

Anales Venezolanos de Nutrición

2021. Vol. 34, N° 2



Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 34, N° 2, AÑO 2.021

CONTENIDO

Editorial		
Cumbre sobre los Sistemas Alimentarios		
Maritza Landaeta-Jiménez.....	63	
Artículos originales		
Condiciones higiénico sanitaria nutricional en comedores de Caracas, Venezuela		
Carolina Peñalver Dupont.....	64	
Envejecer en el complejo entorno venezolano		
Yaritza Sifontes, Mike Contreras, Marianella Herrera Cuenca.....	76	
Determinantes socio culturales de la salud en Venezuela. Un desafío en salud pública		
Josefa Orfila, Betty Méndez-Pérez.....	84	
Programas de protección nutricional de la Agenda Venezuela		
España Marco Papatterra.....	93	
La hallaca tradición y nutrición		
Maritza Landaeta-Jiménez	105	
Biografía		
Hernán Méndez Castellano: “el venezolano tiene más virtudes de las que cree”.	110	
Índice de autores	114	
Índice de descriptores	115	
Información para los autores	116	

Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 34, N° 2, Year 2.021

CONTENTS

Editorial		
Food systems summit		
Maritza Landaeta-Jiménez.....	63	
Hygienic-sanitary-nutritional conditions in canteens in Caracas, Venezuela.		
Carolina Peñalver Dupont.....	64	
Growing old in the complex Venezuelan environment		
Yaritza Sifontes, Mike Contreras, Marianella Herrera Cuenca.....	76	
Socio-cultural determinants of health in Venezuela. A public health challenges		
Josefa Orfila, Betty Méndez-Pérez.....	84	
Nutritional protection programs of the Venezuela Agenda		
España Marco Papatterra.....	93	
The hallaca tradition and nutrition		
Maritza Landaeta-Jiménez	105	
Biography		
Hernán Méndez Castellano: “Venezuelans have more virtues than they think.”	110	
Index of authors	114	
Index of descriptors	115	
Information for authors	116	

Editorial

Cumbre sobre los Sistemas Alimentarios

La desnutrición y la hambruna son el producto y las acciones de todos nosotros, es hora de actuar". "Hacer que los sistemas alimentarios sirvan para las personas, el planeta y la prosperidad", ha expresado en su intervención el secretario general de la ONU, António Gutiérrez.

La compleja situación del mundo se expresa en 811 millones de personas que no saben si comerán hoy y 3.000 millones, casi la mitad de toda la humanidad que no pueden pagar una dieta saludable. Situación agravada, por el incremento en el precio de los alimentos que afecta a los más pobres, mientras 17% de los alimentos producidos, 931 millones de toneladas cada año se desperdicia a nivel global. La situación de hambre se vio agravada, durante 2020 por la pandemia de la COVID-19. El incremento del hambre, la malnutrición en todas sus formas y la inseguridad alimentaria influye negativamente en la salud, la educación, el género y la economía.

El problema del hambre y la pobreza preocupa a los líderes mundiales y a las organizaciones de las Naciones Unidas que tomaron la iniciativa de convocar "La Cumbre sobre los Sistemas Alimentarios (SA), en septiembre de 2021, donde participaron 148 países. En la cumbre, se plantea que los sistemas de producción de alimentos sostenibles deben considerarse una solución fundamental para estos retos y deben incorporar a todas las personas, independiente del sexo, etnia, diferencias sociales, económicas y culturales.

Las vías de acción acordada son estrategias que invitan a los gobiernos a desarrollar en sus países: *1: garantizar el acceso a alimentos sanos y nutritivos para todos: fin al hambre, malnutrición, disminuir ENT y alimentación sana, 2: adoptar modalidades de consumo sostenibles, 3: impulsar la producción favorable a la naturaleza, 4: promover medios de vida equitativos, 5: crear resiliencia ante las vulnerabilidades, las conmociones y las tensiones.*

Surge la pregunta *¿es posible alimentar a una población mundial en crecimiento protegiendo además el planeta?.* Esta interrogante requiere de respuestas innovadoras, de un cambio de paradigma y de recursos financieros para alcanzarla.

Sin embargo, es esencial que los mecanismos nacionales y locales de toma de decisiones sobre SA mejoren y se amplie la incorporación de todas las personas y actores que lo impulsan: agricultores, trabajadores de la cadena alimentaria, de la pesca y, los gobiernos nacionales y locales. El fortalecimiento de los SA requiere del aporte de los investigadores, gremios y de la comunidad empresarial, desde las pequeñas y medianas empresas hasta las corporaciones multinacionales, ONGs y emprendedores, que se incorporen en la aplicación de prácticas y soluciones éticamente responsables e innovadoras para hacer que los SA sean más sostenibles, resistentes y equitativos.

Para lograrlo es crucial incrementar el financiamiento público y privado de los alimentos, incluida la ciencia y la investigación y dejar de considerar el valor de los alimentos como mucho más que una mera mercancía. Acercar los alimentos saludables a las personas con precios accesibles es una tarea pendiente. *¿Es posible que se profundice la brecha entre los países que pueden afrontar estos retos y los países más pobres, donde se concentran la mayoría de los hambrientos?.* Esta respuesta plantea el reto de hacer posible que se cumpla el derecho a la alimentación saludable para todas las personas.

La Cumbre sobre los SA inyectó una energía fundamental a la Agenda 2030 y todas las partes interesadas, especialmente los gobiernos, deben reafirmar ahora su compromiso para mantener la promesa de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

Maritza Landaeta-Jiménez
Editora

Condiciones higiénico sanitaria nutricional en comedores de Caracas, Venezuela.

Carolina Peñalver Dupont ¹.

Resumen: Introducción. Las condiciones higiénicas, sanitarias y nutricionales de comedores institucionales son claves para proteger la salud. **Objetivo.** El objetivo fue evaluar estas condiciones en comedores del Área Metropolitana de Caracas entre 2016-2017. **Materiales y métodos.** Mediante una investigación descriptiva, se seleccionaron intencionalmente siete comedores de cuatro municipios, para evaluar sus condiciones higiénico-sanitarias, riesgos potenciales en preparación de alimentos, menús, supervisión y gestión, asimismo educación para la salud. Se emplearon formularios de comparación nacional, Código Alimentario, HACCP y escala de estimación, con observación directa estructurada. **Resultados.** Los resultados incluyeron cinco comedores en la categoría I, uno en la II y uno en la III, reafirmando que el número de menús, la complejidad de platos y el gran número de comidas/usuarios representan mayores riesgos para la salud, con violaciones críticas permitidas. Se registró una eficiencia higiénico general media satisfactoria (88,02%). Las fallas, enumeradas en orden decreciente fueron: protección en almacenamientos, edificaciones e instalaciones, equipo y utensilios, personal, servicios sanitarios, disposiciones generales y saneamiento ambiental. No aplicaron HACCP; hay deficiencias en buenas prácticas de preparación y manipulación según los riesgos potenciales de elaboración de comidas: control de temperatura, uniformes, hábitos higiénicos, comidas testigos, acciones correctivas. Las temperaturas indicaron control higiénico de alimentos, con mayor riesgo en reposo y pasos de refrigeración; adecuado en cocción. El manejo del menú y la alimentación fue muy bueno, pero la educación para la salud clasificó de regular a malo. **Conclusiones.** Se concluye que aun en crisis los comedores poseen adecuada gestión, cumpliendo la legislación en cuanto a condiciones higiénicas sanitarias, parámetros y características nutricionales de la alimentación. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 64-75.*

Palabras clave: vigilancia higiénico-sanitaria, vigilancia nutricional, HACCP, higiene alimentaria, comedores institucionales, restauración colectiva.

Hygienic-sanitary-nutritional conditions in canteens in Caracas, Venezuela.

Abstract: Introduction. The hygienic, sanitary and nutritional conditions of institutional canteens are keys to protecting health. **Objective.** Evaluate these conditions in canteens in the Metropolitan Area of Caracas between 2016-2017. **Materials and methods.** Through a descriptive research, 7 canteens from four municipalities were intentionally selected to evaluate their hygienic-sanitary conditions, potential risks in food preparation, menus, supervision and management, as well as health education. National comparison forms, Food Code, HACCP and estimation scale were used, with structured direct observation. **Results.** The results included five dining rooms in category I, one in category II and one in category III., reaffirming that the number of menus, the complexity of dishes and the large number of meals/users represent greater health risks, with critical violations allowed. A satisfactory average overall hygienic efficiency (88.02%) was recorded. The failures, listed in decreasing order were: protection in storage, buildings and facilities, equipment and utensils, personnel, sanitary services, general provisions and environmental sanitation. They did not apply HACCP; there are deficiencies in good preparation and handling practices according to the potential risks of meal preparation: temperature control, uniforms, hygienic habits, witness meals, corrective actions. Temperatures indicated hygienic control of food, with increased risk at rest and refrigeration steps; suitable in cooking. Menu management and food was very good, but health education classified from regular too bad. **Conclusions.** It is concluded that even in crisis the canteens have adequate management, complying with the legislation in terms of sanitary hygienic conditions, parameters and nutritional characteristics of the food. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 64-75.*

Keywords: hygienic-sanitary surveillance, nutritional surveillance, HACCP, food hygiene, institutional canteens, collective restoration.

Introducción

La nutrición en la población tiene nueva dimensión en la restauración colectiva del estado nutricional, donde la higiene de los alimentos tiene prioridad en actividades

¹Profesor Asistente. Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. ²Nutricionista y Dietista. Servicio de Alimentación del Ejército. Ministerio del Poder Popular para la Defensa. Correspondencia: Carolina Peñalver, carolpd44@gmail.com

que promueven la salud pública, por lo que se requiere establecer acciones de vigilancia, tales como aplicar medidas preventivas según agentes etiológicos (1). Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en todo el mundo son causa importante de morbilidad (600 millones personas, 1 de cada 10 habitantes) y de mortalidad (420.000 adultos, 125.000 niños menores de 5 años), causando más de 200 enfermedades desde diarrea hasta cáncer, siendo un problema de salud pública, en especial las enfermedades entéricas agudas, que en el continente americano se ubican entre las primeras causas de muertes en menores de 5 años, con cuatro episodios diarreicos anuales por niños, por ingestión de alimentos mal procesados (1, 2).

La producción de comidas colectivas se ha relacionado con estadísticas altas de brotes de ETA, mayores en países en vía de desarrollo, con grupos de altos riesgos por condiciones de pobreza, donde los alimentos son peligros potenciales cuando no se siguen buenas prácticas de fabricación (manipulación) (1). La seguridad o inocuidad de los alimentos son prioritarias en la administración pública y privada, en las industrias de alimentos, en comedores y en el comercio internacional, lo que demanda conocer las exigencias o requisitos sanitarios y nutricionales (alimentos, instalaciones, equipos, utensilios, personal, procedimientos y medios), (3). Los comedores colectivos son empresas de producción de alimentos, que requieren cumplir todos los requisitos en materia de higiene alimentaria que aseguren la calidad de los productos que elaboran: inspección, toma sistemática de muestras y análisis, posibles riesgos potenciales, HACCP (4). Para el 2018 y 2019 el 38% de los comedores de Barcelona en España, han tenido alguna deficiencia en el procesado y la manipulación de alimentos, según datos de la Agencia de Salud Pública (5).

En países de Europa y América se han venido aplicando métodos de evaluación general y el sistema de Análisis de Riesgos y Puntos Crítico de Control (HACCP), para evaluar las condiciones higiénico-sanitarias con éxito, mejorándolas sustancialmente. Las características nutricionales de la alimentación en los establecimientos de preparación de comida y su gestión son muy importantes para garantizar el suministro de alimentos seguros e inocuos y nutritivos a la población atendida. Se conoce que los lugares de trabajo deben proveer la seguridad y salud de los trabajadores, así como las condiciones ambientales.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2015 (6) estableció algunas medidas prácticas como marco

propicio para brindar a los usuarios o comensales, una alimentación saludable, animando a los servicios de comedor y restauración transnacionales, nacionales y locales a mejorar la calidad nutricional de los alimentos que ofrecen, con el fin de que garanticen la disponibilidad y la accesibilidad de opciones saludables cuyo tamaño y precio de las raciones fue revisado. También que promuevan un entorno alimentario saludable, donde se incluyan sistemas alimentarios con una dieta diversificada, equilibrada y sana, donde participen distintos actores de los sectores público y privado.

En Venezuela el Instituto Nacional de Nutrición desde 1945 y 1953 tiene una red de comedores para garantizar la protección alimentaria y nutricional de la población, comprendiendo modalidades de alimentación: comedor popular abierto al público, comedores escolares, comedor industrial (clase trabajadora), servicios de viandas (comidas para llevar, orientando a hogares) y convenios con empresas privadas e instituciones públicas. Para el 2021 ante COVID-19 trabaja con 19 comedores nacionales (Anzoátegui, Bolívar, Cojedes, Carabobo, Trujillo, Guárico y Distrito Capital) y nueve restaurantes (7,8). Los comedores universitarios venezolanos al principio cafetín o fuente de soda iniciaron en 1944, para cubrir necesidades nutricionales de la población estudiantil, pero hoy con dificultades operativas por crisis nacional (9). En 2018 muchos comedores en el país cerraron y otros en el 2020 pararon por la pandemia.

Por otra parte, las crisis impulsan el consumo de alimentos más calóricos por instinto de supervivencia alimentario. Las noticias negativas, violentas, sin esperanza, activan el cerebro para buscar más calorías y poder resistir, además se presentan enfermedades con respuestas fisiopatológicas importantes, con estrés y disminución de las defensas del organismo. Esto se presenta en comunidades con baja sanidad e higiene, falta de educación y la carencia de una buena asistencia pública con inadecuada manipulación de alimentos (10). Existen pocos estudios venezolanos publicados relacionados con las condiciones higiénico-sanitarias y nutricionales, sistemas logísticos de comedores, cafetines u otros, pero desarrollados principalmente por universidades (11-15).

La situación económica y social venezolana entre 2016-2017, conllevó a que los trabajadores que tenían bajo presupuesto para la alimentación, disminuyeron su capacidad de compra, adicionalmente las instituciones y en particular los comedores, se vieron afectados en la

preparación de los menús a ser ofertados, por precios, poca disponibilidad y accesibilidad de alimentos, falta de materiales de limpieza, carencia de utensilios, daños en instalaciones por falta de mantenimiento, entre otros. Algunos se mantienen de donativos y contribuciones de familiares, vecinos, empresas e instituciones. Sin embargo, los comedores del Área Metropolitana de Caracas siguen representando una alternativa de alimentación y nutrición para las diferentes poblaciones que atienden.

Por esto surgió la necesidad de determinar ¿si cumplen con normas higiénico-sanitarias?, ¿en qué condiciones se encuentran estos establecimientos?, ¿cuál es la calidad de los alimentos que allí se sirven?, ¿las dietas cumplen con las condiciones mínimas necesarias para satisfacer los requerimientos de los comensales?. El objetivo fue evaluar la vigilancia higiénico-sanitaria y nutricional de la alimentación en siete comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas, que prestaron servicio durante el período comprendido entre noviembre 2016 a septiembre 2017.

Materiales y métodos

Es una investigación descriptiva, de campo con modalidad estudio de casos efectuada entre noviembre 2016 a septiembre 2017. La técnica es la observación directa participante, estructurada, mediante los instrumentos: lista de cotejo y escala de estimación. El universo constituido por 223 comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas para el 2016, distribuidos según Municipios, 82 establecimientos (industriales o institucionales tipo II: 80, comedores y cantinas escolares Tipo IV: 2) corresponde al Distrito Sanitario N° 7 (Estado Miranda), 141 de la Contraloría Sanitaria, Municipio Libertador (Distrito Capital), industriales e institucionales y escolares (Tipo II). Se visitó a la Contraloría Sanitaria y División de Inspecciones Sanitarias para la búsqueda de información sobre comedores, clasificación y tipos, registros y codificación, aunque no todos estaban registrados. La Región Capital tenía 20000 establecimientos de todos tipos. La muestra fue de siete comedores, seleccionados a conveniencia, pertenecientes a los cinco Municipios que conforman la población, Baruta (1), Hatillo (1), Sucre (1), Chacao (1), Libertador (3), justificando su elección por sus características similares, con disposición de participación, muchas variables, además cumplen los criterios de selección siendo representativo a la realidad. Se efectuó una operacionalización de variables (tipo

comedor, condiciones higiénico-sanitarias y riesgo, vigilancia nutricional). Para el tratamiento estadístico se aplicaron medidas estadísticas descriptivas, como porcentajes, promedios.

Criterios de selección de servicios de alimentación: ubicados en el Área Metropolitana de Caracas, mínimo 1 de cada Municipio: Baruta, Hatillo, Sucre, Chacao y Libertador. Entran en la clasificación según Food Code 1997 (16), que elaboren y distribuyan comidas a poblaciones de alto riesgo frente a posibles enfermedades, de todas las etapas de la vida y estado fisiológico, de mayor volumen de trabajo (escolar, universitario, geriátrico, hospital o clínica, empresarial, militar), privados y públicos. Los servicios de alimentación fueron: Distrito Capital. Municipio Libertador: 1-Servicio de Universidad pública, 2-Servicio en instalación militar A, 3- Servicio en instalación militar B. Estado Miranda. Municipio Chacao: 4-Clínica privada. Municipio Baruta: 5-Geriátrico privado. Municipio El Hatillo: 6-Unidad Educativa Nacional, 7- Municipio Sucre: Servicio de empresa privada.

Para la evaluación de las condiciones higiénico-sanitaria se consideró una lista de cotejo, mediante formato elaborado por el Ministerio del Poder Popular Para la Salud de Venezuela, que consta de 75 ítems (17); una evaluación basada en riesgo, la cual clasifica a los comedores según el *Food Code* 1997 en tres categorías, considerando menús, diversidad de platos elaborados y posible peligro potencial (16); unos formularios HACCP pre-elaborados con características generales del comedor para el autocontrol, Directrices para el diseño, implantación y mantenimiento de un sistema HACCP y prácticas correctas de higiene en el sector de comidas preparadas de Madrid 2011 (18); un formulario pre-elaborado para evaluar los riesgos potenciales con criterios de la gestión de las prácticas de seguridad de los alimentos FDA Food Code 1997 (16), 2009 (19), toma de temperatura según FAO (20) y FDA (19) con termómetro digital CE manual de -50°C a + 300°C y Normas Covenin 38:2002 (21), Normas de Buenas Prácticas de Fabricación, Almacenamiento y Transporte de Alimentos para Consumo Inmediato (SG-451-96), (22) y los procedimientos operacionales de limpieza y desinfección (SSO'Ps), (Manuales de limpieza y desinfección).

Para la evaluación nutricional se utilizó un formulario con escala de estimación de 29 ítems relacionados al manejo de menús institucionales, control nutricional de la alimentación suministrada, educación para la Salud

(nutricional y sanitaria), según bibliografía científica Armas 2006 (23) y Tejada 1990, 1992, 2002 (24-26), como los parámetros nutricionales establecidos por el INN, OMS/OPS, FAO (6, 27-30). Elaborado por el investigador que “solo considera la presencia o ausencia, consistiendo en una escala que busca medir cómo se manifiesta una situación o conducta” y validado por contenido.

Resultados

Se presenta la clasificación de los comedores institucionales estudiados según el Food Code 1997, 2009, como categoría, menús, platos y posibles peligros potenciales: a- Categorías I (2 o 3 menús máximo, no elaboran preparaciones con días de antelación):

Municipio Libertador el comedor de la Universidad Pública, comedor militar A y comedor militar B; Municipio Chacao el comedor clínica privada, Municipio El Hatillo el comedor Unidad Educativa Nacional, Municipio Sucre el comedor empresa privada. b- Categorías II (12 a 15 menús, preparaciones con 2 o 3 días de antelación máximo): Municipio Baruta el comedor geriátrico privado. c- Categorías III (variedad de menús complejos, preparaciones con días de antelación): Municipio Chacao el comedor clínica privada, Municipio Sucre el comedor empresa privada.

En el cuadro 1 se muestran los resultados de la evaluación general o tradicional (MPPS) de los comedores institucionales y la eficiencia higiénica.

Cuadro 1. Eficiencia higiénica de los comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas según evaluación general

Comedores Institucionales del Área Metropolitana de Caracas	Edificaciones e instalaciones (Ítems 18)	Saneamiento ambiental (Ítems 6)	Personal (Ítems 6)	Protección de alimentos depósitos (Ítems 12)	Equipo y utensilios (Ítems 9)	Servicios sanitarios para el público (Ítems 8)	Disposiciones generales (Ítems 16)	Eficiencia higiénica (% EH) (Ítems 75)
Universidad Pública	cumple:16 no cumple: 2	cumple:6 no cumple: 0	cumple:6 no cumple: 0	cumple:8 no cumple: 4	cumple:6 no cumple:3	cumple:7 no cumple: 1	cumple: 4 no cumple: 2	cumple:63 no cumple:12 % EH: 84,0% Satisfactorio
Geriátrico Privado	cumple:12 no cumple: 6	cumple:5 no cumple: 1	cumple: 3 no cumple: 3	cumple: 9 no cumple: 3	cumple: 6 no cumple:3	cumple: 6 no cumple: 2	cumple:13 no cumple: 3	cumple: 54 no cumple: 21 % EH: 72,0% Satisfactorio
Militar A	cumple:17 no cumple: 1	cumple: 5 no cumple: 1	cumple: 6 no cumple: 0	cumple: 12 no cumple: 0	cumple: 8 no cumple: 1	cumple: 7 no cumple: 1	cumple:16 no cumple: 0	cumple: 71 no cumple: 4 % EH: 94,7 % Satisfactorio
Clínica Privada	cumple:17 no cumple: 1	cumple: 6 no cumple: 0	cumple: 6 no cumple: 0	cumple: 9 no cumple: 3	cumple: 9 no cumple: 0	cumple: 8 no cumple: 0	cumple:16 no cumple: 0	cumple: 71 no cumple: 4 % EH: 94,7 % Satisfactorio
Unidad Educativa Nacional	cumple:16 no cumple: 2	cumple: 4 no cumple: 2	cumple: 4 no cumple: 2	cumple: 11 no cumple: 1	cumple: 5 no cumple: 4	cumple: 7 no cumple: 1	cumple:15 no cumple: 1	cumple: 62 no cumple:13 % EH: 82,7 % Satisfactorio
Militar B	cumple:16 no cumple: 2	cumple: 5 no cumple: 1	cumple: 5 no cumple: 1	cumple: 10 no cumple: 2	cumple: 9 no cumple: 0	cumple: 7 no cumple: 1	cumple:16 no cumple: 0	cumple: 68 no cumple:7 % EH: 90,7 % Satisfactorio
Empresa Privada	cumple:18 no cumple: 0	cumple: 6 no cumple: 0	cumple: 6 no cumple: 0	cumple: 10 no cumple: 2	cumple: 9 no cumple: 0	cumple: 8 no cumple: 0	cumple: 16 no cumple: 0	cumple: 73 no cumple:2 % EH: 97,3 % Satisfactorio
Promedio	cumple: 112 no cumple: 14	cumple: 37 no cumple: 5	cumple: 36 no cumple:6	cumple: 69 no cumple: 15	cumple: 52 no cumple: 11	cumple: 50 no cumple: 6	cumple: 106 no cumple: 6	% EH: 88,02 % Satisfactorio

El cuadro 2 resume la información general de los comedores institucionales estudiados sobre el autocontrol HACCP.

Se presentan los aspectos incorrectos observados en los comedores, sobre las buenas prácticas de elaboración y manipulación de alimentos según el plan de autocontrol de HACCP, generando riesgos de contaminación en los alimentos y que instan a su corrección rápida en cuanto a:

- a- Manipuladores: vestimenta, uso de joyas y pinturas en las uñas.
- b- Transporte y recepción: control de temperaturas de alimentos (almacenamiento).
- c- Almacenamiento en frigorífico o a temperatura no regulada: ventilación del almacén, alimentos que requieren frío fuera de las cámaras, escarcha y agua de condensación en los productos,

- d- Elaboración y manipulación: toallas de un solo uso, jabón líquido en lavamanos, temperaturas de recalentamiento, temperaturas en mesa caliente, temperaturas en reposo, enfriamiento rápido, descongelación de alimentos, limpieza y desinfección de frutas, reserva y conservación de comida testigo.
- e- Correcciones: acciones correctivas.

En el cuadro 3 se observan las violaciones críticas en la evaluación de riesgos potenciales según el HACCP en los comedores estudiados, donde se considera que ciertas deficiencias o incumplimientos de la norma pueden causar un peligro inminente para la salud del consumidor y que requieren de una inmediata acción para su corrección, las cuales varían de acuerdo con las categorías de los establecimientos (I, II, III).

Cuadro 2. Información sobre los planes aplicados en los comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas para HACCP

Información general

Información básica: 3 privados y 4 públicos.

Tipo expendio de alimentos: restauración social y comercial, con cocinas propias y comedores.

Población destino: 4 comedores atienden a población general (adultos), 2 comedores a población en riesgo (niños y tercera edad) y 1 que atiende tanto población general (adultos sanos) como población de riesgo (pacientes) y visitantes para restaurantes, cafetín y barra.

Actividades: no aplican HACCP, cumplen requisitos básicos y prerrequisitos.

Trabajadores: tienen entre 10 a 110.

Comidas: comedor instalación militar B (4.000 comensales), Universidad pública (3.500), comedor instalación militar A (1.300), empresa privada (1000), Unidad Educativa Nacional (434), clínica privada (200) y geriátrico privado (32).

Uso: elaboran comidas que son consumidas en el mismo establecimiento y de forma inmediata.

Plan de limpieza y desinfección: diario y profundo realizado por el mismo personal, con limpieza física y manual, excepto Universidad pública y empresa privada que es mecánica. El control es visual y escrito, no realizan controles microbiológicos.

Plan de mantenimiento de locales, instalaciones, equipos y útiles: efectuada por el propio establecimiento. La empresa privada tiene un concesionario para esta actividad. El equipamiento es viejo o dañado excepto la empresa y la clínica privada con mejor tecnología. Realizan controles preventivos y correctivos.

Plan de control de plagas: realizado diario y mensual por el personal propio o privado, control en forma visual, uso de métodos físicos y químicos. Realizan limpieza constante y fumigación trimestral, en forma preventiva o correctiva.

Plan de abastecimiento de agua: por Hidrocapital con algunas interrupciones (botellones, cisternas), poseen tanques de agua de buena capacidad, le hacen limpieza trimestral o semestral, no hacen análisis laboratorio, excepto la empresa que tiene planta tratamiento.

Plan de buenas prácticas de elaboración y manipulación: desarrollado por el establecimiento y empresa especializada (supervisión, cartelera informativa, memos, cursos, letreros, normas, otros). Al personal se le notifica las correcciones escritas y verbales. No hacen controles de temperaturas solo en el almacenamiento, pero la empresa y la clínica privada tienen equipamientos con medición de temperaturas en líneas de procesamiento. Algunos comedores usan el aceite de la freidora por más tiempo por necesidad del momento. La mayoría de los comedores no limpian las frutas. La empresa usa tablas de picar de varios colores para los diferentes tipos de alimentos. Buen almacenamiento con identificación. Tipo de servicio 2 son en mesa, 2 autoservicios y 3 con ambos.

Documentación y registro: tienen registro y documentación. Algunos hacen auditoría 1 o 2 veces al año.

Cuadro 3. Violaciones Críticas en la Evaluación de Riesgos Potenciales según el HACCP en los Comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas

Comedores Institucionales del Área Metropolitana de Caracas	Nº de violaciones críticas permitidas en el HACCP, por categorías*. (14 aspectos evaluados)	Nº de violaciones críticas permitidas en el HACCP por categorías*. (36 aspectos evaluados)	Nº de violaciones críticas según riesgo potenciales HAACP por categorías* (36 aspectos evaluados)
Comedor Universidad Pública	2	5	3
Comedor Geriátrico Privado	3	8	14
Comedor Militar A	2	5	6
Comedor Clínica Privada	2 (categoría I) y 4 (categoría III)	5 (categoría I) y 10 (categoría III)	6
Comedor Unidad Educativa Nacional	2	5	7
Comedor Militar B	2	5	10
Comedor Empresa Privada	2	5	0

*Food Code 1997, Martínez y Gil 1999.

En el cuadro 4 se identificaron los pasos operacionales de la preparación de platos del menú como su manipulación, según temperaturas, fases o puntos críticos con debilidad, de acuerdo al sistema de auto control basado en los principios del HACCP, durante su control y vigilancia.

La evaluación nutricional tuvo un total de 29 criterios evaluados según categorías en cada comedor, 10 perteneció al manejo del menú institucional, 15 al control nutricional de la alimentación y 4 a la educación para la salud (Cuadro 5), además de los parámetros y características nutricionales, en la vigilancia constante

Cuadro 4. Procesos operacionales críticos de platos preparados en los comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas para HACCP

Resultados del control de temperaturas de los platos preparados	
<p>Se tomó en cuenta: menús (alimentación normal o terapéutica), platos y alimentos (frescos o industrializados), temperatura (° C) de tratamientos en frío o caliente. Se tomaron las temperaturas de los alimentos en toda la cadena alimentaria desde la recepción, almacenamiento, preparación, reposo, distribución, servicio para categorizar la mayoría de los alimentos que se producen en un servicio de alimentación, en uno de tres procesos de preparación basados en la cantidad de veces que los alimentos pasan por la zona de amenaza de temperatura, entre los 5 °C (41 °F) y los 57,2 °C (135 °F) FDA 2009.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Los reposos de algunos alimentos crudos o cocidos en la recepción, almacenamiento o preparación obtuvieron temperaturas dentro del rango 5 °C (41 °F) y los 57,2 °C (135 °F), con posibilidad de causar un peligro inminente para la salud del consumidor en los comedores, siendo puntos críticos de control como lo refiere la literatura. 2- Los alimentos elaborados en los comedores estudiados cruzan la zona de amenaza sólo una vez, sirviéndose el mismo día. Proceso N° 2: restauración social como infantil, universitaria, casa de reposo tercera edad, militar, clínica, empresa. 3- En el caso de la clínica privada y en la empresa privada no solo presenta el caso anterior (Proceso N° 2), sino que también cruzan más de una vez debido a sus preparaciones complejas en la restauración comercial Proceso N° 3 (restaurantes y barra), pero también se puede dar el caso en los alimentos que se producen por medio del proceso No. 1, con preparaciones sin cocción, entrando a la zona de amenaza, no la cruzan completamente como lo indica la FDA, 2009.
<p>Altas temperaturas: cocción a fuego lento, hervido, horneado, a baño de maría, fritura (transferencia de calor por convección: por medio de fluido). Cocción a la plancha, a la parrilla (transferencia de calor por conducción: contacto directo por fuente de calor). Bajas temperaturas: refrigeración y congelación (por conducción).</p>	

Cuadro 5. Evaluación nutricional de los comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas

Comedores Institucionales	Manejo de los menús institucionales (10 ítems)	Control nutricional de la alimentación suministrada (15 ítems)	Educación para Salud (nutricional, sanitaria) (4 ítems)	Total (29 ítems = 100%)
Universidad Pública	MB= 10, B= 0, R= 0, M= 0	MB= 9, B= 4, R= 2, M= 0	MB= 2, B= 0, R= 2, M= 0	MB= 21, B= 4, R= 4, M= 0
Geriátrico Privado	MB= 3, B= 1, R= 4, M= 2	MB= 3, B= 3, R= 4, M= 5	MB= 0, B= 0, R= 1, M= 3	MB= 6, B= 4, R= 9, M= 10
Militar A	MB= 7, B= 1, R= 2, M= 0	MB= 11, B= 1, R= 1, M= 2	MB= 2, B= 1, R= 1, M= 0	MB= 20, B= 3, R= 4, M= 2
Clínica Privada	MB= 7, B= 2, R= 1, M= 0	MB= 12, B= 1, R= 1, M= 1	MB= 1, B= 2, R= 0, M= 1	MB= 20, B= 5, R= 2, M= 2
Unidad Educativa Nacional	MB= 3, B= 3, R= 3, M= 1	MB= 6, B= 1, R= 4, M= 4	MB= 0, B= 2, R= 2, M= 0	MB= 9, B= 6, R= 9, M= 5
Militar B	MB= 0, B= 3, R= 4, M= 3	MB= 4, B= 6, R= 1, M= 4	MB= 0, B= 0, R= 1, M= 3	MB= 4, B= 9, R= 6, M= 10
Empresa Privada	MB= 8, B= 0, R= 2, M= 0	MB= 12, B= 1, R= 4, M= 0	MB= 1, B= 2, R= 0, M= 1	MB= 21, B= 3, R= 6, M= 1
Promedio	MB= 38, B= 10, R= 16, M= 6	MB= 57, B= 17, R= 17, M= 16	MB= 6, B= 7, R= 7, M= 8	MB= 101, B= 34, R= 40, M= 30

MB: muy bueno, B: bueno, R: regular, M: malo, EN: efectividad nutricional (100%)

de la seguridad alimentaria, calidad nutricional y calidad de servicio.

En la evaluación de los parámetros y características nutricionales de la alimentación de los comedores institucionales del Área Metropolitana de Caracas se observó que los comedores tenían servicio de nutrición casi todos, con recetas estandarizadas y uso adecuado de raciones (pequeña, mediana, grande) según tipo de menú institucional (libro u otro), adecuando la alimentación: según disponibilidad y acceso de alimentos, sustitución y cambios de alimentos/platos, pedidos y precios en el mercado, requerimientos de kilocalorías y nutrientes según comensales/usuarios, con asesorías, algunos con certificado nutricional y permiso sanitario, además de cursos de manipulación de alimentos.

Poseen objetivos, metas, visión y cumplen políticas, planes y programas de la institución. Las cocinas tenían las áreas adecuadas algunas con baja capacidad (oficina, recepción, almacenamiento, pre preparación, preparación, distribución y consumo, lavado de vajilla-equipos-alimentos-materiales de limpieza, basura), pero en algunos comedores con fallas en recursos necesarios (económicos, personal, equipos y utensilios, alimentos). Tenían personal clasificado por turnos con controles, evaluados en su trabajo y salud, con algunos beneficios. Estaban atendidos por profesionales de nutrición y dietética directa o indirectamente, siendo operativas con registros, además evaluaban la calidad de la dieta, costo cubierto, análisis organoléptico/nutricional, otros. Los alimentos eran entregados apropiadamente de buena

calidad (crudo y cocidos), pocos desincorporados. La confección y presentación de alimentos fue correcta insistiendo en la salubridad. Efectuaron controles generales en la cadena alimentaria. Atendían problemas y limitaciones. Aplicaban algunas nuevas tecnologías, innovación y actualizaciones. Prestaban buena atención al comensal/cliente, otros.

Algunas debilidades identificadas fueron: falta de análisis de muestras de alimentos y aguas en laboratorio para su control (físico, químico, microbiológico, otros), además de instalaciones, equipamiento y personal. No todos poseían manuales generales y de procedimientos, ni protocolos de crisis, además inventarios, registros y estadísticas, notificaciones, encuestas a los comensales/usuario, informes técnicos, material educativo e informativo nutricional, cursos y charlas al personal y al comensal/usuario, participaciones en eventos científicos, entre otros.

Los comedores trataron de cumplir pautas, guías, normas nutricionales establecidas por organismos internacionales (ONU/FAO/OMS/OPS) y nacionales (INN), además de sus Fórmulas Dietéticas Institucionales, la ley de la alimentación y una adecuada sustitución, pero todos estos estaban afectados por la situación del momento.

La vigilancia, supervisión y gestión de estos comedores mediante el método de vigilancia continuada fue adecuada, según los aspectos explicados en el curso sobre nutrición y elaboración de dietas en comedores escolares

descrita por Armas 2006 y Tejada con dificultades por la situación del momento. Se evidencia que logran la protección de la salud de la población atendida, como indica las actualizaciones sobre alimentación en comedores de OMS 2015, INN, FAO.

La gerencia realizaba un gran esfuerzo para cumplir los aspectos técnicos establecidos, sin embargo se aclara que el Estado, los dueños y los ciudadanos son responsables de su funcionamiento, además de la seguridad en todas las actividades que se realice en estos comedores.

Discusión

Se observó que de acuerdo a la cantidad y tipos de menús que ofrecen los comedores los riesgos sanitarios varían; mientras más cantidad de platos y más complejidad en su elaboración, con mayor cantidad de comensales o usuarios a atender, más riesgos sanitarios tendrán según clasificación Food Code (16, 19), diferenciándose según categorías en cuanto a sus riesgos, por lo tanto, los comedores de la categoría III de la clínica privada y de la empresa privada, como también de la categoría II del geriátrico privado tuvieron más riesgos sanitarios.

La eficiencia higiénica (EH) de los comedores, fue satisfactoria con un 88,02% (MPPS y legislación), donde el menor porcentaje lo obtuvo el comedor geriátrico privado (72,0%), seguido del comedor de la unidad educativa nacional (80,7%), de la universidad pública (84,0%) y de la instalación militar B (90,7%). Los comedores de la instalación militar A y de la clínica privada ambos con EH = 94,7% y de la empresa privada (EH=97,33%) obtuvieron los mejores resultados con la metodología general o tradicional. Se observaron fallas en los aspectos sanitarios siendo en orden decreciente: protección de alimentos en almacenamientos, edificaciones e instalaciones, equipo y utensilios, personal, servicios sanitarios, disposiciones generales y saneamiento ambiental.

La mayoría de los comedores evaluados superaron las violaciones críticas permitidas en el HACCP según clasificación Food Code 1997 (16,19) y comparado con resultados de Martínez y Gil 1999 (31), principalmente el comedor geriátrico privado, con más riesgos potenciales en la gestión de las prácticas de seguridad de alimentos, caso contrario el comedor de la empresa privada y de la Universidad pública. El HACCP es sistemático, por fases y más rápido para las respuestas y

correcciones, mientras el método tradicional será usado para planificaciones a largo plazo (31,32).

Estos comedores poseen información general necesaria adecuada, con algunos aspectos incorrectos en el cumplimiento de las buenas prácticas de elaboración y manipulación de alimentos para el autocontrol de HACCP, significando riesgos potenciales, debiendo mejorar en: vestimenta (uso de joyas y pinturas en las uñas), transporte y recepción (control de temperaturas de alimentos en almacenamiento y cocción), almacenamiento en frigorífico o a temperatura no regulada (ventilación del almacén, alimentos que requieren frío fuera de las cámaras, escarcha y agua de condensación en los productos, extracción de humo), elaboración y manipulación (toallas de un solo uso, jabón líquido en lavamanos, temperaturas de recalentamiento, temperaturas en mesa caliente, enfriamiento rápido, descongelación de alimentos, limpieza y desinfección de frutas, reserva y conservación de comida testigo), además las correcciones de fallas. Estos resultados concuerdan con algunos de los hallazgos de Paz et al, 2016 (33).

El listado de platos y alimentos preparados según menús en los comedores en los cuales se midió las temperaturas, comprobó que las operaciones de control y vigilancia se realizaron correctamente con el chequeo de las actividades en el comedor, sin embargo hay debilidades en los reposos de algunos alimentos crudos o cocidos en la recepción, almacenamiento o preparación que obtuvieron temperaturas dentro del rango 5°C (41°F) y los 57,2°C (135°F) según FAO 2008 (20) y FDA 2009 (19), causando un peligro inminente para la salud del consumidor (puntos críticos de control). Se pudo determinar que según categoría de comedor y procesos de preparación, el control de tiempo y temperatura es fundamental para prevenir la proliferación microbiana logrando la inocuidad, la calidad final del producto y del servicio.

Los comedores de la clínica privada y de la empresa privada presentaron mayor amenaza en el cruce de la temperatura de riesgo, según los procesos No. 1, 2, 3 debido a preparaciones complejas y algunas con antelación, variedad de menús, tipos de restauración (social y comercial-restaurante-barras), el resto de los comedores correspondieron al proceso No. 2 (social) según FAO 2008 (20) y FDA 2009 (19). Se conoce que los procesos de manipulación de alimentos deben ser controlados, para asegurar la inocuidad del alimento producido mediante: reducción al mínimo de la

contaminación vigilando el paso del alimento a través del proceso, prevención del crecimiento de bacterias, examinando el almacenamiento o mantenimiento y destrucción de microorganismos patógenos mediante el monitoreo del proceso de cocinado (34).

Los puntos críticos de control en su vigilancia dependen del alimento que se prepare, del equipo disponible y de los hábitos culturales de los cocineros (cocción, recepción, refrigeración, recalentamiento, prácticas incorrectas de almacenamiento) algunos facilitan la proliferación de microorganismo. Los tratamientos térmicos se monitorean de diferentes maneras, en plantas se utilizan termómetros indicadores y de registros. La vigilancia debe detectar cualquier desviación de los criterios establecidos, basados en observaciones o mediciones físicas o químicas, siendo importante obtener resultados rápidos para ajustar el proceso si es necesario (35).

Los comedores cumplieron muchos aspectos de prerrequisitos de HACCP (BPFAACI-SG-51-96), (22), Normas COVENIN 3802:2002 (21), SSO'Ps y Martínez y Gil 1999 (31), aunque el comedor geriátrico privado con más esfuerzo por baja EH. Existieron algunas debilidades en la aplicación de las directrices y prácticas correctas de higiene de HACCP de Madrid 2011 (18), también en la gestión de las prácticas de seguridad de los alimentos, FDA (16, 19). Esto concuerda con estudio de Fernández et al 2018 (36) sobre algunas debilidades de aspectos sanitarios, con escasa formación de las BPM de manipuladores, deficiencias en las regulaciones de los servicios y recomendaciones de las cinco claves al día.

La evaluación nutricional de los comedores indicó que es muy buena (promedio de 101 criterios cumplidos) a regular (promedio de 40 criterios cumplidos), a pesar de la situación de crisis del país, caracterizada por la dificultad de disponer de alimentos para satisfacer los requerimientos de la preparación de los menús, debido a la escasez de los alimentos, materiales, equipos, utensilios y personal, con elevados precios, obstáculos en los procedimientos, pocos recursos económicos, daño de materiales y equipos, problemas gerenciales, entre otros. Esta evaluación coincide con el estudio de Aranceta et al 2008 (37) en cuanto a intervención de comedores (menú, raciones de alimentos, aporte nutricional, servicio, normativas, entorno físico, educación, otros).

El manejo del menú institucional establecido fue muy bueno (promedio de 38 criterios cumplidos). En cuanto

al control nutricional de la alimentación suministrada fue muy bueno (promedio de 57 criterios cumplidos) con dificultades por la coyuntura de crisis del momento. Sólo la educación para la salud resultó ser de regular (promedio de siete criterios cumplidos) a mala (promedio de ocho criterios cumplidos) y , debería ser reforzada tanto para el personal como para población atendida. La educación y capacitación es importante para la protección de la salud, mantener prácticas, conductas y estilos de vida saludables indicados en evidencias científicas (32, 38). Se demostró que hay una buena gestión en los comedores, destacando principalmente la de empresa privada y de la clínica privada.

La ubicación de los centros, la gestión del comedor y la disponibilidad de cocina pueden condicionar el desarrollo de la compra de proximidad en escuelas, además el apoyo institucional puede mejorar la alimentación escolar con menor costo económico y ambiental(39). Hoy se promueve sistemas alimentarios más sostenibles y saludables en las guías alimentarias, compras de alimentos de proximidad, producción y comercialización de alimentos de forma ecológica (40).

Se evidencia el cumplimiento de parámetros y características nutricionales de la alimentación suministrada pero afectada por la crisis. El personal de la mayoría de los comedores informó que el aporte nutricional de los menús era de 2.300 Kilocalorías. Las compras y precios de los alimentos variaron, por adquisición directa de la materia prima, con precios sujetos a cambios por inflación, ofreciendo platos apropiados para el control de presupuestos, con adecuadas raciones de alimentos servidos en las bandejas o en equipo de distribución acorde a la población atendida. Otros estudios contrarrestan estos resultados en algunos aspectos como menú y alimentos saludables con cantidad de raciones no ideal sin cubrir las kilocalorías, regulares procedimientos, coincidiendo con higiene e infraestructura no adecuada, poca capacitación del personal (41, 11-15).

Para el 2020 y 2021 los comedores instan a cumplir controles más rigurosos sanitarios, nutricionales y legales, para su mejor gestión y la calidad final del producto (inocuo, sano, nutritivo) como del servicio, sin olvidar la educación y capacitación (42). Gill 2020 recomienda evaluar el manejo de las familias ante los síntomas COVID-19 en el hogar, el nivel de confianza, la bioseguridad y el tipo de oferta de alimentación en la escuela y el hogar (43). Otros estudios sobre comedores escolares en COVID-19, presentaron metodología y guía con recomendaciones sobre

módulos alimentarios, viandas y refrigerios, higiene y manipulación, dimensiones de seguridad alimentaria y nutricional (44). La crisis humanitaria compleja del país (2021) como la crisis sanitaria mundial ante la llegada de la COVID-19, provocó la actualización de protocolos sanitarios, nutricionales y legales, ajustes en la cadena alimentaria, nuevos conocimientos técnicos, incorporación de nuevas tecnologías, nuevas formas de atención a comensales o usuarios e intervención nutricional en los comedores disminuyendo riesgos, con la protección y promoción de la salud de las personas, además de mantener prácticas, conductas y estilos de vida saludables.

La vigilancia higiénica sanitaria de los comedores evaluados por los diferentes métodos, reflejó que según la inspección general o tradicional fue satisfactoria aun en crisis, contribuyendo a la preparación de alimentos seguros para su consumo por los comensales o usuarios, pero en el caso de HACCP permitió verificar que las operaciones de control y vigilancia en forma general fueron correctas, con violaciones críticas en gestión de prácticas de seguridad en comedores sociales tipo I y II, con algunas debilidades en las prácticas de elaboración y manipulación causando más riesgos potenciales que pudieran producir un peligro para la salud del consumidor, recomendando corregir rápidamente.

La vigilancia nutricional y la gestión de comedores fueron adecuadas, con el cumplimiento de parámetros, características nutricionales y legislación de organismos nacionales e internacionales, contribuyendo a la protección de la salud de la población atendida, suministrando una alimentación inocua y nutritiva (crisis), pero insistiendo en mantener prácticas, conductas y estilos de vida saludables.

Agradecimientos

A las instituciones, autoridades y expertos involucrados que apoyaron para el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. Agostini A, Arango J, Yaafar M, López C, Fishmann H, Martínez L. Aplicación del Sistema HACCP en Comedores Comunitarios. Buenos Aires: Rev. Alimentaria. 1998:55-62.
2. OMS. Inocuidad de los Alimentos. [Internet], Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>.
3. Moreno B, Otero A, García M. Reflexiones sobre los Procedimientos y los Medios Utilizados para Garantizar la Seguridad o Inocuidad de los Alimentos. Badajoz: Rev. Alimentaria. 1999:19-24.
4. Ruiz de Lope Y, Antón C. Preparación higiénica de los Alimentos. México: Editorial Trillas; 2003. p. 93-113.
5. SAIA. Seguridad alimentaria en restauración colectiva SAIA. Empresa Seguridad Alimentaria en Industria Agroalimentaria, Disponible en: <https://saia.es/tag/seguridad-alimentaria-en-restarac...>
6. OMS. Departamento de Nutrición. Nota descriptiva N° 394. 2015 sept. Disponible en: www.who.int/nutrition/about_us/es/Alimentación sana.
7. Instituto Nacional de Nutrición. INN garantiza bienestar social a la población vulnerable a través de comedores populares. Venezolana de Televisión. Caracas 29 abril 2021, Disponible en: www.viv.gob.ve
8. Bengoa J. La sanidad y la nutrición en Venezuela a mediados del siglo XX. Efemérides y recuerdos, Caracas: An Venez Nutr. 2004;17(1):42-45. Disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798...
9. Méndez N. Derecho a la alimentación y educación de los estudiantes universitarios venezolanos. Comedor universitario hoy impacto ante la crisis. Programas venezolano de educación acción derechos humanos. PROVEA. Caracas, 2019. p. 5- 46. [Internet], Disponible en: <https://provea.org/los-comedores-universitarios-en-crisis-afectando-a-importante-numero-de-estudiantes/>
10. Aguirre P. Ricos F, Gordos Pobres. La alimentación en Crisis. 3°ed. Argentina: Colección Claves del Siglo XXI Capital Intelectual. 2010:46, 47. Disponible en: <http://www.gisa-unr.com/pdf/aguirre-ricosflacos-gordos-pobres-claves.pdf>
11. Gutiérrez, ME. Inspección y evaluación sanitaria del comedor universitario. Informe Técnico. Caracas: U.C.V. Facultad de Medicina. Escuela de Nutrición y Dietética, 1992. (Mimeografiado).
12. Zambrano Y. Condiciones sanitarias de los expendios de alimentos y comidas en la ciudad universitaria. (Trabajo de ascenso a profesor asistente). Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Nutrición y Dietética. Caracas; 1991.
13. Bauce G. Esquema de un sistema logístico para el servicio de alimentación, del comedor universitario de la Universidad Central de Venezuela. (Tesis Magister en Gerencia Logística). IUPFAN. Caracas, 1991.
14. Escalona Y. Situación actual de los cafetines y restaurantes de la ciudad universitaria. (Trabajo de ascenso a profesor asistente). Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Nutrición y Dietética. Caracas; 1997.
15. Rojas L, Berrios M, Díaz C, Gil G. Adecuación nutricional y calidad higiénico-sanitaria de los

- alimentos en los servicios de alimentación de la Universidad de los Andes, Núcleo Mérida. Venezuela. Resultados preliminares. p. 1-9. Disponible en: saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/44897/articulo_1.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
16. FDA. Food Code. U.S. Food & Drug Administration. Washington D.C., 1997. Disponible en: <https://www.fda.gov/food/fda-food-code/food-code-1997>.
 17. MPPS. Formato de inspección para consumo inmediato pre-elaborado del Ministerio de Salud y Asistencia Social, Sistema Unificado de Salud del Distrito Federal, Servicio de Higiene de los Alimentos. Caracas, 1991.
 18. Comisión del programa de implantación de sistemas de autocontrol en la Comunidad de Madrid. Directrices para el diseño, implantación y mantenimiento de un sistema APPCC y unas prácticas correctas de higiene en el sector de comidas preparadas. Documentos Técnicos de Higiene y Seguridad Alimentaria nº 3. Madrid: Salud Madrid. 2011:1-248. Disponible en: [Directrices_APPCC_ECP_CM_Publ_Final07-03011\[1\].doc, www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid](http://Directrices_APPCC_ECP_CM_Publ_Final07-03011[1].doc, www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid).
 19. FDA. Gestión de las prácticas de seguridad de los alimentos: El logro del control administrativo activo de los factores de riesgo de las enfermedades o transmitidas por los alimentos. Anexo 4. Microsoft Word - Entire 2009 Food Code. Washington: 2009, sept 11:610-656. Disponible en: www.fda.gov/downloads/Food/GuidanceRegulation/UCM283615.pdf
 20. Organización Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Manual de Inspección de Alimentos Basada en el Riesgo. Estudio FAO Alimentación y Nutrición 89. 1-55N1014-2916. Servicio de Calidad de los Alimentos y Normas Alimentarias. Dirección de Nutrición y Protección del Consumidor. Roma: FAO, 2008. Disponible en: food-quality@fao.org. Sitio web: www.fao.org/ag/agn/agns/, 2008.
 21. FONDONORMA. Norma COVENIN 3802-2002. Directrices generales para la aplicación del sistema HACCP en el sector alimentario. Comité técnico de normalización, CT10 productos alimenticios. Caracas; 2002.
 22. Normas de Buenas Prácticas, Fabricación, Almacenamiento y Transporte de Alimentos para el Consumo Humano. Gaceta Oficial. No. 36.081, 7 noviembre 1996.
 23. Armas A. Curso de nutrición y elaboración de menús para comedores escolares. Universidad Casa Rural Toledo. [© Alberto Armas, 2006][© UFCRT, 2006].
 24. Tejada D. Administración de Sistemas de Servicio de Alimentación. Calidad, nutrición, productividad y beneficios. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1992. p. 77-841.
 25. Tejada D. Planificación de locales y equipos en los servicios de alimentación. Como aumentar la calidad y producción. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1990. p. 23, 45, 135, 154, 210.
 26. Tejada D. Tipos de Servicios de Alimentación. Administración de Servicios de Alimentación. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
 27. Majem L, Mataix J Aranceta J. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Editorial Masson Elsevier. 2da. Edición. Barcelona. 2006. p. 666-675.
 28. Ziegler E y Filer L. Conocimientos actuales sobre nutrición. International Life Sciences Institute. ILSI. OPS/OMS. Washington. 8 va. Edición. Publicación científica No. 565. 1998. p.674-691.. Disponible en: <https://iris.paho.org>
 29. De la Cruz E, Rojas A. Perspectivas socioeducativas de la alimentación y nutrición en Venezuela. Memorias de la Jornadas Interdisciplinarias en Educación Alimentaria y Nutricional 2007-2009-2012. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Centro de Investigaciones Juan Manuel Cajigal. Primera Edición. Caracas: L+N XXI Diseños, C.A. Diciembre 2015.
 30. FAO. La alimentación y la nutrición en la gestión de programas de alimentación de grupos. Servicio de Programas de Nutrición. Dirección de Política Alimentaria y Nutrición. Estudio FAO alimentación y nutrición. 23 Rev. Roma: FAO, 1995.
 31. Martínez F, Gil A. Adaptación de la Vigilancia Higiénico-Sanitaria de Establecimientos de Preparación de Comidas a los Actuales Sistemas de Control de Industrias Alimentarias. Madrid: Rev. Alimentaria. 1999: 25-33.
 32. Mata C, Hernández P. Guías alimentarias basadas en alimentos y sostenibilidad: caso Venezuela. Mirador Salud. Disponible en: <https://miradorsalud.com>.
 33. Paz C, Balbinotti L, Pasolini M, Busato M. Manipulación de alimentos en el ambiente doméstico como un factor de vulnerabilidad a las ETA. Universidad de Santander. Colombia: Rev. Fac. Cienc. Salud UDES (Bucar). 2021; 3(1): 51-58.
 34. Jhons N. Higiene de los Alimentos. Directrices para Profesionales de Hostelerías, Restaurantes y Catering. 2da. Edición. Zaragoza: Editorial Acribia, S.A.; 1995. p. 271-302.
 35. Bryan F. Evaluaciones por análisis de peligros en puntos críticos de control. Guía para identificar peligros y evaluar riesgos relacionados con la preparación y la conservación de alimentos. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Graficas Reunidas; 1992. p.1-39.
 36. Fernández N, Cabral de Bejarano S, Estigarribia G, Ortiz A, Ríos P. Aplicación de las cinco claves de la OMS para medir condiciones higiénico-sanitarias de los servicios de alimentación de los hospitales del departamento de Caaguazú. Paraguay. Men. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018; 16(2): 21-31. Disponible en: Scielo.iics.una.py/pdf/iics/v16n2/1812-9528-iics-16-02-21.pdf.
 37. Arancela J, Pérez C, Salmou J, Gil A, Lama R, Martin

- MA, Martínez V, Pavón P, Suarez L. El comedor escolar: situación actual y guía de recomendaciones. Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. *An. Pediatr (Barc)*. 2008. Vol. 69(1): 72-88. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/s1695403308702431_s300_es.pdf
38. Rocchina M, Sifontes Y, Contreras M, Cuenca A. Educación nutricional, un desafío en la actualidad venezolana. *An Venez de Nutr* 2020; 33(2): 161-168. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2020/2/art-9/>
39. Soares P, Davó Blanes MC. Comedores escolares en España: una oportunidad para fomentar sistemas alimentarios más sostenibles y saludables. *Sociedad Española de Salud Pública y Administración sanitaria*. Barcelona: Editorial Gac Saanit 33 (3) may-jun 2019–dic 2019. Disponible en: scielosp.org/article/gs/2019.v33n3/213-215/
40. Balam-Gómez M, Uicab-Pool G, Uch-Puc P, Sabino-Barrera J. Evaluación de los comedores comunitarios en Tizimín, Yucatán: percepciones y propuestas del personal y beneficiarios. *Universidad de Yucatán, México: Enfermería Universitaria*. 2013; 10(4) 125-132. Disponible en: elservier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-evaluacion-los-comedores-comunitario-tizimin-S1665706313726411.
41. Soares P, Caballero P, Davó-Blanes MC. Compra de alimentos de proximidad en los comedores escolares de Andalucía, Canarias y Principado de Asturias. *Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración sanitaria*. Sanitaria 2017; 31(6): 446-452. Disponible en: gacetasanitaria.org/es-compra-alimentos-proximidad-comedores-escolares-articulo-S=213911117301796.
42. Caracuel A. Manual de actuación higiénico-sanitaria y nutricional en restauración hospitalaria. España: Ediciones Druso Maior; 2020; p. 19-299. Disponible en: [Catedraalimentacioninstitucional.wordpress.com/articulos-2/](https://catedraalimentacioninstitucional.wordpress.com/articulos-2/)
43. Gil K. Seguridad alimentaria, comedores escolares y COVID-19. Reflexiones sobre el rol del nutricionistas. *An Venez de Nutr* 2020; Vol. 33(1): 80-90. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/busqueda/?q=Kenia+gil>
44. Grupo federal de trabajo para la elaboración de recomendaciones en comedores escolares en la pandemia de COVID-19 en Argentina. *Arch Latinoam Nutr*. 2020; Vol. 70(3): 215-234. Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2020/3/art-7/>

Recibido: 30-08-2021

Aceptado: 25-01-2022

Envejecer en el complejo entorno venezolano.

Yaritza Sifontes^{1,2} , Mike Contreras³ , Marianella Herrera Cuenca^{2,4,5} .

Resumen: Introducción. El envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de la salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia y la sociedad. Los niños, mujeres embarazadas y adultos mayores representan los grupos más vulnerables de la población, y ante situaciones de crisis humanitaria su rezago frente a las oportunidades ambientales se profundiza. Aun siendo el foco de atención, los abuelos siempre son los más postergados. **Objetivo.** Revisar el complejo entorno venezolano, las dimensiones que lo configuran, su impacto en el curso de vida y cómo afecta las condiciones de vida del adulto mayor. **Materiales y métodos.** Se analizaron los indicadores demográficos; socioeconómicos, como niveles de ingreso, pobreza e hiperinflación, calidad de los servicios públicos; de salud y de seguridad alimentaria y nutricional, inactividad laboral y protección social y cómo afectan las condiciones de vida del adulto mayor. **Resultados.** Se observaron dimensiones que muestran el impacto negativo en la calidad de vida del adulto mayor, que ahora también debe sortear a la COVID 19, además de enfrentar la orfandad de la acelerada migración de su descendencia, que ha causado la pérdida del bono demográfico y una disminución en la esperanza de vida. **Conclusiones.** La sistematización del conocimiento de las condiciones de vida de este importante grupo de la población es indispensable para orientar el diseño de políticas públicas dirigidas a su protección que incluya pensiones dignas, atención en salud y cuidados, para que esta población pueda contar con autonomía, independencia y participación en el desarrollo de la nación. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 76-83.*

Palabras clave: adulto mayor, envejecimiento, dimensión social, economía, alimentación, bono demográfico, Venezuela.

Growing old in the complex Venezuelan environment.

Abstract: Introduction. Aging substantially and progressively transforms the individual health situation, it also influences the structure and dynamics of the family and society. Children, pregnant women and older adults represent the most vulnerable groups of the population, and in situations of humanitarian crisis their lag behind environmental opportunities deepens. Even though they are the focus of attention, grandparents are always the most neglected. **Objective.** Review the complex Venezuelan environment, the dimensions that make it up, its impact on the course of life and how it affects the living conditions of the elderly. **Materials and methods.** Demographic indicators was analyzed; socioeconomic, such as income levels, poverty and hyperinflation, quality of public services; health and food and nutritional security, labor inactivity and social protection and how they affect the living conditions of the elderly. **Results.** Dimensions was observed that show the negative impact on the quality of life of the elderly, who must now also overcome COVID 19, in addition to facing the orphanhood of the accelerated migration of their offspring, which has caused the loss of the demographic bonus and a decrease in life expectancy. **Conclusions.** The systematization of knowledge of the living conditions of this important group of the population is essential to guide the design of public policies aimed at their protection that includes decent pensions, health care and care, so that this population can count on autonomy, independence, and participation in the development of the nation. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 76-83.*

Keywords: older adult, aging, social dimension, economy, food, demographic bonus, Venezuela.

Introducción

En el contexto mundial, Venezuela es un país sudamericano que vive inmerso en una emergencia

humanitaria compleja y que en la actualidad enfrenta también los retos que supone la contingencia ante la pandemia de la COVID-19. Maingon (1) señala que son multidimensionales los problemas que confluyen en la crisis venezolana, siendo de distintos órdenes: institucional, social, económico, político, moral y cultural, entre otros, lo que ha conducido a la expansión de la brecha social y a la desinstitucionalización.

¹Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad Central de Venezuela. ²Fundación Bengoa. ³Instituto de Patología Tropical y Salud Pública de la Universidad Federal de Goiás (UFG). Brasil. ⁴Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) Universidad Central de Venezuela. ⁵Observatorio Venezolano de la Salud. Correspondencia: Yaritza Sifontes: e-mail: yaritza.sifontesv@gmail.com

Los retos sociales que anuncian los procesos de transición demográfica muestran hacia dónde se deben dirigir los grandes esfuerzos desde el punto de vista económico, biomédico, alimentario y social. Su repercusión sobre el sistema de salud y alimentación radica en que son los adultos mayores los grandes consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y alimentos especiales, quienes además necesitan cuidados específicos en los servicios de salud. Esta población incrementa considerablemente los gastos para la seguridad y la asistencia social; de tal manera que el envejecimiento no solo transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, sino que también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia y la sociedad (2).

La exclusión asociada a la desigual distribución de la oferta de servicios, el deterioro medioambiental, las limitaciones en el acceso al agua, la alimentación o el deficiente saneamiento; podrían acelerar la aparición de problemas como la depresión, la ansiedad o el estrés entre los adultos mayores. El progresivo envejecimiento demográfico cada vez más acentuado evidencia por ejemplo, la importancia de las implicaciones socioespaciales, así un rápido proceso urbanizador sin considerar las necesidades de este grupo de edad, contribuiría junto a los otros problemas a favorecer el confinamiento en sus domicilios, provocando ocio, deterioro de las relaciones sociales e incremento de las desigualdades sociales con efectos negativos sobre su calidad de vida y aumento en el uso de los servicios sociales y de salud (3).

La finalización de la vida laboral, sin respaldo de un sistema de pensiones y seguridad social, aumenta la relación de dependencia del adulto mayor con otros miembros del hogar, lo que puede comprometer y empeorar su salud física y emocional si sus necesidades propias de los cambios del envejecimiento y de la dinámica social no son atendidas oportunamente, afectando tanto su calidad como expectativa de vida (4). En Venezuela, producto de la compleja crisis humanitaria, a los factores mencionados anteriormente, se adicionan el deterioro de las condiciones de vida y la creciente migración de su población más joven, ambos con consecuencias importantes sobre el bono demográfico, lo cual inevitablemente repercutirá también en la seguridad y la asistencia social.

Debido a la multiplicidad de circunstancias que rodean a la población de la tercera edad en Venezuela, el presente artículo tiene por objetivo examinar las dimensiones socioeconómicas, demográficas, alimentarias y de

protección social que afectan las condiciones de vida del adulto mayor, las cuales pudieran servir de insumo para orientar políticas públicas dirigidas a este grupo de la población.

Dimensión demográfica

Para la Organización de Estados Americanos (OEA) las personas mayores serían aquellas de 60 años o más, siendo aceptado el criterio de las leyes de los diferentes países siempre y cuando el límite inferior no supere a los 65 años de edad (4). Según cifras del Banco Mundial, en 2020 los mayores de 65 años en el mundo correspondieron a 722 millones de personas (9% de la población total) (5). Para el año 2050 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha proyectado que el grupo de la tercera edad representará el 22% de la población, es decir 2100 millones de personas, que llegarían a 3200 millones en el año 2100 (6).

La población de 80 años y más, que en 2017 fue de 137 millones de personas en el mundo, se espera que aumente a 425 millones en el año 2050, hasta llegar a 909 millones en el 2100. Para el año 2075, una de cada 10 personas en el mundo tendrá 80 años. El 27% de todas las personas de 80 años o más reside en Europa. La población de mayor edad de América Latina tiene mayor presencia de mujeres, debido a lo que se conoce como sobremortalidad masculina (7,8).

En América Latina el CELADE (9) ha señalado que para el año 2050 la contribución de la población menor de 15 años será equivalente a la proporción de la población mayor de 60 años, para 2017 la primera duplica a la segunda (8), como resultado habrá 116 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. La expectativa de vida (EV) contribuirá con estos incrementos, especialmente entre el año 2025 y el año 2030, periodo en el que se ha estimado que en Latinoamérica y el Caribe la EV aumentará a 80,7 años en las mujeres y a 74,9 años en los hombres; valores inferiores a los de Estados Unidos y Canadá (83,3 años para las mujeres y 79,3 años para los hombres, respectivamente) (6).

Se había estimado que América Latina necesitaría 30 años para que los mayores de 60 años representaran más del 10% de la población, sin embargo le tomará menos tiempo que a Estados Unidos y Canadá y adicionalmente se enfrentará a estos cambios sin contar con los ingresos para ello (6). Así los mayores de 65 años en la región pasarían de 51-58 millones de personas en 2016 a 196

millones en el año 2050, lo que se corresponderá con el 25% de la población total de esta región, donde existe un adulto mayor por cada cuatro hogares (6-8).

En 2015 según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los venezolanos mayores de 65 años correspondían al 9,7% de la población (8,9). En 2018, datos del Banco Mundial contabilizaban 2.097.993 personas (7% de la población total) en este grupo etario (10), esta misma fuente en 2019 reportó una proporción de adultos mayores equivalente al 8%, es decir 2.170.337 de abuelos (1.210.591 eran mujeres) en un país que para ese entonces registraba un total de 28.515.829 de habitantes. En 2020 la población de la tercera edad se mantuvo en aproximadamente 2 millones de personas (8% de una población de 28,4 millones de habitantes) (5).

Cabe resaltar que, en Venezuela las cifras estimadas por organismos nacionales para la población de la tercera edad serían más altas que las proyectadas por organismos internacionales, puesto que según la Ley venezolana del Seguro Social Obligatorio (de 1967, reformada parcialmente, en julio de 2008) (11) y la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral (de 1997, reformada parcialmente en julio de 2012) (12) los adultos mayores, serían las mujeres de más de 55 años (límite de edad inferior al establecido por la OMS) y los varones con más de 60 años.

En este mismo orden de ideas, para el año 2018 el Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela (13) reportó 3.009.921 de personas con edades comprendidas entre 55 y 99 y más años (1.384.399 hombres y 1.625.522 mujeres) lo que representaba el 9,5 % de la población total para ese año.

Los mayores de 60 años en Venezuela, para el año 2020 según cifras de CONVITE (2021) serían 4 millones. Para ENCOVI (2020) entre 2015 y 2020, la población de 60 años y más pasó del 10% al 12% del total de habitantes, promedios similares a los reportados en la región latinoamericana por la OPS: 13% de la población en el Caribe, 12% en América del Sur y 9% en Centroamérica (6).

Es oportuno resaltar que, adicionalmente en Venezuela dos factores determinan el número de personas de la tercera edad, siendo ellos el deterioro de las condiciones de vida y la diáspora, producto de la crisis global y local. La primera afecta directamente la esperanza de vida, reduciéndola de 83 años (proyección para el 2050) a 76,6 años según estimaciones de ENCOVI en

2021 (14); siendo una de las posibles explicaciones el deterioro social y humano. En este mismo sentido los procesos migratorios de más de 4 millones de venezolanos, en su mayoría en edad productiva (15-49 años de edad) repercuten en la pérdida del bono demográfico (14), lo cual no solo afectará la dependencia económica, emocional y familiar del adulto mayor, sino que también impactará la estructura y dinámica social del país. A medida que la población envejece es necesario planificar para garantizar que en este grupo de edad se puedan cubrir necesidades relacionadas con las pensiones, y los medicamentos, así como la reorientación de los servicios de salud para esa población (15).

La literatura especializada recomienda generar estímulos para que la población joven pueda desarrollarse, incrementar su productividad; y por supuesto quedarse en su país, para que en el futuro haya mayor posibilidad de financiar la política social y los servicios que se han incrementados con una población envejecida, siendo esta una de las vías para aprovechar el denominado bono demográfico.

En correspondencia con lo planteado anteriormente se ha modificado la conformación de los hogares venezolanos, así la edad del jefe del hogar ha ido aumentando hasta que un futuro no muy lejano seguramente descansará en las personas de la tercera edad. En 2020 (16) 6 de cada 10 hogares tienden a ser monoparentales y ligeramente más numerosos, en ellos la jefatura del hogar es ocupada principalmente por mujeres con edad promedio de 51 años. Al frente del restante 40% de los hogares se encuentran hombres de 52 años. Sin importar el sexo, en el quintil más pobre (Q1) la edad del jefe del hogar puede aumentar hasta 54 años. Las personas de 60 años y más residen en 2 de cada 5 hogares, independientemente de que al frente de la jefatura del hogar se encuentre una mujer o un hombre (16).

Con respecto a la situación laboral, según ENCOVI (2020) (16) el mayor empleador es el sector terciario (comercio), y el 45% de los trabajadores lo hacen por cuenta propia. El 44% de la población de 15 años y más se encuentra económicamente inactiva, a su vez 15% de estos son jubilados o pensionados. Lo anterior evidencia los cambios experimentados en la actividad económica y de manera especial en el grupo de la tercera edad, así el grupo entre 55 y 64 años tiene una participación en la fuerza laboral que ronda el 51%, siendo mayor en los hombres (72%)

que en las mujeres (34%); al alcanzar los 65 años y más la contribución en la fuerza de trabajo se reduce a la mínima expresión (19%), nuevamente las mujeres presentan menores valores (11%) que los hombres (30%). En los jubilados y pensionados a medida que mejora el ingreso la población inactiva se incrementa, esta varía de 6% en el quintil más pobre (Q1) hasta 31% en el quintil de mayores ingresos (Q5).

Mortalidad de las personas mayores por violencia y por COVID-19

La población de adultos mayores está muy expuesta a situaciones que pueden terminar en muertes violentas. Para el primer semestre del año 2021, se registró un total de ciento dos (102) muertes violentas de personas mayores; de éstas, el 44%, fue atribuible al crimen, siendo el principal móvil el robo. El número de las muertes violentas se concentró, en el grupo de 60 a 80 años, en este rango de edad se reportaron 61 hombres y 29 mujeres que perdieron la vida. La mayoría de los responsables de estas muertes tenían nexos con las víctimas (familiares directos, vecinos, amigos, etc.). La gran mayoría de estos homicidios permanecen impunes. De esta forma, se profundiza la situación de violencia y se vulnera el derecho a la justicia para las familias de las víctimas (17).

La actual pandemia también ha dejado huella en este grupo etario. Cifras de los organismos oficiales reportan un total de 1.353 muertes por COVID-19 o por causas asociadas a este en adultos mayores, de las cuales 49% (659) correspondió a mujeres y 51% (694) a hombres. El 47% (635) de las personas mayores que perdieron la vida por causa del COVID-19 en el primer semestre del año 2021, tenía entre 60 y 70 años, seguida de las muertes de las personas entre 71 y 80 años (33%), las muertes en personas con 81 y más años representaron el 14%. La mediana de edad es de 71 años. Estas muertes tienen como responsable al Estado, cuyas acciones u omisiones relacionadas con la falta de planificación e implementación de un plan de vacunación; son la evidencia del incumplimiento de sus obligaciones frente a la protección de la salud del adulto mayor (17).

Dimensión económica: pobreza y vulnerabilidad alimentaria

Según cifras del Programa Mundial de Alimentos

(PMA), más de nueve millones de venezolanos deben ser atendidos urgentemente; ya que para ellos el derecho a la alimentación se ha vulnerado completamente, lo cual se agrava por el empobrecimiento, la hiperinflación y el deterioro de los servicios básicos y del sector salud (18). Los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas representan los grupos prioritarios para los programas de atención adelantados en el país, mientras que según CONVITE en el año 2021 (19) la población de la tercera edad resultó ser la más desasistida (20).

El adulto mayor venezolano ha de enfrentar otros desafíos como la responsabilidad de un núcleo familiar incompleto, donde en muchos casos debe reasumir la jefatura del hogar, en un momento en el cual ya estaba iniciando preparativos para su retiro de las responsabilidades de sostenimiento del hogar; siendo este rol motivo de preocupación debido a la necesidad de un ingreso mínimo para cubrir los altos costos de vida en los hogares venezolanos. La ENCOVI, 2020 (16) señala que 8 de cada 10 hogares venezolanos tienen dificultades para adquirir la canasta alimentaria, pues sus integrantes son pobres extremos. La pobreza total alcanza a 9 de cada 10 hogares venezolanos, donde los ingresos son escasos, el empleo formal o informal es inexistente o precario. Cuatro de cada 10 hogares han estado viviendo en medio de la pobreza estructural y cinco de cada 10 hogares se han empobrecido recientemente, siendo su ingreso inferior a 1,9 \$ al/día. Los cálculos de este estudio sugieren que se necesitan al menos 2,07\$ al día para que 6,5 MM de hogares puedan salir de la pobreza extrema.

La situación anteriormente descrita es aún más dramática para el adulto mayor pensionado o no, que tampoco cuenta con apoyo de otros integrantes de la familia, considerando que el ingreso mensual proveniente de la pensión venía representando unos escasos 2-3 \$/mes, prácticamente el monto diario estimado por los organismos internacionales para no ser considerado pobre. Aun recibiendo transferencias no laborales (de entre 1 y 5 \$/mes) públicas o privadas, o remesas, que, por ejemplo, entre 2017 y 2019 pasaron de 11% a 29% de los abuelos beneficiarios, el impacto de cualquiera de estas transferencias monetarias solo ha servido para reducir en 1,5% la pobreza extrema en los hogares (16).

La investigación realizada por Candela en 2013 (21) ya daba cuenta de la vulnerabilidad del adulto mayor, debido a los escasos recursos económicos para comprar sus alimentos y medicinas, a lo cual debían sumarse las situaciones propias del envejecimiento, como las afecciones físicas y cognitivas que influían en su

alimentación. Las voces de sus protagonistas expresaban textualmente “dejar de comer” ante la tristeza o el abandono familiar, “sacrificar la compra de alimentos por la necesidad de comprar medicamentos” y “no contar con ayuda social para la compra de alimentos”, entre otras manifestaciones gráficas del deterioro en las condiciones de la población de la tercera edad (21,22).

La suma de carencias económicas, derivadas de la inactividad laboral (por cesantía voluntaria o no) y el actual sistema de pensiones y seguridad social no permite la sobrevivencia del adulto mayor venezolano (23), esta población es impactada fuertemente por la escasez de medicamentos y el empobrecimiento, que según CONVITE (24) afecta a ocho de cada 10 adultos mayores de 60 años.

La vulnerabilidad económica del adulto mayor también se ejemplifica en la situación de los empleados públicos de edad avanzada y especialmente de los profesores universitarios que son jubilados y pensionados; quienes en la última década se han encontrado imposibilitados de acceder a la canasta alimentaria y a los servicios e insumos básicos necesarios para una vida digna, debido a la merma del ingreso salarial y de sus beneficios laborales con graves consecuencias en la morbimortalidad de este grupo etario (25).

Seguridad alimentaria y nutricional

Si bien es escasa la información sobre la alimentación del adulto mayor venezolano, el conocimiento de la situación en la familia venezolana podría brindar una aproximación a las condiciones de este grupo etario.

En la Venezuela actual, la subalimentación de la población total se cuadruplicó con respecto al 2012-2014, pasando de afectar al 6,4% de la población al 21,2% en tan solo dos años (2016-2018), cifra que se sitúa por encima de los valores para América del Sur (5,5%); por otro lado la población venezolana experimenta una inflación del 10 000 000% y un decrecimiento en el PIB que pasó de -3,9% en 2014 a -25% en 2018, ya en 2015 los precios de los alimentos registraron un alza de 180,9% y la escasez de alimentos afectó al 80% de la población (26,27).

Bajo el contexto de la crisis venezolana Caritas en 2018 señaló que la selección de alimentos en el 90% de los hogares venezolanos entrevistados (3,7 millones de personas) presentó un puntaje de diversidad de su

alimentación insuficiente (menos de seis grupos de alimentos), con alimentos principalmente calóricos (pasta, arroz y pan); con escasa proteína animal y de hierro hem, debido al bajo consumo de carne, lácteos, huevos, pescado y bajo aporte de vitaminas y minerales, por consumo escaso de vegetales y frutas (27,28), la brecha entre salario mínimo (SM) y costo de los alimentos se amplió hasta 32 veces, asumiendo que en un hogar de 4-5 personas estas dependieran del ingreso de una sola persona; así en diciembre del 2021 la canasta de alimentos de los trabajadores costó (260,77 \$), siendo el SM 7,95\$. (Bs. 4,22 x 1\$ EUA 2021) (29).

Aun existiendo un beneficio de alimentos como el CLAP (Comités Locales de Abastecimiento y Producción), con el cual según estimaciones de ENCOVI, 2020 (16) el monto subsidiado es de 10,3 \$ por cada caja (cada familia solo cancela, 0,3 \$); cabe destacar algunas limitantes de este que deberían ser objeto de revisión.

El rendimiento en términos de ración diaria de alimentos es de aproximadamente 290 gramos por persona por día, lo que equivale solo a 48% de una ración mínima para la nutrición en situaciones de crisis y emergencias, en segundo lugar, la periodicidad en la distribución de quienes adquieren el CLAP es irregular, 39% recibe al menos una caja al mes, 15% la recibe cada dos meses y 46% no tiene periodicidad alguna; y en tercer lugar, pero no menos importante es el hecho de que el 5% de los pobres extremos no la recibe. Cada una de estas situaciones incrementa la vulnerabilidad de hogares con personas que solo cuenten con este beneficio como única fuente de alimentación (28), siendo más preocupante la situación en aquellos hogares dependientes de abuelos o donde ellos mismos dependen de la red de apoyo familiar o social.

El hambre secundaria a la reducción en el consumo se considera inseguridad alimentaria moderada o grave (26), durante los periodos en que la población en general no dispone de alimentos regularmente, debido a la reducción de los expendios de alimentos o de la caída en la oferta de alimentos; los pensionados apenas podrían adquirir 1-2 productos según información del Consejo Nacional del Comercio y los Servicios (Consecomercio) (28).

Algunos datos referidos concretamente a la situación alimentaria de la población de la tercera edad provienen del Estudio Venezolano de Nutrición y Salud (EVANS), adelantado en 2015, donde se reportó una reducción

en la ingesta de los macro y micronutrientes, a medida que se descendía en estrato socioeconómico y nivel educativo y una reducción de calorías y de proteínas conforme se avanzaba en edad (30).

Más recientemente en 2020 un estudio de CONVITE confirmó que el 23% de los adultos mayores evaluados en Lara, Bolívar y Miranda se encontraban solos y debían salir para procurarse alimentos y medicinas, tres de cada cinco personas mayores de esta muestra se acostaba rutinariamente sin comer, y 77% no podían acceder a suficientes alimentos (19).

La protección alimentaria y las pensiones

Hablar de la protección social en este grupo pasa por una mirada retrospectiva. Entre 1999 y 2012, de un total de 33 misiones (programas gubernamentales) solo una, la misión Amor mayor Venezuela, que en 2018 pasó a llamarse, Gran Misión en Amor Mayor Venezuela (Gmamv) permitiría a los adultos mayores en situación de pobreza acceder a una pensión de vejez homologada con el salario mínimo (1), ello en correspondencia con el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de la Ley No. 8.694, 2011, siempre y cuando fuesen venezolanos o extranjeros con residencia en el país durante más de una década (31).

Entre 1998 y el 2014, el grupo de personas con pensión se incrementó de 19,6% (387.007 pensionados) a 72,6% (2.565.725 pensionados), extendiéndose estas a incapacidad en casos de enfermedad profesional, de accidentes de trabajo y de sobrevivientes de pensionados (28, 32,33)

En diciembre de 2018 se aprobó la Ley Especial del Régimen de Pensiones por Vejez No Contributivo con el objetivo de “garantizar a las personas comprendidas en su ámbito de aplicación, protección económica o dineraria y socioeconómica en caso de la ocurrencia de alguna de las contingencias siguientes: a) Ausencia de medios económicos para atender las necesidades vitales; b) Abandono familiar e institucional; c) Discapacidad total y permanente; d) Situación de dependencia total, y e) Cualquier otro estado de necesidad susceptible de ser amparado por este régimen de protección social” (31).

Para el 2018, se reportaron 4.530.901 adultos mayores pensionados, desconociéndose si son o no contributivos. De los pensionados que habitan fuera del

país y no recibieron pago alguno la información oficial corresponde al año 2015, contabilizando 9 mil adultos mayores solo en España. El propio Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) ese mismo año reportó que más de 12.500 pensionados venezolanos en el exterior no habían recibido su pensión (32).

Para el 2019 la pensión equivalía a tres o menos dólares mensuales, insuficiente para adquirir los cada vez más costosos y escasos medicamentos y alimentos. La falta de efectivo añadida profundiza los mermados ingresos por este concepto (33), el cierre de las instituciones bancarias debido a la pandemia y la escasez de la emisión de tarjetas para transacciones electrónicas complejizaron aún más la menguada disponibilidad monetaria para este grupo vulnerable.

En relación con la protección alimentaria, hasta el año 2012, siete misiones se centraban en la seguridad alimentaria de la población general y seguramente habrían beneficiado al grupo de adultos mayores; siendo “Mercal” (mercado de alimentos) la de mayor continuidad y que en 2016 fue reemplazada por los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP) mencionados anteriormente. En 2018 surgió la Misión “Chamba mayor”, que aún continúa junto a “Negra Hipólita” para personas en situación de calle, “José Gregorio Hernández” para discapacitados, los CLAP y unos bonos sociales (surgidos en 2017) tan exiguos y discrecionales como las pensiones (1,32), nada de esto es suficiente para que la población de la tercera edad pueda satisfacer sus necesidades mínimas de alimentación, mucho menos otros componentes del bienestar como la salud.

Sin embargo, persisten problemas en cuanto al “dominio” de entornos favorables, especialmente en países como Brasil y Venezuela, en los cuales la sensación de inseguridad es alta en la población y afecta a los adultos mayores (34).

Conclusión

El actual estado de hiperinflación sumado a la profunda crisis social y económica que se vive en Venezuela vulnera el derecho a gozar de un envejecimiento saludable y activo, pues los individuos que se encuentran en ese grupo etario no satisfacen sus necesidades relacionadas con el bienestar, es el caso de alimentación, vivienda, asistencia médica, vestido y servicios sociales básicos),

recreación, seguridad social y personal, libertad política y jurídica, todo lo cual incide en la probabilidad de incrementar las tasas de morbilidad y mortalidad en este grupo etario cuyos aportes siguen siendo importantes para el desarrollo de la sociedad. La sistematización del conocimiento de las condiciones de vida de este importante grupo de la población orientaría el diseño de políticas públicas dirigidas a su protección y a su participación en el desarrollo de la nación,

Referencias

1. Maingon T. Un balance de la seguridad alimentaria y nutricional en Venezuela 2000-2020. *An Venez Nutr.* 2021; 34(1):21-36.
2. Hechavarría M, Ramírez M, García H, García A. El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Rev Inf Cient.* 2018; 97(6): 1173-1188. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173&lng=es.
3. Sánchez D. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Rev Geogr Norte Gd, Santiago* 2015; 60: 97-114. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022015000100006&lng=es&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>.
4. CEPAL. La Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2019: Un Aporte de las Américas al Mundo. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/betilde_munoz_pogossian.pdf.
5. Mena M. Statista: El 9% de la población mundial tiene más de 65 años. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total/>.
6. OPS. Envejecimiento y cambios demográficos. Salud en las Américas. Publicación electrónica. 2017. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es
7. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2016. Santiago, 2017. 290p. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567_es.pdf.
8. UN-DESA. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248. New York, 2017. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
9. CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. CEPAL: envejecimiento provocará caída de la población de América Latina y el Caribe hacia 2060. Comunicado de prensa, Chile, 22 de junio de 2017. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-envejecimiento-provocara-caida-la-poblacion-america-latina-caribe-2060>
10. Banco Mundial. Población de 65 años de edad y más. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>.
11. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Ley del Seguro Social. Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1934/leydelsegurososocial2008.pdf>
12. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_leyorgsistsegsocial_ven.pdf.
13. Instituto Nacional de Estadística (Venezuela). Indicadores demográficos. Caracas: INE; 2014. Disponible: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/nacional.pdf>.
14. ENCOVI 2021. Condiciones de vida de los venezolanos: entre emergencia humanitaria y pandemia. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Universidad Católica Andrés Bello, septiembre 2021. <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2021>
15. Aponte C. “La improvisación ha caracterizado la gestión pública”. Provea, 25 de noviembre 2018. <https://provea.org/entrevistas/entrevista-provea-carlos-aponte-la-improvisacion-ha-caracterizado-la-gestion-publica/>
16. ENCOVI. 2020. Serie pobreza. ENCOVI 2014 al 2019/2020. Caracas: UCAB-USB-UCV, 2020. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2019>.
17. Maingón T. Informe sobre muertes violentas de personas mayores en Venezuela (2021). Convite, A.C. Caracas, Venezuela.
18. Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA). La emergencia humanitaria compleja de Venezuela se agrava por efecto del Covid-19: Comunidad Internacional debe impulsar acuerdos humanitarios urgentes que promuevan soluciones a la crisis alimentaria y sanitaria, junio 2020. Disponible en: <https://www.fidh.org/IMG/pdf/venezuela755esp.pdf>.
19. CONVITE: Adultos mayores: Entre el riesgo de contagio y la necesidad de abastecerse, 7 abril 2021. <http://conviteac.org.ve/adultos-mayores-entre-el-riesgo-de-contagio-y-la-necesidad-de-abastecerse/>
20. Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. “Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México.” *Cadernos de Saúde Pública.* 2011; 27:460-470.
21. Candela Y. Seguridad alimentaria en Venezuela: una mirada desde el ciudadano vulnerable. *Cuadernos del CENDES.* 2016; 33(91): 125-139.
22. Salgado T, Candela Y, Bernal J. Uso de metodologías

- mixtas para evaluar el acceso a los alimentos y la vulnerabilidad alimentaria-nutricional en grupos de riesgo. *An Venez Nutr.* 2011; 24(2): 65-71.
23. Arenas A. Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44851/4/S1900521_es.pdf.
 24. CONVITE AC. 86% de adultos mayores en Venezuela está en situación de pobreza. Nota de prensa. Disponible en: <https://conviteac.org.ve/86-de-adultos-mayores-en-venezuela-esta-en-situacion-de-pobreza/>.
 25. El Pitazo (en línea) <https://epthelinkdos.tk/los-andes/merida-bomberos-encuentran-deshidratado-a-profesor-universitario-y-muerta-a-su-pareja/>
 26. FAO. El estado de la seguridad alimentaria y nutrición en el mundo. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>.
 27. Comisión Interamericana de Derechos humanos. Capítulo IVB. Venezuela. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2017/docs/IA2017cap.4bVE-es.pdf>.
 28. Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA). Derecho a la alimentación. Informe 2019. Situación de los derechos humanos en Venezuela. Disponible en: <https://provea.org/wp-content/uploads/2020/07/04Alimentaci%C3%B3n.pdf>.
 29. Centro de documentación y análisis para los trabajadores. Resumen ejecutivo. Canasta alimentaria de los trabajadores, octubre 2021. Disponible en: http://cenda.org.ve/fotos_not/pdf/CENDA.%20RESUMEN%20EJECUTIVO.%20CAT%20OCT.%202021WEB.pdf
 30. Hernández P, Landaeta-Jiménez M, Herrera-Cuenca M, Meza CR, Rivas O, Ramírez G, Vásquez M, Méndez-Pérez B y el grupo del estudio ELANS. “Estudio Venezolano de Nutrición y Salud: Consumo de energía y nutrientes. Grupo del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud.” *An Venez Nutr.* 2017;30 (1):17-37.
 31. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta oficial. Decreto N° 8.694. Ley Gran Misión En Amor Mayor Venezuela. Disponible en: https://entornoparlamentario.files.wordpress.com/2012/05/go39819_25.pdf
 32. Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA). Derecho a la seguridad social. Informe 2017. Disponible en: <https://provea.org/wp-content/uploads/2018/06/10SeguridadSocial-1-1.pdf>.
 33. CONVITE. Monitoreo del acceso a la salud en Venezuela: Medición del desabastecimiento de medicinas y la situación de las entidades de atención de personas mayores. Boletín 22, mayo 2019. Disponible en: <http://conviteac.org.ve/wp-content/uploads/2019/06/Bolet%C3%ADn-22-CONVITE.pdf>.
 34. Falque L. El envejecimiento en Latinoamérica: retos y compromisos. *Arch Latinoamer Nutr.* 2015; 65(S1): 20-21.

Recibido: 22-11-2021

Aceptado: 08-01-2022

Salud y sus determinantes socio culturales en la Venezuela actual.

Retos y desafíos en salud pública

Josefa Orfila¹ , Betty Méndez-Pérez¹ .

Resumen: El concepto de salud-enfermedad es un proceso dinámico que involucra la consideración de los determinantes socio culturales. **Objetivo:** explorar los determinantes de la salud venezolana identificando las principales tendencias, retos y desafíos que en materia de salud pública enfrenta Venezuela y, el impacto de los determinantes socioculturales en la condición de salud. **Métodos:** Partiendo de revisiones bibliográficas y fuentes analíticas se utilizó como referencia el marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud utilizando como descriptores de búsqueda retos, desafíos, determinantes de salud, inequidades en salud. **Resultados:** Dentro de los desafíos se señalan la reducción de las inequidades en salud, la mejoría de la calidad de la atención y de los sistemas de información y reformulación de los mecanismos de rendición de cuenta y de evaluación de políticas, premisas fundamentales para el fortalecimiento del sistema de salud, caracterizado por la inexistencia al derecho de la salud, ausencia de información epidemiológica y sanitaria, distorsión del modelo oficial salud-enfermedad, debilitamiento de la promoción de la salud y deterioro sistemático y progresivo del sector salud. **Conclusiones:** la investigación deja de manifiesto, la necesidad de resolver el problema de la fragmentación del financiamiento y de la prestación de servicios, tomando en consideración los elementos para una optimización de la calidad de vida en un sentido global, a fin de solventar las insuficiencias de cobertura y de acceso efectivo a los servicios públicos de salud de los hogares venezolanos. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 84-92.*

Palabras clave: salud pública, epidemiología, determinantes sociales de la salud, calidad de vida, enfoque multidisciplinario, desafíos en salud pública, Venezuela.

Health and its socio-cultural determinants in current Venezuela.

A challenge in public health

Abstract: The concept of health-disease is a dynamic process that involves the consideration of socio-cultural determinants. **Objective:** to explore the determinants of Venezuelan health, identifying the main trends, challenges, and challenges that Venezuela faces in terms of public health, and the impact of sociocultural determinants on the health condition. **Methods:** Based on bibliographic reviews and analytical sources, it was used as references the WHO action framework for strengthening health systems using challenges, health determinants, health inequities as search descriptors. **Results:** Among the challenges are the reduction of inequities in health, the improvement of the quality of care and information systems and the reformulation of the mechanisms of accountability and evaluation of policies, fundamental premises for the strengthening of the health system, characterized by the non-existence of the right to health, absence of epidemiological and health information, distortion of the official health-disease model, weakening of health promotion and systematic and progressive deterioration of the health sector. **Conclusions:** the research reveals the need to solve the problem of the fragmentation of financing and the provision of services, taking into account the elements for an optimization of the quality of life in a global sense, in order to solve the insufficiencies coverage and effective access to public health services for Venezuelan households. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 84-92.*

Keywords: Nutrition policy, food and nutrition security, food assistance, Venezuela, declaration of emergency.

Introducción

El concepto de salud enfermedad, actualmente resulta muy difícil de separar de todos esos determinantes socio culturales en las que las personas nacen, crecen, viven

y envejecen, así como el amplio conjunto de fuerzas y sistemas que modelan las condiciones de vida diaria, lo cual es de crucial importancia. Dentro de este contexto, los determinantes socio culturales son el resultado de la distribución del dinero, del poder y de los recursos y por supuesto, van a depender de las políticas que se adopten desde los entes gubernamentales (1).

Ya desde hace cierto tiempo, se viene trabajando el tema de estos determinantes y es así como en el Taller Sumando Universidades por una Venezuela próspera,

¹Profesora Titular. Administradora. Dra. en Gestión de Investigación y Desarrollo. Cátedra de Administración Sanitaria. Escuela de la Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. ²Profesora Titular. Antropólogo. Dra. en Ciencias Antropológicas. Coordinadora de la Unidad de Bioantropología, Actividad Física y Salud. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Correspondencia: Josefa Orfila, e-mail: josefaorfila@gmail.com.

acción promovida por el Decanato de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela, los integrantes de la Mesa SALUD, analizaron y caracterizaron la situación de salud del país, en el entendido de que se trata de un proceso que permite describir, medir y explicar el perfil de salud y de enfermedad de una población (2).

Bajo esta perspectiva, desde un ejercicio de síntesis ante la generación de problemas, causas y elementos para su resolución; se pudieron formular unas líneas de acción para la resolución de los problemas identificados en el taller los cuales forman parte de las reflexiones finales de ese documento, siendo retomados y ampliados en el presente texto, bajo la égida de retos, tendencias y desafíos que debe afrontar el sector de la salud pública venezolana.

Los servicios de salud en general y la empresa sanitaria en particular enfrentan una serie de tendencias y desafíos de su gestión, las cuales en opinión de Yepes (3), a manera de ejemplo dentro del escenario colombiano y en una etapa de transición, se pueden resumir en las siguientes propuestas:

- En primer lugar, pasar de una gestión de mejoras, a la gestión de logros de indicadores de salud, de reducción de riesgos, tomando en consideración los elementos necesarios para una optimización de la calidad de vida en un sentido global
- Otra tendencia es la de transitar de modelos de atención tradicional hacia políticas activas de sustitución, por ejemplo, ante el desarrollo tecnológico, propiciar la incorporación de la telemedicina y la sustitución de personal,
- Son tendencias que también debemos reconocer el paso desde una centralización de la gestión a una caracterizada por la descentralización, en los servicios, la gestión clínica, la autonomía para el desarrollo de procesos de calidad en los servicios, como lo expresa Yepes (3) en Colombia en el ejemplo antes citado, el sistema obligatorio de garantía de calidad y la gestión de pacientes y enfermedades.
- Finalmente, una tendencia muy importante de la gestión de salud que pretenda actualizarse consiste en pasar de la competencia a la colaboración en redes que negocian, planifican y contratan de manera coordinada en conjunto.

De lo anteriormente descrito, se infiere que pocas disciplinas científicas, tal como lo menciona Duarte Nunes, (4) cambian tan bruscamente de paradigmas como la salud pública. Mientras la medicina

clínica, que se enfoca en el tratamiento de dolencias individuales, avanza de una manera exponencial, casi lineal, la solución de los problemas colectivos requiere intervenciones transdisciplinarias de gran complejidad, al implicar muchos más actores, que demandan de una mayor diversidad en las acciones necesarias.

Es evidente por tanto que los factores socioculturales, medioambientales y demográficos que influyen en la salud individual, lo hacen con mucha mayor fuerza en la distribución de las enfermedades y justifican, por tanto, la necesidad imperiosa de considerar sus elementos de riesgo, en la búsqueda de intervenciones colectivas adecuadas para cada contexto. Tomemos como ejemplo en las circunstancias actuales que vive la humanidad, la influencia que ejercen los factores de riesgo de orden sociocultural y demográfico que propician la propagación del Covid 19.

En este escenario, el impacto de la densidad de población desde el punto de vista demográfico, la obesidad y las enfermedades crónicas degenerativas en el orden biológico y, el incumplimiento de las normas sanitarias como conducta individual y colectiva (5), han facilitado la propagación de la pandemia.

La epidemiología ha hecho valiosos aportes al mostrar la importancia de los factores de riesgo “modificables” en esa nueva epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles e infecto contagiosas. El gran reto de la salud pública será, por tanto, encontrar la forma efectiva para intervenir sobre esos factores presuntamente modificables, sin dejar de lado los viejos problemas de salud, que se niegan a desaparecer, y los que llegarán con fenómenos aún no bien entendidos, como la transición demográfica y el cambio climático.

Es importante tomar en cuenta las condiciones ambientales, como uno de los factores que determinan el comportamiento de las infecciones emergentes y reemergentes, y ser consideradas en la evaluación de las estrategias de salud pública, se trata de tomar en consideración esta relación entre el medio y la ocurrencia de casos, con el fin de ajustar los programas de saneamiento ambiental y otras medidas preventivas de la enfermedad.

La humanidad se está enfrentando a problemas muy serios de salud. Los factores que favorecen la emergencia y reemergencia de estas infecciones son numerosos y variados, así como la interrelación de los diversos componentes mencionados anteriormente, se caracterizan por un gradiente de complejidad y favorecen la expansión y desarrollo de estos microorganismos patógenos.

Ante este escenario mundial tan complicado de enfermedades emergentes y reemergentes, que se explica por los diferentes requerimientos que tienen un brote o una epidemia, las posibilidades de controlar o erradicar la diversidad de estas patologías infectocontagiosas, son muy distantes, a pesar de los esfuerzos que se realizan a través de investigaciones en materia de antibióticos y vacunas. Aun así, estas patologías continúan siendo una de las primeras causas de muerte a nivel mundial (6).

En este mismo orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud (7) (UN,2020) publicó una lista de 13 desafíos que amenazan la sanidad en el planeta para la nueva década, los cuales se muestran a continuación.

Es necesario:

1. Poner la salud en medio del debate climático, 2. Que la salud alcance lugares en conflictos y crisis, 3. Hacer que la atención médica sea más justa, 4. Ampliar el acceso a los medicamentos, 5. Detener las enfermedades infecciosas, 6. Estar preparados para afrontar y prevenir una pandemia inevitable, 7. Asegurar alimentos y productos saludables para todos, 8. Invertir en las personas que defienden nuestra salud, 9. Proteger a los adolescentes, 10. Ganarse la confianza pública, 11. Uso positivo de las nuevas tecnologías, 12. Proteger los medicamentos que nos protegen, 13. Mantener la atención médica limpia.

Según su director, Tedros Adhanom Gebreyesus, la lista refleja la profunda preocupación por el hecho de que los líderes mundiales no están invirtiendo suficientes recursos en las prioridades sanitarias ni en los sistemas básicos de salud, lo que pone vidas, medios de subsistencia y economías en peligro. Para Adhanom, aunque ninguno de esos problemas es fácil de abordar, la salud pública es, en última instancia, “una elección política” como demuestra el hecho de que la diferencia de la esperanza de vida es de hasta 18 años según se viva en un país rico o en uno pobre (7).

Lo anteriormente descrito sirve de fundamento al objetivo de este artículo, donde las investigadoras exploran ciertos elementos que determinan la salud venezolana identificando las principales tendencias, retos y desafíos que en materia de salud pública enfrenta Venezuela. Especial consideración se hace en torno al impacto que ejercen los determinantes socioculturales y demográficos en la condición de salud, a pesar de las grandes brechas existentes en la disponibilidad y calidad de los datos sobre el sector de salud en Venezuela.

Materiales y métodos

El enfoque metodológico empleado, permitió auxiliarse de diversos métodos investigativos, partiendo de los aportes que, a título de diagnóstico, hiciera inicialmente la mesa de salud, lo cual facilitó la generación de una aproximación constructiva para retomar y comprender el fenómeno de salud enfermedad y los retos que ha de enfrentar la sociedad, desde una relación dialéctica, haciéndolo coherente con su mirada personal, la que genera el documento que a continuación se presenta. Es una investigación de corte descriptivo que parte de revisiones bibliográficas y fuentes analíticas, centradas en la búsqueda de retos y desafíos de un sistema de salud.

La exploración de los referentes teóricos que guardan relación con la investigación, se apoyó en los descriptores estandarizados de las principales fuentes de información: Una vez realizada la revisión de diferentes bases de datos científicas se detectan algunos referentes teóricos relacionados con el objeto de estudio de la presente investigación, a saber: MeSH (*Medical Subject Headings*) y los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) contenidos en las bases de datos de Redalyc, SciELO y Dialnet. y con el empleo de las palabras clave tales como: retos, desafíos, determinantes de salud, inequidades en salud. Se analizaron diversas fuentes de información en el marco de acción de la Organización Mundial de la salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud partiendo del análisis de los determinantes de salud.

Este sondeo aportó insumos a la construcción del fenómeno en estudio donde se interpretó la realidad mediante la concepción que se expresa a través del paradigma positivista, pero que permite, a través de la hermenéutica aportar explicaciones de carácter causal, para así transitar por el enfoque socio crítico como motor de cambio y transformación social, y que le dan por otra parte, ese carácter pluriparadigmático (8,9) al tener la oportunidad de emplear un conjunto de técnicas en la visualización del área de estudio, con el apoyo de la interpretación de conceptos y observaciones y plantearse como resultante, una serie de esquemas de interpretación, enmarcados en un amplio espectro metodológico que abarca diversos enfoques investigativos, que coinciden, de manera sustancial en la interpretación como elemento fundamental del análisis de la realidad social.

No se pretende abarcar todos los factores que, llegan a determinar la situación de salud venezolana, o los diversos indicadores para su seguimiento ya que como

se mencionó al inicio, las brechas existentes en la disponibilidad y calidad de los datos sobre el sector salud en Venezuela, representan una limitante del estudio, sobre todo en los aspectos relativos al financiamiento del sistema.

Resultados

De los determinantes socio culturales

La salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades (10), por el contrario, el estado de salud o enfermedad de un ser humano es el resultado de un proceso dinámico, lo que significa que está permanentemente pasando de un nivel a otro de salud o de enfermedad, por lo cual se habla de un proceso de salud-enfermedad; donde emergen una serie de determinantes que marcan un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva.

En este contexto, surge una nueva perspectiva que, junto a la consideración de la salud como fenómeno multidimensional, propone el estudio y valoración de todas las variables (*determinantes socio culturales de la salud*) que afectan la salud individual y podían generar enfermedad. (10,11).

Estos determinantes de la salud incluyen (12):

- Estilos de vida y conductas de salud
- Biología humana
- Medio ambiente
- Sistema de asistencia sanitaria (Figura 1)



Figura 1. Determinantes de la salud según Lalonde y Denver.

Fuente: Adaptado de Shmarina *et al* 2021(12)

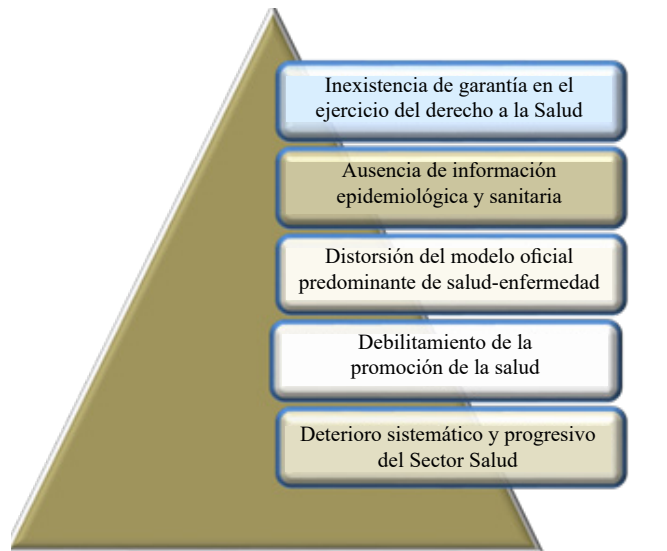


Figura 2. Problemas detectados en el área de la salud de la población venezolana

Fuente: Méndez y Orfila, 2019 (2).

Estos contextos de vida de las personas determinan en gran parte sus posibilidades de tener una buena salud, así como el funcionamiento de su sistema de salud.

En este mismo orden de ideas, y basadas en los aportes de Lalonde, las autoras identifican, mediante el método o sistema de recolección de información focus group o grupo focal en Aproximación a la problemática de salud y sus determinantes socioculturales en la Venezuela del 2018, una serie de factores o situación problemática, que para ese periodo determinan la salud de las personas en Venezuela, los cuales se muestran en la figura 2.

La inexistencia al derecho de la salud, ausencia de información epidemiológica y sanitaria, distorsión del modelo oficial salud enfermedad, debilitamiento de la promoción de la salud y deterioro sistemático y progresivo del sector salud mantienen una relación causal formando parte de factores determinantes de la salud y que están relacionados con los estilos de vida (tal como lo señala Lalonde); los llamados factores ambientales, los factores que dependen de los aspectos genéticos y biológicos de la población y, por último, los que conciernen a la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud propiamente dichos que se brindan a las poblaciones (10-13).

En la misma línea de pensamiento, Durán Castillo (14) señala por su parte, que entre los determinantes sociales de la salud se cuentan principalmente la estabilidad económica en la cual juega un rol muy importante, la posibilidad de disponer de un empleo que pueda proporcionar un nivel de ingreso satisfactorio, adecuado, lo suficiente para cubrir los gastos que implican vivir y

desarrollarse dentro de una esfera social. Por otra parte, toma en cuenta las características del vecindario y el ambiente físico que lo rodea y las condiciones de la vivienda.

Su concepción parte de la base de que la salud y/o la enfermedad no están relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho, enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tienen una base u origen marcadamente socioeconómico (14).

Bajo este nuevo enfoque denominado salutogénesis, cuyo significado es génesis de la salud, (12-15) las acciones se han dirigido hacia la evaluación de individuos con enfermedades crónicas y pertenecientes a grupos vulnerables como ancianos, adolescentes, mujeres embarazadas, niños y trabajadores de diferentes áreas. La atención se centra en los elementos o factores que ayudan a una persona a hacer frente al stress, problemas físicos y psicológicos e inclusive, a la exposición de factores patógenos, a las fuentes de auto regeneración y el poder de auto sanación; este modelo explica, como las personas son capaces de mantener e incluso mejorar su salud en situaciones estresantes de la vida (2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (16), estos determinantes socioculturales, bajo un esquema negativo contribuyen en gran medida a muertes prematuras y aparición de enfermedades que se manifiestan primordialmente en los grupos más vulnerables.

Cabe destacar, que entre los factores que inciden en el deterioro de la salud emergen las inequidades dentro y entre países, nuevos patrones de consumo, cambios ambientales y el fenómeno de la urbanización que no siempre se desarrolla dentro de un esquema organizativo. De manera que con este nuevo concepto se transita desde una visión netamente biologicista típica del siglo XIX, a un modelo ecológico propio de mediados del siglo XX, donde se enmarcan una serie de retos y desafíos para la salud pública.

Retos, desafíos y tendencias

Venezuela no escapa a los nuevos retos y desafíos que en materia de salud pública deben asumir las naciones. Dentro de este mismo contexto es posible identificar, que entre los retos y desafíos más importantes del sector salud en Venezuela, se cuentan la reducción de las inequidades en salud y la mejoría de la calidad de la atención. Para poder atender estos retos, es necesario resolver el problema de la fragmentación del financiamiento y de la prestación de servicios.

En años recientes Venezuela ha presentado un escenario

volátil y de gran incertidumbre, caracterizado por un continuo debilitamiento de la institucionalidad y la cohesión social de los venezolanos. Las condiciones sociales se han deteriorado rápidamente, impactando negativamente en la situación alimentaria y nutricional de la población originada en parte, por los cambios bruscos en los patrones de alimentación y alteraciones significativas en el peso corporal (17).

Las políticas de regulación de precios, desplazamiento del sector privado en la cadena productiva y delegación del control de la logística de la producción nacional a la Fuerza Armada Nacional Bolivariana (FANB), no han resuelto el problema de la escasez y han contribuido a consolidar el mercado negro de productos de la canasta básica, cuyos precios en julio de 2021 superaban los Bs. 1.569.525.430,90 (\$439,71) (18).

A pesar de la bonanza económica petrolera del nuevo milenio, que favoreció un mayor espacio fiscal y permitió la expansión de la participación pública en el gasto total de salud, el gasto público en salud en Venezuela aún es bajo y vulnerable a la volatilidad de los precios del petróleo. La crisis económica que azota a Venezuela ha afectado significativamente al sistema de salud que muestra claras evidencias de deterioro en todos los componentes analizados. La decadencia de la infraestructura, merma de los profesionales de salud, escasez de insumos, vacunas y medicamentos, opacidad de la información sanitaria, son entre otros, elementos que contribuyen con las insuficiencias de cobertura y de acceso efectivo a los servicios públicos de salud de los hogares venezolanos, cuyos presupuestos han sido cargados con una parcela creciente de gastos en salud (19).

De esta forma, la crisis reforzó un silencioso proceso de privatización del sistema de salud venezolano que, bajo una administración inconsistente, no ha sido objeto de una reforma profunda y sustentable, orientada a la universalización del acceso y la garantía del derecho a la salud. Así, el sistema de salud de Venezuela ha quedado como un paciente sin remedio (19).

En este mismo marco, se hace evidente la necesidad de establecer mecanismos para definir prioridades en la asignación de recursos, que deberán basarse en criterios de necesidades de salud y costo-efectividad de las intervenciones, y no sólo en criterios políticos.

Otro reto importante es mejorar los sistemas de información y reformular los mecanismos de rendición de cuenta y de evaluación de políticas. El Ministerio Popular para la Salud (MS), elabora boletines y anuarios epidemiológicos, boletines de alerta epidemiológica,

estadísticas vitales y anuarios de mortalidad. Sin embargo, existe un rezago importante en la información nacional. Las últimas estadísticas demográficas disponibles corresponden al XIV Censo Nacional de Población de 2011 y sus estimaciones, mientras que el último boletín epidemiológico y el último anuario de mortalidad publicado en la página del MS corresponden al año 2016 y 2014 respectivamente. Venezuela tampoco cuenta con encuestas nacionales de salud y nutrición que permitan tener información actualizada y oportuna para la toma de decisiones con base en evidencias (20).

Está en discusión, como parte del anteproyecto de ley, la creación de un Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) encargado de recolectar y analizar la información sobre epidemiología, programas y servicios de salud, costos y gastos del sector salud.

Por su parte, el sector salud a pesar de los logros alcanzados sigue mostrando debilidades (21), no solo para atender si no para entender los problemas sociales que impactan la salud de la población. Se aprecia deficiencia de recurso humano capacitado, prevalencia de modelo medicalizado, fragmentación del sector, dificultades para el trabajo intersectorial articulado y presupuesto destinado mayoritariamente al gasto en recursos humanos y funcionamiento de hospitales. Además, baja asignación presupuestaria para las acciones de promoción de estilos y condiciones de vida saludables y de atención al medio ambiente.

No obstante, el sector tiene entre sus fortalezas una férrea voluntad política por transformarlo en un sistema basado en la atención primaria de salud, con énfasis en la promoción y prevención, conformado en redes de salud imbricadas en redes sociales, con alta participación ciudadana corresponsable, Academias y ONG's, puntos claves para la acción intersectorial.

Para González (22), “no hay nada más urgente en la atención que debe prestar un sistema de salud, que garantizar la cobertura y calidad de los servicios a las personas por aquellas causas de enfermedad o mortalidad. Esto es especialmente crítico cuando las personas enfermas son pobres o están desprovistas de los más elementales medios para la subsistencia. En esas condiciones la enfermedad siempre será más urgente”.

Las reformas claves del sistema de salud tampoco se han concretado. La retardada modificación del marco legal ha sido una característica del último lustro. Es conveniente reafirmar que dichos cambios deben realizarse en tres áreas fundamentales: financiamiento, organización, y prestación de servicios (22).

Urge así mismo, resolver la escasez de médicos, enfermeras y personal de salud en general en el país, que se ha acrecentado con la presencia de los médicos de otras nacionalidades, que no llegaron para quedarse. La migración del personal médico calificado y los cambios en el perfil nutricional, demográfico y epidemiológico de la población, ponen en riesgo la prestación de servicios de calidad a fin de atender la salud poblacional y afecta la capacidad de cobertura poblacional del sistema de salud para responder a los desafíos que enfrenta la nación en este orden, tales como: una reducida disponibilidad de médicos, con una elevada escasez de estos profesionales en algunas especialidades, el deterioro de las condiciones laborales del personal de salud., lo que ha generado una emigración de expertos en esta área. Ante esta problemática el gobierno promulgó el nombramiento de un Estado Mayor de Salud (sin éxito) y un veto presidencial a la Ley Especial para atender crisis humanitaria en salud (19).

En los actuales momentos se ha incrementado levemente el interés por la promoción de la salud, debido a la visibilidad que han alcanzado los efectos de los estilos de vida en la salud pública. De manera que pudiera afirmarse que actualmente, ese tema forma parte de la conciencia colectiva en muchas comunidades y sociedades. Adicionalmente, desde la década de los noventa este aspecto le dio un relanzamiento a la salud pública, convirtiéndola en el foco del paradigma social del campo científico y tecnológico de las ciencias médicas.

Ahora bien, tanto las conceptualizaciones, como las prácticas de promoción de la salud, se orientan hacia varios elementos en la construcción de bienestar y salud de la población. Por lo tanto, avanzar hacia el desarrollo de esos elementos mejorará las prácticas de la salud pública, permitirá demarcar la salud de la enfermedad, transitando desde las concepciones patogénicas hacia la salutogénicas; así como concienciar a la población hacia la vinculación de la salud a la idea de bienestar.

Aun cuando buena parte de la comunidad y algunos de los profesionales de la salud, se refieren al término promoción en el sentido de hacer propaganda sanitaria o venta de las ideas sobre salud, igualmente persiste la creencia según la cual, la promoción de la salud se realiza exclusivamente con educación para la salud, hay evidencias, sin embargo, de que se han generado cambios conceptuales importantes. De manera, que las tendencias actuales bajo la perspectiva de la salutogénesis, se alinean hacia

estrategias activas para proteger y conservar la salud, no solo desde el campo de la salud, sino desde otros campos científicos y tecnológicos.

En este orden de ideas y con la intencionalidad de definir el tránsito entre salud y enfermedad se han formulado una serie de estrategias y áreas de acción de promoción de la salud, contenidas en la Carta de Ottawa, como son (23): 1) el establecimiento de políticas públicas saludables, 2) la creación de entornos que apoyen la salud, 3) el fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud, 4) el desarrollo de habilidades personales en salud, y 5) la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, acciones que trascienden el simple hecho de la educación para la salud.

Fortalecimiento del sistema de salud

Es importante señalar, que para Venezuela el hecho de asumir nuevos retos y tendencias en salud pública en el marco de sus determinantes socioculturales implica el fortalecimiento de su sistema de salud, información que emerge de la revisión realizada a partir de los referentes teóricos que guardan relación con la investigación.

En este orden de ideas, Carrillo Roa (19), define seis elementos básicos a considerar en el fortalecimiento de los sistemas de salud de diferentes maneras:

(1) Prestación de servicios, 2) Dotación de recursos humanos de salud, 3) Sistema de información sanitaria, 4) Medicamentos, vacunas y tecnologías, 5) Liderazgo y gobernanza, 6) Financiación del sistema.

Estos componentes coinciden en gran medida con los 13 desafíos que amenazan la sanidad en el planeta y que deben enfrentar las naciones, mencionados por la OMS; evidenciándose que el sistema público de salud venezolano mantiene una marcada segmentación financiera que profundiza la fragmentación organizativa de los servicios los cuales, en medio de una drástica reducción del gasto público, experimentan un problema de funcionamiento y operatividad en esta transición epidemiológica que vive la nación, afectando la cobertura de los servicios de salud públicos o privados (de la cual no se dispone de información precisa ni actualizada, debido a que cada institución cuenta con sistemas propios de registro que no están integrados y en la mayoría de los casos son poco confiables y están desactualizados) y la calidad de éstos (20).

Plantea Villasana (24), que este fortalecimiento del sector salud va de la mano de una aproximación crítica a la fragmentación y segmentación de los servicios de atención a la salud en Venezuela, y su relación con

el financiamiento y las políticas públicas de salud, de acuerdo con los postulados de una nueva mirada para integrar la salud colectiva y colaborar a su mejor comprensión como mecanismo para solventar el deterioro institucional y la falta de oportunidades en el marco de las inequidades que comprometen el derecho la salud de las personas.

Conclusiones

Abordar con propiedad el tema de salud pública desde la salutogénesis requiere un replanteamiento de la integración de lo biológico, cultural y social en salud, lo cual remite a la adopción de un enfoque de salud que trasciende la concepción biologicista del individuo, y no sujeto a la circunstancia del entorno.

De allí que se plantee la atención integral del individuo, la familia, la comunidad y los miembros del equipo de salud, para que en su conjunto sean resueltos los principales problemas mediante la formulación de estrategias que permitan asumir los nuevos retos y desafíos que la salud pública enfrenta en esta transición epidemiológica. Esto obliga a la sociedad a generar enlaces entre los organismos dispensadores de salud y la comunidad en general (25). Colmenares et al 2005).

En necesario, lograr la caracterización y el análisis de los factores determinantes que den cuenta de la complejidad del objeto de análisis, y de métodos y técnicas que permitan abordar estos fenómenos desde un punto de vista que trascienda lo exclusivamente disciplinario (26).

Resulta relevante entender cuál es el modelo teórico que subyace al análisis de la situación de salud para explicar dicha situación en una población, puesto que el enfoque basado en los factores sociales determinantes de la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la llamada medicina social latinoamericana, implica supuestos diferentes para la comprensión del proceso de salud y enfermedad y, por lo tanto, una aproximación distinta a la recolección de los datos y a su análisis, así como a las causas de las desigualdades en salud, lo cual necesariamente establece diferencias sustanciales a la hora de adoptar decisiones.

A tales efectos, se mantiene la propuesta de:

1) Exigir al Estado Venezolano el cumplimiento estricto de la garantía de la efectividad del derecho a la salud, basado en principios éticos y de acuerdo a lo contemplado en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Para lo

cual es fundamental, la creación y puesta en marcha del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), según los principios y características establecidas en el artículo 84 de la Constitución vigente, ya que a decir de Díaz y Borges (27) “las condiciones en que se están prestando servicios de salud en la Venezuela actual no permiten siquiera referirnos al conjunto de establecimientos prestadores como un sistema”.

- 2) Conocer el estado de las enfermedades emergentes que permita la toma de medidas pertinentes.
- 3) Restaurar todo el Sistema de Información Epidemiológica Nacional y su publicación veraz y oportuna, lo cual demanda la restitución de los Anuarios Epidemiológicos.
- 4) Diseñar un nuevo Modelo de Salud Enfermedad fundamentado en la cultura de la prevención, educación y promoción; así como en la definición de una política pública que considere en su formulación, los determinantes sociales y culturales de la población venezolana.
- 5) Retomar los programas preventivos y restitutos de la salud, basados en una concepción holística de la misma.
- 6) Enfatizar la importancia del programa de atención a la madre y al niño desde el momento de la concepción hasta los dos años de vida, período identificado como una ventana crítica y de oportunidades, que traza el escenario para el desarrollo intelectual y de salud a lo largo del ciclo de vida del individuo (primeros 1000 días de vida). En esta etapa de la vida, subyacen una serie de elementos que se convierten en determinantes de la salud del adulto e inciden, de no darse la protección adecuada, en el incremento de indicadores de salud negativos como la mortalidad materna y neonatal (28).
- 7) Recuperación y reorientación inmediata de la operatividad de todas las instituciones dispensadoras de salud del país.

Citando de nuevo a González (22) en el accionar de un mejoramiento de las políticas de salud con el ciudadano como eje central de la inquietud, es forzoso adoptar un paralelismo de los elementos urgentes e importantes. Es tarea de todos los entes sociales y gubernamentales que hacen vida en el país, la cooperación y contribución en la búsqueda de nuevos horizontes para la reactivación del aparato productor de la salud en todas sus dimensiones, a fin de solventar los bajos niveles de desempeño presentes en la actualidad.

Por último, es prioritario contar con una ley orgánica de salud vigente, que sea consistente con los principios establecidos en la Constitución Nacional. A través de esta ley se deben activar los mecanismos para reducir la exclusión y las desigualdades, dando prioridad a los derechos a la salud y la vida contemplados en los artículos 83 al 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (29), así como dar viabilidad financiera al SPNS y a su respectivo anteproyecto de Ley.

Agradecimientos

Las investigadoras dejan constancia de su agradecimiento por la colaboración de árbitros y colegas que aportaron su conocimiento y tiempo en la revisión de este manuscrito propuesto a la revista. Sus comentarios críticos contribuyeron a mantener la calidad del mismo y al desarrollo de nuestra disciplina en un ambiente de pluralidad.

Referencias

1. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR. 2020 ene; 5(1). <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
2. Méndez B, Orfila J. Aproximación a la problemática de salud y sus determinantes socio-culturales en la Venezuela del 2018. Revista de la Facultad de Medicina 2019; 42 (2):59-88.
3. Yepes, CE, Marín, YA. Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia Biomédica, abril-junio, 2018; 38 (2): 162-172
4. Duarte Nunes E. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. Salud Colectiva, 2014 enero – abril; 10(1):57-65. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2014.v10n1/57-65/es>
5. Mejía Reyes P, Hurtado Jaramillo A, Liliana Rendón Rojas L. Efecto de factores socio-económicos y condiciones de salud en el contagio de COVID-19 en los estados de México. Contaduría y Administración. Especial COVID-19, 2020; 65 (5):1-20
6. Suárez Larreynaga CL, Berdasquera Corcho D. Enfermedades emergentes y reemergentes: Factores causales y vigilancia. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6):593-7
7. UN 2020 Naciones Unidas. Noticias ONU. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década. 13 enero 2020. Salud. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872>
8. Artiles Visbal L., Otero Iglesias J. y Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008: 31-50.

9. Schuster A, Puente M, Andrada O y Maiza M. La metodología cualitativa. Herramienta para investigar los fenómenos que ocurren en el aula. *La Investigación Educativa. Revista Electrónica Iberoamericana de Educación en Ciencias y Tecnología.* 2013; 4 (2): 116-123
10. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana.*2011; 28(4): 237-241.
11. Casado LR y Valls EM. Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Rev enfermería Global.* 2014; 13 (34): 384-394.
12. Shmarina E, Ericson D, Åkerman S & Axtelius B. Salutogenic factors for oral health among older people: an integrative review connecting the theoretical frameworks of Antonovsky and Lalonde, *Acta Odontologica Scandinavica,* 2021;79 (Issue 3): 218-231, DOI: 10.1080/00016357.2020.1849790.
13. Galli A Pagés M y Swieszkowski S. Factores determinantes de la salud. *Residencias de Cardiología. Contenidos Transversales. Sociedad Argentina de Cardiología [Internet]* 2017. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-deter>.
14. Durán Castillo MJ. Determinantes Sociales de la Salud. *Med Interna* 2019; 35(2):57-58
15. Heimburg D. Public Health and Health promotions: A salutogenic Approach. Thesis submitted for the Master Degree in Health Science. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2010.
16. World Health Organization. (2007). *Social Determinants of Health Report of a Regional Consultation Colombo, Sri Lanka.* 2007 October 2-7.
17. Landaeta-Jiménez M, Herrera M, Ramírez G, Vásquez M. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Venezuela 2016: alimentación. Disponible en: <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/>
18. CENDAS. Resumen Ejecutivo. Canasta Básica de los trabajadores julio 2021. Disponible en: <http://cenda.org.ve/noticias.asp>
19. Carrillo Roa A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(3): e00058517 doi: 10.1590/0102-311X00058517
20. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2: S275-S286.
21. Hernández Muñoz T. Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2010; 36(4):366-371
22. López-Loyo E, Oletta JF, González R MJ, Francisco J, Sorgi Venturoni M. Responsabilidad Social Institucional (RSI). Experiencias en el entorno de una emergencia política compleja. *Gac Méd Caracas* 2018;126(1):52-78.
23. Orfila J. y Sequera L. Promoción de la salud. Construyendo objetos de aprendizaje en salud pública. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública.* 2013; 85 (1): 6-20
24. Villasana P y Caraballo JJ. El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva. *Salud trab. (Maracay)* 2019 ene-jun 27; (1): 51-64
25. Colmenares IR, Rincón MT, Ochoa H. La política de salud en Venezuela en el gobierno de Hugo Chávez. *Saber Revista Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente.* 2005 julio-diciembre; 17(2): 202-214.
26. Yanes, M. El silencio epidemiológico oficial. *PROVEA [Internet]* 2016. Disponible en : <https://www.derechos.org.ve/opinion/elsilencio-epidemiologico-oficial>.
27. Díaz Polanco, J y Borges Guitian, S. Institucionalidad y rectoría de los sistemas de salud: el caso venezolano. *CDC [online].* 2010; 27 (75): 73-94. <https://bit.ly/3tx2NpK>
28. Herrera M. Los primeros mil días de vida. *Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría [Internet]* 2018. <https://bit.ly/33lKeu5>
29. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860,* 30 de diciembre de 1.999. Caracas, Venezuela

Recibido: 11-10-2021

Aceptado: 07-01-2022

Programas de Protección Nutricional de la Agenda Venezuela

España Marco Papatterra¹.

Introducción: Venezuela ha pasado a ser un país asimétrico, con grandes desigualdades y la inseguridad alimentaria familiar constituye quizás el problema nutricional más importante. En 1996, se comenzó a implementar la “Agenda Venezuela”, la cual tiene un componente de protección social, que incluye 14 programas, para compensar a los grupos de población más desfavorecidos por las medidas económicas. **Objetivo.** Describir y analizar las fortalezas y debilidades de los programas de la Agenda, más vinculados con la situación nutricional. **Materiales y métodos.** Se basó en el análisis de informes presentados por los organismos ejecutores, de una encuesta de opinión realizada en Caracas, además de entrevistas a coordinadores de los programas. Se examinaron los programas: alimentos estratégicos, subsidio familiar, alimentación escolar, merienda y comedores escolares, hogares y multihogares de cuidado diario. **Resultados.** Las debilidades más comunes son: deficiente evaluación y apoyo educativo, escasa cobertura, solapamiento de beneficiarios, problemas de tipo logístico y presupuestario. A pesar de la fuerte inversión de recursos, el déficit nutricional en menores de seis años presenta una tendencia ascendente, lo cual reitera que los problemas nutricionales son multicausales y requieren de políticas sociales integrada, estables en el tiempo y focalizadas en los grupos más vulnerables. **Conclusiones.** Esta situación obliga a replantearse los programas en función a la pertinencia, factibilidad, costo-eficiencia e impacto y ha reiterado, la necesidad de un proceso de descentralización para otorgar más responsabilidad y poder de decisión a los gobiernos estatales, municipales y a la comunidad organizada y lograr un mayor impacto en la población objetivo y su contexto. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 93-104.*

Palabras clave: programas nutricionales, subsidios nutricionales, grupos vulnerables, políticas públicas.

Nutritional protection programs of the Venezuela Agenda

Introduction. Venezuela has become an asymmetric country, with great inequalities and family food insecurity is perhaps the most important nutritional problem. In 1996, the “Venezuela Agenda” began to be implemented, which has a social protection component, which includes 14 programs, to compensate the most disadvantaged population groups for economic measures. **Objective.** Describe and analyze the strengths and weaknesses of the Agenda programs, more linked to the nutritional situation. **Materials and methods.** It was based on the analysis of reports submitted by the executing agencies, an opinion poll conducted in Caracas, as well as interviews with program coordinators. The programs were examined: strategic food, family subsidy, school feeding, snack and school canteens, daily care homes and multi-homes. **Results.** The most common weaknesses are poor evaluation and educational support, poor coverage, overlapping beneficiaries, logistical and budgetary problems. Despite the strong investment of resources, the nutritional deficit in children under six years of age shows an upward trend, which reiterates that nutritional problems have multiple causes and require integrated social policies, stable over time and focused on the most vulnerable groups. **Conclusions.** This situation forces us to reconsider the programs based on their relevance, feasibility, cost-efficiency and impact and has reiterated the need for a decentralization process to grant more responsibility and decision-making power to state and municipal governments and to the organized community and achieve a greater impact on the target population and its context. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 93-104.*

Keywords: nutritional programs, nutritional subsidies, vulnerable groups, public policies.

Introducción

La problemática alimentaria nutricional es considerada actualmente de tanta importancia, que ha salido del marco netamente técnico en que tradicionalmente se manejaba, para llegar al más alto nivel de decisión

política. Esto significa que en la estrategia de desarrollo de prácticamente todos los gobiernos debe plantearse la necesidad de armonizar el crecimiento económico con el mejoramiento de la calidad de vida en general y del estado nutricional en particular.

En Venezuela coexisten problemas de malnutrición tanto por déficit, como por exceso, en el primer grupo se encuentran los relacionados con la desnutrición actual, la desnutrición crónica y las deficiencias de

¹Profesor Asociado. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad Central de Venezuela. Master of Public Health Berkeley. University of California. Trabajo presentado en el XI Congreso Latinoamericano de Nutricionistas y Dietistas. Montevideo, Uruguay. 16 al 20 de noviembre 1998. Correspondencia: España Marco, e-mail: espamarco@gmail.com

micronutrientes y en el segundo, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. La inseguridad alimentaria familiar constituye quizás el problema nutricional más importante, y se manifiesta en el desequilibrio entre la capacidad de compra y el precio de los alimentos.

En los últimos años, según Bengoa, el país pasó de ser socialmente simétrico a ser un país asimétrico. “Era pobre en su conjunto, sin grandes contrastes”. Se han venido utilizando tres metodologías para cuantificar la pobreza, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Líneas de pobreza (LP) y el método de Graffar adaptado por el Dr. Hernán Méndez Castellano. Sin embargo cualquiera que sea el método utilizado, la constante encontrada ha sido un aumento de la pobreza fruto de una crisis socioeconómica que tiene su punto de partida en la década de los ochenta. Se ha producido un deterioro de los servicios, especialmente de educación y salud, ha aumentado el ausentismo escolar y se ha deteriorado el salario real de los trabajadores (1).

Según el método de LP, el porcentaje de hogares en situación de pobreza extrema era de 19,6 % en 1980 y de 21,6 % en 1994. De acuerdo con el método de NBI de 40,7 % y 48,9 % en los dos años citados y según Graffar, para 1993, la pobreza estructural (es decir familias en el estrato V) afectaba al 40,3 % de las familias venezolana.

El Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) del Instituto Nacional de Nutrición reportó en el período 1990-1996, que el porcentaje de desnutrición aguda en los menores de 15 años descendió ininterrumpidamente hasta 1994, luego se estancó y se incrementó lentamente en 1995 y 1996 de 16,2 % en 1990 a 11,4 % en 1994, luego 11,9 % en 1996 y bajó a 11,6 % en 1997 (2,3).

Para el conjunto de los menores de 15 años se desacelera el deterioro nutricional agudo, pero al analizar por grupos de edad, se evidencia que el déficit crónico se mantiene en situación de vulnerabilidad que se incrementa con el tiempo.

En los menores de 2 años, la desnutrición global, según peso-edad pasa de 12,7 % (1993) a 14,24 % (1997) y en los 2-6 años de 23,7 % a 24,3 % en los dos años citados.

En relación con la mortalidad por desnutrición puede señalarse que comenzó a ascender a partir de 1984, y en el año 1990 alcanzó una tasa de 4,6 por 100 000 habitantes, disminuyó en los dos años siguientes y comenzó a incrementarse nuevamente hasta llegar a 1 050 defunciones en 1995, para una tasa de 4,8 por 100 000 habitantes si se analiza esta última cifra por grupos de edad, la tasa mayor se produjo en los menores

de un año, con 411 defunciones para una tasa de 78,9 por 100 000 Nacidos Vivos Registrados (4-6).

Es perentorio pues, para Venezuela romper el círculo vicioso pobreza-desnutrición y como señala Monckeberg de Chile el mejoramiento nutricional es esencial para poder salir de la pobreza.

Superar los problemas nutricionales implica que deben realizarse intervenciones para producir y disponer de más alimentos, supone el poder distribuirlos con equidad, que exista una real capacidad económica para adquirirlos, que las condiciones de salud, vivienda y de saneamiento contribuyan a una aceptable utilización de los mismos, que se pueda garantizar educación nutricional a toda la población, atención nutricional específica a los grupos de mayor riesgo y un sistema de vigilancia alimentaria nutricional que permita detectar los problemas a tiempo para aplicar los correctivos que hubiera a lugar.

El objetivo de este trabajo es describir y analizar los programas de protección nutricional de la Agenda Venezuela ejecutados por el gobierno venezolano para mantener y/o recuperar el estado nutricional de los grupos más vulnerables de la población y proponer recomendaciones para mejorar su rendimiento y eficacia (7,8).

La recolección de la información se efectuó mediante entrevistas estructuradas a personal participante en los programas a nivel nacional. Revisión de informes presentados por la Comisión Nacional de Seguimiento de los programas sociales y la revisión de una encuesta de opinión sobre los programas realizada en Caracas (UCAB- Ministerio de la Familia 1998 9-12).

Antecedentes de los Programas de Protección Nutricional en el País

Se inician a principio de este siglo, con el programa de Sopas Populares, el cual se amplía en 1937 cuando se crea la primera Comisión Nacional de Alimentación en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se expanden en el año 1946 con el programa de Comedores Escolares y cobran mayor impulso a partir de 1949 cuando se fundó el Instituto Nacional de Nutrición.

En el transcurso de estos casi 50 años, se han implementado programas con objetivos diversos tales como: Mejorar la calidad adquisitiva de alimentos. Proteger y recuperar el estado nutricional de grupos específicos. Educar sobre salud y nutrición. Captar y mantener a los niños en el sistema de educación formal.

Algunos programas de larga data en el país han desaparecido tales como: Protección Nutricional a las Embarazadas mediante el suministro de polivitaminas y sulfato ferroso, el de PL (Producto Lácteo) dirigido a los preescolares, el de Protección Nutricional a la Familia (PROALIFAM), en el cual se subsidiaba o donaba un grupo de alimentos considerados prioritarios a las familias de menores recursos económicos, unos programas se han mantenido a través del tiempo, como el de Comedores Escolares y se han creado otros.

La Agenda Venezuela. Concepto. El Componente Social

Antecedentes. En el año 1993 el actual Presidente de la República, para ese entonces candidato presidencial presentó su “Carta de Intención con el pueblo de Venezuela” en un marco económico, político y social bastante delicado, caída del ingreso real de los trabajadores, inestabilidad del signo monetario, inflación creciente, endeudamiento y déficit fiscal.

En el año 1994, presentó “Mi compromiso de solidaridad” con el cual se denominó a los objetivos centrales de la política económica, en el cual se consideró necesario tomar una serie de medidas sociales para tratar de disminuir el impacto de los ajustes económicos en la población de menores recursos y se elaboró un plan de 23 Programas que abarcaban las áreas de alimentación y salud, y seguridad social entre otros; a finales de ese mismo año se dio a conocer el Programa de Estabilización y Recuperación de la Economía (PERE), teniendo como uno de sus objetivos “Mejorar la calidad de vida de la población”.

En febrero de 1995 fue presentado el IX Plan llamado “Proyecto País” con la propuesta de 5 líneas de acción: 1.- La economía competitiva con equidad social, 2.- Solidaridad social, 3.- La reforma del estado, 4.- La reforma de la educación, 5.- La inserción del país en la economía global. Se tomaron unas series de medidas en cada una de estas áreas.

Finalmente, el 15 de abril de 1996, el Presidente anunció el conjunto de medidas “que consideraba necesarias para asegurar la estabilidad en la recuperación económica del país”, llamada Agenda Venezuela, la cual ha sido definida como “un conjunto coherente de políticas orientadas al crecimiento económico sostenido en un ambiente de estabilidad social y política” involucra los programas de Estabilización Macroeconómica, Reformas Institucionales, Atención Social y Reestructuración Productiva.

En este trabajo solamente se enfocará lo referente al Componente Social. Este componente trata de distribuir las cargas sociales que implica un programa de ajustes, entre el conjunto de la población y de compensar a aquellos grupos que tienden a sufrir los mayores impactos coyunturales de este tipo de medidas.

Algunos autores han señalado que hay suficiente evidencia empírica para afirmar que existe un alto riesgo de deterioro nutricional en las poblaciones como consecuencia de los programas de ajuste macroeconómico. Aún cuando hay contadas investigaciones científicas y estudios epidemiológicos de causalidad que relacionen el ajuste macroeconómico con la desnutrición, algunos hechos permiten afirmar lo siguiente:

1. El estado nutricional está influenciado entre otros factores por la salud, y la salud está relacionada con la disponibilidad y accesibilidad a adecuadas condiciones de saneamiento ambiental y con la existencia y servicios de programas de salud, generalmente en período de ajustes existe una contracción del gasto social y del gasto de salud.
2. El estado nutricional está relacionado también con la ingesta y la disponibilidad de alimentos y con la capacidad de la familia para adquirirlos. Las políticas de ajuste pueden provocar cambios en las oportunidades de empleo, en las condiciones de salario de los trabajadores, especialmente en las mujeres.
3. El ingreso familiar y el costo de bienes y servicios, también se ven afectados.

La Agenda Venezuela creó o fortaleció un grupo de 14 programas de los cuales se analizarán seis que se mencionarán en primer lugar, por estar más vinculados con la situación nutricional. Estos son: 1.- Subsidio Familiar, 2.- Programa Alimentario Estratégico (PROAL), 3.- Programa Alimentario Escolar (P.A.E), 4.- Programa Especial de Merienda (P.E.M) y Comedores Escolares, 5.- Programa Alimentario Materno Infantil (P.A.M.I) y 6.- Hogares y Multihogares de Cuidado Diario.

Los otros ocho programas que incluyó la Agenda Venezuela son: Dotación de uniformes Escolares, Suministro de Medicamentos, Dotación de Material Médico Quirúrgico, Subsidio al Pasaje Estudiantil, Capacitación y Empleo Joven, Protección al Anciano, Fortalecimiento Social, Incremento de Ingresos a los Pensionados por Vejez.

En el país existen otros programas de protección

nutricionales tales como: Comedores Populares e Individuales, Comedores Especiales en escuelas Técnicas y Liceos, servicios de Educación y Recuperación Nutricional.

A continuación se presentan para cada programa, la descripción, población objetivo, organismos responsables, datos estadísticos y principales fortalezas y debilidades.

Programas de Protección Nutricional

1.- Programa: Subsidio familiar

Descripción. Tiene su origen en el Programa Beca Alimentaria. Es un Programa de carácter coyuntural dirigido a la protección del ingreso de los grupos familiares de mayor vulnerabilidad social y económica, cuyos hijos cursan estudios regulares en los niveles de Educación Preescolar, Básica (1ro a 6to) y la modalidad de Educación Especial en escuelas públicas. Los representantes de los niños reciben una asignación de Bs. 9.600 por alumno, cada dos meses, hasta un máximo de tres niños por grupo familiar.

Población. Inicialmente estuvo dirigido para atender los aspectos nutricionales de los alumnos cursantes de los grados arriba mencionados, actualmente se coloca como población objetivo al grupo familiar al cual pertenecen los niños seleccionados.

Los objetivos son: fortalecer el ingreso familiar, contribuir en parte a la satisfacción de las necesidades básicas de la familia y fomentar la permanencia del escolar en el sistema educativo.

Base legal: Decreto Nro. 146 de fecha 26/04/1989, publicado en Gaceta Oficial Nro. 34209 de fecha 29/04/1989. Mediante el cual se creó el Programa Beca Alimentaria.

Organismo responsable: Ministerio de Educación el cual define tres niveles organizativos:

- 1.- Central, a través de la Dirección General Sectorial Servicios y la Oficina de Asuntos socio educativos,
- 2.- Estatal, a través de una Comisión zonal integrada por representantes del Ministerio de Educación y de las Gobernaciones y Alcaldías,
- 3.- Local, funciona con comisiones locales integradas por directivos de los planteles seleccionados, miembros de Asociaciones Civiles, de las Comunidades Educativas y Asociaciones de Vecinos.

Estas Comisiones son consideradas de vital importancia en el suministro de información sobre la matrícula escolar, control de los pagos, correcciones en las listas de beneficiarios y de planteles.

Procedimiento: los planteles seleccionados elaboran los listados de todos los alumnos inscritos, todos son beneficiarios, con la excepción como ya se mencionó antes, de un máximo de tres niños por grupo familiar, los pagos se realizan en entidades bancarias y fechas seleccionadas.

Existe un manual de procedimientos. A este programa se le asignaron 178.560 millones de bolívares en 1996, lo que representa más del 45 % de los recursos destinados a los programas sociales y para atender a 3 millones 200 mil escolares.

En 1997, el programa tuvo un presupuesto asignado de Bs. 172.299.734.400 del cual se ejecutó el 97 %. La población objetivo fue de 3.294.000, la meta 3.033.889 escolares y se atendieron 2.892.202 para un 95 % de cobertura. El programa tiene bajos gastos de funcionamiento, 0,3 %. Las principales fortalezas del programa son la cobertura y la participación de la comunidad educativa y la contribución al ingreso familiar.

Las debilidades varían de una entidad federal a otra, principalmente son: las familias no le dan el uso debido al subsidio, es derivado a otros gastos superfluos, no existen mecanismos adecuados de supervisión, cobro repetido del subsidio en varios planteles por un solo representado. Los datos no siempre se ajustan a la realidad.

2. Programa estratégico de alimento (P.R.O.A.L.)

Descripción: consiste en subsidiar un 40% del precio de venta al público de seis productos considerados estratégicos por su aporte calórico y proteico y de alto consumo en sectores populares. Estos alimentos son: harina de maíz precocida, aceite vegetal, arroz, granos (caraotas negras, frijoles, quinchonchos), sardinas enlatadas y leche en polvo y son expendidos en bodegas ubicadas en zonas urbano-marginales, y rurales las cuales se han insertado en el programa. A los bodegueros se les asegura un margen de ganancia hasta de un 10%. La reducción de los precios se hace posible mediante el subsidio directo.

Población objetivo: población en situación de extrema pobreza.

Organismo responsable: Ministerio de Agricultura y Cría.

Participantes: productores de alimentos, red de abastecimientos y servicios, la red privada de mayoristas y minoristas, los puntos de venta final de los alimentos y los consumidores.

Marco legal: creado mediante Decreto presidencial N° 1301 del 24/04//1996.

Datos estadísticos 1997: opera en 21 Entidades Federales, extendido en 199 municipios con 155 centros de acopio que surten a 14.434 bodegas y casa / bodegas integradas al programa, las cuales estén ubicadas en 6.700 comunidades urbano-marginales.

Datos del presupuesto y cobertura del P.R.O.A.L.

Presupuesto asignado	Bs. 25.323.670.892
Presupuesto ejecutado	Bs. 23.664.210.000
Porcentaje	93%
Población objetivo	9.305.376
Población meta	4.817.329
% en relación a la meta	85%
Gastos de funcionamiento	Bs.300.230.000
Porcentaje	1%

Principales fortalezas: 1.- Contribuye al mejoramiento de la situación nutricional de las familias participantes en el programa, 2.- Promueve la participación comunitaria organizada en función de la generación de respuestas locales para el abastecimiento alimentario, 3.- Elaboración de material de apoyo, recetas tradicionales de Venezuela para promover distintas preparaciones de los alimentos involucrados en el programa.

Principales debilidades: 1.- Irregularidades en las transferencias de los recursos asignados al programa, situación que afecta la programación, 2.- escasa cobertura, 3.- en algunos estados no se ha logrado implementar, 4.- problemas logísticos, 5.- carencia de transporte de los centros de acopio a las bodegas, 6.- baja capacidad de compra de los productos tanto por el centro de acopio, como por los dueños de bodegas y las familias, 7.- escasa actividad educativa.

3. Programa Especial de Merienda (P.E.M.) y Comedores Escolares

3.1. Programa Especial de Merienda (P.E.M.)

Descripción: consiste en la distribución de una arepa elaborada con 50 gramos de harina de maíz precocida enriquecida, a la cual se añade un relleno de 20 gramos

de algún alimento proteico y un vaso de leche o bebida láctea, con el fin de cubrir un 25% del requerimiento calórico y el 46% del requerimiento proteico. Se inició en 1996.

Los alimentos son elaborados por las llamadas madres procesadoras, quienes reciben los insumos necesarios y una ayuda económica. Cuando los niños no son institucionalizados, la comida se proporciona en lugares de la comunidad.

Población objetivo: niños de 2 a 6 años institucionalizados o no, residentes en zonas económicamente deprimidas.

Objetivos: 1.- Proteger nutricionalmente a los niños de 2 a 6 años que no son atendidos por otros programas sociales, 2.- estimular la participación de la comunidad, 3.- impartir educación nutricional a los representantes de los beneficiarios, así como al personal involucrado en la ejecución.

Organismo responsable: Instituto Nacional de Nutrición

3.2 Comedores escolares (C.E)

Descripción: consiste en el suministro de un almuerzo de lunes a viernes a la población en edad escolar inscrita en las Escuelas de Educación Básica, este almuerzo suministra de un 35% a 40% de los requerimientos calóricos diarios. Es uno de los programas más antiguos en el país, se inicia en 1946. Son seleccionados los niños que presentan déficit nutricional, que vivan muy retirados de la escuela o con problemas socio económicos.

Objetivos: 1- contribuir al desarrollo físico y mental de los niños, 2- reducir los índices de morbi-mortalidad por carencias nutricionales, 3- contribuir a la formación de adecuados hábitos alimentarios, 4- contribuir con la permanencia del niño en la escuela.

Organismo responsable: Instituto Nacional de Nutrición, se ha venido efectuando la transferencia de comedores al Ministerio de Educación para atender al Programa Alimentario Escolar.

Datos estadísticos 1997: el presupuesto asignado para ambos programas fue de Bs. 36.404.327.096, se ejecutaron Bs. 29.093.593.932 (80%).

La población objetivo: 3.322.650 niños, la meta: 1.062.447 niños y fueron atendidos 1.116.431 para un cumplimiento de 111% la explicación de la elevación de la meta es que se lograron hacer ahorros en la compra de alimentos que permitieron cubrir un mayor número de beneficiarios. Los gastos de funcionamiento son

bastantes elevados 32%, especialmente el de Comedores Escolares.

Principales fortalezas: 1- estimula e incorpora a la comunidad organizada, 2- beneficia a niños que todavía no están en el sistema educativo, 3- favorece el grupo familiar, mediante el pago que reciben las madres procesadoras.

Comedores escolares tiene una trayectoria de muchos años, es ejecutado y supervisado por personal capacitado en cada entidad federal. Tiene infraestructura, local, utensilios de cocina.

Principales debilidades PEM : 1- irregularidad en la distribución de los insumos por parte de las empresas participantes, lo cual trae daños en los productos, 2- fallas de tipo logístico, especialmente de transporte para hacer supervisiones, 3- poca capacidad de almacenamiento de los alimentos en las unidades de nutrición de las entidades federales.

Principales debilidades CE: 1- alto gasto de funcionamiento, 2- funciona apenas un promedio de 100 días al año, 3- muy baja cobertura.

4. Programa Alimentario Escolar (P.A.E.)

Descripción: es un programa pedagógico de carácter estructural, el cual permite desarrollar en los niños una cultura alimentaria, mediante la aplicación de estrategias educativas por parte del docente.

Se proporciona a los niños un desayuno o merienda reforzada, o un almuerzo que proporciona el 30-40% respectivamente del requerimiento calórico y proteico mediante diversas modalidades.

La elección del tipo de modalidad está condicionada por las características físicas, estructurales, geográficas, organizativas, de infraestructura de servicios y equipos de cada plantel. Estas son, Cocina Escolar, Cocina Familiar, Comedores Escolares, Microempresas, Contratación de servicios con comedores populares del I.N.N o particulares.

Población objetivo: alumnos cursantes de los niveles de educación preescolar, de educación

básica del 1° a 6° grado y de la modalidad de educación especial, inscritos en los planteles oficiales y los planteles privados que atienden alumnos de bajos recursos económicos.

Organismo responsable: Ministerio de Educación.

Participantes: Ministerio de Educación, con el apoyo de Gobernaciones, Alcaldías, I.N.N, Ministerio de Sanidad

y Asistencia Social, Ministerio de Agricultura y Cría, Asociaciones Civiles.

Marco legal: Decreto 1376, Gaceta Oficial N° 35981 de fecha 18/06/1996. Normas que rigen el Programa de Alimentación Escolar.

Objetivos: Contribuir con el acceso, permanencia, rendimiento académico y prosecución de los alumnos en el sistema educativo, mediante el suministro de por lo menos una comida diaria, variada y adecuada.

Datos Estadísticos 1997 Programa Alimentario Escolar (P.A.E.)

Presupuesto asignado	Bs. 39.739.790.486
Presupuesto ejecutado	Bs. 39.739.790.486
Porcentaje	100%
Población objetivo	3.294.000
Población meta	1.092.012
Población Atendida	1.092.012
% en relación a la meta	100%
Gastos de funcionamiento	Bs.5.000.000
Porcentaje	0,01%

Fortalezas: 1- los docentes de las escuelas incorporadas al programa reciben adiestramiento sobre las Guías de Alimentación para Venezuela, 2- promueve la educación para la salud, en particular la educación en nutrición y desarrolla hábitos y conductas sociales y personales, 3- fomenta la organización y participación de la sociedad civil, especialmente en proyectos de apoyo al proceso educativo, 4- estimula las iniciativas locales desde el punto de vista económico y social (genera empleo).

Debilidades: 1- falta de coordinación y supervisión por parte de algunas zonas educativas, 2- solapamiento del programa (algunos planteles son beneficiados por varios programas, y otros planteles no tienen ninguno), 3- dotación insuficiente de los comedores, 4- falta de estímulo de las asociaciones civiles y del personal docente, 5- inadecuada selección, en ciertos casos de las madres procesadoras.

5. Programa Alimentario Materno Infantil (P.A.M.I.)

Descripción: es uno de los tres (3) componentes, (en conjunto con Atención en Salud y Educación y Promoción en Salud del Programa de Atención Materno Infantil). Consiste en el suministro de dos (2) kilos de leche en polvo o completa mensualmente a las

embarazadas, madres lactantes y niños de seis meses a dos años, y de lactovisoy a los niños de dos a seis años, que asisten a las consultas preventivas de los ambulatorios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Se inició en 1.989 como una experiencia piloto en el Estado Trujillo, y luego se fue extendiendo en todo el territorio nacional.

En 1.994 el PAMI rediseña su estrategia, se incorporan los dispensarios parroquiales, el mejoramiento de los aspectos educativos y la inclusión en los Multihogares de Cuidado Diario. A partir de 1.997 han establecido convenios con el Programa de Naciones Unidas para la dotación de 163 ambulatorios adscritos al MSAS y con la OPS para un plan de capacitación de recursos humanos.

Base legal: Decreto Presidencial N° 610, Gaceta Oficial N° 34358.

Objetivos: fortalecer y ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria de salud materno infantil de la población en riesgo socioeconómico y biológico con la finalidad de mejorar la calidad de vida y contribuir a disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad materno infantil y la prevalencia de desnutrición en el niño menor de seis años.

Población objetivo: embarazadas, madres lactantes y niños de seis meses a seis años de las zonas marginales, urbanas y rurales.

Organismo responsable: Fundación PAMI, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Datos estadísticos: a este programa se le asignaron en 1996 Bs. 9.432.000, lo que representa el 2,5 % de los recursos destinados a los programas sociales. El total de beneficiarios a ser atendidos fue de 500.000 prenatales, 30.000 postnatales, 190.000 infantiles, 240.000 preescolares.

Presupuesto del Programa Alimentario Materno Infantil (P.A.M.I.) 1997

Presupuesto asignado	Bs. 50.776.053.423
Presupuesto ejecutado	Bs. 45.031.355.206
Porcentaje	89%
Población objetivo	2.981.172
Población meta	418.201
Población atendida	296.894
% en relación a la meta	71%
% gastos funcionamiento	8%

Principales fortalezas: la principal fortaleza es el suministro de los productos a un sector de la población muy vulnerable a los problemas nutricionales y el fomento de la lactancia materna en los menores de seis meses.

Principales debilidades: las principales debilidades están en la discontinuidad en la entrega de los productos a los beneficiarios, desinterés por parte del personal de salud en el programa y falta de locales adecuados para las actividades de tipo educativo.

6. Programa Hogares y Multihogares de Cuidado Diario

Hogares. El programa se inició en octubre de 1974, como una dependencia para ese momento de la Fundación del Niño, Institución Privada presidida por la esposa del Presidente de la República.

El programa consiste en seleccionar viviendas de las propias comunidades donde se atienden hasta ocho niños de un mes a seis años de edad, de lunes a viernes en horario de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. A los niños se les garantiza atención de salud odontológica, alimentación (desayuno, almuerzo y merienda), aseo personal, juegos dirigidos y la atención de una madre cuidadora asesorada y supervisada.

Para ser madre cuidadora se requiere: ser madre o tener experiencia en el cuidado de niños, edad de 18 a 60 años, no tener más de dos niños menores de cinco años (hijos o familiares directos), tener buenas referencias en la comunidad.

La madre recibe como beneficios, una compensación económica, dotación de utensilios de cocina y otros materiales, capacitación en las áreas de salud, nutrición, atención de dos niños de su familia con financiamiento del programa, y mejoras en el ambiente físico de su hogar.

Las madres o representantes de los niños deben proporcionar información para la historia social y médica, asistir a las reuniones que convoque el promotor y cumplir con las citas médicas.

Multihogares. El programa se inició en 1990 y tiene la variante de atender a 30 niños en locales previamente acondicionados de la comunidad. Es ejecutado por organizaciones no gubernamentales previo cumplimiento de los requisitos establecidos.

Población objetivo: niños de un mes a seis años, residentes en las zonas de bajos ingresos.

Objetivos: 1- atender las necesidades de cuidado, nutrición, salud, educación y desarrollo psico-afectivo de niños pertenecientes a sectores de más bajos ingresos, 2- brindar a las familias de estos sectores, un subsidio que les ayude a cubrir las necesidades básicas de sus hijos, 3- fortalecer al grupo familiar, particularmente a las madres, en el proceso de formación de sus hijos, al prestarles apoyo y orientación para incrementar conocimientos, 4 -fortalecer la capacidad de la sociedad civil organizada para participar en acciones que propicien el desarrollo y el bienestar de la infancia.

Organismo responsable. Servicio Autónomo de Atención Integral a la Infancia y a la Familia (SENIFA) adscrito al Ministerio de la Familia.

Datos estadísticos: en 1996 la inversión prevista para el programa fue de Bs. 34.000.000 lo que representa el 8,9% de los recursos destinados a los programas sociales; la meta fue atender 350.000 niños distribuidos en 4.900 multihogares y 21.601 hogares de cuidado diario.

En 1997 el presupuesto asignado fue de Bs. 50.150.400.000, se ejecutaron 47.624.391.065 (95%), la población objetivo 1.758.159 niños, la meta 350.772, de los cuales se atendió el 100%.

Fortalezas: es uno de los programas más integrales y con mayores posibilidades para ser institucionalizados, se le ha dado bastante énfasis al componente educativo y se dispone de un manual con las Guías de Alimentación para Venezuela del niño menor de seis años.

Debilidades: baja cobertura, deserción por parte de las madres cuidadoras, falta de presupuesto, el bono de las madres cuidadoras es muy bajo, en ocasiones hay falta de coordinación entre el SENIFA, las Direcciones Regionales del Ministerio de la Familia y las ONG'S ejecutoras del programa.

La evaluación de programas sociales

La evaluación de programas sociales consiste fundamentalmente en la formulación de juicios de valor respecto a los logros obtenidos por un programa, basándose en determinados criterios. Ello implica disponer de información sobre el comportamiento de estos criterios, para estimar si se han alcanzado o no los estándares prefijados en cuanto al funcionamiento y los resultados del programa.

La evaluación tiene cabida en todas las etapas de una intervención, de allí que hay tres momentos que se pueden evaluar antes, durante y después de

la ejecución de la intervención, los cuales permiten conocer si el programa está bien diseñado, si funciona adecuadamente, si está cubierta la población objetivo y si se están logrando los efectos esperados (13).

Los tipos de evaluación más utilizados son: el monitoreo, seguimiento, la evaluación del impacto, la evaluación de resultados, el criterio del costo/beneficio/efectividad, como puede apreciarse en la siguiente figura 1.

La evaluación del componente social de la agenda Venezuela

La fuente principal de información son los documentos aportados por la Comisión Nacional para el seguimiento del Componente de Protección Social de la Agenda Venezuela, la cual analiza básicamente la implementación del proceso, y la ejecución presupuestaria. Esta comisión fue creada cuando la Presidencia de la República emitió el Decreto 1360 de fecha 5 de junio de 1996 y tiene como objeto conocer y evaluar los informes Técnicos del seguimiento de los programas elaborados por las instancias técnicas de CORDIPLAN y del Ministerio de la Familia. Sobre estas bases puede recomendar las acciones que estime pertinentes para mejorar los niveles de eficiencia y eficacia. La comisión debe recibir informes trimestrales, analizarlos, hacer recomendaciones y presentarlos al Presidente de la República, al Gabinete Social y a las Comisiones Permanentes de Finanzas y Asuntos Sociales de la Cámara del Senado y de Diputados del Congreso.

En febrero de 1998, la Comisión presentó el Tercer Informe Oficial correspondiente al año 1997. En el informe se incluyeron a- análisis de la ejecución física y presupuestaria, b- logros durante el año, c- nudos críticos de cada programa, en cuanto a los procedimientos, focalización, cobertura y población objetivo, d-evaluación, seguimiento y control, e- seguimiento de las recomendaciones del segundo informe oficial, f-recomendaciones.

Algunos aspectos del análisis de la ejecución física y presupuestaria y debilidades y fortalezas ya fueron mencionados en la descripción de los programas.

En cuanto a los logros obtenidos en 1997 se destaca que, se avanzó mucho en la descentralización de los programas, así como en la participación de los gobiernos estatales y municipales, que aportaron cantidades importantes a las suministradas por el gobierno nacional, especialmente en el PAE y en el PROAL. El Programa Especial de Merienda y Comedores Escolares logró

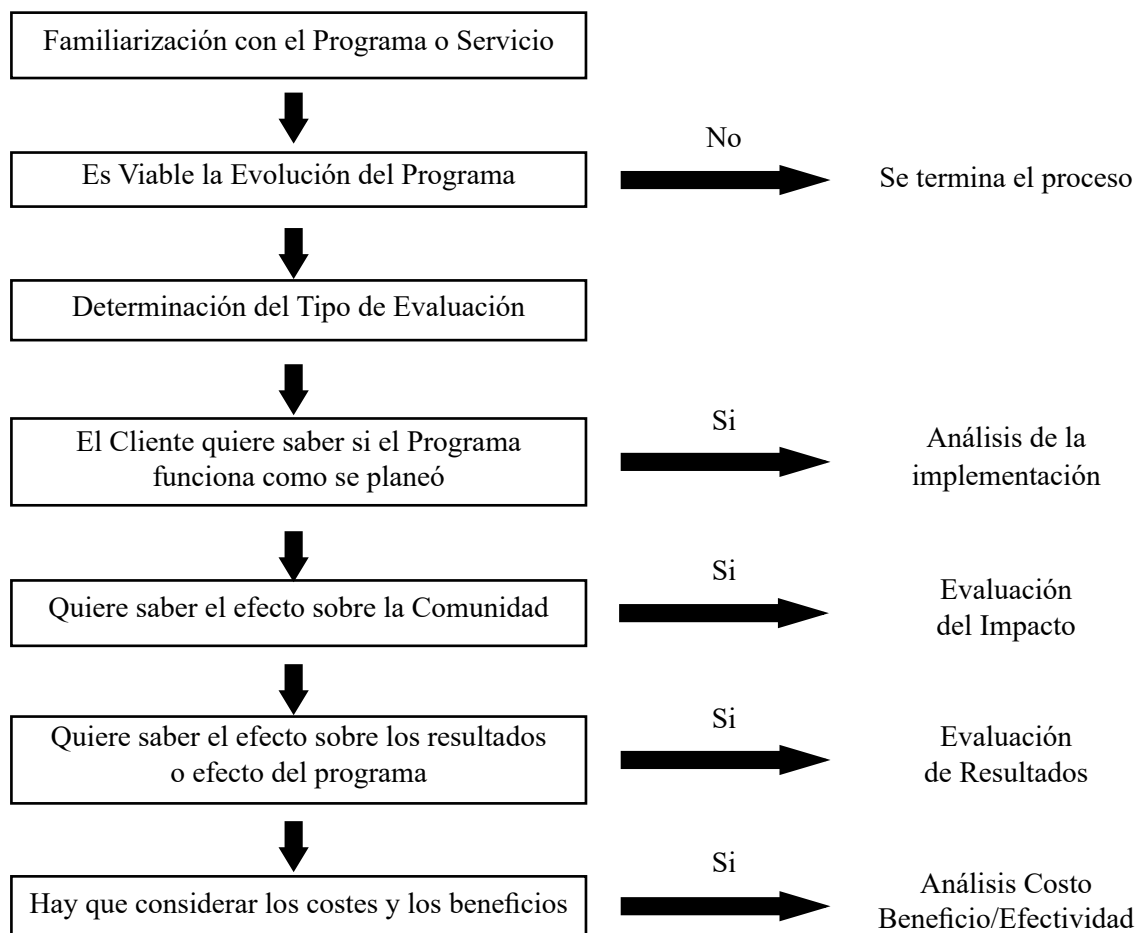


Figura 1. La evaluación de programas sociales.

Fuente: Alvira Martín F,1991 (14).

incorporar a 17.860 Madres Procesadoras y así mejorar el ingreso familiar.

El análisis particular de cada programa permite apreciar cuales son los principales problemas, aunque se debe acotar que varían de una entidad federal a otra.

Subsidio Familiar:

- Listado de beneficiarios desactualizados, los potenciales beneficiarios no son ingresados a tiempo, debe mejorarse la focalización, para que beneficie realmente a los educandos que así lo ameriten.

PROAL:

- Irregularidades en las transferencias de los recursos asignados.

Merienda y Comedores Escolares:

- La modalidad Comedores Escolares trae gastos muy elevados de funcionamiento.
- Existe duplicidad de esfuerzos entre estos programas y el PAE.

Programa Alimentario Escolar:

- Demoras en la transferencia de los recursos a las gobernaciones.
- Carece de un mecanismo efectivo de seguimiento y control que permita evaluar de manera adecuada su ejecución a nivel regional y local.

Hogares y Multihogares de Cuidado Diario:

- Falta de coordinación entre las distintas instituciones involucradas.

En cuanto a las recomendaciones se plantean las siguientes:

1- Que los ejecutores divulguen y promocionen los programas, en las comunidades susceptibles de ser atendidas, 2-En los programas relacionados con la red escolar.

Subsidio Familiar: crear e implementar mecanismos de recolección de datos que permitan revisar los listados de beneficiarios y mejorar la focalización del programa para lograr que el subsidio beneficie a los grupos familiares que más lo necesiten.

P.A.E.: diseñar un sistema de seguimiento y control.

Merienda, Comedores Escolares y P.A.E.: evitar que se continúe dando una duplicidad de esfuerzos, recursos y población atendida. Sería conveniente estudiar la posibilidad de que los programas del INN se dediquen a la atención de niños no escolarizados y que el PAE atienda la población escolar.

3- Enfatizar los programas que van dirigidos a la madre y al niño, 4-Involucrar más a las comunidades en las fases de seguimiento y control de los programas, 5- Estudiar la posibilidad de que algunos programas se conviertan en estructurales y 6- Aumentar el presupuesto dedicado a los programas, pero dicho instrumento debe estar condicionado al mejoramiento de los procesos generales y de evaluación y control de las coordinaciones de los programas.

Por considerarlo de importancia para la evaluación se señalan resultados parciales de la encuesta de opinión sobre los Programas Sociales de la Agenda Venezuela, realizada por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (12) y el Ministerio de la Familia.

La encuesta se realizó en el mes de febrero de 1998 en 885 hogares en una muestra aleatoria estratificada por grupos socioeconómicos en la ciudad de Caracas. Se obtuvo las siguientes respuestas:

a) ¿Cuánto sirve al país la Agenda Venezuela?

Poco o nada: 70%

b) Menciones espontáneas sobre los Programas Sociales.

	# menciones	%
No recuerda ninguno	629	71,1
Subsidio Familiar	125	14,2
PAMI	33	3,7
Multihogares de Cuidado Diario	16	1,8
Merienda Escolar	27	3,1
PROAL	17	1,6
PAE	6	0,7

c) Organismos Responsables de los Programas. El porcentaje de respuestas “No Sabe” fue muy alto en todos los casos, desde 48,9% (Subsidio Familiar) hasta 66,6% (PROAL).

d) Familias declaradas como beneficiarias. El porcentaje más alto lo obtuvo en el Programa Subsidio Familiar, con 22,1%, le siguen el PAE con 6,7%, el PEM con 6,6% y el PAMI con 6,3%, se incluye el renglón Mercado con un 44,7% que quizás corresponda a PROAL.

e) “Notas” de los Programas Sociales (en base a 20 puntos):

Multihogares	17,0
Mercados Solidarios	15,9
PAMI	16,5
Subsidio Familiar	15,9
Merienda y Comedores	14,1
PAE	14,9

f) Lo bueno y lo malo de los programas:

Programa (más relevantes)	Aspectos positivos (más relevantes)	Aspectos negativos
Subsidio Familiar	Ayuda económica (54%)	Nada negativo (20%)
Subsidio Familiar	Ayuda a la alimentación (28%)	La comida es mala (17%)
PAE	Ayuda a la alimentación (32%)	La comida es mala (20%)
Multihogares y Hogares de Cuidado Diario	Permite a las madres de los niños trabajar (52%)	Pagan poco a las madres cuidadoras (38%)
PROAL	Se compra barato (80%)	Nada negativo (34%)
PAMI	Los productos que entregan (36%)	Nada negativo (27%)

g) Nivel de apoyo a los programas (Opinión global sobre los 14 programas)

- Muy adecuados 2,2%
- Algo adecuados 57,2%
- Algo en contra 37,4%
- Muy en contra 3,2%

Puede apreciarse que las ventajas más citadas de los programas son la ayuda económica y alimentaria, y el permitirles a las madres el tiempo necesario para poder trabajar. Entre las desventajas más nombradas está "la comida es mala" en aquellos programas donde se suministran alimentos ya preparados, y el pago muy poco a las madres cuidadoras. Más de la mitad de los encuestados se mostró algo o muy de acuerdo con estos programas.

Evaluación del impacto en la población objetivo. En este aspecto, es muy poca la información disponible, ya que los programas no están focalizados, algunos no funcionan con regularidad y no se realizan evaluaciones del estado nutricional de los beneficiarios de una manera sistemática.

Conclusiones

1. Venezuela está siendo afectada por una crisis que viene desarrollándose desde hace varios años con serios impactos sociales especialmente para la población de menores ingresos y el consiguiente aumento de la pobreza y la desigualdad, situación que se agudiza en los últimos años.
2. Dada esta situación, los programas sociales son necesarios. Venezuela tiene en ejecución 14 programas sociales, de los cuales seis vinculados de manera directa con la adquisición y suministro de alimentos. Este número parece ser excesivo.
3. En relación con los programas se observó, multiplicidad de organismos y de estrategias para alcanzar a una población objetivo común; las familias que viven en situación de pobreza y alto riesgo social. Se desconoce la cobertura real de los programas. Muchos programas, especialmente los de la red escolar, tienen como beneficiarios a la población más accesible, la que no necesariamente es la más pobre o a riesgo. El componente educativo es limitado, la mayoría de las veces. La supervisión y monitoreo son escasos también. No hay proporción en el porcentaje que representa cada programa en relación con el presupuesto destinado a los programas sociales, algunos como el Subsidio Familiar consumen el 33% y otros como el PROAL apenas 4,8%.

4. A pesar de la fuerte inversión del Estado realizada en materia social, persiste una tendencia ascendente en el déficit nutricional de la población. Solamente en el año 1997, la inversión total fue de Bs. 136.528.949.624, cifra que no se corresponde con los niveles de desnutrición observados y se evidencian inequidades no solamente entre los grupos sociales, sino también, hacia algunos grupos de edad y en unas regiones respecto a otras.

Recomendaciones

Sería conveniente replantear la existencia de los programas en función a la pertinencia, factibilidad, costo-eficiencia e impacto, algunos programas deberían institucionalizarse con carácter permanente y no ser considerados compensatorios. Es necesario incorporar y/o profundizar el componente educativo y la evaluación del estado nutricional de los beneficiarios. Se debe enfatizar y profundizar la descentralización, la cual se orientará a generar y transferir competencias técnicas, gerenciales y financieras a las gobernaciones, municipios y parroquias.

A pesar de la participación de la sociedad civil en los Programas, debe clarificarse más cuáles son las funciones o responsabilidades para asumir. Los programas deben estar focalizados en los grupos familiares de menores recursos. La existencia de fondos para el funcionamiento proveniente de diversos organismos, tales como, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Fundación PAMI, Instituto Nacional de Nutrición, Ministerio de Educación, Ministerio de la Familia, Gobernaciones de Estados y otros entes regionales y alcaldías permitiría la creación de un fondo nacional que reorienten y unifiquen los programas con una distribución más equitativa acorde con las necesidades de la población.

Referencias

1. Bengoa JM. La responsabilidad de la experiencia. Diálogo con los Jóvenes. Fundafuturo. Octubre 1997 (mimeografiado)
2. Chinchilla de Arreaza A. Evolución de los indicadores más resaltantes del componente menores de 15 años desde 1.990 hasta 1.996 INN-SISVAN. Agosto 1997 (mimeografiado)
3. Evans R. Desnutrición en Venezuela. Período 1990-1996. Editado por Instituto Nacional de Nutrición, Caracas, Venezuela. 1998
4. I.N.N. Dirección de Gestión Alimentaria. Instrucciones del Programa Especial de Merienda (P.E.M.). Para niños de 2 a 6 años (no institucionalizados). Caracas, 1996 (mimeografiado).
5. Jaén MH. Nutrición y Pobreza. En Serie de fascículos

- Nutrición Base del Desarrollo N° 7. Ediciones Cavendes. Caracas, diciembre 1993.
6. López Contreras de Blanco M, Landaeta-Jiménez M, Sifontes Y, Evans R, Machín T. Diagnóstico de la Situación Alimentaria y Nutricional de Venezuela. Serie de Fascículos Nutrición Base del Desarrollo. Ediciones Cavendes, Caracas, 1996.
 7. Ministerio de Educación: Informe sobre los Programas Subsidio Familiar y Dotación de Uniformes Escolares, adscritos a la Dirección de Asuntos Socio Educativos. Caracas, 1998 (mimeografiado).
 8. Ministerio de la Familia. Agenda Venezuela. Una Estrategia Global. Caracas, 1996 (mimeografiado).
 9. Ministerio de la Familia (SENIFA) y Fundación Cavendes. Guías de Alimentación para el niño menor de 6 años. Manual para Hogares y Multihogares de Cuidado Diario.
 10. Presidencia de la República. Comisión Nacional de Seguimiento del Componente Social. Agenda Venezuela. Identificación de las principales realidades y soluciones propuestas por los ejecutores regionales de los Programas Sociales de la Agenda Venezuela. Junio 1998 (mimeografiado).
 11. Ramones N, González A, Nava M, Delgado de J. Políticas y Programas de Intervención de la situación nutricional de la población venezolana. Cordiplán. 1998 (trabajo presentado en el Seminario Hacia una Descentralización Eficiente de los Servicios Nutricionales del INN). Porlamar, Venezuela.
 12. UCAB-Ministerio de la Familia. Encuesta de Opinión sobre los Programas Sociales de la Agenda Venezuela. Gran Caracas 1998 (mimeografiado).
 13. Padrón C E. La evaluación de Programas Sociales. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura 1995; 1(1): 173-182.
 14. Alvira Martín, F. Metodología de la Evaluación de Programas. Madrid, 1991.

La hallaca tradición y nutrición.

Maritza Landaeta-Jiménez¹ 

Resumen: Introducción. La hallaca es un plato nacional expresión de nuestro mestizaje, nace en la civilización del maíz, de la cual el plato más representativo es el tamal. **Objetivo.** Conocer las características históricas, culturales, sociales y nutricionales de la hallaca. **Resultados.** Hay diferencias culturales, la participación del elemento afrocaribeño-africano le dio un toque diferencial en el sabor, en el aroma, en la textura y en la presentación de los alimentos caribeños. En la preparación por ejemplo, en los andes incorporan papas, garbanzos, apio, caraota, entre otros y el guiso es crudo. En el oriente se añade pescado o mejillones y en el Zulia el plátano reemplaza algunas veces al maíz. El guiso con carne de res, de cerdo o de gallina picadas, juntos o separados, los demás condimentos, el adorno de huevos, aceitunas, pasas y el envoltorio de hojas de cambur o plátano soasadas, le comunican a la hallaca un sabor único. La masa es de maíz pilado con manteca de cochino, coloreada con onoto. Desde 1960, se usa la harina precocida de maíz, que facilitó su preparación urbana y su internacionalización. Cada una aporta 700 calorías, rica en proteínas animales, vitaminas y hierro. Está teñida de simbolismos, “la mejor hallaca es la de mi mamá” y es motivo de inspiración en distintas expresiones culturales. **Conclusiones.** La hallaca tiene un valor familiar y todas las clases sociales del país la consumen en navidad. La hallaca, ya es internacional, junto con la arepa, ha emprendido el viaje con cada venezolano que ha tenido que emigrar. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 105-109.*

Palabras clave: hallaca, tradición culinaria, mestizaje, navidad, Venezuela.

The hallaca tradition and nutrition.

Abstract: Introduction. The hallaca is a national dish, an expression of our mestizaje, born in the civilization of corn, of which the most representative dish is the tamale. **Objective.** Know the historical, cultural, social, and nutritional characteristics of the hallaca. **Results.** There are cultural differences, the participation of the Afro-Caribbean-African element gave it a differential touch in the flavor, aroma, texture, and presentation of Caribbean foods. The preparation for example, in the Andes incorporate potatoes, chickpeas, celery, beans, among others and the stew is raw. In the east fish or mussels are added and in Zulia the banana sometimes replaces the corn. The stew with minced beef, pork, or chicken, together or separately, the other condiments, the garnish of eggs, olives, raisins and the wrapping of roasted banana or plantain leaves, give the hallaca a unique flavor. The dough is mashed corn with lard, colored with onoto. Since 1960, precooked corn flour has been used, which facilitated its urban preparation and its internationalization. Each one provides 700 calories, rich in animal proteins, vitamins, and iron. It is tinged with symbolism, “the best hallaca is my mother’s” and is a source of inspiration in different cultural expressions. **Conclusions.** The hallaca has a family value and all social classes in the country consume it at Christmas. The hallaca, already international, along with the arepa, has embarked on the journey with every Venezuelan who has had to emigrate. *An Venez Nutr 2021; 34(2): 105-109.*

Keywords: hallaca, culinary tradition, of mixed race, Christmas, Venezuela.

La hallaca, tradición y nutrición

La hallaca es un plato central de la navidad venezolana, emblema de nuestra gastronomía, suma de lo que somos, de lo que comemos y síntesis de lo que podemos ser (1).

Es la expresión de nuestro mestizaje, así se iba a lograr un mestizaje de los platos de mesa que, al cabo del tiempo,

resultarían tan diferentes de los originales que no los reconocerían ni los españoles ni los indios puros; pero que serían familiares a los criollos, producto de la mezcla de sangres (2).

El origen

La hallaca es una voz indígena que procede, según Adolfo Ernst del guaraní, derivado del verbo «ayúa» o «ayuar», que significa revolver o mezclar. De allí, presumiblemente, viene «ayuaca», cosa mezclada,

¹Fundación Bengoa. Correspondencia: Maritza Landaeta-Jimenez, e-mail: mlandaetajimenez@gmail.com

que pasó a ser «ayaca» en el siglo XVIII. Otros, como Ángel Roseblat, resume el origen del vocablo así: “La palabra tradicional que designa el pastel de masa de maíz con su guiso de carne de condimentos variados y sus adornos de aceituna, alcaparras, pasas, almendras, huevos, etc., es tamal, de procedencia azteca. Esta voz tamal llegó también a Venezuela y seguramente fue general en todo el país, con las variantes tamar, tamare. Mas tardíamente empieza a llamarse hayaca, al principio sin duda humorísticamente, porque hayaca era una voz indígena que significaba bojote o atado, como se observa en un documento del 13 de septiembre de 1608, que reza “tres hayacas de sal grandes”. Claro que el tamar no es igual en todos los países. En cambio hayaca es voz exclusivamente de Venezuela y no la hemos encontrado en los antiguos cronistas” (3,4), Lovera en 1989 (5) distingue, por su parte, tres registros distintos de la voz «hayaca»: una declaración de Juan de Villegas, fundador de Barquisimeto, durante el Juicio de Residencia seguido a Ambrosio Alfiñguer en Coro, en 1538; la Recopilación Historial de Fray Pedro de Aguado en 1575, y la mención hecha en 1687 de tres hayacas de sal en el inventario de los haberes de un encomendero de Barquisimeto. En los tres casos, hayaca era sinónimo de envoltura o paquete. Sugiere que esa voz procede de alguna lengua indígena del occidente de Venezuela o del norte de Colombia. La hallaca nace dentro del ámbito de la civilización del maíz, de la cual el plato más representativo es el tamal y la tortilla. Probablemente llegó a estas tierras en el siglo XVIII aprovechando el intercambio comercial que Venezuela sostuvo con Nueva España (México) (5).

Como “hayaca”, así con h y con y, se ingresó la palabra en la decimotercera edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española donde se le define como “Pastel de harina de maíz, relleno con pescado o carne en pedazos pequeños, tocino, pasas, aceitunas, alcaparras y otros ingredientes que, envueltos en hojas de plátano, se hace en Venezuela como manjar y regalo de Navidad” (6).

En aquel momento, muchos escritores rechazaron la opción ortográfica, se negaron a escribir el vocablo con “y” impulsando, en cambio, el uso de la versión con “ll”. Algunos, como Tulio Febres Cordero, publicaron escritos burlándose de los académicos españoles por escribir que la hallaca está hecha de “harina de maíz” cuando todos sabían que estaba hecha de “masa de maíz” (6).

Lovera en el ensayo “Hallaca” 2021 (7) publicado después de su partida, lo explica de esta manera: “Traído

el tamal a nuestro país, su confección se fue esmerando, sobre todo en la capital de la antigua Capitanía General, llegando a incluirse en el guiso: vino, pasas, alcaparras, aceitunas y almendras; dándole un pronunciado punto de dulce y reduciendo la materia básica del relleno casi solamente a carne de gallina; además, se añadió a la masa el caldo de esa misma ave, realzándole así el gusto y suavizando su textura. Por eso, nuestra hallaca dista mucho del tamal mesoamericano, que no llegó a adquirir tales refinamientos”(7).

En este tema Cartay (8) considera que “las diferencias más importantes entre la hallaca y el tamal fueron impuestas por una barrera cultural, puesto que las evoluciones sociales, históricas, económicas y políticas de la región mesoamericana fue diferente de la región suramericana. El istmo de Panamá funciona, además, como una barrera geográfica restrictiva de los intercambios entre los subcontinentes americanos. Esas diferencias culturales generaron distintas maneras de preparar el maíz en el caso de la hallaca venezolana: de preparar la masa, de condimentar el guiso (de cocerlo y agregarle ají dulce) y de envolverlo en hojas soasadas de musáceas, lo que no es usual en el caso del tamal. Las diferencias son también culturales, porque la participación del elemento afrocaribeño-africano en la preparación culinaria le dio un toque diferencial en el sabor, en el aroma, en la textura y en la presentación de los alimentos caribeños (Venezuela es también un país caribeño)” (8).

Esas diferencias hicieron que la hallaca tuviera una preparación completamente distinta, con un perfil organoléptico particular, a pesar de las variaciones regionales, que lo hacen un alimento paradójicamente uno y múltiple. El consumo del tamal no tiene estrecha relación con una celebración festiva colectiva, asociada a la navidad y de índole familiar, tal como ocurre con la hallaca venezolana (8).

Esa conversión de plato servido de manera ordinaria en cualquier época del año, a plato central de la navidad venezolana, se debe a varias razones, según comenta Cartay (9). La primera es que en el tránsito de la Venezuela rural a la Venezuela urbana ocurrieron importantes cambios. Tales como, la incorporación notable y progresiva de la mujer al mercado de trabajo y al sistema educativo, lo que redujo el tiempo de su permanencia en el hogar e hizo que las labores domésticas más pesadas fueran sustituidas por otras que representaran un menor tiempo de ejecución. La hallaca, de demorada confección, se prepara en épocas especiales como la navidad (9).

En la hallaca prevalece la costumbre indígena del empaque con hojas, que le aporta sabor y aroma (1). La hallaca producto succulento de ese mestizaje del arte culinario, semejante al tipo criollo que se estaba formando de la conjunción del español peninsular con el indio americano, es la hallaca, pastel venezolano de navidad. Vélez Boza (2) afirma que “en el origen de este plato, han intervenido evidentemente las costumbres culinarias del pueblo español y del indio, pues es a modo de un pastel tropical.... al venir los colonizadores a América el indígena les ofreció el maíz y otros condimentos, ají, tomate, el cambur, que algunos discuten si había algunas especies nativas o fue importado, contribuyó a darle el sabor y envoltura; aceptó el colono el maíz a falta de su trigo y así en los primeros tiempos de la Colonia nació este plato que al estudiarlo con la curiosidad del científico hoy día se lo encuentra perfecto tanto en valor nutritivo y composición como sabor” (2).

Valor nutritivo

La hallaca es un plato nacional que admite las variaciones regionales; de elaboración colectiva, en la que participan los miembros de la familia, unidos esta vez por el vínculo de la tradición; de confección minuciosa y larga, que demora al menos dos días. Es un plato completo y compuesto, con muchos ingredientes y nutrientes (10).

Cuatro elementos entran en la preparación de las hallacas: la masa de maíz pilado, sancochado y molido, el guiso de carnes picadas con los demás condimentos, el adorno de huevos, aceitunas, pasas, etc., y el envoltorio de hojas de cambur o plátano soasadas. “el objetivo de extender la masa en las hojas de cambur- precisa Silva Uzcátegui- no es solamente para que sirvan de protección durante el cocimiento, sino también porque al hervir, las hojas comunican a la hallaca el sabor típico que la distingue de cualquier manjar compuesto de guiso y masa” (3).

El valor nutritivo de nuestro exquisito pastel “la hallaca puede ser considerada como un buen alimento popular, puesto que desde el punto de vista calórico suministra cada una de ellas 700 calorías y con tres o cuatro de estas al día se da una ración de 2100 a 2800 calorías. Desde el punto de vista de las proteínas y lípidos, es rica de tal modo, que suministrando dos o tres de ellas, se cubre el requerimiento total de proteínas animales y tres cuartos de los requerimientos de vitamina A, los de vitamina

B1, Niacina, y vitamina C. Aquí tenemos el ejemplo de un alimento popular y típico en Venezuela, que puede ser recomendado por su acertada combinación, su agradable sabor, y su gran valor nutritivo” (2).

Aun cuando, con sus variaciones regionales, nunca deja de ser hallaca, el plato de Venezuela entera. Teñida de simbolismos, la mejor hallaca es siempre la de la propia casa, cuya preparación es dirigida por nuestra madre con tanta paciencia y amor. ¿Cómo es posible eso de que siempre la mejor hallaca «es la de mi mamá»? La única explicación de esta excelencia familiar es la de que el gusto es un sentido fisiológico, pero también cultural, histórico (10).

Valor social

“La hallaca es el símbolo de la navidad, de la alegría compartida, de la solidaridad, del orgullo de la venezolanidad y de la nostalgia de la patria perdida cuando las circunstancias de la vida nos lanzan al exilio” (10).

La confección de las hallacas tiene también un valor familiar que no puede pasar inadvertido, en la preparación de las hallacas existe un ritual que se conserva en cada una de las familias acerca de los diferentes modos como se preparan y el papel que desempeñan cada uno de sus integrantes. Es el motivo de reunión de las damas de la familia, y está tan ligado a la tradición venezolana que se considera muy infeliz el hogar que las ganancias del año, aguinaldo o cosechas, no les permita compartir con sus familiares en la navidad (2).

Enrique Bernardo Núñez, en una nota periodística que les consagró, señala este aspecto social “Parientes y amigos las cambiaban, entre sí llevados de la idea de que las propias eran las mejores” (3).

La hallaca, pastel venezolano de navidad, además de su exquisito sabor, reúne valores universales. Es típico en el sentido de que no tiene sino remotos parientes en los demás países de habla española, que son las empanadas y los tamales. Es nacional por cuanto lo consumen en determinadas épocas del año y tradicionalmente en la pascua de navidad, todas las clases sociales del país (3). Es internacional, porque junto con la arepa se ha trasladado a todos los países a donde han emigrado los venezolanos.

Por toda Venezuela se consumen hallacas, con

características particulares según la región, pero preservando las propiedades que la hacen única en su manera de prepararla. Una de las diferencias es en la variedad de los ingredientes, por ejemplo, en las hallacas andinas se incorporan papas, garbanzos, apio, caraota, entre otros y los ingredientes del guiso se ponen en crudo y luego se somete a cocción en agua por bastante tiempo una vez preparado el pastel. En las zonas del oriente es frecuente incorporar pescado o mejillones al guiso y en el Zulia el plátano reemplaza algunas veces al maíz. En el guiso se emplea carne de res, de cerdo o de gallina, juntos o separados y en la mayoría de las zonas se cocina previamente. En la hallaca, en todo el país, se empleó el maíz pilado para la masa con manteca de cochino, coloreada con onoto, tradición que aún se conserva. A partir de 1960, comienza su preparación con harina precocida de maíz, lo que facilitó su preparación en las zonas urbanas y su internacionalización (1).

La hallaca en la literatura nacional

Mucho antes de que la palabra hallaca fuese limpiada, fijada y bruñida por la Real Academia Española, el pueblo venezolano la había creado con su soplo común hasta consagrarla por el uso (3). En parrandas por los días de navidad, se acercaban a la puerta de las casas para pedir las hallacas cantando aguinaldos. Los hombres del centro del país se expresaban con estos versos: *Venimos cantando- Desde el Yaracuy-Hallacas comiendo-Bebiendo cocuy. Y los de Oriente: Dénnos los pasteles- Aunque estén calientes- Que pasteles fríos- Avientan la gente* (11).

Arturo Uslar Pietri, figura emblemática del oficio intelectual venezolano, dejó un texto clave, bajo el título “La hallaca como manual de historia”. En ese artículo sostiene que la hallaca expresa como ningún otro plato nacional el carácter mestizo de nuestra cultura alimentaria. “En ella se fue concentrando nuestra historia como en un conciso manual” (5).

El humorismo ha estado presente en torno a la hallaca. Francisco Pimentel, el legendario Job Pim, en la primera mitad del siglo XX, dejó largas composiciones en versos que condensan como pocos su significado social. Un ejemplo: *“Hallacas de marrano o de gallina, /o de carne de res humildemente, / puede la calidad no sea muy fina: /conseguir las hallacas es lo urgente”* (5).

El recordado humorista, Aquiles Nazoa, en “Elogio informal de la hallaca” (12) le dedica estos versos:

Pasadme el tenedor, / dadme el cuchillo, /arrimadme aquel vaso de casquillo y echadme un trago en él de vino claro, / que como un Pantagruel del Guarataro/voy a comerme el alma de Caracas, /encarnada esta vez en dos hallacas... ¡Oh divinas hallacas, /aunque os tenga más de uno por dañinas, / yo os quiero porque habláis de una Caracas/ de la que ya no quedan ni las ruinas!...

También en nuestros pueblos, surgen dichos de la hallaca en algunas expresiones como: *Tú no sabes cuantas hojas se embojota una hallaca/ El bojote no es de hojas/ Tiene más hojas que una hallaca/Se parece a una hallaca mal envuelta (o mal embojotada) / ¿Qué hallaca es esa? /Eso es una hallaca/Esta hallaca es un bojote de hojas* (13).

En algunas expresiones populares, se han incorporado adivinanzas: *Debajo de palo vengo/traigo carne, traigo pan, /traigo todo bastimento/ pero no creas por eso que soy el Santo Sacramento/ La hallaca (Bailadores, Estado Mérida) (13).*

La hallaca, ya es internacional, ha emprendido el viaje con cada venezolano que ha tenido que emigrar, hoy dispersos por el mundo. Refiriéndose al fenómeno migratorio Hernández (6) muy conmovido expresa “Ahora que casi siete millones de venezolanos han huido del país buscando una segunda oportunidad en naciones menos desgraciadas que la nuestra, la hallaca –ya internacionalizada, cada vez más cosmopolita– se ha convertido también en un símbolo de resistencia, una forma de cohesión y una materia de goce entre una población, casi el 20 por ciento del censo nacional, que aceleradamente comienza a convertirse en una suerte de nacionalidad sin territorio”.

Miro Popić en el Pastel que Somos ¿ante la duda razonable de si somos lo que comemos o comemos lo que somos?, se pregunta *¿Desde cuándo somos venezolanos? ¡Desde que comemos hallacas!* (1).

Para Hernández la hallaca “ha terminado por convertirse en el gran símbolo de la pertenencia. Poderoso cable a tierra. Manjar de comunión y encuentro. Y el más importante ritual gastronómico entre los venezolanos” (14).

Su arraigo es tan profundo, que en las circunstancias actuales, la familia venezolana ha preservado la tradición navideña preparando sus hallacas con menos ingredientes, como símbolo de rebeldía ante el tsunami alimentario que ha devastado a los sectores más vulnerables de nuestra población. La aspiración es lograr

“hallacas para todos” en una Venezuela próspera, que ofrezca seguridad alimentaria y nutricional a todas las familias.

Referencias

1. Popić M. El pastel que somos. Identidad y cocina en Venezuela. Caracas: Editorial Arte- Soluciones Gráficas,2015.
2. Vélez Boza F. La alimentación y la nutrición en Venezuela. Rev Ven San Asis Soc. 1948; 13(1-2):193.
3. Padrón J. La hallaca. En: La Navidad en la Literatura Venezolana. Subero E (Comp.) Ediciones del Congreso de la República. Caracas 1973, p. 93-100.
4. Cartay R. El pan nuestro de cada día. Caracas: Fundación Bigott, 1999.
5. Lovera JR. Gastronómicas. Ensayos sobre temas gastronómicos. Caracas: CEGA, 1989, pp. 72-77.
6. Hernández T. La hallaca como objeto literario. Cocina y vino. 22 de diciembre 2021. <https://www.cocinayvino.com/en-la-cocina/especiales/la-hallaca-como-objeto-literario/>
7. Lovera González JR. La hallaca. Madrid, 2021 <https://petalurgia.com/la-hallaca/>
8. Cartay R. Las evoluciones separadas del tamal y la hallaca. 10 de diciembre 2020. <https://www.rafaelcartay.com/2020/12/las-evoluciones-separadas-del-tamal-y.html>
9. Cartay R. La hallaca: reina de la mesa decembrina. 23 de diciembre 2019. <https://www.cocinayvino.com/en-la-cocina/especiales/hallaca-insuperables-complementos/>
10. Cartay R. Elogio y nostalgia de la cocina venezolana. In: Caravelle, n°71, 1998. Senteurs et saveurs d'Amérique latine. pp. 53-65; doi : <https://doi.org/10.3406/carav.1998.2807>
11. Armas Alfonzo A. La cara alegre de pascua. En: La Navidad en la Literatura Venezolana. Subero E (Comp.) Ediciones del Congreso de la República. Caracas 1973:139-143.
12. Nazoa A. Elogio informal de la hallaca. <https://esnobgourmet.com/2015/12/21/elocio-informal-de-la-hallaca-aquiles-nazoa/>
13. Velez Boza F. El folklore en la alimentación venezolana. Segunda Edición. Instituto Nacional de Nutrición. Caracas 1967.
14. Hernández T. La hallaca y el extranjero. El nacional. 22 de diciembre 2013. acolumnadetuliohernandez.blogspot.com/2013/.

Recibido: 20-11-2021

Aceptado: 02-01-2022

Hernán Méndez Castellano: “el venezolano tiene más virtudes de las que cree”.

El primero de noviembre de 1915 en la Venezuela de Juan Vicente Gómez, nace Hernán Méndez Castellano (HMC) en la ciudad de Trujillo, estado Trujillo. Hijo de Amelia Castellano oriunda de Boconó y José Atilio Méndez nacido en Mendoza Fría. Es el segundo de siete hermanos.

Cuando apenas tenía 10 años de edad, ocurre la muerte prematura de su madre a los 33 años por un error de diagnóstico de fiebre puerperal, cuando en realidad tenía paludismo, decidió su motivación “para ser médico”.

Aun siendo un niño, comienza a trabajar como telegrafista mientras estudiaba en el liceo de su ciudad natal. Sin embargo, este joven cuando el Coronel José Atilio Méndez, de manera inconsulta, lo lleva ante uno de los caudillos prominentes del estado Trujillo y le dice sin preámbulos: “General, aquí le traigo un soldado para la patria”, este se sorprende y lo encara con esta pregunta ¿dime, hijo, de verdad qué es lo que tú quieres ser? La respuesta del adolescente es firme, “Soldado no... General, quiero ser médico”. En 1931 se gradúa de bachiller y un año después, se vino a Caracas para realizar el curso propedéutico de medicina. Las dificultades económicas lo hacen regresar a Mérida para cursar los primeros años de la carrera médica y en 1935 vuelve a Caracas para continuar sus estudios. En su empeño por alcanzar su meta, durante toda la carrera se mantuvo trabajando y así superar las limitaciones económicas. En 1939 como integrante de la Promoción “Dr. J.T. Rojas Contreras” se gradúa de Doctor en Ciencias Médicas en la Universidad Central de Venezuela con la tesis “Primer caso por *Plasmodium Ovale* en Venezuela”. El ambiente que lo rodeó en la niñez y la adolescencia fue determinante en la forja de su pensamiento único y plural, y más de una vez lo proclamó de viva voz... el hombre es único y múltiple, cerrado y abierto. El hombre debe ir en busca de lo universal...”HMC., 1995.



La difícil infancia posiblemente revistió de adustez aparente su alma de hombre sensible y cultor del amor, música, pintura, lectura, fotografía artística y jardinería. En una de sus reflexiones decía “Tuve una educación gratis desde primaria hasta postgrado lo que he tratado de devolver a Venezuela con mi vida y mi experiencia.”

Antes de graduarse participó en el primer curso de malariología que se realizó en el país, organizado por Alberto J. Fernández con Martin Mayer, de Hamburgo, quien redactó una carta de reconocimiento por el hallazgo del *Plasmodium Ovale*. Allí lo califica como “Novel Investigador”, Fernández la rompió advirtiéndole que eso “envenenaría su vida” y la sustituyó por otra en la cual se reconocía su contribución a este descubrimiento; HMC nunca olvidó esta lección de humildad.

Estableció una sólida amistad con su compañero de estudios Ricardo Hernández Rovati y conoce a su hermana María Cristina doctorada en filosofía y letras, con quien se casa el 25 de noviembre de 1939. La presencia de María Cristina, su compañera durante 64 años llenó su vida con un inmenso amor al mismo tiempo que compartían sus inquietudes intelectuales. De esta unión nacieron cinco hijos Alexis (ingeniero civil), Hernán (ingeniero de computación), Ricardo (médico), Mariela (odontóloga) y María Cristina (psicóloga).

Al final de la carrera fue interno en el Psiquiátrico, asignado al artista Colina, quien en ese momento estaba esculpiendo “La Negra Matea”. Años después le entregaría al Dr. Pastor Oropeza una foto de esta, para que se usara en el logotipo de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

Entre 1940 y 1944 ejerció como médico en los campos petroleros de Cabimas y Lagunillas en la Costa Oriental del Lago de Maracaibo, experiencia que lo orientó hacia la medicina social, quizás estimulado por sus pacientes que lo consideraban un médico “distinto” debido a que se interesaba no sólo por el enfermo, sino también por la familia y los problemas sociales.

Regresa a Caracas y en 1945 ingresa al Instituto Nacional de Puericultura y Pediatría (INPP) donde permanece hasta 1949, cuando viaja a Francia a trabajar en el Hôpital des Enfants Malades, y en Zurich, Suiza, con el Dr. Guido Franconi, el mejor pediatra y endocrinólogo del momento, en el Kinderspital.

A su llegada a Venezuela es nombrado director del INPP (1950-1957). Entre 1957 y 1959 preside la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría; en el último año organizó el 20º aniversario de esta institución, al cual vino como invitado especial el Dr. Guido Franconi, su maestro de Zurich. En el discurso de orden el Dr. Gustavo H Machado afirmó: “Cuando Méndez Castellano le coloca el estetoscopio en la espalda a un niño, está auscultando a Venezuela”.

En la Universidad Central de Venezuela (1946-1977) como miembro del personal docente de la Facultad de Medicina, fue un maestro dedicado a la formación de pregrado y postgrado en la Cátedra de Clínica de Pediatría y Puericultura, donde llegó a Profesor Titular en 1960. Además fue profesor de la Facultad de Economía en las Cátedras de “Problemas Sociales en Venezuela” y “Delincuencia Juvenil”.

En 1956 asiste a un curso en el Centro Internacional de la Infancia en Paris sobre la conducta del niño basada en su medio ambiente. Durante la discusión, HMC sostuvo que el pediatra debería estar preparado para identificar precozmente las desviaciones de la conducta del niño y prevenir los problemas psiquiátricos. Esta visión integral de la salud biopsicosocial del niño y su entorno, en especial dentro de la familia, es la doctrina que va a sostener durante toda su vida.

Se desempeñó como secretario general del Consejo Venezolano del Niño entre 1958 y 1969 a petición del Dr. Gustavo H. Machado. El estrecho vínculo entre estos dos eminentes médicos consolidó el concepto de prevención y permitió la expansión de los programas de este instituto.

De regreso al INPP en 1960, asume la Jefatura del Departamento de Preescolar de la División Materno-Infantil. En 1968 es nombrado Director Fundador del Centro Piloto Clínico Nutricional de Caracas (INN): Centro Clínico Nutricional “Menca de Leoni” donde hace prevalecer su teoría de que un centro de recuperación nutricional debe orientarse hacia la prevención, educación e investigación más que a la hospitalización.

En el año 1964, junto a su compañero de promoción Gabriel Barrera Moncada estudia el crecimiento del niño menor de 6 años, y elaboran tablas de talla y peso recomendadas a pediatras y maestros.

A finales de los años 60 e inicio de los 70, comienzan a gestarse los estudios poblacionales que ocuparán el resto de su vida. El Estudio Transversal de Caracas, el Estudio Longitudinal del Área Metropolitana de Caracas y el “Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela” (ENCDH), denominado originalmente Proyecto Venezuela.

En 1975 y 1976 preside la Comisión Presidencial para estudiar la creación de un “Centro de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana” integrada por Hernán Méndez Castellano, Mercedes López Contreras, Lila Ruiz de Mateo Alonso, María Carmona de Chacón, Luis Angulo Arvelo, Guillermo Tovar Escobar y Carlos Noguera. El 13 de julio de 1976 se creó por Decreto Presidencial, el Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA), la cual preside, institución responsable de ejecutar el ENCDH entre 1979 y 1983.

A partir de 1989 se continua la investigación con el “Estudio sobre Condiciones de Vida”. Pero sin lugar a duda, uno de los logros más destacados de la institución ha sido la consolidación del Método Graffar-Méndez Castellano, resultado de más de 25 años de investigación en conjunto con María Cristina de Méndez.

Además fue Miembro del Consejo Superior del CONICIT (1984-1988), Presidente del Consejo Nacional para el Seguimiento y aplicación de los Programas Sociales del Ejecutivo Nacional desde 1991, Miembro del Consejo Nacional de Salud desde 1994 y Asesor del Consejo Nacional de Alimentación desde 1994.

El 23 de marzo de 1995 ingresó como Miembro Correspondiente Nacional por el Distrito Federal a la Academia Nacional de Medicina y el 15 de mayo de 1997 como Individuo de Número ocupando el Sillón N° XI.

El ENCDH es la más científica, completa y trascendente investigación social que se haya hecho en el país en el siglo XX y es, a la vez, el legado más importante del Dr. Hernán Méndez Castellano y de sus colaboradores para los estudios del hombre como “animal social” en Venezuela y el mundo. “...Esa inmensa radiografía integral de la población venezolana permitió a los investigadores desarrollar una metodología propia, el ansiado índice de calidad de vida que los investigadores sociales siempre habíamos buscado”. H.M.C., 2001

Cuando el filósofo español José Ortega y Gasset asomó el principio “yo soy yo y mis circunstancias”, de enorme trascendencia histórica y existencial, estaba también dándole el más sólido espaldarazo a la concepción filosófica de la medicina social, la que se ocupa no sólo del hombre enfermo sino también de sus circunstancias familiares, laborales, sociales, culturales y ambientales. El Dr. Méndez Castellano, decidido cultor de esta posición de pensamiento, en el VI Congreso Internacional de Auxología (Madrid, 1991) afirmó “...el ser humano adulto, en lo que concierne a lo biológico, es el resultado de la interacción entre su patrón genético y los factores ambientales y socioculturales que pueden actuar de una manera favorable o desfavorable a todo lo largo de su crecimiento y desarrollo bio-psico-social”

A continuación un resumen de la entrevista realizada por Marlene Rizk publicada en Anales Venezolanos de Nutrición (2003), titulada “Su última entrevista: Lo que pensaba Hernán Méndez Castellano” “Venezuela tiene la suerte de haber contado con personajes que son irrepetibles. Uno de ellos, el eminente médico pediatra Hernán Méndez Castellano, fue de esos profesionales de la medicina que no se conformó con ejercer simplemente desde un consultorio médico, sino que estableció junto con sus investigadores las desigualdades económicas, culturales, biológicas y sociales en nuestro país y contribuyó a determinar las características de los cinco estratos sociales que conforman la población venezolana”.

El eminente pediatra trujillano, quien había recién cumplido 87 años el primero de noviembre del 2002 y que coincidentalmente, los celebró el mismo día que se creó la Cátedra de Desarrollo Humano en la UCV que lleva su nombre, siempre le brillaban sus grandes ojos verdes cuando tocaba el tema de los niños, su gran pasión desde que era joven.

Aparte de sus 5 hijos habidos del matrimonio, tenía otro consentido que era Fundacredesa, institución creada por él y que unos días después de su muerte, cumplió 27 años de fundada. Desde esta institución, pudo hacer una radiografía de la Venezuela de estas últimas décadas y las desigualdades económicas, culturales, biológicas y sociales que aquejaban la sociedad.

En una de las últimas entrevistas que le hicimos en Fundacredesa con motivo de haber sido designado por la Organización Panamericana de la Salud como uno de los Héroes de la Salud Pública Nacional, hizo unas reflexiones que todavía tienen vigencia y a pesar de la negatividad que existe entre nosotros, para él, “el venezolano tiene más virtudes de las que cree”. A continuación transcribimos parte del texto con algunas de sus impresiones personales que tuvo en relación a nuestra sociedad y que pueden llamarnos a la reflexión.

¿Cómo quisiera ver usted al venezolano? El venezolano tiene una serie de virtudes que las ha transformado negativamente en defecto. El venezolano es trabajador y sin embargo, mucha gente dice que es flojo. Pareciera que hubiera un interés por minusvalorarlo y él se presta para eso. Pero hay algo raro en la personalidad nuestra y es que tratamos de destruir lo bueno que tenemos, mientras que todo el mundo trata de exagerar lo bueno que tiene.

¿Cómo considera que está nuestra sociedad?. No hay diferencia entre un niño que tiene una bronconeumonía y otro al que estemos educando mal y pueda convertirse en un desadaptado social. Yo diría que la morbilidad y la expectativa de vida son los mejores indicadores del estado de salud de una sociedad. Duele, por ejemplo, que un niño del estrato V, está condenado a vivir 10 años menos que un niño que nazca en el estrato I. Mientras los niños de los estratos más altos se enferman en un porcentaje de 4% o 5 % en un periodo de 6 meses, 60 % de los niños de los estratos IV y V han estado infectados de diarrea y otras enfermedades que tienen que ver con las condiciones precarias del medio social. No le gustaba hablar de pobreza sino de carencia y calidad de vida adecuada “Y cuando hablamos de que el estrato V tiene un máximo de pobreza, estamos hablando que tiene un máximo de carencias físicas, intelectuales y sociales. Si tiene una casa que no le sirve para nada, está limitado; un nivel educativo que no le da instrumentos para salir de esa cuota de vida mala que tiene y encima su pareja que lo acompaña, tampoco tiene un nivel cultural adecuado que le permita sobrevivir, entonces, esta pobreza se reproduce” Méndez Castellano se consideraba como un hombre con suerte. “Mis padres me enseñaron unos principios que me marcaron, principalmente el de ser solidario. Me impresiona cómo se han ido acabando los principios y la falta de palabra. Ahora no se cree en nada. El hombre se volvió agresivo y dejó de creer en sí mismo”

Entre los reconocimientos se encuentran el Premio Nacional de Pediatría “Pastor Oropeza”, las Condecoraciones, José María Vargas (Primera Clase), Trujillano del Año (1987), Cristóbal Mendoza (Primera Clase), Hijo Ilustre de Trujillo (1989), Medalla de la Salud Arnoldo Gabaldón (Primera Clase), Dr. Pastor Oropeza, Honor al Mérito Ciudadano. Las Órdenes, Mérito al Trabajo (Primera Clase), Andrés Bello (Primera Clase), Libertador (Grado de Comendador en 1991), Gran Oficial del Libertador en 1998), Sol de Carabobo (Grado de Gran Oficial), Mérito Francisco Hernández (Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina) y *Héroe de la Salud Pública Nacional (Organización Panamericana de la Salud)*.

El Dr. Hernán Méndez Castellano falleció el 8 de julio del 2003, a la edad de 87 años. Cuando recibió la designación como Héroe de la Salud expresó: “Para mí este reconocimiento significa que cumplí con mi deber”.

Su Proyecto de vida deja una gran huella que perdurará en la memoria de la Sociedad Venezolana. Su valentía para denunciar y alertar sobre los grandes problemas biológicos, psicológicos y sociales del país, servirán de referencia para las nuevas generaciones de trabajadores de la salud e instituciones que se ocupan del niño y su entorno familiar y comunitario. Ya para el año 1997 el Dr. Domingo Maza Zabala, señalaba que el tema expuesto por Hernán Méndez Castellano en su discurso de incorporación como individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina, versaba sobre el conocimiento de la sociedad venezolana del siglo XXI. “Nuestra sociedad padece la ampliación y profundización de la brecha que separa al estrato más favorecido de los menos favorecidos. Los estratos medios de la población –calificados genérica y convencionalmente como clase media-y que desempeñan el papel de estabilizadores, en lo económico, lo social, lo cultural y lo político, registran un descenso en su significación dentro de la estructura social”. El mejor homenaje que le podemos hacer a este venezolano ejemplar, es tomar sus experiencias y aplicarlas a la situación actual del país.

El Dr. Hernán Méndez Castellano falleció el 8 de julio del 2003, a la edad de 87 años.

ANALES VENEZOLANOS DE NUTRICIÓN
Índice de autores del volumen 34, 2.021

C

- Contreras, Mike.** Véase Cuenca, Amanda. 34(1): 49-58; 2021.
- Contreras, Mike.** Véase Sifontes, Yaritza. 34(2):76-83; 2021.
- Cuenca, Amanda.** Oportunidades para la docencia en nutrición no presencial en Venezuela. 34(1): 49-58; 2021.

H

- Herrera Cuenca, Marianella.** Véase Sifontes, Yaritza. 34(2): 76-83; 2021.

I

- Izaguirre de Espinoza, Izelia.** Véase López de Blanco, Mercedes. 34(1): 37-48; 2021.

L

- Landaeta-Jiménez, Maritza.** Véase López de Blanco, Mercedes. 34(1): 37-48; 2021.
- Landaeta-Jiménez, Maritza.** La hallaca tradición y nutrición. 34(2): 105-109; 2021.
- López Azuaje, Ealys.** Véase Márquez Luengo, Hendrik Rafael. 34(1): 11-20; 2021.
- López de Blanco, Mercedes.** Referencias internacional y nacional, su uso en el estudio del crecimiento y la maduración física. 34(1): 37-48; 2021.

M

- Macias de Tomei, Coromoto.** Véase López de Blanco, Mercedes. 34(1): 37-48; 2021.
- Maingon, Thais.** Un balance de la seguridad alimentaria y nutricional en Venezuela 2000-2020. 34(1): 21-36; 2021.
- Marco Papatterra, España.** Programas de Protección Nutricional de la Agenda Venezuela. 34(2): 93-104; 2021.

Marín González, Freddy. Véase Márquez Luengo, Hendrik Rafael. 34(1): 11-20; 2021.

Márquez Luengo, Hendrik Rafael. Bases para el diseño de una política pública para la educación nutricional en enfermedades cardiometabólicas en el Municipio Maracaibo, Estado Zulia. 34(1): 11-20; 2021

Méndez de Pérez, Betty. Véase López de Blanco, Mercedes. 34(1): 37-48; 2021.

Méndez-Pérez, Betty. Véase Orfila, Josefa. 34(2): 84-92; 2021.

O

Orfila, Josefa. Salud y sus determinantes socio culturales en la Venezuela actual. Retos y desafíos en salud pública. 34(2): 84-92; 2021.

P

Peñalver Dupon, Carolina. Condiciones higiénico sanitaria nutricional en comedores de Caracas, Venezuela. 34(2): 64-75; 2021.

R

Rocchina Garófalo, María. Véase Cuenca, Amanda. 34(1): 49-58; 2021.

S

Sifontes, Yaritza. Véase Cuenca, Amanda. 34(1): 49-58; 2021.

Sifontes, Yaritza. Envejecer en el complejo entorno venezolano. 34(2): 76-83; 2021.

ANALES VENEZOLANOS DE NUTRICIÓN
Índice de descriptores del volumen 34, 2.021

	A			I	
Adulto Mayor		76	Imagen		5
Alimentación		76	Infancia		5
Ansiedad		5	Inseguridad Alimentaria		21
Antropometría		5			
	B			M	
Bono Demográfico		76	Maduración Sexual y Ósea		37
			Mestizaje		105
	C			N	
Calidad de Vida		84	Navidad		105
Cognición		5	Nutrición		49
Comedores Institucionales		64			
Crecimiento Físico		37			
	D			P	
Derecho a la Alimentación		21	Planes y Programas Alimentarios		21
Desafíos en Salud Pública		84	Políticas Públicas		11, 84
Determinantes Sociales de la Salud		84	Programas Nutricionales		93
Dimensión Social		76			
	E			R	
Economía		76	Referencias Internacionales		37
Educación a Distancia		49	Referencias Nacionales		37
Educación Nutricional		11	Restauración Colectiva		64
Educación Remota		49			
Enfermedades Cardiometabólicas		11		S	
Enfoque Multidisciplinario		84	Salud		5
Envejecimiento		76	Salud Pública		84
Epidemiología		84	Soberanía Alimentaria		21
Estilos de Vida		11	Subsidios Nutricionales		84
Estirón Puberal		37			
	G			T	
Grupos Vulnerables		84	TIC		49
			Tradición Culinaria		105
	H			U	
HACPP		64	Universidad		49
Hallaca		105			
Higiene Alimentaria		64		V	
			Venezuela		21, 37, 76, 84, 105
			Vigilancia Higiénico-sanitaria		64
			Vigilancia Nutricional		64

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

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 últimopárrafo 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. Cuidese 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 la conclusión más importante del 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

Para otros ejemplos de formato de referencias bibliográficas, los autores deberían consultar la página web: 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.

Anales Venezolanos de Nutrición

VOLUMEN 34, N° 2, AÑO 2.021

Editorial

Cumbre sobre los Sistemas Alimentarios

Maritza Landaeta-Jiménez..... 63

Artículos originales

Condiciones higiénico sanitaria nutricional en comedores de Caracas, Venezuela

Carolina Peñalver Dupont..... 64

Envejecer en el complejo entorno venezolano

Yaritza Sifontes, Mike Contreras, Marianella Herrera Cuenca..... 76

Determinantes socio culturales de la salud en Venezuela. Un desafío en salud pública

Josefa Orfila, Betty Méndez-Pérez..... 84

Programas de protección nutricional de la Agenda Venezuela

España Marco Papatterra..... 93

La hallaca tradición y nutrición

Maritza Landaeta-Jiménez 105

Biografía

Hernán Méndez Castellano: “el venezolano tiene más virtudes de las que cree”..... 110

Índice de autores..... 114

Índice de descriptores..... 115

Información para los autores..... 116