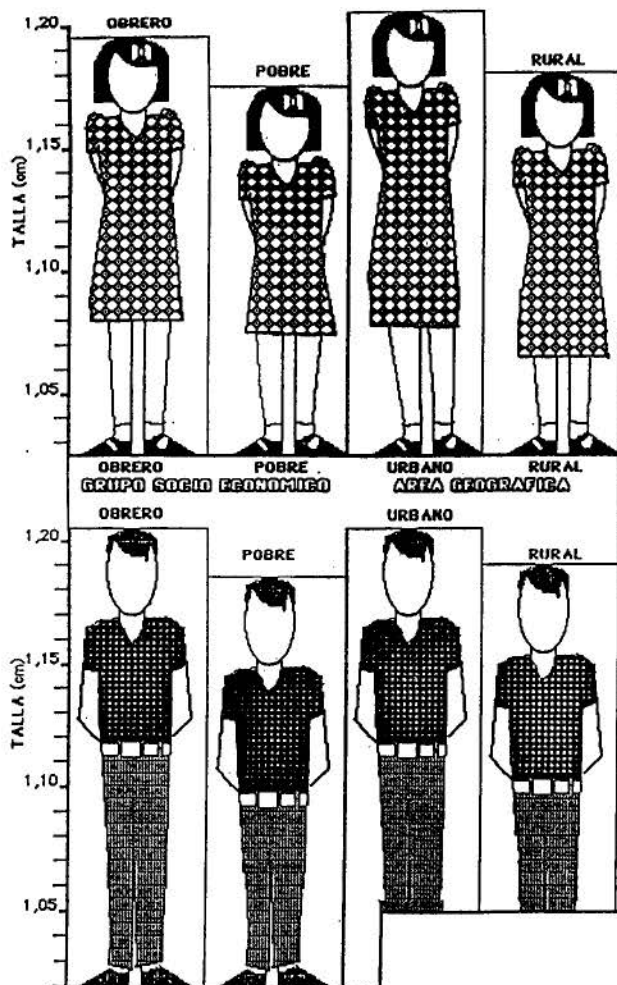
Nadie tiene una vida totalmente negativa ni positiva. Todos estamos en un estado de equilibrio físico, psíquico y social, inestable, que nos conduce a momentos de felicidad y en ocasiones a crisis de tristeza o abatimiento. Tiene, por tanto, un alto grado de subjetividad.

Se podría decir que la calidad de vida es la relación o equilibrio que el ser humano establece, entre los estímulos negativos (adversos, desagradables) y los positivos, en el curso de la vida. No es, pues, sólo lo objetivo y concreto que nos rodea sino también la reacción subjetiva.

4. La pobreza en Venezuela

Parece obligado ahora pasar a examinar las tendencias de algunos indicadores de bienestar social, según

Gráfico 2
Talla a los 7 años en diferentes grupos socioeconómicos
y geográficos de Venezuela
Años 1981-82 (cms)



FUENTE: INN. Encuesta nacional de nutrición. 1981-82.

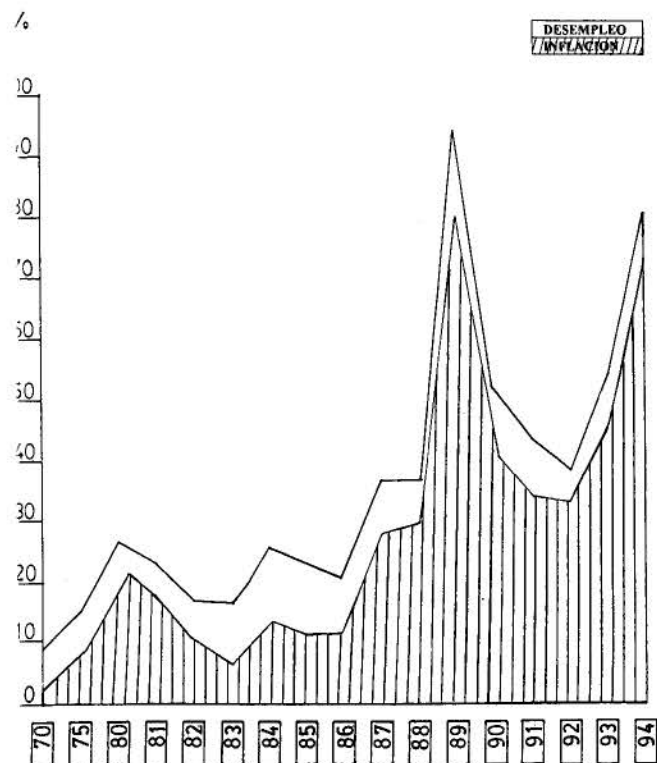
el reciente informe preparado por el Gobierno Nacional, para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, celebrado en Copenhague, 1995 (4).

Un índice que los economistas vienen usando es el de la combinación de inflación y desempleo, que son los factores macroeconómicos que mayor influencia tienen sobre el bienestar de la población. La suma de los indicadores da el "índice de miseria" (expresión que nos parece excesiva). El Gráfico 3 ofrece los valores desde 1970-1994. Es de observar los dos picos notables en los años 1989 y 1994. Dicho índice pasó de 8,6% en 1970 a 80% en 1994.

En Venezuela se utilizan tres metodologías para la estimación de la pobreza.

Una es "las líneas de pobreza", que vienen determinadas por dos variables: el ingreso y el costo de una canasta mínima de alimentos. La "línea de pobreza general" es cuando la familia tiene que gastar en dicha canasta más del 50% del ingreso y "línea de pobreza extrema" cuando tiene que gastar más del 100% del ingreso en comida.

Gráfico 3
Índice de miseria (desempleo e inflación)



FUENTE: Banco Central de Venezuela. Informe económico. Varios años.

Con relación a 1984 la pobreza general o total, se duplica en 1993, y la pobreza extrema se triplica (Cuadro 1).

Esta metodología ha venido siendo utilizada por la CEPAL, y a veces por IESA. Tiene la ventaja de su simplicidad para evaluar el número de familias que se encuentran en lo que se ha convenido en llamar "inseguridad alimentaria familiar".

El "Mapa de la Pobreza" se basa en el enfoque de "satisfacción de necesidades básicas", e incluye los siguientes índices: no asistencia a la escuela, hacinamiento, viviendas inadecuadas, ausencia de servicios básicos, y otros. Si la familia no satisface una de estas necesidades, indica "pobreza"; si la insatisfacción es de más de una, indica "pobreza extrema". El sesgo en los indicadores en la vivienda es evidente (Cuadro 2).

Cuadro 1
Evolución del porcentaje de hogares en situación de pobreza 1984-1993. II semestre

| Años | Pobreza extrema | Pobreza total |
|------|-----------------|---------------|
| 1984 | 11% | 36% |
| 1985 | 16% | 46% |
| 1986 | 23% | 52% |
| 1987 | 16% | 47% |
| 1988 | 14% | 46% |
| 1989 | 30% | 62% |
| 1990 | 33% | 67% |
| 1991 | 34% | 67% |
| 1992 | 28% | 62% |
| 1993 | 33% | 62% |

FUENTE: Agroplan, con base en OCEI y costo de la Canasta Normativa de Alimentos y de Bienes y Servicios.

Cuadro 2
Necesidades básicas insatisfechas y en situación de pobreza extrema 1994 (porcentaje de población)

| Entidad Federal | Pobreza extrema | N:B:I |
|------------------|-----------------|-------|
| Venezuela | 21,6 | 48,9 |
| Distrito Federal | 9,8 | 33,7 |
| Amazonas | 32,7 | 59,9 |
| Anzoátegui | 27,0 | 55,7 |
| Apure | 44,1 | 70,1 |
| Aragua | 14,3 | 40,6 |
| Barinas | 27,5 | 55,8 |
| Bolívar | 21,8 | 48,2 |
| Carabobo | 18,5 | 45,1 |
| Cojedes | 22,4 | 50,2 |
| Delta Amacuro | 43,5 | 66,3 |
| Falcón | 26,0 | 56,1 |
| Guárico | 30,7 | 59,0 |
| Lara | 28,4 | 54,8 |
| Mérida | 18,6 | 48,8 |
| Miranda | 15,3 | 38,5 |
| Monagas | 23,0 | 53,4 |
| Nueva Esparta | 16,1 | 46,7 |
| Portuguesa | 32,4 | 61,1 |
| Sucre | 29,9 | 60,5 |
| Táchira | 15,3 | 44,5 |
| Trujillo | 25,9 | 55,7 |
| Yaracuy | 22,7 | 52,2 |
| Zulia | 25,9 | 55,0 |

FUENTE: Agroplan, con base en OCEI y costo de la Canasta Normativa de Alimentos y de Bienes y Servicios.

El tercer método es el de Graffar, modificado por Méndez Castellano, y es el que se usa en Fundacredesa. Utiliza cuatro variables (profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuentes de ingreso y condiciones de alojamiento). Establece cinco estratos (Cuadro 3).

Las diferencias que se observan en las distintas publicaciones se deben principalmente a la distinta metodología empleada (Cuadro 4).

Personalmente, me inclino hacia la clasificación que utilizan algunos países europeos, en la que se distingue la "pobreza de acumulación" de la "pobreza de mantenimiento". La primera es la pobreza estructural, la que viene de padres a hijos, y que es la típica pobreza

Cuadro 3
Estratificación social de la familia venezolana 1981-1993

| | 1981 | 1990 | 1993 |
|-------------------------|--------|--------|--------|
| Estrato I y II (alto) | 5,48% | 7,57% | 8,16% |
| Estrato III (medio) | 14,10% | 13,35% | 13,65% |
| Estrato IV (medio bajo) | 42,33% | 35,73% | 37,85% |
| Estrato V (bajo) | 38,05% | 43,45% | 40,34% |

FUENTE: Fundacredesa.

Cuadro 4
Estimaciones de pobreza según diferentes estudios (Índice de conteo para familias (%))

| Años | World bank | CEPAL | IESA | BID | Márquez |
|------|------------|-------|------|-----|---------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1981 | | 25 | 24 | 24 | 18 |
| 1982 | 33 | | | | |
| 1983 | | | | | |
| 1984 | | | | | |
| 1985 | | | | | 25 |
| 1986 | | 32 | | | |
| 1987 | 44 | | 45 | 29 | 32 |
| 1988 | | | | | |
| 1989 | 53 | | 60 | 48 | 41 |
| 1990 | | | 59 | | |
| 1991 | | | | | 35 |

1 Banco Mundial, Venezuela Poverty Study, 1991.

2 CEPAL, Magnitud de pobreza en América Latina en los ochenta, mimeo, 1990.

3 Hausman y Rigobón (ed.), Gasto Público y Distribución del Ingreso en América Latina, IESA-BID, 1993.

4 Morley, S. y Alvarez, C., Poverty and Adjustment in Venezuela, BID, 1991.

5 Márquez, G., Pobreza y Políticas Sociales en Venezuela, mimeo 1993.

FUENTE: CEPAL, la equidad en el panorama social de América Latina durante los ochenta, 1991.

rural de Venezuela, y algunos barrios periféricos de las ciudades. Se mide por los bienes que posee (tipo de vivienda, muebles, educación, utensilios, etc.). En cambio la pobreza de mantenimiento se relaciona con los ingresos; y la capacidad de compra. Es el tipo de pobreza de muchos de la clase media de hoy en Venezuela.

Si se analizan los anteriores criterios con este último se observará que el método de la "línea de la pobreza" corresponde exactamente a la pobreza de mantenimiento, en tanto que el Mapa de la Pobreza y la Clasificación de Graffar se identifican con la "pobreza de acumulación".

Sería útil que las entidades responsables de estos estudios llegaran a un acuerdo en cuanto a utilizar una metodología uniforme.

5. Indicador único

Se han realizado varios intentos para concentrar en un solo indicador el bienestar social. Uno de los intentos más extendidos es el realizado por el "Overseas

Development Council" de Washington en 1977 que ha desarrollado un índice denominado "Índice de la calidad física de la vida" dándole una ponderación de un tercio a cada componente (analfabetismo, mortalidad infantil y esperanza de vida). El índice más alto con valor de 100 en cada uno de los indicadores se asigna al país que cuenta con el mejor indicador y el valor 1 se asigna al país más desfavorecido. Nos parece que este indicador único tiene un sesgo demasiado marcado hacia el área de la salud.

6. Ante la crisis

Las crisis se producen, según Gramsci, cuando lo viejo no acaba de morir y lo nuevo no acaba de nacer.

Teóricamente, se podría hacer una hipótesis de trabajo acerca de la posible secuencia de los acontecimientos que ocurren, a nivel microeconómico, en la sociedad, en épocas de crisis, asumiendo que ésta implica una reducción importante del poder adquisitivo de la población. Decía Ortega y Gasset que en tiempo de crisis no sabemos lo que nos pasa, y eso es lo que nos pasa.

Como primera aproximación --no creo que haya mucho escrito sobre el tema en el área de nutrición-- pensamos que la secuencia del fenómeno de la crisis a nivel familiar realiza los siguientes pasos (Cuadro 5).

Mientras la crisis es moderada, la sociedad ajusta su estilo de vida utilizando varios "colchones" de reserva sobre los cuales descansar, al menos temporalmente. En primer lugar, la familia disminuye su capacidad de ahorro y pronto empieza a gastar sus ahorros. A continuación disminuyen los gastos superfluos o los menos vitales, tales como vestido, viajes, etc. La calidad de vida comienza a deteriorarse.

Pronto la familia se ve obligada a dedicar mayor proporción de sus ingresos a los gastos en alimentación, y se observa simultáneamente un mayor aprovechamiento de los alimentos e incluso de la comida preparada.

La compra de alimentos se modifica. Se adquieren aquellos de mayor rendimiento energético, como cereales, a costa de una menor compra de productos animales. Ello conduce a un cambio en la estructura de la dieta.

Comienza entonces, si la crisis continúa o se agrava, una disminución del consumo calórico, cuyas consecuencias en el adulto, pero sobre todo en el niño, pueden ser graves.

Nos parece que un momento crucial en esta secuencia es cuando la familia comienza a cambiar la estructura de la dieta, que es de suponer precede a la disminución del consumo calórico, que es donde parece que nos encontramos ahora.

Como consecuencia de ello, hay cambios en la patología, incluso del adulto, ciertas enfermedades crónicas asociadas al exceso alimentario tienden a dis-

minuir, en tanto que otras, como la tuberculosis, comienzan a aumentar. Pudiera decirse que mientras la salud es un componente de la calidad de vida, ésta a su vez influye en la patología. Se ha dicho que hay enfermedades de la riqueza y enfermedades de la pobreza.

La situación se agrava cuando la familia se ve obligada a consumir menos calorías, que puede conducir a la disminución de peso, y al riesgo de disrupciones sociales (raterismo, violencia, prostitución juvenil, revueltas, etc.).

En todo caso, aún manteniéndose una resignada calma, la población puede disminuir su actividad física, su rendimiento en la escuela y su productividad. Obviamente se observa un marcado deterioro de la calidad de vida.

7. Metas Nutricionales y Guías de Alimentación

Probablemente el aspecto más importante en relación con la nutrición y calidad de vida es el de la fijación de ciertas metas nutricionales y guías de alimentación para la población.

En noviembre de 1987 la Fundación Cavendes en colaboración con la Universidad de Naciones Unidas, convocó una reunión de expertos latinoamericanos con el fin de elaborar metas nutricionales y sugerir algunas recomendaciones para la elaboración de las Guías de Alimentación para cada país.

El motivo de esta reunión era restablecer ciertas normas de consumo alimentario adaptadas a las condiciones de la región.

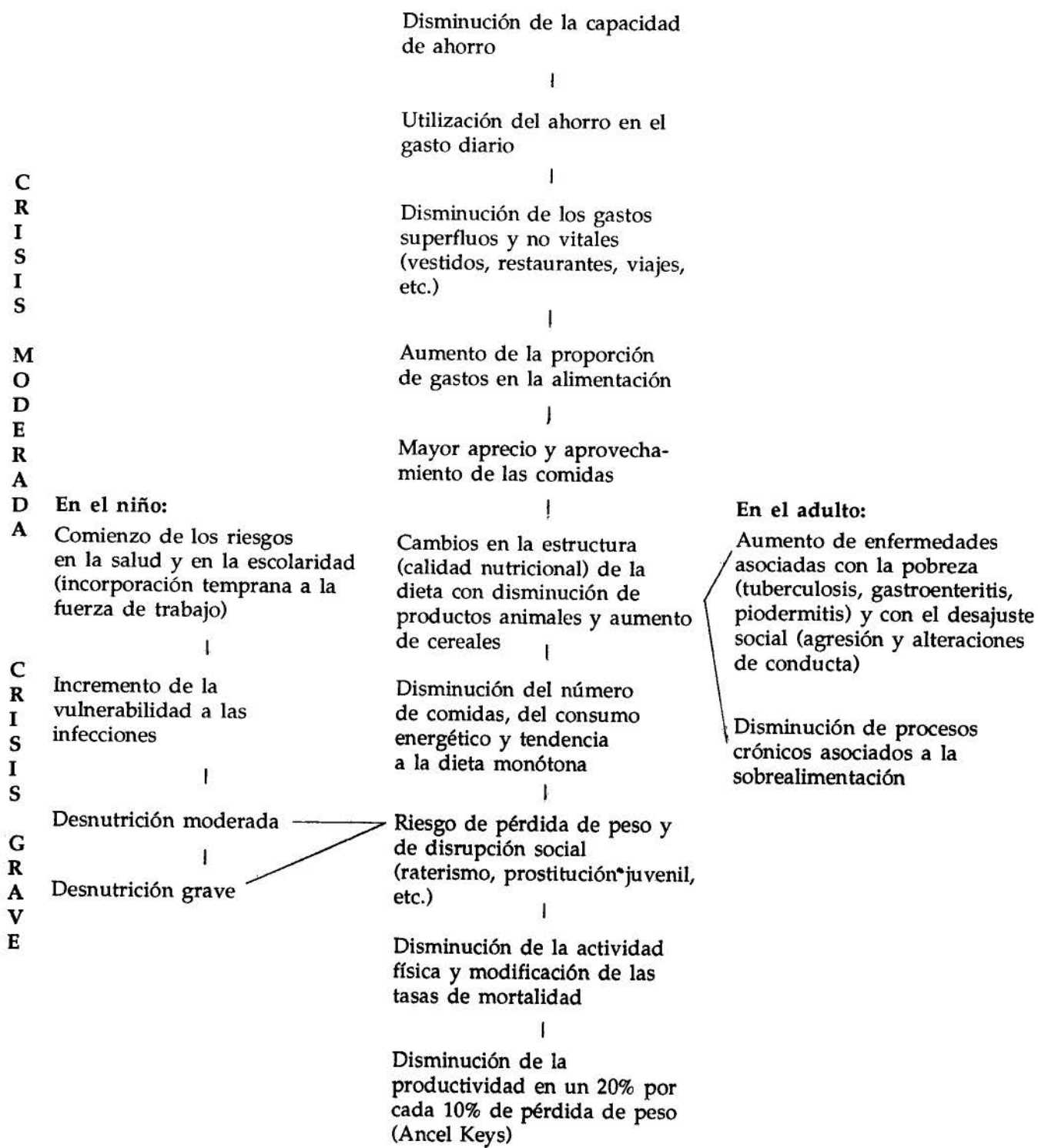
Mientras que los requerimientos o *necesidades nutricionales* se refieren a las cantidades mínimas que deben ser consumidas de los diferentes nutrientes, las *metas* se refieren más bien a las cantidades máximas, principalmente de macronutrientes. Las metas nutricionales se han adaptado para Venezuela manteniendo aproximadamente las mismas cifras que se recomendaron a nivel latinoamericano. En el Cuadro 6 se incluye las metas que se recomiendan para Venezuela, y en el Cuadro 7, las 12 Guías de Alimentación. Tanto unas como otras se elaboraron por grupos pertenecientes a la UCV, al INN y a la Fundación Cavendes. Convendría darles a ambas la mayor difusión posible.

8. Los cinco bloques de problemas

Si los problemas de nutrición se pudieran condensar en uno solo, la estrategia podría orientarse hacia un enfoque global, pero es evidente que existen problemas que varían en su etiología, patogenia y sobre todo en su modalidad estratégica para ser abordado. El problema nutricional no es uno en su dimensión etiopatogenia y por lo tanto en su estrategia.

¿Cómo agrupar en bloques homogéneos los problemas nutricionales que aparecen como mezclas heterogéneas y confusas? Ese es el primer paso a dar:

Cuadro 5
Secuencia de los posibles cambios en períodos de crisis a nivel microeconómico



Cuadro 6
Metas nutricionales de la población venezolana

| | Aporte por 1.000 kcal | Observaciones |
|----------------------|-----------------------|--|
| * Energía | | Preescolares: 0,6-0,8 kcal/ml alimentación líquida. 2 kcal/g alimentación sólida. Otras edades: 1,4-2,5 kcal/g dieta total |
| * Proteínas | 23 g | 9-14 por ciento de la energía total. Dietas mixtas = 1.0 g/kg de peso. Dietas de buena calidad = 0,8 g/kg de peso. 1/3 de origen animal |
| * Grasas totales | | |
| — Menores de 16 años | 28-33 g | 20-25 por ciento de la energía total, incluyendo grasa intrínseca de los alimentos para adultos y hasta 30% para menores de 16 años. |
| — Mayores de 16 años | 22-28 g | |
| • Saturadas | 9 g | No debe aportar más de 8% de la energía total. |
| • Monoinsaturados | 10 g | |
| • Poliinsaturados | 10 g | |
| • Colesterol | | |
| — Adultos | 100 mg | 300 mg/día |
| — Niños | | |
| * Carbohidratos | | |
| • Complejos | 125 g - 150 g | 50-60 por ciento de la energía total. |
| * Simples | 25 g | 10 por ciento de la energía total. |
| * Fibras | 8 g - 10 g | Medida por un método comprensivo que incluye fibra soluble en agua, y no como fibra "cruda". |
| * Sal | | Limitar ingesta total de sal común (NaCl) a 5 g/día, en condiciones de sudoración profusa hasta 10 g/día. |

agrupar los bloques de problemas que podrían ser objeto de estrategias específicas.

Estos bloques de problemas tienen los siguientes cinco enunciados:

- La desnutrición actual, grave o moderada.
- La desnutrición crónica o secuelas de una desnutrición pasada.
- Las deficiencias específicas de micronutrientes.
- Las enfermedades o procesos crónicos degenerativos.
- La inseguridad alimentaria familiar (pobreza).

Como se observa en el Gráfico 4, los cinco bloques de problemas tiene distinta extensión, diferente significación social y claramente grandes diferencias en cuanto a la factibilidad de su prevención o control.

9. Grafosíntesis

Se presenta en el Gráfico 5 un esquema-síntesis de las estrategias específicas a seguir en el control de los cinco problemas de nutrición que han sido identificados como los más importantes.

Cada uno de estos problemas tienen su estrategia específica, cuya expresión "clave" se da en dicho esquema.

Cuadro 7
Guías de alimentación para Venezuela

| | |
|------|--|
| I | Consuma diariamente una alimentación variada. |
| II | Como lo justo para mantener un peso adecuado. |
| III | Como preferentemente con su grupo familiar. |
| IV | Practique hábitos higiénicos al manipular los alimentos. |
| V | Administre bien su dinero en la selección y compra de los alimentos. |
| VI | La leche materna es el mejor alimentos para los niños menores de seis meses. |
| VII | Es suficiente ingerir los alimentos de origen animal, en cantidades moderadas. |
| VIII | Emplee aceites vegetales en la elaboración de sus comidas y evite el exceso de grasa de origen animal. |
| IX | Obtenga la fibra que necesita su organismo de los alimentos vegetales que consume diariamente. |
| X | Modere el consumo de sal. |
| XI | El agua es imprescindible para la vida y su consumo ayuda a conservar la salud. |
| XII | Las bebidas alcohólicas no forman parte de una dieta saludable. |

Estas estrategias precisan de unas "ruedas de transmisión", para lograr el movimiento necesario para una acción eficaz. Estas ruedas de transmisión son la investigación, la docencia y educación, un banco de datos, la vigilancia y evaluación y finalmente una legislación apropiada.

Definidas las estrategias, y ejecutadas a través de una cierta movilización de las ruedas de transmisión, se necesita, obviamente, las dos grandes ruedas del desarrollo, a nivel macroeconómico y macrosocial, que comprenda, al menos, una política coherente socioeconómica, junto con una nueva fuerza en el desarrollo educativo. Sólo así se podrían alcanzar los objetivos de lucha contra los problemas nutricionales del país.

Ante la imposibilidad de abordar estos cinco problemas, terminaré con un comentario final sobre el problema de la Inseguridad Alimentaria Familiar, que es el tema más vinculado con la calidad de vida.

10. Inseguridad Alimentaria Familiar

Este es el problema alimentario más acuciante que presenta el país en estos momentos.

La seguridad alimentaria se define como el acceso de toda la población en cualquier momento a los alimentos que se necesitan para llevar una vida sana (FAO-OMS).

Es un desequilibrio entre disponibilidad de compra y precios. El ama de casa es capaz, y de hecho lo hace, de seleccionar aquellos alimentos de mayor rendimiento energético al menor costo, pero lo que le enerva, lo que crea la angustia del ama de casa, es la sorpresa diaria, el derrumbe de un plan previamente pensado en casa, y que obliga al cambio de alimentación de la familia.

Como dice el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Nutrición, celebrada en Roma en 1992.

La seguridad alimentaria familiar tiene tres dimensiones. En primer lugar, es preciso garantizar un suministro suficiente de alimentos tanto a escala nacional como en los hogares. En segundo lugar, es preciso conseguir un grado razonable de estabilidad en el suministro de alimentos, tanto de un año a otro, como a lo largo del año. En tercer lugar, y ésta sería la dimensión más fundamental, cada hogar debe tener acceso material y económico a una cantidad suficiente de alimentos, es decir, capacidad de producir o adquirir los alimentos que necesita en forma sostenible. En este contexto, deberá incrementarse la atención a los regímenes alimenticios debidamente equilibrados, que aporten todos los nutrientes necesarios, sin exceso ni desperdicios.

Dos estrategias deben ejecutarse simultáneamente (Gráfico 6).

Por un lado deben establecerse medidas preventivas que permitan garantizar una oferta de alimentos básicos, a precios razonables acordes con los ingresos y por otro lado deben organizarse medidas paliativas temporales de recuperación y compensación nutricional.

En la medida que las primeras intervenciones preventivas se pongan en marcha y vayan progresando, las segundas, es decir las compensatorias, podrán ir disminuyendo.

En el Cuadro 8 se ofrecen algunas sugerencias, tanto de las medidas preventivas como compensatorias.

11. Punto final

Como ya he señalado en repetidas ocasiones, las actividades de nutrición a nivel local son fundamentales en el mejoramiento de la calidad de vida del venezolano.

Sin descartar la necesidad de acertadas medidas macroeconómicas, tengo el convencimiento que un buen programa de nutrición comunitaria, es la mejor —tal vez la última— trinchera de la lucha contra la desnutrición.

Gracias, una vez más, por haberme dado la oportunidad de estar con ustedes estos días.

Referencias

1. McKeown Thomas. Los orígenes de las enfermedades humanas. Ed. Crítica. Barcelona, España, 1990.
2. San Martín H y Pastor V. Epidemiología de la vejez. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1990.
3. Bengoa JM. Significance of Malnutrition and Priorities for its prevention. En Nutrition. National Development and Planning. Edit. Berg A et al. MIT Press 1973.
4. Venezuela ante la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Ministerio de la Familia. Caracas, 1995.

GRAFICO 4

PRINCIPALES ENFERMEDADES Y PROCESOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A LA NUTRICION EN VENEZUELA

| ENFERMEDADES NUTRICIONALES | EXTENSION | SIGNIFICACION SOCIAL EN VENEZUELA | FACILIDAD DE PREVENCION |
|--|-----------|-----------------------------------|-------------------------|
| 1) Desnutrición actual, grave y moderada | ● | ● | ● |
| 2) Desnutrición Crónica | ● | ● | ● |
| 3) Deficiencias de Micronutrientes: | | | |
| - Hierro | ● | ● | ● |
| - Vitamina A | ● | ● | ● |
| - Iodo | ● | ● | ● |
| 4) Enfermedades y procesos crónicos no transmisibles | ● | ● | ● |
| 5) Inseguridad Alimentaria y Familiar | ● | ● | ● |

BENGOA, JM

Orden de magnitud:

● BAJO

● MEDIO

● ALTO

Fuente: Fundación Cavendes 1995

GRAFICO 5
ESTRATEGIAS ESPECIFICAS PARA LOS PROBLEMAS DE NUTRICION

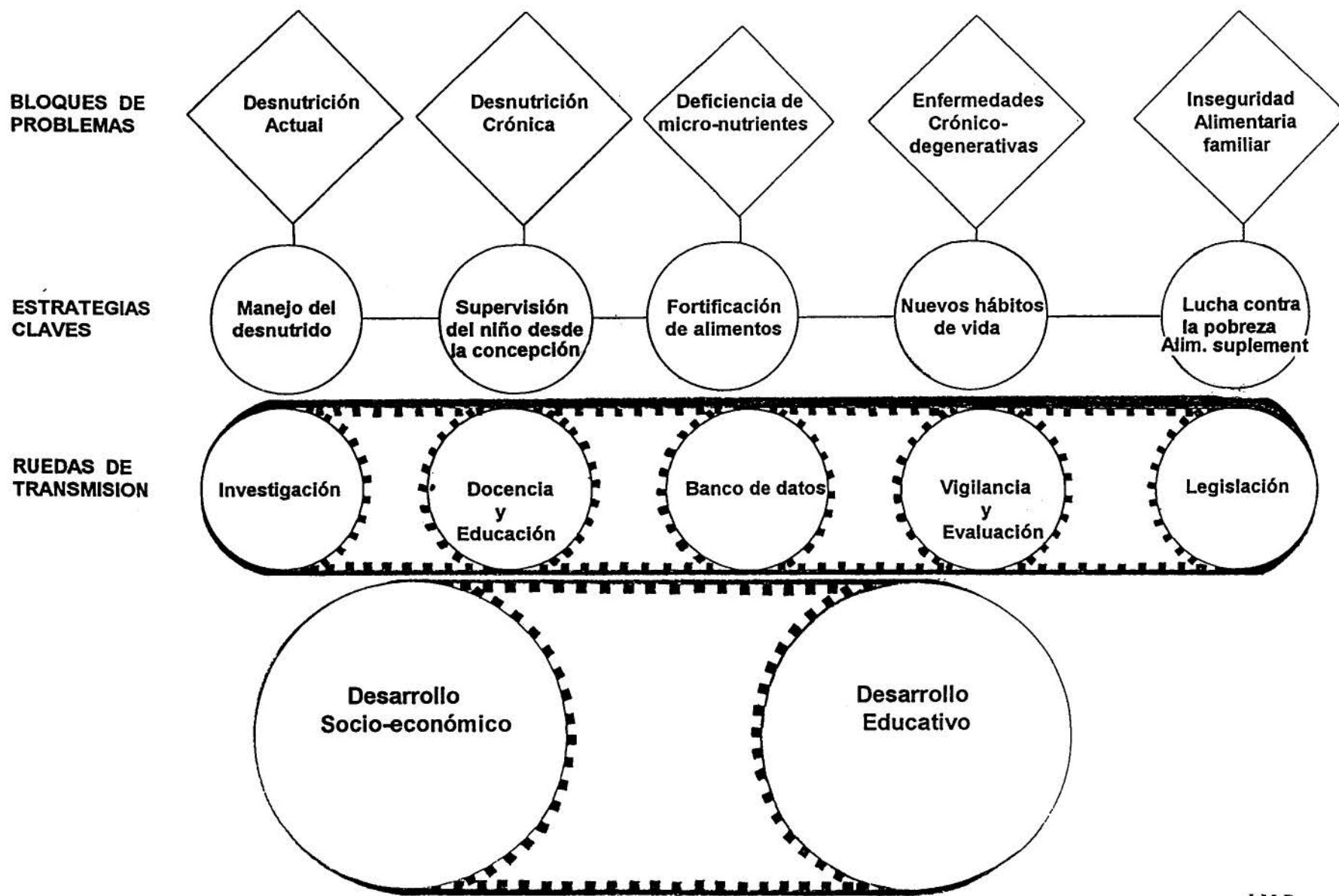
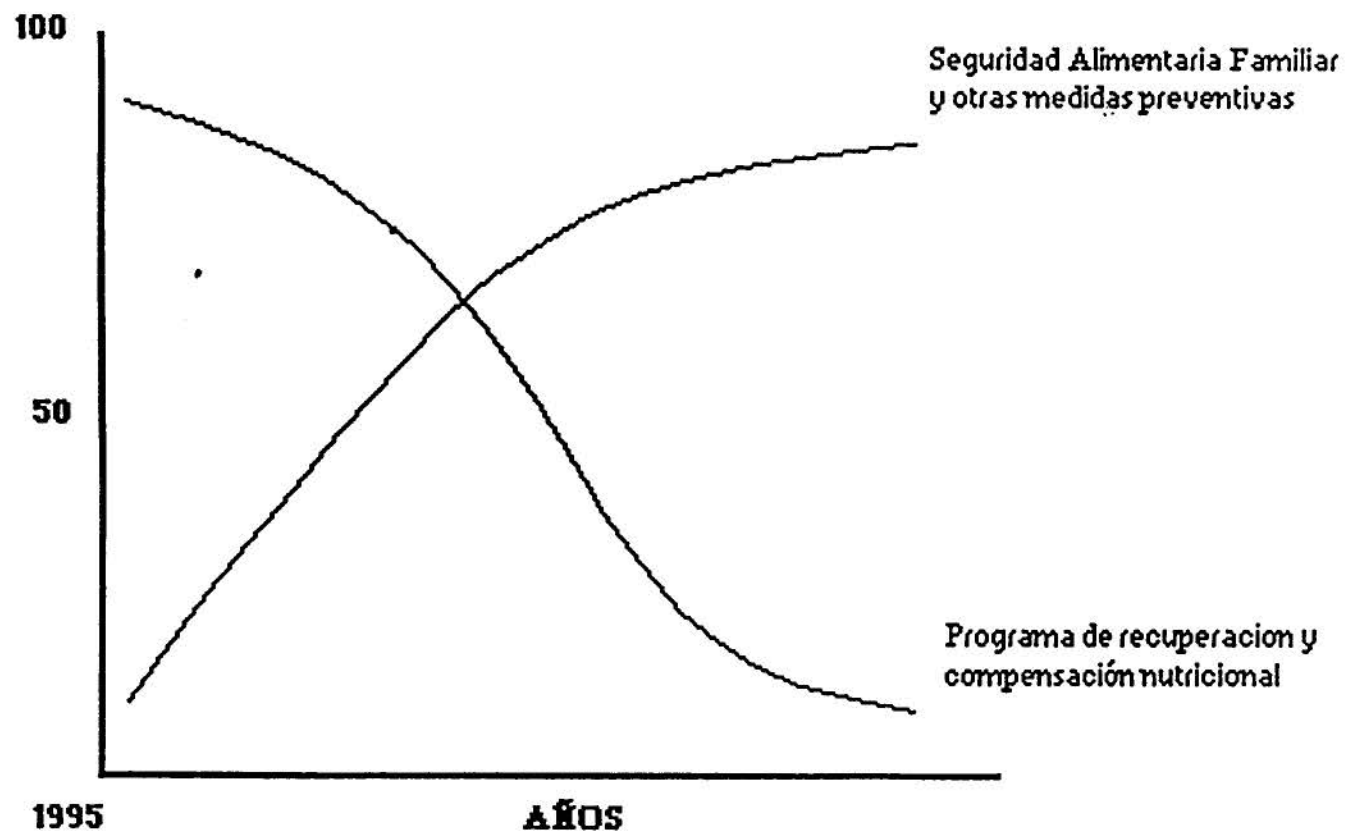


Gráfico 6

ESQUEMA CONVENCIONAL DE LAS TENDENCIAS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE LAS DE RECUPERACION NUTRICIONAL

Indice Convencional
Recursos destinados



Cuadro 8
Estrategia para promover la seguridad alimentaria familiar

