

ETIOLOGIA DE LA DESNUTRICION ENERGETICO — PROTEINICA

Francisco Irureta¹ María Helena Jáen¹

RESUMEN: Se presenta un breve diagnóstico, en base a variables antropométricas, de la situación de la desnutrición, energético-proteínica (DEP) en Venezuela, y a la luz de un enfoque integral de los factores de riesgo básicos, subyacentes, intermedios e inmediatos asociados a esta condición, se describe el comportamiento actual de algunos de éstos a través de indicadores económicos, demográficos, educativos, de la familia, de la vivienda, de disponibilidad y consumo de alimentos, y de las condiciones de salud de la población. Finalmente, se discuten algunas de las políticas del Estado para la protección de la familia, la madre y el niño evidenciándose las deficiencias de las mismas como instrumentos para garantizar una atención eficaz, eficiente y justa de estos grupos vulnerables. Se plantea la hipótesis que, de seguir las tendencias actuales, tanto en los factores de riesgo como en las políticas y programas gubernamentales, se producirá un deterioro progresivo de la calidad de vida de nuestra población, con impactos cuantificables a corto plazo en el estado nutricional infantil.

PALABRAS CLAVES: Etiología de la Desnutrición, Desnutrición, Déficit, Energía, Proteína.

Introducción

En Venezuela el problema de la desnutrición energético-proteínica (DEP), sobre todo en su máxima gravedad, parecería, de acuerdo a los indicadores directos e indirectos disponibles, no representar para los momentos un motivo de alarma. Sin embargo, y a pesar de las limitaciones de la mayor parte de los sistemas de información, los datos antropométricos, nos muestran la siguiente panorámica:

El porcentaje de desnutrición según los datos del Proyecto Venezuela (FUNDACREDESA) es de 22.64% para el indicador peso/edad, de 21.3% para talla/edad y de 11% para peso/talla (desnutrición actual), siendo este último superior al reportado por la Encuesta Nacional de Nutrición ENN (1981-1982), de 7%. Las prevalencias elevadas para peso/edad y talla/edad son indicativas de los sobrevivientes adaptados, reflejando el problema de la desnutrición crónica pasada (1).

Al analizar las diferencias geográficas y socio-económicas, cuando se estudian las estadísticas del estado nutricional de acuerdo al indicador peso/edad (ENN), nos encontramos que el porcentaje de normalidad es menor en el medio rural y en las regiones Zuliana, Andina y Centro-Occidental en comparación con la Capital (2). Según los datos del Proyecto Venezuela, las tendencias de los indicadores talla/edad, peso/talla varían de acuerdo al estrato social; los niños menores de 7 años que pertenecen al estrato de menores recursos (estrato V según Graffar modificado), muestran los mayores déficits nutricionales, de un 33% para el primero, de un 35% para el segundo y de un 16% para el tercero (1).

Las diferencias mayores entre diversos grupos sociales se observan en las cifras sobre desnutrición pasada, con porcentajes de un 36% para talla/edad y un 28.9% para peso/edad. La situación es menos clara para la desnutrición actual, ya que según la ENN la prevalencia de la misma es similar para los diferentes estratos (entre 7.3% y 8.9%), pero según el Proyecto Venezuela si existen diferencias entre el estrato

¹ Investigadores de la Asociación Venezolana para el Desarrollo de la Investigación en Salud. —AVEDIS—.

V con un 10% de prevalencia, y los I, II y III con un 5%. De acuerdo a las cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional (SISVAN) la prevalencia de desnutrición actual es para todo el país de 17.1% en 1983 y de 14.7% y 16.4% para 1984 y 1985, respectivamente; siendo más altas que las reportadas en los estudios mencionados con anterioridad (1).

Factores de riesgo asociados al problema de la desnutrición energético-proteínica

Partiendo de la red de interrelaciones en la determinación multicausal de la DEP se aplica un modelo etiológico¹ de complejidad creciente (Gráfico 1), que identifica el papel —desde el punto de vista de la profundidad del determinante— de los factores de riesgo, desde los básicos hasta los inmediatos, asociados al problema que nos ocupa. Además del modelo se hace una breve descripción de cada una de las variables consideradas.

1. Factores de riesgo básicos (3): son los determinantes que explican cómo los recursos potenciales de una sociedad se movilizan

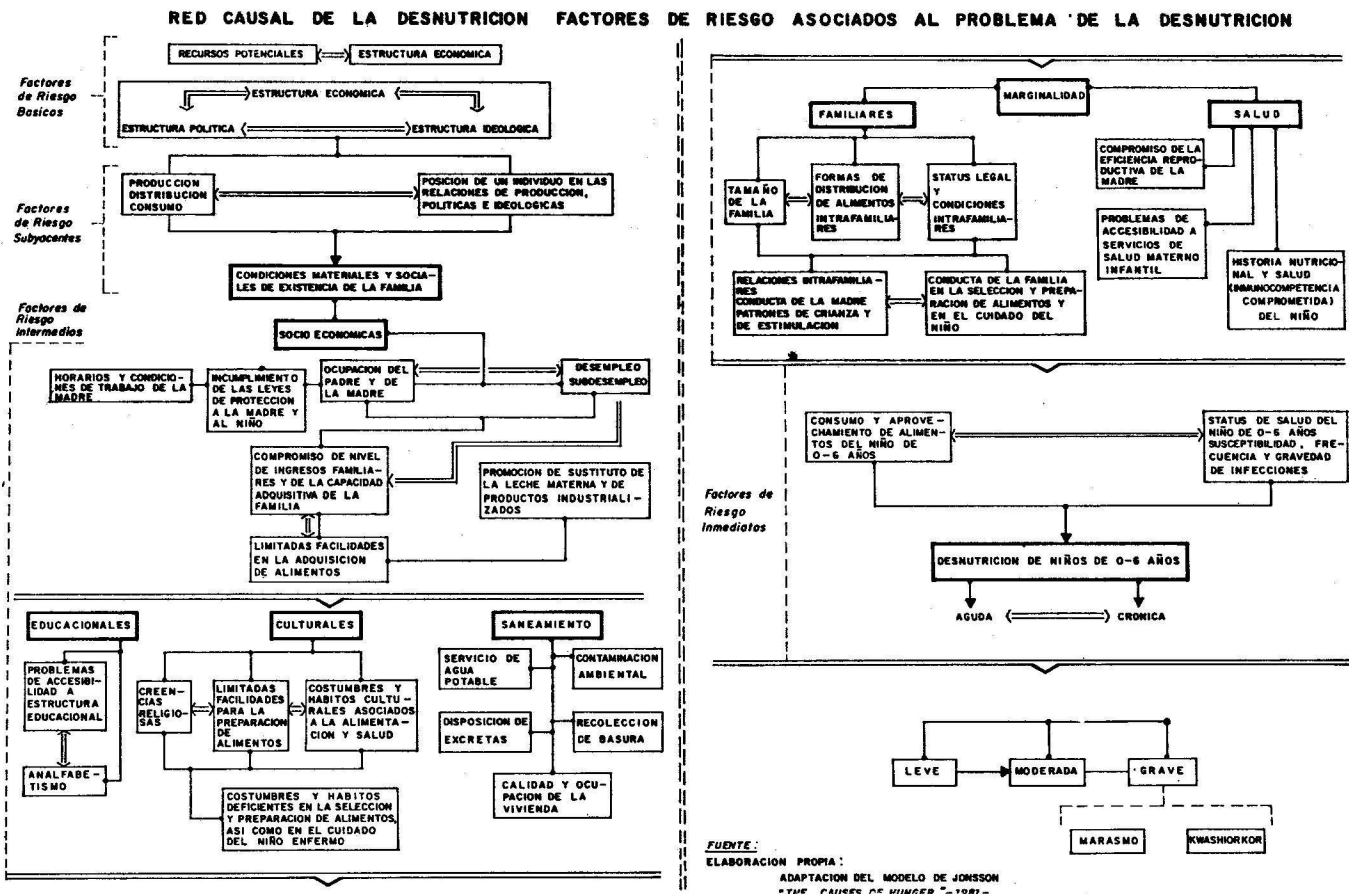
para la producción y distribución de alimentos y servicios. Están dados por las contradicciones y las interrelaciones dentro de la economía y entre ésta y la superestructura política e ideológica. Comprenden: las condiciones históricas, ecológicas-tecnológicas, económicas, culturales e ideológicas, y políticas.

2. Factores de riesgo subyacentes (3): entre los cuales destacan, el acceso desigual a bienes, servicios y recursos, así como el lugar que ocupa un individuo o grupo de individuos en las relaciones políticas e ideológicas, que determinan su grado de dependencia y de participación en la toma de decisiones y sus condiciones materiales y sociales de existencia (4).

3. Factores de riesgo intermedios (3, 5 - 7), asociados a unas determinadas condiciones o calidad de vida que favorecen, en última

¹ El modelo general de la etiología de desnutrición es tomado de Jonsson (3).

GRAFICO 1



instancia, el círculo vicioso enfermedad-desnutrición, propician la DEP el mayor riesgo, gravedad e incidencia de morbilidad infantil. Comprenden los factores de riesgo económico-sociales (5), educacionales (5, 8), culturales (9), de saneamiento (10), familiares (5, 6, 10, 11), y asociados a la salud materno-infantil (véase Gráfico 1). Entre estos últimos vale destacar los que comprometen la "eficiencia reproductiva de la madre"² (5, 12): edad, historia nutricional (5, 13), cuidados prenatales (5) y lactancia materna, y los factores de riesgo asociados a la salud infantil (5, 12, 13) como: prematuridad y bajo peso al nacer, tratamiento y actitud de quien cuida al niño ante sus procesos de enfermedad y de diarrea, alimentación complementaria, efecto y acción de otros elementos nutricionales edad del niño (6, 14, 15), y su estado de salud (10,15-17). En relación a este último aspecto, se ha demostrado el efecto de las enfermedades gastrointestinales, parasitarias y respiratorias en la ingestión, absorción y metabolismo de los alimentos.

Además, se deben considerar aquellos asociados a servicios de salud, referidos a las limitaciones de la oferta y a la existencia de un personal inadecuado para atender la población al riesgo, así como las dificultades de acceso a dichos servicios.

4. Factores de riesgo inmediatos: son aquellos que en relación sinérgica condicionan la desnutrición: el consumo inadecuado de alimentos y el status de salud del niño. Se parte, que el nivel de desarrollo y estado nutricional del niño en un momento dado, determinado entre otras variables por el deficiente consumo de nutrientes, condiciona su competencia inmunológica y su capacidad de resistencia a la infección y por lo tanto su susceptibilidad a enfermarse. Al mismo tiempo, la morbilidad condiciona un menor consumo de proteínas, así como una modificación del aprovechamiento de los nutrientes consumidos, al disminuir su absorción e incrementar su excreción. Se establece así el ciclo vicioso de la desnutrición y la infección (15-18).

² Eficiencia reproductiva es la capacidad de concebir y tener recién nacidos, así como de mantener su crecimiento por medio de una lactancia exitosa.

Indicadores de factores de riesgo asociados a la desnutrición en Venezuela

Sin el ánimo de hacer un análisis de la DEP en el país, en el marco del enfoque integral de la etiología de la desnutrición expuesto, se presentan algunos indicadores de un conjunto de factores, fundamentalmente de carácter intermedio, que condicionan en gran medida la situación del problema.

Económicos: La última década ha sido para Venezuela una época de crisis económica; el PIB, luego de un crecimiento sostenido entre 1969 y 1980 tiene una fuerte declinación; de un crecimiento anual de 8.04% en 1976 cae a -2% en 1980 (19). Para 1986, según el Gobierno Nacional se ha observado un crecimiento leve, alcanzando un 3.3%. Por otro lado, debido al descenso de los precios del petróleo, el ingreso nacional experimenta una fuerte caída en la tasa de crecimiento anual, de 23.8% en 1979 a -1.5% en 1982 (19), viéndose afectado también el ingreso per cápita y el familiar. Para 1982 el 69.60% de los hogares tenía ingresos inferiores al costo de la Canasta de Consumo Normativo (CCN), estimada en Bs. 4.456 (19), en 1985 el 71.6% de los hogares tenían ingresos inferiores a Bs. 5.001 (20), y por consiguiente, menores al costo de la CCN, estimada para 1984 en Bs. 5592.

El incremento de los precios al consumidor ha contribuido a deteriorar cada vez más el ingreso familiar. Desde la segunda mitad de los años 70 se inició un proceso inflacionario que se agudiza en los años 80 y se estima en un 30% para 1987. El desempleo pasó de un 5% en 1978 a 7.1% en 1982 (19), oscilando entre el 11% y el 14% para 1986.

La deuda pública contraída con el sector externo, se estima en US\$ 31.088 para 1985; actualmente el país paga cerca del 50% de sus ingresos de divisas por concepto de servicios de ésta, lo que compromete el financiamiento de proyectos de inversión que reactiven la economía y de programas sociales y de servicios que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Demográficos: La estructura de la población venezolana se caracteriza por el predominio de grupos étnicos muy vulnerables, no productivos, que requieren de mayor atención por parte del Estado. El crecimiento anual intercensal (1971-

1981) es alto, de 3.59% (21), debido fundamentalmente (19): a la persistencia de una tasa de natalidad elevada con tendencia decreciente (37.1% en 1972; 35.4% en 1980); de una tasa de fecundidad alta, igualmente decreciente (160.3 x 1000 en 1972; 146.9 x 1000 en 1980); y a la disminución progresiva de las tasas de mortalidad general 6,8% en 1972, 5.6% en 1982) y de mortalidad infantil (53.8/1000 nacidos vivos en 1972 y 35.2/1000 en 1982). Se estima que para el año 2000 Venezuela tendrá una población de 27 millones de habitantes, con un 34.4% menor de 15 años y un 11.9% menor de 5 (22).

Para 1981 el 76.4% de la población habita en el medio urbano y el 23.6% en el rural (22) por lo que actualmente cerca del 80% de la misma está localizada en centros urbanos.

Características de la familia: Es fundamentalmente de naturaleza monogámica con predominio de las uniones matrimoniales (48.8%) sobre las no matrimoniales (20.6%), especialmente en el medio urbano, con el 52.2%. El promedio de personas por familia es de 5.5 en todo el país, con un 54.5% con más de cinco miembros (19). Según datos del Proyecto Venezuela (23), más del 80% de las mismas se encuentra en los estratos IV y V de acuerdo a la clasificación Graffar modificado por Mendez Castellanos, por lo que cerca de 1.200.000 niños menores de seis años se encuentran en situación de pobreza.

Educación: Para 1987 se reporta una tasa de analfabetismo de 11% para la población mayor de 10 años (19), teniendo su mayor efecto en la población de estratos socio-económicos inferiores, alcanzando un 51,9% en las madres de los estratos IV y V (23).

Vivienda: Se estima un déficit de 1 millón a 1 millón doscientos mil viviendas y un índice de hacinamiento (más de 3 personas por habitación) de 15%, según el Censo de 1981 (19).

Salud: Se podría resumir de acuerdo a los indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad, así:

La mortalidad general ha descendido de 16.6 x 1.000 en 1940 a 5.5 en 1980 (24); en ese período las principales causas de muerte han pasado del predominio de una patología infecto-contagiosa a una propia del medio urbano, caracterizada por enfermedades cardiovasculares, accidentes, cáncer, accidentes cerebrovasculares, etc. Sin embargo, todavía ocupan lugares importantes, las

diarreas y otras enteritis y las neumonías (6° y 7° lugar respectivamente en 1981, con el 6.6% de todas las muertes) (19).

La mortalidad infantil también ha tenido un descenso considerable en este período, pasando de 121.7 x 1000 NV en 1940 a 35.2 en 1981 (19); estando entre sus principales causas las enfermedades diarreicas, del aparato respiratorio, infecciones y prematuridad. Para 1981 éstas ocuparon los lugares 1, 2, 4 y 6 respectivamente (19).

La mortalidad en niños de 1 a 5 años bajó de 21.6 x 1000 en 1941 a 2.6 x 1000 en 1981, pero sus principales causas son también las diarreas (1er. lugar), neumonías (3er. lugar), sarampión (4to.) y deficiencias nutricionales (5to.) (19).

En cuanto a morbilidad, a pesar de las deficiencias en los sistemas de registro, para 1978 el 26.25% de los egresos hospitalarios de menores de 1 año en establecimientos del MSAS, corresponde a enteritis y otras enfermedades diarreicas, el 9.64% a neumonías y el 4.73% a enfermedades respiratorias agudas; ocurriendo algo similar para el grupo de 1 a 4 años (21).

En las dos últimas décadas se ha producido un deterioro considerable en los servicios, orientados por un enfoque eminentemente médico-hospitalario en detrimento de la atención preventiva y social, constituyéndose la "crisis del sector salud" que ha comprometido seriamente los principios de equidad, eficiencia y eficacia que deben regir la atención de la población.

Disponibilidad y consumo de alimentos: Se podría afirmar que existe una adecuada disponibilidad alimentaria para la mayor parte de los rubros, aunque en comparación con años anteriores se observan volúmenes inferiores de azúcares, hortalizas, frutas, carne y huevos. Sin embargo, esto no es indicativo de una producción nacional satisfactoria, así como tampoco que las necesidades nutricionales de la población estén satisfechas. Por una parte, porque para lograrlo se ha hecho necesario incrementar los costos operativos de producción o recurrir a la importación de ciertos productos (para 1984 la disponibilidad de calorías y proteínas proviene en un 51.6% y en un 49.8% de la importación), aumentando el índice del costo de la vida; y por la otra, por el significativo porcentaje de familias (71% en 1985) cuyos ingresos son inferiores a la CCN (20).

Según los resultados del Proyecto Venezuela y de la ENN, existen diferencias en el consumo

por estrato social y por zonas geográficas, aunque no se observe déficits en el mismo a nivel nacional. Se presenta un subconsumo calórico en casi todas las regiones del país y en los grupos de menor nivel de ingresos, especialmente en los niños (21, 25); de hecho, en los estratos de más bajos recursos el déficit calórico oscila entre 14% y 36% (1).

En relación a la inadecuación del consumo, en 1985 los hogares incrementan, en relación a 1973, el gasto en alimentos y bebidas de un 41% a un 53%: asimismo, se observa "empobrecimiento en la calidad de la dieta" por el aumento del consumo de grasas, aceites y cereales, y la disminución de los alimentos de origen animal y las azúcares (25).

Políticas de atención a la familia, la madre y el niño

El ataque a la DEP a la luz del enfoque multifactorial, debe ser dirigido al conjunto de factores en forma integral, lo que significa acciones sobre la sociedad en su conjunto y muy específicamente dirigida a la familia, a la madre y al niño. Veamos ahora cómo ha actuado el Estado venezolano en relación al problema.

En primer lugar, la atención a estos grupos a riesgo por parte del Estado debe basarse en el principio fundamental de equidad o justicia social, mediante el cual se le garantiza a toda la población el derecho a disfrutar del mayor grado de bienestar, éste está consagrado en el marco jurídico de protección a la familia venezolana.

La Constitución Nacional garantiza los derechos sociales de la familia y el menor: la protección a la familia como célula fundamental de la sociedad, a la maternidad y al niño desde su concepción hasta su completo desarrollo, el derecho del niño a conocer a sus padres y que éstos cumplan con el deber de asistirlo, alimentarlo y educarlo, el derecho a la protección a la salud, a la educación, y la protección de la mujer y al menor trabajador.

Existen además tres leyes específicas la Ley sobre Protección Familiar, la Ley Tutelar del Menor y la Ley sobre Delito de Violación de los Derechos Alimentarios del Menor.

A pesar de estas disposiciones legales, hasta ahora no existe una coherencia entre las polí-

ticas económicas y las sociales, e incluso entre estas últimas, que hagan factible la solución del problema nutricional y de inseguridad social de la familia. En este sentido, se han cuestionado las condiciones para el pago de la deuda externa, ya que frenan las posibilidades de desarrollo del país, la generación de empleo, y comprometen el desarrollo de políticas y programas sociales. Además, entre éstas no se da la necesaria coordinación intersectorial que de coherencia a las acciones del gobierno; produciéndose una duplicación de esfuerzos, de programas y actividades.

Esta desarticulación de las políticas sociales en general se reproduce en el campo de la protección específica de la familia, la madre y el niño, donde existe una diversidad de instituciones, algunas de ellas con programas y actividades similares pero sin ninguna coordinación (26, 27). A los fines de este trabajo, se hace referencia a los principales programas específicos de nutrición y salud materno-infantil que lleva a cabo el Estado Venezolano, así como su impacto en la sociedad.

Entre los programas que desarrolla el Instituto Nacional de Nutrición vale destacar los siguientes:

El programa de Suplementación Alimentaria que comprende: el Subprograma de Protección Nutricional a la Embarazada, el cual tuvo en 1985 una cobertura nacional de 45.153 embarazadas (22); el Subprograma de Protección Nutricional al Pre-escolar, que alcanzó para el año en referencia una cobertura aproximada al 6.2% de la población pre-escolar, estimada en 3.5 millones de niños (22); el Subprograma de Protección Nutricional al Escolar, para una población entre 7 y 12 años cercana a los 2 millones y medio de niños, para 1985 tuvo la siguiente cobertura: suministro de Lactoviso, 247.019 escolares; merienda escolar, 378.485, y atendidos en comedores escolares, 277.000 (22); y el Subprograma de Protección Alimentaria a la Familia (PROALIFAM), con el cual se beneficiaron en ese año 58.981 familias (22).

El Programa de Restitución Nutricional se lleva a cabo en cinco Servicios de Educación y Recuperación Nutricional, ubicados en el Distrito Federal y en los Estados Miranda, Anzoátegui, Barinas y Trujillo, con una capacidad de 120 camas. En 1985 fueron atendidos 9.876 casos en consulta externa y 98 en hospitalización (28).

Por otro lado, los Programas de Salud Materno-Infantil desarrollados por el MSAS presentan para 1984 los siguientes indicadores provisionales (24): se controlaron 43.99 prenatales por cada 100 partos registrados, de las cuales el 60.34% se inscribió antes del 5º mes y el 39.66% después. La concentración de esta consulta fue de 3.33 por año. El número de prenatales examinadas por cada día de clínica fue de 3.28 y el número de visitas en las primeras 48 horas por cada parto atendido fue de 0.36. En el área urbana, el número de infantiles inscritos por 100 existentes fue de 22.51, los cuales fueron vistos en 3.34 oportunidades. Se atendieron 2.44 preescolares por cada 100, con un promedio de 1.55 por día de clínica. Durante 1985, se realizaron 172.196 consultas de higiene escolar, de las cuales el 61% correspondió a primeras y sólo el 39% a sucesivas (28). Para 1983 el Programa de Planificación Familiar alcanzó una cobertura de 11.8 usuarios activos por cada 100 mujeres en edad fértil (29).

Los programas de bienestar social en apoyo al niño y la familia también presentan coberturas muy limitadas. Así, los Programas de Hogares de Cuidado Diario que desarrollan simultánea-

mente el Ministerio de la Familia y la Fundación del Niño, tienen para 1986 una cobertura total aproximada de 4.150 niños entre 0 y 5 años, en un total de 906 hogares y el Programa de Centros Pre-escolares y Centros Maternos de la Fundación del Niño atendió en ese año a 2.649 niños menores de cinco años (30).

Al comienzo de este ensayo, al presentar algunos datos antropométricos sobre DEP, afirmábamos que la situación, en general, no parecía motivo de alarma. La descripción y el análisis de algunos indicadores relativos a los factores de riesgo identificados en base a un enfoque etiológico integral, que nos muestra la situación de crisis general que confronta el país, unido a la cuestionada eficacia, eficiencia y equidad de las políticas y programas de protección a la familia, la madre y el niño, ponen en entredicho tal apreciación. De hecho, planteamos la hipótesis que de seguir las tendencias actuales, el deterioro de la calidad de vida de nuestra población, será cada vez más significativo, con impactos cuantificables a corto plazo tanto en los indicadores directos como indirectos del estado nutricional infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fossi, M. "Caracterización del Estado Nutricional en Venezuela". Documento de trabajo para el Informe "Definición y Evaluación Técnico-Económica del Servicio Nutricional Infantil de Antímano". Fundación Polar-OTEPI-CIFRA-AVEDIS. Mimeo, marzo de 1987.
2. OPS/OMS. Informe Básico sobre Venezuela, su Problemática y sus Servicios de Salud (Documento de Trabajo para discusión interna). Febrero de 1984.
3. Jonsson, U. "The Causes of Hunger", en *Food and Nutrition Bulletin*, UNU. Vol. 3, N° 2, april, 1981.
4. Jáen, M.H. "La Familia en su Contexto Macro-social y el Núcleo Familiar como Grupo Focal de Políticas de Intervención Social". IV Jornadas Nacionales de Psicología Social. Caracas, 10-12 de mayo de 1984.
5. Viteri, F.E. y otros. "Nutrición Materno-infantil en Países en Desarrollo", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. OPS, Washington, Vol. 98, N° 6, junio de 1985.
6. Cravioto, J. y Arrieta R. "Nutrición, Desarrollo Mental, Conducta y Aprendizaje. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)". Dir. de Servicios Médicos. Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud del Niño. Centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en Ciencia y Desarrollo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), abril 1982.
7. Lee de Granadillo, C. "Salud, Nutrición, Estimulación y Desarrollo Cognoscitivo". Mimeo, s/f, p. 14.
8. Burke, M., M. York e I. Sande. *Mortality in Childhood, Reporte on a Household Sample*, Scientific Publication N° 386, PAHO, Washington, 1979
9. Popkin, B.M. y Bisgrove, E.Z. "Urbanización y Nutrición", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 104, o. 1 p. 85-94, enero de 1988.
10. Koopman, J.S.; Fajardo I. y Bertrand W. "Food, Sanitation, and the Socioeconomic Determinants of Child Growth in Colombia", en *AJPH*, Vol. 71, N° 1, January 1981.
11. Monckeberg, F. "Recovery of Severely Malnourished Infants: Effects of Early Sensory-Affective Stimulation", en Josef Brozek (Ed.). *Proceedings International Nutrition Conference "Behavioral Effects of Energy and Protein Deficits"*. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service Nutritional Institute of Health. August 1979.

12. Ricciuti, H.N. "Efectos de los factores Ambientales y Nutricionales Adversos Sobre el Desarrollo Mental". Documento de Trabajo presentado en la Reunión del Grupo Asesor sobre la Influencia de la Desnutrición y otros Factores Ambientales en el Desarrollo Mental, realizada en la OPS del 5 al 7 de mayo de 1980, en **Ambiente, Nutrición y Desarrollo Mental, OPS.**
13. Mata, L.J. **The Children of Santa María de Cauqué: a Prospective Field Study of Health and Growth.** International Nutrition Policy Series, The MIT Press, 1978.
14. Pollit, E. "Estudios Experimentales y Programas Pilotos de Intervención: un Examen de lo Avanzado", en F. Galofré (Ed): **Pobreza Crítica en la Niñez. América Latina y el Caribe.** UNICEF, 1981.
15. Mora, J.A.; Paredes de B.; Suescun J. y Herrera G. "Desnutrición del Preescolar en América Latina: Magnitud, Implicaciones y Factores Condicionantes", en **Investigación sobre Desnutrición y Desarrollo Mental**, N° 7, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), 1982, p. 11-21.
16. Scrimshaw. N.S. "Ecological Factors la Nutritional Disease", en Abraham M. Lilienfeld y Alice J. Gifford (Eds.): **Chronic Diseases and Public Health** The Johns Hopkins Press, Baltimore, USA, 1966.
17. Gordon, J.E. "Synergism of Malnutrition and Infections Disease", en G.H. Beeton y J.M. Bengoa" **Nutrition in Preventive Medicine.** WHO, Geneva, 1976.
18. Mora, J.A. "Etiología de la Desnutrición Infantil El papel de la enfermedad diarreica". **Gen.** Vol 37, N° 1-2, enero 1983, p. 124-145.
19. Cordiplan-OCEI. **Informe Social** N° 2, 1982.
20. OCEI **Indicadores de Fuerza de Trabajo.** Primer Trimestre de 1985. Caracas.
21. OPS/OMS. "Información Básica sobre Venezuela. Su Problemática y sus Servicios de Salud". Caracas, 1986.
22. FUNDACION CAVENDES. "Introducción al Problema Nutricional en Venezuela", 1985.
23. Mendez Castellanos, H. **Aproximación a la Salud de la Venezuela del Siglo XXI.** Cuadernos Lago-ven, Serie Siglo XXI.
24. MSAS. "Evolución de las Condiciones de Salud en Venezuela". VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas, 1986.
25. Cartaya, V. y García H. "Efectos de la Recesión sobre la Infancia en Venezuela". Ministerio de la Familia/UNICEF. Caracas, septiembre de 1987.
26. Lee de Granadillo, C. "Políticas del Estado en Apoyo a la Familia y al Menor en Venezuela". Mimeo. Ministerio de la Juventud. Caracas, 1986.
27. Lee de Granadillo, C. "Programas de Atención al Niño Pre-escolar en Venezuela", Taller Módulo II: Sectores Sociales y Calidad de Vida. La Coordinación de Programas de Acción Social en Venezuela. **III Jornadas de Estudio del Pre-escolar en Venezuela**, Ministerio de la Juventud. Caracas, mayo de 1986. (28) MSAS. **Memoria y Cuenta**, 1985.
28. MSAS. **Memoria y Cuenta** 1985.
29. MSAS. **Evaluación del Programa de Planificación Familiar.** Caracas, 1984.
30. OTEPI. **Definición y Evaluación Técnico-Económica del Servicio Nutricional Infantil de Antfmano. Anexos, Cuadros y Gráficos.** Caracas, 1987.