

# Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 29, N° 2, AÑO 2.016

## CONTENIDO

### Editorial

- ¿Desnutrición infantil, emergencia en los primeros 1000 días en Venezuela?**  
Maritza Landaeta-Jiménez.....60

### Artículos Originales

- Calcio en calostro y suero sanguíneo en mujeres lactantes. Maternidad “Dr. José María Vargas” Valencia Estado Carabobo**  
Alba Rosa Morón de Salim,  
María Alejandra Brett..... 61

### Artículos de revisión

- Características Psicológicas del niño/niña desnutrido**  
Miren De Tejada Lagonell ..... 68

### Soberanía Alimentaria: más allá del discurso político.

- Jesús Ekmeiro Salvador..... 81

### El derecho a la alimentación.

- Algunos elementos para su análisis**  
Andy Delgado Blanco ..... 88

### Conferencias

- Orden Gustavo H. Machado de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría**  
Gladys Velázquez..... 94

### Notas

- Fundación Bengoa informa** ..... 98

- Índice de autores**..... 100

- Índice de descriptores**..... 101

- Información para los autores**..... 102

## Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 29, N° 2, AÑO 2.016

### CONTENTS

#### Editorial

- Child malnutrition, emergency  
in the first 1000 days in Venezuela?**  
Maritza Landaeta-Jiménez ..... 60

#### Original articles

- Calcium in colostrum and blood serum  
in lactating women. "Dr. José Maria Vargas"  
Maternity. Valencia. Carabobo State**  
Alba Rosa Morón de Salim,  
María Alejandra Brett..... 61

#### Review article

- Psychological characterization of  
malnourished children.**  
Miren De Tejada Lagonell.....68

#### **Food Sovereignty: beyond political discourse**

- Jesús Ekmeiro Salvador..... 81

#### **The right to food.**

#### **Some elements for analysis**

- Andy Delgado Blanco..... 88

#### **Conferences**

#### **Gustavo H. Machado Order:**

#### **Venezuelan Paediatric Society**

- Gladys Velázquez..... 94

#### **Notes**

- Bengoa Foundation notices**..... 98

- Index of Authors**..... 100

- Index of descriptors**..... 101

- Information for authors**..... 102

## Editorial

### ¿Desnutrición infantil, emergencia en los primeros 1000 días en Venezuela?

La desnutrición en nuestro país viene aumentando en los niños más pequeños comprometiendo su supervivencia. Entre las múltiples causas se encuentran el deterioro en la atención de salud, en la alimentación y en la situación socioeconómica, que afecta a los niños en los primeros mil días de vida.

Las investigaciones muestran que durante este periodo el desarrollo físico y cognitivo de los niños están influenciados por factores biológicos como la nutrición de la madre antes y durante el embarazo, la edad gestacional, el peso al nacer, la duración de la lactancia materna, la malnutrición infantil, las infecciones en la infancia, factores psicosociales tales como el nivel socioeconómico, la educación de los padres y factores ambientales, como la calidad del agua. La acción de estos factores va produciendo un retardo en el niño que limita las posibilidades de lograr un crecimiento y desarrollo adecuado.

En Venezuela se registra la más alta tasa de embarazo adolescente entre los países de Suramérica, 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, muchas, inician su embarazo con problemas nutricionales, sin una atención prenatal adecuada, lo cual incrementa el riesgo de bajo peso al nacer y de retardo de crecimiento intrauterino. Un embarazo precoz, esconde un drama social, de desprotección y aislamiento de su grupo familiar, que aumenta su vulnerabilidad social.

Según el Informe Mundial de la Infancia (UNICEF 2015), Venezuela ocupa la posición 110 de 193 países, con una mortalidad infantil de 15 (varones 17 y hembras 13), mortalidad en menores de 1 año de 13 y mortalidad neonatal de 9, ambas por cada 1000 nacidos vivos, mientras que el bajo peso al nacer es de 9% con amplias diferencias entre localidades geográficas y una mortalidad materna que también viene en ascenso.

En presencia de la difícil situación de alimentación y de salud, estos recién nacidos inician su vida en desventaja biológica, el bajo peso se asocia con el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, retraso del crecimiento lineal en menores de 5 años, alteración del desarrollo cognitivo, del rendimiento escolar y de la productividad y, un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares en etapas tempranas de la vida.

Del mismo modo, estos factores son también una carga económica importante para las personas y para los Estados, por el impacto que las enfermedades nutricionales tienen en el sistema de salud por su alta morbilidad y mortalidad que incrementa los gastos en la salud pública. La insuficiencia ponderal en la niñez es causa determinante de muerte en los menores de cinco años y la anemia contribuye con la mortalidad materna en los países con ingresos medios y bajos.

La realidad impone tomar medidas para detener los factores que condicionan la desnutrición en los primeros 1000 días de vida, las cuales abarcan: 1) *la preconcepción y el embarazo*: suplementación de energía y proteínas, hierro, ácido fólico, yodo, calcio y zinc, desparasitación y no fumar; 2) *al recién nacido*: lactancia materna exclusiva y pronta, retraso en el pinzamiento del cordón umbilical; 3) *de cero a seis meses*: continuar lactancia materna exclusiva, inmunizaciones oportunas, reforzar la higiene personal y ambiental y un programa de transferencia monetario a los más pobres, en el marco de una estrategia de educación nutricional y capacitación para el trabajo, que los prepare para insertarse en el mercado laboral. 4) *de 6 a 24 meses*: continuar la lactancia materna, iniciar la alimentación complementaria, suplementar con hierro, vitamina A y zinc, reforzar la higiene, tratar la malnutrición aguda grave, desparasitación y continuar con el programa de transferencia condicionada y capacitación para el trabajo.

El compromiso debe ser garantizar la alimentación y la atención en salud del binomio madre-hijo en situación de riesgo nutricional y socialmente vulnerables, con especial énfasis, en la adolescente embarazada, para romper el círculo perverso de pobreza, desnutrición y muerte en los primeros mil días de vida.

## Calcio en calostro y suero sanguíneo en mujeres lactantes. Maternidad “Dr. José María Vargas” Valencia Estado Carabobo

Alba Rosa Morón de Salim<sup>1</sup> y María Alejandra Brett<sup>2</sup>

**Resumen:** El calcio es uno de los minerales que interviene en diversas funciones celulares, así como también en la estructura ósea, coagulación y señales intracelulares. En el presente trabajo se determinó la concentración de calcio en calostro y suero sanguíneo de madres lactantes que asistieron a la Maternidad Dr. José María Vargas. Valencia, Edo. Carabobo. Muestra conformada por 50 mujeres lactantes, edad 18-35 años. Se realizó: evaluación clínica con elaboración de historia médica; recolección de calostro por extracción manual estandarizada según la Organización Mundial de la Salud. Se les extrajo muestra de sangre periférica (10 ml), mediante punción venosa. Se determinó concentración de calcio en calostro y suero sanguíneo por Espectrofotometría de Absorción Atómica bajo la modalidad de llama, equipo Perkin Elmer modelo 3100. Edad promedio  $24.5 \pm 3.2$  años; concentración de calcio en calostro 209,98 a 251,54  $\mu\text{g}/\text{mL}$  sin asociación significativa entre la edad y los valores de calcio agrupados en percentiles. La concentración de calcio en suero sanguíneo predominó en el percentil 25 con valores  $\leq 1,414$  mmol/L; concentraciones de calcio en calostro de  $\geq 251,55$   $\mu\text{g}/\text{mL}$ ; la mayoría de las madres lactantes estaban ubicadas en los estratos III, IV y V. Se concluye, que las concentraciones promedio de calcio en muestras de calostro y suero sanguíneo de la población en estudio fueron normales en el límite superior para calostro y en el límite inferior en suero sanguíneo. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 61-67.*

**Palabras clave:** Lactancia materna, calostro, calcio, plasma.

## Calcium in colostrum and blood serum in lactating women. Maternity “Dr. José Maria Vargas” Valencia. Carabobo State

**Abstract:** Calcium is one of the minerals involved in various cellular operations, as well as in bone structure, coagulation and intracellular signals. In this paper the concentration of calcium in blood serum and colostrum of nursing mothers who attended the Maternity Dr. José Maria Vargas. Valencia, Edo. Carabobo was determined. The sample consisted of 50 lactating women, aged 18-35 years. We performed: clinical evaluation development of medical history. Colostrum collection by manual removal standardized by WHO. It was took peripheral blood sample (10 ml) by venipuncture; calcium concentration was determined in colostrum and blood serum by atomic absorption spectrophotometry in the form of flame, using Perkin Elmer model 3100. Results: The mean age of  $24.5 \pm 3.2$  years; calcium concentration in colostrum from 209.98 to 251.54 mg / mL without significant association between age and calcium values grouped into percentiles. The concentration of calcium in blood serum predominated in the 25th percentile with values  $\leq 1.414$  mmol /L; calcium concentrations in colostrum  $\geq 251.55$  mg / mL; most nursing mothers were located in strata III, IV and V. It is concluded that the average calcium concentrations in colostrum samples and blood serum of the study population were normal in the upper limit for colostrum, and the lower limit in blood serum, with significant association to socioeconomic status. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 61-67.*

**Key words:** Breastfeeding, colostrum, blood serum calcium.

### Introducción

En 2003, la Organización Mundial de la Salud (1) recomendó que los lactantes fuesen alimentados exclusivamente por lactancia materna hasta los seis meses y que ésta continuase siendo una parte importante de su dieta hasta al menos los dos años. Sin embargo, las tasas de lactancia materna actuales en muchos países no reflejan esta recomendación; sólo alrededor del

37% de los bebés de menos de seis meses lactan exclusivamente y las tasas continúan bajando, especialmente en países de ingresos medios (2).

Además, la alimentación del recién nacido a menudo responde a un modelo social y refleja desigualdades, por ejemplo, en muchos países de ingresos altos, las mujeres de comunidades de ingresos bajos tienen las tasas más bajas de lactancia materna (3). Varios factores han contribuido a este pronunciado declive de la lactancia materna, incluyéndose la extendida disponibilidad y la promoción proactiva de sucedáneos de la leche materna asequible. Al mismo tiempo, muchos profesionales

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones en Nutrición INVESNUT. Escuela de Ciencias Biomédicas y Tecnológicas/Universidad de Carabobo. <sup>2</sup>Dpto. de Bioquímica/Escuela de Ciencias Biomédicas y Tecnológicas/ Universidad de Carabobo.

Solicitar correspondencia a: Alba Morón de Salim, email: amorondosalim4@gmail.com

sanitarios carecen de la capacidad de formar y apoyar a las mujeres a que lacten y existe una amplia aceptación pública y profesional de que los sucedáneos de leche materna son casi equivalentes a la lactancia materna, a pesar de que existen pruebas que lo refutan (4).

Ante esta realidad, organizaciones internacionales tales como, la Asociación Americana de Pediatría, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF y organizaciones nacionales como la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar amamantando hasta los dos años de edad junto con alimentos complementarios a partir de los seis meses, como estrategia de salud, para disminuir de manera importante la morbimortalidad por enfermedades prevenibles (5,6).

Por otro lado el uso de sucedáneos de la leche materna debilita el sistema inmunitario del lactante y deteriora su desarrollo cognitivo, su conducta y su regulación del apetito. De allí que la lactancia materna no sólo es un comportamiento humano fundamental e importante que fortalece el apego y los resultados psicológicos, sino que los sucedáneos de la leche materna, de forma parcial o exclusiva, repercuten sustancialmente a corto, medio y largo plazo en la supervivencia, la salud y el bienestar de los bebés y sus madres (2).

Bajo este contexto, son muchos los factores que influyen tanto en la composición como en el volumen de la secreción láctea, desde factores genéticos y nutrición materna hasta las técnicas de extracción, almacenamiento y administración al recién nacido (7).

En este sentido, se ha sugerido que la concentración de minerales en la leche humana está adaptada a los requerimientos nutricionales y capacidad metabólica del niño. El aporte total de minerales como sodio, potasio y cloruros es bajo en comparación al contenido en la leche de vaca, lo que favorece el funcionamiento renal del lactante y permite al recién nacido conservar el agua disponible, para el cumplimiento de otras funciones (8).

Por su parte, el calcio, el fósforo y el magnesio, alcanzan la mayor concentración, siendo éstos afectados por el estado nutricional de la madre, que generalmente no se corresponden con los niveles séricos maternos (9). A medida que la lactancia progresa, las concentraciones de fósforo disminuyen y aumentan las de calcio y magnesio, con una relación Ca:P (2:1) lo que asegura su óptima utilización y absorción. Investigadores especulan que estos cambios son importantes para la remodelación ósea del lactante siendo esto soportado con estudios que demuestran que el 99% del calcio corporal está

presente en huesos y dientes del lactante en la forma de fosfato de calcio, otorgando dureza a estas estructuras, y el 1% restante se encuentra en líquidos extracelulares y membranas celulares; con una absorción a partir de la leche materna de 55%, contra un 38% a partir de la leche de vaca (8).

Aun cuando las necesidades de calcio para cada grupo etario dependen de los requerimientos fisiológicos durante el desarrollo, en el embarazo y en circunstancias normales, el feto es hipercalcémico en relación a la madre (9). De los 20-30 g de calcio del recién nacido, el 80% (125-150 mg/día) lo adquiere en el periodo final de la gestación, lo que supone para la madre una aceleración en el proceso de remodelación ósea, con importantes variaciones de las hormonas y proteínas relacionadas, como la calcitonina y la 1,25-Dihidroxitiamina D (10).

En vista de esto, el mantenimiento de la concentración de calcio iónico extracelular en un nivel fisiológico constante es prioridad en la embarazada, no sólo por la mineralización fetal, sino por su papel clave en diversos procesos celulares como el control de la secreción endocrina y exocrina, la proliferación y diferenciación celular, el mantenimiento del potencial de membrana, sistemas de transporte de calcio, y neurotransmisores, entre otros (11,12).

A pesar de la importancia que reviste el calcio en las mujeres lactantes, sorprende que se conozca tan poco sobre la prevalencia de la deficiencia en mujeres embarazadas, en las estadísticas nacionales e internacionales. Esto demuestra, el fracaso de las campañas informativas sobre cuidados nutricionales y de alimentación a mujeres con necesidades especiales, cuya situación deficitaria del calcio repercutiría negativamente en su propia salud y en la de sus hijos. De hecho, son escasos los trabajos sobre contenido de calcio en leche materna, siendo prácticamente ausentes los estudios en calostro en Venezuela.

En tal sentido, el propósito de la presente investigación fue evaluar el contenido de calcio en calostro y suero sanguíneo materno de mujeres lactantes que asistieron a la Maternidad Dr. José María Vargas. Valencia, Edo. Carabobo.

### Metodología

Investigación de tipo descriptiva, de campo, de corte transversal, cuya población estuvo conformada por todas las madres puérperas aparentemente sanas, en edades comprendidas entre 18 y 35 años, que asistieron a la Maternidad "Dr. José María Vargas" de Valencia, Estado Carabobo. Se seleccionó una muestra no

probabilística e intencional, aun considerando que no es ideal para realizar generalizaciones o estimaciones inferenciales sobre la población, ya que no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos. La muestra quedó conformada por 50 mujeres lactantes de selección directa, que cumplieron con los criterios de inclusión de: madres aparentemente sanas, embarazo simple de 36 a 41 semanas y con edades comprendidas entre 18 y 35 años, además de haber aceptado participar voluntariamente en el estudio.

A las madres seleccionadas se les informó y solicitó autorización escrita, firmando de manera voluntaria la carta de consentimiento informado; fueron excluidas aquellas madres: con patologías maternas o fetales antes o durante el embarazo; que tuvieran patologías como: mastitis, fiebre, absceso mamario, diabetes mellitus, hipertensión, insuficiencia renal, cáncer, neuropatías crónicas; con hábitos tabáquicos y/o alcohol; y que estuvieran usando drogas o medicamentos que pudiesen interferir en el metabolismo del calcio. A fin de obtener el acceso al área de ingreso y hospitalización de la maternidad para la recolección de los datos, se solicitó autorización a la Dirección de la Maternidad "Dr. José María Vargas". Valencia, Edo. Carabobo.

Las mujeres parturientas, fueron entrevistadas en el momento de ingreso, se le solicitaron sus datos e información mediante entrevista estructurada y se les explicó el objetivo del trabajo; una vez conocida su voluntad de participar en la investigación, se procedió a elaborar la historia clínica para conocer si cumplía con los criterios de inclusión. Posteriormente en sala de puerperio se les realizó la extracción manual de calostro, recolectando entre 1 y 3 mililitros de calostro por extracción manual estandarizada por la OMS (1).

Las muestras fueron guardadas en envases de polipropileno estériles lavados previamente con ácido nítrico al 5%, y conservadas en cava refrigerada desde la institución hasta el lugar de almacenamiento y guardadas en refrigeración a  $-70\text{ }^{\circ}\text{C}$  hasta su procesamiento. De igual modo, a cada una de las madres participantes, se les recolectó muestra de sangre periférica, en ayunas entre 8:00-9:00 am, (10 ml), mediante punción venosa de venas del antebrazo, colocándola luego en tubos sin anticoagulante. Las muestras fueron centrifugadas para la separación del suero y almacenado a  $-70\text{ }^{\circ}\text{C}$  para posterior análisis y determinación del mineral por espectrofotometría de absorción atómica.

*Determinación de calcio en calostro materno.* Se aplicó la metodología descrita por Rodríguez et al (11). Las muestras fueron sometidas a digestión para eliminar lípidos y proteínas, dejando libre el contenido mineral; se tomó de 1 a 3 mL de calostro y 10 mL de mezcla

ácida  $\text{HNO}_3:\text{HClO}_4$  (9:1) en un vaso de precipitado y se dejó reposar toda la noche. Luego, la mezcla se calentó en una placa calefactora a  $70\text{-}75\text{ }^{\circ}\text{C}$  por 2 horas hasta claridad, se dejó enfriar y se filtró. Al filtrado se le agregaron 80 mL de agua bidestilada. Esta disolución se transfirió cuantitativamente a un matraz aforado y se llevó el aforo a 100 mL con cloruro de lantano al 5% p/v para eliminar impurezas. La concentración de calcio fue determinada mediante la técnica de Espectrometría de Absorción Atómica bajo la modalidad de llama. Se utilizó un equipo GBC AVANTA 332 AA, provisto de lámparas de cátodo hueco específico para el mineral, según su longitud de onda. Su límite de detección fue de 0,08 mg/dL y su rango óptimo de concentración estuvo entre 0,2 y 20 mg/L. Para su calibración se realizó una curva estándar con patrones de calcio a concentraciones crecientes, con un coeficiente de variación intraensayo del 3,1 %. Todo el material de laboratorio fue lavado con ácido nítrico al 10% y luego enjuagado varias veces con agua bidestilada.

La digestión de las muestras de calostro se llevó a cabo en el Laboratorio de Bioquímica de la Escuela de Bioanálisis de la Universidad de Carabobo y la lectura de la concentración de calcio se realizó por inyección de las muestras digeridas al equipo GBC AVANTA 332 AA ubicado en el Laboratorio de Análisis Instrumental del departamento de Química de la Facultad de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Carabobo.

*Determinación de calcio, en suero sanguíneo materno.* Cada muestra fue diluida con solución salina fisiológica aforada hasta 7 ml, luego se hizo pasar el tubo por el equipo antes mencionado

*Análisis estadístico.* Este se realizó según el paquete estadístico SPSS versión 19. Debido a la variabilidad y pocas referencias bibliográficas de valores reportados de concentración de calcio en calostro y suero sanguíneo, para la interpretación de los datos se realizó una distribución estadística en percentiles. La asociación entre variables se evaluó a través del Test Exacto de Fisher. Se consideró significativo un valor de  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

Se evaluaron 50 madres lactantes con edades comprendidas entre los 20 y 35 años promedio  $23,98 \pm 4,2$ . La mayoría presentó semanas de gestación principalmente entre las 36 y 42 con pesos alrededor de los 66 Kg y con una estatura no mayor a 1.70 mts (Cuadro 1).

En lo que respecta a los valores de concentración de calcio, la media en calostro fue de 221  $\mu\text{g/mL}$ , con un valor promedio de 220,55  $\mu\text{g/mL}$  y mínimos y máximos de 112,27 y 334,72  $\mu\text{g/mL}$  respectivamente. La concen-

Cuadro 1. Características generales de las madres lactantes seleccionadas para el estudio Maternidad Dr. José María Vargas. 2013.

Variable	Promedio	Desviación estándar(±)	Mínimo	Máximo
Edad (años)	23,98	4,2	20	35
Peso (Kg)	66,34	11,44	49	93
Talla (metros)	1,62	0,05	1,5	1,7
Semanas de gestación	38,64	1,35	36	42
Índice de masa corporal (Kg/metros <sup>2</sup> )	25,32	4,12	17,6	36,62

(n=50)

tración promedio de calcio sérico fue de 1,51 mmol/L, con valores comprendidos entre 1,12 y 2,68 mmol/L (Cuadro 2).

Tomando en cuenta los valores extremos de mínimo y máximo de las concentraciones de calcio tanto en calostro como en suero, se procedió a realizar, para cada caso, una escala continua de valores tomando al valor mínimo como extremo inferior y al valor máximo como extremo superior. A la escala de datos obtenidos se le calculó el primer cuartil o percentil 25 y el tercer cuartil o percentil 75. A partir del cálculo de los percentiles, se obtuvo una escala de valores de concentración de calcio  $\leq$  p25, valores entre percentil 26 y 74, y un tercer cuartil de  $\geq$  p75.

Como resultados para concentración de calcio en calostro, el valor menor o igual a 209,97  $\mu$ g/mL fue el correspondiente como  $\leq$  p25 y mayor o igual a 251,55 $\mu$ g/mL como  $\geq$  p75, y para concentración de calcio en suero sanguíneo, menor o igual a 1,414mmol/L como  $\leq$  p25 y mayor o igual a 1,535 mmol/L como  $\geq$  p75, siendo los valores entre los rangos establecidos en calostro y en suero, los correspondientes al percentil 24 – 76 (Cuadro 3).

Cuadro 2. Concentración de Calcio en calostro y suero sanguíneo de las madres lactantes, Maternidad Dr. José María Vargas 2013

[Calcio]	Promedio	DS±	Mínimo	Máximo
Calostro ( $\mu$ g/mL)	220,55	44,87	112,27	334,72
Suero sanguíneo (mmol/L)	1,51	0,28	1,12	2,68

(n=50)

Cuadro 3. Distribución percentilar de concentración de calcio en calostro y suero sanguíneo en madres lactantes, Maternidad Dr. José María Vargas 2013.

Nivel de calcio	Percentiles		
	$\leq$ 25 Bajo	26-74 Normal	$\geq$ 75 Alto
[Calcio en Calostro] ( $\mu$ g/mL)	209,97	209,98 - 251,54	251,55
[Calcio en Suero sanguíneo] (mmol/L)	1,414	1,415 - 1,534	1,535

(n=50)

De esta manera, los valores de concentración de calcio en calostro y suero sanguíneo, fueron clasificados de la siguiente forma: valores bajos, los  $\leq$  209,97  $\mu$ g/mL en calostro y 1,414mmol/L en suero sanguíneo; valores normales los encontrados entre 209,98 y 251,54 $\mu$ g/mL en calostro y en suero sanguíneo entre 1,415 y 1,534 mmol/L; y valores altos, los  $\geq$  251,55 $\mu$ g/mL en calostro y 1,535 mmol/L en suero sanguíneo.

En la Figura 1, se muestran los niveles de concentración de calcio, obtenidos tanto en suero sanguíneo como en calostro. Para el caso de calcio en calostro, el 54% de las madres participantes presentó niveles altos de concentración de calcio, el 24% tuvo concentraciones en valores normales y 22% presentó concentraciones bajas. Mientras que, contrariamente en suero sanguíneo, la concentración de calcio fue baja en el 52% de las madres participantes, 24% normal y 24% con valores altos.

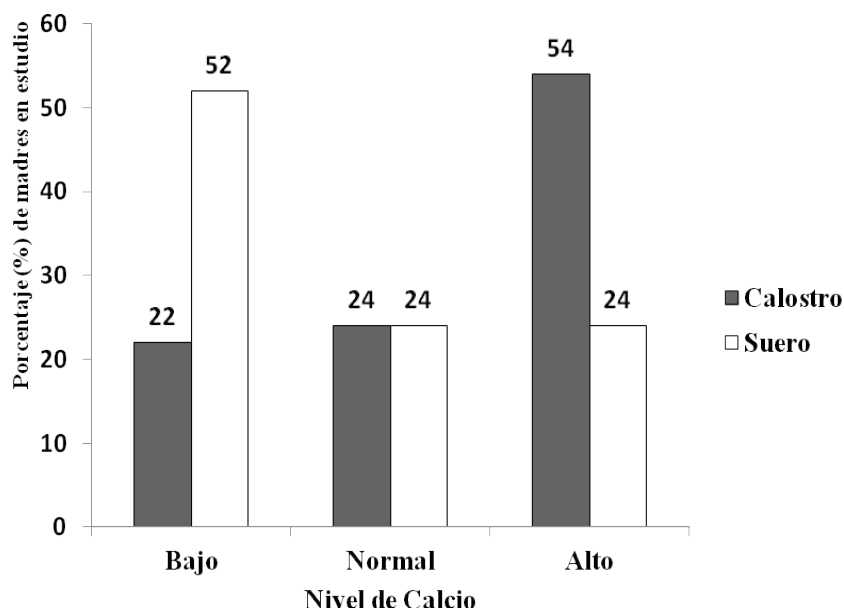


Figura 1. Nivel de calcio en calostro y suero sanguíneo

### Discusión

Las mujeres embarazadas y las lactantes, tienen características que las convierten en un grupo susceptible de presentar patologías relacionadas con el déficit de macro y micronutrientes (13). En este trabajo el nivel de vida de la población se consideró bajo por pertenecer la población a los estratos IV y V, siendo uno de los factores relacionados a la alimentación deficiente las diversas formas de malnutrición que presentaron las mujeres estudiadas, concordando con lo reportado por Rodríguez Belmonte et al, quienes estudiaron la valoración nutricia del calostro en mujeres de bajo nivel socioeconómico, aunque encontraron que los niveles de macronutrientes eran elevados con respecto a las cifras normales reportadas en la bibliografía, lo cual refuerza la importancia de la alimentación al seno materno en la protección de los recién nacidos contra enfermedades intestinales y respiratorias, particularmente por agentes infecciosos característicos del medio ambiente en el que vive la madre. (14).

Sin embargo, por otro lado, en la mujer lactante durante los primeros días de lactación, el calostro presenta modificaciones en su composición y concentración de micronutrientes, posiblemente para satisfacer las necesidades del recién nacido (15).

La presente investigación se basó en medir el contenido de calcio en calostro y suero sanguíneo materno; el lugar elegido para la selección de la muestra fue un Centro Asistencial de referencia de la zona sur de Valencia cuya población predominante pertenece a los estratos socioeconómicos bajos IV y V. Adicionalmente, los

cambios derivados de las políticas macroeconómicas en Venezuela, han incidido en la disponibilidad de alimentos básicos, pudiendo provocar esto modificaciones en el estado nutricional en la población de bajo nivel socioeconómico, conllevando al favorecimiento de la deficiencia en micronutrientes (16).

Actualmente, en el país poco se sabe sobre la relación que existe entre el estado socioeconómico y la cantidad y calidad de la leche materna.

Urdaneta et al (17), en su investigación señalan que pertenecer a los estratos socioeconómicos medio y bajo constituye un factor de riesgo para las embarazadas, debido a que el nivel de instrucción, el poder adquisitivo y las condiciones sanitarias no son apropiados y están predispuestas a presentar mayores comorbilidades y complicaciones que pueden afectar el estado nutricional durante el embarazo y lactancia, lo cual se iguala con el presente trabajo.

En lo que respecta a los valores de calcio en calostro encontrados en este estudio, se observó que la media de su concentración estuvo dentro el rango considerado normal, siendo similar a lo reportado por Yamawaki (18), Mastroeni et al (19), en estudios longitudinales realizados, aunque estuvieron por debajo de lo señalado por Mbofung et al (20), en madres lactantes, con niveles de concentración de calcio en calostro de 400  $\mu\text{g}/\text{mL}$ . Del mismo modo, los valores encontrados en la presente investigación fueron menores a lo señalado por Muluwork et al (21), quienes reportaron valores de concentración de calcio en leche materna de los primeros cuatro días de postparto, aproximadamente tres ve-

ces mayores a los de este trabajo (342-998 mg/100mL), justificando la variación de sus concentraciones, entre otras causas, a la influencia del entorno geográfico; adicionalmente mostraron concentraciones de calcio en: Egipto 261 mg/100mL, Suecia  $165 \pm 51.3$  mg/100mL, Taiwán  $230 \pm 16$  mg/100mL, USA 258 mg/100mL, los cuales también resultaron similares a los de este trabajo y a los reportados por Morón de Salim et al, en Venezuela (22).

En relación a los valores de concentración de calcio en suero sanguíneo de las madres lactantes, éstos fueron mucho más bajos que los estándares de concentración de calcio sérico publicado por Lovensio (23). El bajo valor podría corresponderse, a que desde los primeros meses de la gestación, el calcio se deposita en el feto a una tasa de 120 mg/día durante las semanas 20-30 y aumenta progresivamente de 260 mg/día desde la semana 30, a un total de 30 g de depósito final en el recién nacido al término del embarazo (24).

Cabe destacar, que durante el embarazo y la lactancia, en la madre se produce una combinación de adaptaciones metabólicas, cuyo resultado final es asegurar el adecuado desarrollo mineral del feto y la protección necesaria al esqueleto materno (25). La homeostasis del calcio se ajusta para favorecer un balance positivo del mismo a través de su mayor absorción en el intestino delgado y de las modificaciones vinculadas con las hormonas calciotrópicas que lo regulan, aumentando así el recambio y la reabsorción tubular renal de calcio para proveer la adecuada cantidad de calcio a la leche materna. Sin embargo, la masa ósea normalmente no disminuye durante el embarazo, aunque se observa pérdida ósea con la lactancia sostenida en más de 6 meses (24).

En la población estudiada, los niveles de calcio en calostro son elevados, aunque se mantienen bajos en el suero sanguíneo. Se sugiere realizar estudios con muestras más grandes que permitan la estandarización de los valores calcio en calostro y suero sanguíneo materno, así como también, continuar con este estudio en un centro hospitalario de nivel socioeconómico alto, a fin de realizar comparaciones o relaciones entre los estratos y las concentraciones de calcio en calostro y suero sanguíneo.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud 2003 Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Disponible en :[http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf)
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasavec A, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387:475-90. doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7
3. McAndrew F, Thompson J, Fellows L, Large A, Speed M, Renfrew MJ. Infant feeding survey 2010. London (UK): Health and Social Care Information Centre, 2012. Disponible en: [content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB08694](http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB08694)
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016; 387:491-504. doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2
5. Arena AJ. La lactancia materna en la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. *Arch Pediatr* 2003; 58(3):208-10.
6. Álvarez de Acosta T, Cluet de Rodríguez I, Rossell-Pineda M, Valbuena E, Nucette-Meléndez A. Determinación de las concentraciones de proteínas, hidratos de carbono y grasas en leche de madres en relactancia *Arch Latinoam Nutr* 2010; 60(4):368-73.
7. Reyes Vázquez H. Características de la leche materna. En: Reyes Vázquez H, Martínez González A. *Lactancia Humana. Bases para lograr su éxito*. 1ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2011; p. 80-6.
8. Lawrence RA, Lawrence RM. Bioquímica de la leche humana. En: Lawrence RA, Lawrence RM. *Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica*. 6ª ed. Madrid, España: Elsevier España; 2007; p.111-76.
9. Wellstart International. Lactation Management Self-Study Modules, Level I, Fourth Edition 2013 Edited for Wellstart International by Audrey J. Naylor, MD, DrPH and Ruth A. Wester, BA, RN, PNP 2014 Disponible en: <http://www.wellstart.org/Self-Study-Module.pdf>
10. Macías Sara M., Rodríguez Silvia, Ronayne de Ferrer Patricia A. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(5): 423-430. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752006000500008&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000500008&lng=es).
11. Rodríguez E.M, Sanz-Alejos M, Díaz-Romero C. Concentraciones de calcio, magnesio, sodio y potasio en leche materna y fórmulas de inicio. *Arch Latinoam Nutr* 2002; 52(4): 406-12. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sciarttext&pid=S004-06222002000400013&lng=es>.
12. Díaz-Argüelles Ramírez Corria V. Lactancia Materna: Evaluación Nutricional en el Recién Nacido. *Rev Cubana de Pediatr (online)* 2005; 77: 2. [cielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312005000200005](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005)
13. González Mariño MA. La Lactancia y la madre. *Méd.Uis* 2012; 25(1):55-62.
14. Rodríguez Belmonte ML, Zavala Pérez GE, Torres LV ‡, Espinosa Calvo MT. Valoración inmunológica y nutricional del calostro en mujeres de bajo nivel socioeconómico

- en Cuautla, Morelos, como una visión integral de la lactancia *Pediatría de México* 2010; 12(1): 33-39 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pediatriademexico>.
15. Sarli M, Hakim C, Rey P, Zanchetta J. Osteoporosis del Embarazo y la Lactancia. *Medicina*. Buenos Aires 2005; 65: 533-540.
  16. Maury-Sintjago, E., Martínez-García, E., Bravo-Henríquez, A., Martínez-Ugas, J., Minerales Bioesenciales en Leche Materna Madura de Indígenas Barí. *Antropo* 2011; 24: 9-19.
  17. Urdaneta Machado JR, Quiroz Urribarrí L, Cepeda de Villalobos M, García J, Guerra M, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A. Deficiencia de oligoelementos durante el primer trimestre del embarazo en Maracaibo, Venezuela. *An Venez Nutr* 2013; 26(1): 14 -22
  18. Yamawaki N, Yamada M, Kan-no T, Kojima T, Kaneko T, Yonekubo A. Macronutrient, mineral and trace element composition of breast milk from Japanese women. *Journal of trace elements in Medicine and Biology* 2005; 19(2-3):171-81.
  19. Mastroeni SS, Okada IA, Rondó PH, Duran MC, Paiva AA, Neto JM. Concentrations of Fe, K, Na, Ca, P, Zn and Mg in maternal colostrum and mature milk. *J Trop Pediatr* 2006; 52(4):272-5
  20. Mbofung CM; Atinmo T; Omololu A. Mineral content of colostrum and mature milk of lactating Nigerian women as influenced by stage of lactation. *Nutr Rep Int* 1984; 30(5):1137-46
  21. Muluwork M, Tarekegn B, TessemaEthiop D. Calcium, Magnesium, Iron, Zinc and Copper, Compositions of Human Milk from Populations with Cereal and 'Enset' Based Diets *J Health Sci* 2013; 23 (2): 90-97
  22. Morón de Salim AR, Cruces ME, Oviedo G. Calcio y Magnesio en leche madura de mujeres lactantes de una comunidad de Valencia, Venezuela. *Salus online* 2010; 14(2):9-20.
  23. Lovensio C. *Metabolismo del calcio - Libro Virtual Intramed*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2006.
  24. Martínez V, Moreno JM, Dalmau J. Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de ingesta de calcio y vitamina D: Posicionamiento del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría *An Pediatr (Barc)* 2012; 77(1):57-8.
  25. Blumfield M, Hure A, MacDonald-Mechas L, Smith R, Simpson S, Raubenheimer D, Collins C. The Association between the macronutrient content of maternal diet and the adequacy of micronutrients during pregnancy in the women and their children's health (WATCH) Study. *Nutrients* 2012; 4: 1958-1976

Recibido: 20-04-2017

Aceptado: 01-11-2017

## Características psicológicas del niño/niña desnutrido

Miren De Tejada Lagonell<sup>1</sup>

**Resumen:** La desnutrición es considerada un tema de interés mundial ya que en ella se involucran derechos humanos básicos de las personas afectadas. Se ha escrito mucho sobre la desnutrición en sus aspectos médicos y nutricionales, tal vez menos desde la psicología y la educación. En ese sentido este artículo tiene como objetivo presentar el estado del arte acerca de la caracterización psicológica de niñas y niños que están sometidos a una condición de desnutrición clínica o subclínica y hacer un aporte desde la educación para su detección desde las escuelas con el posicionamiento del docente como un guardián nutricional. Se asume como una investigación de carácter documental con una metodología cualitativa de carácter crítico interpretativo orientada a recopilar información que se ha generado en relación a la caracterización psicológica de infantes que viven bajo esa condición, revisar nuevos aportes y proponer una perspectiva teórica desde la psicología y la educación que permita el análisis y comprensión del asunto tratado. Se recomienda su promoción y difusión en la comunidad académica interesada en esta problemática. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 68-80.*

**Palabras clave:** Desnutrición, aspectos psicológicos, niños, resiliencia.

## Psychological characterization of malnourished children

**Abstract:** Malnutrition is considered an issue of global concern since it involves basic human rights of affected people. Much has been written about malnutrition in its medical and nutritional aspects, perhaps less from psychology and education. In this sense, this article aims to present the state of art about the psychological characterization of children who are subjected to a clinical or subclinical malnutrition condition and make a contribution from the education for its detection from the schools with the positioning of the teacher as a nutritional guardian. It is assumed as a documental research with a qualitative methodology of critical interpretive character aimed at gathering information that has been generated in relation to the psychological characterization of infants living under this condition, to review new contributions and to propose a theoretical perspective since psychology and education that allows the analysis and understanding of the subject matter. It is recommended its promotion and diffusion in the academic community interested in this problem. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 68-80.*

**Key words:** Malnutrition, psychological aspects, children, resilience.

### Introducción

El impacto que la desnutrición grave pueda ocasionar sobre el ser humano y su desarrollo posterior se ha constituido en objeto de estudio e interés para diversas ciencias; entre ellas la psicología en general y más específicamente para la psicología del desarrollo. (1-4)

Venezuela actualmente está atravesando una situación nutricional drástica que se convierte en una amenaza a la seguridad alimentaria del venezolano; el problema de la inaccesibilidad, no disponibilidad, conformación de dietas inadecuadas, pérdida de la estabilidad en la oferta obligan a la migración hacia nuevos hábitos alimentarios en la mayoría de los casos no saluda-

bles y que podrían generar cambios comportamentales importantes en todas las áreas del desarrollo, siendo los grupos más vulnerables las niñas y los niños, las mujeres embarazadas y las personas de la tercera edad.

Ante la reserva de cifras oficiales los investigadores recurren a reportes de organizaciones no gubernamentales como la Fundación Bengoa, Cania o el Observatorio Venezolano de Salud.

En ese sentido, el Programa de Nutrición Comunitaria de la Fundación Bengoa que monitorea escuelas en Caracas, Maracaibo y Mérida, reporta un incremento de 9% de la desnutrición infantil entre 2014 y 2015. Dicha información se obtiene sobre la base de una muestra de 1.500 alumnos en edad preescolar y hasta sexto grado de primaria, en escuelas donde se les garantiza el desayuno.

A ello se suman sus informes más recientes en los cua-

<sup>1</sup>Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Instituto Pedagógico de Caracas  
Solicitar correspondencia a: Miren de Tejada, email: mdetejada@ipc.upel.edu.ve

les reporta una crisis alimentaria que agudiza en 30% la malnutrición infantil (5). Consiguen los investigadores de dicha Fundación un incremento de la malnutrición en Venezuela desde el último semestre del año 2015 a mayo de 2016, en esta oportunidad basada en una muestra de 4.000 alumnos de centros educativos con quienes establecen alianzas para realizar educación nutricional en las escuelas. Igualmente expresan que 25% de los niños dejó de ir a esas escuelas porque no tenían que comer.

Adicionalmente a lo anteriormente reportado, se agregan testimonios recogidos por diversas ONGs y medios de comunicación social los cuales llevarían implícito el sufrimiento de una sociedad para alcanzar un nivel de alimentación óptimo y necesario para la subsistencia que permita, al menos, cubrir las necesidades fisiológicas básicas reportadas por Maslow en su teoría motivacional (6,7); testimonios como (8): Somos una familia grande y cada vez se nos hace más difícil comer; Estamos comiendo mal, no comemos de forma equilibrada. Si almorzamos, no cenamos y, si cenamos, no desayunamos, encienden la alarma bajo un Enfoque de Gestión de Riesgo (9) para pensar y proyectar cómo esta circunstancia actual podría afectar a la vida futura de todos nuestros conciudadanos, específicamente de nuestras niñas y niños.

Por otro lado, se reporta que para el año 2016 solo el Hospital J.M de los Ríos de la ciudad de Caracas informa sobre un incremento de los casos de desnutrición en relación con los años 2013, 2014 y 2015 con un porcentaje importante de los casos edematosos en lactantes (10). En ese sentido se hace un llamado de atención a las autoridades para estar alerta ante esta situación que demanda control, vigilancia, preparación para atender a la población de mayor vulnerabilidad y establecer mecanismos para garantizar una mayor seguridad alimentaria; ello en vista de que la desnutrición grave es solo la punta del iceberg de una situación nutricional que se está deteriorando de una forma aguda, reflejada en la aparición de las formas edematosas de malnutrición por déficit, en las cuales, ya no solo hay deficiencias de micronutrientes y energéticas, sino también proteicas (10).

Asimismo, se sugiere que los especialistas en la materia médicos, pediatras, nutrólogos y nutricionistas estén en estado de alerta a fin de convertirse en vigilantes del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas que llegan a sus consultas e impartir educación nutricional acorde a los tiempos de crisis que afecta a la sociedad venezolana actual (10).

En ese sentido, en dicha legión de guardianes para una mejor nutrición se propone incorporar a los docentes en servicio y a los psicólogos del desarrollo en sus respec-

tivas áreas de consulta, para lo cual es menester recordar ¿Cuáles son las características de un niño o niña desnutrida? ¿Qué puede hacerse desde las escuelas y organizaciones para identificar, referir, socorrer a niñas y niños desnutridos y colocarlo en la ruta de la atención médica, nutricional, social y psicológica que su condición exige y, con ello, contribuir con los profesionales de la salud en la atención de esta área tan sensible y particular para el desarrollo humano?

Este artículo tiene como uno de sus objetivos presentar el estado del arte acerca de la caracterización psicológica descrita en niñas y niños que están sometidos a una condición de desnutrición y hacer un aporte desde la psicología para el empoderamiento del docente como guardián nutricional en las escuelas para la detección de posibles niños y niñas en condición de desnutrición.

## Materiales y Métodos

### Tipo de investigación

Se plantea como una investigación documental con una metodología cualitativa de carácter crítico interpretativo (4) orientada a recopilar información que se ha generado en relación a la caracterización psicológica de infantes que viven bajo la condición de desnutrición, revisar nuevos aportes y hacer una propuesta, desde la psicología y la educación, que permita el análisis y comprensión del asunto tratado; con ello propiciar la incorporación de los profesionales de las humanidades y ciencias sociales, al equipo interdisciplinario que atiende a los niños y las niñas desnutridos.

### Instrumentos

Para el levantamiento de la información referida a la caracterización psicológica del niño desnutrido y aportes recientes al respecto, se recurrió al uso de motores de búsqueda definidos como aquellos programas o herramientas interactivas que facilitan la pesquisa y recuperación de información en Internet (11); se usaron como principales buscadores scholar.google.es y la plataforma Scielo. Igualmente se recurrió a la revisión de banco de datos de investigadores en el área y centros de documentación Institucionales disponibles en la World Wide Web, publicaciones de libros o capítulos de libro.

### Procedimiento

Se precisó el tipo de información que se quería recuperar; se seleccionaron palabras clave para realizar la búsqueda deseada. En ese sentido, se introdujeron en los motores de búsqueda las palabras: desnutrición, psicología, desarrollo; se recurrió al uso operadores lógicos and, or y and not para posible asociación de palabras como características psicológicas o aspectos emocionales.

**Resultados**

Se recuperaron un total de 58 artículos, 8 trabajos de grado, 2 capítulos de libro y 5 libros, todos publicados entre los años 1970 y 2017. La mayoría de ellos están referidos a los aspectos clínicos y nutricionales de la problemática vinculada con la desnutrición, su abordaje y consecuencias. Aunque el tema es de alta pertinencia y sensibilidad social, no obstante la producción referida a su atención psicológica es limitada. Al respecto se recupera la propuesta de una escala que permite clasificar en alto o bajo riesgo nutricional, tomando en cuenta la situación social, tipo de alimentación, condiciones ambientales, características familiares y aspectos psicológicos (12); la descripción de la caracterización psicológica del niño o niña que vive bajo esta condición (13, 14, 15, 16); una propuesta para la evaluación del riesgo psicológico de malnutrición (17) y un aporte de intervención educativa bajo un enfoque de gestión de riesgo orientada a la incorporación de los maestros y docentes como Guardianes Nutricionales (3, 18).

En ese sentido, se presenta un resumen de los principales resultados encontrados para lo cual se propone la presentación organizada en los siguientes apartados: 1. Escala para la evaluación del riesgo nutricional, 2. Evaluación del riesgo psicológico para malnutrición, 3. Caracterización psicológica del niño/niña desnutrido, 4. Enfoque de gestión de riesgo nutricional, 5. El docente un guardián nutricional.

*Escala para la evaluación del riesgo nutricional*

Desde el Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel, ubicado en Cochabamba-Bolivia y su Centro de Recuperación Inmunonutricional, se propone el método CLAPSEN (12) el cual constituye una estrategia de rehabilitación nutricional del niño desnutrido que contempla tanto la recuperación del estado nutricional como el reconocimiento de los otros factores vinculados a ella. El método incluye los aspectos enlazados con la clínica, laboratorio, psicología, enfermería y nutrición, de ahí la denominación CLAPSEN, todo lo cual se relaciona, indefectiblemente, con la recuperación. Propone una escala en la cual se incluyen los aspectos psicológicos vinculados con la naturaleza de la deseabilidad o no del embarazo del niño desnutrido, el estrés materno, la responsabilidad parental en la atención del niño que vive bajo esta condición, vinculación parental, características de la familia, de las condiciones de alojamiento. Presenta así la siguiente escala para evaluar el riesgo nutricional: (Cuadro 1)

Cuadro 1. Escala de Evaluación de Riesgo Socio-Nutricional de Sevilla-Paz Soldán. Indicadores y puntuación.

<b>Psicología</b>		<b>Familia</b>	
Estrés	1	Madre joven	0.75
Irresponsabilidad paterna	1	Otro hijo desnutrido	0.75
Separación brusca/ enfermedad cultural	1	Extendida (numerosa)	1
Embarazo no deseado	1	Período intergenésico corto	1
Abandono del niño	1	Madre sola	1.5
<b>Social</b>		<b>Ambiente</b>	
Bajos ingresos	0.25	Alojado	0.25
Menos de 1500 Kcal/adultos	0.25	Vivienda en mal estado	0.75
Alcoholismo	1.5	Falta de higiene/Infecciones	1
Menor frecuencia/Densidad	1.5	Agua no potable	1.5
Padre sin trabajo eventual	1.5	Menos de un servicio básico	1.5
<b>Alimentación</b>		<b>Calificación</b>	
Bajos ingresos	0.25	Se considera Riesgo Socio nutricional según los siguientes puntuaciones:	
Menos de 1500 Kcal/adultos	0.25	Riesgo Alto: 17 y 25	
Alcoholismo	1.5	Riesgo Moderado: 12 y 17	
Menor frecuencia/Densidad	1.5	Riesgo Bajo: menor a 12	
Padre sin trabajo eventual	1.5		

Fuente: (12)

En relación con la revisión propuesta en este trabajo resulta de interés destacar los aspectos concernientes con vinculación afectiva, significado de la presencia del niño en condición de desnutrición en la vida familiar, estado emocional de la madre los cuales son considerados dentro del Perfil de la madre del niño desnutrido (19) como indicadores trascendente para la evolución y desarrollo psicológico del niño una vez obtenida la recuperación nutricional. Por otro lado, esta escala con el debido empoderamiento de profesionales no vinculados de manera directa con la salud, tales como los docentes, bien pudiera ser considerada para su aplicación en el contexto escolar y determinar así el riesgo posible a conducir al niño o niña insertado en el sistema escolar, a una condición de desnutrición. Posterior a su aplicación, podría derivarse a los especialistas clínicos aquellos casos que alcanzan puntuaciones de riesgo moderado o alto.

Para la atención específicamente psicológica, esta escala propone: promover la recuperación de todas las áreas del desarrollo psicomotor del niño/niña, uso de la Fisioterapia para optimizar la funcionalidad e interacción con el entorno y hacer énfasis en el desarrollo del lenguaje.

*Evaluación del riesgo psicológico para malnutrición*

El Centro Nutricional Infantil de Antímamo, conocido por sus siglas como Cania (Caracas-Venezuela) propo-

ne un instrumento para la evaluación de riesgo psicológico de malnutrición infantil y en la adolescencia (17). Con el mismo se pretende considerar las circunstancias, sucesos o condiciones de naturaleza psicológica que aumentan la probabilidad de aparición de una problemática nutricional o alimentaria. Se asume la existencia de un conjunto de aspectos psicológicos subyacentes que podrían explicar porque surge un evento nutricional adverso.

Se define el riesgo psicológico como aquellas características, circunstancias o sucesos que afectan psicológicamente al infante, a la madre o a la familia y que aumentan la probabilidad de que surja una problemática alimentaria o nutricional.

Una nutrición óptima depende, en gran medida, del desarrollo de una relación armónica entre la madre, el padre y el niño o niña desnutrida. Cualquier trastorno en dicha relación puede afectar la condición nutricional de estos. Igualmente es importante considerar las particularidades psicológicas propias de cada niño/niña las cuales, en el marco natural de interacción madre-hijo, pueden generar aceptación o rechazo, respuestas de afecto y cuidado, responsabilidad o negligencia por parte de los cuidadores, dependiendo de su naturaleza.

En ese sentido, incluye como factores que podrían convertirse en riesgo para aparición de situación nutricional adversa los siguientes: presencia de una problemática en el niño, presencia de una problemática en la madre, alteración de la relación madre-hijo, disfunción familiar y un conjunto de indicadores asociados cuya presencia puede potenciar la problemática nutricional. En el Cuadro 2 se presentan los factores e indicadores considerados.

El instrumento califica el riesgo psicológico de padecer una alteración nutricional de acuerdo con las puntuaciones obtenidas al sumar los indicadores presente en cada caso evaluado. El puntaje total es de 16 puntos cuando están presentes todos los indicadores. La sumatoria total permitiría calificar el riesgo psicológico como alto, medio o bajo. Si están presentes indicadores asociados se considerará el nivel siguiente de acuerdo a la sumatoria del puntaje obtenido; en ese sentido los factores asociados potenciarían el riesgo de aparición de malnutrición.

Al igual que la Escala de Sevilla-Paz (12) este instrumento propuesto puede ser usado en el contexto escolar para identificar algunos de estos indicadores tales como sobreprotección, maltrato físico, verbal y/o emocional, negligencia a nivel físico y/o emocional, sospecha de consumo de sustancia, los cuales de estar presentes se convierten en un sistema de alerta para derivar al niño o niña a la consulta con los especialistas. Algunos de los indicadores necesariamente requieren de la intervención de los profesionales del área clínico-nutricional por lo que desde las escuelas existiría limitaciones disciplinares para su abordaje, pero la detección de algunos de los indicadores señalados permitiría no quedar silentes y actuar en consecuencia.

Características psicológicas del niño desnutrido grave.

La desnutrición está vinculada no solo con la ingesta insuficiente de alimentos, sino también con factores sociales, culturales, características de las relaciones afectivas entre los integrantes de los grupos familiares donde existe desnutrición, características de la interacción psicológica, nivel de salud mental de la madre y últimamente, dentro de una tendencia en la psicología dentro del modelo constructivista, con la calidad de la media-

Cuadro 2. Factores e indicadores de riesgo psicológico para malnutrición infantil. Puntaje según indicador .

Factores	Indicadores	Puntaje
Presencia de una problemática en el niño	Trastorno de la ingesta y la conducta alimentaria	1
	Presencia de una problemática nutricional	1
Presencia de una problemática en la madre	Presencia de un trastorno mental en la madre	4
	Poca consciencia en la madre de la problemática nutricional de su hijo	2
	Presencia de una problemática emocional y/o de conducta en la madre	3
Alteración en la relación madre-hijo	Sobreprotección	1
	Maltrato físico, verbal y/o emocional	1
	Negligencia a nivel físico y/o emocional	1
Indicadores asociados	Antecedentes de problemática alimentaria en la madre y/o otros miembros del grupo primario, abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), presencia de trastorno mental en el niño, problemas de desarrollo en el niño.	RIESGO ≤3= Bajo 4-7= Mediano ≥ 8= Alto

Fuente: (17)

ción ejercida por las figuras significativas del entorno socio afectivo donde se desenvuelve el niño desnutrido (20). Es así como puede afirmarse que la desnutrición se asocia a una gran cantidad de factores que han sido descritos por un sin número de autores (16, 21- 25).

Todos estos factores inciden sobre la persona y pueden afectar las diversas áreas que conforman su totalidad a saber: motora, física, cognoscitiva, afectiva, moral, sexual, social y del lenguaje.

En las niñas y niños en condición de desnutrición grave se encuentra un conjunto de características comportamentales que definen su funcionamiento psicológico para ese momento: tristeza, apatía, baja participación en actividades lúdicas y en su movilidad espontánea, irritabilidad, desinterés por las personas, por el entorno y en el aprovechamiento de oportunidades para el juego que se le puedan ofrecer, son algunas de las descritas (16).

En el niño marasmático se encuentra como principal característica la apatía, la cual es mixta (16):1) Es primariamente fisiológica por la situación de desnutrición por sí misma que condiciona a su organismo desde un orden bioquímico impidiéndole responder adecuadamente a las demandas del entorno donde este se desenvuelve. La privación nutricional, por sí misma, contribuye a la apatía y en la disminución de las demandas psicosociales y socioculturales. 2) Es primariamente psicológica por la baja de la capacidad de respuesta a experiencias significativas del entorno, lo cual se refleja en un alejamiento progresivo del mismo con consecuencias importantes para el desarrollo de capacidades cognitivo-afectivas-convivenciales. 3) Es primariamente social por las características del entorno familiar y ambiental, carente de afecto y de experiencias que le generen retos para el aprendizaje. La apatía descrita puede venir acompañada de desmotivación, desinterés, llanto monótono y continuo que no calma con atención socio afectiva ni nutricional.

En el niño pluricarencial o en condición de desnutrición Kwashiorkor, existen también rasgos de indiferencia acompañados de tristeza, expresión de angustia, hipocactividad, postración, sueño superficial alternado con períodos de vigilia (13, 21).

Otros autores (15) han descrito como principales características de los niños y niñas en condición de desnutrición grave las siguientes: Retardo en el desarrollo psicomotriz con aparición tardía de la marcha independiente, retardo en la adquisición de destrezas para el lenguaje expresivo y comprensivo, retardo en el control de esfínteres, actividad lúdica disminuida, ausencia de sonrisa social, pasividad, timidez, inseguridad.

Puede decirse que las primeras alteraciones se obser-

van en las áreas referidas a la motricidad y la cognición; en segundo término, las vinculadas con el desarrollo del lenguaje y las relaciones sociales. En el área social se reporta ausencia de sonrisa social, indiferencia a la aproximación social, rechazo al acercamiento físico; en el área del lenguaje: llanto débil, ausencia de balbuceo, vocalizaciones y/o emisión de sonidos guturales; retraso en el desarrollo del lenguaje expresivo. También se han reportado (26) regresiones graduales en la conducta adquirida lo cual va a depender de la intensidad de la desnutrición.

Barrera en 1987 (14) describe etapas evolutivas en el progreso del niño desnutrido desde el momento de su hospitalización hasta que ocurre su recuperación nutricional, estas son:

- 1) Etapa de apatía intensa: se presenta en el momento de admisión a la sala de hospitalización o recuperación; dura aproximadamente una semana; durante este período se puede encontrar postración, tristeza, irritabilidad, llanto quejumbroso, somnolencia. Puede ser frecuente el rechazo a los alimentos, resistencia a los cuidados de higiene. Disminución o desinterés por las actividades lúdicas, indiferencia a la aproximación social. Puede haber sueño profundo.
- 2) Etapa de receptividad pasiva: se inicia entre la segunda y tercera semana de hospitalización. En este período puede haber un aumento del interés por la demanda socio ambiental; puede haber interés pasivo por las personas y los objetos. Se inician movimientos voluntarios; aceptan la aproximación social sin acogimiento ni rechazo. Mejora el apetito; inicia o acepta el establecimiento de algunos hábitos: baño, higiene corporal.
- 3) Etapa de receptividad activa: se inicia entre la tercera y sexta semana. Durante esta etapa el niño se muestra más adaptativo a las exigencias de su entorno ajustándose a ellas. Se muestra interesado por las personas, los objetos y el juego. La expresión de su rostro aún es severa, puede cambiar de posición con mayor libertad; alterna la posición sentada con la bipedestación. La irritabilidad es menor en relación con las etapas anteriores. No se incorpora aún a las actividades de juego de manera determinada. Sus hábitos pueden mejorar pero aún se muestran con seriedad y tristeza.
- 4) Etapa de recuperación franca: aparece entre la séptima y decimosegunda semana. Durante esta etapa el niño se incorpora a todas las actividades de la vida diaria. Hay progresión en las relaciones sociales, acepta los juguetes u objetos que se le ofrecen con alegría, sus movimientos y marcha independiente se muestran lenta. Hay risa franca y disfrute de las experiencias que se les ofrece.

En síntesis, en la fase aguda de la condición nutricional grave a medida que se establece la recuperación nutricional, la caracterización psicológica del niño se trans-

forma, de un estado de hostilidad e indiferencia a un estatus en el cual se muestran alegres y extrovertidos; se interesan por el juego y hay progresión en sus relaciones sociales. Todos estos cambios son explicados por mecanismos psiconeuroendocrinos asociados a la condición nutricional momentánea.

Así que desde el punto de vista psicológico, la renovación del interés por el entorno socioambiental y afectivo, se convierte en uno de los signos indicadores del mejoramiento del estado nutricional. En ese sentido se describen un conjunto de indicadores psicológicos de recuperación nutricional (16): Aumento de la motricidad voluntaria, búsqueda y aceptación del contacto social, presencia de sonrisa social, cambios en la expresión facial, disminución del llanto, ausencia de irritabilidad, incremento de la actividad lúdica, interés en la exploración ambiental y en la manipulación de objetos, aumento de los períodos de vigilia, incremento de los cocientes de desarrollo, mayor disposición para el aprendizaje de hábitos relacionados con su rutina diaria: manipulación de cubiertos, uso de vasos, utilización del retrete, cepillo dental, entre otros, preocupación por su imagen corporal ante el espejo y su grupo social de referencia.

Las características anteriormente descritas fueron recogidas inicialmente en el Hospital de Niños J.M de los Ríos (14); han sido validadas y referidas como experiencias en investigaciones realizadas en el Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni del Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela (hoy conocido como Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar”) (20, 25, 27) y reportadas también por el Centro de Recuperación Inmunonutricional del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel ubicado en Cochabamba-Bolivia (12).

Por otro lado, es importante destacar que las consecuencias posteriores a la injuria nutricional, van a estar relacionadas con varias condiciones: Intensidad de la desnutrición desde un punto de vista clínico; etapa de la vida en la que apareció la injuria nutricional: en el período de la lactancia, en la edad pre escolar o escolar.; naturaleza de la vinculación madre hijo y vinculación psicoafectiva con el grupo familiar; variabilidad del contexto sociocultural y psicoafectivo que rodean al niño o niña una vez superado el evento de desnutrición.

Todo esto dado que las condiciones fisico-ambientales, socioculturales y psicoafectivas pueden constituirse como factores de riesgo, o conformarse como factores de protección, dependiendo de su naturaleza y direccionalidad; estos contribuyen en el progreso óptimo del niño o niña que ha estado sometido a una condición nu-

tricional adversa.

Desde las escuelas puede emprenderse un plan de trabajo para empoderar a los integrantes de la comunidad escolar, establecer vínculos escuela-comunidad con la finalidad de estar vigilante acerca del estado nutricional de las niñas y niños que asisten a ella. Sin bien las características anteriormente descritas corresponden a niños bajo la figura de hospitalización o internación, existen otras características que puede registrar los docentes u otros miembros de la comunidad escolar, de manera que se constituyan en un alerta de que algo podría estar sucediendo a esa niña o niño de cumplir con los indicadores descritos. En ese sentido se actuaría bajo el enfoque de gestión de riesgo descrito en el próximo apartado.

Pero ¿Qué se debe observar?. El Cuadro 3 muestra orientaciones: Es indispensable destacar que algunos de estas características pueden estar presentes tanto por posibles alteraciones nutricionales, como por una inadecuada formación de hábitos o cualquier otra patología médica o disfunción psicológica en la madre, en el niño o niña o en la interrelación entre ambos; por lo que es indispensable acumular el mayor número de evidencias para pensar en una posible alteración nutricional y tomar la decisión de derivar a la consulta médica, nutricional o psicológica. Como suma a este registro se sugiere aplicar la escala de riesgo nutricional que aparece en el Cuadro 1 (12) y evaluar el riesgo psicológico para malnutrición (17).

### **Enfoque de Gestión de Riesgo**

Con un Enfoque de Gestión de Riesgo se plantea dar una orientación diferente al problema nutricional y hacer de la escuela un espacio para la reducción de problemas vinculados con la ingesta alimentaria. Por lo que es esencial la prevención, la mitigación y acciones contundentes para solventar los problemas nutricionales desde el recinto escolar.

El objetivo principal es educar para reducir los problemas vinculados con la salud física, psicológica, social y espiritual. Bajo esta orientación, se pretende que las y los docentes manejen dicho enfoque para lo cual deben tener claro lo que significa riesgo nutricional, vulnerabilidad nutricional, amenaza nutricional, desarrollar criterios de precaución (almacenamiento y provisión de alimentos) y de anticipación de consecuencias, alertas ante la inseguridad alimentaria, con el propósito de contribuir a la reducción de problemas nutricionales que afectan a las localidades, al país y al planeta.

El riesgo en el cual se encuentra una persona desde el punto de vista nutricional, implica la existencia de ca-

racterísticas, momentáneas o permanentes, en el entorno donde se vive que se constituyen en condicionantes o determinantes de las alteraciones nutricionales por déficit, exceso o para el comportamiento compulsivo. No cuantifican la magnitud del problema nutricional, pero sí permiten establecer categorías en el nivel de riesgo de malnutrición en que se encuentra la persona.

El riesgo es una condición latente que encierra una posibilidad de pérdidas hacia el futuro o de pasar a formar parte de una situación problemática. La existencia de riesgo y sus características particulares se explica por la

presencia de determinados factores, que en general se convierten en amenazas y dependen del grado de vulnerabilidad. Algunos de ellos ya han sido mencionados en los Cuadros 1 y 2.

Una amenaza, en el caso que ocupa el tema nutricional, hace referencia a la ocurrencia eventual de un daño a la salud por la presencia de prácticas inadecuadas vinculadas con la ingesta nutricional como por ejemplo: consumo excesivo de sal, de grasas, de comidas rápidas, inadecuada manipulación higiénica de los alimentos y/o de los instrumentos.

Cuadro 3. Características del niño y la niña con normalidad o posible alteración nutricional

CARÁCTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES	
Niño o Niña sin posible alteración nutricional	Niño o Niña con posible alteración nutricional
Asiste a las actividades escolares con regularidad.	Ausentismo escolar. Se enferma con frecuencia.
Su peso y estatura puede mostrarse igual a la de su grupo etario, con variaciones mínimas.	Se muestra sustancialmente inferior en talla y peso cuando se le contrasta con su grupo de referencia (compañeros y amigos de la escuela)
Pelo brillante, suelto y bien implantado. No se cae al peinarlo.	Cabello quebradizo, débil y con poco brillo. Se cae con facilidad al peinarse. En ocasiones pueden evidenciarse dos tipos de colores (uno más claro que el de la base o raíz).
Piel tersa y suave.	Piel seca, áspera, escamosa, ha perdido su tersura.
La mirada se muestra vivaz y brillante. Acepta el contacto visual.	Mirada extraviada, perdida. Tendencia a rechazar el contacto visual directo a los ojos.
Sonrisa espontánea y adecuada a la situación.	Deja de sonreír, se muestra triste.
Generalmente viene desayunado o almorzado desde el hogar, según el turno escolar al que asista.	Viene a la escuela sin desayunar o almorzar. No quiere comer; rechaza la alimentación. Deja el desayuno o la merienda en el bulto o morral.
Si come en la escuela, consume con interés los alimentos que se le sirven.	
Presenta armonía en la ejecución de sus movimientos corporales, los cuales ejecuta con destreza y gracia.	Lentitud en la ejecución de sus movimientos gruesos y finos. Dificultad para iniciar una acción. Los objetos se le caen con facilidad.
Se muestra interesado por los acontecimientos de su contexto.	Muestra apatía, desinterés a lo que suceda en su contexto.
El juego constituye su actividad fundamental, la cual desarrolla con motivación e interés. Puede ser líder de su grupo.	Deja de jugar, no se interesa por participar en actividades con sus pares. No juega en el recreo, se sienta y no participa en las actividades grupales, ni acepta invitaciones del grupo para incorporarse.
Mantiene su carácter habitual: se mantiene alegre si por lo general lo es, humorista, participativo, amigable o comunicativo.	Hay cambios importantes en su carácter: irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, mutismo selectivo (pudiendo hablar decidido no hacerlo).
Se concentra en las actividades que se le piden ejecutar, en concordancia con su nivel de edad y desarrollo.	Dificultad para concentrarse en la realización de las tareas asignadas en el aula y seguir instrucciones. Se distrae con facilidad, dificultad para retener y procesar información.
Atención selectiva adecuada, sigue instrucciones, completa las tareas que inicia.	
Por lo general, su presentación personal es adecuada: su uniforme se muestra limpio y bien presentado.	Descuido en su apariencia personal. No se preocupa por su presentación.
Sus materiales de trabajo se presentan limpios y ordenados.	Cambio sustancial en la presentación de sus materiales escolares, los cuales se muestran desordenados y sucios.

La vulnerabilidad, por su parte, se vincula con una serie de características diferenciadas que predisponen a la persona a sufrir daños frente al impacto de un evento externo, y que dificultan su posterior recuperación. Por ejemplo, edad, condiciones fisiológicas, o condición específica temporal como las que ocurren durante el embarazo o en la tercera edad, postoperatorio y su relación con la disponibilidad alimentaria.

Es importante destacar que el riesgo solamente puede existir al estar presente una amenaza y determinadas condiciones de vulnerabilidad en un espacio y en un tiempo particular.

Cuando la amenaza y la vulnerabilidad coexisten, el riesgo aumenta; por ello se hace necesaria la adopción de un conjunto de estrategias y comportamientos orientados hacia su minimización, la desconstrucción de las condiciones existentes y la construcción de nuevas condiciones favorables a una mejor y mayor nutrición.

El riesgo en educación nutricional es producto de la interrelación de amenazas y vulnerabilidades; es una construcción social, dinámica y cambiante y por tanto modificable. El riesgo puede aumentar por las amenazas naturales (sísmicas, geológicas, hidrometeorológicas, biológicas) y amenazas sociales.

Las situaciones problemáticas que pueden constituirse en amenazas y someter a las poblaciones a riesgo en materia nutricional, pueden ser, entre otras: 1) Falta de información en el área, por ejemplo cómo se estructura una dieta balanceada y variada; beneficios o perjuicios de determinados alimentos, cómo se elabora la lonchera escolar, conciencia de la importancia del desayuno. 2) Inaccesibilidad a la información, por ejemplo normativas existentes en relación con las cantinas y comedores escolares. 3) Incomprensión de los mensajes en materia de salud. 4) Inadecuada utilización de los recursos disponibles, por ejemplo la promoción de la lactancia materna como factor de protección para el desarrollo de las y los lactantes. 5) Prácticas alimentarias inadecuadas, por ejemplo, uso excesivo de sal, consumo de agua no potable, sedentarismo, contaminación por desecho de basura impropio, falta de higiene al usar alimentos enlatados, entre otros. 6) Ceder a las presiones sociales, por ejemplo el consumo de calorías vacías, el culto a la figura física como valor, consumo de complementos proteicos sin orientación. 7) Falta de educación al consumidor, por ejemplo desconocimiento de la relación entre oferta-demanda de productos, organización de la dieta familiar a partir de los productos de la temporada, entre otros. 8) Ausencia de criterios para el almacenamiento, manipulación e higiene de los alimentos. 9) Desconocimiento de la existencia de grupos humanos

vulnerables tales como: mujeres embarazadas, lactantes, adultos mayores, preescolares, adolescentes, personas que viven con diabetes y personas que viven con VIH, autistas, entre otros.

En el contexto psicológico el enfoque de riesgo aplicado a la malnutrición (17) permite conocer la probabilidad de aparición de malnutrición dada unas características psicológicas determinadas (Ver Cuadros 1 y 2) o, una vez, presentada la problemática nutricional, permite orientar la intervención médico-psicológica-social-nutricional.

Con este enfoque se proyecta: Minimizar el impacto biológico, psicológico y social causado por las prácticas nutricionales no saludables para ser espiritualmente más felices; reducir la vulnerabilidad de las poblaciones de riesgo, aumentar la resiliencia de las poblaciones.

Se sugiere que el docente como guardián nutricional maneje el enfoque de gestión de riesgo ante los problemas nutricionales. Para ello tendría que empoderarse para tener claro lo que significa riesgo nutricional (sobrepeso, obesidad), vulnerabilidad nutricional, amenaza nutricional (consumo excesivo de sal, de grasas), criterios de precaución (almacenamiento y provisión de alimentos), con el propósito de contribuir a la reducción de problemas nutricionales que afectan la localidad, el país y al planeta.

### **El Docente un Guardián Nutricional**

Se define un Guardián Nutricional (3) como aquella persona que a partir del conocimiento de la educación nutricional y claros valores de compromiso, responsabilidad, solidaridad, tolerancia y respeto mutuo, vigila el crecimiento (parámetros físicos) y desarrollo armónico (cobertura de necesidades, progreso en habilidades y hábitos, administración de las emociones) de un grupo de personas que bajo un clima afectivo contextualizado en la escuela, familia y comunidad y sobre las cuales ejerce un liderazgo contribuye con el desarrollo humano, tanto individual como colectivo, y con la calidad de vida de estos.

Se aspira que el docente como Guardián Nutricional, asuma la educación nutricional como una misión de vida docente; resguarde la salud de sus estudiantes de posibles daños por la ingesta perjudicial de determinados alimentos, malos hábitos e inadecuadas interrelaciones interpersonales; eduque para la prevención de problemas que afecten la salud física, emocional, social y espiritual; vele por el cumplimiento de la Normativa vigente en materia de salud y educación nutricional (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; Ley Orgánica de Protección de Niños y Adolescentes; Reglamento de cantinas escolares del Instituto Na-

cional de Nutrición).

El docente es un guardián nutricional quien desde las escuelas y comunidades debe estar atentos a posibles cambios que puedan ocurrir entre las niñas y niños que permanecen en las aulas. Para ello debe estar preparado y empoderado de algunos conocimientos mínimos que le permitan encender las alarmas ante un posible episodio de desnutrición en el aula o en la escuela.

Para ello sería conveniente que se preparase para vigilar el crecimiento y desarrollo desde su perspectiva educativa y observar cambios físicos y de comportamientos que pudieran ser sugerentes de que algo pudiera estar ocurriendo. El crecimiento de cada persona, desde la concepción, tiene un potencial genéticamente determinado para el incremento de la masa corporal. Si permanece libre de infecciones y de enfermedades y recibe una adecuada nutrición (dieta balanceada, variada, equilibrada y servida con amor) y estimulación psicosocial, afectiva, oportunidades y experiencias, logrará desarrollar todo su potencial.

La salud física incluye cambios en los indicadores antropométricos (peso, talla, circunferencias y perímetros corporales) y además se expresa en los componentes bioquímicos que comprenden grasa, agua, proteínas y minerales que se manifiesta en variaciones en el peso y en la composición de la sangre. Estos cambios no pueden ser evaluados directamente sino a través de análisis de laboratorio, por lo que para el docente, es difícil precisarlos; además que escapa de su ámbito de actuación.

Sin embargo, si se puede sospechar de su alteración a través de la manifestación de un conjunto de características físicas externas, las cuales puede estar en la capacidad de registrarse por medio de una observación acuciosa de la apariencia del niño o niña y de sus cambios comportamentales, posteriores a los cuales, si hay sospecha de alteración, puede derivar a un médico pediatra, médico nutrólogo, médico general, nutricionista, psicólogo o centro de salud. Para ello se sugiere observar y registrar las características sugeridas en el Cuadro 3.

¿Qué otros registros puede hacer el docente como Guardián Nutricional?. Conocer los cambios esperados en cada etapa del desarrollo, conocer la forma adecuada de alimentarse, patrullar el consumo de alimentos en el hogar y en la comunidad de donde proceden los niños y niñas, a través de actividades didácticas, ser garante de una correcta nutrición en el entorno escolar: destacar la importancia del desayuno, vigilar la cantina escolar, inspeccionar la lonchera escolar, supervisar el comedor escolar, formar hábitos nutricionales adecuados, respetar la hora del recreo, observar el consumo adecuado del agua, enseñar la forma correcta de manipulación e higiene de los alimentos, mantener siempre presente el

enfoque de gestión de riesgo para la prevención de la malnutrición; en tal sentido se sugiere tener presente lo expresado en los Cuadros 4 y 5.

Para la reducción de vulnerabilidades y amenazas, y en consecuencia, la minimización de riesgos en materia nutricional, se hace necesario el desarrollo de capacidades y la aplicación del principio de resiliencia nutricional.

En el contexto del desarrollo humano, la resiliencia hace referencia a las posibilidades de recuperación luego de haber estado expuesto a experiencias traumáticas; es superar la adversidad y alcanzar el éxito cristalizado en la consecución de las metas propuestas, a pesar de las adversidades, riesgos y amenazas a las cuales se haya estado sometido. Implica también, la resistencia al estrés para enfrentar adecuadamente las distintas tareas de la vida

En este sentido, la resiliencia es un constructo que involucra juicios humanos sobre resultados deseables y no deseables, así como un balance entre los factores de amenaza o riesgo y los factores protectores.

Por su parte, la resiliencia nutricional puede ser entendida como la capacidad que tiene el ser humano para desarrollar competencias orientadas hacia una adecuada y mejor nutrición, a pesar de haber estado en situación de amenaza y vulnerabilidad nutricional que atenten contra su desarrollo humano integral.

Para la reducción de vulnerabilidades y amenazas, y en consecuencia, la minimización de riesgos en materia nutricional, se hace necesario el desarrollo de capacidades y la aplicación de este principio de resiliencia nutricional.

Algunas personas logran resiliencia a través de procesos naturales, mientras que otros necesitan apoyo e intervención externa. En este caso, la escuela y la comunidad constituyen los entes sociales llamados a actuar para prevenir y reducir los riesgos nutricionales, fomentar las competencias y construir cimientos sólidos para el desarrollo posterior, todo ello a través de los procesos educativos formales y no formales.

### **A modo de síntesis**

La problemática nutricional debe ser comprendida en un continuo que transita desde un manejo conductual inadecuado (por inobservancia de las líneas del desarrollo y desconocimiento de las necesidades nutricionales) hasta la disfunción psicológica del cuidador o de la interrelación madre/hijo desnutrido (25); en cada uno de los casos se describe una caracterización psicológica particular que orientará la atención psicoterapéutica e intervención psicosocial pertinente y oportuna.

Es perentorio atender los asuntos vinculados con la

Cuadro 4. Propuesta de un Enfoque de Gestión de Riesgo para la prevención de la malnutrición.

Si observa en relación con	Considera el Factor de Alerta
<p><b>El agua</b> Se muestra turbia, con sabor, olor o color</p> <p>Bebederos sucios, mal mantenidos o no disponibles en la escuela Consumo de agua no hervida en el hogar</p> <p>Consumo de agua hervida o potable. El número diario ingerido es el indicado.</p>	<p><b>Roja:</b> el agua debe estar contaminada y no apta para el consumo humano. Sugiere una evaluación bacteriológica de la misma. Dispón, mientras tanto de fuentes más confiables como la hervida o agua potable comercial.</p> <p><b>Amarilla:</b> el agua es indispensable para el funcionamiento de órganos y sistemas. Organiza un conjunto de actividades dirigidas a la limpieza o instalación de bebederos.</p> <p><b>Amarilla:</b> haz talleres acerca de la Importancia del consumo de agua hervida dirigido a la comunidad escolar y extra escolar.</p> <p><b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.</p>
<p><b>La cantina escolar</b> Observa expendio de alimentos no permitidos por el I.N.N o de alto contenido calórico.</p> <p>Observa expendio de alimentos permitidos, hay variabilidad y balance en la oferta</p>	<p><b>La cantina escolar</b> <b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional para la aparición futura de enfermedades crónicas no transmisibles (sobrepeso, obesidad, alteraciones cardiovasculares). Aplica la Norma que regula la conformación de la cantina.</p> <p><b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.</p>
<p><b>La lonchera escolar</b> El envase que contiene los alimentos se muestra sucio, mal presentado y con poca higiene</p> <p>El contenido de la lonchera es altamente calórico; incluye golosinas, refrescos o alimentos azucarados.</p>	<p><b>La lonchera escolar</b> <b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo para la aparición de enfermedades infecciosas por contaminación de los alimentos. Indícales a los padres, madres o representantes las normas correctas de manipulación y almacenamiento de alimentos.</p> <p><b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional para la aparición futura de enfermedades crónicas no transmisibles (sobrepeso, obesidad, alteraciones cardiovasculares). Orienta a los padres, madres o representantes a través de talleres de conformación de la lonchera escolar.</p> <p><b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.</p>
<p>Adecuadamente conformada, con alimentos sugeridos y permitidos por el INN; envase limpio y bien presentado</p>	<p><b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.</p>
<p><b>El comedor escolar</b> Extracción de comida</p> <p>La comida servida está con mal olor, mala presentación o consistencia; los niños y niñas intentan probarla y la dejan; parece estar mal estado</p> <p>El menú servido siempre es el mismo, no hay variabilidad en la oferta. No hay balance en la conformación (alimentos de todas las franjas)</p> <p>El menú servido es balanceado, variado y servido con amor.</p>	<p><b>El comedor escolar</b> <b>Roja:</b> la seguridad alimentaria de los y las escolares está amenazada. Busca los mecanismos para hacer la denuncia con prudencia, antes las instancias implicadas.</p> <p><b>Roja:</b> la seguridad alimentaria de los y las escolares puede estar amenazada. Riesgo de intoxicación masiva. No permitas el consumo. Busca los mecanismos para hacer la denuncia con prudencia, antes las instancias implicadas.</p> <p><b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional ya que no se está ofreciendo una dieta balanceada; se pueden instaurar hábitos inadecuados en la dieta. Busca los mecanismos para hacer la denuncia con prudencia, antes las instancias implicadas.</p> <p><b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.</p>

Fuente (3)

Cuadro 5. Propuesta de un enfoque de gestión de riesgo para la prevención de la malnutrición en las variables desayuno, recordatorio de 24 horas, ingesta en el fin de semana y comportamiento en el aula y en el recreo.

Si observa en relación con		Considera el Factor de Alerta
El desayuno	Los niños y niñas llegan sin desayunar y no traen la comida en la lonchera.	<b>Roja:</b> la seguridad alimentaria de los y las escolares está amenazada. Busca los mecanismos para hacer la denuncia con prudencia, antes las instancias implicadas.
	Los niños y niñas traen el desayuno al aula de clases. El menú ofrecido no es balanceado y variado.	<b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional ya que no se está ofreciendo una dieta balanceada; se pueden instaurar hábitos inadecuados en la dieta. Busca los mecanismos para hacer la denuncia con prudencia, antes las instancias implicadas.
	Los niños y niñas llegan desayunados desde su hogar.	<b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.
Recordatorio de 24 horas	En la comida ofrecida en ese lapso no se perciben alimentos de todas las franjas del Trompo de los alimentos. Dietas monótonas, repetitivas.	<b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional ya que no se está ofreciendo una dieta balanceada; se pueden instaurar hábitos inadecuados en la dieta. <b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional ya que no se está ofreciendo una dieta balanceada; se pueden instaurar hábitos inadecuados en la dieta.
	El menú ofrecido en ese lapso es balanceado y variado.	<b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.
Control de ingesta durante el fin de semana	Transgresiones dietéticas. El menú servido durante los fines de semana no está acorde con lo sugerido. Las comidas son hipercalóricas e hiperproteicas. El menú ofrecido en ese lapso es balanceado y variado.	<b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional ya que no se está ofreciendo una dieta balanceada; se pueden instaurar hábitos inadecuados en la dieta. <b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.
Comportamiento en el aula	Cabello quebradizo, débil y con poco brillo. Piel seca, áspera, escamosa. Mirada extraviada, sin contacto visual directo; se muestra triste y poco participativo.	<b>Roja:</b> Algo pasa. Refiere al niño o niña a un especialista.
	Apatía, desinterés, se enferma con frecuencia; ausentismos no justificados; dificultades para concentrarse y completar sus tareas. Pelo brillante; piel tersa; mirada vivaz; interés por el ambiente; es alegre; participa en las actividades de aula.	<b>Amarilla:</b> Puede haber riesgo nutricional ya que no se está ofreciendo una dieta balanceada; se pueden instaurar hábitos inadecuados en la dieta. <b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.
Comportamiento en el recreo	No participa; se muestra triste y aislado de su grupo; se aísla y no acepta invitaciones de los amigos o amigas. Lentitud en sus movimientos. Alegre, participativo; vivaz; juega con interés; sigue al grupo y/o se hace líder del mismo. Se mueve con destreza.	<b>Amarilla:</b> Algo puede estar pasando; acumula otras evidencias; observa las características físicas tal como se sugirió en el Cuadro # 5. <b>Verde:</b> Todo parece ir bien; sin embargo no bajas la vigilancia y el control.

Fuente: (3)

desnutrición dado que se considera que constituye una circunstancia que podría afectar las funciones de tipo cognitivo: procesos perceptivos, atencionales, funciones visuales-cinestésicas, la orientación espacial y la neurointegración auditiva-visual, entre otras (28, 29), todo lo cual atenta contra el rendimiento y la prosecución escolar con posibles consecuencias en el desarrollo del capital humano de nuestro país.

Por otro lado, existe el compromiso social de atender los mandatos nacionales e internacionales en la materia. En ese sentido se menciona el Plan de Desarrollo Social de la Nación 2013-2019 (30) el cual vislumbra dentro de sus directrices el alcance de la Suprema Felicidad Social. Esto implica considerar un conjunto de condiciones relacionadas con una forma de vida que les permita a las personas vivir en condiciones de igualdad y equidad. En ella se consideran la satisfacción de necesidades sociales que propicien el desarrollo de las potencialidades creadoras y el autodesarrollo, con una atención especial de las niñas, niños y adolescentes y en la promoción del desarrollo humano familiar y socio laboral. A través de este Plan se pretende avanzar en la satisfacción de necesidades básicas de la población: alimentación, agua, electricidad, vivienda, hábitat, salud, educación, comunicación libre, ciencia, tecnología, sana recreación y trabajo digno, todo lo cual contribuya con su salud desde la perspectiva de la prevención, atención integral y promoción de su calidad de vida y su salud individual y colectiva.

Entre sus objetivos se mencionan: Asegurar una alimentación saludable, una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida y la lactancia materna, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre salud, soberanía y seguridad alimentaria, profundizando y ampliando las condiciones que las garanticen. Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales. Fortalecer los programas de asistencia alimentaria en el sistema educativo. Promover hábitos alimentarios saludables y patrones de consumo adaptados a las potencialidades productivas del país. Prevenir y controlar las carencias de micronutrientes y promoción de la seguridad alimentaria en los hogares. Disminuir el sobrepeso y el sedentarismo como factores de riesgos de enfermedades prevenibles, a través de mecanismos que fomenten la actividad física, mejoren los hábitos alimenticios y patrones de consumo. Promover la disminución a un 12% del porcentaje de la población de 7-14 años con sobrepeso (peso-talla).

De igual manera, se destacan los Objetivos del Desarrollo Sostenible (31) el cual constituye un acuerdo entre

193 Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, entre las que participa Venezuela. En dichos objetivos figura como pertinente para esta propuesta de atención e intervención, poner fin a la pobreza y al hambre en todas sus formas y garantizar la dignidad e igualdad. En ese contexto destaca el Objetivo 2: Hambre Cero (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible) y el Objetivo 3: Salud y bienestar (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades).

De esta manera el tema nutricional constituye un área de interés tanto para los profesionales del área de la salud como para los de las ciencias sociales, educativas y psicológicas, desde cuyos ámbitos de actuación se deben emprender acciones a través de los procesos educativos formales y no formales a fin de superar, en la medida de lo posible, los problemas nutricionales que acucian a nuestro país.

## Referencias

1. Centro Latinoamericano de Derechos Humanos. El Derecho a la Nutrición y a la Educación en los primeros años: Presupuestos para la igualdad de oportunidades (2014). Consulta mayo 2017. Disponible en: <http://www.cladh.org/uncategorized/el-derecho-a-la-nutricion-y-a-la-educacion-en-los-primeros-anos-presupuestos-para-la-igualdad-de-oportunidades/>
2. Banco Interamericano de Desarrollo. Derechos Humanos y Desnutrición Infantil. Una relación necesaria (2016). Consulta mayo 2017. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/2016/12/05/desnutricion-2/>
3. De Tejada M y González H. El Docente un Guardián Nutricional. En M. De Tejada; H. González y E. De La Cruz (Coord). Educación Nutricional para un Desarrollo Sostenible. Caracas: FEDUPEL (2013). pp. 119-152
4. Gómez M, Galeano H, Jaramillo D. El Estado del Arte: Una metodología de Investigación. Rev Colomb de Cs Soc. 2015 6(2): 423-442
5. Fundación Bengoa (2016). Estudio mostró aumento de desnutrición infantil en el país. Consulta mayo 2017. Disponible en <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2016/aumento-desnutricion-infantil.asp>
6. Maslow A. La amplitud potencial de la naturaleza humana. México: Trillas. (1982)
7. Maslow A. El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser. Argentina: Kairos. (1989)
8. García C. Así es el frigorífico de algunas familias venezolanas. El País 2016. Disponible en: [http://elpais.com/elpais/2016/04/27/album/1461771123\\_113831.html#1461771123\\_113831\\_1461771314](http://elpais.com/elpais/2016/04/27/album/1461771123_113831.html#1461771123_113831_1461771314)
9. De Tejada M, González H y De La Cruz E. (Coord.). Educación Nutricional para un Desarrollo Sostenible. Caracas: FEDUPEL (2013). pp. 1-271
10. Sanabria I. Desnutrición un llamado de atención. Arch

- Ven de Puer y Ped 2016 79(3) p.85
11. Rodríguez R. Motores de búsqueda sobre salud en Internet. ACIMED 2003 11(5)
  12. Sevilla-Paz Soldán RM. (2011). Manejo integral "CLAPSEN" de la desnutrición infantil. Rev Méd-Cient "Luz Vida"; 2(1):87-93.
  13. Anselmi, C. Efectos de la desnutrición sobre el desarrollo infantil. Un análisis crítico. Universidad Central de Venezuela (1982). Tesis de Especialización (No Publicada).
  14. Barrera G. Psicopediatría. Madrid: Salvat (1987).
  15. Quevedo P. Alto riesgo nutricional. Prevención de la desnutrición proteica energética. Universidad de Oriente (1989). Tesis de Maestría (No Publicada).
  16. De Tejada M. El Niño desnutrido grave y su entorno psico afectivo. Caracas: Kinesis (1998).
  17. Brito C, Castro C, Gaslonde J, Lecuna M, Veronesi N. Evaluación del riesgo psicológico de malnutrición infantil y del adolescente. Arch Ven de Nutr 2000 13 (2) p. 121-127
  18. González H y De Tejada M. Una experiencia en la formación de profesores en Educación Nutricional en comunidades de la Gran Caracas. Status Cuo 2011 1 (1) pp. 31-56
  19. De Tejada Lagonell M, Meza I, González de Tineo A. Perfil psicológico de un grupo de madres de niños desnutridos. Arch. venez. pueric. pediatr; 2000 63(4):169-180, oct.-dic
  20. De Tejada M. La mediación del desarrollo de los niños desnutridos. Akademos (2004) 1 pp. 18-27.
  21. Cedrato A y Taubenslang L. Desnutrición Infantil. Buenos Aires: López Librero. (1978).
  22. Monckeberg F. Desnutrición Infantil Santiago de Chile: Monckeberg Editor. (1988).
  23. Cunsminsky M. Crecimiento y Desarrollo del niño marginal, una experiencia interdisciplinaria en Fundacredesa La Familia y el Niño en Iberoamérica y el Caribe Fundacredesa: Caracas 1991 515 –555.
  24. Cravioto J. Malnutrición y Desarrollo Mental. Consecuencias a largo plazo de la alimentación durante la infancia. Seminario 36 Suiza: Nestle – Nutrición. 1995. 4 – 7.
  25. De Tejada M. Interacción madre hijo y desnutrición: Del manejo conductual inadecuado a la disfunción psicológica. En M. Lodo-Platone (Comp.) Familia e Interacción Social. Caracas: FHE-UCV 2002 125.143
  26. Correa C, Castillo C , Soto I, Figueroa O. Influencia de la desnutrición sobre el retado psicomotor. Boletín del Hospital de Niños J.M de los Ríos 1990 26 (3) pp 11.17
  27. De Tejada M, González de T. A, Márquez Y, Bastardo L. Escolaridad materna y desnutrición del hijo en el Centro Menca de Leoni. An Ven de Nut. 2005 18 (2) pp. 100-104.
  28. Perales C, Heresi E, Pizarro F, Colombo M. Estudio de funciones cognitivas en escolares de nivel intelectual normal con antecedentes de desnutrición grave y precoz. Arch Lat de Nut 1996 46 (4) 282 – 286.
  29. Caraballo L. Efectos de la desnutrición temprana en el desarrollo y aprendizaje del niño. CANIA. 2010 Año 13 (21) p. 4-14. Disponible: <http://www.cania.org.ve/PDF/boletin21.pdf>. [Consultado: 2017, junio 09].
  30. Ley del Plan de la Patria. Segundo Plan de Desarrollo Social de la Nación 2013-2016. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.118 Extraordinaria Diciembre 2013
  31. Organización de las Naciones Unidas Venezuela. Objetivos de Desarrollo sostenible. Documento en Línea. Consulta mayo 2017. Disponible en <http://onu.org.ve/ods/>

Recibido: 20-01-2017

Aceptado: 20-03-2017

## Soberanía Alimentaria: más allá del discurso político

Jesús Ekmeiro Salvador<sup>1</sup>

**Resumen:** La Soberanía Alimentaria se plantea como una alternativa estructural y política sobre el modelo agroindustrial actual, ampliando los contenidos del discurso y el alcance de su término predecesor de Seguridad Alimentaria a dimensiones que sobrepasan los ámbitos oficiales de gobiernos y ONGs. Los epítetos de esta propuesta buscan una oferta más honesta de alimentos para con la salud y la cultura alimentaria del consumidor, rescatando el comercio justo para estimular al campesino a permanecer en los espacios rurales y comprometerlo a ser garante de prácticas agronómicas de menor impacto ambiental. Llevar a la práctica estas políticas de Soberanía Alimentaria suponen un gran reto, que es posible solo si consumidores y productores, reconociéndose como los verdaderos protagonistas de la cadena agroalimentaria, se organizan en la búsqueda de identificar e integrar sus objetivos y acciones para impulsar cambios, desde abajo, en las formas actuales de producción y distribución de los alimentos. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 81-87.*

**Palabras clave:** Soberanía alimentaria, consumo responsable, agroecología, mercados campesinos.

## Food Sovereignty: beyond political discourse

**Abstract:** Food Sovereignty is proposed as a structural and political alternative to the current agroindustrial model, expanding the content of the discourse and the scope of its predecessor term of Food Security to dimensions that surpass the official spheres of governments and NGOs. The epithets of this proposal seek a more honest supply of food for the health and food culture of the consumer, rescuing the fair trade to encourage the peasant to stay in rural areas and commit to be a guarantor of agronomic practices with less environmental impact. Implementing these Food Sovereignty policies is a major challenge, which is possible only if consumers and producers, recognizing themselves as the true protagonists of the agri-food chain, are organized in the search to identify and integrate their objectives and actions to drive changes, from below, in the current forms of production and distribution of food. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 81-87.*

**Key words:** Food sovereignty, responsible consumption, agroecology, peasant markets.

### Antecedentes

Soberanía Alimentaria es el término que más recientemente ha irrumpido dentro del discurso sobre la persistencia e incremento de la malnutrición, pobreza, dependencia alimentaria y en el diseño de estrategias para su erradicación. Al no provenir del ámbito académico ni diplomático, quienes históricamente han sistematizado este tipo de propuestas a través de las grandes organizaciones internacionales enfocadas en salud y calidad de vida de la población mundial, sino de organizaciones campesinas y plataformas ciudadanas en busca de alternativas más saludables y equitativas al sistema actual de producción y acceso a los alimentos, la propuesta ha logrado gran notoriedad y permeado a espacios políticos que la han consolidado

como una opción, real y técnica, a considerar sobre el “deber ser” de la cadena agroalimentaria que sostiene la vida en el planeta.

Aunque comparte muchos de los objetivos con su concepto precursor de Seguridad Alimentaria y es una herramienta fuertemente vinculada al logro del Derecho a la Alimentación, la Soberanía Alimentaria se ha desarrollado a partir de unas premisas y en torno a unas propuestas muy diferentes, que particularizan su definición. Resulta importante aclarar si los tres términos representan diferentes visiones o enfoques de la lucha contra la malnutrición o si pueden ser vistos como formas complementarias de describir y buscarle soluciones. Es importante definir cuidadosamente y reconocer el alcance de cada término para poder visualizar si estas tres políticas podrían utilizarse de una forma complementaria, o si reflejan visiones contradictorias sobre los mismos problemas.

La política más antigua es el Derecho a la Alimenta-

---

<sup>1</sup>Departamento de Postgrado: Curso de Actualización Profesional en Soberanía Alimentaria. Universidad de Oriente. Puerto La Cruz, Anzoátegui, Venezuela.

Solicitar correspondencia a: Jesús Ekmeiro Salvador, email: jekmeiro@gmail.com

ción, reconocido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 y luego incluido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976. Está considerado como uno de los derechos de segunda generación que, a diferencia de los de primera generación (civiles y políticos) que sólo requieren de una sociedad determinada en no interferir en el derecho de cada individuo, si exigen disponer de cuantiosos medios económicos para garantizarlos, y por ello sólo podrían satisfacerse gradualmente de acuerdo al momento histórico y a las posibilidades de cada Estado. Está descrito como “el derecho de todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, de tener acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla de formas consistentes con la dignidad humana” (1), haciéndose crucial que los Estados dispongan de leyes y programas con los cuales las personas puedan hacer realidad su derecho. Este estándar de interpretación del Derecho a la Alimentación adecuada ha sido apoyado en la mayoría de sus elementos por los miembros de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO), tras la presión de muchas organizaciones de la sociedad civil, cuyo consejo en 2004 adoptó las “Directrices Voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional”. Así, el Derecho a la Alimentación adecuada es una herramienta con una gran ventaja, la de estar basada en una legislación internacional existente; por lo que puede ser un elemento decisivo en la defensa de comunidades oprimidas y de grupos e individuos necesitados. Sin embargo, cuando se trata de derechos económicos, sociales y culturales, las actuales debilidades emanan del hecho de que los jueces y los tribunales en muchos países todavía no conocen lo suficiente sobre los mismos.

El término Seguridad Alimentaria fue desarrollado en el contexto de las agencias especializadas de la ONU que tratan con la alimentación y la nutrición. Su actual definición, acordada en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 es amplia: “se dice que 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 alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana” (2). Desde un inicio se aclaró que para asegurar ese acceso a los alimentos los países que presentaran dificultades en su oferta nacional interna deberían tener “potencialmente” facilidades para importaciones de alimentos básicos. Pero al poco tiempo se comenzó a cuestionar el alcance de esta política que dependía de una “seguridad

alimentaria nacional” cuyo concepto es bastante diverso entre los diferentes países; por lo que para muchos expertos las definiciones de “seguridad alimentaria individual” o “seguridad alimentaria de los hogares” resulta un criterio mucho más útil y manejable. En la literatura académica actual los determinantes de la Seguridad Alimentaria se encuentran descritos en una forma bastante parecida a la definición del Derecho a la Alimentación: “acceso físico a nivel nacional, acceso físico a nivel local, acceso económico, acceso social, calidad e inocuidad de la alimentación, acceso fisiológico, riesgo de la pérdida al acceso” (3), enfocándose predominantemente en el acceso del individuo a la alimentación general y a la compra de alimentos. Por ello, la Seguridad Alimentaria es, en gran medida, la definición de un objetivo más que la de un programa con políticas específicas. Significa un estado deseable de asuntos por los cuales los gobiernos dicen estar trabajando, sin embargo, no están claros los mecanismos jurídicos vinculados a estas obligaciones en la mayoría de los países, de manera que pudiera ser utilizado por los que padecen malnutrición para defenderse de la destrucción de su acceso a la alimentación ocasionada por terratenientes, empresas transnacionales, autoridades estatales, etc. Por el contrario, mucho más pragmáticas resultan las políticas tanto del Derecho a la Alimentación como la de Soberanía Alimentaria, cuyos debates actualmente se concentran en el acceso y control real de la gente sobre los recursos necesarios para producir alimentos (4).

Tanto el Derecho a la Alimentación como la Seguridad Alimentaria plantean acciones enmarcadas dentro de la legalidad internacional y los acuerdos adoptados por la Organización Mundial del Comercio (OMC). En una época donde la liberalización económica y la expansión de los mercados ha incidido fuertemente en los precios, y finalmente en el acceso de las personas a los alimentos, la FAO supedita sus propuestas a los pilares principales de acción de la OMC: mercados, ayudas internas y aranceles; por lo que se puede considerar entonces, las propuestas de Seguridad Alimentaria y Derecho a la Alimentación como herramientas técnicas que van en absoluta consonancia con el modelo de desarrollo occidental y globalizante dominante. Sin embargo, la Soberanía Alimentaria es una propuesta de políticas muy precisas, con proponentes y actores que reclaman ajustes pragmáticos sobre los fracasos de ese modelo globalizador. Por lo tanto, el ámbito de estos tres términos no es estrictamente comparable debido a sus diferentes naturalezas. Lo que puede compararse y contrastarse son las consecuencias políticas que podrían darse como resultado de la implementación de los diferentes conceptos desarrollados hasta la fecha (5).

La Soberanía Alimentaria busca, por tanto, ampliar los aspectos técnicos, políticos y el contenido del discurso de la Seguridad Alimentaria a dimensiones que sobrepasan los ámbitos oficiales de gobiernos y ONGs que históricamente han protagonizado la consecución de la misma; y reivindica tanto a los productores agrícolas como a los consumidores concienciados en materia de ecología y alimentación saludable, como los verdaderos protagonistas de la creación de las nuevas políticas enfocadas en las características reales de los espacios donde habitan y producen sus alimentos. La Soberanía Alimentaria puede considerarse, en resumen, como un claro marco político para generar una nueva cadena agroalimentaria que prioriza la salud del planeta, y la nutrición de sus habitantes.

### **¿Qué es la Soberanía Alimentaria?**

Nuestro modelo agroalimentario actual tiene su origen a mediados del Siglo XX, cuando los avances en la investigación en agronomía permitieron un incremento masivo de la productividad agrícola, particularmente en EU. Y con el fin de acabar con el hambre en el mundo, durante las siguientes décadas fueron introducidas y rápidamente difundidas en Asia y Latinoamérica, en mucho menor grado en África, todo este nuevo modelo tecnológico llamado Revolución Verde basado en el conocimiento científico y edificado sobre tres pilares fundamentales: semillas híbridas estándar o variedades de alto rendimiento (VAR), agroquímicos de síntesis y mecanización del trabajo agrícola. En los países ricos esto supuso en la práctica una sustitución total del modelo productivo y social campesino por un nuevo modelo llamado “agroindustrial”. Pero en los países de la periferia la penetración del modelo fue muy desigual, no logrando homologar internamente los nuevos esquemas de industrialización del campo.

Con el tiempo, este modelo de producción resultó extraordinariamente efectivo en el aumento de la productividad agrícola y ganadera, pero no acabó con el hambre, que ahora persiste acompañada de una pandemia de obesidad y una gran cantidad de consecuencias ambientales y socioeconómicas:

- Pérdida de una gran parte de la biodiversidad agrícola cuando los agricultores decidieron producir las VAR de cultivos y de ganado, abandonando muchas variedades tradicionales y locales. Según la FAO, el 95% de las calorías que ingerimos provienen de tan solo 30 variedades. Uniformar la producción incluye además la pérdida del conocimiento asociado al cultivo de las variedades no seleccionadas.
- Erosión de la diversidad silvestre debido a la re-

ducción de la diversidad ecológica de los paisajes agrícolas, al sustituir los paisajes agrarios diversos por monocultivos. Adicionalmente la expansión de la frontera agrícola de estos monocultivos sobre los bosques ha supuesto elevados índices de deforestación.

- Aparición de plagas resistentes a los plaguicidas, obligando a utilizar cada vez dosis más altas.
- Elevada contaminación ambiental, en agua y suelos, debido al uso de plaguicidas y otras sustancias agrotóxicas. Recientemente se suma el impulso a la producción de Organismos Genéticamente Modificados (OGM) para sustituir alimentos tradicionales. El consumidor asocia estas condiciones y productos con riesgos potencialmente peligrosos para su salud transmitidos por los alimentos.
- La agroindustria planteada por la Revolución Verde requieren abundante y constante irrigación, ejerciendo una presión enorme sobre los recursos hídricos.
- Erosión, compactación, salinización y empobrecimiento de los suelos debido a las prácticas agrícolas intensivas, causando la disminución progresiva de la productividad y los rendimientos agrícolas.
- Sustitución de los aportes energéticos endosomáticos (mano de obra humana y fuerza animal), eólicos e hidráulicos por energía exosomática no renovable, procedente de combustibles fósiles. El consumo de energía fósil hace responsable a la agroindustria de hasta el 41% de las emisiones mundiales de CO<sub>2</sub>. Además, la producción agropecuaria genera la mitad de las emisiones antropogénicas de metano y óxido nitroso a la atmósfera, contribuyendo con el efecto invernadero. A estas cantidades habría que sumarle además el aporte por el procesamiento y transporte internacional de los productos agroindustriales, fruto de este modelo “agroexportador”.
- Sistema agrícola que no privilegia el autoabastecimiento, está enfocada a mercados globalizados.
- Enorme dependencia del campesinado de los insumos de origen industrial que suministran con exclusividad de patente las pocas empresas multinacionales que dominan el agronegocio. Incluye la privatización del conocimiento y el material genético por parte de las mismas.
- Emigración de campesinos hacia núcleos urbanos, frecuentemente a zonas degradadas entorno a las grandes urbes. La expansión de la frontera agrícola ha supuesto enormes conflictos, a menudo violentos, con comunidades indígenas asentadas en sus

territorios ancestrales.

- Oferta de alimentos altamente procesados, por lo que deben fortificarse nutricionalmente, y provenientes de sistemas de producción en masa absolutamente estandarizados.
- Reducción de la diversidad culinaria asociada a las diferencias culturales, para homologar el consumo global a menos alimentos y preparaciones de más fácil control comercial (4).

Frente a este modelo de agricultura y alimentación que parece ya no resultar adecuado para las necesidades de un planeta en crisis al entrar al Siglo XXI, se plantea un nuevo modelo denominado Soberanía Alimentaria, que redefine la cadena alimentaria buscando devolverle al consumidor la capacidad de controlar y decidir lo que va a comer, por encima de los intereses económicos de los grandes productores agroindustriales y sus respectivos gobiernos aliados.

El concepto Soberanía Alimentaria surgió de la mano de la organización mundial Vía Campesina, movimiento internacional que coordina 164 organizaciones campesinas, pequeños y medianos productores, mujeres rurales, comunidades indígenas, gente sin tierra, jóvenes rurales y trabajadores agrícolas migrantes de 73 países; cuando en noviembre de 1996 en el marco de la Cumbre Mundial sobre Seguridad Alimentaria en Roma, se presentó el documento “Soberanía Alimentaria, un Futuro sin Hambre”. Este concepto poco a poco fue ganando más importancia, y en 2002 fue el tema principal del foro ONG paralelo a la Cumbre Mundial de la Alimentación de la FAO (6). Pero en 2012 la FAO acepta debatir el concepto de Soberanía Alimentaria como herramienta para lograr la Seguridad Alimentaria: “derecho de los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias sustentables de producción, distribución y consumo de alimentos que garanticen el derecho a la alimentación para toda la población, con base en la pequeña y mediana producción, respetando sus propias culturas y la diversidad de los modos campesinos, pesqueros e indígenas de producción agropecuaria, de comercialización y de gestión de los espacios rurales, en los cuales la mujer desempeña un papel fundamental” (2).

Se plantea como una alternativa estructural y política sobre un modelo agroindustrial ampliamente cuestionado. El actual modelo de agricultura no ha erradicado el hambre dentro de un mundo de la abundancia de la comida, y donde todos los días se tiran como basura toneladas de alimentos. Es un sistema que hace que los campesinos tengan que abandonar el campo, y es además un modelo que trata alimentar a la gente con productos de baja calidad, con productos que en muchos

casos técnicamente no se debería denominar “alimentos”. Actualmente quien homologa los patrones de consumo de alimentos a nivel mundial son un puñado de empresas multinacionales que monopolizan el sistema agroalimentario, desde el mercado de las semillas, la transformación de los alimentos, hasta su distribución en los supermercados y restaurantes. Lo prioritario para la mayoría de estas empresas son los márgenes de ganancia económicos al hacer negocio con la comida, en vez de privilegiar la calidad natural del producto y las verdaderas necesidades nutricionales de la población. El modelo actual ha convertido a los alimentos en una mercancía, por lo que la Soberanía Alimentaria y la Agroecología que es su epistemo medular, pretenden ofrecer una alternativa más justa y sostenible.

### Las propuestas de la Soberanía Alimentaria.

Los fundamentos de esta propuesta buscan una oferta más honesta de alimentos para con la salud y la cultura alimentaria del consumidor, rescatando el comercio justo para estimular al campesino a permanecer en los espacios rurales y comprometerlo a ser garante de prácticas agronómicas de menor impacto ambiental. La Soberanía Alimentaria incluye:

- El derecho de los campesinos a producir alimentos y el derecho de los consumidores a poder decidir lo que quieren consumir y, como y quien se lo produce.
- La participación de los pueblos en la definición de la política agraria, y el reconocimiento de los derechos de las campesinas que desempeñan un papel esencial en la producción agrícola y en la alimentación.
- Priorizar la producción agrícola local para alimentar a la población, el acceso de los/as campesinos/as y de los sin tierra a la tierra, al agua, a las semillas y al crédito. De ahí la necesidad oponerse a la mercantilización y las patentes de los bienes comunes, de promover reformas agrarias, de la lucha contra los OGM para el libre acceso a las semillas, y de mantener el agua en su calidad de bien público que se reparta de una forma sostenible.
- Priorizar la producción local y regional, frente a la exportación, que deja de ser una prioridad.
- Permitir ayudas públicas a los campesinos, siempre que no sirvan directa o indirectamente para exportar a precios bajos.
- Garantizar la estabilidad de los precios agrícolas a escala internacional mediante políticas y acuerdos internacionales de control de la producción. La pro-

ducción debe tener límites, y el límite son las verdaderas necesidades de consumo de la población.

- Autorizar a los Países/Uniones a protegerse contra las importaciones a precios demasiado bajos.
- La Soberanía Alimentaria no está en contra de los intercambios, sino de la prioridad dada a las exportaciones: permite garantizar a los pueblos la seguridad alimentaria, a la vez que intercambian con otras regiones excedentes de producción específicos que constituyen la diversidad de nuestro planeta. Es decir, implica el derecho de cada Estado a definir su política agraria y alimentaria, sin dumping frente a países terceros (6).

Llevar a la práctica estas políticas de Soberanía Alimentaria suponen un gran reto, que es posible solo si consumidores y productores, reconociéndose como los protagonistas de la cadena agroalimentaria, se organizan en la búsqueda de identificar e integrar sus objetivos y acciones a través de una comunicación directa, evitando intermediarios. Cambiar la forma en que se distribuyen los alimentos implica:

- Desmontar la alimentación kilométrica, que transporta materias primas y productos elaborados de uno a otro extremo del planeta, y que en muchos casos cuentan con alternativas locales. Reconquistar el valor de la alimentación tradicional de cada pueblo, ligada ancestralmente a la estacionalidad de los productos de la región.
- Desarrollar el modelo de la Agroecología como alternativa para producir alimentos que cuidan del territorio y mejoran las condiciones sociales de sus trabajadores; frente a la agroindustria que desplaza a aquellos campesinos que poseen los saberes ancestrales de cuidado y labranza de la tierra. En Venezuela la agroecología ha estado siempre presente, desde la perspectiva de una producción de alimentos con mínimo impacto sobre los ciclos naturales y adaptada a los ecosistemas; y ha contado con importantes aportes de las culturas indígenas, así como de la influencia africana y europea durante el período colonial. La aparición del petróleo a principios del siglo XX, y la posterior inserción del modelo agroindustrial significó un viraje que favoreció la fuerte dependencia alimentaria externa y la consolidación de una agricultura capital-intensiva que prevalece hasta el momento (7). Sin embargo, los movimientos ecologistas, los académicos y los grupos campesinos han continuado la promoción de la agricultura sostenible, lo que resultó en un origen multifocal para la agroecología venezolana actual. Adicionalmente, los marcos legales emergentes

más recientemente han favorecido la institucionalización de la agroecología. Actualmente, la agroecología tiene estructuras académicas e institucionales y es ampliamente promovida por movimientos urbanos y rurales. Sin embargo, las tensiones con el paradigma de la agricultura industrial son notorias en las políticas públicas de los programas nacionales de alimentación y agricultura, lo que representa un verdadero desafío para quienes luchan por lograr una agricultura sostenible (8).

- Reforzar la producción agrícola local, de proximidad y campesina; frente al modelo de agricultura industrial e intensiva, que no garantiza alimentos seguros y saludables para todas las personas, ni conservan la biodiversidad y los recursos naturales. Se estima que actualmente más de la mitad de los alimentos que llegan a nuestros platos provienen de la agricultura familiar campesina y en algunos países como Brasil, por ejemplo, los pequeños y medianos agricultores son responsables de 70% de la producción de alimentos para el mercado interno (9).
- Comprar directamente en verdaderos mercados campesinos, donde los intermediarios no sean los protagonistas de la comercialización final de los productos, para que el consumidor urbano sustente directamente una mejor calidad de la vida campesina en la periferia de su ciudad. En Bogotá, por ejemplo, donde desde 2004 ha surgido un fuerte movimiento de visibilización y apoyo del consumidor al campesinado periurbano, se estima que actualmente a través de sus Mercados Campesinos se han impactado de manera positiva aproximadamente a 4.172 productores-as y sus familias (10). De igual modo Nueva York cuenta cuatro días a la semana con el Union Square Greenmarket, uno de los mercados campesinos más grandes de EU, y Caracas con el Mercado Agroecológico del Parque Los Caobos, iniciativas que funcionan como espacios alternativos para la cooperación directa entre consumidores y productores así como para el intercambio de rubros agroecológicos, bienes y servicios de producción artesanal.
- Promover la participación en un grupo o cooperativa de consumo agroecológico, que son iniciativas que en los últimos tiempos han aumentado en muchas ciudades y que son espacios que ponen en contacto a la gente de las urbes con los campesinos o productores locales, para planificar la producción agrícola en función a las necesidades reales del consumidor y generando cadenas muy cortas de comercialización. En Venezuela es emblemático el trabajo inin-

terrumpido por 7 años del grupo de consumo Mano a Mano, que en la ciudad de Mérida se procuran un alimento “sano, limpio y soberano”. Está constituido como una Asociación Civil y realizan encuentros quincenales en el que participan un promedio de 50 familias de consumidores fijos y 27 familias de productores agroecológicos previamente asociados, donde intercambian paquetes de dichos productos agroecológicos (3, 5 y 7 Kg), con precios acordados en conjunto con los productores (11).

- Diseñar iniciativas que buscan cuantificar, disminuir y reaprovechar la comida que va a la basura a nivel doméstico, pero sobre todo en grandes comercios. Cadenas de supermercados y restaurantes de comida rápida respondiendo a criterios internacionales de calidad con márgenes de seguridad muy exigentes, tiran a la basura muchos alimentos absolutamente utilizables. Por ejemplo, cada año en Argentina se botan 16 millones de toneladas de alimentos aptos para consumir, lo que equivale a 365 kg por persona al año (12). Por ello, en Buenos Aires funciona la plataforma ciudadana “Plato Lleno”, iniciativa voluntaria que se dedica a recoger en eventos sociales la comida que no ha sido utilizada para repartirla entre comedores sociales y los hogares de los más necesitados.
- Comprando en pequeños comercios concienciados en la calidad de los alimentos y el comercio justo con los campesinos y artesanos que los producen. Para 2016 España contaba con una red de 78 tiendas y 163 puntos de venta ligados al movimiento de Comercio Justo, donde alrededor del 55% de los productos comercializados son de origen alimentario. Para Bolivia, por ejemplo, han sido fundamentales las redes de comercio justo para expandir el consumo de quinoa, del que es su principal productor mundial, que se ha constituido en un producto emblemático del comercio justo en el mercado internacional (13).

### **Consideraciones finales: la toma de conciencia sobre la Soberanía Alimentaria.**

La Soberanía Alimentaria se construye desde las bases sociales, empoderándose las personas “de a pie” en iniciativas que les permitan participar activa y conscientemente dentro de la cadena alimentaria, el reto está en que estas iniciativas a nivel local sean accesibles al conjunto de la población. Y para conseguirlo son necesarios e imprescindibles cambios, cambios individuales en la toma de conciencia sobre lo que implica personal y colectivamente la Soberanía Alimentaria, y también

cambios políticos que se vayan ajustando a la sustentabilidad del nuevo modelo agrícola y alimentario que la comunidad organizada va planteando como su propia alternativa.

En los últimos años se han dado una serie de escándalos alimentarios, el más reciente el de la adulteración y “maquillaje” de carne bovina y aviar en mal estado por parte de varias empresas brasileñas que usaban ácidos y otros productos, en algunos casos cancerígenos, para disimular las características físicas del producto podrido y su olor, y que han ido encendiendo las luces a la población; y no sólo los brasileños han comenzado a preocuparse por la carne que consumen pues estos productos eran de exportación regular a la Unión Europea, Estados Unidos, China y Chile, lugares donde cada vez más gente toma conciencia sobre estos temas y empiezan a buscar alternativas a los ya demasiado frecuentes excesos de la industria alimentaria.

Por eso, recientemente hemos observado cómo en muchos países han surgido experiencias espontáneas entre ciudadanos al organizar grupos de consumo, huertos urbanos, neocampesinado periurbano y otras muchas iniciativas, enmarcadas dentro de las acciones de Soberanía Alimentaria como otro modelo más sano de producir, procurarse y consumir alimentos. En Argentina las ferias francas de Misiones constituyen unas de las primeras experiencias que promoviendo las producciones agrícolas locales y familiares han construido un entramado social que se apoya en la producción de alimentos, el encuentro directo entre el productor y el consumidor, la recuperación de saberes y tecnologías apropiadas y agroecológicas. La primera experiencia de feria franca fue en Oberá en el año 1995, pero luego la iniciativa fue extendiéndose y asumiéndose en diferentes localidades de Misiones, como también por diferentes organizaciones y regiones del país. Del mismo modo, se han creado redes de comercio justo ligadas a movimientos campesinos, como el caso de la Red de Comercio Justo de Córdoba que nace en 2002 para vender productos campesinos en la ciudad y así evitar una relación injusta con los intermediarios (14). Se corresponde también con la experiencia venezolana de la Comuna Alto Tuy, comunidad periurbana ubicada en el Estado Aragua; donde ante la necesidad de “transformar” las estructuras vinculadas a los sistemas agroalimentarios asienta más de 1605 familias, entre pequeños parceleros y familias introducidas de diferentes partes del país, para generar una práctica agrícola de transición, con un modelo productivo de cooperación social que apuntalan la biodiversidad y la sustentabilidad de un sistema agroalimentario que considera la agroecología como ciencia base (15).

Pero en contraposición, también en los últimos tiempos se ha observado como las empresas que participan dentro del modelo agroindustrial defienden su espacio, vistiéndose de “verde” o de “ecológicas” para tratar de ganarse ese nicho del mercado creciente, donde los productores cuidan sus espacios de labranza bajo conceptos de agroecología y los consumidores priorizan su alimentación en función a la calidad nutricional; pero que en realidad no buscan cambiar el modelo agroalimentario, sino que simplemente es una estrategia más de marketing corporativo.

A manera de conclusión, en Soberanía Alimentaria cambiar las cosas implica más que un discurso gubernamental, un profundo cuestionamiento personal sobre nuestros hábitos de consumo. Nuestra existencia tiene de manera natural un carácter “extractivo” sobre el planeta, y usar sus recursos sin agotarlos ha dejado de ser una opción para convertirse en una necesidad, un requerimiento fundamental para garantizar la vida futura sobre él tal cual como la conocemos ahora. Internalizar que seguramente podemos vivir igual o mejor, con menos; y modelar para promover cambios reales en nuestros estilos de vida a las generaciones venideras, representan un gran reto para esta humanidad a la que le cuesta mucho abstraerse de los inmediatismos y la visión de corto plazo que lamentablemente resulta lapidaria para los ecosistemas y su sustentabilidad.

### Referencias

1. FAO: Directrices sobre el Derecho a la Alimentación. 2014. Disponible en: [ww.fao.org/fsnforum/righttofood/es](http://www.fao.org/fsnforum/righttofood/es) (7/6/2017).
2. FAO: Seguridad Alimentaria Nutricional, Conceptos Básicos. 2011. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf> (11/6/2017).
3. Haddad L, Gillespie S. Effective food and nutrition policy response to HIV/AIDS: What we know and what we need to know. 2001. IFPRI: Washington.
4. Rivera M, Soler M, García E, Tapia N. Curso de especialización en Soberanía Alimentaria y Agroecología Emergente UNIA-UCO. 2011. Módulo 1: Introducción a la Soberanía Alimentaria y Agroecología Emergente. Disponible en: <https://www.unia.es/> (3/4/2013).
5. Windfuhr M, Jonsén J. Soberanía Alimentaria. Hacia la democracia en sistemas alimentarios locales. 2005. Disponible en: [https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20ECOS/ECOS%20CDV/Bolet%20C3%ADn%204/FIAN\\_sob\\_alim.pdf](https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20ECOS/ECOS%20CDV/Bolet%20C3%ADn%204/FIAN_sob_alim.pdf) (18/6/2017).
6. Vía Campesina: Que es la soberanía Alimentaria. 2003. Disponible en: <https://viacampesina.org/es/index.php/temas-principales-mainmenu-27/soberanalimentary-comercio-mainmenu-38/314-que-es-la-soberania-alimentaria> (14/6/2017).
7. Domené O, Cruces J, Herrera F. 2017. La agroecología en Venezuela: tensiones entre el rentismo petrolero y la soberanía agroalimentaria. *Agroecología* 10: 55-62. Disponible en: <http://revistas.um.es/agroecologia/article/view/300821>
8. Herrera F, Domené O, Cruces J. 2017. The history of agroecology in Venezuela: a complex and multifocal process. *Journal of Agroecology and Sustainable Food Systems* 41:3-4. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/toc/wjsa21/current>
9. Mendoça L, Melo M. Agroenergía: mitos e impactos. *Publicação da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. 2010 Disponible en: <https://www.social.org.br/index.php/artigos/artigos-portugues/122-agroenergia-mitos-e-impactos.html> (16/6/2017)
10. Ordóñez F, Montoya G, Mondragón H, Vásquez C, Pérez M, Moreno S. 2011. Economía campesina, soberanía y seguridad alimentarias en Bogotá y la región central del país. Bogotá: Stilo impresores Ltda.
11. Mano a Mano. Asociación Civil. Disponible en: <https://consumirdeotromodo.wordpress.com/que-es-mano-a-mano/> (10/6/2017).
12. FAO: #NoTiresComida, una guía para no desperdiciar alimentos. 2016. Disponible en: <http://www.fao.org/argentina/noticias/detail-events/es/c/451715/> (23/6/2017).
13. Coordinadora Estatal de Comercio Justo: El comercio justo en España 2015. Un movimiento en auge. 2015. Disponible en: <http://comerciojusto.org/wp-content/uploads/2016/09/Informe-CJ-2015.pdf> (17/6/2017).
14. García L, Wahren J. 2016. Seguridad Alimentaria vs. Soberanía Alimentaria: la cuestión alimentaria y el modelo del agronegocio en la Argentina. *Trabajo y Sociedad* 23: 327-340. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n26/n26a19.pdf>
15. Domené O, Acuña I, León L. 2015. Comuna y transición agroecológica: un caso de estudio en el Municipio Revenga, Estado Aragua, Venezuela. Conferencia del V Congreso Latinoamericano de Agroecología – SOCLA. La Plata, Argentina. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59116>

Recibido: 19-07-201

Aceptado:23-10-2017

## El derecho a la alimentación. Algunos elementos para su análisis

Andy Delgado Blanco<sup>1</sup>

**Resumen:** Este artículo presenta el tema del derecho a la alimentación a partir de cuatro aspectos: a) contenido del derecho, b) obligaciones de los Estados para hacerlo efectivo; c) elementos, vías y recursos para su exigibilidad y justiciabilidad y d) reconocimiento y garantía en el derecho interno venezolano. Se parte de la definición del Primer Relator Especial de Naciones Unidas para el Derecho a la Alimentación, Jean Ziegler; se examinan las obligaciones básicas de los Estados en la materia; se presentan los mecanismos que posibilitan la vigilancia del cumplimiento del Derecho y se muestran las iniciativas normativas venezolanas sobre este derecho llevadas a cabo desde 1999. La revisión documental realizada permite afirmar que: 1) la Constitución de 1999 no reconoce expresamente el derecho a la alimentación; 2) el Estado venezolano se encuentra en mora con los instrumentos internacionales que ha suscrito y ratificado en materia de derecho a la alimentación; 3) la realización del derecho a la alimentación, en Venezuela es una tarea pendiente que requiere de normas, políticas, programas, mecanismos y compromisos que permitan su efectivo cumplimiento. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 88-93.*

**Palabras clave:** Derecho a la alimentación, obligaciones, exigibilidad, justiciabilidad.

### The right to food. Some elements for his analysis

**Abstract:** This article examines the topic of the right to food from four aspects: a) content of the law, b) obligations of the States to make it effective, c) elements, *mechanisms* and media for his *enforceability* and *justiciability*; d) recognition and guarantee in the internal Venezuelan right. It is assumed the definition of the First Special Relator of United Nations for the Law to the Food, Jean Ziegler; the basic obligations of the States: to respect, to protect and to fulfil are examined; it present the mechanisms that make possible the monitoring compliance with of the fulfillment of the Law and shows the normative Venezuelan initiatives on this right that has been carried out from 1999. The documentary revision shows that: 1) The Constitution of 1999 does not recognize expressly the right to the Food. 2) The Venezuelan State is failing with the international instruments that it has signed and ratified about the right to the food, and 3) unfortunately, the accomplishment of the right to the food, in Venezuela, is a hanging task that it needs of procedure, policies, programs, mechanisms and commitments that allow his effective fulfillment. *An Venez Nutr 2016; 29(2): 88-93.*

**Key words:** Right to food, obligations, enforceability, justiciability.

### Introducción

El propósito de este trabajo es revisar los principales elementos que definen y caracterizan el derecho a la alimentación a la luz de los instrumentos internacionales que regulan la materia. A partir de una pormenorizada exploración documental se expondrán, de manera breve, las dimensiones que constituyen este derecho, las obligaciones estatales y los mecanismos para su exigibilidad y justiciabilidad, en general. Finalmente, se presentará, sucintamente, la situación constitucional y legal de este derecho en Venezuela.

Excede el objetivo de la discusión aquí propuesta examinar las vinculaciones de la seguridad y soberanía

alimentaria con el derecho a la alimentación, sin que ello signifique negar la relevancia que esta relación pudiera tener y el legítimo interés de otros investigadores sobre ese tema.

Como se documentará debidamente en las páginas siguientes, hay un notable consenso entre los tratadistas, organismos e instrumentos internacionales que regulan la materia en que todo ser humano tiene derecho a alimentarse de una manera digna, bien sea, produciendo directamente su alimento o adquiriéndolo.

El derecho a la alimentación es un derecho humano que entra en la categoría de los sociales, tiene igual importancia que los otros derechos, está interrelacionado con ellos y es interdependiente: sin alimentos adecuados una persona verá comprometida su salud y su acceso a la educación; a su vez, una atención médica oportuna y adecuada conjuntamente con una educación e infor-

<sup>1</sup>Universidad Central de Venezuela (Cendes). Docente-Investigadora del Área Desarrollo y salud. Centro de Estudios del Desarrollo. Universidad Central de Venezuela. Solicitar correspondencia a: Andy Delgado, email: Blancoandydelgadob@gmail.com

mación plena le permitirá saber cuáles son los alimentos que debe consumir de acuerdo a sus necesidades y potencialidades.

A diferencia de Colombia donde hay una notable producción académica sobre el derecho a la alimentación -Alzate (1) y Restrepo (2), por citar algunos, dan muestra de ello-, en Venezuela -hasta donde se tienen noticias- los contenidos asociados a esa materia han sido poco explorados, dejándose su discusión en manos de las organizaciones de la sociedad civil -Provea (3), entre otros-; uno de los pocos trabajos que lo ha abordado, con un enfoque más centrado hacia lo empírico es el de Landaeta et al (4), lo que requiere debatir sobre su contenido, dimensiones, obligaciones estatales y, sobre todo, de las posibilidades de hacerlo exigible y judicial; siendo éste el norte que se plantea este artículo.

### Aproximaciones al derecho a la alimentación

Existen varias definiciones de este derecho, quizá la más completa por comprender su contenido, características y formas sea la del primer Relator Especial de Naciones Unidas en la materia, Jean Ziegler quien lo definió como “el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna” (5).

La conceptualización de Ziegler recoge las dos facetas básicas del derecho a la alimentación expuestas en el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc): el no tener hambre y el acceso a alimentos sanos y nutritivos cuyo fin es garantizar a todo ser humano la posibilidad de alimentarse a sí mismo y a los suyos, mediante alimentos suficientes y accesibles, lo que necesariamente pasa por contar con medios para producir u obtener los alimentos (6).

La primera faceta reivindica liberar a las personas de padecer hambre. Siendo que el hambre es la “incapacidad para adquirir alimentos suficientes, que se define como un nivel de ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria”, para lograr esa libertad se requiere que los Estados aseguren a las personas los medios adecuados para obtener bienes alimenticios que permitan su subsistencia, a través de políticas públicas que respeten la dignidad humana (7).

La otra cara del derecho a la alimentación es el acceso físico y económico a los alimentos. Esto requiere brindar a las personas oportunidades para tener en sus

respectivos territorios alimentos, en cantidad y calidad adecuadas, de manera que puedan llevar una vida saludable y activa. Los alimentos se consideran adecuados cuando son culturalmente aceptables y se producen de manera sostenible para el medio ambiente y la sociedad.

Como acertadamente señala López ambos aspectos constituyen los “diferenciales y matices” del derecho; el acceso, porque exige calificativos (alimentos adecuados cuantitativa y cualitativamente) y el no padecer hambre, porque además de ser una consecuencia del anterior, “se concibe como el derecho de disfrutar o conseguir ese estado de hecho o condición” (8).

Liberar a las personas del hambre y garantizarles oportunidades para tener alimentos ha sido tema de debates en los distintos foros internacionales desde su reconocimiento en la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948 (9), pasando por la inclusión de sus dos dimensiones en el Pidesc, casi veinte años después, o su reafirmación en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 (10).

En el presente milenio el tema se ha tratado en espacios internacionales de notable trascendencia como la precitada Cumbre Mundial sobre la Alimentación, la Conferencia de Monterrey(11), la Cumbre de Johannesburgo (12), el Foro Mundial sobre la Reforma Agraria (13) (7) y el Foro Económico Mundial de Davos (14).

Más allá de las conferencias e instrumentos citados, hay tres que destacan en su intento por clarificar el contenido del derecho y su realización progresiva: la Observación General 12 del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, de 1999, sobre el derecho a la alimentación; la creación del Mandato del Relator Especial sobre este derecho, en el año 2000 y las Directrices sobre el derecho a la alimentación aprobadas por consenso, en 2004, por el Consejo de la FAO.

El derecho a la alimentación no acepta una interpretación restrictiva y no puede entenderse como un “conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos” (15) ni se le puede reducir a dar o recibir alimentos gratis a todo el mundo (5); la complejidad de esta materia requiere de un ejercicio concertado para hacer efectivamente realizable el derecho. Tampoco puede reducirse a satisfacer necesidades sino que implica una titularidad de derechos por parte de las personas y de obligaciones por parte de los Estados.

De lo anterior se desprende que la no realización del derecho, su no concreción, en general, es atribuible a los Estados; bien, como resultado de acciones que se concretan en una escasez de alimentos repentina o por omisión, ante la ausencia de sistemas de alerta eficientes, mala organización de la distribución de los productos

alimenticios o por no disponibilidad de ayuda alimentaria de emergencia (8); y, en todos los casos en que un Estado parte no garantice la satisfacción de un mínimo contra el hambre está violando sus obligaciones, como se verá en el acápite siguiente.

### **Obligaciones de los Estados.**

Los Estados en tanto partes de acuerdos internacionales que regulan el derecho a la alimentación – y así lo recoge la Observación General 12- tienen tres obligaciones básicas: respetar, proteger y realizar su ejercicio. La primera de ellas tiene que ver con la no injerencia, entorpecimiento o impedimento del acceso a los bienes objeto del derecho. Consiste en una obligación negativa o un no hacer por parte de los Estados, lo que se traduce en la abstención de adoptar medidas que, de una u otra manera, impidan a las personas producir sus alimentos o acceder a ellos (15).

La obligación de proteger tiene que ver con la realización de acciones positivas por parte de los Estados, para amparar a sus ciudadanos frente a eventuales acciones de terceros que obstaculicen o limiten el acceso a los bienes o violen su derecho. Esto requiere, por una parte, tomar medidas para promover el desarrollo económico y, por la otra, evitar o prevenir que los particulares priven a las personas del acceso permanente a una alimentación adecuada. Un ejemplo de este hacer lo constituyen las normas sobre seguridad alimentaria mediante las cuales, los Estados velan por que las generaciones presentes y futuras tengan acceso oportuno a una alimentación adecuada.

Conforme a la Observación General 12 que se viene comentando, la tercera obligación, también es positiva, conlleva un *realizar* que entraña tanto *facilitar* como *hacer efectivo* el derecho. Consiste en fortalecer el acceso y la utilización, por parte de la población, de los recursos y medios que aseguren sus formas de vida, incluida la seguridad alimentaria. Esta obligación gravita en torno al desarrollo de condiciones que aseguren el acceso al bien, cuando no se tienen vías para ello (15).

Es en ese sentido que Ziegler advierte, en su informe, que cuando un individuo o un grupo sea incapaz de disfrutar el derecho a una alimentación adecuada, por los medios a su alcance, por razones que escapen a su control, como catástrofes naturales o de otro tipo, los Estados tienen la obligación de hacerlo efectivo (5).

Las directrices voluntarias, por su parte, son una serie de recomendaciones que se hacen a los países miembros de las Naciones Unidas para la aplicación de medidas constitucionales, legislativas y administrativas que permitan abordar las dimensiones multisectoriales del derecho a la alimentación.

De acuerdo con lo establecido en los pactos e instrumentos de carácter vinculante e incluso en las recomendaciones, líneas directrices, resoluciones y declaraciones no vinculantes, los Estados incumplen con las obligaciones de respetar, proteger y realizar el ejercicio del derecho a la alimentación cuando no garantizan la satisfacción del nivel mínimo esencial necesario para estar protegido contra el hambre.

Esas violaciones al derecho se expresan cuando: a) se niega el acceso a los alimentos a determinados individuos o grupos; b) se impide el acceso a la ayuda alimentaria de carácter humanitario en los conflictos internos o en otras situaciones de emergencia; c) se adoptan legislaciones o políticas manifiestamente incompatibles con obligaciones jurídicas anteriores relativas al derecho a la alimentación; d) no se controlan las actividades de individuos o grupos que amenacen, lesionen o violen el derecho a la alimentación de otras personas; e) al concertar acuerdos con otros Estados o con organizaciones internacionales no tienen en cuenta sus obligaciones jurídicas internacionales relativas al derecho a la alimentación (15).

La existencia de personas que carecen de alimentos y de capacidad para obtenerlos, porque no pueden producirlos por sí mismas o adquirirlos en el mercado (16), plantea exigencias que deben materializarse en acciones y recursos que permitan su satisfacción y resarcimiento, aspectos sobre los que se tratará en la sección siguiente.

### **Exigibilidad y justiciabilidad del derecho.**

La exigibilidad de los derechos humanos - y cabe recordar que el derecho a la alimentación es uno de ellos- es un principio que reivindica disponer de instrumentos, instancias, mecanismos y procedimientos –judiciales y administrativos- de protección adecuados, mediante los cuales las personas puedan reclamar y obtener la reparación del derecho, a través de la restitución, indemnización, compensación o garantía de no repetición. La justiciabilidad, por su parte, consiste en el acceso a recursos judiciales nacionales o internacionales.

En general no hay una ruta específica para hacer exigible el derecho a la alimentación; sin embargo, ese camino es posible cuando los Estados establecen referencias y mecanismos verificables que posibilitan la vigilancia de su cumplimiento; incorporan en su orden jurídico interno los instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la alimentación o su aplicabilidad; aprueban una ley marco de alimentación que establezca fines, metas, estrategias y objetivos a lograrse en un horizonte temporal, responsabilidades gubernamentales, recursos y vías formales para reivindicar el cumplimiento del derecho; e incentivan a la sociedad civil y al sector priva-

do para la participación en esos procesos (15).

De acuerdo con Abramovich y Courtis para hacer justiciable un derecho es necesario que exista un marco normativo que, además de hacerlo explícito, en términos sustantivos, disponga del conjunto de normas adjetivas que hagan viable su ejercicio y disfrute. Lograr esa justiciabilidad requiere, en primer lugar, darle rango constitucional y legal al derecho a la alimentación; definirlo más allá de su carácter universal, establecer su contenido y alcances, tomando como punto de partida - y no como fin último- la satisfacción de los mínimos contra el hambre señalados por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (17).

La definición clara del contenido del derecho a la alimentación, de su núcleo esencial, es un paso básico para intentar su defensa y lograr cualquier reivindicación. La justiciabilidad de este derecho requiere de precisiones: ¿Cuál es el mínimo de prestaciones con las que un Estado debe cumplir?, ¿Cuál es la medida de la abstención estatal que precede a una demanda en su contra?, ¿Cómo se determina que un Estado cruzó la línea del mínimo contra el hambre? La discusión y respuesta a estas interrogantes no es banal: “la exigencia de un derecho en sede judicial supone la determinación de un incumplimiento, extremo que se torna imposible si la conducta debida no resulta inteligible” (17).

El segundo elemento a tomar en cuenta para hacer justiciable el derecho tiene que ver con el conjunto de normas que permiten su realización, lo que requiere de promulgar leyes procesales que establezcan claramente mecanismos, recursos e instancias judiciales con competencia en la materia. De esta manera, quedaría abierta la puerta para intentar una acción de reparación o restitución ante una situación de discriminación en el acceso o disponibilidad de alimentos u obtener una medida cautelar frente a una situación de hambre (17).

Varios son los mecanismos de control que hacen exigible el derecho a la alimentación. A lo interno están los distintos recursos administrativos y judiciales a los que los ciudadanos de un país, individualmente considerados o en colectivo pueden utilizar para reclamar sus derechos. Más allá de las fronteras, desde lo externo, están el sistema de informes periódicos instituidos por el Consejo Económico y social de las Naciones Unidas mediante los cuales los Estados rinden cuenta sobre el cumplimiento de los derechos humanos; las peticiones y alegatos sobre violaciones de los derechos y el sistema judicial internacional en el que se intentan reclamos, una vez agotadas las

vías internas nacionales.

### **Caso venezolano.**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela concede a los acuerdos, convenios y tratados suscritos y ratificados por las autoridades competentes jerarquía constitucional. Esto, otorga primacía a esos instrumentos con respecto al Derecho Interno y convierte en una obligación del Estado la toma de medidas legislativas, judiciales y administrativas, para asegurar el disfrute pleno y efectivo de los derechos y garantías en ellos previstas.

Venezuela ha suscrito y ratificado las declaraciones, tratados y pactos Internacionales más significativos en materia de Derechos Humanos. Documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pidesc, entre otros, reconocen al derecho a la alimentación como un derecho humano, lo que indica que su garantía y efectividad plena es una obligación del Estado venezolano.

A diferencia de países de la región como Brasil, Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Colombia la Constitución venezolana vigente no consagra explícitamente el derecho a la alimentación en sus disposiciones sustantivas, limitándose a incorporar en el título correspondiente al “Sistema Socioeconómico”, en el artículo 305, la seguridad alimentaria de la población, como principio orientador de la acción de gobierno en ese ámbito (18).

A diferencia de otros países que han posicionado el derecho a la alimentación como un derecho humano de todas las personas o de alguna categoría específica de población (caso de Colombia y Cuba, p.ej.), el constituyente venezolano colocó el foco en la seguridad alimentaria (entendida como el acceso oportuno de alimentos y su disponibilidad suficiente y estable en el territorio nacional) como un objetivo a alcanzar dentro de las políticas socio económicas. Al hacerlo, diluyó la fuerza jurídica de ese derecho “al no considerársele un derecho individual que debe ser respetado” y, por ende, no se han generado “condiciones favorables para que los tribunales cumplan una función más activa en su defensa” (19).

En los términos de Abramovich y Courtis (17) esa falta de manifestación expresa limita la exigibilidad del derecho, por lo que se requiere de leyes, normas y políticas públicas que, a partir de los principios constitucionales en materia de derechos humanos, contribuyan a diseñar líneas de acción que permitan a las personas estar libres de hambre y, establezcan claramente las vías y mecanismos para la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la alimentación.

Aun cuando el derecho a la alimentación no está consagrado de forma explícita en la Constitución vigente, por interpretación analógica y extensiva de disposiciones afines relativas a otros derechos humanos (la vida, la salud, un nivel de vida adecuado, entre otros) puede afirmarse, categóricamente, que existe un reconocimiento implícito que allana el camino para reivindicarlo por otras vías.

Las Directrices voluntarias de la FAO proporcionan a los Estados orientaciones prácticas para la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada, en el contexto de la seguridad alimentaria nacional, que les permitan “alcanzar los objetivos del Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación”. Entre sus consideraciones y principios destacan la igualdad, la ausencia de discriminación, la participación, la inclusión, la obligación de rendir cuentas y el estado de derecho; así como la premisa de que los alimentos “no deberían utilizarse como instrumento de presión política y económica” (20).

Hasta la presente fecha las iniciativas del gobierno venezolano para dar cumplimiento a esas Directrices no han sido suficientes, más allá de algunos avances en el plano normativo y programas específicos, cuyo análisis excede los objetivos de este trabajo, dirigidos, específicamente, a la protección de la seguridad alimentaria, como es el caso de la promulgación, en el año 2008 del Decreto con rango, valor y fuerza de Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Agroalimentaria (21).

El mencionado decreto regula lo relativo al abastecimiento de los alimentos por parte de la población; el intercambio, distribución y comercio de alimentos y productos agroalimentarios y la calidad de los alimentos. Sin embargo, no establece fines, metas, estrategias y objetivos a lograrse en un horizonte temporal; tampoco señala las responsabilidades gubernamentales, los recursos y las vías formales que tienen los ciudadanos para reivindicar el cumplimiento del derecho a la alimentación; ni incentivan a los diferentes sectores a participar en esos procesos. Al no tratarse de una ley marco en materia de derecho a la alimentación no hay una definición clara del contenido del derecho, lo que limita las iniciativas que pudieran surgir en su defensa, reivindicación y justicia.

### **Reflexiones finales.**

Venezuela carece de un marco jurídico de referencia para diseñar y ejecutar políticas y estrategias que garanticen de manera permanente y con carácter de prioridad nacional el derecho a la alimentación o que permitan su exigibilidad o judicialización ante los órganos competentes.

De conformidad con los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos, vinculantes y no vinculantes, de los que el Estado venezolano es signatario, la promoción de la democracia, el estado de derecho, el desarrollo sostenible, la buena gestión de los asuntos públicos, la rendición de cuentas y la transparencia de la gestión gubernamental, continúan siendo una materia pendiente; así como, la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales que faculten a los ciudadanos a hacer demandas sobre la efectividad del derecho a la alimentación.

El país requiere una evaluación exhaustiva de la legislación, políticas y medidas administrativas y programas en ejecución para identificar las limitaciones existentes y recursos disponibles para crear las vías y mecanismos que permitan, de manera eficaz y oportuna, el acceso a las instancias responsables de la vigilancia del cumplimiento del derecho y de la promulgación de leyes procesales que establezcan claramente los medios que permitan su satisfacción y resarcimiento en caso de vulneración.

### **Referencias**

1. Alzate González, Jaime. 2012. El derecho a la alimentación en Colombia en el marco del artículo 24 de la Convención internacional sobre los derechos del niño. (Internet). 2013. Universidad Externado de Colombia. Facultad de ciencias sociales y humanas. Trabajo de investigación presentado en la Maestría en estudios de familia. (Citada 13 agosto de 2013). Se consigue en URL: <http://foros.uexternado.edu.co/>.
2. Restrepo Yepes, Olga Cecilia. El derecho alimentario como derecho constitucional. Una pregunta por el concepto y estructura del derecho constitucional alimentario. *Opinión Jurídica*, 2009; 8(16)115- 134.
3. Provea. Informe Anual: Situación de los derechos humanos en Venezuela, años: 20012 al 2016 (Internet). . (Citada 8 mayo de 2017). Se consigue en URL: <http://www.derechos.org.ve/publicaciones>.
4. Maritza Landaeta-Jiménez, Carla Aliaga, Yaritza Sifontes, Marianella Herrera, Ynggrid Candela, Andy Delgado Blanco, Jorge Díaz Polanco, Coromoto Angarita, Yuri-may Quintero, Gladys Bastardo, Héctor Herrera, Rosa Hernández, Jennifer Bernal, Mariela Montilva, Nixa Martínez. El derecho a la alimentación en Venezuela. *An Venez Nutr* 2012; 25(2)73-84.
5. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comisión de Derechos Humanos. El derecho a la alimentación. Informe preparado por el Sr. Jean Ziegler, Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, de conformidad con la Resolución 2000/10 de la Comisión de Derechos Humanos. (Internet) 2001. (Citada 10 de octubre de 2016). Se consigue en URL: <http://www.ohchr.org>.
6. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). (Internet)

1966. (Citada 17 mayo de 2014). Se consigue en URL: <http://www.ohchr.org>.
7. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. (Internet) 2015. (Citada 11 de octubre de 2016). Se consigue en URL: <http://www.fao.org/>.
  8. López-Almansa Beaus, Elena. La acción internacional contra el hambre y la ayuda alimentaria al desarrollo de la Unión Europea (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia. Facultad de Derecho. Departamento de Derecho Internacional. 2005.
  9. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (Internet) 1948. (Citada 17 mayo de 2014). Se consigue en URL: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights>.
  10. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO). Cumbre Mundial para la Alimentación. (Internet). 1966. (Citada 17 mayo de 2014). Se consigue en: URL: <http://www.fao.org/docrep>.
  11. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. Monterrey. México. (Internet). 2002. (Citada 17 mayo de 2014). Se consigue en: <http://www.un.org/es/development>.
  12. Organización de las Naciones Unidas. Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. Johannesburgo. (Internet). 2002. (Citada 17 mayo de 2014). Se consigue en: <http://www.un.org/es/development>.
  13. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO). Foro Mundial sobre la Reforma Agraria. Valencia. España. (Internet). (2004). Citada 17 mayo de 2014). Se consigue en: URL: <http://www.fao.org/docrep>.
  14. Foro Económico Mundial (World Economic Forum, WEF). 2005. Citada 10 enero de 2016). Se consigue en: <https://www.swissinfo.ch/spa/>.
  15. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 12 (OG 12). (Internet) 1999. (Citada 15 de agosto de 2016). Se consigue en URL: <http://www.acnur.org>.
  16. Sen, Amartya. Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta. 2000.
  17. Abramovich, Víctor y Christian Courtis. Los derechos sociales como derechos exigibles. 2012, en: Teoría y realidad constitucional N° 12-13. (Internet) 2002 (Citada 20 de octubre de 2016). Se consigue en URL: <http://www.dialnet.unirioja.es>. 691-697.
  18. República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional Constituyente. 1999. Constitución de la República Venezolana de Venezuela. Caracas. Gaceta Oficial N° 5.453. Extraordinario del 24 marzo.
  19. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO). El derecho a la alimentación en el marco internacional de los derechos humanos y en las constituciones. (Internet) 2013. Cuadernos de Trabajo 1 sobre el derecho a la alimentación. (Citado 11 de octubre de 2016). Se consigue en URL: <http://www.fao.org/>.
  20. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO). Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional. 2004. Aprobadas por el Consejo de la FAO en su 127° período de sesiones, noviembre de 2004. (Citada 11 de octubre de 2016) Se consigue en URL: <http://www.fao.org/>.
  21. República de Venezuela. Decreto con rango, valor y fuerza de Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Agroalimentaria Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5889 Extraordinario. Decreto Ley N° 6.071/08 del 31 de julio de 2008.

Recibido: 12-01-2017

Aceptado: 15-03-2017

## Orden Gustavo H. Machado de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría

Gladys Velázquez<sup>1</sup>

Sres. Miembros de la Junta Directiva de la SVPP, compañeros galardonados en el día de hoy, distinguidos invitados especiales, compañeros Pediatras, amigos todos.

Hoy me siento muy honrada al recibir la orden que lleva el nombre de un insigne pediatra venezolano, el Dr. Gustavo H. Machado, y más aún, por la hermosa coincidencia con el 80 aniversario del Hospital de Niños José Manuel de los Ríos, “el JM”, del cual el Dr. Machado fue cofundador. Hospital en el que hemos desarrollado nuestra vida profesional o por lo menos parte de ella, todos los galardonados en el día de hoy

Aprovechando esta coincidencia extraordinaria con el cumpleaños del Hospital y la licencia de poder hacer “un dibujo libre”, me tomo la libertad de relatarles brevemente mi vivencia en la institución, que posiblemente se parece a la historia de muchos de los aquí presentes; esto no lo hago con fines autobiográficos, sino para refrescar nuestra memoria sobre lo que ha sido este Hospital y honrar a personas que desde mi perspectiva, han sido sus pilares fundamentales y ductores importantes de mi formación.

Me gradué de médico el 9 agosto de 1968 y aún estaba en el proceso de asimilación de mis nuevas responsabilidades, con el impulso de esconderme si alguien en la familia o en el vecindario se enfermaba, cuando recibí una llamada de nuestro querido Dr. Cecilio Rodríguez, quien en el lenguaje que le caracterizaba, me dijo: “Catira, ¿tú no dijiste que quieres ser pediatra?, ¿Qué haces en tu casa?”. Al día siguiente yo estaba en el Hospital, con el honroso cargo de “Interno Voluntario”, que era la forma tradicional de ingreso, e iniciaba mi formación en el Servicio de Medicina 6. Este servicio contaba con un equipo humano de excelencia: “el negro Cecilio”, con su estilo irreverente y su profundo compromiso social, Jaime Barboza con su ponderación y su gran capacidad docente, Darío Rivero, parco, pero muy preciso al emitir sus opiniones y el Dr. Simón Gómez Malaret, un gran catedrático de formación europea, profundo en sus disquisiciones y a quien nadie se atrevía a contradecir.

En enero de 1969 ya formaba parte del Postgrado de Puericultura y Pediatría del Hospital, que recuperaba su carácter universitario luego de una primera cohorte 1959-1961, en la cual se formó un grupo de excelentes pediatras; la mayoría de estos se habían incorporado a los Servicios de Medicina como Adjuntos y se desempeñaron durante muchos años como los profesores del postgrado. En marzo de 1971 me estaba graduando en este mismo auditorio, con toga y birrete, porque la Universidad Central concedió el privilegio de realizar el acto académico en la sede; para entonces, me graduaba también de mamá.

Durante muchos años fui Médico Adjunto del servicio de Medicina 1 con el Dr. Ramón Jaimes a la cabeza; de él aprendí su “calma y cordura” y a utilizar la propia capacidad analítica como herramienta fundamental para llegar al diagnóstico; nos reuníamos semanalmente con nuestros vecinos de Medicina 2 y solíamos presentar los pacientes más complicados de ambos servicios; esto me permitió complementar mi aprendizaje, con el abordaje fino y erudito de los casos clínicos, que caracteriza a la Dra. Gloria Yamín.

Recuerdo también de mi paso por los servicios de Neonatal y Medicina 7, las revistas con el Dr. Armando Suce, su discreta sabiduría, su parsimonia y su experto juicio ante un neonato enfermo.

Al año siguiente del grado me incorporé a la Cátedra de Pediatría de la Universidad Central, de la mano del Dr. Francisco Castellanos, a quien considero mi gran maestro en las lides de la docencia y el gran planificador y gerente de la enseñanza de la Puericultura y la Pediatría en el Hospital, tanto en Pregrado como en Postgrado. Bajo su conducción fuimos considerados la Cátedra más organizada de la Escuela Vargas, y con orgullo puedo decir que lo ha seguido siendo hasta la administración de Olga Figueroa, mi querida alumna y compañera en el homenaje de hoy, y estoy segura lo seguirá siendo con Liliana Núñez, quien se estrena en esta función, porque la cátedra tiene un carisma especial para atraer gente buena, capaz y responsable. Ante el panorama actual del Hospital, luce como un “oasis en el desierto”. Creo que nunca se han reconocido suficientemente los méritos del Dr. Castellanos y, debería existir una orden “Francisco Castellanos”.

En la cátedra me tocó compartir roles con personas que

<sup>1</sup>Hospital de Niños José Manuel de los Ríos.

Solicitar correspondencia a: Gladys Velázquez, email: glavel08@gmail.com

habían sido mis profesores, y a los que pude entonces apreciar mejor en su dimensión humana: el Dr. Fabio Zerpa mi tutor, Humberto Lattuff, Juan Briceño, Alberto Bercowsky y José Francisco, que se mantiene aún activo y rodeado de estudiantes. Tuve la suerte de trabajar en todos los niveles de Pediatría de pregrado y postgrado, con gente extraordinaria, que sería muy extenso nombrar y la experiencia de haber pasado por todos los cargos docente-administrativos.

Me enamoré de la Puericultura; considero que practicándola “como debe ser”, se evitan muchos sufrimientos y muertes y se genera un impacto muy positivo en la salud pública. “Las enfermedades y la muerte son batallas y derrotas, que muchas veces se han podido evitar”. Me enamoré en forma especial de la lactancia materna, la practiqué exitosamente y fue mi tema preferido por mucho tiempo. Junto a José Francisco y otras personas ganadas a la causa, tratamos de impulsarla dentro y fuera del hospital, creando incluso una ONG que llamamos ALAMA. Gracias a Dios, algunos de nuestros alumnos tomaron el testigo, y con mayor impulso y efectividad; es el caso de Yackelin Panvini quien se incorporó a los programas de la UNICEF y Evelyn Niño, fundadora de “Mi Gota de Leche”, que lleva muchos años en el hospital promoviendo y brindando asesoría en lactancia materna.

La Consulta de Niño Sano, asiento de la Puericultura, fue creada en 1971 por el Dr. Castellanos y mi apreciado compañero Jesús Velázquez, en un pequeño espacio adyacente a Cirugía Menor, con el propósito de enseñar Puericultura sin salir del hospital. Luego de conseguir un local propio en el tercer piso de la nueva torre de Consulta Externa, la consulta fue creciendo, y ampliando sus actividades de asistencia preventiva y docente. Se comenzaron a atender niños con patologías de base, de alto riesgo y con necesidades especiales de inmunización, que antes no contaban con este tipo de atención y se desarrollaron programas en alianza con diversas instituciones. Todo este esfuerzo la hizo acreedora de la condición de “dependencia institucional, regentada por la Cátedra”.

La coordinación de la Consulta fue inicialmente rotativa, compartida con mis queridos compañeros: Ana Castellanos, María Cristina Millán, Iraida Torrens y Néstor Bustos (por las tardes), pero luego quedé fija y al jubilarme, esta responsabilidad pasó a las inmejorables manos de mis alumnas: María Esperanza Fuenmayor, Berenice Del Nogal, Gloria González, Yesenia Pérez, entre otras que sería muy largo enumerar, quienes han hecho de ella un ejemplo de atención integral del niño y un baluarte en inmunizaciones y educación sanitaria.

Las décadas de los 70 y 80 fueron una etapa de floreci-

miento para el Hospital, impulsado por un motor llamado Enrique Pérez Guanipa (QEPD) y la Fundación Patronato Hospital de Niños. Con la ayuda de muchas empresas públicas y privadas, se dotó de avanzados equipos y de insumos a los servicios y se enviaron muchos profesionales a capacitarse en instituciones de gran prestigio, dentro y fuera del país. Uno de ellos fue Enriqueta Sileo, quien a su regreso creó el Servicio de Medicina del Adolescente y promovió la aceptación de pacientes de este grupo etario, considerado anteriormente “tierra de nadie” (ni del pediatra, ni del internista), en todos los servicios de la institución.

Se mejoró el funcionamiento de muchos departamentos y servicios y se crearon nuevas subespecialidades: Ginecología Infanto-Juvenil, Oncología, Genética, entre otras, y además nuevos postgrados muy demandados por médicos y enfermeras de todo el país e incluso extranjeros. El Hospital se consolidó como centro de referencia nacional en Pediatría, particularmente en algunos campos como Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Diálisis y Trasplantes renales, Enfermedades Oncológicas, Cuidados Intensivos, Quemaduras Severas, y más recientemente, VIH/SIDA.

También se realizaban actividades de extensión a la comunidad, ejemplo de ello es la consulta de Pediatría en el Barrio Los Erasos que condujo por 15 años la Dra. Mireya Pérez, con residentes de Pediatría y alumnos de pregrado.

Para esta misma época nace en el Hospital el pionero de los voluntariados: “Acción Voluntaria de Hospitales”, que luego se extendió por todo el país. A sus integrantes se les conoce como “las damas azules” o “los ángeles azules”. En esta organización ha militado durante 40 años Margarita Sanz, galardonada en el día de hoy con la Orden Lya Imber de Coronil, y coordinadora actual de esta sede.

Los años de la década de los 90 fueron tiempos muy difíciles, por la crisis política y económica que atravesó el país. Las limitaciones presupuestarias y los desajustes administrativos, afectaron el funcionamiento del Hospital y generaron protestas, de un personal altamente identificado con la institución. Se logró que la Gobernación del Distrito Federal otorgara al Hospital de Niños, al Hospital Vargas y a la Maternidad Concepción Palacios, la figura de “Servicio Autónomo”. Yo tuve el honor de formar parte del Consejo Directivo que lideró la institución desde septiembre de 1995 a noviembre de 1998, presidido por el Dr. Hans Römer, Jefe del Servicio de Gastroenterología, quien se propuso realizar una completa reorganización del Hospital.

El Dr. Römer asumió su papel con gran pasión y disci-

plina germánica, y nos hizo trabajar a todos a su ritmo, de sol a sol. Soy testigo, al igual que mis compañeros de equipo: Edgar Sahmkow, Ulianova Seijas, Rosa Jordán, Héctor Sanz, Nelson Ortiz, Alba Valero, entre otros, del inmenso esfuerzo que se hizo para llevar el Hospital a un óptimo y moderno funcionamiento. Me atrevo a decir, que fue el hospital que más avanzó con la autogestión, pero la falta de personalidad jurídica (como instituto autónomo) y posteriormente los cambios en la dirección política del país, impidieron el logro de todas las mejoras impulsadas. Esta es una etapa poco conocida de la historia del Hospital y un esfuerzo no valorado, especialmente en lo que respecta al Dr. Römer.

Por el contrario, la nueva administración, paralizó todo lo que se venía haciendo, y desapareció como por arte de magia, todos los documentos que soportaban planes, ejecuciones y convenios. Me tocó vivir la dolorosa experiencia de oír al primer director de la nueva gestión, egresado de uno de nuestros postgrados y en este mismo auditorio, que “antes de su llegada, nadie se había ocupado de este hospital”, dando al traste con todos los esfuerzos realizados en los 60 años anteriores. No hubo una sola voz que se alzara para contradecirlo, pero el tiempo y los hechos si lo hicieron.

No entraré en detalle sobre la involución del Hospital en los últimos años, porque está a la vista: el deterioro estructural con remodelaciones que se eternizan, las graves carencias de equipos e insumos y de personal capacitado, la disminución de camas activas y el cierre de servicios de hospitalización, los pabellones clausurados, colas interminables de pacientes en espera de atención o de cupo quirúrgico, muchos de los cuales se complican o “mueren en el intento”. Fallas de servicios básicos como electricidad, aguas blancas y aguas servidas, que interrumpen a cada rato las actividades. Postgrados cerrados o reducidos a su mínima expresión. Personal castigado por una pírrica remuneración, deterioro de sus condiciones de trabajo e inseguridad. Hurtos y violencia cotidianos a pesar de su “milicianización” (presencia de milicianos en todos los ambientes).

En los últimos años las penurias se han extremado. No solo mueren más niños por falta de tratamiento, sino que los niños pasan hambre en el Hospital, por la falta de fórmulas lácteas y comida. Donaciones privadas han paliado en parte esta situación, pero no ha sucedido lo mismo con las fallas de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos. Las ofertas de ayuda de particulares y de organismos internacionales de socorro han sido rechazadas reiteradamente, para no admitir que estamos en situación de “crisis humanitaria”; ¡ una “careta” cuenta más, que la vida de los niños!.

Lo que sucede aquí, estoy segura que también ocurre,

con sus propios matices, en las instituciones donde Uds. laboran, tanto de atención curativa como preventiva. Los Centros Materno-Infantiles y las Consultas de Puericultura han disminuido en número y calidad de atención y la merma en la cobertura de las vacunas, ha causado la reaparición o el repunte de enfermedades infecciosas antes controladas. Los pediatras que ejercen privado no tienen acceso a las vacunas y tienen que enviar a sus pacientes, que podría pagarlas, al sistema público de salud; esto ha reducido las oportunidades de los usuarios naturales de ese sistema con menor conciencia de la necesidad de vacunar a sus hijos.

Esta situación que nos llena de angustia, ha sido denunciada reiteradamente por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, debiendo reconocer la actitud valiente y persistente de nuestro presidente el Dr. Huniades Urbina y de los presidentes de otras filiales que se han expuesto, al hacer sus declaraciones ante los medios de comunicación.

Estamos en presencia de una flagrante violación de los derechos del niño, niña y adolescente consagrados en la LOPNNA, cuyo respeto esgrimen las autoridades del país, como uno de sus logros. CECODAP, ONG dedicada a la defensa de estos derechos, ha introducido ya cuatro recursos de protección ante diferentes tribunales, por el desabastecimiento de medicamentos esenciales para los niños, niñas y adolescentes, sin ningún resultado hasta los momentos.

Como ésta, otras organizaciones se han ocupado de este problema y han formado una coalición: la “Red por los Derechos Humanos de las Niñas, Niños y Adolescentes” (REDHNNA). Esta red emitió un comunicado en noviembre pasado, en el cual denunciaron las reiteradas amenazas y violaciones del gobierno nacional, no solo al derecho a la salud de los niños y adolescentes, sino también al derecho a la alimentación, la educación, la protección integral y la seguridad. Advirtieron además, sobre el impacto emocional que producen en ellos estas carencias y la violencia cotidiana y exhortaron al gobierno nacional a solventar la crisis, priorizando el interés superior de este grupo vulnerable, que constituye la tercera parte de nuestra población.

Mi nuevo amor es la Bioética, al punto que me hizo volver a las aulas universitarias. La Bioética me ha dado herramientas para analizar nuestro desempeño como médicos y más específicamente como pediatras. Siento decirles que mis conclusiones no son nada alentadoras: los pediatras también irrespetamos los derechos de los niños, niñas y adolescentes; lo hacemos cuando no los consideramos como “persona”, no nos comunicamos con ellos y no tomamos en cuenta sus opiniones y preferencias, cuando no consideramos su manera particular

de ver el mundo y sus propios valores, cuando somos indiferentes ante la violencia y el abuso contra ellos, y así en muchas otras formas, y considero que la razón principal es la ignorancia, ya que nuestra formación académica es técnico-científica y muy poco humanística.

La Bioética me ha permitido también valorar con más certeza, la injusticia social de nuestro sistema de salud y la forma como irrespeta los derechos del paciente, en nuestro caso los derechos del niño y del niño enfermo, como también los de la familia y los nuestros como prestadores de salud.

La formación en Bioética es una tarea pendiente en nuestras escuelas profesionales, en nuestros postgrados y también en la formación continuada de nuestras instituciones sanitarias y sociedades científicas. Depende de nosotros, más que de las autoridades y en consecuencia, es nuestro deber formarnos y tomar la iniciativa. En el Hospital, la Cátedra de Pediatría lleva 12 años desarrollando un programa de formación en Bioética para sus residentes y los de otras especialidades, el cual les ha permitido conocerse mejor, compartir sus opiniones y experiencias y buscar solución a las situaciones difíciles que se presentan en su práctica diaria, mediante la deliberación y el consenso.

No quiero dejarlos hundidos en el pesimismo. Este Hospital sigue teniendo un contingente humano que se resiste al caos, que hace enormes esfuerzos por dar la mejor asistencia posible a sus pacientes, ingeniándose-

las para sortear todas las carencias antes mencionadas.

Se siguen recibiendo residentes de todo el país y eventualmente del exterior, para formarse en nuestros postgrados y se hace un gran esfuerzo para no bajar los niveles de calidad. Se continúa haciendo investigación a pesar de las dificultades; la Comisión de Bioética a la cual pertenezco y la Unidad de Investigación coordinada por Ingrid Soto, otra querida colega galardonada en el día de hoy, no han bajado su nivel de exigencia al evaluar los proyectos que desarrollan cursantes de todos los postgrados y especialistas. En todos los niveles hay personal comprometido con la institución. Los representantes de los pacientes suelen diferenciar en sus quejas, el trato que reciben del personal y su interés por ayudarlos. El Hospital sigue siendo “la nave insignia de la pediatría nacional”, tripulada por verdaderos “héroes” y ¡tienen que seguir dando el ejemplo!

Estoy segura que los colegas aquí presentes podrán llegar a conclusiones semejantes con respecto a sus propias instituciones, porque los pediatras siempre nos hemos distinguido por nuestra vocación de servicio y nuestro compromiso con los más vulnerables. Donde hay personas con esta condición, hay esperanza.... ¡Esperanza de recuperar nuestras Instituciones!. Les pido por favor que ¡no aflojen!, ¡no se desanimen!, ¡no se mimeticen con la mediocridad!, sigan trabajando con la misma disciplina y constancia, pues....., VENDERÁN TIEMPOS MEJORES. Muchas Gracias.

## Fundación Bengoa informa

### Fundación Bengoa año 2016

La Fundación Bengoa desde hace 16 años, ha venido rindiendo homenaje al Dr. José María Bengoa, quien desde su llegada a Sanare empezó su trabajo por el bienestar social, por combatir el hambre y mejorar la situación nutricional de las poblaciones. La Fundación desde su saber hacer, ha continuado con sus principales programas de nutrición comunitaria, información y difusión, capacitación y asistencia técnica, faro nutricional y grupo de transición alimentaria y nutricional (TAN).

La actividad desarrollada en nutrición comunitaria, se orientó en las escuelas, este año motivado a solicitudes realizadas por empresas privadas y a la preocupación expresada de como poder apoyar a los niños y niñas de zonas rurales del Municipio El Hatillo, se establecieron acciones conjuntas en las cuales Fundación actuó como receptora de los fondos para un programa de meriendas por seis meses con una bebida láctea para 467 niños y niñas y se realizó la evaluación nutricional. Además se dictaron talleres a los docentes, directivo y miembros de la comunidad en alimentación saludable, sustituciones de alimentos de uso tradicional y preparación de recetas nutritivas a bajo costo.

En el estado Apure, se trabajó en cinco escuelas, en las cuales evaluaron 312 niños y niñas y se actualizó en higiene de los alimentos al personal de la cocinas, con el apoyo del Hato Santa. Otra actividad fue solicitada por la empresa solicitud de la empresa Industria y Procesadora de Cereales (Inproceca), se trabajó con el proyecto Mi Avena, en 13 unidades educativas ubicadas en Guatire, Araira, El Rodeo y Cupo pertenecientes al Municipio Autónomo de Zamora del Estado Miranda y se evaluaron 2.062 niños y niñas al igual se dictaron talleres de educación nutricional a los docentes y madres colaboradoras.

Con la empresa Cervecería Regional desde el 2005, se continúa trabajando en escuelas de Caracas, Maracaibo y Mérida, en el segundo semestre de 2016 se evaluaron 1.398 niños y niñas. Esta intervención ofrece un desayuno y/o merienda a 1.269 niños y niñas de cuatro instituciones educativas. Los temas tratados en los talleres de formación se enfocaron en higiene personal, lavado de manos, higiene bucal, actividad física y potabilización del agua y preparaciones saludables y

económicas. Se entregaron recetarios.

En cuanto a las actividades de capacitación y asistencia con las empresas, se dictaron tres talleres dirigidos a empleados y trabajadores a los cuales asistieron 287 participantes, sobre los temas soluciones inteligentes, esto es lo que conseguí, ¿ahora que como?, presupuesto familia: Estas actividades trataron de responder a las solicitudes de las empresas las cuales buscaban bajar la ansiedad de los trabajadores y darles herramientas para afrontar las situaciones a la hora de comprar y como poder hacer sustituciones inteligentes que garanticen una alimentación variada, equilibrada y saludable.

En la campaña desarrollada para Farmacias SAAS siguiendo en los temas para afrontar la malnutrición, se elaboró la guía número doce, Grasas: ¿Para qué son buenas?, que se difundió por medios electrónicos y redes sociales y giras de medios para dar a conocer el contenido de la guía. Todas las guías se pueden descargar de la página: <http://www.fundacionbengoa.org/materiales/>

La Fundación Bengoa, durante este año, mantuvo presencia en diferentes medios de comunicación e información como radio, televisión, prensa, medios electrónicos y redes sociales. Los diferentes voceros de Fundación estuvieron en 10 entrevista de radio, 6 entrevista de televisión y 12 artículos en prensa, revistas y medios digitales. Los medios de comunicación en los cuales tuvo presencia Fundación fueron Univisión, Vivo Play, Globovisión, Unión Radio, El Clarín de Argentina, Televen, El Nacional, El Estímulo, El Pitazo. Los temas más solicitados durante este año fueron como afrontar los cambios en materia de alimentación, sustituciones, preparaciones alternativas, situación nutricional de la población infantil y adulta.

El trabajo que desarrolla Fundación Bengoa no se queda en Venezuela, junto a la Universidad de Alicante, Fontilles y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua se presentó la ponencia, Educación alimentaria y nutricional a través del medio radiofónico. La experiencia de la fundación Bengoa para la alimentación y nutrición. Durante este año, se presentó el libro Venezuela Vivir a Medias resultado de la encuesta nacional de condiciones de vida 2015 (ENCOVI). Universidad Católica Andrés Bello, Universidad Simón Bolívar y Universidad Central, 2016.

El Grupo de Estudio Transición Alimentaria y Nutricional (TAN) continuó la ejecución del Consenso niños niñas y adolescentes (NNA): criterios diagnósticos para la prevención y tratamiento de las enfermedades de la transición alimentaria y la encuesta de adultos: identificación de criterios diagnósticos, valores límite y factores de riesgo de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico en la población venezolana. También organizaron el IV Simposio sobre Nutrición en el marco de las Jornadas de Investigación y extensión (JIE) de la Facultad de Ciencias UCV, y el V Simposio sobre Nutrición: La Alimentación en Venezuela, ¿un derecho en crisis? En el marco de las VII Jornadas de Investigación del IBE 2016. Los cursos - talleres: Evaluación del crecimiento, la maduración y el estado nutricional. Criterios de normalidad filiales de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, conversatorios y presentaciones de trabajos en congresos.

El trabajo que se realiza desde Fundación Bengoa, se hace presente a lo largo del año, con ponencias, presentaciones y charlas. Entre los cuales se encuentran: La alimentación de los venezolanos ¿Un desafío? Jornadas XXX Aniversario Dra. Liseti Solano Rodríguez. Nutrición y Calidad de Vida en tiempos de Crisis. Valencia. 20-01-2016. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida Venezuela 2016. Alimentación. Lineamientos de políticas públicas desde las organizaciones sociales. Análisis de las condiciones de vida. UCAB. 23-05-2016. Encuesta sobre Condiciones de Vida Venezuela 2015: Alimentación y Situación Nutricional. LXII Congreso Venezolano de Puericultura y Pediatría. “Dra. Mercedes López de Blanco”. 26-05-2016. Situación Alimentaria del País ¿Qué Nos Espera? XI Congreso de la Sociedad Científica Venezolana de Obesología. 10-06-2016. Alimentación. Foro

“Condiciones de Vida de los Venezolanos. Resultados de Encovi.” Academia Nacional de Medicina. 21-06-2016. Deterioro del consumo de alimentos y daños en el estado nutricional de la población. Foro. El Hambre y la escasez en Venezuela como nueva realidad social. Grupo Social CESAP, 29-06-2016. Está su hijo bien nutrido? Técnicas para el despistaje de la malnutrición por déficit y por exceso. I Jornada Antropometría, Nutrición y Salud. UPEL. Barquisimeto. 02-07-2016. Encuesta sobre Condiciones de Vida de Venezuela 2015 y la alimentación actual de los venezolanos. ILSI-CAVIDEA. 08-07-2016. La condición de desnutrición en la gestión municipal. Encuentro Nacional de Política Social Municipal. 16-07-2016. Caída en consumo de alimentos: Consecuencias en la nutrición y salud de la población. ONG- Sindicales. 06-08-2016. Coordinación del Simposio Alternativas para enfrentar la crisis. 19º Congreso Nacional de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela. La alimentación en Venezuela. Un compromiso de todos. 07-10-2016. Fundación Bengoa Alimentación y Nutrición. Iberoamérica 3.0 Juventud y Sociedad Civil. Dialogo Salud y Bienestar. Universidad Metropolitana. 21-10-2016. Huellas de la crisis alimentaria en la población. Foro: El impacto del hambre, en la Venezuela de hoy. Asamblea Nacional 14-12- 2016.

Durante el año 2016 el trabajo de Fundación Bengoa se caracterizó por la atención a la situación de alimentación que experimentan los ciudadanos, a dar respuesta a las solicitudes de información que se efectuaron desde los diferentes involucrados e interesados. Durante este año, el enfoque de trabajo debió responder a la realidad nacional ya que se comenzó a recibir solicitudes de particulares interesados en ayudar. Para lo cual Fundación actuó como vínculo entre las personas donatarias y los receptores finales de las donaciones.

ANALES VENEZOLANOS DE NUTRICIÓN  
Índice de autores 2016

**B**

Brett, María Alejandra. Veáse Morón de Salim, Alba Rosa. 2016; 29(2): 61-67.

**D**

De Tejada Lagonell, Miren. Características psicológicas del niño/niña desnutrido 2016; 29(2): 68-80.

Delgado Blanco, Andy. El derecho a la alimentación. Algunos elementos para su análisis. 2016; 29(2): 88-93.

**E**

Ekmeiro Salvador, Jesús. Soberanía Alimentaria: más allá del discurso político. 2016; 29(2): 81-87

**H**

Herrera Cuenca, Marianella. Veáse Ramírez, Guillermo. 2016; 29(1): 11-17.

Herrera Cuenca, Marianella. Veáse Landaeta-Jiménez, Maritza. 2016; 29(1): 18-30.

Herrera Cuenca, Marianella. Conflicto de interés o intereses en conflicto, transparencia en la obtención y análisis de datos científicos. 2016; 29(1): 31-36.

**L**

Landaeta-Jiménez, Maritza. Veáse Ramírez, Guillermo. 2016; 29(1): 11-17.

Landaeta-Jiménez, Maritza. La alimentación de los venezolanos, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015. 2016; 29(1): 18-30.

López de Blanco, Mercedes. Los Héroes Médicos del 36 y su visión del país. 2016; 29(1): 37-53.

**M**

Montilva, Mariela. Veáse Morales, Aduccio. 2016; 29(1): 4-10.

Morales, Aduccio. Hábitos alimentarios no saludables, actividad física y obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años. 2016; 29(1): 4-10.

Morón de Salim, Alba Rosa. Calcio en calostro y suero sanguíneo en mujeres lactantes.

Maternidad "Dr. José María Vargas" Valencia Estado Carabobo. 2016; 29(2): 61-67.

**R**

Ramírez, Guillermo. Patrones de compra de alimentos en Venezuela utilizando tablas de contingencias de tres vías. 2016; 29(1): 11-17.

Ramírez, Guillermo. Veáse Landaeta-Jiménez, Maritza. 2016; 29(1): 18-30.

**V**

Vásquez, Maura. Veáse Ramírez, Guillermo. 2016; 29(1): 11-17.

Vásquez, Maura. Veáse Landaeta-Jiménez, Maritza. 2016; 29(1): 18-30.

Velázquez, Gladys. Orden Gustavo H. Machado de la Sociedad Venezolana de puericultura y Pediatría. 2016; 29(2): 94-97.

ANALES VENEZOLANOS DE NUTRICIÓN  
Índice de descriptores

**A**

Adolescente 2016; 29(1): 4-10.  
Actividad física 2016; 29(1): 4-10.  
Agencias internacionales 2016; 29(1): 31-36.  
Agroecología 2016; 29(2): 81-87.  
Alimentación 2016; 29(1): 18-30.  
Alimentación 2016; 29(2): 88-93.  
Alimentación no saludable 2016; 29(1): 4-10.  
Aspectos psicológicos 2016; 29(2): 68-80.

**C**

Calcio 2016; 29(2): 61-67.  
Calostro 2016; 29(2): 61-67.  
Conflicto de interés 2016; 29(1): 31-36.  
Consumo responsable 2016; 29(2): 81-87.

**D**

Desnutrición 2016; 29(2): 68-80.  
Derechos 2016; 29(2): 88-93.  
Derecho a la alimentación 2016; 29(2): 88-93.

**E**

Encuesta condiciones de vida 2016; 29(1): 11-17.  
Encuesta nacional de condiciones de vida 2016; 29(1):  
18-30.  
Encuesta de alimentación 2016; 29(1): 18-30.  
Estudios científicos 2016; 29(1): 31-36.  
Exigibilidad 2016; 29(2): 88-93.

**F**

FAO 2016; 29(1): 31-36.

**H**

Hambre 2016; 29(1): 18-30.  
Héroes Médicos del 36 2016; 29(1): 37-53. 37

**I**

Industrias 2016; 29(1): 31-36.

**J**

Justiciabilidad 2016; 29(2): 88-93.

**L**

Lactancia materna 2016; 29(2): 61-67.

**M**

Mercados campesinos 2016; 29(2): 81-87.

**N**

Niños 2016; 29(2): 68-80.

**O**

Obesidad 2016; 29(1): 4-10.  
Orden Gustavo H. Machado 2016; 29(2): 94-97.

**P**

Plasma 2016; 29(2): 61-67.  
Patrones de compra de alimentos 2016; 29(1): 11-17.

**R**

Resiliencia 2016; 29(2): 68-80.

**S**

Soberanía alimentaria 2016; 29(2): 81-87.

**T**

Tablas de tres vías 2016; 29(1): 11-17.  
Transparencia en la información 2016; 29(1): 31-36.

**V**

Venezuela 2016; 29(1): 11-17.  
Venezuela 2016; 29(1): 18-30.  
Venezuela 2016; 29(1): 31-36.

**Anales Venezolanos de Nutrición**, publica artículos originales, revisiones, cartas al editor y comunicaciones breves relacionadas con biología humana, alimentación, nutrición y áreas afines, que contribuyan al avance de la investigación y difusión científica.

#### Envío del Trabajo

El autor debe enviar un original del artículo, con una carta de presentación firmada por todos los autores como constancia escrita que han contribuido en el diseño, ejecución, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y, en la revisión crítica del contenido del artículo original a ser publicado. Debe dejar constancia que el trabajo no ha sido publicado ni enviado a otra revista. También indicar el orden de los autores y el autor de correspondencia con su dirección y correo electrónico. Los autores cuando presentan el manuscrito, deben revelar todas las entidades financieras y las relaciones personales que puedan haber influido en el trabajo, es decir deben declarar explícitamente si existen o no conflicto de intereses.

La revista utiliza en forma preferencial el sistema electrónico, por lo tanto debe acompañar el envío de un CD, en "Word for Windows®", en cuya etiqueta se indique el nombre del autor principal.

La correspondencia se enviará a la Revista Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Bengoa. Urbanización Altamira, 8ª Transversal con 7ª Avenida. Quinta Pacairigua. Caracas. Venezuela. Código Postal 1010. Teléfono: 2637127- 2636918. También puede enviarse al correo electrónico [mlandetajimenez@gmail.com](mailto:mlandetajimenez@gmail.com)

#### Sistema de Arbitraje

Todos los artículos originales pasan por un proceso de arbitraje externo, realizado por tres árbitros con experticia en el tema específico. Las revisiones igualmente son evaluadas por especialistas. La decisión se tomará de acuerdo a la opinión de los árbitros aprobada por el Comité Editorial. La autoría del artículo y el arbitraje, son del dominio exclusivo del Comité Editorial. Los autores recibirán

la opinión de los árbitros con las recomendaciones por parte del Comité en cuanto a modificaciones de forma y redacción. Las respuestas deben enviarse en un lapso prudencial, con una carta donde el autor señale las modificaciones realizadas y argumente aquellas que no considera adecuadas.

#### Normas Editoriales

Todas las partes del manuscrito deben estar escritas a doble espacio. Cada sección comenzará en página nueva, todas numeradas, con la siguiente secuencia: página del título, nombre completo de los autores (sin títulos profesionales), dirección de la(s) institución(es) donde fue realizado, y señalar con números consecutivos la que corresponde a cada autor.

Los artículos originales deben guardar la siguiente estructura:

Título en español e inglés (corto, no más de 15 palabras, 75 caracteres), Titulillo en español Resumen y Palabras Clave en español e inglés), Introducción, Metodología, Resultados, Discusión, Agradecimientos, Referencias. Cuadros e Ilustraciones. Cada sección debe comenzar en hoja aparte, así como también los cuadros e Ilustraciones con sus respectivos pies o epígrafe.

*Resumen* debe establecer los objetivos del estudio, los procedimientos básicos (selección, métodos de observación y análisis) los hallazgos más importantes, proporcionar datos específicos y, significación estadística y las conclusiones principales sobre la base de los resultados del estudio. No debe contener referencias ni siglas que no estén identificadas. El límite máximo son 250 palabras y no debe ser estructurado. Al final del resumen deben estar 3 a 10 palabras clave, que incluyan descriptores en inglés, de la lista del "Medical Subject Headings (MeSH) y en español de la lista de "descriptores en Ciencias de la Salud" (DECS).

*Introducción* expresa el propósito del artículo, los antecedentes internacionales y nacionales, mediante referencias actualizadas. En el último

párrafo de la introducción debe aparecer en forma clara y precisa el objetivo del estudio.

*Metodología* describa claramente como se seleccionaron los sujetos que participaron en el estudio, edad, sexo y otras características importantes. En los manuscritos de revisión se incluirá una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar o extraer los datos.

Los estudios con humanos deben dejar constancia escrita de la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación, así como el consentimiento de los individuos que participaron y, evitar en todo momento que puedan ser identificados, tener especial cuidado con las fotografías. Cuando se trate de experimentos con animales, mencione si se cumplieron las normas de la institución acerca del cuidado y uso de animales en el laboratorio.

Describa los métodos estadísticos con detalle suficiente para que puedan verificarse los resultados. Defina los términos, las abreviaturas y los símbolos estadísticos. Cuando sea posible, cuantifique los resultados y preséntelos con indicadores apropiados de medición de error o incertidumbre (como intervalos de confianza).

*Resultados.* Presente los resultados en el texto, cuadros, ilustraciones y figuras en una secuencia lógica. No repita en el texto la información que contienen los cuadros y figuras, sólo destaque lo más importante. Utilice en esta sección el tiempo pretérito.

*Discusión.* Destaque los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de los resultados. Cuídese de no repetir la información ya presentada en las secciones anteriores. Relacione las observaciones con la de otros estudios internacionales y nacionales, incorporando en la discusión el análisis de las referencias bibliográficas actualizada relacionadas con el estudio. Establezca el nexo entre las conclusiones y los objetivos del estudio, y cierre la discusión con

estudio o con la propuesta de nuevas hipótesis, cuando estén justificadas.

Las Revisiones pueden ser solicitadas por el Editor preferentemente a especialistas sobre un tema de importancia científica en la actualidad, pero también se aceptan revisiones de autores, las cuales seguirán el proceso de arbitraje externo.

En la revista también se publican reportes cortos de hallazgos de interés para el ámbito de la revista, así como casos clínicos cuya ocurrencia sea un verdadero hallazgo.

Las cartas al editor, por lo general están referidos a comentarios de artículos recientes publicados en la revista y su extensión no debe ser mayor a dos páginas.

**Cuadros.** Cada cuadro debe escribirse a doble espacio, sin líneas verticales ni horizontales internas y en hoja aparte. Numérelos consecutivamente con números arábigos y asigne un título breve en minúscula. Cada columna llevará un encabezamiento corto o abreviado. En las notas al pie se explicarán todas las abreviaturas no usuales empleadas en el cuadro. Si incluye datos publicados o inéditos o de otra fuente, obtenga la autorización para reproducirlos y conceda el reconocimiento al autor. No incluya más de 5 cuadros, máximo de 5 columnas y 8 filas.

**Ilustraciones (Figuras)** Las figuras deben estar dibujadas en forma profesional (archivos electrónicos de las figuras en formato JPEG o GIF). Se numeran en forma consecutiva con números arábigos. Las fotografías deben ser en blanco y negro, con buen contraste, en papel satinado con las siguientes medidas 127x173 mm, sin exceder 203x 254 mm. Ubicar una por página, título breve y una leyenda que facilite la comprensión del contenido.

**Agradecimientos** Aparecen al final del texto, allí se incluyen las colaboraciones que deben ser reconocidos pero que no justifican la autoría, ayuda técnica, apoyo financiero y material y las relaciones que puedan suscitar conflicto de intereses.

**Referencias.** Las referencias bibliográficas dan el soporte científico al estudio realizado, por lo tanto deben ser recientes, preferiblemente de los últimos cinco años. Las referencias internacionales y nacionales constituyen antecedentes del estudio que se está publicando, de esta manera, también reconocemos la labor de los investigadores venezolanos que han aportado al tema en estudio. Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden como se mencionan por primera vez en el texto. Cite cuidadosamente en el texto, cuadros y figuras todas las referencias con un número entre paréntesis. Cuide que la escritura reproduzca fielmente el artículo original y vigile la escritura en inglés, para evitar cometer errores al transcribir la información.

Las referencias bibliográficas en Anales Venezolanos de Nutrición, siguen el estilo de las normas de Vancouver. (<http://www.icmje.org>). Abrevie los títulos de las revistas de acuerdo con el estilo del Index Medicus y consulte la lista de revistas indizadas en (<http://www.nlm.nih.gov>). No se aceptan como referencias resúmenes. Los artículos aceptados pero que todavía no se han publicado, se indican como “en prensa”, con la información de la revista donde fue aceptado.

Ejemplos de referencias:

**Artículos de revista**

Enumere los primeros seis autores y añada la expresión “et al”

1. Artículo de revista ordinario  
*Bremer AA, Byrd RS, Auinger P. Racial trends in sugar-sweetened beverage consumption among US adolescents: 1988-2004. Int J Adolesc Med Health 2011; 23(3):279-86.*

**Libros**

2. Individuos como autor:

*Casademunt J. Sobrepeso y obesidad infantil. Barcelona: Editorial Océano; 2005.*

3. Editores como autor:

*Alemán M, Bernabeu-Mestre JB, editores. Bioética y Nutrición. Alicante. Universidad de Alicante: Editorial Agua Clara; 2010.*

4. Capítulo de libro:

*López de Blanco M, Landaeta-Jiménez M. Los estudios de crecimiento y desarrollo físico en Venezuela. En: Fano V, Del Pino M, Cano S, compiladores.*

*Ensayo sobre crecimiento y desarrollo presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Buenos Aires: Paidós; 2011. p. 431-454.*

**Material electrónico**

5. Artículo de revista en Internet:

*Vázquez de la Torre MJ, Vázquez Castellanos JL, Crocker Sagastume R. Hipertensión arterial en niños escolares con sobrepeso y obesidad. Respyn [Serie en Internet] 2011 Jul-Sep [citada 5 nov 2011]; 12(3): [6 pantallas]. Se consigue en: URL: [http://www.respyn.uanl.mx/xii/3/articulos/Hipertension\\_arterial.htm](http://www.respyn.uanl.mx/xii/3/articulos/Hipertension_arterial.htm)*

Para otros ejemplos de formato de referencias bibliográficas, los autores deberían consultar la página web: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para cualquier otro tipo de información se sugiere consultar: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication Updated April 2010. <http://www.icmje.org>.

Antes de enviar el artículo, revise cuidadosamente las instrucciones a los autores y verifique si el artículo cumple con los requisitos editoriales de la revista Anales Venezolanos de Nutrición.